



Regione Molise

Programma Operativo 2022 - 2024

INDICE

1	Premessa	5
1.1	Percorso metodologico e struttura del Piano	5
1.2	Contesto di riferimento	6
1.2.1	Il contesto demografico	8
1.2.2	Gli indici demografici	9
2	Governance del PO	12
2.1	Governance del PO	12
2.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	13
3	Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	14
3.1	Piano della Prevenzione	15
3.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	16
3.2	Programmi organizzati di screening	17
3.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	19
3.3	Coperture vaccinali	20
3.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	21
3.4	Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro	22
3.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	23
3.5	Sanità veterinaria e sicurezza alimentare	24
3.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	25
4	Assistenza Territoriale/ Distrettuale	27
4.1	Assistenza primaria e continuità assistenziale	29
4.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	31
4.2	Assistenza domiciliare integrata	32
4.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	33
4.3	Ospedali di Comunità	33
4.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	34
4.4	Accesso ai servizi e presa in carico	35
4.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	35
4.5	Assistenza alle persone non autosufficienti	37
4.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	38
4.6	Assistenza alle persone disabili	39
4.6.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	40
4.7	Specialistica ambulatoriale	42
4.7.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	44
4.8	Salute Mentale	45
4.8.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	47
4.9	Dipendenze patologiche	48
4.9.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	51
4.10	Cure palliative e terapia del dolore	52
4.10.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	54
4.11	Sanità penitenziaria	55
4.11.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	56
5	Assistenza Ospedaliera	57
5.1	Rete ospedaliera, rete dell'emergenza urgenza e patologie tempo dipendenti	58
5.1.1	Rete cardiologica per l'emergenza	60
5.1.2	Rete ictus	63
5.1.3	Rete Traumatologica	66
5.1.4	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	70
5.2	Rete dei punti nascita	73
5.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	75



5.3	Rete oncologica	76
5.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	80
5.4	Rete trapiantologica	82
5.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	82
5.5	Rete malattie rare	83
5.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	84
5.6	Rete terapia del dolore e cure palliative	85
5.7	Rete medicine specialistiche	85
5.7.1	Rete delle malattia infettive	85
5.7.2	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	88
5.8	Reti dei servizi di diagnosi e cura	89
5.8.1	Rete Trasfusionale	89
5.8.2	Rete Laboratori	91
5.9	Rete riabilitazione e lungodegenza	92
5.9.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	93
6	Autorizzazione e accreditamento	94
6.1	Processo di autorizzazione e accreditamento (strutture pubbliche e private)	94
6.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	95
6.2	Definizione/aggiornamento requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento	96
6.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	96
6.3	Organismo Tecnicamente Accreditante	97
6.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	97
7	Rapporti con gli erogatori privati accreditati	99
7.1	Budget	102
7.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	105
7.2	Contratti	106
7.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	107
7.3	Tariffe per tutte le tipologie di assistenza	108
7.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	110
7.4	Remunerazione delle funzioni assistenziali	111
7.5	Procedure di controllo delle prestazioni rese (appropriatezza, vincolo di budget, emissione note di credito, ecc)	111
7.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	112
8	Beni e Servizi	114
8.1	Programmazione acquisti	115
8.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	115
8.2	Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto	116
8.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	117
8.3	Centralizzazione/agggregazione degli acquisti	118
8.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	118
8.4	Controllo e monitoraggio del mix tra prezzi e quantità	118
8.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	119
9	Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici	120
9.1	Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva	125
9.1.1	Metodo valutativo dei Medici di Medicina Generale (MMG) – Progetto di budget	126
9.1.2	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	126
9.2	Rispetto dei tetti – Governance del farmaco	127
9.2.1	Somministrazione farmaci da parte delle strutture private accreditate. Spesa extra-tariffa	129
9.2.2	Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti. Implementazione/ottimizzazione procedure di acquisto	131
9.2.3	Potenziamento dell'utilizzo del farmaco "biosimilare" e razionalizzazione della spesa	131
9.2.4	Razionalizzazione della spesa per gas medicinale	132
9.2.5	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	133
9.3	Governo della spesa dei dispositivi medici e dell'appropriatezza d'uso	136



9.3.1	Istituzione della Commissione tecnica regionale sui dispositivi medici	136
9.3.2	Assegnazione tetto di spesa al Direttore Generale ASReM	136
9.3.3	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	138
10	Governance del Personale	140
10.1	Piani triennali di fabbisogno	141
10.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	142
10.2	Procedure assunzionali e gestione del turn over	143
10.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	144
10.3	Fabbisogni formativi professioni mediche e sanitarie	144
10.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	147
11	Governance regionale	149
11.1	Definizione della governance regionale di supporto al SSR	149
11.2	Verifica adempimenti	149
11.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	150
11.3	Flussi Informativi	150
11.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	153
11.4	Gestione e presidio del contenzioso	154
11.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	157
11.5	Investimenti in sanità	158
11.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	162
11.6	Progetto ex Art. 79	162
11.6.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	164
11.7	Obiettivi Direttori generali	165
11.7.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	166
11.8	Health Technology Assessment	166
11.8.2	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	168
11.9	Protocolli di intesa con le Università	168
11.9.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	169
12	Governance delle Aziende Sanitarie	171
12.1	Liste d'attesa	171
12.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	172
12.2	Controllo cartelle cliniche	174
12.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	175
12.3	Sicurezza e rischio clinico	176
12.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	178
12.4	Atti aziendali e Piani attuativi territoriali	178
12.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	179
12.5	Attività libero professionale intramuraria (ALPI)	180
12.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	182
13	Mobilità Sanitaria	184
13.1	Governo della mobilità extraregionale	184
13.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	186
13.2	Accordi interregionali in materia di mobilità sanitaria	186
13.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	186
14	Contabilità analitica, PAC, trasferimenti e pagamenti	187
14.1	Contabilità analitica	187
14.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	188
14.2	Percorso attuativo della certificabilità (PAC)	189
14.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	190
14.3	Tempi di pagamento	191
14.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	192
14.4	Trasferimento ordinato delle risorse dal bilancio regionale al SSR	193



Fiscalità	193	
14.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	194
15	Criteria per la determinazione dei Tendenziali 2022-2024	195



1 Premessa

1.1 Percorso metodologico e struttura del Piano

La Regione Molise intende, con la predisposizione del nuovo atto di programmazione sanitaria regionale, relativo al periodo 2022-2024, implementare il processo di riqualificazione del sistema di assistenza sanitaria, anche alla luce delle specifiche azioni da realizzare nel triennio, in attuazione delle milestone e target della Missione 6, Componenti 1 e 2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Al fine della realizzazione degli obiettivi della nuova programmazione regionale, in linea con quanto previsto nelle linee d'indirizzo Ministeriali, è opportuno individuare una metodologia utile 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, riguardante sia aspetti di carattere demografico, sociale, territoriale, giuridico sia 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 poste in essere dal PO 2019-2021, ulteriori e specifici parametri, che definiscono l'effettiva efficacia dei percorsi di cura introdotti nell'ambito dell'offerta assistenziale sul territorio regionale ed a rappresentare, nella cornice programmatoria 2022-2024, eventuali criticità riscontrate nell'attuazione degli interventi; criticità in parte connesse alla carenza di una effettiva programmazione organica nel triennio conseguente alla tardiva approvazione della Programmazione 2019-2021, avvenuta a settembre 2021.

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 2022-2024.

Il *core* del Sistema Sanitario del Molise continua ad essere, anche a seguito dell'applicazione dei preventivi Programmi Operativi, l'implementazione di:

- Interventi specifici nell'area della prevenzione;
- Riorganizzazione della Rete ospedaliera;
- Riorganizzazione, qualificazione dell'offerta sanitaria territoriale e di integrazione con le cure ospedaliere;
- Definizioni delle reti cliniche;
- Digitalizzazione ed innovazione nei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie.

La riforma del Sistema Sanitario Regionale, attuata 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.

Inoltre, al fine di garantire prossimità delle cure, un intervento rilevante risulta essere lo sviluppo della Telemedicina, quale strumento fondamentale per ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti; migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto.



Inoltre, La Regione Molise, come per la pianificazione 2019-2021, 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 2022-2024 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 2022-2024 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.

In coerenza con *“Le linee di indirizzo per la predisposizione dei Programmi operativi di prosecuzione del piano di rientro 2022-2024”*, trasmesse dal Ministero della Salute con Nota prot. n. 38 del 30/03/2022, nella formulazione del Programma Operativo della Regione Molise 2022-2024, ogni Area di intervento è corredata da:

- Obiettivi specifici;
- Azioni/interventi da porre in essere e le relative modalità di attuazione;
- Individuazione del responsabile del procedimento attuativo;
- Risultati specifici attesi (indicatori di performance) 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.

Si precisa inoltre che il presente documento è stato redatto sulla base dell'esame di contesto riferito a luglio 2022.

1.2 Contesto di riferimento

La struttura demografica di una popolazione coincide con la sua composizione per sesso e per età ed è uno dei determinanti più noti dello stato di salute atteso in una popolazione. Molte patologie sono correlate all'età ed hanno una probabilità di insorgenza che cambia in modo significativo se la persona è giovane o anziana.

Descrivere la composizione per sesso e per età di una popolazione è in parte come prevederne l'immagine di salute, e di malattia, che la caratterizza. L'utilità di una simile descrizione è quindi tale sia per l'epidemiologia, cioè per lo studio della distribuzione delle malattie in una popolazione, che per la programmazione socio sanitaria, in quanto conoscere la percentuale di giovani e di anziani presenti sul territorio regionale consente di meglio organizzare la quantità, la tipologia e la localizzazione dei servizi sanitari e socio assistenziali sulla base dei diversi bisogni espressi.





Gli ambiti distrettuali della Azienda Sanitaria Regionale del Molise sono ridefiniti secondo l'aggregazione dei territori comunali con la relativa popolazione residente (dati ISTAT 01/01/2021).

Per l'individuazione effettuata delle nuove sedi distrettuali sono stati impiegati criteri congiunti del baricentro della popolazione, della preesistenza di adeguate strutture sanitarie pubbliche e della presenza di relazione cinematiche favorevoli.

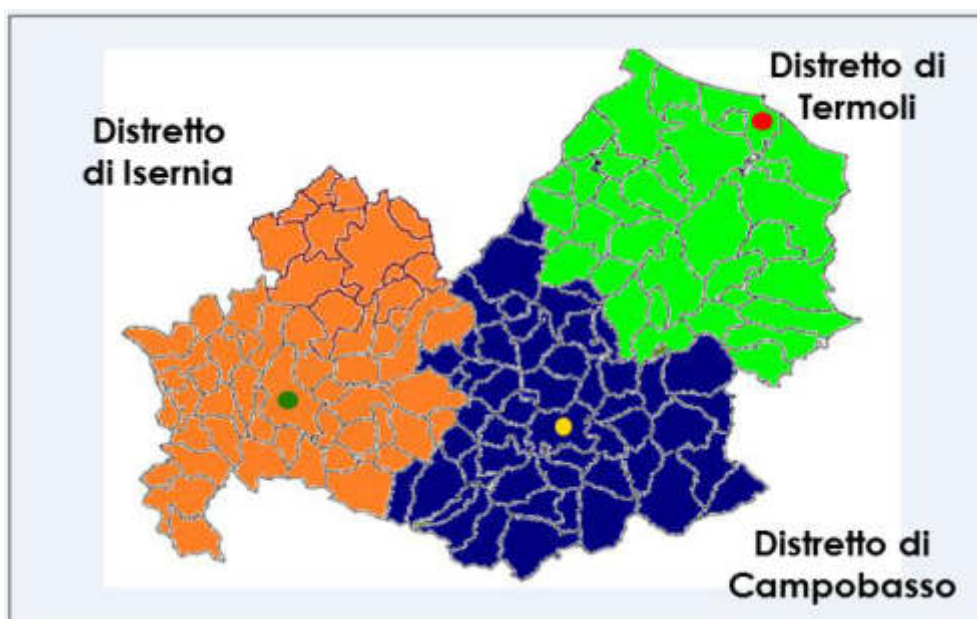


Figura 1 - Configurazione dei Distretti Socio Sanitari ASReM

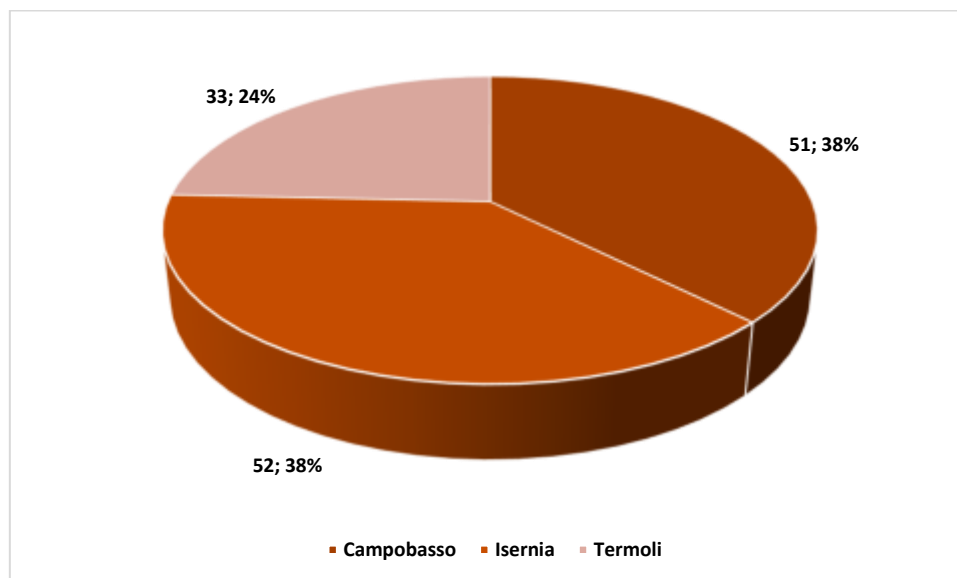


Figura 2 - Distribuzione Comuni per Distretto

1.2.1 Il contesto demografico

L'ASReM ha una popolazione (ISTAT 1/1/2021) di 294.294 abitanti, pari allo 0.5% della popolazione italiana suddivisa per l'assistenza sanitaria in 3 Distretti Sanitari, per complessivi 136 comuni.

Popolazione totale ASReM						
Distretti Sanitari	Maschi	Femmine	Totale	% della Regione	% Maschi	% Femmine
Campobasso	57.396	60.050	117.446	40%	20%	20%
Termoli	47.152	48.281	95.433	32%	16%	16%
Isernia	40.316	41.099	81.415	28%	14%	14%
Totale ASReM	144.864	149.430	294.294		49%	51%

Le Tabelle seguenti mostrano la distribuzione della popolazione per Distretto, sesso e fascia di età; la lieve prevalenza del sesso femminile (50,7%) è spiegabile dalla mortalità più elevata e più precoce negli uomini.

Popolazione totale ASReM per fasce di età							
Distretti Sanitari	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	12.871	11%	74.061	63%	30.514	26%	117.446
Termoli	10.773	11%	60.421	63%	24.239	25%	95.433
Isernia	9.017	11%	51.031	63%	21.367	26%	81.415
Totale ASReM	32.661	11%	185.513	63%	76.120	26%	294.294

Popolazione maschile ASReM per fasce di età							
Distretti Sanitari	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	6.649	12%	37.444	65%	13.303	23%	57.396
Termoli	5.623	12%	30.714	65%	10.815	23%	47.152
Isernia	4.667	12%	26.064	65%	9.585	24%	40.316
Totale ASReM	16.939	12%	94.222	65%	33.703	23%	144.864

Popolazione femminile ASReM per fasce di età							
Distretti Sanitari	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	6.222	10%	36.617	61%	17.211	29%	60.050
Termoli	5.150	11%	29.707	62%	13.424	28%	48.281
Isernia	4.350	11%	24.967	61%	11.782	29%	41.099
Totale ASReM	15.722	11%	91.291	61%	42.417	28%	149.430

La popolazione molisana è stata interessata, negli ultimi decenni, da un costante e progressivo fenomeno di invecchiamento, che ha portato la regione ai primi posti a livello nazionale nell'ambito di una popolazione italiana globale caratterizzata già di per sé da una percentuale di "over 64" più alta di tutti gli altri paesi dell'Unione Europea.

I dati che descrivono la struttura per età della popolazione hanno forti analogie con il dato nazionale, seppure con una tendenza ad un maggiore invecchiamento, La maggiore incidenza percentuale di anziani over 64 aa del Molise, rispetto ai dati nazionali (28 vs 22.8), individua una particolare condizione della popolazione anziana molisana che tende verso una maggiore dipendenza dalla rete familiare allargata e sociale. Analizzando i dati separatamente per i tre ambiti, nel dato puntuale del 2021, i valori più alti si osservano nella zona di Isernia, mentre Termoli e Campobasso presentano valori più contenuti e sovrapponibili.

1.2.2 Gli indici demografici

La popolazione Molisana stia progressivamente invecchiando con conseguente aumento del carico sociale e sanitario connesso alla disabilità ed alla non autosufficienza.

Indice di dipendenza strutturale: rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). In Molise nel 2021 ci sono 58,6 individui a carico per ogni 100 che lavorano.

Indice di dipendenza strutturale											
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Isernia	51,9	51,9	52,4	52,8	53,7	54,4	54,8	55,4	56,6	58,25	59,5
Campobasso	53	53,3	53,7	54,3	54,9	55	55,3	55,6	55,9	56,93	58,3
MOLISE	52,7	52,9	53,3	53,9	54,6	54,8	55,2	55,5	56,1	57,29	58,6
ITALIA	52,7	53,5	54,2	54,8	55,4	55,8	56,1	56,2	56,4	56,73	57,3

Indice di dipendenza anziani: (rapporto tra popolazione di 65 aa e più e popolazione in età attiva (15-64 aa), moltiplicato per 100) rappresenta il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età≤14 e età≥65) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti.). In Molise, nel 2021, ci sono 41 anziani per ogni 100 individui residenti.

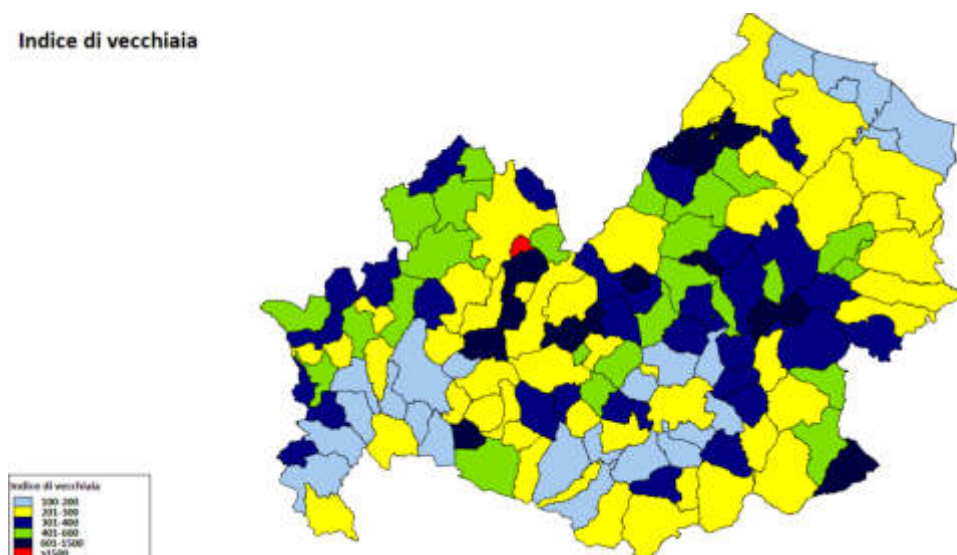
Indice di dipendenza anziani											
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Isernia	33,9	34,2	34,7	35,3	36,2	37	37,5	38,1	39,2	40,67	41,9
Campobasso	33,4	33,8	34,4	35,2	36,1	36,4	37	37,6	38,2	39,36	40,7
MOLISE	33,5	33,9	34,5	35,2	36,1	36,6	37,1	37,7	38,5	39,72	41,0
ITALIA	31,2	32	32,6	33,3	34	34,5	35	35,4	35,8	36,42	37,0



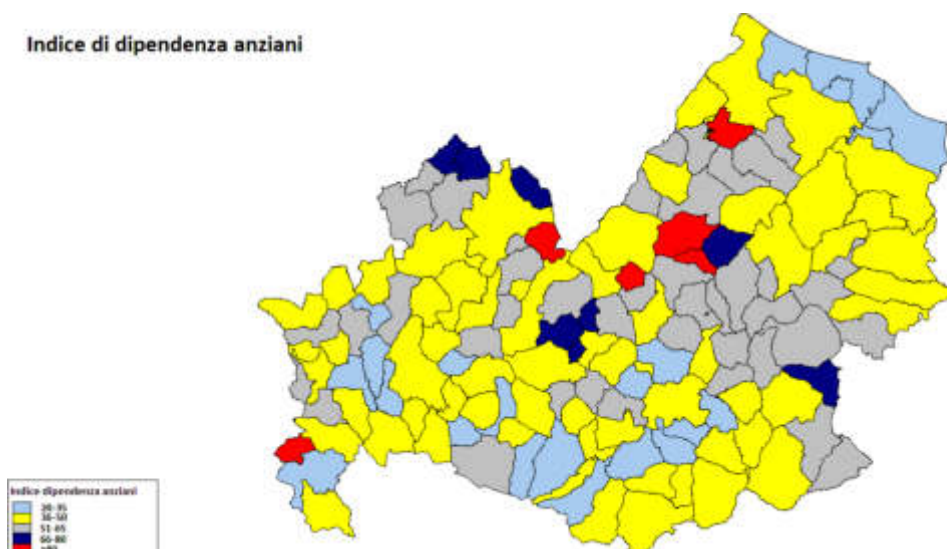
Indice di vecchiaia: è dato dal rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100, misura della velocità di ricambio generazionale di una popolazione, ha raggiunto, in Molise il valore di 226, equivalente a più di 2 anziani ogni giovane under15. Il Molise è la 2° regione in Italia. Lo scarto tra il valore della nostra regione e la media italiana è di circa 50 punti.

Indice di dipendenza anziani											
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Isernia	188,7	192,6	196,7	202,6	207,7	212,9	216,6	220,7	225,5	231,27	237,0
Campobasso	170	173,5	178,1	183,6	191,1	196,4	202,1	208,2	215	224,07	231,6
MOLISE	174,9	178,5	183	188,6	195,5	200,8	206	211,6	217,9	226,05	233,1
ITALIA	145,2	148,4	151,1	154,6	158,3	162	165,9	169,5	174	179,35	182,6

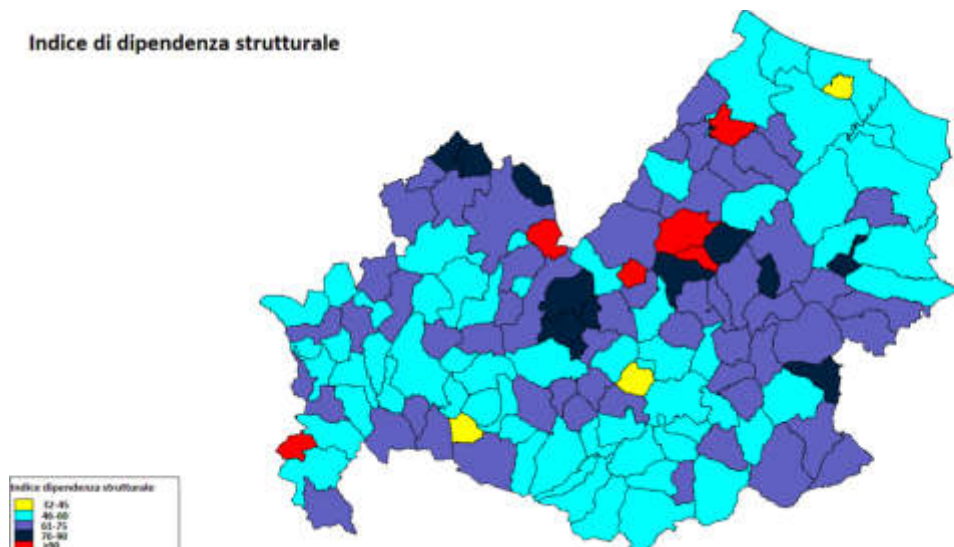
Indice di vecchiaia



Indice di dipendenza anziani

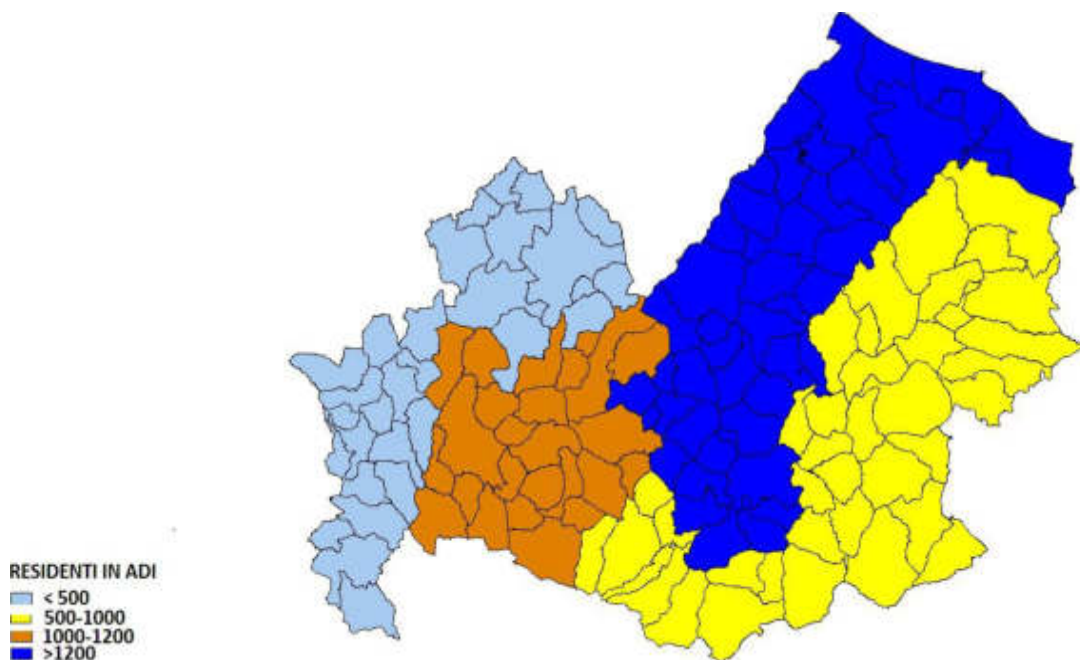


Indice di dipendenza strutturale



La maggiore incidenza percentuale di anziani (24.2 vs 22.6) e di persone anziane vedove del Molise, rispetto ai dati nazionali, individua una particolare condizione della popolazione anziana molisana che tende verso una maggiore dipendenza dalla rete familiare allargata e sociale.

Da una analisi dei dati relativi ai pazienti in assistenza domiciliare risultano in carico al 31/12/2021 oltre 5.000 utenti variamente distribuiti sul territorio regionale con valori più elevati, anche in relazione alla maggiore densità di popolazione negli ambiti di Campobasso, Termoli e Isernia che superano la soglia delle mille unità, valori inferiori si registrano nei rimanenti ambiti di Larino e Bojano (>500), Agnone e Venafro (<400).



2 Governance del PO

2.1 Governance del PO

L'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, prevede che la Regione mette *"a disposizione del commissario e dei subcommissari il personale, gli uffici e i mezzi necessari all'espletamento dell'incarico"*.

Le precedenti strutture commissariali non hanno ritenuto di dover ricorrere a tali strumenti ed hanno operato avvalendosi esclusivamente dei servizi facenti capo alla Direzione Generale per la Salute (DGS), non definendo, con apposito atto di indirizzo, le modalità di coordinamento delle suindicate articolazioni regionali con la struttura commissariale.

Il descritto modello organizzativo ha evidenziato notevoli criticità in quanto ha generato una commistione in capo ai medesimi soggetti delle attività strumentali alle funzioni attribuite alla struttura commissariale, ivi compreso il monitoraggio sulla corretta attuazione del piano di rientro, con le attività strumentali alle funzioni tipicamente gestionali alle quali sono istituzionalmente preposte le articolazioni della DGS.

L'assenza di un'articolazione organizzativa a supporto della struttura commissariale, indipendente dalla DGS, ha inoltre reso difficile ai commissari che si sono succeduti nel tempo finanche la ricostruzione storica delle attività ed azioni poste in essere dai predecessori o il reperimento degli atti provvedimenti ed istruttori, non garantendo in tal modo il puntuale rispetto del principio di continuità amministrativa che deve caratterizzare la pubblica amministrazione.

Probabilmente la scelta operata dalle precedenti gestioni commissariali è stata dettata dalla carenza di organico che caratterizza da anni l'amministrazione regionale, ivi incluse le articolazioni della DGS, e dalla convinzione di poter razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane disponibili senza compromettere il corretto esercizio della funzione commissariale.

Al fine di eliminare le criticità registrate nell'attuale assetto organizzativo si ritiene necessario accedere ad un nuovo modello organizzativo che, pur tenendo conto della permanente condizione di carenza di organico, sia in grado di garantire un corretto esercizio delle funzioni commissariali e, quindi, anche un puntuale monitoraggio sull'attuazione dell'intero Programma Operativo.

L'obiettivo primario del nuovo modello organizzativo è quello di assicurare alla struttura commissariale risorse umane deputate esclusivamente allo svolgimento delle attività strumentali ai compiti attribuiti al commissario *ad acta* ed in grado di assicurare concretamente il coordinamento della struttura commissariale con le articolazioni della DGS. Queste ultime dovranno, comunque, continuare a garantire il necessario supporto tecnico/istruttorio all'adozione degli atti di competenza della struttura commissariale.

Per il raggiungimento dello scopo sono state programmate e, in parte, attuate le seguenti azioni:

a) Istituzione di un Servizio di supporto alla struttura commissariale.

Su impulso della struttura commissariale la Regione Molise con deliberazione di G.R. n. 235 del 14 luglio 2022 ha istituito un Servizio dedicato alla funzione strumentale di supporto alla struttura commissariale per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del servizio sanitario, a norma dell'articolo 4, comma 2, del decreto-legge n. 159 del 1° ottobre 2007, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e in conformità con le disposizioni di cui all'art. 10, comma 1, della legge regionale 23 marzo 2010, n. 10.

Il suindicato Servizio, diretto da un dirigente regionale indicato dalla struttura commissariale, è alle dirette dipendenze funzionali di quest'ultima e, quindi, esterno alle articolazioni della DGS.

Il Servizio si articola in tre Uffici:

1. *"Ufficio Segreteria tecnica del Commissario ad acta"* il quale svolge attività di supporto tecnico e monitoraggio delle attività della struttura commissariale e per le determinazioni strategiche alla base dei provvedimenti commissariali, nonché di raccordo con gli altri uffici del Servizio Supporto alla struttura commissariale e con la Direzione generale e le sue articolazioni, sia nella fase della predisposizione dei decreti commissariali che in quella della loro successiva attuazione;
2. *"Ufficio Monitoraggio e stato di attuazione dei programmi"* il quale assicura il supporto nella verifica dello stato di attuazione delle attività demandate al Commissario ad acta. A tal fine, provvede al monitoraggio dei provvedimenti adottati e dei tempi e delle modalità della loro attuazione, informandone periodicamente il Commissario segnalando ritardi, criticità e ogni altra esigenza intesa ad assicurare la tempestività e l'efficacia dell'azione commissariale;



3. "Ufficio Supporto giuridico" il quale cura i rapporti della struttura commissariale con l'Avvocatura dello Stato. Coordina e monitora il contenzioso relativo agli atti del Commissario ad acta. Svolge attività di raccordo con la Direzione generale per la salute e le sue articolazioni in materia di contenzioso.

b) Istituzione di una cabina di regia di coordinamento delle azioni di attuazione del PO.

In fase di redazione del presente Programma Operativo la struttura commissariale, al fine di sviluppare una puntuale analisi di contesto e di individuare azioni da programmare coerenti con gli obiettivi e sostenibili, si è avvalsa di gruppi di lavoro per aree tematiche, formati da dirigenti e/o funzionari della DGS e dell'ASReM, individuati sulla base delle specifiche competenze e professionalità acquisite dagli stessi.

Avendo il descritto modello organizzativo creato una positiva sinergia tra le Strutture regionali ed aziendali ASReM che ha prodotto risultati tangibili in termini di efficienza ed efficacia, si ritiene opportuno replicare tale metodologia di lavoro istituzionalizzando un organismo collegiale, con funzioni consultive, di supporto alla struttura commissariale nel coordinamento delle azioni attuative del Programma Operativo anche al fine di prevenire eventuali criticità ad esse connesse.

La partecipazione dei singoli componenti all'organismo consultivo, essendo un'attività connessa ai compiti istituzionali ai quali ciascuno di loro è preposto, non comporterà oneri economici aggiuntivi a carico del bilancio del SSR.

2.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 2.1.1 Realizzazione di un nuovo modello organizzativo

Azione 2.1.1.1 Istituzione di un Servizio di supporto alla struttura commissariale

Indicatore 2.1.1.1 Provvedimento regionale

Azione 2.1.1.2 Istituzione di una cabina di regia di coordinamento delle azioni di attuazione del PO

Indicatore 2.1.1.2 Provvedimento regionale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
2.1.1 Realizzazione di un nuovo modello organizzativo	2.1.1.1 Istituzione di un Servizio di supporto alla struttura commissariale	30/09/2022	Delibera di Giunta Regionale	Si/no		
	2.1.1.2 Istituzione di una cabina di regia di coordinamento delle azioni di attuazione del PO	31/12/2022	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						



3 Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Con riferimento all'area della Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, dall'analisi di contesto della Regione Molise si evidenzia il peso epidemiologico, sociale ed economico delle malattie croniche, destinato ad aggravarsi in ragione dell'innalzamento dell'età media della popolazione molisana che, secondo i dati ISTAT relativi al 2020 ha raggiunto il valore di 47,2 anni (contro una media nazionale di 45,7), rendendo il Molise tra le regioni più anziane d'Italia.

Grazie ai dati PASSI e PASSI d'Argento è possibile, a livello regionale mettere a fuoco alcune delle informazioni relative alla prevalenza delle principali patologie croniche (riferite come diagnosi mediche ricevute) ed alla presenza di policronicità, cogliendo differenze di genere, età, caratteristiche socioeconomiche e indicatori utili a definire il profilo di salute della popolazione dai 18 anni in su. Allo stesso modo è possibile stimare la prevalenza dei fattori di rischio comportamentali ad esse associati come fumo, alcol, sovrappeso e obesità, sedentarietà o condizioni cliniche quali ipertensione.

I dati epidemiologici mostrano una regione longeva ma con una quota rilevante di anziani con patologie croniche e policronicità che accresce la loro vulnerabilità a eventi avversi alla salute. Su una popolazione residente in Molise di 262.976 persone con più di 18 anni di età, si può stimare che oltre 26.000 persone convivano con una patologia cronica. Le differenze di genere vedono le donne meno esposte degli uomini ai danni di fumo e alcol e anche ad obesità.

La diffusione dell'epidemia da SARS-Cov-2 ha determinato conseguenze sfavorevoli soprattutto a carico dei soggetti clinicamente più suscettibili e socialmente più vulnerabili (anziani, malati cronici, persone distanti dai luoghi di cura ecc.), con numerosi fattori di stress che hanno potenziato le condizioni di fragilità. Sostanziali differenze si evidenziano nell'insorgenza, nelle manifestazioni cliniche e negli esiti, in funzione dell'età, del genere (uomini, donne) e della presenza di patologie croniche pregresse fra i soggetti che contraggono l'infezione da SARS-CoV-2.

Si evidenzia inoltre una riduzione della mortalità, spiegata in larga misura dalla riduzione della mortalità per malattie dell'apparato circolatorio (un fenomeno che prosegue ormai da decenni); in Molise, tra il 2009 e il 2018, per le malattie circolatorie il tasso standardizzato di mortalità si è ridotto di circa il 16% sia tra gli uomini sia tra le donne.

Il secondo grande gruppo di cause, che costituiscono meno di un terzo dei decessi, sono i tumori.

Nel periodo 2009-2018 il tasso standardizzato di mortalità per tumori (per 10.000 abitanti) si è ridotto del 6%, inferiore al dato nazionale (12%) (banca dati.istat.it).

Anche la mortalità per malattie polmonari croniche (terza causa di morte dopo patologie dell'apparato circolatorio e tumori) si è progressivamente ridotta negli ultimi 30 anni, pur con alcune oscillazioni. Nella seconda metà degli anni '10, tuttavia, si osserva una risalita dei tassi, che coinvolge tutte le regioni italiane. Nel Molise il tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti), è salito da 5.7 (2009) a 5.92 (2018), meno rispetto alla media nazionale (6.6 del 2018).

Nel caso della mortalità generale si osservano differenze sociali a sfavore dei gruppi più svantaggiati.

In Molise, il rischio di morte nella fascia di età 30-89 anni è del 46% superiore tra gli uomini con basso titolo di studio, rispetto a quanti hanno una licenza superiore o laurea; tra le donne l'incremento di rischio tra persone con basso verso alto titolo di studio è del 28%. In entrambi i sessi, si tratta di un gradiente sociale sovrapponibile a quello medio italiano.

Non tutte le cause di morte presentano la stessa intensità nel gradiente sociale. Nel Molise, tra le più comuni patologie croniche le differenze maggiori si osservano nel caso della BPCO, per la quale il rischio di morte degli uomini con bassa scolarità è tripla rispetto a quello delle persone con alta scolarità, che riflettono differenze nell'abitudine al fumo e a esposizioni professionali. Nel caso delle malattie del sistema circolatorio il rischio di morte degli uomini con bassa scolarità è del 50% superiore rispetto a quello delle persone con alta scolarità in particolare per le malattie ischemiche del cuore e le cerebrovascolari.

Per quanto riguarda il diabete il rischio di mortalità è del 82% superiore tra gli uomini con un basso livello d'istruzione. Le mappe di mortalità per livello d'istruzione nel genere femminile dicono che in Molise il rischio maggiore si ha nel caso delle malattie cerebrovascolari (60%), malattie dell'apparato respiratorio croniche (47%) e le differenze nelle donne, tra le quali le esposizioni professionali a rischio sono molto meno frequenti. Nelle donne è la mortalità per diabete a evidenziare le differenze maggiori (+87% tra i due estremi), chiamando in causa le differenze sociali nel sovrappeso (e obesità) e sedentarietà. Considerando gli anni di vita persi, un indicatore che tiene conto della mortalità prematura, le differenze sociali si accrescono: gli uomini molisani con basso titolo di studio hanno un tasso di anni di vita persi superiore del 82% a quanti hanno un titolo di studio elevato; nelle donne, invece, la differenza è del 40%.



In sintesi, il quadro regionale molisano conferma che il complesso delle malattie cronico-degenerative non trasmissibili, di cui fanno parte le malattie cardiovascolari, i tumori, le patologie respiratorie croniche e il diabete, rappresenta il principale problema di sanità pubblica: tali malattie costituiscono indiscutibilmente la principale causa di morbosità, invalidità e mortalità avendo il maggior impatto in termini di costi umani, sociali ed economici.

Tuttavia per queste patologie esiste un'altissima potenzialità di prevenzione soprattutto se si esplicano tutte le possibilità connesse alla prevenzione primaria facendo leva sugli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo) e quelle connesse alla prevenzione secondaria utilizzando al meglio la potente arma degli screening.

Al rilevante peso epidemiologico che riveste tale gruppo di malattie si deve aggiungere l'impatto che avrà nei prossimi anni, nel nostro paese ed in particolare nella nostra regione, l'innalzamento dell'età media della popolazione con importante ricaduta in termini di numero di diagnosi, anche a parità di incidenza considerato che circa il 50% dei tumori viene diagnostico in età superiore ai 70 anni (AIRTUM-AIOM I numeri del cancro in Italia 2020).

In relazione al Programma operativo 2019-2021, la Regione ha completato le attività previste nell'ambito dell'area "Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio", e con DCA n.119/2021, ai sensi dell'articolo 1 comma 6 dell'Intesa 6 agosto 2020 Rep. Atti n. 127/CSR come sostituito dall'art. 2 dell' Intesa 5 maggio 2021 Rep. Atti n. 51/CSR, ha adottato il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) della Regione Molise 2020-2025.

In merito alle risultanze connesse alle verifiche sugli Adempimenti Lea 2019, si rileva come la Regione sia adempiente rispetto ai punti AAJ-Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria e AAZ- Sistemi anagrafe nazionale vaccini.

3.1 Piano della Prevenzione

L'Intesa Stato – Regioni del 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/CSR) concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025:

- si articola nei seguenti sei Macro Obiettivi: 1) Malattie croniche non trasmissibili; 2) Dipendenze e problemi correlati; 3) Incidenti stradali e domestici; 4) Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali; 5) Ambiente, clima e salute; 6) Malattie infettive prioritarie;
- ritiene necessario consolidare il contrasto alle malattie croniche secondo un approccio integrato tra prevenzione e assistenza sul territorio, attraverso un raccordo operativo tra Piano Nazionale della Prevenzione e Piano Nazionale della Cronicità, coinvolgendo tutte le aree di competenza del Servizio Sanitario, al fine di assicurare appropriatezza, uniformità ed equità di accesso ai cittadini;
- ritiene necessario rafforzare le azioni di promozione della salute e prevenzione secondo la visione "One Health" che considera la salute come il risultato dello sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente;
- indica la riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche come priorità trasversale a tutti gli Obiettivi del Piano cui consegue la necessità di avvalersi di dati scientifici, metodi e strumenti idonei a garantire l'equità nell'azione atteso che lo svantaggio sociale rappresenta un inconfutabile fattore di rischio per la salute e la qualità della vita;
- promuove intersettorialità quale elemento cardine della pianificazione e dell'azione.

La Regione Molise ha recepito l'Intesa 6 agosto 2020 con DCA n. 92 del 17 dicembre 2020 ed ha avviato le attività di pianificazione regionale per la prevenzione 2020-2025 in armonia con la visione, i principi, le priorità e la struttura del Piano Nazionale della Prevenzione.

In esito alla prevista e favorevole interlocuzione con il Ministero della Salute, come sopra richiamato, con DCA n. 119 del 30 dicembre 2021 è stato adottato, ai sensi dell'articolo 1 comma 6 dell'Intesa 6 agosto 2020 Rep. Atti n. 127/CSR come sostituito dall'art. 2 dell' Intesa 5 maggio 2021 Rep. Atti n. 51/CSR, il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) della Regione Molise 2020-2025.

A partire dalla attuale programmazione 2020-2025 il Ministero della Salute, di concerto con le Regioni e le Province autonome, ha reso disponibile la piattaforma *web based* «I Piani regionali di Prevenzione (PF)» quale strumento esclusivo e vincolante per la pianificazione, il monitoraggio e la valutazione dei Piani regionali di Prevenzione (PRP).

Il sistema di monitoraggio dei PRP è legato alla definizione dei Programmi che compongono il PRP; i PRP sono organizzati in "Programmi": il programma è l'unità elementare di pianificazione nonché l'oggetto del monitoraggio dei PRP.



I Programmi sono definiti secondo la specificità e l'analisi del contesto regionale documentata nel «profilo di salute». I Programmi del PRP devono rispondere alle linee strategiche del PNP; devono coprire tutti i Macro obiettivi e tutti gli Obiettivi strategici del PNP; inoltre ciascun programma deve essere il più possibile trasversale a più Macro obiettivi e a più Obiettivi strategici del PNP.

Alcuni Programmi sono "predefiniti" ("Programmi predefiniti" - PP) ossia hanno caratteristiche uguali per tutte le Regioni, sono vincolanti e vengono monitorati attraverso indicatori e relativi valori attesi uguali per tutte le Regioni; ai Programmi predefiniti (PP) si affiancano i "Programmi Liberi" (PL) i quali sviluppano gli Obiettivi strategici non coperti ovvero solo in parte coperti dai PP.

La pianificazione 2020-2025 della Regione Molise é organizzata nei seguenti PP e PL:

- PP01 Scuole che promuovono salute
- PP02 Comunità attive
- PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute
- PP04 Dipendenze
- PP05 Sicurezza negli Ambienti di Vita
- PP06 Piano mirato di Prevenzione
- PP07 Prevenzione in Edilizia e Agricoltura
- PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
- PP09 Ambiente, clima e salute
- PP10 Misure per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza
- PL11 Screening oncologici
- PL12 Primi 1000 giorni
- PL13 Alimentare la Salute
- PL14 Integrazione Calendario per la vita

Ciascun programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo dell' *health equity audit* (HEA) proposto dal PNP, che si articola nelle fasi dell' elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

Nel garantire il perseguimento degli obiettivi programmati è stato istituito un Nucleo di Coordinamento con funzioni di organizzazione, monitoraggio e controllo interno. Mediante l'introduzione del nucleo di coordinamento, inoltre, si intende promuovere un confronto strutturato a livello regionale e territoriale con tutti gli stakeholders coinvolti che permetta di superare ritardi e difficoltà riscontrati nella fase attuativa del piano.

3.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Lo stato di attuazione ed avanzamento dei programmi predefiniti e liberi ricompresi nel piano regionale approvato con il DCA n. 119 del 30 dicembre 2021 é oggetto di monitoraggio: la Regione Molise provvederà, in armonia con i criteri stabiliti dal PNP 2020-2025, a verificare, misurare e documentare annualmente nella piattaforma web ministeriale (PF) il livello di raggiungimento dei valori attesi espressi dagli indicatori di monitoraggio degli obiettivi relativi alle azioni trasversali del PNP e degli obiettivi specifici del programma.

Obiettivo 3.1.1 Implementazione e monitoraggio dei programmi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione

Azione 3.1.1.1 Costituzione del Gruppo tecnico regionale per il monitoraggio e il sostegno alle attività del P.R.P.

Indicatore 3.1.1.1 Atto direttoriale istitutivo del gruppo

Azione 3.1.1.2 Monitoraggio degli indicatori sentinella per tutti i programmi definiti per le annualità di riferimento

Indicatore 3.1.1.2 Relazione tecnica



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
3.1.1 Implementazione e monitoraggio dei programmi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione	3.1.1.1 Costituzione del Gruppo tecnico regionale per il monitoraggio e il sostegno alle attività del P.R.P	31/12/2022	Atto direttoriale di costituzione gruppo	Si/NO	Nd	
	3.1.1.2 Monitoraggio degli indicatori sentinella per tutti i programmi definiti per le annualità di riferimento	31/12/2022	Relazione tecnica	Scostamento tra "valore osservato" e "valore atteso" per n. indicatori sentinella ≤20%/n. indicatori sentinella ≥60%	Nd	
		31/12/2023	Relazione tecnica	Scostamento tra "valore osservato" e "valore atteso" per n. indicatori sentinella ≤20%/n. indicatori sentinella ≥70%	Nd	
		31/12/2024	Relazione tecnica	Scostamento tra "valore osservato" e "valore atteso" per n. indicatori sentinella ≤20%/n. indicatori sentinella ≥80%	Nd	
Responsabile del procedimento attuativo						
Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM – Dipartimento di Prevenzione Direttore Sanitario ASReM Direttore amministrativo ASReM						

3.2 Programmi organizzati di screening

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.

Si riporta di seguito il dettaglio della proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice, mammella e colon (2018 e 2019 sperimentazioni, 2020 provvisorio/informativo)

Percentuali di adesione		Sperimentazione	Sperimentazione	Provvisorio/info	Valori di riferimento	Fonte
		2018	2019	rmativo 2020		
		%	%	%		
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato	Cervicale	45,9%	21,2%	14,0%	Sufficienza: ≥ 25% Eccellenza: ≥ 50%	NSG (P15Ca)
	Mammografico	34,6%	30,4%	20,0%	Sufficienza: ≥ 35% Eccellenza: ≥ 50%	NSG (P15Cb)
	Colon-rettale	28,6%	20,3%	16,9%	Sufficienza: ≥ 25% Eccellenza: ≥ 50%	NSG (P15Cc)

Tabella Prevenzione e promozione alla salute-Screening oncologici-Fonte NSG, agg 20/07/2021

Per l'anno 2019, la quota di residenti che hanno effettuato test in programmi di screening oncologici organizzati risulta in forte decremento rispetto al 2018.

La percentuale di adesione agli screening cervicale e colon-rettale presenta, secondo i dati della sperimentazione NSG, solo per il 2018 valori al di sopra della soglia di sufficienza. Lo screening mammografico presenta, per le tre annualità oggetto della sperimentazione, un valore al di sotto della soglia di sufficienza. I dati registrati nel corso del 2020, riportati nella tabella a scopo illustrativo, risentono evidentemente dell'impatto della riduzione dell'erogazione delle prestazioni non urgenti legata alle fasi pandemiche. Difatti, a causa dello stato emergenziale, tenuto conto dei DPCM, delle Circolari



Ministeriali e delle Ordinanze Regionali che disponevano la prosecuzione delle sole attività di screening oncologico non procrastinabili (screening di II livello), l'attività di screening di I livello è stata sospesa per essere successivamente ripresa solo a partire dal secondo semestre 2020; l'attività è proseguita nel 2021 seguendo le indicazioni generali in relazione alla pandemia.

In particolare, dal Rapporto "Ripartenza screening" dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), risulta:

Tipologia Screening	Setting assistenziale	Differenziale Regionale 2020-2019	Percentuale Differenziale 2020-2019	Percentuale Differenziale Nazionale 2020-2019	Delta regionale/Italia
Cervicale	Donne invitate/contattate(fascia 26-64 anni)	-2.557	-36,20%	-33,00%	3,20%
	Test eseguiti	-886	-27,80%	-43,40%	-15,60%
	Differenza in mesi standard di ritardo*	-3,3	-	-5,2	-1,9
Mammografo	Donne invitate/contattate(fascia 50-69 anni)	-1.665	-21,80%	-26,60%	-4,80%
	Test eseguiti	-2.872	-41,10%	-37,60%	3,50%
	Differenza in mesi standard di ritardo*	-4,9	-	-4,5	0,4
Colon-rettale	Utenti invitati/contattati(fascia 50-70 anni)	-18.769	-60,60%	-31,80%	28,80%
	Test eseguiti	-5.136	-59,70%	-45,50%	14,20%
	Differenza in mesi standard di ritardo*	-7,2	-	-5,5	1,7

*mesi necessari per recuperare il ritardo, rispetto alle persone esaminate, con le performance del 2019
Fonte: Rapporto Ripartenza screening ONS

Dal confronto dei dati riferiti al periodo gennaio - dicembre 2020 verso il medesimo periodo del 2019 emerge, a livello nazionale, un notevole calo dell'attività degli screening; riduzione ancor più marcata nella Regione Molise dove:

- Per lo screening cervicale si rileva un differenziale maggiore di donne invitate/contattate rispetto alla media rilevata a livello nazionale, ed un differenziale inferiore relativo ai test eseguiti;
- Per lo screening mammografico si rileva un differenziale inferiore di donne invitate/contattate rispetto alla media rilevata a livello nazionale, ed un differenziale maggiore relativo ai test eseguiti.
- Per lo screening colon-rettale si rileva un differenziale maggiore sia di utenti invitati/contattati sia di test eseguiti, rispetto alla media rilevata a livello nazionale.

Dall'analisi del contesto regionale emerge una scarsa adesione ai programmi organizzati di screening, criticità in parte conseguenza dell'effetto pandemico, in parte connessa a problematiche di tipo strutturale. Per fronteggiare tale criticità nel corso del 2021, ed in particolar modo nel secondo semestre, si è intervenuti mediante azioni volte ad incrementare il numero di inviti trasmessi per il I livello di screening oncologici, riconducendo il valore delle prestazioni erogate, in termini di volume di inviti e di popolazione target sottoposta a screening, a livelli superiori al 2020.

Con specifico riferimento ai diversi screening oncologici, si rappresenta che:

- Screening cervicale, i dati 2021 rilevano un miglioramento nell'adesione ai PAPtest ed HPVtest rispetto all'anno precedente; difatti sono stati somministrati in totale 3.787 test a fronte dei 2.310 test eseguiti nel 2020 e dei 3.569 del 2019. Tale risultato è conseguenza di un processo di riorganizzazione strutturale ed organizzativo che, in particolare, ha condotto alla riapertura del centro prelievi presso la casa della salute di Riccia ed al potenziamento dell'attività consultoria;
- Screening mammografico, nel 2021 sono state effettuate 6.520 mammografie, dato in miglioramento rispetto al 2020, anno in cui erano state effettuate 4.159 mammografie, e di poco inferiore al dato pre-pandemico (6.792 mammografie eseguite nel 2019);
- Screening colon-retto, il numero totale degli inviti trasmessi nel 2021 è pari a 43.711, con un incremento rispetto a quanto registrato per l'anno 2020 (39.963 inviti trasmessi) ed un lieve decremento rispetto al dato pre-pandemico (44.787 inviti trasmessi nel 2019). I risultati registrati sono effetto di una riorganizzazione dell'iter diagnostico attuata, tenuto conto della normativa di settore e delle peculiarità del territorio regionale, a decorrere dal 2020. Nello specifico, con DCA n. 90/2020, la Regione è intervenuta coinvolgendo i farmacisti nel processo di screening, nel tentativo di superare le criticità connesse alla conformazione territoriale.

Mediante gli interventi realizzati si è recuperato, seppur in parte, quanto non erogato nel corso del 2020. Tuttavia, il confronto con le attività svolte nel corso del 2019, nonostante il recupero, non ha consentito il raggiungimento di una performance adeguata rispetto a quanto richiesto per il raggiungimento degli obiettivi LEA.



La scarsa adesione ai programmi organizzati di screening è probabilmente riconducibile ad una non corretta organizzazione sistemica dei predetti programmi e ad una non efficiente campagna di sensibilizzazione della popolazione target.

Nel triennio in programmazione la Regione intende intervenire con specifiche azioni volte a superare i su indicati elementi di criticità mediante la riorganizzazione dell'intera attività di screening incentrata sul potenziamento della struttura attualmente esistente e sull'individuazione di modalità di sensibilizzazione maggiormente efficienti., anche attraverso il potenziamento dei servizi territoriali consultoriali deputati alle attività di screening.

3.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Innanzitutto, in coerenza con le vigenti disposizioni normative in materia di recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia da Sars-Cov-2, la Regione tenuto conto del differenziale delle prestazioni effettuate nel 2020 rispetto al 2019, intende recuperare le prestazioni relative agli screening oncologici non erogate nel 2020.

Inoltre, al fine di superare le criticità sistemiche riscontrate, saranno poste in essere specifiche azioni volte ad incrementare l'adesione ai programmi organizzati (colon, cervice e mammella), prevedendo, anche un piano di revisione del modello organizzativo comprensivo degli idonei strumenti per il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso assistenziale (test di screening, eventuali approfondimenti diagnostici, trattamenti e follow up).

Saranno inoltre previsti monitoraggi trimestrali al fine di rilevare, per la popolazione target, il numero di inviti e di prestazioni effettuate per ciascun programma, come da richiesta del Tavolo Tecnico di Verifica del 12.04.2022.

Obiettivo 3.2.1 Recupero delle prestazioni di screening oncologici con riallineamento dei volumi ai livelli "pre-covid"

Azione 3.2.1.1 Adozione del piano di recupero delle liste d'attesa afferenti i programmi organizzati di screening

Indicatore 3.2.1.1 DCA

Azione 3.2.1.2 Attuazione del piano di recupero delle liste d'attesa afferenti i programmi organizzati di screening

Indicatore 3.2.1.1 Relazione

Obiettivo 3.2.2 Miglioramento delle prestazioni di screening oncologici

Azione 3.2.2.1 Individuazione di un nuovo modello organizzativo

Indicatore 3.2.2.1 DCA

Azione 3.2.2.2 Attuazione di un nuovo modello organizzativo

Indicatore 3.2.2.1 Provvedimento ASReM

Azione 3.2.2.3 Monitoraggio trimestrale del numero degli inviti trasmessi e delle prestazioni effettuate per ciascun programma di screening

Indicatore 3.2.2.3 Report



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
3.2.1 Recupero delle prestazioni di screening oncologici con riallineamento dei volumi ai livelli "pre-covid"	3.2.1.1 Adozione del piano di recupero delle liste d'attesa afferenti i programmi organizzati di screening	30/09/2022	DCA	Si/no		
	3.2.1.2 Attuazione del piano di recupero delle liste d'attesa afferenti i programmi organizzati di screening	31/12/2022	Relazione	Si/no		
3.2.2 Miglioramento delle prestazioni di screening oncologici	3.2.2.1 Individuazione di un nuovo modello organizzativo per il miglioramento degli screening	31/03/2023	DCA	Si/no		
	3.2.2.2 Attuazione di un nuovo modello organizzativo per il miglioramento degli screening	30/09/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	3.2.2.3 Monitoraggio trimestrale del numero degli inviti trasmessi e delle prestazioni effettuate per ciascun programma di screening	31/12/2022	Report	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute						
Referente regionale degli screening						
DG ASReM - Dipartimento di Prevenzione						
Direttore Sanitario ASReM						
Direttore amministrativo ASReM						

3.3 Coperture vaccinali

In materia di prevenzione collettiva e sanità pubblica le vaccinazioni rappresentano uno degli strumenti più efficaci e sicuri per prevenire e contenere il diffondersi delle malattie infettive. Difatti, la pratica vaccinale comporta un duplice effetto a beneficio della collettività agendo sia direttamente sui soggetti vaccinati, sia indirettamente sull'intera popolazione.

Nella regione Molise la gestione e l'organizzazione delle vaccinazioni è affidata al dipartimento unico di Prevenzione - UOC di Igiene e Sanità Pubblica dell'ASReM che, date le caratteristiche morfologiche regionali, eroga le proprie prestazioni mediante una fitta rete di centri vaccinali, articolata nei tre distretti di Campobasso, Isernia e Termoli. Tale modello organizzativo permette di garantire l'uniformità dell'accesso al servizio sull'intero territorio, coprendo anche le aree più svantaggiate.

Con riferimento ai dati registrati negli ultimi anni per le coperture vaccinali in età pediatrica, la regione Molise presenta un andamento in linea con i valori di riferimento.

Il livello di copertura sia per il ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib), che per la 1^a dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) presenta un trend tra il 2018 ed il 2019 (sperimentazione) in rialzo, per poi registrare un lieve calo nel corso del 2020 (provvisorio/informativo).

In particolare, con riferimento ai risultati 2019, si rileva come, al fine di assicurare una copertura del trivalente MPR non al di sotto del livello di sufficienza (92%), in linea con gli obiettivi sanciti con l'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 1857/CSR del 13/11/2003 relativo al "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita", si sia agito nel raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale mediante la "chiamata attiva" nei confronti dei soggetti suscettibili.



Vaccinazioni in età pediatrica	Regione			Italia 2020 (provvisori)	Valori di riferimento	Fonte
	Sperimentazione 2018	Sperimentazione 2019	Provvisorio/informativo 2020			
Vaccinazioni in età pediatrica - coperture a 24 mesi (per 100 abitanti)	Polio(a)	95,7%	97,1%	96,7%	94,02%	NSG (P01C)
	Difterite(b)	95,7%	97,1%	96,7%	93,92%	
	Tetano(a)	95,7%	97,1%	96,7%	94,04%	
	Pertosse(a)	95,7%	97,1%	96,7%	94,05%	
	Epatite B(a)	95,7%	97,3%	96,7%	94,01%	
	Hib (b)	95,7%	97,1%	96,7%	94,00%	
	Morbillo (c)	92,0%	93,4%	92,0%	91,79%	
	Parotite (c)	92,0%	93,4%	92,0%	91,55%	
	Rosolia (c)	92,0%	93,4%	92,0%	91,29%	

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi
(b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età
(c) 1a dose entro 24 mesi

Tabella Coperture vaccinali-Fonte NSG, agg.to 05/11/2021

In merito alle vaccinazioni antinfluenzali-anziano, la Regione Molise nel 2021 ha raggiunto una copertura pari al 59,8%. Il valore, pur in crescita rispetto alle annualità precedenti, non raggiunge la sufficienza (75%).

3.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Con riferimento alle vaccinazioni antinfluenzali-anziano, la Regione intende attuare azioni di potenziamento delle coperture vaccinali al fine di garantire il raggiungimento della soglia di sufficienza (75%). Nel perseguimento di tale obiettivo sarà pertanto previsto il coinvolgimento dei farmacisti vaccinatori, in attuazione dell'accordo nazionale con i farmacisti convenzionati (Intesa 14 settembre 2022); nonché l'attivazione di centri vaccinali ASReM dislocati sul territorio regionale.

Inoltre si intende pianificare delle campagne di comunicazione finalizzate a promuovere la corretta informazione sui vaccini e sul loro ruolo nella prevenzione di malattie infettive prevedibili, al fine di garantire una maggiore adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie).

In ultimo, considerato che nel mantenimento di un elevato livello di copertura vaccinale fondamentale è la disponibilità di un'anagrafe vaccinale informatizzata, strumento indispensabile per tracciare la popolazione target, definire un adeguato piano di lavoro dei servizi, registrare le vaccinazioni effettuate e favorire lo scambio di informazioni tra le varie strutture operanti sul territorio regionale e nazionale, la Regione intende intervenire completando l'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale, potenziandone l'interoperabilità a livello regionale e nazionale e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti), in particolare con riferimento all'integrazione vaccino HPV screening

Obiettivo 3.3.1 Potenziamento della copertura vaccinale per le vaccinazioni antinfluenzali-anziano

Azione 3.3.1.1 Estensione dell'offerta per le vaccinazioni antinfluenzali-anziano mediante il coinvolgimento dei farmacisti vaccinatori, in attuazione dell'accordo nazionale con i farmacisti convenzionati (Intesa 14 settembre 2022)

Indicatore 3.3.1.1 Provvedimento regionale

Azione 3.3.1.2 Attivazione dei centri vaccinali ASReM

Indicatore 3.3.1.2 Provvedimento ASReM

Obiettivo 3.3.2 Aumentare l'adesione ai programmi di vaccinazione organizzati

Azione 3.3.2.1 Pianificazione di campagne di comunicazione finalizzate a promuovere la corretta informazione sui vaccini e sul loro ruolo nella prevenzione di malattie infettive prevedibili rivolte alla popolazione generale ed a specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie).

Indicatore 3.3.2.1 Provvedimento regionale

Obiettivo 3.3.3 Potenziare il sistema Anagrafe Vaccinale Regionale

Azione 3.3.3.1 Potenziare l'interoperabilità dell'Anagrafe Vaccinale a livello regionale e nazionale e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti), in particolare con riferimento all'integrazione vaccino HPV screening.

Indicatore 3.3.3.1 Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
3.3.1 Potenziamento della copertura vaccinale per le vaccinazioni antinfluenzali-anziano	3.3.1.1 Estensione dell'offerta per le vaccinazioni antinfluenzali-anziano mediante il coinvolgimento dei farmacisti vaccinatori, in attuazione dell'accordo nazionale con i farmacisti convenzionati (Intesa 14 settembre 2022)	31/12/2022	Provvedimento regionale	Si/no		
	3.3.1.2 Attivazione dei centri vaccinali ASReM	31/12/2022	Provvedimento ASReM	Si/no		
3.3.2 Aumentare l'adesione ai programmi di vaccinazione organizzati	3.3.2.1 Pianificazione di campagne di comunicazione finalizzate a promuovere la corretta informazione sui vaccini e sul loro ruolo nella prevenzione di malattie infettive prevedibili rivolte alla popolazione generale ed a specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie).	30/09/2023	Provvedimento regionale	Si/no		
3.3.3 Potenziare il sistema Anagrafe Vaccinale Regionale	3.3.3.1 Potenziare l'interoperabilità dell'Anagrafe Vaccinale a livello regionale e nazionale e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti), in particolare con riferimento all'integrazione vaccino HPV screening.	30/06/2023	Relazione	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM – Dipartimento di Prevenzione						

3.4 Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro

In Italia, il settore a maggior rischio in termini di sicurezza sul lavoro è quello agricolo, il quale detiene, ancor oggi, il triste primato degli infortuni, spesso mortali, durante lo svolgimento dell'attività lavorativa. L'agricoltura supera, quanto ad incidenti, anche il settore edile e quello della cantieristica, tradizionalmente caratterizzati da una percentuale di sinistri elevata.

Gli spazi agricoli sono teatro del 39% degli incidenti mortali e sono al primo posto per numero di infortuni e di morti nelle statistiche dell'Inail e degli Spisal regionali.

I fattori di infortunio in agricoltura possono essere così riassunti:



- obsolescenza dei macchinari, specie nelle piccole aziende che non rispettano i requisiti essenziali di sicurezza;
- età media elevata degli agricoltori;
- irregolarità: dal rapporto dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro emerge una preoccupante presenza di lavoratori "in nero" o del "caporalato" diffuso in determinate regioni.

La prima causa di morte è il ribaltamento del trattore (una media di 100 decessi l'anno), seguita dallo schiacciamento o incastro del guidatore all'interno di macchine agricole o per il movimento terra. La seconda causa è la caduta accidentale dei tronchi. Pratiche irregolari lungo la filiera produttiva possono favorire reati come il caporalato e il lavoro nero, causa di insicurezza e di rischi per quanto concerne le condizioni di lavoro. Come evidenziato sopra, un'ulteriore causa di incidenti è spesso legata all'anzianità anagrafica di molti agricoltori e braccianti, specie nelle piccole aziende a conduzione familiare, che favorisce disattenzione nella gestione di macchine pesanti o il mancato impiego di tecnologie più all'avanguardia.

In merito al settore delle Costruzioni, nel quinquennio 2015-2019, in Italia è stata registrata una riduzione delle denunce di infortunio dell'8,7%, che sale al 17% prendendo in considerazione solo i casi accertati positivamente dall'Inail, passati dai 35.083 del 2015 ai 29.104 del 2019. La crisi del settore, già in sofferenza prima dello scoppio dell'epidemia, e l'adozione di migliori e più efficaci interventi di prevenzione nei cantieri hanno probabilmente inciso sulla riduzione del fenomeno infortunistico.

A livello regionale, i dati di alcune statistiche riferite al biennio 2017–2018 collocano le due province molisane, Isernia e Campobasso, rispettivamente al secondo ed al terzo posto, dopo Crotone, per numero di infortuni sul lavoro. Conformemente a quanto rilevato in ambito nazionale, il settore agricolo risulta quello in cui si verifica la più alta incidenza di incidenti gravi e/o mortali, rendendo oltremodo necessaria ed urgente un'opera di sensibilizzazione degli operatori e degli addetti ai lavori, per cercare di limitare questo triste primato con il costo sociale che ne consegue a carico di tutta la collettività. Si rende necessario il coinvolgimento degli enti che, a vario titolo, gravitano ed operano in agricoltura affinché si attivino per mettere in campo un processo virtuoso in grado di porre un freno a questo gravissimo problema che, nella regione Molise, ha raggiunto livelli decisamente preoccupanti, non sottovalutabili.

Nel 2021, considerando il periodo gennaio/agosto, si è rilevato un incremento delle malattie professionali e delle denunce di infortunio nel loro complesso, rispetto allo stesso periodo del 2020; si è registrato, invece, un calo delle denunce per incidenti mortali.

La programmazione degli interventi di prevenzione negli ambienti di lavoro si basa sull'individuazione dei settori e delle situazioni a maggior rischio per i lavoratori (graduazione del rischio) basandosi essenzialmente sulla probabilità che i lavoratori hanno di subire danni alla salute da esposizione professionale. Di conseguenza, tenuto conto del contesto regionale, la Regione Molise intende adottare, entro il 30.06 2023, i Piani relativi a *"Vigilanza e controllo nel comparto agricoltura"* e *"Vigilanza e controllo nel comparto costruzioni"*.

3.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 3.4.1 Adottare interventi mirati di prevenzione negli ambienti di lavoro

Azione 3.4.1.1 Adozione del piano *"Vigilanza e controllo nel comparto agricoltura"*

Indicatore 3.4.1.1 Provvedimento di adozione

Azione 3.4.1.2 Adozione del piano *"Vigilanza e controllo nel comparto costruzioni"*

Indicatore 3.4.1.2 Provvedimento di adozione

Azione 3.4.1.3 Realizzazione di attività di formazione rivolte per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico

Indicatore 3.4.1.3 Report annual



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
3.4.1 Adottare interventi mirati di prevenzione negli ambienti di lavoro	3.4.1.1 Adozione del piano "Vigilanza e controllo nel comparto agricoltura"	30/06/2023	Provvedimento di adozione	Si/no	Vedere PRP	
	3.4.1.2 Adozione del piano "Vigilanza e controllo nel comparto costruzioni"	30/06/2023	Provvedimento di adozione	Si/no	Vedere PRP	
	3.4.1.3 Realizzazione di attività di formazione rivolte per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico	31/12/2023	Report	N.incontri/anno=2		
		31/12/2024	Report	N.incontri/anno=2		
Responsabile del procedimento attuativo						
Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM - Dipartimento di Prevenzione Direttore UOC Sicurezza sui luoghi di lavoro						

3.5 Sanità veterinaria e sicurezza alimentare

L'erogazione delle prestazioni e dei servizi fissati nei LEA, relativamente alla Medicina Veterinaria ed alla Sicurezza Alimentare avvengono, in linea generale, in condizione di appropriatezza e sufficiente livello qualitativo e quantitativo. Il monitoraggio delle prestazioni rese da parte del Servizio Veterinario ASReM sul territorio Regionale, avviene attraverso le informazioni ed i flussi generati dalle rispettive Unità Operative.

Nello specifico, una percentuale significativa dei Programmi/Attività riguardanti la "Salute animale e igiene urbana veterinaria" e "Igiene degli alimenti" risultano regolarmente adempiti, tra cui: Riproduzione animale, Controllo sul benessere degli animali da reddito, Sorveglianza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi, Piano Residui, Additivi.

Mentre tra gli inadempimenti gravi riscontrati nella griglia LEA si rileva l'attività di "farmacosorveglianza". Il mancato raggiungimento dell'obiettivo è giustificabile dalla inadeguatezza delle risorse strumentali e umane.

In merito all'Area della Sanità Animale, particolare attenzione va riservata ai Piani di Profilassi. L'acquisizione delle qualifiche per tubercolosi, brucellosi bovina e ovicaprina è messa in pericolo da movimentazioni in provenienza da allevamenti (UI) di Province non UI. Tale situazione può essere fronteggiata tramite controlli aggiuntivi mirati verso tali movimentazioni, che tuttavia necessitano di risorse professionali e tecnologiche adeguate.

Altro aspetto di grande impatto è quello relativo alla continua espansione in Molise del settore dell'allevamento avicolo intensivo per il quale sono indispensabili competenze professionali concernenti misure di biosicurezza, materia ormai ritenuta un pilastro portante della Sanità animale in generale. Si consideri per questo aspetto anche il settore suinicolo, per il quale la Regione ha approvato recentemente un piano di eradicazione della malattia di Aujeszky e della Peste Suina Africana.

Per quanto riguarda la prevenzione e il contrasto al randagismo il DCA 100/2020 prevede l'adozione di misure che, allo stato attuale, in considerazione della carenza di personale, risultano di difficile esecuzione (Mappatura genetica delle popolazioni canine identificate e geolocalizzazione dei siti con elevato numero di cani che costituiscono fonte di branchi di cani sul territorio).



3.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 3.5.1 Definizione /aggiornamento di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali in coerenza con la pianificazione nazionale

Con Determinazione del Direttore Generale per la salute n.271 del 28 dicembre 2018 la Regione ha aggiornato il Piano Regionale Pluriennale Integrato dei controlli 2015-2019 approvato con DCA n.67/2015, atto a un rafforzamento della governance regionale in materia di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare. Detto Piano è in linea con le indicazioni del PNI 2015-2018 e descrive il sistema regionale di prevenzione per la sicurezza e la qualità degli alimenti e dei mangimi, la sanità animale, il benessere degli animali e la sanità delle piante ma non tiene conto dei cambiamenti avvenuti con l'entrata in vigore del Regolamento n. 625 del 15 marzo 2017 e della relativa normativa nazionale di adeguamento alle disposizioni dello stesso regolamento in materia di controlli ufficiali.

Con nota prot. n.61145 del 14/04/2020 l'Ufficio Sicurezza Alimentare del Servizio Prevenzione Veterinaria e Sicurezza Alimentare confermava per l' anno 2020 e fino al 31 dicembre 2022, per la macroarea alimenti di cui al punto 4.1.1. lettera A - "Settore sicurezza alimentare - alimenti di origine animale e non" le disposizioni, il numero di campioni da effettuare, la modulistica e quant'altro riportato nell'aggiornamento del Piano Regionale Pluriennale Integrato dei Controlli 2015-2019, approvato con la succitata determinazione del direttore generale per la salute n. 271/2018.

Con Decreto del Commissario ad Acta n.98 del 15/10/2021 è stata recepita 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 di Bolzano concernente il "Piano di Controllo Nazionale Pluriennale 2020-2022". Rep. Atti n. 16/CSR del 20 febbraio 2020.

L'intero piano sarà oggetto di un aggiornamento in linea con le disposizioni nazionali.

Azione 3.5.1.1 Definizione /aggiornamento di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali in coerenza con la pianificazione nazionale;

Indicatore 3.5.1.1 DCA

Obiettivo 3.5.2 Implementazione delle misure di riduzione dell'uso dei prodotti fitosanitari in coerenza con Piano d'azione nazionale per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari (PAN)

La direttiva 2009/128/CE, recepita con il decreto legislativo del 14 agosto 2012, n. 150 ha istituito un "quadro per l'azione comunitaria ai fini dell'utilizzo sostenibile dei pesticidi". Per l'attuazione di tale direttiva sono stati definiti Piani di Azione Nazionali (PAN) per stabilire gli obiettivi, le misure, i tempi e gli indicatori per la riduzione dei rischi e degli impatti derivanti dall'utilizzo dei prodotti fitosanitari.

Obiettivo della Regione è il potenziamento del monitoraggio delle misure di riduzione dell'impatto dei prodotti fitosanitari.

Azione 3.5.2.1 Monitoraggio delle misure di riduzione dell'uso dei prodotti fitosanitari in coerenza con Piano d'azione nazionale per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari (PAN)

Indicatore 3.5.2.2 Relazione/Report

Obiettivo 3.5.3 Implementazione di procedure per la corretta pianificazione ed esecuzione del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza

Con DDG n. 159 del 27 agosto del 2018 è stato recepita l'Intesa ai sensi dell'art.8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131 tra il governo le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza (PNCAR 2017-2020" Rep Atti n.188 del 02/11/2017). Saranno fornite pertanto ulteriori indicazioni operative per assicurare l'attuazione del PNCAR.

Azione 3.5.3.1. Aggiornamento Linee Guida indicazioni operative per assicurare l'attuazione del PNCAR.

Indicatore 3.5.3.1 Provvedimento direttoriale



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
3.5.1 Definizione /aggiornamento di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali in coerenza con la pianificazione nazionale	3.5.1.1 Definizione /aggiornamento di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali in coerenza con la pianificazione nazionale	31/03/2023	DCA	si/no	nd	
3.5.2 Implementazione di misure di riduzione dell'uso dei prodotti fitosanitari in coerenza con Piano d'azione nazionale per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari (PAN)	3.5.2.1 Monitoraggio delle misure di riduzione dell'uso dei prodotti fitosanitari in coerenza con Piano d'azione nazionale per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari (PAN)	31/12/2024	Relazione /Report	si/no	nd	
3.5.3 Implementazione di procedure per la corretta pianificazione ed esecuzione del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza	3.5.3.1 Emanazione Linee Guida indicazioni operative per assicurare l'attuazione del PNCAR	31/03/2023	Provvedimento direttoriale	si/no	nd	
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissaria						
Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM - Dipartimento di Prevenzione						



4 Assistenza Territoriale/ Distrettuale

Con il Programma Operativo 2022-2024, la Regione Molise intende rilanciare il processo di implementazione della propria rete territoriale, sfruttando, soprattutto, le nuove possibilità derivanti dall'utilizzo delle risorse finanziate dalla Missione 6 Component 1 (M6C1) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dalla Legge di Bilancio n. 234/2021 in materia di personale.

Con riferimento al contesto regionale, l'ASREM, attualmente, garantisce l'assistenza territoriale tramite tre distretti sanitari (Campobasso, Isernia e Termoli) con tutti i servizi ad essi correlati (assistenza sociosanitaria, riabilitativa, specialistica ambulatoriale, assistenza primaria, consultori), il Dipartimento di Salute Mentale integrato con i servizi per il contrasto alle dipendenze patologiche ed il Dipartimento di prevenzione.

L'assistenza territoriale molisana, ad oggi, è caratterizzata da un buon grado di sviluppo delle cure domiciliari, mentre risulta carente in altri importanti setting assistenziali come, ad esempio, l'assistenza residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti e necessita di migliorare i processi di presa in carico, in quanto molti percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), pur deliberati dalla Regione, non sono concretamente operativi sul territorio.

Di seguito un prospetto di sintesi dei principali indicatori previsti per l'area territoriale.

Tabella-Assistenza Domiciliare (Data agg.to 11/03/2022) - NSG

Assistenza residenziale e semiresidenziale	2019	2020	2021 (provvisorio)	Valore di riferimento	Fonte
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1(Numero GEA / numero GdC) = 0,14 -0,30). GEA: Giornate effettive di assistenza	3,52%	3,06%	1,09%	Sufficienza: ≥2,6 Eccellenza: ≥4	NSG (D22Z)
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2(Numero GEA / numero GdC) = 0,31 -0,50). GEA: Giornate effettive di assistenza	5,86%	3,49%	0,17%	Sufficienza: ≥1,9 Eccellenza: ≥2,5	
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3(Numero GEA / numero GdC) = > 0,50). GEA: Giornate effettive di assistenza	4,71%	2,64%	0,14%	Sufficienza: ≥1,5 Eccellenza: ≥2	

Tabella-Assistenza residenziale e semiresidenziale (Data agg.to 11/03/2022) - NSG

Assistenza domiciliare	2019	2020	2021 (provvisorio)	Valore di riferimento	Fonte
Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	9,42%	11,07%	11,43%	Sufficienza: ≥24,6 Eccellenza: ≥41	NSG (D33Za)
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cura palliative sul numero deceduti per causa di tumore	12,42%	22,51%	21,43%	Sufficienza: ≥35 Eccellenza: ≥55	NSG (D30Z)

Tabella -Salute Mentale (Data agg.to 28/03/2022) - NSG

Assistenza domiciliare	2019	2020	2021 (provvisorio)	Valore di riferimento	Fonte
Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni di psichiatria	6,28%	6,32%	3,52%	Sufficienza: ≤6,9% Eccellenza: ≤4%	NSG (D27C)

INDICATORI LEA					
Copertura ADI pazienti up65 PAI - ATTIVI nel periodo di riferimento (quindi riferiti anche a PAI iniziati in periodi precedenti)					
	Isernia	Campobasso	Termoli	tot gen	
Pop uo 65 al 1 gennaio 2020	20945	30028	23767	74740	
Numerosità di anziani in ADI	Isernia	Campobasso	Termoli	tot gen	
1 Trimestre	1781	1469	1486	4736	
2 Trimestre	1557	1147	1206	3910	
3 Trimestre	1980	1665	1589	5234	
4 Trimestre	1201	1144	1188	3533	
%	Isernia	Campobasso	Termoli	tot gen	
1 Trimestre	8,50%	4,89%	6,25%	6,34%	
2 Trimestre	7,43%	3,82%	5,07%	5,23%	
3 Trimestre	9,45%	5,54%	6,69%	7,00%	
4 Trimestre	5,73%	3,81%	5,00%	4,73%	

Ad oggi, inoltre, risulta necessario potenziare la capacità dei distretti sanitari di interfacciarsi con i Comuni per migliorare l'integrazione sociosanitaria, nonché la qualità, completezza e tempestività dei dati relativi all'assistenza territoriale in possesso di ASREM e della Regione, al fine di potenziare anche la capacità programmatica regionale nell'area della disabilità, non autosufficienza e salute mentale.

Con riferimento ai LEA, di seguito si rappresentano le inadempienze in ambito di assistenza territoriale, come da verifica adempimenti LEA anno 2019:

- **OBBLIGHI INFORMATIVI STATISTICI – COMPLETEZZA e QUALITÀ (C.2 – C.3)**

La Regione risulta inadempiente limitatamente ai flussi informativi dei dati SDO; con esplicito riferimento ai flussi direttamente connessi alla rete territoriale

- **MONITORAGGIO EX POST DELLE PRESTAZIONI INCLUSE NEL FLUSSO INFORMATIVO EX ARTICOLO 50 DELLA LEGGE N. 326/2003 (C.5)**

Si rilevano criticità connesse alla piena operatività del nuovo sistema CUP regionale e, nello specifico, alla non puntuale raccolta delle informazioni;

- **ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE (S)**

- S.1) Assistenza domiciliare e residenziale

- S.1.1: la Regione presenta l'offerta assistenziale per le strutture residenziali R1, R2 e R3, mentre è assente l'offerta per le strutture semiresidenziali (SR). Inoltre, risulta assente l'offerta assistenziale per i trattamenti residenziali socio-riabilitativi di mantenimento a persone con disabilità. Punteggio: 7 (massimo 9 punti);
- S.1.2: non si valuta la tabella dal momento che la Regione, in precedenza, ha risolto le criticità in merito al punto S.1.2;

- S.2) Cure domiciliari e residenziali:

- S.2.2.1: i tassi dei trattamenti sanitari residenziali per 1.000 abitanti per intensità di cura, rispetto ai valori della mediana del 2016, sono così distribuiti: R1: 0,28 > 0,11; R2: 0,47 < 1,52; R2D: 0,04 < 0,23; R3: 0,71 < 1,40; Punteggio: 3 (minimo 4)
- S.2.2.2: il tasso dei trattamenti sanitari in strutture semiresidenziali per 1.000 abitanti, in coerenza con i valori di mediana stabiliti nelle note di compilazione del Questionario 2019, sono così distribuiti: SR 1+SR 2: 0,00 + 0,00 = 0,00 < 0,08.

Punteggio: Offerta assistenziale:7 punti; Cure domiciliari:6 punti; Cure residenziali:0 punti; Cure semiresidenziali:0 punti.

Dall'analisi dei dati presenti sul flusso NSIS emergeva un punteggio pari a 13, non sufficiente per raggiungere l'adempienza. Nello specifico si rilevavano carenze nell'ambito dell'offerta socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale. Tali carenze sono confermate anche dall'ultimo Verbale del Tdv del 12.04.2022.

Per quanto emerso dall'analisi di contesto, la Regione, pertanto, intende adottare un nuovo documento unico di riorganizzazione dell'assistenza territoriale che, partendo dalla bozza di Documento unico di riorganizzazione della rete territoriale del 2020¹e recependo gli standard contenuti nel DM Salute del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", fornisca gli ulteriori strumenti programmatici utili a superare le citate criticità, anche in un arco temporale più lungo rispetto a quello di vigenza del presente P.O.

La Regione, dunque, si prefigge come obiettivo a lungo termine la definizione di una nuova rete territoriale con valenza fino al 2027, prevedendo entro dicembre 2022 l'adozione del relativo DCA di riorganizzazione della rete.

¹ Prot. SIVEAS n. 60 del 07/09/2020



4.1 Assistenza primaria e continuità assistenziale

Il riordino dell'assistenza primaria è una delle priorità della Regione Molise.

Attualmente in Regione Molise operano 239 Medici di Medicina Generale (MMG), 32 Pediatri di Libera Scelta (PLS) e 222 Medici di Continuità Assistenziale (MCA) ² con 474.137 ore remunerate nel 2019³. Ad oggi non risulta attiva nessuna Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) e nessuna Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP).

La Regione, negli anni, ha attivato otto Case della Salute nelle quali sono presenti numerosi servizi coincidenti con quelli richiesti nelle CdC di prossima attivazione. Nella tabella seguente è riportato il personale presente nelle Case della Salute attuali e le ore di specialistica ambulatoriale attivate.

Tabella - Personale in servizio presso le Strutture Distrettuali e ore di specialistica ambulatoriale

	Medici	infermieri generali	OSS	Amministr.	personale ausiliario	personale tecnico sanitario	tecnici di riabilitazione	ore specialisti ambulatoriali	ore specialistica ambulatoriale percorso di paziente	ufficio di direzione	psicologi	assistente tecnico	operatore tecnico	assistenza sociale	Altro
DISTRETTO DI TERMOLE	CdC Castellanauro	2						63,5							
	CdC Santa Croce	4						96,5							
	CdC Montenero	5	1	1				193	6				2		
	CdC Termoli HUB consultorio termoli	3	31	1	15		1	448,2	85		3		5		
	consultorio di Larino		5					138	38		2		1		
	consultorio di Larino	3						42							
	CdC Larino (incluse cdC)	8	63	17	4	1	4	273	228	1			5		
CdC Larino Hospice	2	10	11					38		1				3	
totale DSSE Termoli	11	123	30	20	1	5	8	1060,2	375	4		13	3		
DISTRETTO DI ISERNA	CdC FROSOLONE	4		3				30,45	8						
	consultorio consultorio	1													
	MESEANO (esclude cdC)	4	40		2	3	2	193	85				7		3
	CdC ROSSONE	7			4			37,4					1	2	
	CdC SERINA	3	15		2		3	173				2	3	1	
	CONSULTORIO S	2	3					5,2					1	2	
totale DSSE ISERNA	3	70		9	1	5	7	507,85	88			2	12	5	3
DISTRETTO DI JANNO BASSO	BOIANO							117	34						
	Consultorio Boiano	1						9							
	BICCIA	8		1			1	71	22						
	TROVENTO compreso CdC	3				3		6,4	13						
	SANT'ELIA	1						6	15						
	VIA PIETRELLA	5 ²	27	3	7			436	43						2
	VIA GRANNO	4			1			12							
	VIA TOSCANA	2					1		38						
	Consultorio Campobasso		5						8,3						1
	Dermatologia c/o P.O. Cardinale		3						38	76					
totale DSSE JB	15	62	3	30	1	7	1	896	238					3	

Il personale contenuto in tabella è comprensivo di tutto il personale afferente le attività distrettuali (PUA, ADI, Protesica, ecc). Nelle strutture ove presenti gli Ospedali di Comunità il personale comprende anche i moduli di riabilitazione, RSA e UDI

Al fine di potenziare l'assistenza primaria in un'ottica di prossimità, accessibilità e multidisciplinarietà, la Regione Molise ha deciso di attivare a regime nel 2026 tredici CdC suddividendole tra hub e spoke.

² Fonte: SISAC rilevazione deleghe sindacali 1° gennaio 2021

³ Fonte annuario statistico del SSN del Ministero della Salute: anno 2019



Struttura	Comune	Hub/Spoke
CdC	LARINO	Hub
CdC	AGNONE	Hub
CdC	CASTELMAURO	Spoke
CdC	TERMOLI	Hub
CdC	CAMPOBASSO	Hub
CdC	FROSOLONE	Spoke
CdC	ISERNIA	Hub
CdC	TRIVENTO	Spoke
CdC	SANTA CROCE DI MAGLIANO	Spoke
CdC	VENAFRO	Hub
CdC	MONTENERO DI BISACCIA	Spoke
CdC	RICCIA	Hub
CdC	BOJANO	Spoke

Gli interventi strutturali necessari per realizzare/riconvertire le tredici CdC programmate con il DCA 25/2022 saranno finanziati interamente con i fondi previsti dal DM Salute del 20 gennaio 2022.

In tutte le CdC, sulla base del ruolo che ricopriranno nella rete, saranno attivati i servizi previsti come obbligatori dal DM 77/2022, mentre quelli facoltativi saranno individuati sulla base delle necessità espresse dai singoli territori e indicati all'interno del previsto documento unico di riorganizzazione della rete territoriale, tenendo conto anche della necessità di potenziare i servizi consultoriali attualmente carenti⁴. L'attivazione delle tredici CdC consentirà alla Regione Molise di rispettare lo standard di una CdC hub ogni 40.000 abitanti e complessivamente ci sarà una CdC hub o spoke ogni 23.000 abitanti circa.

Con l'emergenza Covid-19 in Regione Molise sono state attivate progressivamente 6 Unità Speciali di Continuità Assistenziali (USCA), in cui hanno operato 12 medici garantendo una copertura oraria di 12 ore al giorno per 7 giorni la settimana. Tenuto conto che il DM 77/2022 individua uno standard di 1 Unità di Continuità Assistenziale (UCA) ogni 100.000 abitanti, la Regione Molise prevede di attivare 3 UCA allocandole funzionalmente presso le CdC Hub di Campobasso, Isernia e Termoli. L'UCA è un'equipe che afferisce al Distretto, composta da 1 medico ed 1 infermiere, che opera sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con i MMG e i PLS e le loro forme organizzative. L'UCA potrà usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri e l'equipe potrà essere integrata con altre figure professionali sanitarie.

Al fine di garantire la presenza medica e infermieristica prevista per le CdC hub e spoke dal DM 77/2022, la Regione, in sinergia con ASREM, utilizzerà il personale già presente nelle attuali Case della Salute, e, per le sedi hub, sarà assicurata la presenza del medico h24, anche attraverso l'utilizzo di parte del monte ore della continuità assistenziale a seguito di una rivalutazione e riorganizzazione del servizio.

La Regione, infine, intende completare progressivamente la dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) fino al raggiungimento dello standard di 1 IFoC ogni 3.000 abitanti. Attualmente il numero degli IFoC già presenti è pari a 45 con un bacino di utenza medio di 1 ogni 6.500 abitanti circa. L'ulteriore personale necessario al funzionamento delle CdC sarà reperito, a seguito di specifici approfondimenti che si effettueranno in sinergia con ASREM, tramite un aggiornamento del Piano assunzionale sulla base degli ulteriori fondi previsti dall'art. 1, comma 274 della Legge 234/2021 per la realizzazione degli standard previsti dal DM 77/2022.

⁴ Risultano attivi in regione 6 consultori, così come indicato dall'annuario statistico del SSN del Ministero della Salute, anno 2019



4.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.1.1 Attivazione di 13 CdC sul territorio regionale

Azione 4.1.1.1 Approvazione dei progetti idonei per la realizzazione di 1 CdC hub e per la ristrutturazione dei 6 CdC hub e 6 CdC spoke

Indicatore 4.1.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 4.1.1.2 Assegnazione dei CIG o convenzioni per la realizzazione/ristrutturazione delle 13 CdC hub e spoke

Indicatore 4.1.1.2 Provvedimento ASReM

Azione 4.1.1.3 Stipula dei 13 contratti per la realizzazione/ristrutturazione delle 13 CdC hub e spoke

Indicatore 4.1.1.3 Provvedimento ASReM

Obiettivo 4.1.2 Ridefinizione della rete territoriale in coerenza con il DM 77/2022: riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale

Azione 4.1.2.1 Riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale con accentramento delle chiamate

Indicatore 4.1.2.1 DCA di riorganizzazione della rete

Obiettivo 4.1.3 Rideterminazione della dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), in coerenza con il DM 77/2022

Azione 4.1.3.1 Completamento della dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)

Indicatore 4.1.3.1 Report: raggiungimento standard di 1 IFoC ogni 3.000 abitanti

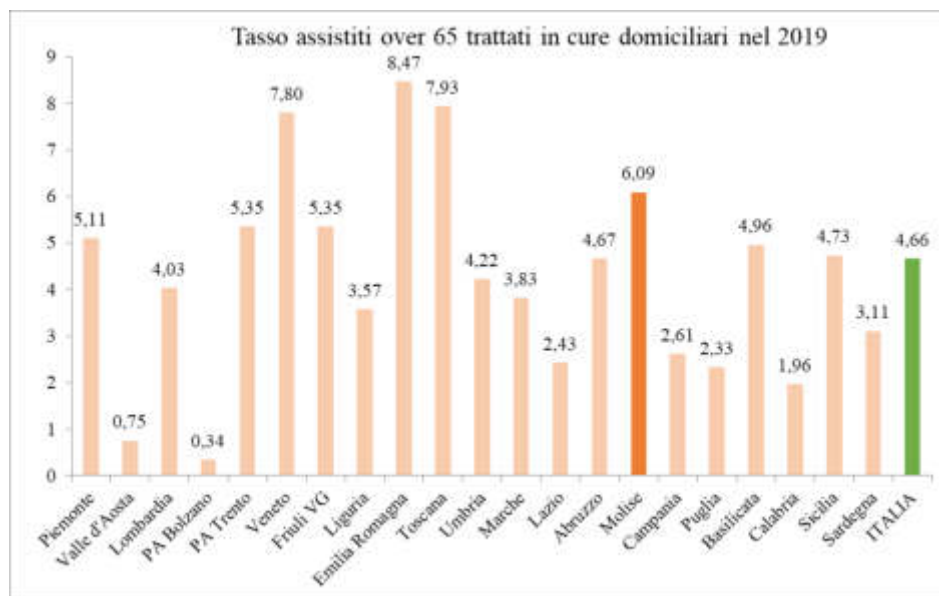
ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.1.1 Attivazione di 13 CdC sul territorio regionale	4.1.1.1 Approvazione dei progetti idonei per la realizzazione di 1 CdC hub e per la ristrutturazione dei 6 CdC hub e 6 CdC spoke	31/12/2022	Provvedimento ASReM	Si/no		
	4.1.1.2 Assegnazione dei CIG o convenzioni per la realizzazione/ristrutturazione delle 13 CdC hub e spoke	31/03/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	4.1.1.3 Stipula dei 13 contratti per la realizzazione/ristrutturazione delle 13 CdC hub e spoke	30/09/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
4.1.2 Ridefinizione della rete territoriale in coerenza con il DM 77/2022: riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale	4.1.2.1 Riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale con accentramento delle chiamate	31/12/2023	DCA	Si/no		
4.1.3 Rideterminazione della dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), in coerenza con il DM 77/2022	4.1.3.1 Completamento della dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)	30/09/2024	Report	Raggiungimento Standard di 1 IFoC ogni 3.000 abitanti - (Completamento=100%)		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG A.S.Re.M						



4.2 Assistenza domiciliare integrata

La Regione Molise storicamente ha un buon livello di erogazione delle cure domiciliari.

La Regione, infatti, nel 2019 ha preso in carico al domicilio circa il 6% della popolazione sopra i 65 anni.



Il Nuovo Sistema di Garanzia del Ministero della Salute (NSG) per lo stesso anno, inoltre, evidenzia che il 3,52% delle prese in carico è avvenuto con un coefficiente di intensità assistenziale di primo livello (CIA1), il 5,86% con un coefficiente di intensità assistenziale di secondo livello (CIA2) e il 4,71% con un coefficiente di intensità assistenziale di terzo livello (CIA3).

Attualmente, le prestazioni sono garantite dall' ASReM attraverso un contratto triennale di appalto di servizio stipulato nel giugno del 2021 e prevede una forte spinta tecnologica con l'utilizzo della telemedicina sia "one to one" che "one to many". Queste nuove modalità erogative prevedono il coinvolgimento attivo dei MMG attraverso procedure informatizzate di attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare con l'utilizzo della piattaforma Software fornita dalla Società aggiudicataria che sarà integrata, in una logica di Rete, con tutti i sistemi informatici collegati alle attività ADI (LIS, RIS, FSE, ecc.). La nuova organizzazione faciliterà la presa in carico dei pazienti che necessitano di essere assistiti a domicilio diminuendo, altresì, il ricorso ad ospedalizzazioni inappropriate.

La Regione, al fine di potenziare le cure domiciliari in coerenza con la normativa regionale vigente, intende superare l'attuale modello basato sulla gara d'appalto per giungere al modello dell'autorizzazione e accreditamento sulla base di quanto previsto dal DCA n. 113/2021 di recepimento dell'Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 151/CSR) sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari".

La Regione, inoltre, per dare attuazione a quanto previsto dalla M6C1 del PNRR in ambito di potenziamento delle cure domiciliari intende prendere in carico al domicilio, nel 2025, il 10% della popolazione sopra i 65 anni e potenziare i servizi di telemedicina, attraverso l'implementazione di strumenti che consentano interazioni a distanza medico-paziente, soprattutto per le prestazioni di diagnostica e monitoraggio. Con il DCA n. 27/2022 la Regione ha recepito il DM Salute del 29/04/2022 e intende dargli attuazione all'interno di un quadro organico di riforma e implementazione della telemedicina e dei sistemi informativi.

4.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.2.1 Potenziamento delle cure domiciliari

Azione 4.2.1.1 Assistere al domicilio almeno il 10% della popolazione sopra i 65 anni

Indicatore 4.2.1.1 Report: % di assistiti domiciliari con eta > 65anni

Obiettivo 4.2.2 Riportare le cure domiciliari al sistema dell'autorizzazione e dell'accreditamento

Azione 4.2.2.1 Definizione degli standard per l'autorizzazione e l'accreditamento delle cure domiciliari

Indicatore 4.2.2.1 DCA

Obiettivo 4.2.3 Attivazione progetti sulla telemedicina dedicati ai pazienti cronici

Azione 4.2.3.1 Attivazione di almeno un progetto sulla telemedicina dedicato ai pazienti cronici

Indicatore 4.2.3.1 Atto regionale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.2.1 Potenziamento delle cure domiciliari	4.2.1.1 Assistere al domicilio almeno il 10% della popolazione sopra i 65 anni	31/12/2023	Report	% di assistiti domiciliari con eta > 65anni (= 9%)		
		31/12/2024	Report	% di assistiti domiciliari con eta > 65anni (= 10%)		
4.2.2 Riportare le cure domiciliari al sistema dell'autorizzazione e dell'accreditamento	4.2.2.1 Definizione degli standard per l'autorizzazione e l'accreditamento delle cure domiciliari	31/12/2023	DCA	si/no		
4.2.3 Attivazione progetti sulla telemedicina dedicati ai pazienti cronici	4.2.3.1 Attivazione di almeno un progetto sulla telemedicina dedicato ai pazienti cronici	31/12/2024	Atto regionale	si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

4.3 Ospedali di Comunità

In Regione Molise sono attivi due Ospedali di Comunità (OdC) presso le strutture di Larino e Venafro.

Le citate strutture saranno ristrutturare con i Fondi PNRR stanziati con il DM del 20 gennaio 2022 e previsti nel DCA n. 25/2022 e saranno rivolte a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche i ricoveri brevi.

Il DM 77/2022 prevede che sia presente un OdC dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. È possibile prevedere l'estensione progressiva di 0,4 posti letto per ogni 1.000 abitanti da attuarsi secondo la programmazione regionale.

Per quanto riguarda lo standard di personale per un OdC dotato di 20 posti letto, la Regione Molise prevede:



- 7-9 infermieri (di cui un coordinatore infermieristico);
- 4-6 operatori sociosanitari;
- 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e 1 medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

La gestione e l'attività di OdC saranno basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. Per quanto concerne i flussi informativi, invece, l'OdC dovrà dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale. In particolare, saranno considerati i seguenti indicatori per il monitoraggio:

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di riospedalizzazione a 30 gg
- Degenza media OdC
- Degenza oltre le 6 settimane
- N. Pazienti provenienti dal domicilio
- N. Pazienti provenienti da ospedali

4.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.3.1 Attivazione di due Ospedali di Comunità (OdC)

Azione 4.3.1.1 Approvazione dei progetti idonei per la ristrutturazione degli OdC

Indicatore 4.3.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 4.3.1.2 Assegnazione dei CIG o convenzioni per la ristrutturazione dei 2 OdC

Indicatore 4.3.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 4.3.1.3 Stipula delle 2 obbligazioni giuridicamente vincolanti per la ristrutturazione degli OdC

Indicatore 4.3.1.1 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.3.1 Attivazione di due Ospedali di Comunità (OdC)	4.3.1.1 Approvazione dei progetti idonei per la ristrutturazione degli OdC	31/12/2022	Provvedimento ASReM	Si/no		
	4.3.1.2 Assegnazione dei CIG o convenzioni per la ristrutturazione dei 2 OdC	31/03/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	4.3.1.3 Stipula delle 2 obbligazioni giuridicamente vincolanti per la ristrutturazione degli OdC	30/09/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
DG A.S.Re.M						



4.4 Accesso ai servizi e presa in carico

La progressiva attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) e delle Case della Comunità (CdC) consentirà alla Regione Molise di riprogettare le modalità di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari e di potenziare le modalità di presa in carico e gestione degli assistiti, soprattutto delle persone con cronicità e/o fragili. Il DM 77/2022, infatti, individua come obbligatoria la presenza dei Punti Unici di Accesso (PUA) nelle CdC Hub e Spoke. L'art. 43 della Legge di Bilancio, inoltre, insieme al Piano delle Politiche Sociali 2021-2023, rafforzano il ruolo del PUA come strumento utile a realizzare l'integrazione sociosanitaria e lo potenziano.

Nel rinviare al paragrafo sull'assistenza primaria la programmazione sulle CdC, si rappresenta che attualmente in Regione Molise è attivo un servizio PUA per distretto, il quale non è ancora pienamente integrato con la componente sociale limitando, di fatto, l'accesso unitario ai bisogni sanitari e sociali dei cittadini.

Il P.O., nel rinviare al previsto documento unico di riorganizzazione della rete territoriale le azioni di sviluppo dell'integrazione sociosanitaria, in sinergia con le disposizioni di cui alla Legge n. 234/2021, prevede di potenziare i PUA, in concomitanza dell'attivazione delle previste 13 CdC, e di favorire la partecipazione degli assistenti sociali dei comuni nell'ambito delle Unità di valutazione multidimensionale (UVMD).

Nello specifico, la Regione intende attivare tre COT presso i presidi di Termoli, Bojano e Venafro con le funzioni e gli standard organizzativi, strutturali e tecnologici previsti dal DM 77/2022.

A tal fine, la Regione potenzierà la propria infrastruttura tecnologica ed informatica e si impegnerà nelle procedure necessarie a rendere operative e interconnesse le 3 previste COT entro il primo gennaio 2024. Rispetto al reperimento del personale che opererà nella COT⁵, a seguito di specifici approfondimenti che si effettueranno in sinergia con ASREM, si valuterà la possibilità di aggiornare il Piano assunzionale sulla base degli ulteriori fondi previsti dall'art. 1, comma 274 della Legge 234/21 per garantire gli standard previsti dal DM 77/2022.

L'attivazione delle COT, in particolare, aiuterà ASREM a migliorare la qualità, completezza e tempestività dei dati relativi all'assistenza territoriale, nonché migliorerà la capacità di presa in carico degli assistiti consentendo sia l'effettiva operatività dei PDTA approvati, sia di recuperare rilevanti risorse in termini di appropriatezza, in quanto più della metà degli accessi al pronto soccorso delle persone con scompenso cardiaco, BPCO e diabete avviene in codice verde con picchi dell'80% per la BPCO.

Il modello di presa in carico individuato dal DM 77/2022 non si completa con la sola realizzazione delle COT, in quanto la normativa prevede anche l'attivazione del numero europeo armonizzato (NEA) 116117. Tale servizio, che costituisce un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per l'accesso a tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale, non sarà attivo nell'arco temporale di vigenza del presente P.O. e sarà oggetto di specifici approfondimenti anche al fine di valutare la possibilità di attivare il servizio in accordo con le regioni limitrofe in considerazione del bacino di utenza di 1-2 milioni di abitanti previsto dal DM 77/2022.

4.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.4.1 Attivazione di n.3 Centrali Operative Territoriali (COT) presso i presidi di Termoli, Bojano e Venafro

Azione 4.4.1.1 Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle COT

Indicatore 4.4.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 4.4.1.2 Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle COT

Indicatore 4.4.1.2 Provvedimento ASReM

Azione 4.4.1.3 Stipula dei contratti per la realizzazione delle COT

Indicatore 4.4.1.3 Provvedimento ASReM

Azione 4.4.1.4 Individuazione del personale necessario al funzionamento delle COT

⁵ Personale programmato COT: 1 Coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto.



Indicatore 4.4.1.4 Relazione

Azione 4.4.1.5 Attivazione in piena operatività delle COT

Indicatore 4.4.1.5 DCA

Obiettivo 4.4.2 Potenziamento dell'infrastruttura tecnologica ed informatica: dotare ASREM di una piattaforma tecnologica coerente con gli obiettivi della M6 del PNRR

Azione 4.4.2.1 Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale

Indicatore 4.4.2.1 Provvedimento ASReM

Azione 4.4.2.2 Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale

Indicatore 4.4.2.2 Provvedimento ASReM

Azione 4.4.2.3 Completamento interventi per l'interconnessione aziendale

Indicatore 4.4.2.3 Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.4.1 Attivazione di n.3 Centrali Operative Territoriali (COT) presso i presidi di Termoli, Bojano e Venafro	4.4.1.1 Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle COT	30/09/2022	Provvedimento ASReM	Si/no	nd	
	4.4.1.2 Assegnazione CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle COT	31/12/2022	Provvedimento ASReM	Si/no	nd	
	4.4.1.3 Stipula dei contratti per la realizzazione delle COT	31/03/2023	Provvedimento ASReM	Si/no	nd	
	4.4.1.4 Individuazione del personale necessario al funzionamento delle COT	31/12/2023	Relazione	Si/no		
	4.4.1.5 Attivazione in piena operatività delle COT	31/12/2023	DCA	Si/no	nd	
4.4.2 Potenziamento dell'infrastruttura tecnologica ed informatica: dotare ASREM di una piattaforma tecnologica coerente con gli obiettivi della M6 del PNRR	4.4.2.1 Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale	31/12/2022	Provvedimento ASReM	Si/no	nd	
	4.4.2.2 Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale	31/03/2023	Provvedimento ASReM	Si/no	nd	
	4.4.2.3 Completamento interventi per l'interconnessione aziendale	31/12/2023	Relazione	Si/no	nd	
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						



4.5 Assistenza alle persone non autosufficienti

In ossequio a quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017, l'assistenza sociosanitaria sul territorio regionale sarà rivolta a garantire le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino, anche nel lungo periodo, a stabilizzare il quadro clinico, a garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona, associando alle prestazioni sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale. Sarà cura del Servizio Sanitario Regionale (SSR) garantire la continuità della presa in carico del paziente tra le fasi dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale.

Nell'ambito dell'assistenza residenziale, il SSR garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico:

a) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver.

b) trattamenti di lungassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione.

Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il SSR garantisce trattamenti di lungassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

Ad oggi è ancora complesso avere un quadro della popolazione non autosufficiente assistita dal sistema sanitario molisano.

In questo ambito, risulta esserci una buona copertura regionale attraverso la presa in carico di pazienti in ADI (mediamente il 13-15% dei pazienti con patologie croniche e un CCI2 è rintracciabile nel flusso dell'ADI) e le cure palliative erogate sia attraverso la residenzialità nella struttura Hospice di 16 posti letto che con l'assistenza domiciliare per cure palliative.

La situazione relativa all'assistenza residenziale e semiresidenziale è resa più critica dalla limitatezza del numero dei posti letto attualmente disponibili. Per le prestazioni in regime residenziale, pur in presenza di un congruo numero di posti letto accreditati (Tabella -Situazione attuale posti letto privati e pubblici assistenza socio sanitaria), si ha una limitata disponibilità dovuta ai vincoli di spesa che impediscono di contrattualizzare tutti i posti letto effettivamente disponibili; questa situazione è resa spesso più complessa dalla elevata percentuale di esenzioni per reddito degli assistiti pari al 40,83% della popolazione nell'anno 2021 e dalla difficoltà delle amministrazioni comunali di coprire con i propri bilanci la quota di retta a carico dell'area sociale per le prestazioni che prevedono la quota a carico del cittadino. La Regione Molise ha adottato le tariffe riferite alle predette prestazioni con DCA n.57/2020 e sta predisponendo il nuovo Decreto di ridefinizione delle stesse.



situazione attuale posti letto privati e pubblici assistenza socio sanitaria														
posti letto accreditati	tipologia				CONTRATTUALIZZATI									
	R1	R1 hospice	R2	nucleo alzheimer	R3	R1	tariffa R1	R1 hospice	R2	tariffa R2	Nucleo Alzheimer	tariffa Nucleo Alzheimer	R3	tariffa R3
Distretto														
Termoli			20		20				15	96		96	18	28
Isernia	20					13	180							
Isernia			20		20				13				19	
Campobasso			10		34				6				31	
Isernia					80								77	
Isernia					30								29	
Isernia			20	10					10		10			
	20		70	10	184	13			44		10		174	
posti letto pubblici			PREVISTI					ATTIVI					ATTIVI	
Ospedale di Comunità larino		16	40					16	20				20**	
Ospedale di Comunità Venafro			20*											
		16	60						20				20	
	20	16	130	10	184	13		16	64		10		194	

* RSA Covid in emergenza pandemia
N.B. i posti letto di nucleo Alzheimer, sono ricondotti alla tipologia di prestazioni R2 -
** i posti letto R3 sono un di cui dei 40 posti letto di R2 inizialmente previsti presso l'Ospedale di Comunità di Larino

Tabella-Situazione attuale posti letto privati e pubblici assistenza socio sanitaria

Con riferimento all'assistenza semiresidenziale, la cui soluzione potrebbe alleviare il carico economico-finanziario e sociale di quest'area di assistenza sia per i comuni e gli assistiti che per il SSR, non risultano in regione strutture accreditate che permettano di erogare prestazioni in regime diurno.

L'assistenza semiresidenziale ai pazienti Alzheimer è garantita attualmente, attraverso un centro diurno per malati di Alzheimer (CDCD) operante nel Distretto di Campobasso ed è di prossima attivazione un altro CDCD nel Distretto di Isernia, nell'ambito della progettualità dei lavori ministeriali del Tavolo Permanente sulle Demenze istituito presso il Ministero della Salute per l'utilizzo dei fondi destinati a ciascuna Regione.

La Regione Molise intende procedere, pertanto, ad attivare le procedure volte al reperimento di strutture semiresidenziali che saranno oggetto di autorizzazione ed accreditamento al fine dell'inserimento nella rete di offerta sanitaria e socio-sanitaria regionale.

Per la determinazione del fabbisogno si farà riferimento a quanto previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) del Ministero della Salute, - indicatore D33Z - che considera il numero di assistiti residenti di età maggiore ai 75 anni presenti nelle strutture residenziali, distinte per tipologia di trattamento (R1, R2, R3,), ogni 1.000 abitanti.

4.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.5.1 Rideterminazione delle tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali alle persone non autosufficienti e disabili

Azione 4.5.1.1 Adozione del decreto di ridefinizione delle tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili

Indicatore 4.5.1.1 DCA di adozione

Obiettivo 4.5.2 Potenziamento dell'offerta regionale di assistenza semiresidenziale

Azione 4.5.2.1 Determinazione del fabbisogno regionale (assistenza semiresidenziale)

Indicatore 4.5.2.1 Relazione

Azione 4.5.2.2 Autorizzazione ed accreditamento delle strutture individuate

Indicatore 4.5.2.2 Determinazione/DCA

Azione 4.5.2.3 Attivazione delle procedure volte al reperimento di strutture semiresidenziali determinate sulla base del fabbisogno regionale

Indicatore 4.5.2.3 Avviso



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.5.1 Rideterminazione delle tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali alle persone non autosufficienti e disabili	4.5.1.1 Adozione del decreto di ridefinizione delle tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili	31/12/2022	DCA di adozione	Si/no		
4.5.2 Potenziamento dell'offerta regionale di assistenza semiresidenziale	4.5.2.1 Determinazione del fabbisogno regionale (assistenza semiresidenziale)	31/03/2023	Relazione	Si/no		
	4.5.2.2 Autorizzazione ed accreditamento delle strutture individuate	30/09/2023	Determinazione/DCA	Si/no		
	4.5.2.3 Attivazione delle procedure volte al reperimento di strutture semiresidenziali determinate sulla base del fabbisogno regionale	31/12/2023	Avviso	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

4.6 Assistenza alle persone disabili

Alla luce del DPCM del 12 gennaio 2017 la Regione Molise ha adottato il DCA 57/2020 che stabilisce le tariffe per le prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili ed i setting assistenziali.

Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il SSR garantisce alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, trattamenti riabilitativi a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento previa valutazione multidimensionale, presa in carico e progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca le modalità e la durata del trattamento.

In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in moduli, differenziati in base alla tipologia degli ospiti:

- 1) disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare;
- 2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare.

I trattamenti semiresidenziali si articolano nelle seguenti tipologie:

a) trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo;

b) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali.

Con DCA n.3/2022 sono stati già definiti i limiti massimi di spesa delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza sociosanitaria erogate dagli operatori privati accreditati e acquisibili dal SSR per l'anno 2022. Anche nell'area della disabilità, come rilevabile dalla *Tabella - Posti letto residenziali per assistenza ai disabili (art. 34 DPCM 2017)* sotto riportata, pur in presenza di un congruo numero di posti letto accreditati, l'effettiva disponibilità è limitata a causa dei vincoli di spesa che impediscono di contrattualizzare ulteriori posti letto. Il quadro di contesto, propedeutico allo sviluppo ed alla simulazione del modello di stima dei fabbisogni e l'analisi dei consumi effettivi, sono resi difficoltosi dall'assenza di un flusso informativo specifico che permetta il tracciamento dei volumi di assistenza ricevuta dai residenti in termini di utenti e prestazioni.



Tabella - Posti letto residenziali per assistenza ai disabili (art. 34 DPCM 2017)

Distretto	Posti letto accreditati- Situazione attuale			Posti letto contrattualizzati-anno 2022		
	RD1	RD2	RD3	RD1	RD2	RD3
Isernia		120	79		8	79
Campobasso		73			27	
Venafro	10	30		9	3	
	10	223	79	9	38	79
Distretto	Posti letto strutture pubbliche			Posti letto attivi		
Ospedale di Comunità di Larino		40			30**	
Ospedale di Comunità di Venafro		15			15	
		55			45	
Totale Complessivo	10	278	79	9	83	79

Tabella - Centri diurni di riabilitazione ex art. 26

Centri diurni di riabilitazione ex art. 26 a regime semiresidenziale		
Distretto	Presi in carico accreditati	Contrattualizzati
Campobasso	24	19
Isernia	22	16
Termoli	21	13
	67	48

I dati disponibili risentono della mancanza di un flusso di gestione e monitoraggio dei Piani riabilitativi individuali e dei Piani di Assistenza dei pazienti afferenti all'area della non autosufficienza e della disabilità.

Il fabbisogno di posti letto per il periodo 2022-2024 sarà stimato ponendosi come obiettivo innanzitutto la revisione degli accreditamenti esistenti, al fine di renderli rispondenti alle tipologie assistenziali delineate dalla normativa nazionale. L'assegnazione dei budget terrà conto della mobilità passiva per setting assistenziale e della possibilità di recupero nel rispetto del principio di libera scelta del cittadino. 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. La definizione del fabbisogno è rinviata al Documento Unico di Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale.

4.6.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.6.1 Potenziamento dell'offerta dei posti letto residenziali e semiresidenziali

Azione 4.6.1.1 Adozione del DCA di riorganizzazione della rete territoriale: potenziamento dell'offerta dei posti letto residenziali e semiresidenziali

Indicatore 4.6.1.1 DCA

Obiettivo 4.6.2 Verificare la disponibilità, la completezza, la qualità ed il miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale

Azione 4.6.2.1 Attivazione Piattaforma informatica per la gestione, controllo e monitoraggio delle prestazioni residenziali e semiresidenziali di riabilitazione e non autosufficienza

Indicatore 4.6.2.1 Relazione

Obiettivo 4.6.3 Potenziamento dell'attività di controllo e validazione dei flussi informativi afferenti all'assistenza territoriale

Azione 4.6.3.1 Potenziamento dell'attività di controllo e validazione dei flussi informativi afferenti all'assistenza territoriale

Indicatore 4.6.3.1 Report trimestrale

Azione 4.6.3.2 Integrazione dati erogazione e consumi sanitari di prestazioni residenziali e sociosanitari con i sistemi informatici aziendali e regionali ed integrazione con le strutture private accreditate

Indicatore 4.6.3.1 Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.6.1 Potenziamento dell'offerta dei posti letto residenziali e semiresidenziali	4.6.1.1 Adozione del DCA di riorganizzazione della rete territoriale: potenziamento dell'offerta dei posti letto residenziali e semiresidenziali	31/12/2022	DCA	Si/no	nd	
4.6.2 Verificare la disponibilità, la completezza, la qualità ed il miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale	4.6.2.1 Attivazione Piattaforma informatica per la gestione, controllo e monitoraggio delle prestazioni residenziali e semiresidenziali di riabilitazione e non autosufficienza	30/06/2023	Relazione	Si/no	nd	
4.6.3 Potenziamento dell'attività di controllo e validazione dei flussi informativi afferenti all'assistenza territoriale	4.6.3.1 Potenziamento dell'attività di controllo e validazione dei flussi informativi afferenti all'assistenza territoriale	31/03/2023	Report trimestrale	Si/no		
	4.6.3.2 Integrazione dati erogazione e consumi sanitari di prestazioni residenziali e sociosanitari con i sistemi informatici aziendali e regionali ed integrazione con le strutture private accreditate	31/12/2023	Relazione	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						



4.7 Specialistica ambulatoriale

In Molise vengono erogate circa 3,8 milioni di prestazioni ambulatoriali annue per un valore di circa 73 milioni di euro per prestazioni regionali ed extraregionali, articolate in base alle differenti branche di offerta regionale e suddivise tra sistema pubblico e sistema dei privati accreditati (fonte sistema TS SOGEI 2021).

Distribuzione della spesa per tipologia di struttura - cumulo

Periodo: 2021

		Pubblici						Privati								
		numero ricette	numero prestazio ni	spesa netta €	ticket (**)			spesa lorda	numero ricette	numero prestazio ni	spesa netta		ticket (**)		spesa lorda	
			N°		TOT €	di cui ticket franchigia €6	di cui ticket quota fissa per ricetta			N°	€	Δ %	TOT €	di cui ticket franchigia €6		di cui ticket quota fissa per ricetta
140	Molise	628.988	2.475.884	14.757.800	3.753.964	2.942.051	811.913	18.511.764	381.506	1.285.715	58.273.042	42,64%	3.576.454	2.899.526	676.928	61.849.497
Totale		628.988	2.475.884	14.757.800	3.753.964	2.942.051	811.913	18.511.764	381.506	1.285.715	58.273.042	42,64%	3.576.454	2.899.526	676.928	61.849.497

(**) Franchigia a carico dell'assistito ed eventuali contributi regionali

Spesa Specialistica - SSN - Mobilità - Dati dichiarati

Dati di sintesi - cumulo

Periodo(*): 2021

Regione	spesa effettuata in regione da residenti in regione (a)		spesa effettuata in regione da non residenti in regione (b)		spesa effettuata fuori regione da residenti in regione (c)		spesa effettuata in regione da non identificati (***) (d)		saldo mobilità (b-c)		totale erogato Regione (****) (a+b+d)	
	numero prestazioni	spesa netta	numero prestazioni	spesa netta	numero prestazioni	spesa netta	numero prestazioni	spesa netta	numero prestazioni	spesa netta	numero prestazioni	spesa netta
140 Molise	3.237.409	34.172.114	514.618	38.702.093	316.698	7.352.516	8.926	142.285	197.920	31.349.577	3.760.953	73.016.49
Totale	3.237.409	34.172.114	514.618	38.702.093	316.698	7.352.516	8.926	142.285	197.920	31.349.577	3.760.953	73.016.49

(*) I dati di spesa si riferiscono alla data di utilizzo della ricetta

(**) Assistiti per cui il sistema non riesce ad identificare l'ASL di competenza.

(****) Dal totale erogato in regione viene esclusa la spesa effettuata da stranieri

I valori contenuti nella tabella sopra riportata, percentualmente rilevanti in relazione alla popolazione residente anno 2021, impongono che la progettazione del sistema di offerta complessiva di servizi specialistici regionali risulti calibrata sul fabbisogno di prestazioni annue, nonché sulla base della capacità produttiva del sistema pubblico (attrezzature, spazi, personale) affinché lo stesso sia in grado di:

- rispondere tempestivamente alla domanda dell'utenza;
- rispettare tempi di attesa per visite ed esami urgenti, urgenti differibili e programmabili secondo le indicazioni fornite dal Piano Nazionale di Governo dei Tempi di Attesa per il triennio 2019-2021;
- appoggiarsi su un sistema tariffario a livello regionale, elaborato in relazione alla specificità delle prestazioni erogate nonché alle dinamiche dell'offerta e della domanda.

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

Diventa essenziale, a tal proposito, basare qualsiasi forma di progettazione del sistema di offerta specialistica ambulatoriale a livello regionale sull'indagine preventiva del fabbisogno espresso dalla popolazione in considerazione dell'attuale "dimensionamento" delle strutture pubbliche e private, alla loro collocazione geografica ed al grado di specializzazione.

La Regione Molise intende, pertanto, procedere ad una definizione del fabbisogno per il triennio 2022/2024 sulla base delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel corso dell'esercizio 2021 e distinte tra:

- prestazioni erogate nell'ambito del sistema pubblico su residenti;

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

Particolari focus saranno effettuati sulle attività di diagnostica per immagini in considerazione della presenza in Regione di numerose strutture pubbliche e private accreditate eroganti tali prestazioni.

In particolare, verranno attivate azioni nei confronti sia dell'ASReM che del privato accreditato come di seguito rappresentate.

Azioni di assessment nei confronti di ASReM:

- analisi della capacità produttiva di ASReM in termini di forza lavoro impegnata al fine di verificare la necessità di un potenziamento della dotazione organica per far fronte alla domanda di pazienti residenti;
- assessment tecnologico sulle attrezzature presenti in Azienda e sulla relativa capacità produttiva cui sono correlate le attività di potenziamento tecnologico previste con il PNRR;
- valutazione della produzione ASReM nei confronti dell'utenza esterna nonché delle attività di "servizio" dedicate dai reparti ospedalieri a pazienti ricoverati (c.d. prestazioni intermedie);
- valutazione della domanda e della offerta di prestazioni di radioterapia, attualmente erogate in regione da un'unica Struttura accreditata .

Azioni nei rapporti con gli erogatori privati:

- valutazione della complessiva capacità produttiva dei privati regionali per branca di erogazione, anche in relazione alla specializzazione dei centri privati regionali;
- individuazione delle eventuali branche di offerta privata nei confronti delle quali ASReM presenta una capacità produttiva carente, al fine di valutare se acquistare parte della produzione verso pazienti regionali non soddisfatta da ASReM;
- accordi con i fornitori per regolare l'eventuale erogazione delle prestazioni verso i pazienti regionali;
- definizione di accordi di confine per regolare la mobilità passiva extra regionale nei confronti delle regioni confinanti che presentano saggi di attrazione maggiori.

Definizione tariffe per prestazioni di specialistica ambulatoriale

Il DPCM 12 gennaio 2017 recante *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*, pubblicato nella G.U. n. 65 del 18 marzo 2017, ai sensi dell'articolo 1, comma 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, include i nuovi nomenclatori dell'assistenza specialistica ambulatoriale (Allegato 4). L'articolo 64 del citato decreto, commi 2 e 3, prevede che *"le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni"*.

Nelle more dell'approvazione del Decreto per la definizione delle tariffe, la cui bozza è stata già trasmessa alle Regioni, l'obiettivo che si intende raggiungere mira alla stesura ed alla definizione del Nomenclatore Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, in linea con le prestazioni contenute nell'Allegato 4 del DPCM 2017, le cui tariffe massime costituiscono un limite invalicabile per la Regione nel rispetto delle disposizioni contenute all'art. 5 – *"Disposizioni finali e transitorie"* del citato Schema di decreto con riguardo alle regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni.

Nella stesura del Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale (Allegato 4) approvato con DPCM 2017 è stata dedicata particolare attenzione all'appropriatezza clinica. Diventa, infatti, obbligatorio per il medico prescrittore



riportare sulla ricetta la diagnosi o il sospetto diagnostico (art. 15, comma 1). Inoltre, sono state introdotte condizioni di erogabilità e indicazioni alla prescrizione appropriata per prestazioni ad alto costo o a rischio di uso inappropriato con l'introduzione di prestazioni "reflex", vale a dire prestazioni composte da 2 accertamenti diagnostici o clinici dei quali il secondo viene eseguito solo se l'esito del primo lo richiede. Pertanto, per numerose prestazioni, soprattutto nel settore della diagnostica per immagini e nel laboratorio, sono state individuate "indicazioni di appropriatezza prescrittiva" utili ad orientare l'attività prescrittiva dei medici verso un utilizzo appropriato delle stesse (art.16, comma 2); per un numero più ridotto di prestazioni, sono state individuate "condizioni di erogabilità" di carattere vincolante ai fini dell'inclusione nei LEA (art.16, comma 1).

Particolare attenzione verrà, dunque, dedicata al controllo dell'appropriatezza prescrittiva con attività di formazione e monitoraggio rivolta ai medici prescrittori ed alla implementazione della procedura di controllo delle prestazioni erogate.

4.7.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.7.1 Definizione del fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale

Azione 4.7.1.1 Analisi capacità produttiva e dotazioni tecnologiche ASREM

Indicatore 4.7.1.1 Report

Azione 4.7.1.2 Analisi capacità produttiva e dotazioni tecnologiche privato accreditato

Indicatore 4.7.1.2 Report

Obiettivo 4.7.2 Definizione del fabbisogno di radioterapia

Azione 4.7.2.1 Analisi e verifica processi di presa in carico ed erogazione prestazioni

Indicatore 4.7.2.1 Report

Obiettivo 4.7.3 Adozione Nomenclatore Regionale

Azione 4.7.3.1 Definizione prestazioni e tariffe

Indicatore 4.7.3.1 DCA

Obiettivo 4.7.4 Definizione dell'offerta regionale per prestazioni di specialistica ambulatoriale

Azione 4.7.4.1 Monitoraggio Integrazione strutture private nel Cup Unico Regionale

Indicatore 4.7.4.1 Report trimestrale

Obiettivo 4.7.5 Sottoscrizione accordi con privato accreditato anno 2022

Azione 4.7.5.1 Definizione limiti massimi di spesa anno 2022

Indicatore 4.7.5.1 DCA

Azione 4.7.5.2 Adozione schema di accordo contrattuale anno 2022

Indicatore 4.7.5.2 DCA

Obiettivo 4.7.6 Sottoscrizione accordi con privato accreditato anno 2023

Azione 4.7.6.1 Definizione limiti massimi di spesa anno 2023

Indicatore 4.7.6.1 DCA

Azione 4.7.6.2 Adozione schema di accordo contrattuale anno 2023

Indicatore 4.7.6.2 DCA



Obiettivo 4.7.7 Sottoscrizione accordi con privato accreditato anno 2024

Azione 4.7.7.1 Definizione limiti massimi di spesa anno 2024

Indicatore 4.7.7.1 DCA

Azione 4.7.7.2 Adozione schema di accordo contrattuale anno 2024

Indicatore 4.7.7.2 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.7.1 Definizione del fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale	4.7.1.1 Analisi capacità produttiva e dotazioni tecnologiche ASREM	31/12/2022	Report	Si/no		
	4.7.1.2 Analisi capacità produttiva e dotazioni tecnologiche privato accreditato	31/12/2022	Report	Si/no		
4.7.2 Definizione del fabbisogno di radioterapia	4.7.2.1 Analisi e verifica processi di presa in carico ed erogazione prestazioni	31/12/2022	Report	Si/no		
4.7.3 Adozione Nomenclature Regionale	4.7.3.1 Definizione prestazioni e tariffe	31/03/2023	DCA	Si/no		
4.7.4 Definizione dell'offerta regionale per prestazioni di specialistica ambulatoriale	4.7.4.1 Monitoraggio integrazione strutture private nel Cup Unico Regionale	31/12/2022	Report trimestrale	Si/no		
4.7.5 Sottoscrizione accordi con privato accreditato anno 2022	4.7.5.1 Definizione limiti massimi di spesa 2022	30/09/2022	DCA	Si/no		
	4.7.5.2 Adozione schema di accordo contrattuale 2022	30/09/2022	DCA	Si/no		
4.7.6 Sottoscrizione accordi con privato accreditato anno 2023	4.7.6.1 Definizione limiti massimi di spesa 2023	31/12/2023	DCA	Si/no		
	4.7.6.2 Adozione schema di accordo contrattuale 2023	31/12/2023	DCA	Si/no		
4.7.7 Sottoscrizione accordi con privato accreditato anno 2024	4.7.7.1 Definizione limiti massimi di spesa 2024	31/12/2024	DCA	Si/no		
	4.7.7.2 Adozione schema di accordo contrattuale 2024	31/12/2024	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

4.8 Salute Mentale

Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda Sanitaria.

Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- i Centri di Salute Mentale (CSM), servizi territoriali;
- i Centri Diurni (CD), servizi semiresidenziali;
- i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH), ospedalieri;
- Strutture Psichiatriche Residenziali (SR) distinte in Intensive, Estensive e residenze socioterapeutico-riabilitative.



La rete territoriale dei servizi di salute mentale è stata storicamente e compiutamente organizzata a partire dalla Legge Regionale per la Tutela della Salute Mentale n. 30/2002 e successivi atti regolamentari (Gazzetta Ufficiale, 3a Serie Speciale n. 16 del 17-4-2004) nonché mediante l'attuazione di atti di programmazione adottati a livello di Conferenza Stato-Regioni e recepiti dalla Regione Molise con Deliberazioni di Giunta coerenti con gli atti normativi.

L'Accordo Stato-Regioni del 17.10.2013 recepito dalla Regione Molise con Delibera di Giunta n.109 del 18.03.2014, si pone l'obiettivo prioritario della *"Differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa"*, al fine di promuovere *"una residenzialità funzionale a percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo) sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni"*.

La materia della Salute Mentale è stata oggetto nel corso degli ultimi anni ed ancora oggi, di numerosi contenziosi con le strutture private accreditate, i cui esiti hanno portato all'annullamento dei Documenti di programmazione regionale in materia adottati.

La revisione dell'organizzazione della residenzialità va vista come un intervento non isolato, ma collocato in un contesto in cui il sistema pone al centro il progetto di vita della persona affetta da patologia psichiatrica, con l'obiettivo di ricomporre un percorso frammentato di misure e sostegni disponibili, integrando la gestione delle risorse economiche, delle istituzioni, delle famiglie, della comunità locale, dentro una logica collaborativa e abilitante.

Le linee programmatiche nazionali in materia di *"Budget della salute"* approvate dalla Conferenza Unificata in data 06.07.2022 - Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante *"Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti"* - pongono in evidenza come l'obiettivo degli interventi debba essere quello di favorire la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili formali e informali, come alternativa o evoluzione dell'assistenza residenziale. In tal modo si mira a contrastare e, se possibile, a prevenire la cronicizzazione, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali, creando un legame tra il Sistema di Cura ed il Sistema di Comunità, finalizzato ad un utilizzo appropriato ed integrato delle risorse di entrambi.

Al riguardo, è utile ricordare che gli artt. 26 e 33 del DPCM 12 gennaio 2017 indicano come livelli essenziali di assistenza (LEA) gli interventi finalizzati all'inclusione sociale, al mantenimento delle abilità e al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa. Il sistema della residenzialità va quindi rivisto con l'obiettivo di favorire una progressione evolutiva dell'utente, da un setting di cure più intenso ad uno più leggero, in correlazione con lo sviluppo del percorso riabilitativo.

Tale percorso si snoda attraverso:

- una valutazione multidimensionale del bisogno al momento dell'accesso ai servizi della persona affetta da patologia psichiatrica, che coinvolga tutte le figure che hanno competenza specifica nel trattamento della stessa;
- un coinvolgimento nella programmazione delle fasi di cura dell'utente stesso, della famiglia, della comunità locale a cui lo stesso appartiene;
- la ricerca di una soluzione che garantisca il più possibile il mantenimento della rete di contatti familiari e sociali del soggetto, al fine di agevolarne il processo di risocializzazione e di reinserimento nella comunità, conciliando le esigenze di cura con la facoltà di scelta del luogo di cura;
- l'attivazione, in alternativa alla scelta residenziale, di progetti terapeutici individualizzati finalizzati a supportare l'utente al proprio domicilio (assegni di cura, borse lavoro, etc.);
- l'attivazione, all'interno delle strutture residenziali, di progetti finalizzati al potenziamento delle abilità e all'inclusione sociale che prevedano anche l'utilizzo di strumenti di inserimento lavorativo;
- il coinvolgimento con Associazioni ed Enti del terzo settore in attività di co-programmazione e coprogettazione dando anche attuazione a quanto previsto dall'art. 55 del DL del 3 luglio 2017 n. 177.

I principi espressi saranno declinati attraverso un successivo Documento di programmazione che definirà, nel dettaglio, le modalità di partecipazione dei vari attori al sistema, il ruolo di ognuno, gli interventi in caso di criticità, i flussi per tracciare le attività e misurare i risultati.

La Regione, nell'ottica della programmazione della rete della salute mentale, intende presentare la proposta di rivalutazione del Regolamento regionale di attuazione della L.R. 30/2002 per attualizzarlo alle disposizioni contenute negli atti normativi nazionali che disciplinano detta tipologia assistenziale (D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii., DPCM 12/01/2017)



Il Documento Unico di Riorganizzazione della Rete della Salute Mentale disciplinerà la nuova organizzazione territoriale residenziale e semiresidenziale prevedendo, altresì, attivazioni sperimentali di nuove strutture per rispondere all'aumentato fabbisogno psichiatrico diversificato.

L'attività residenziale, ad oggi, è così strutturata:

Situazione attuale posti letto per la Salute Mentale				
Distretto	Popolazione residente (al 01.01.2015)	Centri	Posti letto	Tipologia assistenza
Campobasso	126.242	6	60	Alta intensità
Isernia	87.292	6	60	Alta intensità
Termoli	101.191	2	14	Media intensità (4
Totale	314.725	14	134	
Tasso PL ogni 10.000. ab.				4,3

Con DCA n.101/2021 e n.14/2022 sono state rideterminate le tariffe per le prestazioni residenziali ed i Centri diurni. La riorganizzazione delle strutture della rete di residenzialità psichiatrica prevederà, da un lato, la riconduzione dell'offerta esistente agli standard nazionali, e dall'altro, la ricollocazione dei pazienti attualmente ospitati presso le strutture che saranno interessate alla riorganizzazione, secondo un percorso assistenziale personalizzato, accompagnato dalle equipe multidisciplinari delle Unità di Valutazione Multidimensionale. Con il nuovo modello assistenziale i pazienti non più necessitanti di riabilitazione psichiatrica ad alta intensità assistenziale potranno avere a disposizione nuove strutture di residenzialità cosiddetta "leggera" ossia socio-riabilitativa; inoltre, per i pazienti che presentino date caratteristiche, è previsto, tramite la disposizione di appositi piani, il graduale reinserimento nella vita sociale.

La diversificazione dell'offerta di residenzialità psichiatrica verrà attuata attraverso la riorganizzazione per livelli di intensità di intervento terapeutico-riabilitativo delle attuali strutture consentendo una rimodulazione dei posti letto sulla base dell'effettiva domanda sanitaria e sociosanitaria. Saranno, inoltre, potenziati, i Centri diurni con aumento dei posti attualmente previsti. I bisogni psicogeriatrici e di disabilità intellettiva, attualmente di competenza del Dipartimento di Salute Mentale, saranno ricondotti nell'alveo dell'assistenza distrettuale, dando, pertanto, l'opportunità di sopperire al fabbisogno di posti letto psichiatrico non soddisfatto in regione per portatori di doppia diagnosi, disturbi di personalità ed autori di reato che sono oggetto di forte mobilità passiva.

4.8.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.8.1 Ridefinizione della rete della Salute Mentale

Azione 4.8.1.1 Adozione DCA di riorganizzazione della rete della Salute Mentale fino al 2024

Indicatore 4.8.1.1 DCA

Obiettivo 4.8.2 Proposta di adeguamento del Regolamento Regionale di Attuazione della L.R. 30/2002

Azione 4.8.2.1 Proposta di adeguamento del Regolamento Regionale di Attuazione della L.R. 30/2002

Indicatore 4.8.2.1 DCA

Obiettivo 4.8.3 Potenziamento attività di controllo e validazione dei flussi informativi afferenti all'assistenza psichiatrica

Azione 4.8.3.1 Verificare la disponibilità, la completezza, la qualità ed il miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza psichiatrica - SISM

Indicatore 4.8.3.1 Report trimestrale



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO							
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG	
4.8.1 Ridefinizione della rete della Salute Mentale	4.8.1.1 Adozione DCA di riorganizzazione della rete della Salute Mentale fino al 2024	31/12/2022	DCA	Si/no			
4.8.2 Proposta di adeguamento del Regolamento Regionale di Attuazione della L.R. 30/2002	4.8.2.1 Proposta di adeguamento del Regolamento Regionale di Attuazione della L.R. 30/2002	31/12/2022	DCA	Si/no			
4.8.3 Potenziamento attività di controllo e validazione dei flussi informativi afferenti all'assistenza psichiatrica	4.8.3.1 Verificare la disponibilità, la completezza, la qualità ed il miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza psichiatrica - SISM	31/03/2023	Report trimestrale	Si/no			
Responsabile del procedimento attuativo							
Struttura Commissariale							
Direzione Generale per la Salute							
Direzione Generale A.S.Re.M.							

4.9 Dipendenze patologiche

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.).

L'assistenza alle persone tossicodipendenti è garantita su tutto il territorio nazionale in quanto rientra nei LEA ed è assicurata da un sistema integrato di servizi. Questo sistema, che si occupa di prevenzione, diagnosi, trattamento, riduzione del rischio e del danno, reinserimento/riabilitazione, coinvolge numerosi attori su diversi livelli: il Sistema Sanitario Nazionale, attraverso i Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) delle Aziende Sanitarie Locali, gli enti del Terzo Settore e il mondo del volontariato e dell'associazionismo. Ormai da tempo i servizi per le dipendenze, pubblici e privati tra loro fortemente interconnessi e integrati, non risultano più dedicati al trattamento esclusivo (o quasi) di pazienti con disturbo da uso di sostanze e soprattutto da dipendenza da eroina. A questi servizi, infatti, si rivolgono persone affette da disturbi correlati sia al consumo delle sostanze psicoattive, da eroina, cocaina, cannabis, nuove sostanze, ad alcol, tabacco e psicofarmaci, sia ad altre forme di dipendenze e/o problematicità comportamentali, che vanno dal gioco d'azzardo, uso compulsivo di internet, social network, gaming a disturbi alimentari, shopping compulsivo, sex-addiction, ecc., sia alla comorbilità psichiatrica.

Il sistema dei servizi regionali si articola in:

- servizi ambulatoriali;
- servizi semi-residenziali/diurni, residenziali e specialistici.

I servizi ambulatoriali per le dipendenze pubblici (Ser.D.) presenti anche all'interno degli istituti penitenziari sia in forma strutturata sia come equipe specialistica, offrono consulenza e assistenza specialistica medico-sanitaria e psicologica attraverso l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e farmacologici rivolti sia ai consumatori sia ai familiari.

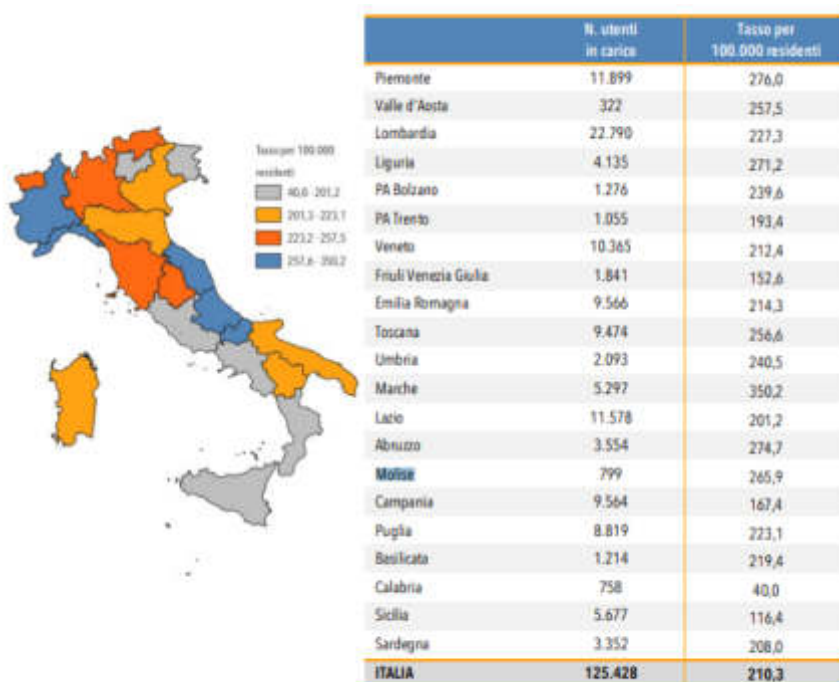
Nella Regione Molise sono presenti 6 servizi ambulatoriali pubblici nelle province di Campobasso, Isernia e Termoli e 3 equipe operanti nelle carceri di Campobasso, Isernia e Larino.

I servizi ambulatoriali garantiscono la disponibilità di attività di case management e counselling, di trattamenti psicosociali, trattamenti farmacologici sostitutivi e l'inserimento, ove necessario, presso comunità terapeutiche.

Per quanto riguarda la presenza di strutture terapeutiche residenziali, in ambito regionale sono presenti 4 strutture, di cui tre accreditate ed una autorizzata, articolate in diverse tipologie sulla base delle caratteristiche dell'utenza trattata e dei programmi trattamentali offerti, generalmente integrati con quelli erogati dai servizi ambulatoriali.

Non sono presenti strutture semiresidenziali diurne.





Fonte: SIND - Anni 2019-2020

Figura-Distribuzione regionale numero utenti SerD e tasso per 100.000 residenti

Il SSR 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 privilegi 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.

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, sono attive anche sedi secondarie dislocate presso i Comuni ex sede di Distretto sanitario (Venafro, Agnone, Larino).

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 Dipendenze attraverso l'azione progettuale e mirata dei Ser.D, anche attraverso l'impiego di risorse nazionali specifiche extra dotazione ordinaria.

Autismo

L'autismo rientra in quelli che vengono definiti "*disturbi pervasivi dello sviluppo*", un insieme di disturbi complessi comprendenti, tra gli altri, la sindrome di Asperger, il disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato (complessivamente definiti come disturbi dello spettro autistico), che possono manifestarsi con gradi variabili di gravità. Si tratta di disturbi che dipendono da un alterato sviluppo del cervello. Chi ne è affetto presenta problemi di interazioni sociali, problemi di comunicazione (verbale e non) e comportamenti ripetitivi. Possono essere inoltre presenti disabilità intellettiva, alterazioni della coordinazione motoria, disturbi gastro- intestinali.

La legge n. 134/2015 "*Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie*", ha previsto interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico. La legge n. 134 ha inoltre previsto l'inserimento, nella fase di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, delle prestazioni relative alla diagnosi precoce, alla cura e al trattamento individualizzato di questi disturbi; aggiornamento effettivamente

avvenuto nell'ambito del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (c.d. Nuovi LEA) che, all'art. 60, ha disposto l'aggiornamento almeno triennale delle Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico del 2012. Anche nell'intento di realizzare gli obiettivi, le finalità e gli interventi previsti dall' "Intesa Stato Regioni 2018 recante *"Aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi dello spettro acustico"*, recepita con DCA n. 13/2019, la Regione Molise si ripropone un potenziamento della Rete dei Servizi per la diagnosi, la cura e la presa in carico globale della persona. Ciò anche attraverso la promozione e lo sviluppo di un sistema integrato dei servizi sanitari, sociali ed educativi, progetti formativi per l'aggiornamento delle figure professionali afferenti l'ambito sanitario, sociale ed educativo sia nell'età evolutiva che adulta.

I percorsi di diagnosi e cura per i minori affetti da disturbo dello spettro autistico avvengono nell'ambito del Servizio di Neuropsichiatria Infantile della ASREM. Tale Servizio rappresenta un punto di riferimento per la diagnosi e cura dei disturbi neuropsichiatrici e psicologici di pazienti di età compresa fra 0 e 18 anni, ivi compresi i minori affetti da disturbo dello spettro autistico.

Particolare rilevanza assume l'effettuazione di una specifica modalità di screening per l'ASD all'interno di un percorso di sorveglianza attiva per i disturbi del neurosviluppo per tutti i bambini nel periodo ricompreso tra i 18 e i 24 mesi che appare in grado di anticipare l'età in cui verrà effettuata la diagnosi e conseguentemente facilitare una presa in carico tempestiva dei bambini con ASD nel servizio di NPIA.

Una precoce identificazione e un tempestivo accesso ai servizi sanitari e sociosanitari dei bambini con ASD risultano essenziali per poter assicurare l'avvio di interventi mirati, basati sulle evidenze scientifiche e in grado di favorire una positiva evoluzione, un'adeguata inclusione sociale e il miglioramento della qualità della vita anche per i loro familiari. Un'attività di screening in grado di individuare i soggetti a rischio per ASD e/o disturbi del neurosviluppo sarà implementata in maniera tale da migliorare anche la modalità di comunicazione e la concreta possibilità di collaborazione tra pediatra di libera scelta e servizio specialistico di NPIA, per rafforzare le modalità di percorso di presa in carico clinico ed una sinergica collaborazione dei servizi specialistici con la medicina territoriale. E' fondamentale garantire che il percorso diagnostico di base, che fa seguito allo screening, possa avvenire in modo appropriato, omogeneo e tempestivo in tutto il territorio regionale, nell'ottica di una adeguata equifruibilità delle risposte.

A questo fine appare necessario che nel Servizio di Neuropsichiatria Infantile a valenza regionale venga strutturato un Nucleo Funzionale Autismo (NFA) – équipe multidisciplinare di operatori con formazione e competenze specifiche nell'ambito della diagnosi precoce e dell'intervento nei disturbi dello spettro autistico - dotata di tutti i materiali psicodiagnostici opportuni.

I servizi per l'età adulta non presentano ad oggi un riferimento univoco come invece vi è nell'area dell'età evolutiva. In età adulta, infatti, le persone con ASD possono essere seguite in ambito sociosanitario e sociale, mentre per la parte relativa alle comorbidità psicopatologiche, la competenza è in capo ai servizi di psichiatria dell'adulto.

La rete dei servizi è arricchita da numerosi progetti, di iniziativa regionale e nazionale, specificatamente dedicati a minori con ASD che hanno consentito di sperimentare interventi innovativi, di potenziare la formazione, di migliorare la qualità dei percorsi.

L'assenza di una risposta dedicata semiresidenziale e residenziale per persone autistiche in età evolutiva ed adulte con grave disabilità rappresenta un importante nodo critico della rete.

Sul territorio regionale, attualmente, non sono presenti Centri Specialistici per soggetti autistici accreditati con il SSR. Si rende necessario, pertanto, prevedere interventi atti a garantire una risposta ai bisogni espressi attraverso la individuazione di strutture rispondenti agli standard assistenziali ed organizzativi.

La riorganizzazione regionale è rimandata al "Documento Unico di programmazione della rete territoriale. Disturbi alimentari".

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 il Distretto Sanitario, 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.

4.9.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.9.1 Ridefinizione della rete territoriale in coerenza con il DM 77/2022: riorganizzazione del servizi per le dipendenze patologiche

Azione 4.9.1.1 Adozione DCA di riorganizzazione della rete territoriale

Indicatore 4.9.1.1 DCA di riorganizzazione della rete territoriale

Obiettivo 4.9.2 Migliorare la modalità di comunicazione e la possibilità di collaborazione tra pediatra di libera scelta e servizio specialistico di NPPIA

Azione 4.9.2.1 Realizzazione screening per l'ASD all'interno di un percorso di sorveglianza attiva per i disturbi del neurosviluppo per tutti i bambini nel periodo ricompreso tra i 18 e i 24 mesi

Indicatore 4.9.2.1 Provvedimento ASReM

Obiettivo 4.9.3 Garantire la presa in carico congiunta dell'utente tra DSB, NPPIA e Dipartimento di Salute mentale

Azione 4.9.3.1 Adozione PDTA per la cura dell'autismo

Indicatore 4.9.3.1 DCA di adozione

Azione 4.9.3.2 Adozione PDTA per la presa in carico dei grandi obesi

Indicatore 4.9.3.2 DCA di adozione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.9.1 Ridefinizione della rete territoriale in coerenza con il DM 77/2022: riorganizzazione del servizi per le dipendenze patologiche	4.9.1.1 Adozione DCA di riorganizzazione della rete territoriale	31/12/2022	DCA di riorganizzazione della rete territoriale	Si/no		
4.9.2 Migliorare la modalità di comunicazione e la possibilità di collaborazione tra pediatra di libera scelta e servizio specialistico di NPPIA	4.9.2.1 Realizzazione screening per l'ASD all'interno di un percorso di sorveglianza attiva per i disturbi del neurosviluppo per tutti i bambini nel periodo ricompreso tra i 18 e i 24 mesi	31/12/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
4.9.3 Garantire la presa in carico congiunta dell'utente tra DSB, NPPIA e Dipartimento di Salute mentale	4.9.3.1 Adozione PDTA per la cura dell'autismo	31/12/2022	DCA di adozione	Si/no		
	4.9.3.2 Adozione PDTA per la presa in carico dei grandi obesi	30/03/2023	DCA di adozione	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						



4.10 Cure palliative e terapia del dolore

Il DPCM del 12/01/2017 prevede che gli interventi in ambito palliativo possono essere erogati in ospedale (sia sotto forma di consulenze ai reparti di ricovero, sia in ambulatorio), al domicilio o in hospice. Nello specifico l'erogazione delle cure palliative, come tutte le prestazioni sociosanitarie disciplinate al Capo IV del DPCM LEA, deve avvenire per percorsi assistenziali integrati (processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa, anche con l'apporto delle autonomie locali) e richiede l'elaborazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) redatto dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) a seguito della valutazione dei bisogni clinici, funzionali e sociali della persona da prendere in carico.

Questi principi generali hanno una specifica rilevanza per le cure palliative. In particolare, le cure palliative confermate dai LEA escono dall'orizzonte temporale del fine vita, estendendo il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile a evoluzione sfavorevole.

Il DPCM LEA prevede l'erogazione delle cure palliative in diversi setting assistenziali, tra i quali:

- l'assistenza specialistica ambulatoriale, ai sensi del nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, rientrano tra i LEA le visite multidisciplinari per le cure palliative, inclusa la stesura del PAI e le visite di controllo per la sua rivalutazione;
- le cure palliative domiciliari, il DPCM LEA dedica grande attenzione a questo setting assistenziale, specificando che *"sono da privilegiare gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio"*. Il DPCM chiarisce, inoltre, che le Cure palliative domiciliari sono erogate dalle Unità di Cure Palliative domiciliari-UCP (UCP-DOM) e non più nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata. Sono, infatti, le UCP-DOM che erogano sia le Cure Palliative di base sia le Cure Palliative specialistiche, garantendo l'unitarietà e l'integrazione dei percorsi di cura con un'équipe curante di riferimento;
- l'assistenza residenziale territoriale presso i Centri residenziali di Cure palliative denominati Hospice;
- l'ospedale, dove le Cure Palliative sono citate espressamente per la prima volta. Il DPCM LEA prevede, infatti, che durante le attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni cliniche, farmaceutiche, strumentali necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico e terapeutico *"includere la terapia del dolore e le cure palliative"*.

Il DM Salute del 6 giugno 2012 istituisce il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice. Tale flusso rientra tra quelli che compongono il Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute (NSIS) e fornisce informazioni in merito alle prestazioni erogate nel campo delle cure palliative nei presidi ospedalieri e territoriali pubblici e privati accreditati.

L'ASReM garantisce l'offerta di cure palliative a livello sovradistrettuale attraverso l'Unità Operativa di Cure Palliative e Terapia del dolore cui afferiscono tutti i malati candidati a palliazione, verso i quali svolge attività di gestione e programmazione del percorso, garantendo la continuità assistenziale tra ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee, in particolare nell'Hospice regionale. Il personale lavora in equipe multidisciplinare tra Hospice, domicilio e gli altri setting assistenziali previsti, in maniera uniforme, su tutto il territorio regionale.

L'Hospice costituisce un'alternativa al domicilio quando questo non è, temporaneamente o definitivamente, idoneo ad accogliere la persona malata nella fase terminale della sua vita, permettendo di proseguire così le cure in un ambiente protetto, con trattamento assistenziale continuativo nelle 24 ore, 7 giorni su 7. Allo stato attuale è attivo nell'ASReM un unico Hospice a Larino in provincia di Campobasso, dotato di 16 posti letto e 2 posti di day Hospice. Tali valori sono approssimativamente in linea con il rapporto di 1 posto letto ogni 56 deceduti a causa di tumore, individuato dal Decreto di febbraio 2007, n. 43, Regolamento recante *"Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'art. 1, comma 169 della Legge 30/12/2004, n. 311"*.

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
ASREM	Si	Si	Si	Si

Fonte: Agenas - Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative



In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzazione totalmente pubblica

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Associale	OS S	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
ASREM	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO

Tabella-Cure domiciliari

I benefici dei percorsi per le cure palliative includono:

- il miglioramento della qualità della vita dei pazienti terminali, oncologici e non, attraverso un'azione diretta medica, infermieristica, di supporto psicologico e riabilitativo;
- il miglioramento della qualità della vita dei pazienti terminali, oncologici e non, attraverso una azione indiretta tramite la formazione dei familiari "caregiver".
- la copertura più capillare del territorio con la possibilità di assistenza al domicilio di casi che, per motivi logistici, possono sfuggire alla rete di assistenza.

Gli indicatori e gli standard da conseguire sono, in primo luogo, quelli minimi fissati dal Ministero della salute con DM n. 43/2007, di seguito riportati e descritti:

- Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in Hospice / numero di deceduti per malattia oncologica ($\geq 65\%$);
- Numero posti letto in Hospice: ≥ 1 ogni 56 deceduti a causa di tumore (1,8%);
- Numero di Hospice in possesso dei requisiti di cui al D.P.C.M. 20 gennaio 2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale / numero totale di Hospice: = 100%;
- Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (ISTAT ICD9 Cod. 140-208): ≥ 55 giorni x (valore standard n. 01 - 20%);
- Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e l'inizio della presa in carico domiciliare da parte della Rete è inferiore o uguale ai 3 giorni / numero dei malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa ($\geq 80\%$);
- Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice da parte della Rete è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa ($\geq 40\%$);
- Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica ($\leq 20\%$);
- Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice è superiore o uguale a 30 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica ($\leq 25\%$).

Altri indicatori, oltre ai suddetti minimi richiesti dal Ministero della Salute, sono i seguenti:

- Elaborazione ed attuazione di specifici protocolli formalizzati per tutte le fasi del trattamento in cure palliative, dai presupposti etici, al trattamento dei sintomi clinici fino alla elaborazione del lutto da parte dei familiari;
- Programmi formalizzati per la formazione del personale, dei caregiver domiciliari;
- Programmi finalizzati alla comunicazione ed alla informazione in Cure palliative;
- La fruibilità del servizio in termini di accessibilità alla rete di cure palliative.



4.10.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.10.1 Allineamento agli standard qualitativi e quantitativi minimi delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali

Azione 4.10.1.1 Monitoraggio degli standard qualitativi e quantitativi minimi delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali, fissati dal Ministero della salute con DM n. 43/2007

Indicatore 4.10.1.1 Report trimestrale

Azione 4.10.1.2 Elaborazione ed attuazione di specifici protocolli formalizzati per tutte le fasi del trattamento in cure palliative, dai presupposti etici, al trattamento dei sintomi clinici fino alla elaborazione del lutto da parte dei familiari

Indicatore 4.10.1.2 Provvedimento ASReM

Azione 4.10.1.3 Programmi formalizzati per la formazione del personale, dei caregiver domiciliari

Indicatore 4.10.1.3 Provvedimento ASReM

Azione 4.10.1.4 Programmi finalizzati alla comunicazione ed alla informazione in Cure palliative

Indicatore 4.10.1.4 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO							
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG	
4.10.1 Allineamento agli standard qualitativi e quantitativi minimi delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali	4.10.1.1 Monitoraggio degli standard qualitativi e quantitativi minimi delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali, fissati dal Ministero della salute con DM n. 43/2007	31/03/2023	Report Trimestrale	Si/no			
	4.10.1.2 Elaborazione ed attuazione di specifici protocolli formalizzati per tutte le fasi del trattamento in cure palliative, dai presupposti etici, al trattamento dei sintomi clinici fino alla elaborazione del lutto da parte dei familiari	31/12/2023	Provvedimento ASReM	Si/no			
	4.10.1.3 Programmi formalizzati per la formazione del personale, dei caregiver domiciliari	31/12/2023	Provvedimento ASReM				
	4.10.1.4 Programmi finalizzati alla comunicazione ed alla informazione in Cure palliative	31/12/2023	Provvedimento ASReM	Si/no			
Responsabile del procedimento attuativo							
Direzione Generale per la Salute							
Direzione Generale A.S.Re.M.							



4.11 Sanità penitenziaria

In richiamo al DPCM del 01.04.08 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 i seguenti obiettivi:

- 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.

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.

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. L'organizzazione del Servizio è attribuita ad una Struttura della ASReM (SSTSC), che 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.

A Livello Distrettuale il Servizio di Medicina Penitenziaria (SMP) 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.

Il Presidio Sanitario Penitenziario (PSP) interno alla Casa Circondariale, 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. 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.



Cartella HTH Sanità 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 in 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 effettuare la prenotazione di esami ematochimici e strumentali e visite specialistiche, valide per tutto il territorio regionale. La completa informatizzazione consentirà inoltre la telemedicina.

Formazione

La formazione è essenziale per poter attuare e governare il modello della Sanità Penitenziaria. Si rende, pertanto, opportuno prevedere 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. È, inoltre, necessario prevedere l'attuazione di corsi BLS per il personale di Polizia Penitenziaria in quanto nelle carceri di Larino ed Isernia è l'unica presenza intramuraria che durante le ore notturne può prestare un primo intervento 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.

4.11.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.11.1 Informatizzazione dell'Assistenza Sanitaria in ambito penitenziario

Azione 4.11.1.1 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

Indicatore 4.11.1.1 Provvedimento ASReM

Obiettivo 4.11.2 Adozione di un piano formativo per la Sanità Penitenziaria

Azione 4.11.2.2 Stipula convenzione per la Formazione del personale di Polizia Penitenziaria mediante l'attivazione di corsi BLS

Indicatore 4.11.2.2 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.11.1 Informatizzazione dell'Assistenza Sanitaria in ambito penitenziario	4.11.1.1 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	31/12/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
4.11.2 Adozione di un piano formativo per la Sanità Penitenziaria	4.11.2.1 Stipula convenzione per la Formazione del personale di Polizia Penitenziaria mediante l'attivazione di corsi BLS	31/03/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale A.S.Re.M. Direzione Generale per la Salute						



5 Assistenza Ospedaliera

Con il programma straordinario 2015 – 2018 è stato delineato il modello di rete ospedaliera 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.

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, l'IRCCS Neuromed e il Gemelli Molise S.p.A., unica struttura regionale che eroga prestazioni di radioterapia.

Con DCA n. 47 del 28 agosto 2017 è stato approvato il documento unico di programmazione della rete ospedaliera, delle reti dell'emergenza e delle patologie tempo dipendenti.

A seguito delle osservazioni da parte del Tavolo di monitoraggio con DCA n. 10 del 16 febbraio 2018 è stato integrato il DCA n. 47 del 2017 con la "Mappatura delle strutture di degenza dei servizi senza posti letto".

Il Tavolo di monitoraggio nella riunione del 14 novembre 2018 ha valutato la suddetta documentazione e, all'esito, ha richiesto di predisporre un ulteriore documento di programmazione regionale.

Le maggiori criticità segnalate dal tavolo riguardano:

- scostamento in alcune discipline tra l'assetto programmato e gli standards previsti dal DM 70/2015;
- non corrispondenza tra la natura del PO di Termoli e la relativa configurazione prevista nel DM 70/2015;
- necessità di maggiore definizione delle reti tempo-dipendenti ad oggi ancora carenti di accordi con le strutture sanitarie private e extraregionali coinvolte nell'erogazione dei servizi.

Obiettivo della programmazione 2022 – 2024 è il completamento della riorganizzazione della rete ospedaliera mediante il recepimento delle osservazioni formulate dal Tavolo di monitoraggio, compatibilmente con alcune peculiarità che non consentono un integrale rispetto di tutti i parametri indicati nel DM n. 70/2015.

Infatti, si ritiene che non possano essere ignorati alcuni aspetti caratterizzanti il territorio regionale che rendono oggettivamente impossibile delineare una rete ospedaliera pienamente conforme agli standards previsti dal DM 70/2015 senza compromettere il diritto alla salute costituzionalmente garantito.

In particolare, assumono rilievo ai fini di una corretta organizzazione dei servizi, sia la struttura per età della popolazione che la distribuzione di quest'ultima sul territorio, sia con riferimento agli insediamenti residenziali, e in particolare alla maggiore o minore concentrazione dei residenti, che relativamente ai flussi di mobilità.

In base ai dati ISTAT riferibili al 2019 la struttura per età si caratterizza per un'incidenza più marcata delle classi anziane rispetto alla media nazionale, sia nella classe da 65 a 74 anni (11,8 contro 11,1 per cento) sia in quella 75 e più. L'incidenza delle persone con 75 anni e oltre è del 12,9 contro 11,7 per cento del Paese. Circa il 10 per cento dei comuni ha una densità di almeno 100 abitanti per kmq, variamente distribuiti all'interno della regione, prevalentemente intorno ai due comuni capoluogo e nella fascia costiera. La massima densità abitativa (874 abitanti per kmq) si registra nel comune di Campobasso, seguito dagli altri due comuni con oltre 20 mila residenti (Termoli: 604 e Isernia: 315). In alcuni comuni si registra una densità abitativa inferiore alle 10 unità per kmq.

Altro aspetto da considerare è la particolare conformazione morfologica del territorio molisano e le condizioni in cui versa il sistema viario.

Il Molise è costituito per il 55% del suo territorio da montagna e per il 44% da collina: 123 dei suoi 136 comuni sono situati in zone montuose. La regione è divisa in una zona costiera-collinare e in un'area montuosa interna. Il Basso Molise è costituito dalla sezione collinare della regione che scende gradualmente verso l'Adriatico.

Il sistema viario, invece, a causa anche della insussistenza di una rete autostradale (eccezione fatta per il tratto costiero adriatico) e stradale a scorrimento veloce, appare fortemente penalizzante per la mobilità delle persone in quanto l'intera rete è contemporaneamente usata sia per i gradi spostamenti che per il traffico locale. Indice dell'inadeguatezza della rete stradale è l'alto tasso di incidenti stradali annualmente registrati. Secondo i dati ISTAT nel 2019 si sono verificati in Molise 555 incidenti stradali che hanno causato la morte di 28 persone e il ferimento di altre 913. Rispetto al 2018, aumentano il numero degli incidenti (+77), dei feriti (+182) e delle vittime della strada (+13), in netta contrapposizione alla tendenza nazionale che presenta diminuzioni seppur modeste per tutti i suddetti aggregati.



Dei suindicati parametri di valutazione l'unico rilevante ai fini della valutazione degli standards indicati nel DM 70/2015 è costituito dal numero della popolazione che per il Molise, stante la sua esiguità, appare fortemente penalizzante ove rapportato agli altri indicatori richiamati (densità demografica, morfologia del territorio e sistema viario).

Da qui la necessità, al fine di approntare una rete ospedaliera in grado di offrire una assistenza sanitaria non eccessivamente penalizzante, di apportare dei correttivi rispetto agli standards ottimali indicati nel decreto ministeriale che, ovviamente, risultano tarati su valori medi nazionali.

5.1 Rete ospedaliera, rete dell'emergenza urgenza e patologie tempo dipendenti

Tenuto conto di quanto alle precedenti programmazioni e delle disposizioni di cui al DM 70/2015, la Regione Molise ha intrapreso un processo di revisione organizzativa e funzionale dell'offerta sanitaria regionale agendo primariamente nella riqualificazione delle reti cliniche ed, in particolare, della rete dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti.

Premesso che gli indirizzi per il governo delle reti cliniche e le indicazioni per l'assetto clinico-organizzativo dei servizi coinvolti devono essere definiti da un sistema collaborativo che pone a fianco dei competenti Servizi regionali organismi professionali di natura tecnico-scientifica – i Comitati tecnico-scientifici per il governo clinico - dedicati a supportare la programmazione regionale in tema di organizzazione dei servizi e fabbisogno di procedure e ad affrontare le questioni di carattere tecnico-professionale funzionali a garantire una buona qualità dell'assistenza nello specifico settore.

Fondamentale strumento di supporto alle reti cliniche sono i **registri clinici** (per la cardiologia: registro regionale delle angioplastiche coronariche; registro regionale degli interventi cardiocirurgici- RERIC; registro regionale di aritmologia interventistica), che costituiscono un valido strumento per conoscere meglio, con l'acquisizione di dati non altrimenti rilevabili, qualità dell'assistenza e funzionamento della rete, per indirizzare le scelte decisionali dei "policy-maker", per promuovere formazione, ricerca e consolidamento di reti professionali.

La Regione Molise intende istituire il Coordinamento di rete per tutte le reti cliniche al fine di coordinare e monitorare le attività delle reti tempo dipendenti.

Servizio di emergenza territoriale 118

Il Servizio per l'emergenza territoriale 118 rappresenta l'elemento essenziale del passaggio da un sistema di cure strutturato su ospedali "autosufficienti" che trattano pazienti provenienti dal Pronto soccorso a un sistema integrato di diagnosi precoce e cura territoriale basato sulla collaborazione di ospedali e servizi interdipendenti, operanti in rete per garantire i migliori risultati con un impiego ottimale di risorse.

L'organizzazione regionale del Sistema 118 della regione Molise è costituita da una Centrale operativa (CO) comprendente mezzi di soccorso ed equipaggi, da 16 postazioni distribuite sul territorio regionale ed è configurata come una unità operativa a direzione medica. Le postazioni territoriali del 118, sede di sosta e di partenza delle Unità Operative Mobili (UOM), sono localizzate presso specifiche strutture territoriali dell'ASReM. Nessuna postazione ha sede nel pronto soccorso del Presidio ospedaliero di competenza. Il servizio territoriale di emergenza-urgenza prevede la dislocazione di diverse tipologie di mezzi: mezzi di soccorso di base, di soccorso avanzati, auto medicalizzate.

Particolarmente rilevante il ruolo che svolge il 118 per le reti di patologia tempo-dipendenti in quanto ha la funzione di intercettare sul territorio i pazienti da avviare al percorso di rete attraverso l'anticipazione diagnostico-terapeutica e di inviarli alle strutture appropriate connettendo i vari nodi delle reti.

A completamento del processo di riorganizzazione della rete di soccorso territoriale va avviato il sistema di teletrasmissione del tracciato ECG su tutto il territorio regionale, avendo cura di utilizzare una modalità condivisa web-based e superando definitivamente modalità quali fax ed e-mail, whatsapp, ecc. I tracciati dovranno essere correttamente attribuiti e quindi linkati alle informazioni registrate dal sistema informatizzato del 118.

L'invio del tracciato ECG a 12 derivazioni nei pazienti con dolore toracico in atto o riferito deve avvenire prioritariamente al centro HUB di riferimento considerando eventuali eccezioni solo nei casi in cui elementi organizzativi locali suggeriscano di mantenere l'invio del tracciato a Spoke definiti a condizione di non incorrere in un ritardo evitabile.

La formazione del personale del 118 assume, pertanto, un aspetto fondamentale per l'efficienza delle reti tempo



dipendenti.

Pronto soccorso

In PS vanno attuati protocolli operativi di valutazione rapida per ridurre i tempi di attesa, facilitare la diagnosi e il conseguente avvio al percorso terapeutico più appropriato. È necessario predisporre un efficiente percorso di selezione dei casi potenzialmente gravi che comporti per esempio, per i pazienti con dolore toracico acuto, l'esecuzione di valutazione medica ed ECG nel minor tempo possibile dall'arrivo.

Laboratorio emodinamica

Il Laboratorio di emodinamica rappresenta l'elemento centrale del percorso dell'infarto miocardico acuto, in quanto è il luogo presso il quale viene erogata l'angioplastica primaria (PPCI) da effettuarsi con tempi e modalità indicate dalle più recenti linee guida sull'argomento.

Deve, garantire la coronarografia in emergenza, seguita dall'angioplastica dove indicato, per tutti i pazienti con ripresa spontanea di circolo (ROSC) dopo arresto cardiaco da ritmo defibrillabile ed ECG dopo rianimazione suggestivo di ischemia miocardica.

In corso di infarto miocardico acuto una piccola percentuale di pazienti (5-10%) presenta shock cardiogeno, gravato da una mortalità ospedaliera molto elevata, fino al 50% e oltre. Data la complessità del trattamento di questi pazienti, è necessario che i centri che effettuano angioplastica primaria si dotino di protocolli definiti per la gestione in sede e l'eventuale trasferimento al centro di riferimento di livello più avanzato per quel numero limitato di pazienti con complicanze meccaniche o con necessità di sistemi di assistenza di circolo complessi. La corretta scelta del sistema di supporto circolatorio, del momento dell'impianto, della durata del supporto e la prevenzione di eventuali complicanze richiedono l'integrazione delle diverse competenze specialistiche coinvolte nell'assistenza di questi pazienti.

L'emodinamica del centro Hub deve offrire una disponibilità 24/24h 7/7gg e avere una dotazione strumentale e di personale adeguata nel rispetto dei criteri regionali di accreditamento e delle indicazioni dei documenti nazionali (DM n.70/2015) e delle Società scientifiche. Nell'organizzazione dei percorsi di rete dell'infarto miocardico acuto vanno considerati solo i Laboratori di emodinamica attivabili 24/24h e 7/7gg. Per assicurare le funzioni di Hub, si prevede un volume minimo di attività del Laboratorio di emodinamica di 400 procedure di angioplastica all'anno di cui almeno 100 primarie. Per mantenere un'adeguata competenza clinica e tecnico-procedurale è necessario che ciascun operatore esegua almeno 75 procedure all'anno, indipendentemente dalla sede in cui vengono erogate, con accesso vascolare radiale e femorale.

Terapia intensiva/subintensiva cardiologica

Si riconoscono due tipologie di UTIC: di tipo Hub, dotata di Laboratorio di emodinamica, prevalentemente orientata a coadiuvare le strategie di riperfusione coronarica e la gestione delle eventuali complicanze, e di tipo Spoke, senza Laboratorio di emodinamica, orientata alla funzione di "nodo" della rete e alla gestione delle patologie acute cardiovascolari che non necessitano di rivascolarizzazione in emergenza-urgenza.

In considerazione delle esigenze di management dei pazienti, le UTIC Hub (Campobasso e Termoli) richiedono un profilo altamente "intensivo" nella gestione, oltre dei quadri acuti cardiologici, della patologia coronarica e delle sue complicanze cardiovascolari.

La differente epidemiologia delle sindromi coronariche acute (SCA), la rapida diffusione della rivascolarizzazione precoce, l'implementazione del sistema delle reti e l'invecchiamento della popolazione hanno fatto sì che vengano trattati pazienti sempre più complessi. Per la loro gestione è necessario che il cardiologo dell'UTIC, nell'ambito di un approccio multidisciplinare, acquisisca competenze intensivistiche anche non strettamente cardiologiche, operando in casi selezionati con altre figure specialistiche come il rianimatore, il nefrologo, lo pneumologo, l'infettivologo (10). Per quanto riguarda l'UTIC Spoke, (Isernia) il ridisegno del fabbisogno richiede una rapida riqualificazione (indici di performance e case mix) e l'acquisizione di nuove capacità in termini di flessibilità nel rispondere sia all'incremento di patologie cardiovascolari croniche riacutizzate (scompenso cardiaco), sia alla gestione di pazienti cardiologici complessi che necessitano di cure sub intensive nell'ambito di un approccio multidisciplinare.

Le UTIC Spoke si configurano quindi come Strutture semintensive cardiologiche.

Cardiochirurgia



La Cardiocirurgia riveste un ruolo fondamentale nel percorso terapeutico dei pazienti affetti da sindrome aortica acuta e dei pazienti con complicanze meccaniche dell'infarto miocardico acuto che richiedono un trattamento chirurgico classico o trans-catetere. La sua presenza è resa necessaria dall'utilizzo della circolazione extracorporea negli interventi chirurgici riparativi di tali patologie. In regione è presente 1 Cardiocirurgia privata accreditata: Gemelli Molise.

Tabella -Provenienza dei pazienti ricoverati nel reparto di Cardiocirurgia dell'ospedale Gemelli Molise, anni 2019 – 2021 (Fonte SDO)

Anno	Proveniente da ospedale pubblico		Proveniente da struttura privata accreditata		Totale pazienti
	Numero	Percentuale (%)	Numero	Percentuale (%)	Totale
2019	107	12,5	82	9,6	856
2020	238	31,9	79	10,6	745
2021	57	10,4	53	9,7	547

È interessante segnalare, anche se potrebbe essere necessaria una verifica mediante analisi diretta delle cartelle cliniche, che nessuno dei ricoveri riportati come “paziente trasferito da un istituto di cura pubblico” nel campo 17 Provenienza del paziente è ricompreso tra i ricoveri urgenti (campo SDO 18 Tipo di ricovero). Ciò potrebbe significare che non ci sono ricoveri urgenti provenienti dagli ospedali pubblici che insistono sul territorio della Regione Molise nel triennio 2019-2021 verso il Gemelli Molise.

Viene posto l'obiettivo di definire una procedura concordata col Gemelli Molise per la gestione dei pazienti cardiocirurgici emergenziali all'interno della Rete cardiologica dell'emergenza.

In alternativa verranno stretti accordi e dunque definite procedure per la medesima tematica con le strutture extraregionali più prossime che potranno garantire la loro disponibilità, in particolare si farà riferimento alle strutture ospedaliere di Chieti e/o Napoli.

5.1.1 Rete cardiologica per l'emergenza

La Rete Cardiologica per l'emergenza (REC) è un'estensione della rete per l'infarto STEMI e prevede la possibilità del sistema di rete di trattare anche patologie cardiologiche che possono andare incontro ad emergenza clinica (aneurismi dissecanti dell'aorta toracica, alcune aritmie, alcune forme di scompenso, ecc).

Secondo quanto previsto dal rapporto epidemiologico del Ministero della Salute, sono prevedibili 3.000 sindromi coronariche acute per 1.000.000 di abitanti - con una prevedibilità In Molise - di circa 1.100 casi di cui 300 nuovi casi/anno di infarto miocardico STEMI.

La Rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con infarto del miocardio pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusionazione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili, nonché di garantire il ricovero in cardiologia di tutti gli STEMI e di tutte le emergenze cliniche cardiologiche e cardiocirurgiche.

Attualmente fanno parte della Rete per le Emergenze Cardiologiche regionale gli ospedali di Campobasso, di Isernia e di Termoli. Sono presenti 4 emodinamiche di cui tre pubbliche, presso l'Ospedale Cardarelli (CB), l'Ospedale S. Timoteo di Termoli, l'Ospedale Veneziale di Isernia, ed una privata, presso il Gemelli Molise (CB) - (DCA 47/2017 - DCA 52/2016 di approvazione del PO 2015-18).

Il Presidio Ospedaliero di Campobasso, dotato delle competenze e delle strutture per l'esecuzione della manovra salvavita di riperfusionazione coronarica 24/24h 7/7gg (UTIC e Laboratorio di Emodinamica), svolge il ruolo di *Hub* anche per la prossimità territoriale con il Gemelli dotato di cardiocirurgia per il trattamento delle patologie e delle complicanze di natura cardiocirurgica.

I Presidi Ospedalieri di Isernia e di Termoli con la Cardiologia e l'UTIC assumono il ruolo di *Spoke*; Gemelli Molise non partecipa alla rete per la competenza cardiocirurgica.



Le emodinamiche pubbliche presentano volumi adeguati per IMA ma insufficienti per le procedure di angioplastica (PTCA). È buono il rapporto ptca stemi/tot e il tasso di esecuzione entro i 90 minuti.

Il Gemelli Molise presenta un buon volume di procedure ma insufficiente per volume IMA e proporzione STEMI. La struttura non opera all'interno della rete ma tratta sostanzialmente solo pazienti in elezione, con una rilevante quota (47%) provenienti da fuori regione.

Tabella - Pazienti ricoverati per Infarto Acuto del Miocardio nella Regione Molise, ripartizione per provenienza, 2017-2021

Provenienza pazienti	Totale		2017		2018		2019		2020		2021	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Regione	764	87,4	389	89,4	329	87,0	364	84,5	377	88,5	305	87,4
Extraregione	255	12,6	46	10,6	49	13,0	67	15,5	49	11,5	44	12,6
Totale	2019	100,0	435	100,0	378	100,0	431	100,0	426	100,0	349	100,0

Tabella - Pazienti ricoverati con IMA nella Regione Molise, ripartizione fasce di età 2017-2021

Fasce di età	Totale pazienti		2017		2018		2019		2020		2021	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
<41	13	0,6	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,6
41-50	128	6,3	33	7,6	26	6,9	22	5,1	29	6,8	18	5,2
51-60	390	19,3	82	18,9	72	19,0	71	16,5	82	19,2	83	23,8
61-70	545	27	102	23,4	107	28,3	137	31,8	112	26,3	87	24,9
71-80	481	23,8	105	24,1	91	24,1	95	22,0	107	25,1	83	23,8
81-90	393	19,5	90	20,7	63	16,7	92	21,3	79	18,5	69	19,8
>90	69	3,4	21	4,8	14	3,7	12	2,8	15	3,5	7	2,0
Totale	2019	100,0	435	100,0	378	100,0	431	100,0	426	100,0	349	100,0

Tabella - Decessi intraospedalieri nei pazienti che hanno effettuato almeno una PTCA, ripartizione per ospedale, Regione Molise, anni 2019-2021

	Ricovero Urgente			Ricovero non urgente		
	n.	n.decessi	%	n.	n.decessi	%
Cardarelli	485	17	3,5	166	0	0
S. Timoteo	341	14	4,1	80	1	1,25
Veneziale	324	4	1,2	85	0	0
Gemelli Molise S.p.A	26	2	7,7	882	4	0,5



Figura - Tipo di ricovero (urgente, non urgente) nei pazienti che hanno effettuato almeno una PTCA, valori percentuali, ripartizione per ospedale anni 2019-2021

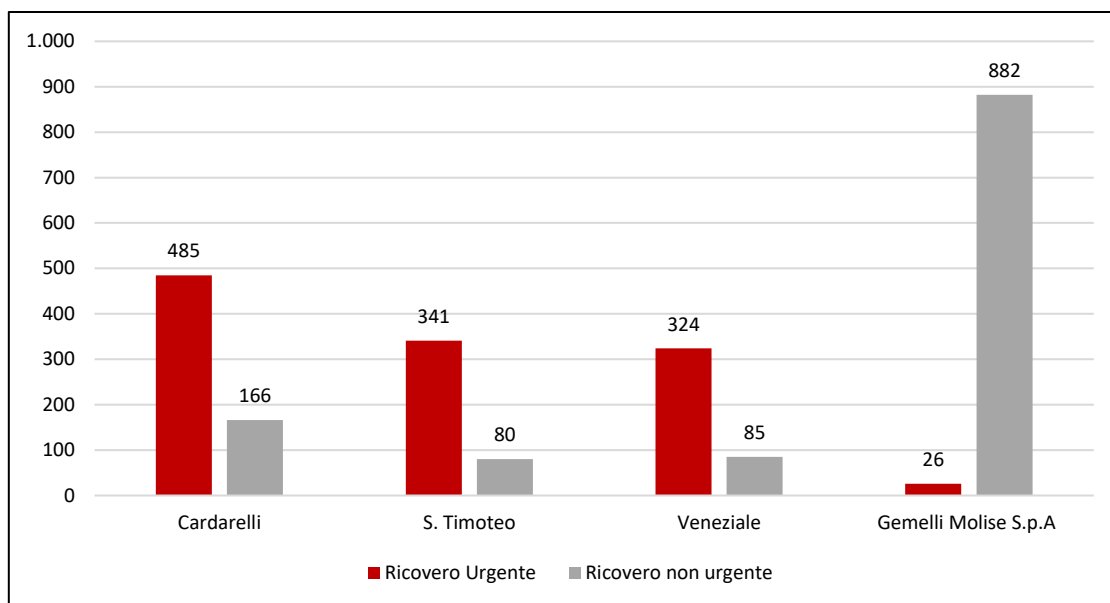


Tabella - Fonte PNE 2021, dati 2020

STRUTTURA	PROV	IMA volume di ricoveri (>100/a ex DM70/2015)	Volume di ricoveri con ptca (>250/a ex DM70/2015)	Volume ricoveri ptca stemi (>30%/tot per a ex DM70/2015)	Volume ricoveri ptca nstemi	PTCA entro 90min %adj (media ITA 49,94%)
Presidio Ospedaliero 'A. Cardarelli'	CB	179	220	77	55	59,2
Plesso Ospedaliero 'S. Timoteo' – Termoli	CB	135	153	70	24	56,9
Ospedale Venezia - Isernia	IS	132	139	45	40	
Gemelli Molise SPA	CB	7	323	6		
Neuromed IRCCS - Pozzilli	IS	4	0			
Gea Medica Ist. Europeo Di Riabilitazione	IS	1	0			

Secondo la programmazione ex DM 70/2015 per il bacino regionale dovrebbe essere presente una sola emodinamica. Tuttavia si ritiene che, in ragione delle caratteristiche orografiche della regione e della dispersione della popolazione sul territorio, una sola emodinamica non sia sufficiente.

Pertanto, nella programmazione 2022-2024 della rete cardiologica si prevede:

1. Il potenziamento dell'attività di emodinamica presso il PO Cardarelli di Campobasso, ospedale HUB della rete (DEA di I Livello), in considerazione della localizzazione geografica baricentrica, dell'esperienza consolidata e della vicinanza con la struttura privata Gemelli Molise;
2. Mantenimento dell'UTIC di Isernia che deve rispondere sia all'incremento di patologie cardiovascolari croniche riacutizzate (scompenso cardiaco), sia alla gestione di pazienti cardiologici che necessitano di cure semi intensive nell'ambito di un approccio multidisciplinare;
3. L'accorpamento del laboratorio di emodinamica di Isernia al Laboratorio Emodinamica Hub di Campobasso, in considerazione dell'attività non garantita 24/24h e 7/7gg, dei volumi di attività, degli esiti e della distanza da Campobasso, che consente di salvaguardare la *golden hour* richiesta per la riperfusione coronarica;

4. Il potenziamento della cardiologia, dell'attività di emodinamica e dell'UTIC del Presidio Ospedaliero S. Timoteo di Termoli (ospedale di pronto soccorso, spoke di Campobasso), in considerazione del bacino di utenza stabile e del notevole incremento dello stesso durante il periodo estivo;
5. l'integrazione della struttura privata Gemelli Molise nella rete cardiologica della Regione (per quanto riguarda l'attività cardiocirurgica) anche attraverso sistemi di telemedicina /teleconsulto/ acquisizione di immagini;
6. la centralizzazione primaria del paziente con sospetto IMA - presso il Presidio Cardarelli di Campobasso o Il Presidio S. Timoteo di Termoli - attraverso l'integrazione tra il sistema territoriale 118 e la rete per l'emergenza cardiologica;
7. l'integrazione del SET 118 nella rete anche attraverso l'implementazione di strumenti di telemedicina.

La riorganizzazione della rete cardiologica prevederà, pertanto, 2 emodinamiche con opportuna concentrazione di utenza e professionalità nelle strutture Cardarelli (CB) e S.Timoteo di Termoli, 24/24h e 7/7gg, con le specifiche già rappresentate in riferimento alla struttura Veneziale di Isernia. Tale riorganizzazione permetterà di raggiungere gli standard di volumi di circa 200 IMA e 400 PTCA ciascuno, superando le criticità rilevate nella riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 12 aprile 2022.

5.1.2 Rete ictus

La rete clinico assistenziale per l'Ictus (RIC) viene istituita sulla base del rapporto epidemiologico secondo quanto previsto dal Ministero della Salute di 3.200 ictus per 1.000.000 abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 1.100 nuovi casi/anno di cui circa 850 ischemici di cui circa 250 potenzialmente candidabili a trombolisi sistemica e circa 120 potenzialmente suscettibili di trombectomia meccanica.

L'elevata mortalità in fase acuta, la possibilità e i limiti temporali della terapia fibrinolitica, l'eventuale trattamento neurochirurgico, impongono di considerare e gestire l'ictus secondo percorsi dedicati e con procedure conformi alle linee guida internazionali. Ciò rende ragione dell'importanza di una adeguata gestione della patologia nella fase pre-ospedaliera, del trattamento durante il ricovero e della rapida ed efficace fase riabilitativa successiva.

L'attuale *Rete Ictus ischemico* è costituita da una stroke unit di I livello (Ospedale di Campobasso – DEA di I Livello) e da due presidi ospedalieri di pronto soccorso (Ospedale S. Timoteo di Termoli e Ospedale Veneziale di Isernia) abilitati alla diagnosi e al trattamento trombolitico in fase acuta dell'ictus, collegati in teleconsulto. In tutti e tre i presidi è possibile eseguire angio TC cranio e collo 24/24h e 7/7gg.

Tuttavia nell'attuale disegno di rete è prevista in tutti i casi la centralizzazione del paziente su Campobasso per la terapia trombolitica.

Le prestazioni di II livello per l'ictus ischemico attualmente non vengono erogate in Molise.

I collegamenti verso le strutture appropriate fuori regione su gomma e tramite elisoccorso (elicottero a provenienza dalle regioni limitrofe) sono organizzati in modo da consentire una tempistica adeguata al trattamento.

Per quanto riguarda l'*Ictus Emorragico*, non sono disponibili presso le strutture pubbliche della regione le specialità ed i servizi necessari per la gestione delle emorragie subaracnoidee (neuroradiologia Interventistica e neurochirurgia) e delle emorragie intraparenchimali (neurochirurgia). L'attività neurochirurgica viene svolta dall'IRCSS Neuromed di Pozzilli che rientra attualmente nella rete ictus in particolare per quanto riguarda la neurochirurgia di elezione (DCA 52/2016 di approvazione del PO 2015-2018 e DCA 47/2017).

Tabella - Rete Ictus: situazione attuale

Denominazione Struttura/Azienda	Codice NSIS Struttura-Azienda	Centro HUB	Centro Spoke	Centro Fibrinolitici	NOTE
Ospedale Cardarelli – Campobasso	1 4000 100	X		X	Non è operativa la televisita dello specialista neurologo della SU per effettuare trombolisi negli spoke
Ospedale S. Timoteo - Termoli	1 4000 301		X		
Ospedale Veneziale - Isernia	1 4000 200		X		



Figura - Regione di provenienza dei 5534 pazienti ricoverati negli anni 2016-2020 per ictus negli ospedali della rete regionale del Molise

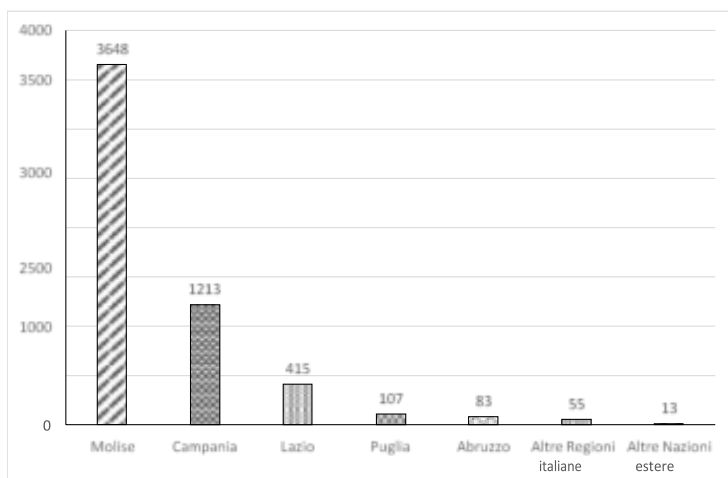
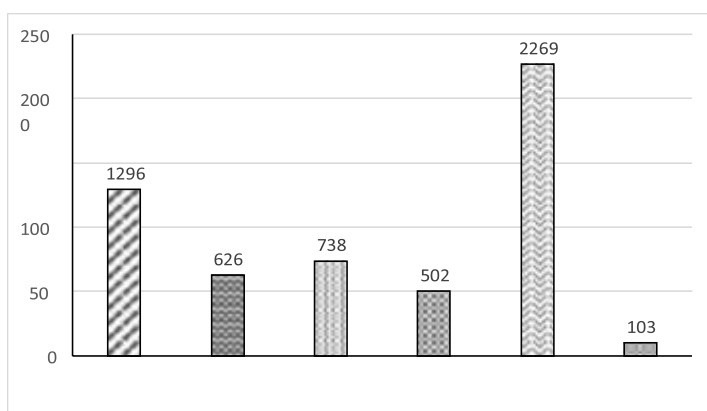


Figura - Distribuzione dei 5534 pazienti ricoverati con diagnosi di ictus nei diversi ospedali della Regione Molise, anni 2016-2020



L'IRCSS Neuromed dal 2016 al 2020 ha ricoverato 2269 pazienti che per una quota rilevante (1886) provengono da altre regioni. I residenti in Molise che sono stati ricoverati con diagnosi di ictus nei 5 anni presso la struttura IRCSS di Neuromed, sono stati 383 (pari a circa il 10%).

Tabella - Ripartizione delle diverse tipologie di ictus nei pazienti ricoverati negli ospedali pubblici e privati accreditati nella Regione Molise, anni 2016-2020

	2016		2017		2018		2019		2020		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Ictus emorragico	260	22,70	252	22,30	265	22,90	258	22,40	177	18,50	1212	21,90
Ictus ischemico	883	77,30	876	77,70	890	77,10	893	77,60	780	81,50	4322	78,10
Totale	1143	100,00	1128	100,00	1155	100,00	1151	100,00	957	100,00	5534	100,00



Tabella - Distribuzione percentuale dei ricoveri pazienti regionali ed extra-regionali per ictus (emorragico e ischemico) in relazione alla struttura di ricovero (pubblica o privata), regione Molise, 2016-2020

	OSPEDALI PUBBLICI		OSPEDALI PRIVATI		ALTRI OSPEDALI		Totale
	n.	%	n.	%	n.	%	n.
Ictus emorragico	487	18,3	704	25,4	21	20,4	1212
Ictus ischemico	2173	81,7	2067	74,6	82	79,6	4322
Totale	2660	100,00	2771	100,00	103	100,00	5534

Delineato il contesto regionale, nella nuova programmazione della rete ictus si dovrà tener conto delle seguenti variabili:

- numero dei ricoveri per ictus nella Regione Molise, ad oggi circa 1000 ricoveri/anno;
- età dei pazienti, ad oggi in prevalenza ultra 75enni;
- sesso dei pazienti, ad oggi in prevalenza maschile ad eccezione della coorte degli ultra 84enni costituita in prevalenza da pazienti di sesso femminile.

La riorganizzazione della rete regionale ictus, inoltre, al fine di garantire l'equità di accesso e la tempestività nell'effettuazione del trattamento dell'ictus ischemico, prevederà:

- l'effettuazione del trattamento trombolitico presso tutti i Pronto Soccorso degli Ospedali regionali, evitando la centralizzazione dei pazienti sull'Ospedale HUB di Campobasso. Difatti, grazie alla tecnologia "InTouch Health", si potrà garantire il trattamento trombolitico anche negli ospedali *Spoke* presso i quali i pazienti con ictus ischemico giungano con mezzi propri o vi siano trasportati dal 118. Il sistema *telestroke*/teletrombolisi collega il Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri di Isernia e Termoli con la *Stroke Unit* dell'Ospedale di Campobasso dove il neurologo esperto fornirà indicazioni circa la possibilità di effettuare il trattamento trombolitico;
- l'integrazione del SET 118 con la rete dell'ictus;
- l'attivazione di opportuni accordi di confine con Regioni limitrofe dotate di Stroke Unit di II livello, neurochirurgia e radiologia interventistica per trasferimento di pazienti e/o teleconsulti.

In particolare, con riferimento all'**ictus ischemico**, sono previsti:

- la diagnostica per immagini (angioTC cranio e collo) h 24/24 e 7/7 gg in tutti e 3 i Presidi Ospedalieri;
- la consulenza neurochirurgica da parte della neurochirurgia dell'IRCSS Neuromed e/o del PO S. Spirito di Pescara e/o S. Camillo Forlanini di Roma e/o Ospedale Cardarelli di Napoli anche attraverso sistemi di telemedicina /teleconsulto/ acquisizione di immagini;
- l'attivazione servizio di TC perfusionale per finestre di trattamento estese h 24/24 e 7/7 gg in tutti e 3 i Presidi Ospedalieri della Regione Molise;
- le prestazioni di primo livello (angioTC, trombolisi) 24/24h e 7/7 gg, in tutti e tre i presidi ospedalieri (Cardarelli, Isernia e Termoli);
- le prestazioni di II livello:
 - o trombectomia meccanica, presso la radiologia interventistica dell'Ospedale Santo Spirito di Pescara o verso l'Ospedale Cardarelli di Napoli. Relativamente alle modalità di trasferimento, si rimanda alla tabella seguente (Tabella - Trombectomia meccanica: modalità di trasferimento);

Tabella - Trombectomia meccanica: modalità di trasferimento

TROMBECTOMIA MECCANICA			
	da ISERNIA	da CAMPOBASSO	da TERMOLI
Presso PESCARA	TRASPORTO SU PALA	TRASPORTO SU PALA	TRASPORTO SU GOMMA
Presso NAPOLI	GOMMA	TRASPORTO SU PALA	TRASPORTO SU GOMMA



- radiologia interventistica, attivazione (a più lungo termine) del servizio presso l’Ospedale Cardarelli di Campobasso che sia anche in grado di trattare i vasi intracranici tramite trombectomia meccanica e altre procedure di neuroradiologia interventistica, fornendo prestazioni anche di II Livello, vista l’evidenza epidemiologica di un bacino di casi più che sufficiente a giustificare l’apertura e il mantenimento dell’expertise del servizio.

Con riferimento all’**Ictus emorragico** si prevede :

- la stipula di accordi con aziende ospedaliere e/o IRCCS dotate di NCH/radiologia interventistica per
 - a. teleconsulto attivabile dal pronto soccorso degli ospedali di rete;
 - b. eventuale trasferimento attraverso:
 - trasporto su gomma verso le stroke unit di II livello
 - Napoli - Ospedale Cardarelli
 - Pescara -Ospedale Santo Spirito
 - IRCCS Neuromed
 - trasporto su pala verso l’Ospedale Santo Spirito di Pescara
- l’attivazione dell’eliporto posto nell’area dell’Ospedale Cardarelli di Campobasso;
- l’attivazione di un servizio di radiologia interventistica (radiologia di Campobasso);
- l’implementazione della formazione del personale del 118 al fine di riconoscere i casi a forte sospetto di ictus e quindi a trasportarli direttamente verso i presidi stroke-ready;
- l’integrazione della struttura privata Neuromed nella rete regionale anche attraverso sistemi di telemedicina /teleconsulto/ acquisizione di immagini;

La nuova configurazione proposta per la rete è incentrata sul potenziamento del ruolo dell’Ospedale Cardarelli di Campobasso come stroke unit di I livello, attivazione della trombolisi nei due ospedali spoke, che consentirebbe, una volta a regime, di erogare alcune prestazioni da stroke unit di II livello in tempi più brevi rispetto all’invio fuori regione.

La Regione Molise, anche in ottemperanza di quanto indicato nella riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 12 aprile 2022, provvederà a regolamentare i rapporti con:

- le Strutture extraregionali di Pescara e Napoli con specifici accordi e protocolli operativi per il trattamento di secondo livello dell’ictus ischemico (trombectomia meccanica);
- le Strutture extraregionali di Pescara e Napoli e l’IRCCS Neuromed con specifici accordi e protocolli operativi per il trattamento dell’ictus emorragico (neurochirurgia).

5.1.3 Rete Traumatologica

La Rete per il Trauma viene istituita sulla base del rapporto epidemiologico secondo quanto previsto dal Ministero della Salute di 450 traumi gravi per 1.000.000 di abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 150 traumi gravi/anno.

Nel luglio 2004, il Consiglio Superiore di Sanità, su indicazione del Ministero della Salute, ha prodotto il documento nel quale viene presentato un nuovo Sistema Informativo Assistenza Territoriale - SIAT basato sul riconoscimento “*sul campo*” dei pazienti più gravi e sul trasporto in ospedale con risorse e *team* multidisciplinari specializzati in assistenza ai traumi.

Secondo il modello SIAT, tutti i traumi con criteri di *triage* indicativi di trauma maggiore devono essere trasportati al Centro *Hub* in relazione alla tipologia delle lesioni e alla necessità di eventuali alte specialità, al fine di rispettare il più possibile il principio di Centralizzazione primaria, cioè del trasporto immediato al luogo di cura definitivo. In caso di impossibilità di controllo e di trattamento in sede extra-ospedaliera dell’instabilità respiratoria e/o cardio-circolatoria, il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino ospedale inserito nella rete per poi essere trasferito, se necessario, alla struttura di livello superiore (Centro *Hub*), una volta ottenuto il controllo delle funzioni vitali (Centralizzazione secondaria). Secondo quanto previsto dal DM 70/2015 per i Centri Regionali Traumi di Alta Specializzazione (CTS: bacino di utenza ottimale di 2.000.000 - 4.000.000 di abitanti), i cui volumi di attività non hanno consentito l’individuazione di un DEA II livello/CTS, come in Molise, è necessario “*realizzare aggregazioni che*



coinvolgono più regioni” attraverso la predisposizione di appositi accordi interregionali con uno o più centri DEA di II livello/ CTS come target per i trasferimenti di pazienti con trauma maggiore.

L’attuale rete per il Trauma regionale è costituita dal PO Cardarelli di Campobasso (CTZ), dal PO di Termoli (PST) e dal PO di Isernia (PST), oltre che dalle strutture riabilitative ospedaliere e territoriali pubbliche.

Nell’ambito della rete trauma **l’Ospedale di Campobasso assume il ruolo di Hub** in quanto DEA di I livello e Centro Trauma di Zona (CTZ), che secondo il DM 70/2015, *“garantisceH.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità”* ed è dotato di *“Personale addestrato alla gestione del trauma - Area attrezzata di accettazione per il trauma (Shock Room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie”*.

Presso l’ospedale “Cardarelli” di Campobasso, pertanto, è assicurato il trattamento definitivo dei traumi maggiori.

Gli Ospedali di Termoli e Isernia svolgono invece il ruolo di Spoke in quanto Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST) collocati in Strutture ospedaliere con Pronto Soccorso, dotati di Chirurgia Generale ed Ortopedia. Tali ospedali garantiscono *“prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria”*.

Il paziente con trauma grave/politrauma, se instabile, viene trasferito dal SET 118 presso il PST/CTZ più prossimo alla localizzazione geografica del trauma per essere stabilizzato; successivamente inviato al CTZ e se necessario al CTS fuori regione.

La centralizzazione secondaria di traumi che richiedano complessità assistenziale maggiore, pertanto, dovrà essere regolamentata da accordi interregionali con l’Ospedale “Cardarelli” di Napoli (DEA II Livello), con l’ospedale S. Spirito di Pescara e con l’AORN Santobono di Napoli (Traumatologia pediatrica).

La Regione, mediante il coordinamento di rete, una volta definito, appronterà PDTA integrati ospedale territorio che individueranno i tempi e le sedi del trasferimento presso le strutture riabilitative della regione.

La Regione, inoltre, provvederà a regolamentare i rapporti con la Struttura extraregionale di Napoli con specifici accordi e protocolli operativi per l’invio del paziente con trauma grave che necessiti di trattamento presso un DEA II CTS.

Con riferimento ai dati di contesto, la tabella sotto riportata, evidenzia che il volume di prestazioni erogate fuori regione a residenti in Molise rappresenta il 22-24 % delle prestazioni, mentre quando vengono selezionati i casi riguardanti la neurochirurgia la quota di casi trattati fuori regione sale al 52-60 %.

La quota di casi che richiedono l’utilizzo della terapia intensiva erogato fuori regione è diminuito dal 43% del 2019 al 30% del 2020 evidenziando un maggiore sviluppo nella capacità di gestione del trauma grave all’interno della regione forse aiutata dalla diminuzione generale dei casi legata al lockdown.

Tabella - Sintesi dei ricoveri per trauma erogati per residenti in Molise 2019-2020

	Ricoveri totali	transitati in neurochirurgia	transitati in terapia intensiva
produz molise, residenti in molise 2019	1918	21	22
produz molise, residenti in molise 2020	1494	10	35
produz molise 2019	2201	35	26
produz molise 2020	1688	30	46
Tot residenti in molise in Italia 2019	2539	43	38
Tot residenti in molise in Italia 2020	1905	25	50

Fonte: elaborazione su flusso SDO



Con riferimento alla centralizzazione secondaria presso strutture di livello superiore, si rileva che: i pazienti che hanno raggiunto il PS di Campobasso (CTZ), trasportati dal 118 o con mezzi propri, e che, successivamente a stabilizzazione, sono stati trasferiti ad altri istituti sono complessivamente pari a 49, nel periodo gennaio 2019-marzo 2022 (Fonte dati – Archivio informatico PS). Segue tabella di dettaglio.



Tabella - Centralizzazione secondaria verso strutture di livello superiore

INVIATO DA	DIAGNOSI TESTUALE	ESITO	CODICE COLORE ESITO	ISTITUTO TRASFERIMENTO	ANNO
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO COMPLICATO DA EMATOMA S	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Osp. MAZZINI di Teramo	2019
Decisione propria	TRAUMA CRANICO	Trasferimento ad altro istituto	Verde	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON EMORRAGIA SUBARACNO	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	Ospedale Santobono Napoli	2019
Intervento C.O. 118	POLITRAUMA CON TRAUMA CRANICO E CONTUSI	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Policlinico Gemelli Roma	2019
Decisione propria	FALDA EMATICA EXTRA-ASSIALE TEMPORALE SINI	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FRATTURA	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	POLITRAUMA CON FRATTURA EMIBACINO SINIST	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Istituto fuori Regione non codificato	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON ESA - FRATTURA COMPOS	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	Ospedale Civile Pescara	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON EMATOMA SUBDURALE A	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Ospedale San Giovanni Rotondo	2019
Decisione propria	TRAUMA CRANICO DA CADUTA ACCIDENTALE CON	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Ospedale Riuniti di Foggia	2019
Intervento C.O. 118	POLITRAUMA DELLA STRADA: TRAUMA CRANICO	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Ospedale Riuniti di Foggia	2019
Intervento C.O. 118	EMORRAGIA CEREBRALE E TRAUMA CRANICO CON	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE DA INVESTIMENTC	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE.	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE CON ESA	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	Ospedale San Salvatore L'Aquila	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON EMATOMA SUB DURALE E	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	ESITI DI TRAUMA CRANICO MINORE	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	Istituto Regionale non codificato	2019
Decisione propria	RECENTE TRAUMA CRANICO OCCIPITALE CON FLC	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Decisione propria	EMATOMA INTRAPARENCHIMALE ACUTO	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON FRATTURA DELLA TECA CRANICA, FOCOLAI LACERO CONTUSIVI CEREBRALI	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON MULTIPLI FOCOLAI LACERO-CONTUSIVI	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON ESA, FRATTURA LABIRINTICA DELLA ROCCA PETROSA DX EMOTIMPANO, FRATTURA OSSEO TEMPORALE OCCIPITALE E DELL'ORBITA DX, FRATTURA DELLA V COSTA A DX, TRAUMA CHIUSO ADDOMINALE CON PICCOLISSIMA FALDA FULUIDA NEL MORRISON	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO - EMATOMA SUBDURALE ACUTO BIEMISFERICO - ESA FRONTO- TEMPORO- PARIETALE - FRATTURA TEMPRO-PARIETALE SX	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	Ospedale San Giovanni Rotondo	2020
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE. EMATOMI CEREBRALI IN EVOLUZIONE, FRATTURA TECA CRANICA	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE.	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	STATO COMATOSO, TRAUMA CRANICO CON FRATTURA DELLA TECA ED ESA.	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON FRATTURA SCOMPOSTA DELLA TECA EMISFERO DX, CON AVVALLAMENTO DEI FRAMMENTI ED EMATOMA SUBDURALE SOTTOSTANTE. CONTUSIONE GOMITO SN.	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Decisione propria	ESITI DI TRAUMA CRANICO	Trasferimento ad altro istituto	Verde	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON FRATTURA TEMPOROPARIETALE DX, ESA BILATERALE ED EMATOMA SUBDURALE TEMPORO-FRONTO- PARIETALE BILATERALE. TRAUMA CHIUSO TORACICO CON FRATTURA DI III, IV E V COSTA EMITORACE DX, CONTUSIONI MINORI MULTIPLE.	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Decisione propria	EMORRAGIA CEREBRALE IN PZ CON TRAUMA CRANICO.	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	POLITRAUMA, TRAUMA CRANICO MAGGIORE, FRATTURA FEMORE SX, FRATTURE COSTALI.	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	Ospedale Civile Pescara	2021
Intervento C.O. 118	POLITRAUMA IN INCIDENTE DELLA STRADA. TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON PROTRATTA PERDITA DI COSCIENZA. TRAUMA	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Ospedale Civile Pescara	2021
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO COMMOTIVO EMORRAGIA CEREBRALE FRATTURA TECA CRANICA	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2021
Decisione propria	TRAUMA CRANICO	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	Istituto fuori Regione non codificato	2021
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON EMORRAGIA SUBARACNOIDEA E POLIFRATTURE DELLA	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Ospedale Civile Pescara	2021
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE. MIELOMA	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2021
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE.	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2021
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2021
Intervento C.O. 118	FRATTURA DI C2 ESTESA ALLA BASE DEL DENTE DELL'EPISTROFEO CON MODESTA ANGOLAZIONE DEI FRAMMENTI OSSEI ASSOCIATA A RETROPULSIONE ENDOCANALARE POSTERIORE DEL DENTE STESSO. FERITA L.C. DEL CUOIO	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2021
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2021
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO E CERVICALE MAGGIORE	Trasferimento ad altro istituto	Emergenza	NEUROMED I.R.C.S.S.	2022
Intervento C.O. 118	EMORRAGIA INTRACRANICA DA VEROSIMITE TRAUMATISMO CRANICO	Trasferimento ad altro istituto	Emergenza	NEUROMED I.R.C.S.S.	2022
Decisione propria	RIFERITO TRAUMA CRANICO	Trasferimento ad altro istituto	Urgenza Indifferibile	NEUROMED I.R.C.S.S.	2022
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE. EMORRAGIA CEREBRALE	Trasferimento ad altro istituto	Emergenza	NEUROMED I.R.C.S.S.	2022
Intervento C.O. 118	FRATTURA PLURIFRAMMENTARIA TECA CRANICA CPN EMORRAGIA SUBDURALE ED INTRAPASRENCHIMALE. SUBLUSSAZIONE I DITO	Trasferimento ad altro istituto	Urgenza Indifferibile	NEUROMED I.R.C.S.S.	2022
Intervento C.O. 118	#####	Trasferimento ad altro istituto	Emergenza	Ospedale Civile Pescara	2022



5.1.4 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.1.1 Istituzione del Coordinamento regionale delle reti cliniche

Azione 5.1.1.1 Definizione regionale del coordinamento delle reti

Indicatore 5.1.1.1 DCA

Obiettivo 5.1.2 Riorganizzazione della Rete Cardiologica

Azione 5.1.2.1 Riorganizzazione Rete Cardiologica dell'emergenza e servizi di emodinamica

Indicatore 5.1.2.1 DCA

Azione 5.1.2.2 Attivazione sistema teletrasmissione SET 118/rete cardiologica

Indicatore 5.1.2.2 Provvedimento ASReM

Azione 5.1.2.3 Definizione PDTA condivisi rete cardiologica

Indicatore 5.1.2.3 DCA

Azione 5.1.2.4 Definizione protocollo di rete per il trasporto primario/secondario

Indicatore 5.1.2.4 Provvedimento ASReM

Azione 5.1.2.5 Formazione personale 118/ cardiologi per refertazione da remoto

Indicatore 5.1.2.5 Relazione

Azione 5.1.2.6 Stipula accordi e protocolli operativi con CCH Gemelli o CCH extraregionali (Chieti/Napoli)

Indicatore 5.1.2.6 Provvedimento ASReM

Obiettivo 5.1.3 Riorganizzazione della Rete Ictus

Azione 5.1.3.1 Stipula di accordi e protocolli operativi SU extraregionali di II livello (Pescara, Napoli) e/o IRCCS Neuromed

Indicatore 5.1.3.1 Provvedimento ASReM- Accordi con Ospedale Cardarelli di Napoli e Ospedale S. Spirito di Pescara e/o IRCCS Neuromed

Azione 5.1.3.2 Potenziamento elisoccorso

Indicatore 5.1.3.2 Accordo con base Pescara – L'Aquila

Azione 5.1.3.3 Attivazione elisuperficie CB

Indicatore 5.1.3.3 Provvedimento ASReM

Azione 5.1.3.4 Monitoraggio attività elisoccorso

Indicatore 5.1.3.4 Rapporto trimestrale sintetico dei trasporti effettuati dall'elisoccorso (N°, partenza, destinazione, livello di emergenza)

Azione 5.1.3.5 Potenziamento struttura informatica per teleconsulto/ trasmissione immagini (Ris- Pacs) e Integrazione applicativi ITC, RIS-PACS, Supporto informatico diffuso, FSE.

Indicatore 5.1.3.5 Provvedimento ASReM

Azione 5.1.3.6 Definizione PDTA ICTUS

Indicatore 5.1.3.6 DCA

Azione 5.1.3.7 Definizione protocollo di rete per il trasporto primario/ secondario/Back transport

Indicatore 5.1.3.7 Provvedimento ASReM

Azione 5.1.3.8 Rafforzare piattaforme di telemedicina/teleconsulto (digitalizzazione ospedaliera)

Indicatore 5.1.3.8 Provvedimento ASReM

Azione 5.1.3.9 Attivazione servizio radiologia interventistica – Cardarelli CB



Indicatore 5.1.3.9 Relazione

Azione 5.1.3.10 Monitoraggio attività di tele stroke

Indicatore 5.1.3.10 Report semestrale

Azione 5.1.3.11 Formazione 118/PS

Indicatore 5.1.3.11 Relazione

Azione 5.1.3.12 Monitoraggio trasporto per il trattamento di II Livello dell'ictus ischemico fuori regione

Indicatore 5.1.3.12 Report semestrale

Obiettivo 5.1.4 Riorganizzazione della Rete Traumatologica

Azione 5.1.4.1 Stipula di accordi e protocolli operativi con strutture extra regionali DEA II CTS

Indicatore 5.1.4.1 Accordo con Cardarelli – Napoli/Ospedale S. Spirito di Pescara

Azione 5.1.4.2 Potenziamento elisoccorso Attivazione eliporto Campobasso

Indicatore 5.1.4.2 Revisione accordo con base Pescara – L'Aquila

Azione 5.1.4.3 Monitoraggio attività elisoccorso

Indicatore 5.1.4.3 Rapporto sintetico trimestrale dei trasporti effettuati dall'elisoccorso (N, partenza, destinazione, livello emergenza)

Azione 5.1.4.4 Perfezionamento trasmissione immagini (Ris- Pacs) e Integrazione applicativi ITC, RIS-PACS, Supporto informatico diffuso, FSE

Indicatore 5.1.4.4 Provvedimento ASReM

Azione 5.1.4.5 Aggiornamento PDTA con attivazione Trauma Team e Area Funzionale Omogenea chirurgico-traumatologica – (AFO)

Indicatore 5.1.4.5 DCA

Azione 5.1.4.6 Definizione protocollo di rete per il trasporto primario/secondario

Indicatore 5.1.4.6 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.1.1 Istituzione del Coordinamento regionale delle reti cliniche	5.1.1.1 Definizione regionale del coordinamento delle reti	31/12/2022	DCA	Si/no		
5.1.2 Riorganizzazione della Rete Cardiologica	5.1.2.1 Riorganizzazione Rete Cardiologica dell'emergenza e servizi di emodinamica	31/03/2023	DCA	Si/no		
	5.1.2.2 Attivazione sistema teletrasmissione SET 118/rete cardiologica	30/09/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.1.2.3 Definizione PDTA condivisi rete cardiologica	31/03/2023	DCA	Si/no		
	5.1.2.4 Definizione protocollo di rete per il trasporto primario/secondario	31/03/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.1.2.5 Formazione personale 118/ cardiologi per refertazione da remoto	31/12/2023	Relazione	N. personale formato (100%)		
	5.1.2.6 Stipula accordi e protocolli operativi con CCH Gemelli o CCH extra regionali (Chieti/Napoli)	30/06/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		



5.1.3 Riorganizzazione della Rete Ictus	5.1.3.1 Stipula di accordi e protocolli operativi SU extraregionali di II livello (Pescara, Napoli) e/o IRCCS Neuromed	31/03/2023	Provvedimento ASRem. Accordi con Ospedale Cardarelli di Napoli e Ospedale S. Spirito di Pescara e/o IRCCS Neuromed	Si/no		
	5.1.3.2 Potenziamento elisoccorso	31/03/2023	Accordo Regionale con base Pescara – L'Aquila	Si/no		
	5.1.3.3 Attivazione elisuperficie CB	31/03/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.1.3.4 Monitoraggio attività elisoccorso	30/06/2023	Rapporto sintetico dei trasporti effettuati-trimestrale	Si/no		
	5.1.3.5 Potenziamento struttura informatica per teleconsulto/ trasmissione immagini (Ris- Pacs) e Integrazione applicativi ITC, RIS-PACS, Supporto informatico diffuso, FSE.	30/06/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.1.3.6 Definizione PDTA ICTUS	30/06/2023	DCA	Si/no		
	5.1.3.7 Definizione protocollo di rete per il trasporto primario/ secondario/Back transport	30/06/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.1.3.8 Rafforzare piattaforme di telemedicina/teleconsulto (digitalizzazione ospedaliera)	30/06/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.1.3.9 Attivazione servizio radiologia interventistica – Cardarelli CB	31/03/2024	Relazione	Si/no		
	5.1.3.10 Monitoraggio attività di tele stroke	30/09/2024	Report Semestrale	Si/no		
	5.1.3.11 Formazione 118/PS	31/12/2023	Relazione	N. personale formato (100%)		
	5.1.3.12 Monitoraggio trasporto per il trattamento di II Livello dell'ictus ischemico	30/09/2024	Report semestrale	N. trombectomie meccaniche eseguite presso SU II livello		
5.1.4 Riorganizzazione della Rete Traumatologica	5.1.4.1 Stipula di accordi e protocolli operativi con strutture extraregionali DEA II CTS	31/03/2023	Accordo con Cardarelli – Napoli/Ospedale S. Spirito di Pescara	Si/no		
	5.1.4.2 Potenziamento elisoccorso Attivazione eliporto Campobasso	31-03-2023	Revisione accordo con base Pescara – L'Aquila	Si/no		
	5.1.4.3 Monitoraggio attività elisoccorso	30/06/2023	Rapporto sintetico dei trasporti	Si/no		



			effettuati- trimestrale			
	5.1.4.4 Perfezionamento trasmissione immagini (Ris- Pacs) e Integrazione applicativi ITC, RIS-PACS, Supporto informatico diffuso, FSE	30/06/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.1.4.5 Aggiornamento PDTA con attivazione Trauma Team e Area Funzionale Omogenea chirurgico-traumatologica – (AFO)	31-03-2023	DCA	Si/no		
	5.1.4.6 Definizione protocollo di rete per il trasporto primario/secondario	30/06/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute DG ASReM Servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.2 Rete dei punti nascita

Garantire la realizzazione del “percorso nascita” significa operare in una rete integrata di servizi territoriali ed ospedalieri in grado di rispondere ai bisogni della donna in gravidanza e nel puerperio e tutelare la salute del bambino garantendo la massima sicurezza nel rispetto della fisiologia dell’evento. Tale modello organizzativo deve trovare declinazione all’interno della rete ospedaliera pediatrica e dei punti nascita.

Preliminarmente, con riferimento al contesto regionale, si rileva come la popolazione residente in Molise sia in continua decrescita, fino ad essere, al 1° gennaio 2022, pari a 290.769 unità; ciò è la conseguenza non solo dell’aumento del tasso di mortalità per la pandemia da Covid-19 ma anche della progressiva diminuzione del tasso di natalità, sceso al 5,8 per mille (il più basso in Italia insieme alla Sardegna), con un tasso di crescita naturale (rapporto tra nascite e decessi) pari a -9,5 per mille (il peggiore in Italia).

L’attuale rete materno-neonatale è così costituita:

1. Punti nascita (PN)

- Punto nascita di Campobasso, inserito all’interno del PO Cardarelli (DEA di I Livello) (UOC) con la presenza di una terapia intensiva neonatale;
- Punto nascita di Isernia (UOS), inserito all’interno del PO Veneziale (Ospedale di pronto soccorso) che, nonostante il basso numero di parti, ha ottenuto la deroga da parte del Comitato Percorso Nascita Nazionale (CPNn) per le disagiate condizioni oro-geografiche a condizione che venisse chiuso il PN di Termoli;
- Il Punto nascita di Termoli (UOC), attualmente ancora in funzione nonostante il parere negativo del CPNn che ne richiedeva la chiusura a causa del basso numero di parti, dell’alto tasso di tagli cesarei, della mancanza dei requisiti di personale e tecnologici richiesti per un punto nascita sicuro.

2. Rete consultoriale

L’indagine nazionale sui Consultori Familiari (CF) 2018-2019, promossa e finanziata dal Ministero della Salute e coordinata dall’Istituto Superiore di Sanità, per quanto attiene alla Regione Molise, rileva che quanto risultato da una precedente indagine nazionale sui CF in Molise, ed in particolare la mancata attuazione del POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile D.M. 24 aprile 2000), anche nella parte in cui si indicava alle Regioni di dotare i territori di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti in area urbana e di 1 ogni 10-15.000 abitanti in zone rurali, ancor oggi, a distanza di 20 anni, non ha avuto piena attuazione. La distribuzione territoriale dei consultori in Molise è molto lontana dal gold standard di un consultorio ogni 20.000 residenti (come già indicato nel POMI del 2000 e recentemente ribadito nel DM 77/2022 in cui è previsto un consultorio ogni 10.000 abitanti nelle aree interne e rurali) ed è la più bassa nel contesto nazionale.

L’attuale distribuzione delle sedi consultoriali in Molise è così rappresentata:

- Distretto sanitario di Campobasso
Consultorio familiare di Campobasso (HUB)



Consultorio familiare di Bojano (SPOKE)

- Distretto sanitario di Isernia
Consultorio familiare di Isernia (HUB)
Consultorio familiare di Venafro (SPOKE)
Consultorio familiare di Agnone (SPOKE)
- Distretto sanitario di Termoli
Consultorio familiare di Termoli (HUB)
Consultorio familiare di Larino (SPOKE)

3. Pediatrie ospedaliere

- Pediatria di Campobasso, inserita all'interno del PO Cardarelli (DEA di I Livello) con la presenza di una terapia intensiva neonatale (UOC);
- Pediatria di Isernia, inserita all'interno del PO Venezia (Ospedale di pronto soccorso) (UOSVD);
- Pediatria di Termoli (Ospedale di pronto soccorso) (UOSVD).

Nella programmazione 2022-2024, è necessario ridefinire la rete ospedaliera pediatrica e i punti nascita tenendo conto dell'andamento demografico, del quadro epidemiologico generale e delle esigenze di garantire standard orientati alla sicurezza delle pazienti e dei neonati, nonché delle indicazioni nazionali.

Risulta, pertanto, necessario operare una diminuzione dei punti nascita e una contrazione dei posti letto ordinari per la pediatria, favorendo lo sviluppo di attività di day hospital e day service.

Nella rete materno neonatale va valorizzata la funzione del consultorio come luogo elettivo per seguire il percorso nascita.

Obiettivo principale deve essere quello di garantire cure non invasive alla grande parte delle gravidanze che sono fisiologiche ed un'adeguata identificazione, monitoraggio e trattamento della quota di gravidanze a rischio.

Va ridotta la frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive: il numero di parti cesarei è uno degli indicatori per misurare la qualità delle cure alla nascita.

L'OMS raccomanda il contenimento del parto cesareo al di sotto del 15% dei parti. Nonostante nel corso degli anni ci sia stato un progressivo contenimento del ricorso al taglio cesareo ancora nel 2021 su un totale di 1327 parti, n. 473 sono stati parti cesarei, con un'incidenza del 35,6 % e con una rilevante variabilità tra le diverse aree territoriali.

Quindi, nel sistema articolato di servizi, che assicura protezione durante tutto il percorso nascita, si dovrà tendere a migliorare l'interconnessione tra i vari "nodi" del sistema ed in particolare occorre:

- garantire il percorso della donna in gravidanza fino al momento del parto e il puerperio nell'ambito della rete consultoriale, rafforzando l'équipe sia numericamente, sia inserendo tutte le professionalità richieste (ostetrica, ginecologo, assistente sociale, psicologo, pediatra, ecc), adeguando le tecnologie necessarie e inserendo i consultori nella rete informatica regionale. In sintesi valorizzare il consultorio come luogo elettivo per seguire il percorso nascita;
- assicurare gli accessi della donna ai livelli specialistici attraverso la strutturazione di percorsi assistenziali dipartimentali articolati in base alla complessità, a garanzia della omogeneità e della completezza delle prestazioni su tutto il territorio regionale;
- potenziare le azioni classificabili come interventi di rispetto e di promozione della fisiologia dell'evento, per garantire la necessaria attenzione agli aspetti umani e relazionali in tutte le situazioni, compresi i livelli di cure intensive;
- garantire lo svolgimento dei corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) all'interno dei Consultori, avvalendosi di figure professionali specifiche quali il "prenatal tutor", che si sono dimostrate efficaci nel sostegno della partoriente, nella promozione della comunicazione madre-figlio e nella riduzione dell'incidenza dei tagli cesarei;
- riorganizzare i punti nascita secondo standard assistenziali di qualità e assicurare, nell'ambito della rete ospedaliera, le attività specifiche per l'assistenza sub intensiva della gravidanza patologica e/o ad alto rischio;
- garantire una specifica sorveglianza sull'incidenza dei parti cesarei e contenere il ricorso al taglio cesareo riservandolo ai casi con una indicazione precisa;
- promuovere l'allattamento al seno, con l'applicazione di tutte le indicazioni OMS;



- ridefinire il sistema del trasporto neonatale e del trasporto in utero, con il rispetto delle indicazioni della L.R. n. 16 del 26 aprile 1999;
- promuovere le modalità per favorire il parto fisiologico “senza dolore”;
- attivare la rilevazione sistematica ed informatizzata dei certificati di assistenza al parto (CEDAP) dai diversi punti nascita e l’inoltro semestrale dei dati al Ministero della Salute;
- attuare programmi di prevenzione della depressione post-partum;
- promuovere il percorso nascita e lo sviluppo sano del bambino (es. Progetto Mille giorni dell’ISS);
- promuovere, per una migliore assistenza al neonato, una più stretta collaborazione tra il pediatra ospedaliero e quello di libera scelta, sia per una dimissione “*concordata ed appropriata*” della puerpera e del neonato presunto sano, che garantisca la sicurezza del neonato e la tranquillità della famiglia, sia nelle situazioni di dimissione “*protetta*” di alcuni neonati patologici (es. prematuri con displasia broncopolmonare) per una necessaria “*cogestione*” del paziente da parte del neonatologo ospedaliero e del pediatra di libera scelta attraverso la definizione di PDTA specifici.

5.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.2.1 Ridefinizione la rete ospedaliera pediatrica e dei punti nascita

Azione 5.2.1.1 Riduzione *dei punti nascita e dei posti letto ordinari* per la pediatria, favorendo il day hospital e day service

Indicatore 5.2.1.1 DCA

Azione 5.2.1.2 Rafforzamento e valorizzazione della rete consultoriale (incremento del numero di professionisti, introduzione di nuove professionalità richieste, adeguamento tecnologico)

Indicatore 5.2.1.2 DCA

Azione 5.2.1.3 Definizione di PDTA specifici per Percorso Nascita, prevedendo una stretta collaborazione tra il pediatra ospedaliero e quello di libera scelta

Indicatore 5.2.1.3 DCA

Azione 5.2.1.4 Monitoraggio dei parti cesarei

Indicatore 5.2.1.4 Report trimestrale

Azione 5.2.1.5 Ridefinizione del sistema del trasporto neonatale e del trasporto in utero, ai sensi della L.R. n.16 del 26 aprile 1999

Indicatore 5.2.1.5 DCA

Azione 5.2.1.6 Promozione del parto fisiologico indolore

Indicatore 5.2.1.6 DCA

Azione 5.2.1.7 Attuazione di programmi di prevenzione della depressione post-partum

Indicatore 5.2.1.7 Provvedimento ASReM

Azione 5.2.1.8 Realizzazione di campagne di promozione del percorso nascita e dello sviluppo sano del bambino

Indicatore 5.2.1.8 Provvedimento ASReM



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.2.1 Ridefinizione la rete ospedaliera pediatrica e dei punti nascita	5.2.1.1 Riduzione <i>dei punti nascita e dei posti letto ordinari</i> favorendo il day hospital e day service	31/12/2022	DCA			
	5.2.1.2 Rafforzamento e valorizzazione della rete consultoriale (incremento del numero di professionisti, introduzione di nuove professionalità richieste, adeguamento tecnologico)	31/12/2022	DCA			
	5.2.1.3 Definizione di PDTA specifici per Percorso Nascita, prevedendo una stretta collaborazione tra il pediatra ospedaliero e quello di libera scelta	30/03/2023	DCA			
	5.2.1.4 Monitoraggio dei parti cesarei	30/06/2023	Report trimestrale			
	5.2.1.5 Ridefinizione del sistema del trasporto neonatale e del trasporto in utero, ai sensi della L.R. n.16 del 26 aprile 1999	31/12/2022	DCA			
	5.2.1.6 Promozione del parto fisiologico indolore	30/06/2024	DCA			
	5.2.1.7 Attuazione di programmi di prevenzione della depressione post-partum	30/09/2023	Provvedimento ASReM			
	5.2.1.8 Realizzazione di campagne di promozione del percorso nascita e dello sviluppo sano del bambino	30/09/2023	Provvedimento ASReM			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.3 Rete oncologica

L'Oncologia oggi si caratterizza come una disciplina che presenta particolari caratteristiche in termini assistenziali. Infatti, in buona parte, è di tipo territoriale e si estrinseca con attività di educazione sanitaria (prevenzione primaria, prevenzione secondaria, ospedale a domicilio, follow up, terminalità), in parte è di tipo ospedaliero (diagnosi e cura primaria, adiuvante, avanzata, integrata) ed in parte contiene un'area importante di ricerca (Università, IRCCS, Ospedali ed anche territorio).

La programmazione di una rete deve tener conto anche della sostenibilità in termini economici del progetto, stante la limitatezza di risorse disponibili, ed il progetto può divenire sostenibile solo se si organizzano e coordinano le aree territoriali, specialistiche ospedaliere e di ricerca.

Nella programmazione della rete occorre quindi strutturare una stretta coordinazione tra tutti gli eventi diagnostico-clinici e clinico-assistenziali dell'oncologia con i vari servizi, attraverso la creazione di PAI e PDTA specifici in cui le singole attività e ciascun servizio, pur organizzati territorialmente sul modello hub & spoke, siano strettamente integrate.

Il valore aggiunto della ricerca e dell'assistenza Universitaria consente non solo di poter sperimentare nuove tecnologie diagnostiche, terapeutiche, assistenziali, ma anche nuovi modelli organizzativi economicamente sostenibili; ad esempio attraverso metodologie innovative per la gestione strategica delle risorse e il controllo di gestione (HTA) ed elaborando piani sperimentali per applicazioni di e-Health in oncologia.



Contesto epidemiologico- epidemiologia dei tumori in molise

Dal 2014 è stato attivato il Registro Tumori (RT) della Regione Molise che incardina nel suo contesto il Registro di Incidenza, il Registro Unico di Mortalità e il Registro dei Mesoteliomi. Il RT Molise ha il compito di descrivere il fenomeno neoplastico e le sue variazioni territoriali e temporali attraverso misure di incidenza e di mortalità; lì dove necessario avvierà progetti di studio e ricerche allo scopo di conoscere le modalità e le interconnessioni in grado, lì dove possibile, di dare conto dello sviluppo di tale patologia. Il “Primo rapporto sui dati del Registro Tumori Regione Molise–Anni 2010-13”, rileva che cinque tumori più frequentemente diagnosticati nei residenti della Regione Molise sono: il carcinoma del colon retto (15% del totale), seguito dai tumori della mammella, prostata, polmone e vescica. Questi cinque tumori rappresentano oltre la metà di tutti i tumori diagnosticati in Regione Molise. Tuttavia i cinque tumori più frequenti per genere sono profondamente diversi: tra gli uomini prevale il tumore della prostata (19%), seguito dai tumori del colon-retto, vescica, polmone e dai tumori dello stomaco; tra le donne il primo tumore è quello mammario (24%), seguito da quello del colon-retto, dai tumori dell’utero, della tiroide e dai tumori dello stomaco.

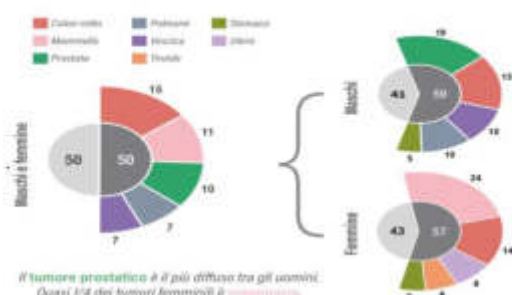


Fig. 1° Rapporto Sui Dati Del Registro Tumori Regione Molise – Anni 2010-2013

Dai dati ISTAT, si rileva inoltre che il numero di morti per tumore nella regione Molise nell’anno 2019 è pari a 865. In linea con i dati nazionali le neoplasie che hanno una letalità più alta sono quelle del polmone e del colon retto.

Dataset:Mortalità per territorio di evento		Molise - anno 2019		
		2019		
Sesso		maschi	femmine	totale
Causa iniziale di morte - European Short List				
tumori		517	348	865
di cui tumori maligni delle labbra, cavità orale e faringe		11	3	14
di cui tumori maligni dell'esofago		10	..	10
di cui tumori maligni dello stomaco		29	33	62
di cui tumori maligni del colon, del retto e dell'ano		74	37	111
di cui tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici		23	15	38
di cui tumori maligni del pancreas		27	24	51
di cui tumori maligni della laringe		11	..	11
di cui tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni		90	30	120
di cui melanomi maligni della cute		13	2	15
di cui tumori maligni del seno		..	59	59
di cui tumori maligni della cervice uterina		..	3	3
di cui tumori maligni di altre parti dell'utero		..	14	14
di cui tumori maligni dell'ovaio		..	12	12
di cui tumori maligni della prostata		47	..	47
di cui tumori maligni del rene		8	5	13
di cui tumori maligni della vescica		23	7	30
di cui tumori maligni del cervello e del sistema nervoso centrale		16	8	24
di cui morbo di hodgkin e linfomi		18	7	25
di cui leucemia		21	15	36
di cui altri tumori maligni del tessuto linfatico/ematopoietico		7	8	15
di cui altri tumori maligni		55	36	91
tumori non maligni (benigni e di comportamento incerto)		34	30	64

Tabella 1: Dati ISTAT morti per tumore nella Regione Molise anno 2019. (Dati estratti il 21 giugno 2022 12:31 UTC (GMT) Istat)

Situazione attuale

L'Atto Aziendale ASReM, approvato con DDG 301/2018, individua le strutture della Rete Oncologica Regionale anche in riferimento al Programma Operativo 2015-2018:

- 3 Unità operative di chirurgia generale (PO Cardarelli, PO Termoli e PO Isernia)
- 2 Unità Operativa di Urologia
- 3 Unità Operative di Ginecologia
- 1 chirurgia senologica (Brest Unit PO Cardarelli)
- 4 strutture private accreditate (Gemelli Molise, IRCSS Neuromed, Villa Maria e Villa Esther)
- 3 oncologie mediche
- 3 radiologie complete di grandi apparecchiature
- 3 medicine nucleari
- 3 anatomie patologiche
- 1 radioterapia presso la struttura privata accreditata Gemelli Molise

La Rete è costituita, inoltre, dalle strutture territoriali :

- UOS Governance della Rete Territoriale Consultoriale e degli Screening Oncologici
- Consultori che operano nei Distretti di Campobasso, Isernia e Termoli
- 1 Hospice.

Dai dati estratti dal Programma Nazionale Esiti, relativi all'anno 2020, si rilevano i volumi di attività delle Unità operative chirurgiche molisane.

La patologia neoplastica mammaria è centralizzata nella Brest Unit del P.O. Cardarelli. I dati relativi alla neoplasia del colon-retto risultano distribuiti in maniera disomogenea tra gli ospedali aziendali, il Gemelli Molise e gli ospedali extraregionali.

Per quanto attiene alla patologia neoplastica urologica (prostata-rene-vescica) emerge una significativa mobilità passiva dell'utenza verso ospedali extraregionali.

I volumi di attività maggiori per quanto riguarda le neoplasie dell'ovaio e dell'utero sono prodotti dalla struttura privata Gemelli Molise.

MOLISE INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORI MALIGNI: VOLUMI RICOVERI							
Fonte PNE (1.01.2020-31.12.2020)							
Tipo Di Tumore	Ospedali Asrem			Gemelli Molise	Ospedali Extraregionali	Altre Strutture Regionali (**)	Totale
	Cardarelli	Veneziale	S.Timoteo				
Mammella	74 (32,3%)	-	-	21	129 (56,3%)	5	229
Testa Collo (Cavo Orale-Laringe- Tiroide)	6	1	4	4	40 (72,7%)	-	55
Polmone	12			9	39 (65%)		60
Colon	32	16	16	24	25	7	113
Retto	3	1	-	12	13	2	31
Prostata	12	-	-	-	86 (85,1%)	3	101
Rene	9	-	-	-	28 (73,7%)	1	38
Vescica	6	-	1	-	13 (65%)	-	20
Ovaio	-	1	1	13 (61,9%)	6	-	21
Utero	1	2	-	47 (73,4%)	14	-	64

(**) Villa Maria, Villa Esther

Tabella. Report delle attività relative UOS Cure Palliative 2021



Anno 2021	Hospice		Cp Domiciliare	
	Oncologici	Non Oncologici	Cp Di Base	Cp Specialistiche
Ricoveri	175	41		
Prese In Carico			122	139
Totale	216		261	

In sintesi in nessuno dei presidi ospedalieri regionali viene raggiunto il volume di attività chirurgica raccomandato dalle linee guida delle società scientifiche.

I dati riportati nella Quarta Indagine Nazionale anno 2021 sullo stato di attuazione delle R.O.R analizzano la situazione della Regione Molise evidenziando le seguenti criticità:

- La Rete Oncologica Regionale (ROR) non è stata formalizzata attraverso un atto regionale, e non è stato individuato un coordinatore della ROR. Tali elementi sono imprescindibili per poter definire la caratterizzazione del modello della rete e la sua governance.
- La ROR non ha definito e non attua meccanismi incentivanti/disincentivanti nel governo della casistica per patologie complesse; inoltre la ROR non ha definito criteri formali per identificare i punti di accesso della rete e non li ha formalizzati.
- Nell'ambito delle tecnologie si rileva che la dotazione tecnologia in campo diagnostico e terapeutico in tutte le strutture appartenenti alla ROR non è sottoposta a revisione periodica in termini qualitativi e quantitativi.
- Per quanto riguarda le risorse economiche, non è stato formalizzato un piano economico-finanziario che assicuri la sostenibilità delle strategie di continuità operativa.
- Nella ROR non è previsto che il paziente possa accedere ad una second opinion come prestazione gratuita, mentre è ormai consolidato che moltissimi pazienti, specie nella fase iniziale di scelta del trattamento, cerchino una seconda opinione soprattutto nelle grandi strutture ospedaliere.
- Non sono state definite linee guida e procedure per la valutazione iniziale multidisciplinare di ciascun paziente oncologico che comprendono la valutazione dei bisogni per la promozione della salute del paziente.
- Rispetto alla ricerca clinica non esiste all'interno della rete una forma di coordinamento dei trials clinici e non sono previsti finanziamenti ad hoc per la ricerca. Per quel che riguarda l'ambito della formazione non esistono modalità di feedback all'organizzazione (professionisti, personale delle direzioni, personale del coordinamento, operatori) di quanto rilevato attraverso la valutazione dell'esperienza dei pazienti.
- Non vi è evidenza della presenza di un sistema efficace e riconosciuto di collegamento in rete (informatica) tra i diversi servizi e non c'è evidenza dell'uso di un sistema standardizzato di codifica in linea con i sistemi riconosciuti a livello nazionale o internazionale (ad esempio, ICD e codici integrativi).
- Non è attivo un sito internet della ROR, non esiste una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato e non sono stati organizzati eventi istituzionali di valore regionale o nazionale rivolti all'intero sistema.
- Non è prevista una valutazione formalizzata e periodica del benessere degli operatori.
- Non è prevista la partecipazione a sistemi di monitoraggio nazionale.
- Non è prevista una valutazione formalizzata e periodica dell'esperienza del paziente nel percorso di cura (ad es. coinvolgimento nelle scelte terapeutiche, qualità percepita della relazione con gli operatori) coordinata a livello di rete.

Si ritiene pertanto, in ragione dei rilievi formulati nella Relazione sopra citata ed in ragione della estrema dispersione dei casi e della cronica carenza di personale medico, di prevedere nella programmazione 2022-2024 della rete oncologica un'azione sinergica volta a riorganizzare l'intero percorso con l'intento di mettere il cittadino al centro del percorso di cura integrato ospedale-territorio.

L'idea progettuale che si intende realizzare nella Regione Molise prevede una organizzazione secondo il modello HUB and SPOKE. Il coordinamento della rete oncologica, gli indirizzi strategici e le verifiche periodiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati saranno svolti a livello centrale.

I compiti specifici del coordinamento sono individuati come segue:

- definizione di linee guida per l'organizzazione delle strutture coinvolte e condivisione di un piano oncologico ;
- coordinamento e indirizzo della rete;



- promozione e sostegno delle attività di ricerca;
- adozione, divulgazione e verifica linee guida;
- monitoraggio e valutazione delle attività assistenziali;
- indirizzo e coordinamento di formazione, informazione e comunicazione;
- sviluppo del sistema informativo e sorveglianza epidemiologica;
- valutazione delle nuove tecnologie e monitoraggio del corretto utilizzo di strumenti innovativi di diagnosi e cura (telemedicina) e dell'accesso ai trattamenti innovativi;
- armonizzazione dell'acquisizione e dell'uso delle nuove tecnologie.

Obiettivo della rete è assicurare un potenziamento dell'offerta diagnostica, terapeutica, assistenziale al paziente oncologico in tutte le fasi della sua storia clinica (dalla diagnosi precoce alla gestione del paziente in fase terminale), prevedendo interventi differenziati sulla base di una riorganizzazione delle attività e l'invio dei pazienti alla struttura più appropriata.

In tal modo viene garantita la prossimità delle cure e la continuità assistenziale; infatti il paziente è preso in carico dal Centro specialistico che è in grado di fornire tutta l'assistenza necessaria in modo controllato per qualità, riducendo trasferimenti e disagi, e di offrire con il suo centro hub/spoke prestazioni diagnostiche e terapeutiche di alto livello.

La rete oncologica, organizzata secondo un modello HUB e SPOKE, con una serie di strutture di primo livello (SPOKE) collegate managerialmente ad un centro sopra ordinato di maggiore specializzazione diagnostica o terapeutica (HUB), coprirà l'intero territorio della Regione Molise con la collaborazione dei diversi servizi A.S.Re.M.

Essenziale sarà il ruolo dell'Università del Molise (DiMeS), per quanto concerne le attività di formazione e di valutazione assistenziale.

In particolare a questo riguardo, il progetto si propone di introdurre criteri di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva e prestazionale nell'ambito dell'utilizzo delle metodiche di imaging in campo oncologico, sia nell'identificazione e caratterizzazione di sospetta neoplasia, sia nella stadiazione e nel follow up.

In collaborazione con l'Università del Molise saranno poi svolte alcune importanti attività quali:

- realizzazione di programmi di ricerca innovativi in campo diagnostico, terapeutico, assistenziale e di HTA;
- realizzazione di programmi di formazione specifica e specialistica in campo oncologico e gestionale in oncologia.
- attivazione di un programma di valutazione dell'appropriatezza per i farmaci oncologici, con particolare riferimento ai farmaci biologici.

Ulteriore obiettivo che ci si propone di raggiungere è quello di identificare la porta d'accesso del paziente alla Rete oncologica, in funzione del sospetto clinico. La Struttura identificata come porta di accesso assicura:

- il servizio di accoglienza ed orientamento del paziente alla ROR
- le attività amministrative connesse (esenzione 048, prenotazione esami);
- l'identificazione e registrazione di un caregiver;
- l'attività di supporto psico-oncologico e logistico a pazienti, caregiver e familiari;
- la programmazione delle valutazioni multidisciplinari;
- la gestione dei processi occorrenti alla soluzione del quesito clinico;
- l'avvio delle cure simultanee;
- l'attivazione di servizi di telemedicina tra professionista sanitario/paziente e tra professionista/professionista;
- l'adeguamento della anatomia patologica del PO Cardarelli al fine di attivare percorsi di "target therapy";
- l'attivazione del sistema informativo regionale oncologico;
- l'attivazione delle Case della Comunità (già Case della Salute) previste dal DM 77/2022;

5.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.3.1 Riorganizzazione della rete oncologica regionale

Azione 5.3.1.1 Adozione del documento di riorganizzazione della rete oncologica regionale

Indicatore 5.3.1.1 DCA

Azione 5.3.1.2 Nomina organismo regionale di coordinamento della rete oncologica

Indicatore 5.3.1.2 Provvedimento regionale

Azione 5.3.1.3 Definizione del nucleo coordinamento aziendale



Indicatore 5.3.1.3 Provvedimento ASReM

Azione 5.3.1.4 Definizione del comitato tecnico scientifico

Indicatore 5.3.1.4 Provvedimento ASReM

Azione 5.3.1.5 Definizione delle porte d'accesso

Indicatore 5.3.1.5 Provvedimento ASReM

Azione 5.3.1.6 Adeguamento anatomia patologica

Indicatore 5.3.1.6 Provvedimento ASReM

Azione 5.3.1.7 Implementazione sanità digitale

Indicatore 5.3.1.7 Provvedimento ASReM

Azione 5.3.1.8 Realizzazione di campagne informative

Indicatore 5.3.1.8 Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.3.1 Riorganizzazione della rete oncologica regionale	5.3.1.1 Adozione del documento di riorganizzazione della rete oncologica regionale	31/03/2023	DCA	Si/no		
	5.3.1.2 Nomina organismo regionale di coordinamento della rete oncologica	31/03/2023	Provvedimento regionale	Si/no		
	5.3.1.3 Definizione del nucleo coordinamento aziendale	30/06/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.3.1.4 Definizione del comitato tecnico scientifico	30/06/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.3.1.5 Definizione delle porte d'accesso	31/12/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.3.1.6 Adeguamento anatomia patologica	31/12/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.3.1.7 Implementazione sanità digitale	31/12/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.3.1.8 Realizzazione di campagne informative	31/12/2023	Relazione	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						



5.4 Rete trapiantologica

La Regione Molise ha recepito la legge N. 91 del 1° Aprile 1999 con la delibera di Giunta Regionale n.1827 del 28/12/2000 riconoscendo come Centro Regionale Trapianti per il Molise il Centro Regionale per i Trapianti della Regione Abruzzo. Nella stessa delibera ha nominato il Coordinatore Regionale Trapianti (art.n.10 della legge 91/99) e i Coordinatori Locali delle Aziende (art.12 della legge 91/99). Con delibera n.1618 del 14/11/2005 ha nominato il Coordinatore Regionale Donazione e Prelievi.

I dettami della legge n. 91/99 sull'organizzazione delle attività di coordinamento, recepiti nelle linee guida approvate in conferenza Stato-Regioni in data 21-03-2002, sono stati recepiti dalla Regione Abruzzo con DGR n. 88 del 13/2/2004 e dalla Regione Molise con DGR n. 1169 del 06.10.2003.

Ad oggi il Centro Regionale opera ai sensi dell'art. 10 della legge n. 91/99 che al comma 1 recita: *“Le regioni, qualora non abbiano già provveduto ai sensi della legge 2 dicembre 1975, n. 644, istituiscono un centro regionale per i trapianti. Il centro regionale ha sede presso una struttura pubblica e si avvale di uno o più laboratori di immunologia per i trapianti per l'espletamento delle attività di tipizzazione tissutale”*.

La Regione Molise, pertanto, non dispone di un proprio Centro Regionale per i Trapianti (CRT) e si avvale, per le attività operative di cui all'art 10, comma 6, L n. 91/99, del Centro Regionale per i Trapianti (CRT) attivo nella Regione Abruzzo. Con DCA n. 4 del 16/02/2022 la Regione Molise ha approvato lo schema di convenzione avente ad oggetto *«Accordo di collaborazione tra la Regione Abruzzo e la Regione Molise per lo svolgimento delle attività operative del Centro Regionale Trapianti (C.R.T.) di cui all'art 10 della legge 91/99»*.

La convenzione con il Centro Regionale Trapianti (CRT) U.O.S.D. della ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila è stata approvata con DGR Abruzzo n. 858 del 22 dicembre 2021 ed ha una durata di cinque anni.

Nella Regione Abruzzo le funzioni operative del Centro Regionale per i Trapianti (CRT) di cui all'art. 10 della L. n. 91/1999 sono svolte dal Centro Regionale Trapianti (CRT) U.O.S.D. della ASL Avezzano- Sulmona-L'Aquila, presso l'Ospedale S. Salvatore.

La Rete Molisana dei Trapianti comprende quindi:

- a) il Centro Regionale per i Trapianti Regione Abruzzo - Regione Molise, che costituisce il punto di raccordo dell'intera rete ed il collegamento con il sistema interregionale (Organizzazione Centro - Sud Trapianti) e nazionale (Centro Nazionale Trapianti);
- b) l'Unità di Rianimazione dei PO di Isernia, Campobasso e Termoli, deputate al reclutamento degli organi e dei tessuti;
- c) i Coordinatori Locali (da nominare);
- d) la Banca degli Occhi - Centro di riferimento per le Donazioni e i Trapianti di cornea per la Regione Abruzzo e Regione Molise (L'Aquila);
- e) il Centro Regionale di Immunoematologia e Tipizzazione Tissutale (L'Aquila);
- f) i Centri trapianto di cornea negli Ospedali della Regione Molise.

Nella programmazione 2022-2024 la Regione intende attuare una serie di interventi volti a garantirne il miglioramento dell'attuale Rete Trapiantologica regionale. Nello specifico saranno perseguiti i seguenti obiettivi:

- il potenziamento delle rianimazioni, che costituisce il primo e necessario investimento per migliorare l'attività di prelievo e trapianto di organi;
- il potenziamento del coordinamento locale, che dovrà essere migliorato e disciplinato da protocolli aziendali, al fine di garantire nelle 24 ore le attività di prelievo di organo e tessuti in tutti gli ospedali del Molise dotati di Rianimazione;
- la formazione del personale delle rianimazioni e dei reparti, per potenziare il prelievo di cornea.

5.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance



Obiettivo 5.4.1 Potenziamento della Rete Trapiantologica

Azione 5.4.1.1 Nomina coordinatore locale

Indicatore 5.4.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 5.4.1.2 Formazione personale per prelievo cornea in collaborazione con UOC oculistica

Indicatore 5.4.1.2 Protocollo condiviso con CRT Abruzzo

Azione 5.4.1.3 Formazione personale per trapianti

Indicatore 5.4.1.3 Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.4.1 Potenziamento della Rete Trapiantologica	5.4.1.1 Nomina coordinatore locale	31/12/2022	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.4.1.2 Formazione personale per prelievo cornea in collaborazione con UOC oculistica	30/06/2023	Protocollo condiviso con CRT Abruzzo	Si/no		
	5.4.1.3 Formazione personale per trapianti	30/06/2023	Relazione	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.5 Rete malattie rare

Le malattie rare rappresentano una delle priorità della Sanità pubblica comunitaria. La continua evoluzione, la grande complessità assistenziale e l'impatto della malattia nella vita dei pazienti e delle loro famiglie richiedono la creazione di un sistema efficace e collaudato nel settore. Molte malattie rare sono complesse, degenerative, cronicamente invalidanti e circa un terzo di esse riduce le attese di vita a meno di cinque anni. Le limitazioni in termini di opportunità educative, professionali e sociali conseguenti alla malattia, inoltre, possono essere causa di discriminazione.

La diagnosi precoce ed il trattamento appropriato, seppure non incidendo in maniera significativa sulla durata della vita, permettono di svolgere una vita qualitativamente normale.

Il DPCM 12 gennaio 2017 integra le indicazioni ed i criteri del DM 18 maggio 2001, n.279, confermando il diritto all'esenzione per tutte le prestazioni necessarie ad effettuare la diagnosi e garantire l'assistenza sanitaria.

Il nuovo DPCM ha di fatto ridefinito l'elenco delle Malattie Rare di cui al citato Decreto n.279/2001 per le quali è prevista l'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (art.52 del DPCM 12 gennaio 2017) ed il nuovo elenco, con i relativi codici, è riportato nell'allegato 7 del citato documento.

Nello stesso documento, all'art. 64 comma 4, si stabilisce che *"...le disposizioni in materia di Malattie rare di cui all'art.52 ed- all' allegato 7 entrano in vigore dal centottantesimo giorno dall'entrata in vigore del presente Decreto; entro tale data le Regioni e le province autonome adeguano le Reti regionali per le malattie rare con l'individuazione dei relativi presidi ed i registri regionali"*.

La Regione Molise ha nominato un referente regionale per le malattie rare con lo scopo di collaborare con il Centro Nazionale Malattie Rare presso l'Istituto Superiore di Sanità, attraverso la raccolta delle schede di diagnosi e percorso di cura e il loro successivo invio all'Istituto Superiore di Sanità.

Non è presente, al momento, una rete regionale integrata ed un registro regionale che si interfacci con il Registro nazionale delle malattie rare e con i registri delle altre regioni in ottemperanza a quanto previsto nel PNMR 2013-2016.



Si rende, pertanto, fondamentale definire, nell'ottica del perseguimento degli obiettivi disposti con il citato DpCM, la Rete regionale delle Malattie rare attraverso la ricognizione dei Presidi e delle Unità per le diagnosi ed il trattamento delle malattie rare, su proposta della ASREM e la creazione di un registro regionale.

In considerazione della esiguità della popolazione regionale e della necessità di elaborare protocolli diagnostici e terapeutici condivisi per una gestione dei pazienti ottimale ed uniforme nel territorio, sarebbe auspicabile una collaborazione con le regioni limitrofe al fine di ampliare le possibilità di diagnosi attraverso il ricorso a strutture altamente specializzate non presenti in Molise.

La rete interregionale per le Malattie Rare deve sviluppare un modello di assistenza che garantisca la qualità della prestazione diagnostica, anche di tipo genetico, presso istituzioni di eccellenza e favorisca la presa in carico del paziente nelle strutture territoriali più vicine al luogo di residenza.

La Rete Interregionale delle Malattie Rare fondata sui principi del decentramento, è intesa ad ottimizzare l'accessibilità dei pazienti alle cure, governata da consorzi assistenziali, favorendo così il percorso assistenziale definito a partire dalla diagnosi della malattia.

5.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.5.1 Definizione della Rete delle malattie rare

Azione 5.5.1.1 Individuazione Presidi ed unità di diagnosi

Indicatore 5.5.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 5.5.1.2 Nomina referente regionale

Indicatore 5.5.1.2 Provvedimento Regionale

Azione 5.5.1.3 Creazione registro regionale

Indicatore 5.5.1.3 DCA

Azione 5.5.1.4 Accordo interregionale con strutture sanitarie di regioni limitrofe

Indicatore 5.5.1.4 DCA

Azione 5.5.1.5 Definizione PDTA

Indicatore 5.5.1.5 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.5.1 Definizione della Rete delle malattie rare	5.5.1.1 Individuazione Presidi ed unità di diagnosi	31/12/2022	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.5.1.2 Nomina referente regionale	31/12/2022	Provvedimento Regione	Si/no		
	5.5.1.3 Creazione registro regionale	31/03/2023	DCA	Si/no		
	5.5.1.4 Accordo interregionale con strutture sanitarie di regioni limitrofe	30/09/2023	DCA	Si/no		
	5.5.1.5 Definizione PDTA	30/09/2023	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Generale per la Salute Direzione Generale A.S.Re.M.						



5.6 Rete terapia del dolore e cure palliative

Con riferimento alla Rete del dolore e cure palliative si rimanda a quanto programmato nell'Area cure palliative e terapia del dolore.

5.7 Rete medicine specialistiche

5.7.1 Rete delle malattie infettive

Le malattie infettive continuano a rappresentare un problema significativo per la salute dei cittadini.

Permane infatti da un lato il problema legato a patologie che hanno dominato il quadro epidemiologico dell'ultima parte del XX secolo (epatopatie virali, l'infezione da HIV, le infezioni del tratto digerente e del sistema nervoso centrale) e dall'altro aumenta il tasso delle infezioni da germi multi resistenti (inclusa la tubercolosi farmaco resistente) e delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria; inoltre deve essere considerato il problema dell'emergenza di nuovi agenti infettivi, favorito da fenomeni quali la mobilità internazionale e l'immigrazione.

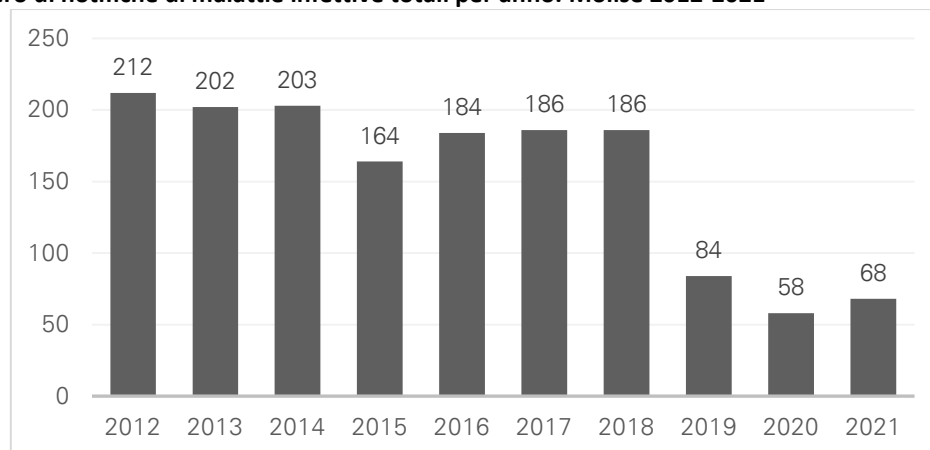
Le malattie infettive acute debbono essere prontamente identificate, isolate e trattate in ambiente specialistico, per garantire un intervento appropriato, una razionalizzazione nell'uso delle risorse; in particolare i farmaci antinfettivi, per attuare misure di isolamento del paziente al fine di prevenire la diffusione nosocomiale e infine mettere in atto interventi profilattici e di sanità pubblica.

Epidemiologia

In assenza di un sistema di sorveglianza regionale si sono utilizzate le informazioni presenti nella banca dati del Bollettino epidemiologico del Ministero della Salute e sono stati elaborati i dati dal 2012 al 2020, evidenziando l'andamento decrescente delle malattie infettive notificate.

Nel grafico seguente vengono riportati il numero complessivo delle malattie infettive notificate riguardanti esclusivamente i soggetti residenti nel territorio di competenza dell'ASReM. Da rilevare che i dati si riferiscono alle malattie infettive notificate (secondo D.M.) e che nella Regione Molise, in particolare per le malattie meno gravi, l'evento infettivo è sotto notificato.

Tabella - Numero di notifiche di malattie infettive totali per anno. Molise 2012-2021



Fonte: SIMI WEB Istituto Superiore di Sanità. Epidemiologia delle malattie infettive

I numeri esigui e le drastiche riduzioni in corrispondenza del 2019 e, soprattutto del 2020, sono dovuti quasi esclusivamente ad un evidente fenomeno di sotto notifica che ha alterato il reale andamento delle patologie.

Nella tabella 2 e nel grafico 1 sono riportati i tassi di notifica per 100.000 residenti, calcolati nel periodo 2012-2021.(Istat).

Tabella - Tasso generale di notifiche di malattie infettive totali per anno. Molise 2012-2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Pertosse	0,0	0,6	0,0	1,0	0,0	0,0	0,6	0,3	0,0	0,0
Meningite meningococ.	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0
Varicella	21,7	24,3	19,5	11,5	17,9	10,6	6,2	2,0	2,3	1,4



Morbillo	7,0	2,2	0,3	0,0	0,3	2,3	0,6	2,3	0,3	0,0
Rosolia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Epatite B	0,0	0,6	0,0	1,3	2,9	2,6	1,3	0,0	0,0	0,0
Parotite	0,0	0,6	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
altre malattie	38,6	36,1	44,7	38,6	37,4	43,8	50,9	22,9	16,6	21,4
Totale n. notifiche	67,7	64,5	64,8	52,4	58,8	59,9	60,3	27,5	19,3	23,1

Fonte: SIMI WEB istituto Superiore di Sanità. Epidemiologia delle malattie infettive

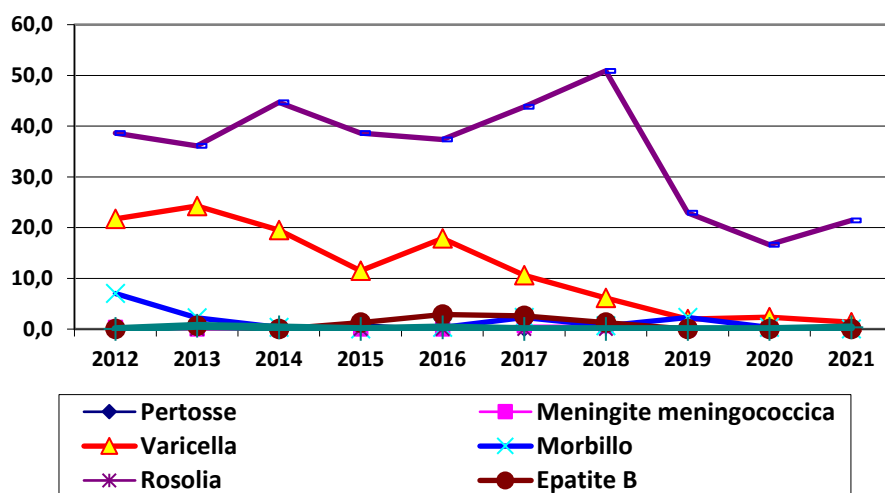
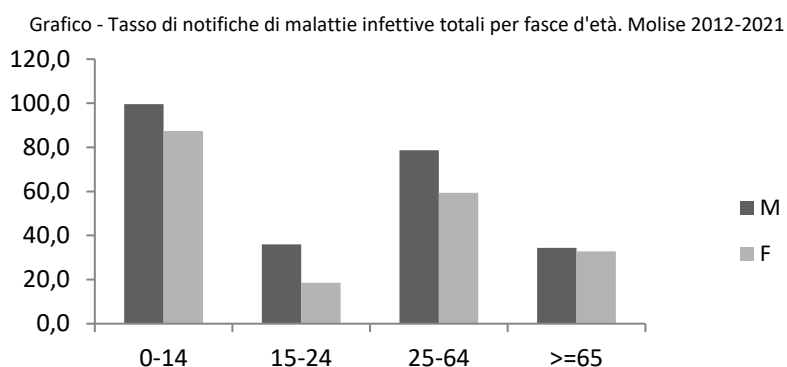


Grafico Andamento tassi di notifica malattie infettive totali per anno. Molise 2012-2021

In generale risulta evidente che per le malattie infettive suscettibili di vaccinazione, il trend è sostanzialmente stabile nel tempo.

Per quanto riguarda la distribuzione delle notifiche per classe d'età, queste patologie interessano prevalentemente l'età pediatrica; peraltro, per alcune malattie infettive l'effetto della vaccinazione sulla fascia di età 0-14 non è ancora particolarmente evidente visto l'alto numero dei casi presenti nonostante una sottostima nelle segnalazioni.



Oltre alle malattie infettive classiche, esistono ambiti dell'assistenza ospedaliera nei quali l'infezione è una possibilità concreta di accadimento per pazienti sottoposti a regimi terapeutici immunosoppressivi o ad alta intensità assistenziale, ambiti nei quali è forte il rischio di sepsi dei pazienti e la prevenzione delle infezioni e l'appropriatezza dell'uso della terapia antimicrobica risulta determinante per le opportunità di guarigione dei pazienti.

In linea generale, la Rete infettivologica ha una collocazione trasversale in quanto si occupa di una patologia (l'infezione) che può colpire qualsiasi organo e sistema; di conseguenza interagisce con le diverse discipline mediche e chirurgiche,



richiede l'adozione di protocolli condivisi, portando la propria specifica competenza nella diagnosi e nella terapia di patologie ad eziologia microbica e collabora alla definizione/gestione di programmi aziendali per il controllo delle infezioni ospedaliere e di politica per il corretto utilizzo ospedaliero dei farmaci anti-infettivi.

La Rete infettivologica riveste un ruolo importante anche in ambito di prevenzione, integrandosi con le attività del dipartimento di prevenzione, in particolar modo per le politiche vaccinali, l'igiene degli alimenti e le attività dei servizi veterinari, nonché con le strutture delle dipendenze e le carceri per contribuire a fornire l'assistenza a questa tipologia di utenza. Inoltre, fornisce le competenze necessarie all'attività del Comitato per il contrasto alle infezioni correlate all'assistenza, sia in ospedale che presso le strutture territoriali, collabora alle attività di profilassi post-esposizione per gli operatori sanitari, contribuisce all'assistenza degli immigrati attraverso il controllo delle malattie infettive latenti, la profilassi e l'eventuale cura; un ruolo culturale e consulenziale è svolto nel controllo dell'uso degli antibiotici, sia in ambito ospedaliero e territoriale, sia nei confronti dei medici specialisti che dei medici di medicina generale.

Infine, la Rete infettivologica offre supporto nel coordinamento di eventuali potenziali emergenze infettivologiche, sia autoctone che di importazione, e può essere allertata in caso di rischio concreto di un uso terroristico di agenti infettivi che, se da un lato non rappresentano allo stato attuale un problema assistenziale rilevante, costituiscono un fenomeno di grave allarme sociale e possono rappresentare nel futuro un rischio grave per la salute collettiva.

Organizzazione attuale della rete

La rete infettivologica è composta dai seguenti nodi:

1. Reparto per le malattie infettive nel P.O. Cardarelli
2. Attività diagnostiche di microbiologia e virologia garantite dal laboratorio analisi del PO Cardarelli di Campobasso 24/24 h
3. Igiene e sanità pubblica del dipartimento unico di prevenzione
4. Comitati per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CICA)
5. Programmi assistenziali universitari di farmacovigilanza e di igiene ospedaliero

Inoltre forniscono supporto concordato alle seguenti strutture/funzioni:

1. Dipendenze
2. Assistenza penitenziaria
3. Accoglienza di immigrati

Finalità e obiettivi

L'attuale organizzazione integra le attività preventive e cliniche di primo livello (territoriali) con quelle ospedaliere (ambulatoriali e di ricovero) legate alla diagnosi, al trattamento e al follow-up delle patologie specifiche, in modo da assicurare percorsi di diagnosi e cura accessibili, di continuità clinico assistenziale, idonei per favorire risposte tempestive e modulate in diversi livelli di intensità. Tale articolazione della rete in livelli assistenziali diversi contribuisce al miglioramento dell'assistenza infettivologica garantendo l'erogazione di servizi appropriati in relazione al grado di complessità clinica dei pazienti, favorendo quindi una maggior appropriatezza dei trattamenti nei diversi setting della rete, equità di accesso ai servizi e sicurezza per tutta la popolazione regionale.

La regione di pone pertanto per il triennio oggetto di programmazione i seguenti obiettivi e azioni:

- istituzione di un "Gruppo tecnico di coordinamento aziendale" costituito da professionisti ai quali viene affiancato, in base alle tematiche, un secondo gruppo di professionisti delle diverse discipline mediche e delle professioni sanitarie a seconda delle specifiche necessità.
- promozione e progettazione di eventi formativi per la diffusione dei documenti che disciplinano le modalità di lavoro della rete. L'attività formativa mirata è svolta nei confronti di tutti i professionisti che operano a vari livelli della rete. A tal fine annualmente deve essere predisposto un piano di formazione valido per tutta la regione che intercetti le priorità sulla base della valutazione delle performance dei professionisti e dell'analisi dei problemi di natura organizzativa riscontrati.
- implementazione di modalità comuni di raccolta delle informazioni sanitarie al fine di rendere i dati confrontabili ed utilizzabili per l'effettuazione di analisi epidemiologiche, valutazioni delle performance, dei modelli organizzativi, del consumo di risorse, degli esiti delle cure, della sicurezza e di ogni altro argomento utile a valutare la qualità delle prestazioni erogate, sia come attività singole che inserite nei vari percorsi assistenziali.
- monitoraggio costante, tramite il supporto dei referenti di rete degli indicatori di processo e di esito individuati nei diversi setting clinico assistenziali e diffusione periodica dei risultati ai diversi nodi della rete



- adozione di nuove tecnologie quale investimento nella gestione dell'intero percorso clinico del paziente, in grado di fornire dati diagnostici in tempi rapidi con alti livelli qualitativi, che impatta sulle scelte clinico terapeutiche, sull'outcome clinico e sui tempi di degenza.
- valutazione, anche attraverso azioni di benchmark nazionali e sovra-nazionali, dell'appropriatezza dei trattamenti ed dei livelli di qualità erogati dalle strutture regionali, compresi gli esiti delle cure anche in collaborazione con l'Università del Molise
- definizione dei criteri di priorità condivisi per le prime visite ambulatoriali e monitoraggio dei tempi d'attesa, distinguendo l'attività di prima visita dai controlli (es AIDS)
- definizione dei criteri di appropriatezza del setting assistenziale in relazione alle prestazioni erogate
- collaborazioni con il terzo settore soprattutto per la gestione dei migranti affetti da patologie infettive.

Per il perseguimento degli obiettivi indicati la Rete infettivologica adotterà i seguenti strumenti:

- percorsi assistenziali (definizione, aggiornamento periodico, implementazione e monitoraggio) per le diverse tipologie di infezione;
- sistema informativo che consenta:
 - o lo scambio di informazioni clinico-diagnostiche fra le strutture della rete (cartella clinica informatizzata, dati di laboratorio, radiologici, etc)
 - o la raccolta delle informazioni critiche per il controllo di gestione, il monitoraggio dei percorsi e la valutazione degli esiti.

5.7.2 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.7.2 Definizione della Rete delle malattie infettive

Azione 5.7.2.1 Istituzione coordinamento aziendale di rete

Indicatore 5.7.2.1 Provvedimento ASReM

Azione 5.7.2.2 Aumento capacità di ricovero

Indicatore 5.7.2.2 DCA

Azione 5.7.2.3 Potenziamento tecnologia laboratorio

Indicatore 5.7.2.3 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.7.2 Definizione della Rete delle malattie infettive	5.7.2.1 Istituzione coordinamento aziendale di rete	31/12/2022	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.7.2.2 Aumento capacità di ricovero	31/12/2022	DCA	Si/no		
	5.7.2.3 Potenziamento tecnologia laboratorio	31/03/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						
DG ASReM						

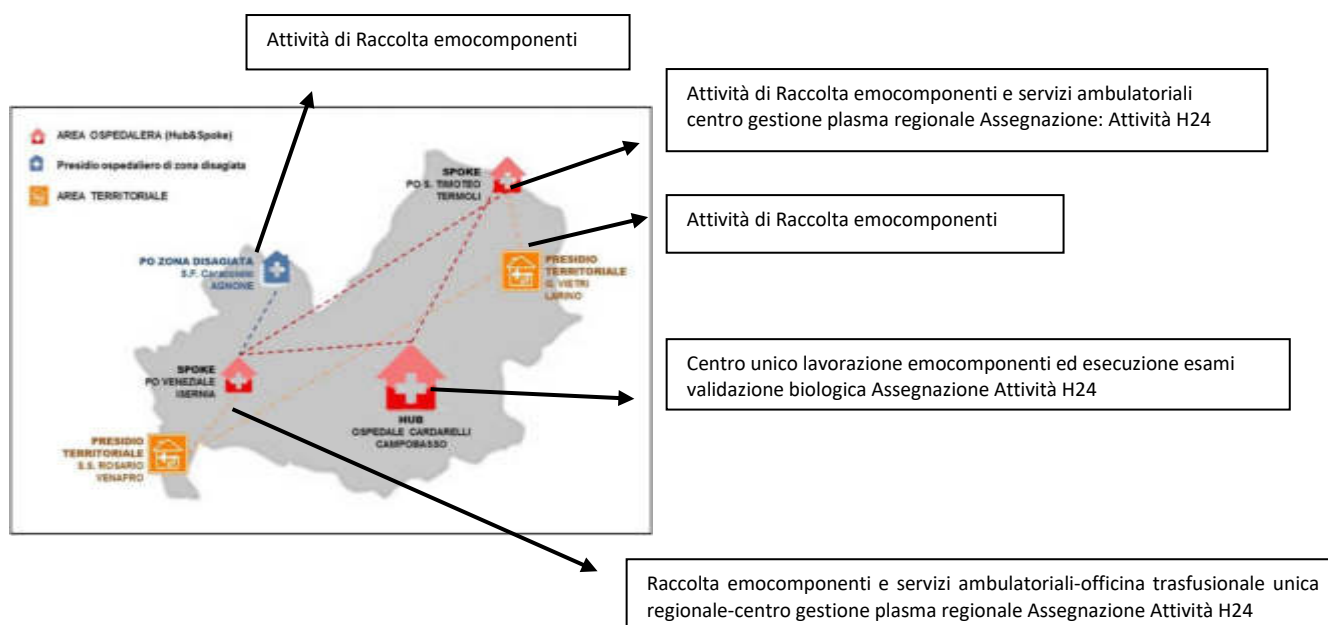


5.8 Reti dei servizi di diagnosi e cura

5.8.1 Rete Trasfusionale

La Rete Trasfusionale prevede attualmente:

- l'attività di Raccolta Emocomponenti e l'assegnazione h 24 sui tre presidi ospedalieri regionali;
- un centro unico di esecuzione degli esami di validazione biologica e di diagnostica avanzata presso il PO Cardarelli di Campobasso;
- un'officina trasfusionale unica e centro unico di congelamento-conservazione e spedizione Plasma a Takeda per la conto lavorazione relativa ai plasmaderivati presso il PO Veneziale di Isernia;
- un polo clinico (Ematologia-TAO-Allergologia-Emofilia) ed un centro di raccolta, congelamento, conservazione e spedizione Plasma da inattivazione virale a ditte specializzate per la conto lavorazione relativa al plasmase, presso il PO S. Timoteo di Termoli;
- l'affidamento dei Servizi Trasfusionali ad una Rete di Impresa con un progetto definito "Total Solution Provider". Il progetto prevede un Provider unico che ha in carico la gestione delle apparecchiature e del magazzino reagenti permettendo di superare rapidamente le criticità rilevate dalle diverse verifiche ispettive per gli accreditamenti ISO-Regionali e delle Industrie per la lavorazione del Plasma relativamente ai requisiti minimi previsti dall'accordo Stato-Regione, con particolare riguardo alla risoluzione di problematiche legate alla dotazione di tecnologie ed infrastrutture non in linea con la normativa vigente.



Tale assetto è il risultato di una riorganizzazione della Rete Trasfusionale attuata nel 2019 che ha rappresentato un passaggio cruciale nella gestione delle attività trasfusionali permettendo di ottimizzare le attività in modo da ottenere:

- un risparmio di costi legato alla razionalizzazione delle risorse umane e delle apparecchiature
- il superamento di tutte le verifiche (ISO-Accreditamento Regionale- AUDIT ditte conto-lavorazione a ditte specializzate in quanto sono stati individuati locali idonei all'attività in ciascuno dei tre presidi Presidi Ospedalieri.
- una adeguata gestione del Sistema di Gestione della Qualità e Rapporti con gli organi competenti con l'individuazione di un referente unico
- miglioramento nella gestione dei flussi di dati tra Trasfusionale-Regione-CNS con la nomina di un referente unico.

Tabella - Riorganizzazione Rete Trasfusionale attuata nel 2019

Tabella 1 - Riorganizzazione Rete Trasfusionale attuata nel 2019						
PRESIDIO	RACCOLTA EMOCOMPONENTI	ATTIVITA' ABULATORIALI	ESECUZIONE ESAMI VALIDAZIONE BIOLOGICA	LAVORAZIONE EMOCOMPONENTI	CONSERVAZIONE E CONGELAMENTO PLASMA	ASSEGNAZIONE
CB	✓	✓	✓			✓ H24
SITIS	✓	✓		✓	✓ Takeda	✓ H24
SITTE	✓	✓			✓ Kedrion	✓ H24

Sulla base della riorganizzazione attuata, il modello organizzativo proposto nel 2018 è stato superato, nella considerazione che il personale diventa il fulcro di un sistema non più legato ad attività individuali ma parte di un processo unico in cui lavorare all'unisono quale *conditio sine qua non* per il raggiungimento degli obiettivi. Tale approccio ha fatto sì che il personale, con particolare riferimento 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 e la condivisione con il personale ha avuto un impatto molto positivo sul benessere organizzativo.

Allo stato attuale buona parte del processo di implementazione tecnologica programmato è stato realizzato ma ai fini dell'ulteriore miglioramento della Rete Trasfusionale è fondamentale il raggiungimento dei seguenti obiettivi, di cui si terrà conto nella programmazione 2022-2024:

1. Sistema di Validazione a distanza che consentirà di avere un unico Dirigente Medico in turno per i tre Presidi di Campobasso - Termoli-Isernia nelle ore 20,00 -08,00 con l'obiettivo di una migliore gestione delle risorse umane, riducendo i turni notturni e utilizzando il personale nelle ore diurne per potenziare l'attività (esempio attività assistenziali e di raccolta);
2. Interfaccia con i reparti ed il laboratorio per richiesta e referto informatico che consente di ottimizzare le risorse umane e di ridurre il rischio trasfusionale preanalitico (APPLICAZIONE INDICAZIONI ICT NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE);
3. Attivare il Portale del Donatore che consente la digitalizzazione dei referti e la gestione ottimale del sistema di prenotazione dei donatori (OTTIMIZZAZIONE RISORSE UMANE; FIDELIZZAZIONE DONATORI; OTTIMIZZAZIONE FABBISOGNI EMOCOMPONENTI E SCORTE; APPLICAZIONE INDICAZIONI ICT NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE).

5.8.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.8.1 Istituzione del Coordinamento regionale della rete trasfusionale

Azione 5.8.1.1 Attivazione del coordinamento regionale

Indicatore 5.8.1.1 DCA

Obiettivo 5.8.2 Potenziamento della Rete Trasfusionale

Azione 5.8.2.1 Attivazione del sistema informatizzato per validazione a distanza

Indicatore 5.8.2.1 Provvedimento ASReM

Azione 5.8.2.2 Attivazione del portale del donatore

Indicatore 5.8.2.2 Provvedimento ASReM

Azione 5.8.2.3 Attivazione dell'interfaccia con i reparti/laboratorio per referto informatizzato

Indicatore 5.8.2.3 Provvedimento ASReM



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.8.1 Istituzione del Coordinamento regionale della rete trasfusionale	5.8.1.1 Attivazione del coordinamento regionale	31/12/2022	DCA	Si/no		
5.8.2 Potenziamento della Rete Trasfusionale	5.8.2.1 Attivazione del sistema informatizzato per validazione a distanza	31/03/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.8.2.2 Attivazione del portale del donatore	31/03/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.8.2.3 Attivazione dell'interfaccia con i reparti/laboratorio per referto informatizzato	31/03/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.8.2 Rete Laboratori

La programmazione regionale, come definita dal Programma Operativo 2019-2021, prevede la riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici basata sul modello Hub & Spoke come di seguito configurato:

- n. 1 laboratorio Ospedale di zona disagiata: S. Francesco Caracciolo di Agnone
- n. 2 laboratori Spoke: Ospedale “Veneziale” di Isernia e ospedale “S. Timoteo” di Termoli
- n. 1 laboratorio Hub: Centro Regionale di Campobasso

Con il Decreto del Ministero della Salute 30 dicembre 2021 “Riparto del contributo laboratori, ai sensi dell’articolo 29 del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106”, sono state assegnate alla Regione Molise risorse per il periodo 2021 – 2022 per un totale di € 326.486. All'art. 29 ed in particolare:

- il comma 1 stabilisce che le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano favoriscono il completamento dei processi di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio e inseriscono tra le strutture qualificate gli istituti di ricerca con comprovata esperienza in materia di sequenziamento di nuova generazione (NGS);
- per gli anni 2021 e 2022 le Regioni possono riconoscere alle strutture che si adeguano progressivamente ai predetti standard non oltre il 31 dicembre 2022, al fine di garantire la soglia minima di efficienza di 200.000 esami di laboratorio e di prestazioni specialistiche o di 5.000 campioni analizzati con tecnologia NGS, un contributo da stabilirsi con provvedimento della Regione, nei limiti dell'importo definito in sede di riparto e previa positiva valutazione del Cronoprogramma (comma 3) del Comitato permanente per l'erogazione dei Livelli di assistenza.

Per la concessione delle risorse, scaturite dall’analisi del fabbisogno, la Regione Molise ha presentato un cronoprogramma (trasmesso con le note n. 30091/2022 e 82167/2022) approvato dal Comitato LEA nelle riunioni del 21/03/2022 e 6/05/2022. La conferma dell’approvazione del cronoprogramma è avvenuta il 27/06/2022 (prot. n. 110666/2022 del 27-06-2022). Nel merito, il cronoprogramma riprendeva la necessità, da parte della Regione Molise, di procedere al completamento dei processi di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, inserendo tra le strutture qualificate gli istituti di ricerca con comprovata esperienza in materia di sequenziamento di nuova generazione (NGS).

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.



L'obiettivo della programmazione regionale per il triennio 2022 – 2024 è quello di prevedere attraverso un Decreto del Commissario ad Acta il riassetto organizzativo della rete laboratoristica pubblica e privata accreditata, disciplinando per quest'ultima 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.

A seguito dell'analisi della domanda, anche in considerazione dell'elevata richiesta dettata dai volumi scaturiti dalla centralità della medicina di laboratorio per la pandemia da SARS-CoV-2, è prevista una riorganizzazione della rete laboratoristica privata ed il conseguente superamento della frammentazione relativa all'attività prodotta, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate.

La programmazione regionale intende quindi, superando le difficoltà del contenzioso strutturale anche su questa materia, utilizzare le risorse previste dal "Decreto concernente ripartizione contributo laboratori, ai sensi dell'articolo 29 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106" per procedere alla riorganizzazione della rete laboratoristica regionale anche attraverso l'indicazione di modalità di aggregazione previste per gli erogatori privati accreditati anche con riferimento all'utilizzo del service di laboratorio.

5.8.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.8.3 Riconfigurazione della rete laboratoristica pubblica e privata regionale

Azione 5.8.3.1 Approvazione del Piano di riorganizzazione dei laboratori di analisi pubblici e privati

Indicatore 5.8.3.1 DCA

Obiettivo 5.8.4 Garantire da parte del SSR la soglia minima di efficienza di 200.000 esami di laboratorio e di prestazioni specialistiche o di 5.000 campioni analizzati con tecnologia NGS

Azione 5.8.4.1 Monitoraggio periodico della soglia minima di efficienza di 200.000 esami di laboratorio e di prestazioni specialistiche o di 5.000 campioni analizzati con tecnologia NGS

Indicatore 5.8.4.1 Report

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.8.3 Riconfigurazione della rete laboratoristica pubblica e privata regionale	5.8.3.1 Approvazione del Piano di riorganizzazione dei laboratori di analisi pubblici e privati	31/12/2022	DCA	Si/no		
5.8.4 Garantire da parte del SSR la soglia minima di efficienza di 200.000 esami di laboratorio e di prestazioni specialistiche o di 5.000 campioni analizzati con tecnologia NGS	5.8.4.1 Monitoraggio periodico della soglia minima di efficienza di 200.000 esami di laboratorio e di prestazioni specialistiche o di 5.000 campioni analizzati con tecnologia NGS	31/03/2023	Report	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.9 Rete riabilitazione e lungodegenza

L'attuale rete di riabilitazione e lungodegenza necessita di una profonda ridefinizione sia a causa della rimodulazione della rete ospedaliera ancora in atto, sia in considerazione della nuova rete territoriale da elaborare in attuazione del DM 77/2022. La Regione pertanto intende rielaborare la rete riabilitazione all'esito della definizione della rete



ospedaliera e della rete territoriale, anche al fine di ottimizzare le risorse finanziarie e di consentire la riconversione di alcune strutture ospedaliere private.

5.9.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.9.1 Riorganizzazione della Rete riabilitazione e lungodegenza

Azione 5.9.1.1 Riorganizzazione della rete in coerenza con le reti ospedaliera e territoriale

Indicatore 5.9.1.1 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.9.1 Riorganizzazione della Rete riabilitazione e lungodegenza	5.9.1.1 Riorganizzazione della rete in coerenza con le reti ospedaliera e territoriale	30/06/2023	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						



6 Autorizzazione e accreditamento

La disciplina in materia di accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie della Regione Molise, in ossequio a quanto previsto in materia dal D. Lgs. 502/1992, è dettata originariamente dalla L.R. n. 18/2008 e ss.mm.ii, la quale 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.

L'impianto normativo in materia di accreditamento istituzionale, come delineato dalla L.R. 18/2008 è stato oggetto di rivisitazioni alla luce della continua evoluzione intervenuta nella materia in esame a livello nazionale, al fine di rendere la normativa regionale coerente con quella nazionale.

Come noto, infatti, 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; Appropriatelyzza clinica e sicurezza; Processi di miglioramento e innovazione; Umanizzazione). Successivamente, l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2015) 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.

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.

Nell'attuale contesto regionale non risultano assunti decreti di accreditamento rilasciati in favore delle strutture pubbliche per le quali, comunque, si procederà a delineare un percorso specifico.

In riferimento alle strutture sanitarie e socio-sanitarie private, occorre precisare che la Regione Molise ha rilasciato la quasi totalità degli accreditamenti istituzionali negli anni 2011-2012. Gli ultimi accreditamenti istituzionali sono stati poi rilasciati nell'anno 2018 in favore 4 strutture sociosanitarie.

Il vigente sistema regionale di accreditamento, come regolamentato dalla L.R.18/2008, prevede il rinnovo degli accreditamenti in essere ogni tre anni, previa domanda da parte degli interessati e verifica della permanenza delle condizioni necessarie da parte della Regione.

Obiettivo primario della Regione è quello di procedere ad una rilevazione aggiornata del fabbisogno e conseguentemente ad una revisione degli accreditamenti che sia proporzionale all'effettive esigenze sanitarie.

6.1 Processo di autorizzazione e accreditamento (strutture pubbliche e private)

Nell'ambito del perseguimento degli obiettivi generali di tutela e promozione della salute, come individuati dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), l'accreditamento istituzionale costituisce lo strumento mediante il quale le Regioni devono mirare a promuovere il processo di miglioramento continuo della qualità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Tanto premesso, in virtù della riconversione e della modifica delle tipologie di assistenza sanitaria e sociosanitaria intervenuta con l'approvazione dei nuovi LEA si rende necessario procedere alla revisione dei decreti di accreditamento. Per quanto attiene l'accreditamento rilasciato alle strutture di ricovero private, esso sarà oggetto di aggiornamento e revisione in considerazione della riorganizzazione della rete ospedaliera. Per quanto attiene, invece, alle strutture di specialistica ambulatoriale ad oggi accreditate, il processo di revisione dovrà tenere conto della riorganizzazione della rete territoriale. Da ultimo, anche con riferimento alla rete dei laboratori, la Regione dovrà avviare un processo di verifica per la revisione dell'accreditamento già rilasciato.

Il processo di revisione/aggiornamento degli accreditamenti per le strutture sanitarie e sociosanitarie private sul territorio regionale dovrà essere concluso entro il 31/12/2024, sulla base del fabbisogno assistenziale di cui alla presente programmazione 2022-2024.

Contemporaneamente saranno avviate le procedure per l'accreditamento delle strutture pubbliche in coerenza con la nuova rete ospedaliera e territoriale.



Preliminarmente, occorre rilevare che, nelle more della conclusione dell'iter procedimentale preordinato alla definizione ed approvazione della programmazione sanitaria 2022-2024 della Regione Molise e del relativo fabbisogno assistenziale, si procederà alla sospensione delle procedure finalizzate al rilascio dell'accreditamento istituzionale in favore delle nuove strutture sanitarie e socio-sanitarie richiedenti, stante l'obiettivo impossibilità di procedere ad una verifica della idoneità/funzionalità della struttura rispetto al quadro programmatico regionale di interesse; condizione imprescindibile ai fini del rilascio del relativo provvedimento.

Obiettivo dell'Accreditamento è quello di fornire un percorso che porti tutte le strutture pubbliche e private a livelli sempre più elevati di qualità dei servizi erogati.

Il processo di accreditamento sarà sviluppato in più fasi:

Fase Preliminare: il processo viene avviato attraverso la richiesta da parte dell'Azienda/Struttura che descrivere il proprio assetto organizzativo e strutturale;

Fase di accertamento: verifica della coerenza delle funzioni svolte con il fabbisogno regionale;

Fase di verifica: valutazione del livello di conformità della Struttura rispetto ai requisiti richiesti: strutturali, tecnologici ed organizzativi (generali e specifici). L'organismo tecnicamente accreditante (OTA) effettua le verifiche presso la Struttura da accreditare, avvalendosi del supporto tecnico dei valutatori regionali specificatamente individuati nel registro regionale. Il citato organismo, sulla base della risultanza della verifica, predispone una relazione finale trasmettendola alla Regione.

Fase di Rilascio dell'Esito: la Regione, a seguito dei risultati contenuti nella relazione predisposta dall'OTA, predispone l'atto formale con cui rilascia o non rilascia l'accreditamento.

Come previsto dalla L.R. n.18/2008 ss.mm.ii. - modificata con L.R. n. 1 del 30.04.2021 - art. 30-bis, commi nn. 1,2,3 - "oneri istruttori", le procedure di accreditamento saranno, inoltre, caratterizzate dalla previsione di oneri istruttori a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie private.

In ultimo, ai fini di efficientare il procedimento amministrativo, s'intende procedere alla creazione di una piattaforma software finalizzata all'informatizzazione delle procedure amministrative e alla gestione puntuale e organizzata di tutti i procedimenti di autorizzazione e di accreditamento nel rispetto dei regolamenti regionali e nazionali.

6.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 6.1.1 Revisione/aggiornamento degli accreditamenti per le strutture sanitarie e sociosanitarie private

Azione 6.1.1.1 Revisione/aggiornamento degli accreditamenti per le strutture sanitarie e sociosanitarie private

Indicatore 6.1.1.1 DCA

Azione 6.1.1.2 Accreditamento delle strutture pubbliche

Indicatore 6.1.1.2 DCA

Azione 6.1.1.3 Creazione di una piattaforma software finalizzata all'informatizzazione delle procedure amministrative e alla gestione puntuale e organizzata di tutti i procedimenti di autorizzazione e di accreditamento nel rispetto dei regolamenti regionali e nazionali

Indicatore 6.1.1.3 Relazione



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
6.1.1 Revisione/aggiornamento degli accreditamenti per le strutture sanitarie e socio-sanitarie	6.1.1.1 Revisione aggiornamento degli accreditamenti per le strutture sanitarie e socio – sanitarie private	31/12/2023	DCA	Si/no	Nd	
	6.1.1.2 Accreditamento delle strutture pubbliche	30/06/2024	DCA	Si/no	Nd	
	6.1.1.3 Creazione di una piattaforma software software finalizzata all'informatizzazione delle procedure amministrative e alla gestione puntuale e organizzata di tutti i procedimenti di autorizzazione e di accreditamento nel rispetto dei regolamenti regionali e nazionali	31/12/2023	Relazione	Si/no	Da definire	
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Autorizzazione e Accreditamento						

6.2 Definizione/aggiornamento requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento

La Regione, ai sensi delle disposizioni normative nazionali e regionali, con il DCA n. 36/2017 ha provveduto ad approvare il "Manuale di Autorizzazione", il "Manuale di Accreditamento" ed il "Manuale delle Procedure", definendo i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici per le diverse strutture sanitarie/socio-sanitarie e le varie tipologie di prestazioni assistenziali erogate sul territorio regionale. Con successivo DCA 39/2019, tenuto conto dei cambiamenti registrati nell'ambito dell'assistenza sanitaria, si è provveduto ad aggiornare e revisionare quanto precedentemente disposto con l'approvazione di un nuovo "Manuale delle Procedure".

In considerazione dell'evoluzione intercorsa negli ultimi anni relativamente alla normativa di settore ed alle conoscenze in ambito strutturale, tecnologico ed organizzativo, volte ad una ridefinizione delle tipologie di strutture ed aggiornamento dei relativi requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, la Regione si è posta quale obiettivo un'ulteriore revisione/aggiornamento dei citati Manuali. Pertanto, a seguito dell'approvazione da parte dei ministeri affiancanti del nuovo "Manuale delle Autorizzazioni Sanitarie" (invio SIVEAS prot. n. 60/2022). Essendo intervenuto il parere favorevole da parte dei Ministeri affiancanti, la Regione provvederà all'adozione del decreto di approvazione del citato Manuale.

Per le medesime esigenze, obiettivo primario della Regione è la revisione del Manuale di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, in linea con le indicazioni che saranno fornite da Agenas.

6.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 6.2.1 Revisione/aggiornamento del "Manuale dei requisiti delle autorizzazioni sanitarie".

Azione 6.2.1.1 Adozione del decreto di approvazione del "Manuale dei requisiti delle autorizzazioni sanitarie".

Indicatore 6.2.2.1 DCA di adozione

Obiettivo 6.2.2 Revisione/aggiornamento del "Manuale dei requisiti dell'accreditamento".

Azione 6.2.2.1 Adozione del decreto di approvazione del "Manuale dei requisiti dell'accreditamento".

Indicatore 6.2.2.1 DCA di adozione



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
6.2.1. Revisione aggiornamento del "Manuale dei requisiti delle autorizzazioni sanitarie"	6.2.1.1. Adozione del decreto di approvazione del "Manuale dei requisiti delle autorizzazioni sanitarie"	31/12/2022	DCA di adozione	Si/no		
6.2.1. Revisione aggiornamento del "Manuale dei requisiti di accreditamento"	6.2.1.1. Adozione del decreto di approvazione del "Manuale dei requisiti di accreditamento"	31/12/2023	DCA di adozione	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Autorizzazione e Accreditamento						

6.3 Organismo Tecnicamente Accreditante

L'Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2015) 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.

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 la Regione, con DCA n .27 del 20/04/2020 "DCA 8 del 04/02/2020 recante <<DCA n. 43 del 16.04.2018. Criteri per il funzionamento degli Organismi Tecnicamente Accreditanti ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 32/CSR). Istituzione Elenco Regionale Valutatori. Annullamento e sostituzione>>. Abrogazione e sostituzione." (Rif. LEA 2018 prot. LEA_MOLISE-140-16/06/2020-000018-A) ha provveduto ad istituire l'Organismo Tecnicamente Accreditante, uniformandone il funzionamento ai criteri e ai principi di trasparenza, terzietà, imparzialità, previsti dall'Allegato B della citata Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015, in materia di adempimenti relativi all'accREDITamento delle strutture sanitarie (Rep n. 32/CSR).

Con il citato decreto commissariale n. 27/2020, inoltre, è stata individuata la composizione dell'OTA, sono state definite le funzioni del Coordinatore e del Valutatore Nazionale ed è stato approvato il Regolamento Generale OTA e le modalità di accesso all'elenco regionale dei valutatori nonché i requisiti richiesti.

Con riferimento alla verifica adempimenti Lea (adempimento AH), rispetto a quanto riportato nel verbale della riunione del 12 aprile 2022, la Regione risulta inadempiente.

In relazione alle criticità rilevate, connesse alla piena operatività dell'OTA, la Regione ha provveduto, con Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 149 dell'8/11/2021 recante "Decreto commissariale n. 27 del 20.04.2020. Provvedimenti", ad approvare l'elenco dei candidati "idonei" da inserire nell'elenco regionale dei valutatori.

Con la nomina del Coordinatore e del Valutatore Nazionale iscritto nell'elenco nazionale dei valutatori di cui al Decreto del Ministro della Salute del 31 luglio 2020 prot. n. 0015766-31/07/2020 – DGPROGS – MDS-P, l'OTA ha acquisito la piena operatività.

6.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 6.3.1 Aggiornamento/mantenimento delle competenze per i Valutatori O.T.A.

Azione 6.3.1.1 Formazione per i valutatori OTA

Indicatore 6.3.1.1 Report annuale



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
6.3.1 Aggiornamento/ mantenimento delle competenze per i Valutatori O.T.A.	6.3.1.1 Formazione per i valutatori OTA	31/12/2023	Report annuale	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Autorizzazione e Accreditamento						



7 Rapporti con gli erogatori privati accreditati

L'ultimo triennio di programmazione regionale dei livelli massimi di finanziamento (per le prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale) si è sostanziato con i seguenti provvedimenti delle Strutture Commissariali:

- DCA n.41 del 10 aprile 2019 “- *Limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza socio sanitaria erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2019, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. Provvedimenti*”;
- DCA n. 10 del 5 febbraio 2020 "*Definizione dei limiti massimi di finanziamento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2019*”;
- DCA n. 41 del 25 giugno 2020 - "*Decreto del Commissario ad acta n. 41 del 10.04.2019 ad oggetto "Limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza sociosanitaria erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2019, nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario della Regione Molise. Provvedimenti." Proroga*”;
- DCA n. 56 del 30 settembre 2020 "*Definizione dei limiti massimi di finanziamento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate dagli operatori accreditati, acquisibili dal sistema sanitario regionale per l'anno 2020*”;
- DCA n. 103 del 2 novembre 2021 - *Limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza socio-sanitaria erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2021*;
- DCA n. 108 del 9 novembre 2021 "*Definizione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie, di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, erogate dagli operatori privati accreditati con il Servizio Sanitario Regionale, per l'anno 2021*”.

Al fine di descrivere il contesto regionale relativo all'assistenza ospedaliera sono stati analizzati i dati della produzione delle strutture private accreditate nel triennio 2018 – 2020, di cui alla tabella seguente.

Tabella – Produzione erogatori privati accreditati (2018-2020)

	Produzione (casi)	Produzione (valori)	MOBILITA' ATTIVA (CASI)	MOBILITA' ATTIVA (VALORI)	% MOBILITA' ATTIVA (CASI)	% MOBILITA' ATTIVA (VALORI)
2018	19.507	88.346.648	11.165	49.682.311	57%	56%
2019	19.766	85.622.650	11.691	48.704.954	59%	57%
2020	19.445	77.081.323	8.720	43.393.977	56%	56%

Nel 2018 la produzione delle strutture private accreditate è risultata essere di 19.507 casi, per un valore pari a 88,347 milioni di euro. Il 57% dei casi è stato erogato in favore dei cittadini residenti fuori regione.

Nel 2019 si sono registrati 19.766 casi, per un valore pari a 85,622 milioni di euro. Il 59% dei casi è stato erogato in favore di cittadini residenti fuori regione.

Nel 2020, anche a causa dell'emergenza pandemica, si è registrata una contrazione della produzione che si è assestata sui 15.445 casi, per un valore pari a 77,081 milioni di euro. Il 56% dei casi è stato erogato in favore di cittadini residenti fuori regione.

Dall'analisi condotta si riscontra, pertanto, come nonostante si sia assistito nel 2020 ad una diminuzione della produzione, sia in termini di casi (-21%) che di valori (-13%), la percentuale di mobilità attiva sia rimasta sostanzialmente invariata (57% nel 2018; 56% nel 2020).

Con riferimento all'analisi di contesto un'ulteriore indagine è stata condotta in merito alla mobilità attiva e passiva della regione Molise, realizzata utilizzando la metodologia sviluppata dal Ministero della salute con il supporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS). Nell'analisi, pertanto, è stata considerata la sola mobilità effettiva, escludendo i ricoveri caratterizzati da mobilità apparente per nido o casuale. Sono stati analizzati, inoltre, i dati delle

schede di dimissione ospedaliera (SDO) degli anni 2018-2019-2020. La stima della remunerazione, invece, è stata elaborata sulla base del tariffario nazionale, come individuato con Decreto del Ministero della salute del 18 ottobre 2012.

Tabella – Mobilità attiva (2018 – 2020)

	CASI			VALORI		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Campania	7.104	7.364	5.334	29.627.516	28.813.014	25.379.505
PUBBLICO	12%	8%	9%	7%	5%	6%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	88%	92%	91%	93%	95%	94%
Lazio	2.674	2.607	2.090	9.272.173	9.328.400	8.637.837
PUBBLICO	7%	4%	5%	5%	2%	4%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	93%	96%	95%	95%	98%	96%
Puglia	1.668	1.350	988	7.273.225	5.835.465	5.000.297
PUBBLICO	34%	21%	16%	20%	11%	7%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	66%	79%	84%	80%	89%	93%
Abruzzo	1.281	1.179	904	6.590.403	5.897.055	5.210.242
PUBBLICO	33%	23%	24%	13%	6%	9%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	67%	77%	76%	87%	94%	91%
Altre Regioni	601	459	398	2.249.983	1.678.429	1.869.208
PUBBLICO	27%	12%	9%	19%	5%	6%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	73%	88%	91%	81%	95%	94%
Totale complessivo	13.328	12.978	9.703	54.434.644	51.026.039	45.304.347
PUBBLICO	16%	10%	10%	10%	6%	6%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	84%	90%	90%	90%	94%	94%

Dall'analisi dei flussi di mobilità attiva riferiti al triennio 2018-2020, sopra rappresentati, è emerso come nel 2018 si siano registrati 13.328 casi di cittadini non residenti in regione Molise, per un valore pari a 54,434 milioni di euro. L'84% dei casi (90% del valore) si è concentrato presso le strutture private accreditate. Nel 2019 si sono registrati 12.978 casi di mobilità attiva, per un valore pari a 51,026 milioni di euro. Il 90% dei casi (94% del valore) si è concentrato presso le strutture private accreditate. Nel 2020 la distribuzione dei casi è risultata essere costante (90% dei casi presso le strutture private), nonostante si sia registrata una riduzione della produzione: 9.703 casi, per un valore pari a 45,304 milioni di euro.

Nel 2020, dal confronto con quanto registrato nel corso del triennio, è emerso come a fronte di una riduzione della produzione, sia in termini di casi (-27%) che di valore (-17%), la percentuale di erogazione presso le strutture private accreditate sia aumentata (90% nel 2018; 94% nel 2020).

Nel triennio 2018-2020, le Regioni che hanno registrato il valore più alto di mobilità attiva verso il Molise sono risultate essere: la Campania, il Lazio, la Puglia e l'Abruzzo.

I flussi di mobilità attiva di queste regioni sono diretti prevalentemente presso le strutture private accreditate del Molise, con percentuali di casi superiori al 90% per Lazio e Campania.

Nello specifico i cittadini provenienti dalle regioni Campania, Lazio, Puglia, Abruzzo rappresentano il 96% dei casi e dei valori totali di mobilità attiva verso le strutture private accreditate della regione Molise per l'anno 2018, il 97% per l'anno 2019 e il 96% per l'anno 2020. Di seguito si rappresenta una tabella riepilogativa dei valori della mobilità attiva verso le strutture private accreditate registrati nel triennio 2018-2020.

Tabella – Mobilità attiva (2018 – 2020) verso le strutture private accreditate

	CASI			VALORI		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Campania	5.269	6.802	4.851	27.442.396	27.283.942	23.969.409
Lazio	2.496	2.511	1.992	8.839.567	9.126.609	8.270.687
Puglia	1.099	1.063	833	5.838.243	5.174.720	4.856.233
Abruzzo	864	910	683	5.733.765	5.591.545	4.764.727
Altre Regioni	437	405	361	1.828.339	1.568.144	1.750.901
Totale complessivo	11.165	11.691	8.720	49.682.311	48.704.954	43.193.977

Dall'analisi dei flussi di mobilità passiva della regione Molise, come rappresentato nella tabella seguente, è emerso quanto segue: nell'anno 2018, si sono registrati 10.270 casi, per un valore pari a 38,634 milioni di euro. Il 55% dei casi (59% del valore) è stato erogato da strutture private accreditate. Nel 2019 si sono registrati 10.119 casi, per un valore pari a 38,367 milioni di euro, con il 56% dei casi (61% del valore) erogato da strutture private accreditate. Nel 2020 si sono registrati 7.067 casi, per un valore pari a 27,835 milioni di euro, con il 57% dei casi (62% dei valori) erogato da strutture private accreditate. Le Regioni che assorbono la maggiore mobilità di casi nell'anno 2020 sono risultate essere: l'Abruzzo, il Lazio, la Puglia e la Campania. Tuttavia, i valori di mobilità passiva verso le regioni Emilia-Romagna e Lombardia, per l'anno 2020, risultano più elevati del valore della Campania, come anche negli anni 2018 e 2019.

Tabella – Mobilità passiva (2018 – 2020)

	CASI			VALORI		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
ABRUZZO	2.884	2.961	2.164	10.569.962	10.343.080	7.542.355
PUBBLICO	73%	74%	72%	67%	67%	64%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	27%	26%	28%	33%	33%	36%
LAZIO	2.563	2.382	1.706	8.359.155	7.579.154	5.367.218
PUBBLICO	23%	19%	16%	23%	22%	22%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	77%	81%	82%	77%	78%	78%
PUGLIA	1.149	1.128	729	4.313.066	5.034.398	3.557.201
PUBBLICO	15%	15%	14%	12%	13%	11%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	85%	85%	86%	88%	87%	89%
CAMPANIA	906	845	658	2.574.872	2.664.856	2.268.635
PUBBLICO	51%	53%	49%	47%	46%	39%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	49%	47%	51%	53%	54%	61%
EMILIA ROMAGNA	874	898	588	3.810.280	3.593.745	2.781.662
PUBBLICO	50%	47%	45%	48%	44%	43%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	50%	53%	55%	52%	56%	57%
LOMBARDIA	706	785	426	4.307.533	4.689.138	2.508.628
PUBBLICO	20%	20%	19%	17%	16%	12%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	80%	80%	81%	83%	84%	88%
Altre regioni	1.128	1.120	796	4.699.588	4.462.693	3.808.957
PUBBLICO	56%	53%	54%	55%	46%	45%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	44%	47%	46%	45%	54%	55%
Totale complessivo	10.270	10.119	7.067	38.634.455	38.367.063	27.834.656
PUBBLICO	45%	44%	43%	41%	39%	38%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	55%	56%	57%	59%	61%	62%

I dati di mobilità attiva e passiva nel triennio 2018 – 2020, suddivisi per tipologia di mobilità, sono descritti nella tabella successiva. Con riferimento ai valori di mobilità attiva, si segnala che la mobilità evitabile nel triennio rappresenta in media il 54% del totale. Complessivamente, la mobilità attiva nel triennio è attribuibile principalmente a DRG ad alta complessità (41%-42%) e a ricoveri di bassa e media complessità (Altra mobilità - non di prossimità; 36%-39%).

Per quanto riguarda la mobilità passiva, si segnala che la mobilità evitabile nel triennio mostra valori percentuali che oscillano tra il 66% e il 69%. Complessivamente, anche la mobilità passiva è dovuta principalmente a ricoveri di bassa e media complessità (Altra mobilità – non prossimità; 48%-51%) e a ricoveri con DRG ad alta complessità (30%-33%).

Tabella – Valore di mobilità attiva e passiva per tipologia (triennio 2018-2020)

		2018		2019		2020	
		Mobilità attiva	Mobilità passiva	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Mobilità attiva	Mobilità passiva
Mobilità accettabile	DRG Alta Complessità	22.663.918	12.779.038	21.023.710	11.369.898	19.289.255	9.104.969
	% su totale complessivo	41%	33%	41%	30%	42%	33%
	Mobilità di prossimità accettabile	3.040.859	5.116.855	2.029.551	664.613	1.797.389	473.231
	%su totale complessivo	6%	1%	4%	2%	4%	2%
Mobilità evitabile	Mobilità di prossimità accettabile	7.651.320	4.036.819	7.464.880	4.215.298	6.069.254	2.891.502
	%su totale complessivo	14%	10%	14%	11%	13%	10%
	Inappropriata	1.918.630	2.755.683	1.608.080	2.552.473	1.153.445	1.713.802
	%su totale complessivo	3%	7%	3%	7%	3%	6%
	Altra Mobilità - non prossimità	19.738.572	18.551.230	19.426.141	19.564.781	17.787.747	13.651.152
	%su totale complessivo	36%	48%	38%	51%	39%	49%
Totale complessivo	55.013.299	38.634.455	51.552.363	38.367.063	46.097.089	27.834.656	
Totale Mobilità accettabile	25.704.776	13.290.723	23.053.261	12.034.511	21.086.643	9.578.200	
Mobilità accettabile(%)	47%	34%	45%	31%	46%	34%	
Totale mobilità evitabile	29.308.522	25.343.732	28.499.102	26.332.552	25.010.446	18.256.456	
Mobilità evitabile (%)	53%	66%	55%	69%	54%	66%	

In termini di casi, nel triennio la mobilità evitabile rappresenta circa l'80% della mobilità attiva e circa l'87% della mobilità passiva. Complessivamente i ricoveri di bassa e media complessità (Altra mobilità – non prossimità; 47%-49%) e la mobilità di prossimità non accettabile (21%-22%) rappresentano le principali tipologie della mobilità attiva. Nel caso della mobilità passiva la principale tipologia è rappresentata dai ricoveri di bassa e media complessità (Altra mobilità – non prossimità; 60%).

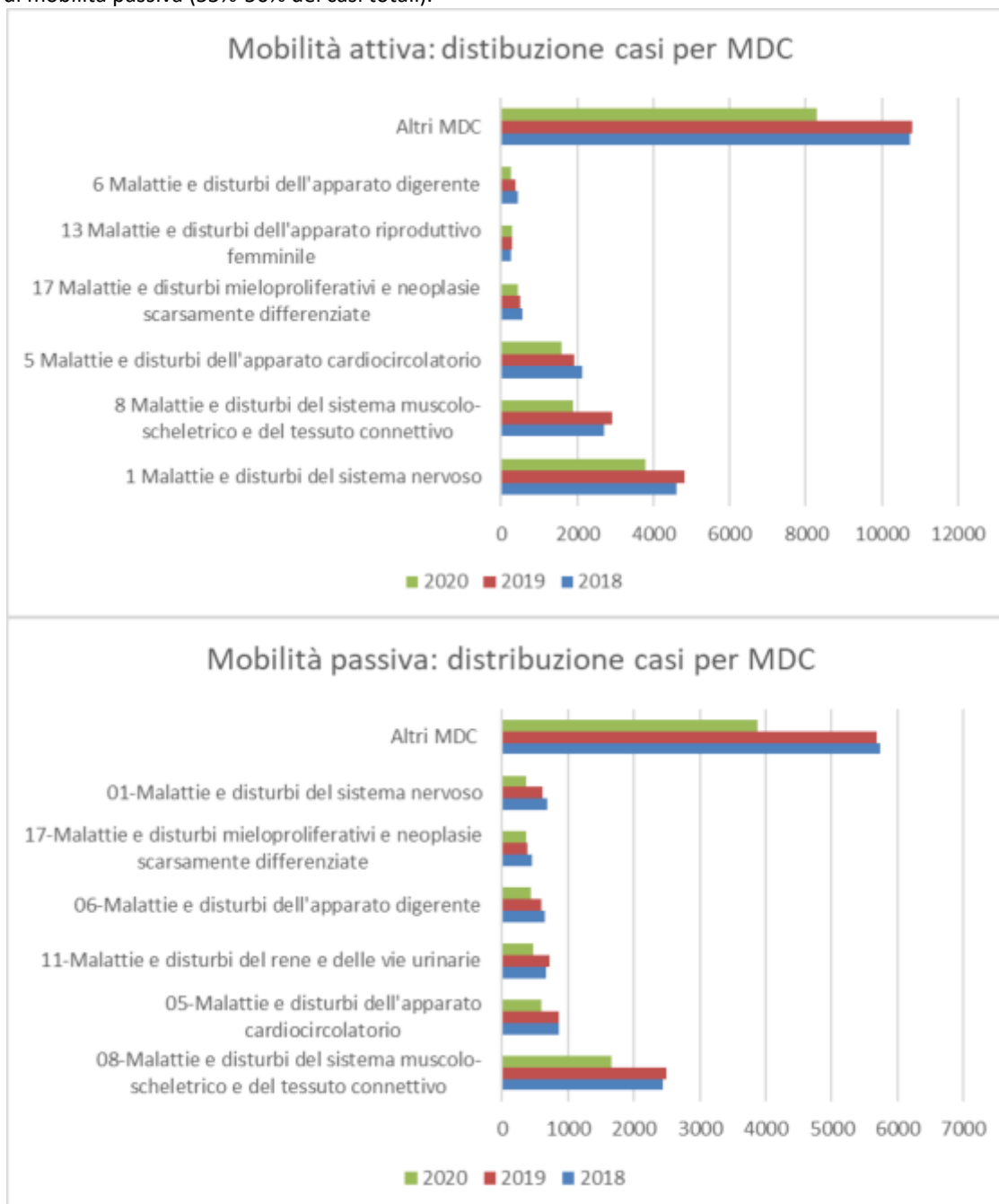
Tabella – Casi di mobilità attiva e passiva per tipologia (triennio 2018-2020)

		2018		2019		2020	
		Mobilità attiva	Mobilità passiva	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Mobilità attiva	Mobilità passiva
Mobilità accettabile	DRG Alta Complessità	1.767	1.186	1.975	1.021	1.470	799
	% su totale complessivo	13%	12%	15%	10%	10%	11%
	Mobilità di prossimità accettabile	888	197	601	225	538	141
	%su totale complessivo	7%	2%	5%	2%	6%	2%
Mobilità evitabile	Mobilità di prossimità accettabile	2.915	1.248	2.786	1.331	2.037	946
	%su totale complessivo	22%	12%	21%	13%	21%	13%
	Inappropriata	1.519	1.528	1.264	1.432	892	935
	%su totale complessivo	11%	15%	10%	14%	9%	13%
	Altra Mobilità - non prossimità	6.239	6.111	6.333	6.110	4.777	4.246
	%su totale complessivo	47%	60%	49%	60%	49%	60%
Totale complessivo	13.328	10.270	12.959	10.119	9.714	7.067	
Totale Mobilità accettabile	2.655	1.383	2.576	1.246	2.008	940	
Mobilità accettabile(%)	20%	13%	20%	12%	21%	13%	
Totale mobilità evitabile	10.673	8.887	10.383	8.873	7.706	6.127	
Mobilità evitabile (%)	80%	87%	80%	88%	79%	87%	

Analizzando i flussi di mobilità attiva e passiva per MDC, è emerso che i primi 6 MDC di mobilità attiva (80%-85% dei casi totali) sono 01 – malattie e disturbi del sistema nervoso (35%-39%), 08 – Malattie e disturbi del sistema muscolo



scheletrico e del tessuto connettivo (19%-22%), 05 – Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (15%-16%), 17 – Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate (4%-5%), 13 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile (2%-3%) e 06 – Malattie e disturbi dell'apparato digerente (3%). Al netto dell'MDC 13 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile, gli MDC appena descritti risultano essere anche tra i primi 6 MDC di mobilità passiva (55%-56% dei casi totali).



7.1 Budget

In materia di determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività degli erogatori privati accreditati l'Amministrazione regionale, per il triennio 2022/2024, non può prescindere dal temperare le scelte in materia di definizione dei servizi sanitari con le effettive disponibilità finanziarie. Dunque, a garanzia del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario in sede di programmazione sanitaria, appare necessario proseguire nelle azioni volte a garantire, da una parte, l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e, dall'altra, l'efficientamento nell'uso delle risorse pubbliche.



È ragionevole operare il necessario raccordo tra l'imprescindibile tutela del diritto alla salute e l'esigenza di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria, posto che la Corte Costituzionale ricorda che il diritto alla salute è un diritto finanziariamente condizionato.

Conseguentemente, alla riorganizzazione delle politiche regionali di assegnazione dei budget e di fissazione dei livelli massimi di finanziamento dovrà necessariamente tener conto dei seguenti obiettivi:

- ottimizzare la spesa sanitaria;
- aumentare la capacità produttiva attraverso l'efficientamento nell'uso delle risorse pubbliche;
- ricondurre, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, le prestazioni sanitarie, erogate con oneri a carico del servizio sanitario regionale, ad un regime di erogazione più appropriato, nel rispetto della sicurezza del paziente e degli operatori;
- ottimizzare il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero per abitante per garantire il soddisfacimento del fabbisogno di salute.

Il sistema di determinazione dei tetti di spesa degli erogatori privati accreditati sarà fondato, pertanto, sui seguenti criteri generali:

- tutti gli erogatori privati devono concorrere all'ottimizzazione dell'offerta complessiva regionale orientando la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e agli effettivi bisogni dei cittadini, nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per le diverse classi di priorità delle prestazioni;
- determinazione di tetti di spesa predefiniti che consentano di non superare il limite massimo di spesa programmato e sostenibile per l'assistenza sanitaria sia per residenti che per non residenti;
- appropriatezza clinica delle prestazioni erogate dal sistema sanitario, intesa sia qualitativamente che quantitativamente ed in relazione all'uso economico ed efficiente di tutte le risorse, indirizzando le risorse prioritariamente al soddisfacimento del fabbisogno di salute della popolazione residente nella Regione Molise e verso le branche specialistiche più in sofferenza, aumentando la capacità produttiva e assicurando nel contempo la sostenibilità del sistema;
- il rispetto dell'equilibrio di bilancio e del contenimento della spesa pubblica, anche alla luce della rideterminazione delle risorse economiche disponibili che richiede di utilizzare al meglio le potenzialità delle strutture pubbliche, rivedendo pertanto, in ossequio alle precitate ragioni di finanza pubblica e al principio solidaristico, l'offerta complessiva delle prestazioni offerte dai soggetti privati.

La rimodulazione e la riorganizzazione dell'intera offerta sanitaria regionale per il prossimo triennio, oltre a prevedere il potenziamento dell'offerta pubblica con il rafforzamento della dotazione organica e delle apparecchiature necessarie, contempla un riorientamento dell'acquisto di prestazioni da privato. In tale contesto risulta prioritario stipulare gli accordi bilaterali con le regioni interessate dai flussi di mobilità in entrata e in uscita dal Molise. Difatti, l'articolo 1, comma 576, della legge n. 208/2015 ha previsto l'obbligatorietà della sottoscrizione degli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con Intesa del 3 dicembre 2009. Inoltre, l'articolo 1, comma 492, della legge n. 178/2020 ha previsto che la sottoscrizione di tali Accordi costituirà, a decorrere dal 2022, adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale.

La Regione Molise, pertanto, in ottemperanza alla normativa vigente, provvederà ad avviare interlocuzioni con le Regioni per le quali si registra maggiore mobilità attiva e passiva partendo da quelle confinanti (Lazio, Campania, Puglia, Abruzzo), al fine di pervenire alla sottoscrizione degli accordi per la gestione del fenomeno della mobilità e la regolazione delle relative prestazioni.

La sottoscrizione di tali Accordi riveste una importanza strategica per la regione e consentirà, con particolare riferimento agli erogatori privati accreditati a gestione diretta, tra l'altro di:

- programmare ex ante i tetti annuali massimi di finanziamento degli scambi in mobilità;
- definire criteri di remunerazione delle attività erogate in mobilità che promuovano la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e penalizzino/riducano eventuali comportamenti inappropriati;
- definire e condividere programmi di monitoraggio e controllo dell'attività effettuata, con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni erogate, al fine di pervenire ad un miglioramento dell'efficienza



e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi, nelle more della definizione, da parte del Comitato LEA, delle linee guida e del set di indicatori, previsti dall'articolo 1, comma 492, della legge n. 178/2020 e finalizzati ad armonizzare i sistemi di controllo di appropriatezza degli erogatori accreditati;

- governare il fenomeno della mobilità attiva e passiva.

Le competenze specialistiche e le risorse di offerta del privato, in questo nuovo modello, dovranno essere coordinate con l'offerta pubblica, soprattutto in considerazione dei nuovi punti fisici di erogazione e dei nuovi strumenti processuali e *setting* ritenuti prioritari dalla Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per la bassa e media complessità (Case e Ospedali di Comunità, ADI e Centrali Operative Territoriali).

L'aumento nella Regione Molise, nel corso degli ultimi anni, del numero di pazienti affetti da patologie oncologiche che necessitano di terapie "cd. salvavita" quali la radioterapia, e la necessità di soddisfare la totalità delle richieste di prestazioni in favore dei pazienti dializzati, richiedono, da parte della programmazione regionale, trattandosi di prestazioni indispensabili e incomprimibili, una diversa quantificazione e budgetizzazione al fine di evitare il rischio di interruzioni nell'erogazione delle stesse a nocimento dei cittadini.

È intento, pertanto, salvaguardare l'erogazione delle predette prestazioni, determinando, sulla base della produzione dell'ultimo triennio, il valore del budget destinato a coprire l'acquisto di prestazioni di radioterapia e di dialisi in favore dei pazienti residenti e non residenti e destinando, in deroga al budget stimato e all'applicazione del tetto finanziario previsto dal D.L. 95/2012 (*spending review*), un importo a copertura delle prestazioni eventualmente occorrenti eccedenti il budget stimato, in misura pari al differenziale tra quanto effettivamente prodotto dalle strutture private eroganti le predette prestazioni nell'anno 2011 ed il valore della produzione nell'anno 2021. Per le prestazioni afferenti le altre tipologie assistenziali (riabilitazione, socio-sanitario, dipendenze, ecc.) i tetti di spesa saranno determinati sulla base della programmazione della rete territoriale e dei fabbisogni di salute della popolazione residente in applicazione dei contenuti del DM 77/2022 ed in sinergia con le azioni previste nella Missione 6 - Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per la bassa e media complessità.

La programmazione triennale, tenuto conto delle osservazioni emerse dai Tavoli di Verifica e delle considerazioni sin qui esposte, intende riconfigurare il complessivo rapporto con gli erogatori privati in una logica di leale collaborazione, tesa all'eliminazione dell'elevato contenzioso esistente nell'interesse prioritario dei cittadini, raggiungendo e realizzando la giusta sinergia rappresentata nelle normative nazionali e regionali in materia.

I livelli massimi di finanziamento per il triennio di programmazione tengono conto, a partire dal 2022, della distribuzione territoriale delle risorse e della localizzazione delle strutture private nell'ambito dell'organizzazione sanitaria regionale al fine di riequilibrare, nei limiti delle risorse disponibili, i budget destinati all'acquisto di prestazioni rispetto agli ambiti territoriali e alle liste d'attesa.

In analogia con quanto disposto dai precedenti provvedimenti in materia, i tetti di spesa sono comprensivi della quota di compartecipazione alla spesa (c.d. ticket) che deve pertanto intendersi come mero acconto di pagamento da recuperarsi con la prima fatturazione utile.

Al fine di realizzare la completa integrazione pubblico-privato, rendendo il cittadino consapevole della complessiva offerta sanitaria regionale, l'utilizzo del sistema CUP regionale da parte degli erogatori privati tramite inserimento delle relative agende di prenotazione è vincolante al fine dell'utilizzo, da parte di ciascun Erogatore privato, dei tetti di spesa assegnati.

Pertanto, i principi ispiratori della determinazione dei budget per il triennio saranno i seguenti:

- ripartire le risorse finanziarie disponibili in modo da potenziare le prestazioni a favore dei pazienti regionali anche al fine di ridurre la mobilità passiva di "prossimità";
- garantire le prestazioni cd. "salvavita" (radioterapia, dialisi, ecc.) individuando un *budget* specifico e differenziato da quello previsto per le altre prestazioni sanitarie, proporzionato al fabbisogno così come risultante dalla produzione dell'ultimo triennio;
- definire in un unico provvedimento i budget sia per le strutture contrattualizzate dalla Regione che per quelle contrattualizzate dall'A.S.Re.M.

Il tetto di spesa per l'anno 2022 è stato definito pari ad € 101.090.781 di cui: € 48.521.973, per prestazioni regionali; € 52.568.807, per prestazioni extraregionali. Il tetto così definito è comprensivo sia di prestazioni di ricovero ospedaliero che di prestazioni di specialistica ambulatoriale, ivi comprese le prestazioni cosiddette "salvavita", ossia le prestazioni ambulatoriali di dialisi e radioterapia, nonché i ricoveri d'urgenza disposti dai PP.SS. dei presidi ospedalieri regionali nelle strutture accreditate del Gemelli Molise S.p.A. e dell'IRCSS Neuromed per prestazioni indifferibili non erogabili presso strutture pubbliche regionali.



	Residenti	Fuori Regione	Totale
Assistenza Ospedaliera	32.426.155	34.457.669	66.883.824
Assistenza Specialistica	16.095.818	18.111.139	34.206.957
Totale Assistenza Ospedaliera e Specialistica	48.521.973	52.568.807	101.090.781

Le azioni previste nel triennio saranno pertanto rivolte a:

- determinare l'assorbimento di parte della mobilità passiva extra-regionale attraverso le Strutture del SSR, pubbliche e private;
- riequilibrare le reti regionali clinico ospedaliere pubbliche e private, evitando sovrapposizioni e inefficienti ridondanze nell'offerta anche attraverso l'utilizzo delle politiche di accreditamento;
- migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderenza a quanto disciplinato dal DM 70/2015;
- definire i budget per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e territoriali nel pieno rispetto delle indicazioni e dei limiti previsti dalla normativa di riferimento
- individuare ulteriori criteri di valorizzazione dei budget delle prestazioni ospedaliere, basato sull'analisi dei volumi di produzione di almeno un triennio per ogni struttura e sulla loro valutazione;
- potenziare l'offerta assistenziale sul territorio

7.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 7.1.1 Definizione limiti massimi di finanziamento per acquisto prestazioni da privato

Azione 7.1.1.1 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2022

Indicatore 7.1.1.1.1 DCA di assegnazione

Azione 7.1.1.2 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2023

Indicatore 7.1.1.2 DCA di assegnazione

Azione 7.1.1.3 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2024

Indicatore 7.1.1.3 DCA di assegnazione

Obiettivo 7.1.2 Stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità

Azione 7.1.2.1 Stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità

Indicatore 7.1.2.1 Accordo Bilaterale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
7.1.1 Fissazione dei livelli massimi di finanziamento annualità 2022-2024	7.1.1.1 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2022	30/09/2022	DCA di assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'anno 2022	Si/no		
	7.1.1.2 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2023	31/12/2022	DCA di assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'anno 2023	Si/no		



	7.1.1.3 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2024	31/12/2023	DCA di assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'anno 2024	Si/no		
7.1.2 Stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità	7.1.2.1 Stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità	30/06/2023	Accordo Bilaterale	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Livelli Massimi di Finanziamento e dell'Integrazione Sociosanitaria DG A.S.Re.M						

7.2 Contratti

La struttura commissariale, nell'attuale composizione, ha dovuto affrontare la problematica concernente l'omessa stipulazione da parte di alcuni soggetti accreditati dei contratti ex art. 8 quinquies del d.lgs. n. 502 del 1992 nel triennio 2019 – 2021.

L'ultimo triennio è stato caratterizzato da un elevato contenzioso che ha riguardato alcune strutture con le quali non sono ancora state completate le procedure di sottoscrizione degli accordi contrattuali relative, appunto, al triennio considerato.

Per l'anno 2019 i DD.CC.AA nn. 10 e 11 del 5 febbraio 2020 sono stati impugnati da diverse Strutture e sono stati annullati, limitatamente alla parte in cui avevano modificato retroattivamente la remunerazione sia delle prestazioni erogate in favore di pazienti extraregionali eccedenti il budget autorizzato ove riconosciute e liquidate alla Regione Molise in sede di compensazione intraregionale, sia delle prestazioni ospedaliere integrative di alta specialità regionale ed extraregionale ritenendo viceversa legittimo l'operato della Regione nella parte in cui aveva fissato il budget annuale per le restanti prestazioni. La Regione ha proposto appello alle Sentenze n. 99/2021, 100/2021, 101/2021, 85/2021, 95/2021, 93/2021, 94/2021, 97/2021 e 92/2021.

Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con parere acquisito agli atti della Regione Molise con prot. n. 47855 del 14 marzo 2022 rappresentava *“che possano essere riconosciute ai privati accreditati le prestazioni rese in mobilità sanitaria extraregionale inserite nel Riparto delle disponibilità finanziarie per l'anno 2021 nel limite di quanto effettivamente liquidato alla Regione Molise”*, subordinando l'effettivo pagamento alla sottoscrizione del contratto relativo all'anno 2019 e all'emissione delle note di credito relative a prestazioni fatturate e non rientranti tra quelle liquidate in sede di riparto e quelle eccedenti il budget assegnato con il DCA n. 10 del 2020.

In aderenza agli indirizzi ministeriali la nuova Struttura Commissariale con il DCA n. 18 del 28 aprile 2022, recante *“Annullamento parziale in sede giurisdizionale del dca n. 10 e del dca n. 11 del 5 febbraio 2020. Provvedimenti consequenziali”*, ha stabilito di riconoscere alle strutture che avevano ottenuto in sede giurisdizionale l'annullamento dei DD.CC.AA. n. 10 e 11 del 2020, le prestazioni rese a favore dei pazienti di altre regioni in misura eccedente quella fissata nei budget definiti con le disposizioni indicate nel DCA n. 10 del 2020, limitatamente alle sole prestazioni riconosciute e liquidate alla Regione Molise in sede di compensazione intraregionale, previa sottoscrizione dello schema di contratto adottato e dell'emissione delle note di credito relative alle prestazioni fatturate oltre il budget e non riconosciute con il medesimo DCA n. 18/2022.

Successivamente all'adozione del DCA n. 18/2022 il Consiglio di Stato ha rigettato tutti i motivi di appello proposti dalle amministrazioni avverso le sentenze del TAR che avevano annullato parzialmente i DD.CC.AA. n. 10 e 11 del 2020, ad eccezione di quello relativo alla possibilità di includere gli interventi salvavita nell'ambito di un budget predefinito.

Anche il DCA n. 18/2022 è stato oggetto di impugnazione da parte delle medesime strutture che avevano già impugnato gli originari DD.CC.AA. n. 10 e 11 del 2020. Ad oggi l'IRCSS Neuromed, nonostante la proposta impugnativa, ha comunque sottoscritto il relativo schema contrattuale.

Anche per l'anno 2020 e 2021 i Decreti di determinazione dei tetti di spesa sono stati oggetto di impugnativa innanzi al TAR Molise da parte delle medesime strutture. L'autorità giurisdizionale, nel decidere nel merito i giudizi n.r.g. 352/2020 (Neuromed), n.r.g. 348/2020 (Gemelli) e n.r.g. 143/2020 (Gea Medica), con le sentenze n. 462/2021, n. 458/2021 e n. 465/2021, rigettava alcuni dei ricorsi avverso i DCA nn. 56/2020 e 60/2020, relativi ai tetti di spesa 2020, ritenendo legittimi i provvedimenti adottati dalla struttura commissariale.



Con il DCA n. 17 del 28 aprile 2022 recante “Attuazione DDCCAA nn. 56/2020, 60/2020 e 108/2021. determinazioni”, la nuova Struttura Commissariale, al fine di consentire la sottoscrizione dei contratti, ha provveduto ad adeguare il loro contenuto ai principi sanciti dal TAR Molise con la sentenza n. 296/2026 e con l’ordinanza n. 17 dell’11 febbraio 2022, stante anche la pendenza dell’appello avverso le altre ordinanze cautelari che, differenziandosi da quest’ultima, avevano rigettato l’istanza di sospensione della clausola di salvaguardia contenuta all’art. 12 dello schema di contratto adottato, e a demandare al Direttore Generale della Salute e al Direttore Generale dell’ASREM la sottoscrizione dei relativi contratti con le strutture private.

Il DCA n. 17 del 28 aprile 2022 è stato oggetto di impugnazione innanzi al TAR Molise da parte delle medesime strutture che avevano originariamente impugnato i DDCCAA nn. 56/2020, 60/2020 e 108/2021. Di tali strutture solo due hanno sottoscritto il relativo contratto.

L’individuazione del fabbisogno e il definitivo assetto della rete ospedaliera complessiva, unitamente al rinnovato processo di valutazione dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi per l’accreditamento istituzionale, consentiranno la stipula degli accordi contrattuali e dei contratti per il biennio 2022-2024.

Nello specifico si procederà a:

- Individuare vincoli di budget che incentivino l’appropriatezza non solo organizzativa ma anche clinica nell’erogazione delle prestazioni sanitarie;
- stipulare, entro l’anno in corso, i relativi contratti di erogazione anno 2022 con le strutture private per evitare l’incertezza derivante dall’assenza di contratto ed a procedere alla definizione dei livelli massimi di spesa anni 2023/2024 entro il 31 dicembre del corrente anno, al fine di procedere alla stipula dei relativi accordi entro il primo bimestre 2023;
- attivare le procedure volte alla sospensione dell’accreditamento per le Strutture che non procederanno alla stipula degli accordi contrattuali proposti;
- concludere le trattative per la stipula degli accordi di confine.

Si stabilisce, inoltre, per il triennio di operatività del presente Programma Operativo che:

- i budget per l’acquisto di prestazioni ospedaliere e territoriali per gli anni 2022/2024 rispettino le indicazioni e i limiti previsti dalla Legge n°135/2012 “Spending Review” e ss.mm.ii;
- gli importi definiti nei budget e nei tetti siano al lordo delle compartecipazioni e del ticket sanitario;
- gli accordi contrattuali contengano in allegato il piano delle prestazioni;
- il tetto di remunerazione sia stabilito come invalicabile, sia per le prestazioni rese ai residenti in Molise, sia in favore di residenti in altre regioni;
- le tariffe, che moltiplicate per il numero di prestazioni effettuate determineranno il tetto di remunerazione della struttura, siano quelle lorde comprensive di compartecipazione dei cittadini;
- le compartecipazioni direttamente riscosse dalle strutture accreditate siano contabilizzate come pagamento in acconto sul fatturato complessivo delle prestazioni.

7.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 7.2.1 Stipula degli accordi contrattuali e dei contratti per il biennio 2022-2024

Azione 7.2.1.1 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2022

Indicatore 7.2.1.1 Atto ASReM/Direzione Generale per la Salute

Azione 7.2.1.2 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anni 2023/2024

Indicatore 7.2.1.2 Atto ASReM/Direzione Generale per la Salute

Azione 7.2.1.3 Attivazione delle procedure volte alla sospensione dell’accreditamento per le Strutture che non procederanno alla stipula degli accordi contrattuali proposti

Indicatore 7.2.1.3 DCA



Azione 7.2.1.4 Conclusione delle trattative per la stipula degli accordi di confine
Indicatore 7.2.1.4 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
7.2.1 Stipula degli accordi contrattuali e dei contratti per il biennio 2022-2024	7.2.1.1 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2022	31/12/2022	Atto ASReM/Direzione Generale	Si/no		
	7.2.1.2 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anni 2023/2024	31/03/2023	Atto ASReM/Direzione Generale	Si/no		
	7.2.1.3 Attivazione delle procedure volte alla sospensione dell'accreditamento per le Strutture che non procederanno alla stipula degli accordi contrattuali proposti	31/03/2023	DCA			
	7.2.1.4 Conclusione delle trattative per la stipula degli accordi di confine	30/06/2023	DCA			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Livelli Massimi di Finanziamento e dell'Integrazione Sociosanitaria DG A.S.Re.M						

7.3 Tariffe per tutte le tipologie di assistenza

Il sistema di remunerazione attualmente in uso è fondato su un modello di tipo prospettico, basato su tariffe per prestazione fissate preventivamente.

Le prestazioni sanitarie per cui sono determinate le tariffe sono definite, a livello nazionale, per ciascuna categoria di attività assistenziale, al fine di garantirne l'omogeneità e la connessa portabilità dei diritti di assistenza quali:

- Nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale
- Nomenclatore protesi
- Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti e non acuti (sistema DRG)

Le tariffe sono definite in base a criteri nazionali che impongono il legame delle tariffe con i costi per produrre le prestazioni secondo modalità efficienti ed appropriate ed il rispetto dei vincoli dettati dai livelli di finanziamento complessivo.

Oltre alle tariffe, poiché non tutte le attività sanitarie prodotte ed erogate dalle strutture sanitarie sono riconducibili a prestazioni tariffabili singolarmente, il sistema di remunerazione prevede un secondo elemento costituito dalle cosiddette **funzioni assistenziali** (cfr. paragrafo Remunerazione delle funzioni assistenziali), remunerate sulla base del costo standard del corrispondente programma di assistenza.

L'attuale sistema regionale è disciplinato dai seguenti atti:

DCA	Anno	Data	Oggetto
-----	------	------	---------



6	2009	09/12/2009	P.O. di rientro 2007/2008/2009 - Obiettivo specifico 13 e 14 - obiettivo operativo 13.1 e 14.2. Adempimenti LEA 2008. Adozione provvedimenti per promuovere il passaggio dell'erogazione dal regime ospedaliero al regime ambulatoriale. Linee guida per l'istituzione del day service misure di qualificazione e potenziamento dell'attività ambulatoriale con l'introduzione degli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali Chirurgiche (APAc) e dei pacchetti Ambulatoriali Complessi Diagnostici e Terapeutici (PACd). Introduzione nel nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale degli accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APAc) per la "liberazione del tunnel carpale" e per l'"intervento di facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta ed inserzione di cristallino artificiale intraoculare"
48	2010	02/07/2010	Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Ricovero Ospedaliero (D.R.G.)
17	2011	31/05/2011	Definizione tariffe Day-Hospice da applicare nei centri residenziali delle Cure Palliative- Hospice della Regione Molise
18	2011	31/05/2011	Livello di assistenza della specialistica ambulatoriale. Integrazione al Nomenclatore tariffario regionale (Decreto del Commissario ad acta n. 48 del 02/07/2010)
83	2011	26/09/2011	Istituzione della "Chirurgia Ambulatoriale Complessa" (Branca 80). Classificazione delle prestazioni e Tariffazione. Linee guida e modalità applicative.
109	2011	22/12/2011	Integrazione del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (D.M. 22 luglio 1996) con inserimenti, adeguamenti e tariffazione di prestazioni innovative. Abrogazione Decreto del Commissario ad acta n. 18 del 31/05/2011.
9	2012	22/03/2012	Decreto n. 109 del 22/12/2011 "Integrazione del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza della specialistica ambulatoriale (D.M. 22 luglio 1996) con inserimenti, adeguamenti e tariffazione di prestazioni innovative. Abrogazione decreto del commissario ad acta n. 18 del 31/05/2011". Rettifica ed integrazioni
26	2012	31/05/2012	Revoca dei DCA n. 11 e 86 del 2011. Nuova approvazione delle tariffe per fascia di assistenza, delle Linee Guida e Regolamentari di ammissione degli assistiti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali pubbliche e private della Regione Molise
32	2012	18/07/2012	Decreto del Commissario ad acta n. 48 del 02/07/2010 "Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Ricovero Ospedaliero (D.R.G.)". Sentenza TAR Molise n. 152/2012 Reg.Prov.Coll.. Annullamento DCA n. 48/2010 - Determinazioni conseguenti. Disciplina intertemporale.
19	2013	27/06/2013	Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di ricovero ospedaliero (Vedi anche errata corrige del 22/07/2013)
33	2014	10/10/2014	Fasce di remunerazione delle prestazioni ospedaliere: aggiornamento delle tariffe regionali transitorie per le strutture di fascia B
31	2015	08/06/2015	Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della Regione Molise
54	2015	22/09/2015	Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della Regione Molise: integrazione della prestazione "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche anche per via ipodermica, intramuscolare, endovenosa"
33	2016	26/05/2016	Appropriatezza nella erogazione delle prestazioni di medicina di laboratorio - Introduzione dell'algoritmo diagnostico della funzione tiroidea: il TSH Reflex - Direttiva Regionale. Introduzione nel Nomenclatore Tariffario Regionale per la specialistica ambulatoriale (D.C.A. n. 31/2015) dell'esame TSH-Reflex, del codice e della relativa tariffa.
57	2020	08/10/2020	DPCM 12 gennaio 2017. Definizione tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili. Tariffe annualità 2020. Determinazioni.
81	2020	26/11/2020	Tariffario Unico Regionale dei compensi delle prestazioni rese nell'esclusivo interesse dei privati dai sanitari dipendenti dai Servizi ed Unità operative del Dipartimento Unico di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise - Aggiornamento e Revisione.
1	2022	24/01/2022	Tariffa pro capite giornaliera per le prestazioni sociosanitarie erogate in regime residenziale dalle comunità terapeutiche di tipo pedagogico-riabilitativo a persone con problemi di tossicodipendenza
14	2022	28/04/2022	Regolamento regionale n1/2004 "Regolamento applicativo della legge regionale n.30/2002, ai sensi dell'art. 13, comma 1.a" - definizione delle tariffe minima e massima pro capite pro die per le prestazioni riabilitative e territoriali erogate ai malati psichiatrici dai centri diurni afferenti alla rete della salute mentale – Provvedimenti.
21	2022	13/05/2022	Tariffa pro capite pro die per le prestazioni sociosanitarie a persone con problemi di tossicodipendenza erogate in regime residenziale dalle comunità terapeutico-riabilitative regionali

A livello nazionale, si è avviato un percorso per la definizione del cd. "Decreto Tariffe" concernente la definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica.

Il Decreto, attraverso la Commissione Permanente (art. 8-sexies, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, art. 9 del Patto per la salute 2014-2016), composta da sottogruppi specifici per:

- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza protesica
- assistenza ospedaliera post-acuzie riabilitativa e di lungodegenza
- assistenza ospedaliera in acuzie
- funzioni e regole del sistema di remunerazione



si pone l'obiettivo di ridefinire le tariffe su scala nazionale e, più nello specifico, di:

- aggiornare e mantenere le tariffe massime di riferimento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione, di lungodegenza post-acuzie, di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica;
- individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima;
- definire regole e criteri di remunerazione dei servizi di telemedicina e televisita.

La Regione Molise ha dunque la necessità di aggiornare il proprio sistema delle tariffe al fine di stabilire il livello tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale previste nell'allegato 4 del DPCM LEA del 12 gennaio 2017⁷, e delle voci del nomenclatore dell'assistenza protesica previste dall'elenco 1 dell'allegato 5 del DPCM LEA del 12 gennaio 2017.

Infatti, il percorso di perfezionamento del DPCM LEA è strettamente correlato alla definizione delle tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica.

Dunque, nel prossimo triennio di programmazione, la Regione Molise aggiornerà il proprio sistema tariffario, articolandolo in classi tariffarie di strutture abbinato secondo le caratteristiche organizzative e di attività verificate in sede di accreditamento.

In considerazione del regime di piano di rientro e di Commissariamento in cui la Regione Molise è sottoposta, le tariffe scaturenti dal Decreto in fase di approvazione saranno recepite e adottate senza alcuna modificazione, valorizzando i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari per erogare le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Al fine poi di dare risposte più appropriate al bisogno di salute espresso dalla popolazione molisana, la Regione Molise nel prossimo triennio di programmazione determinerà le tariffe ed i criteri di remunerazione per le tipologie assistenziali quali:

- assistenza per persone con disturbi del comportamento alimentare (DCA) e autismo;
- riabilitazione intensiva, estensiva e di mantenimento per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- assistenza domiciliare per le cure palliative;
- assistenza residenziale e domiciliare per cure palliative pediatriche;
- assistenza per prestazioni psichiatriche in gruppi appartamento;
- assistenza per prestazioni psichiatriche semiresidenziali per adolescenti;
- altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

7.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 7.3.1 Aggiornamento del sistema tariffario regionale

Azione 7.3.1.1 Recepimento del cd. Decreto Tariffe

Indicatore 7.3.1.1 DCA

Azione 7.3.1.2 Determinazione delle tariffe per l'assistenza socio-sanitaria

Indicatore 7.3.1.2 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
7.3.1 Aggiornamento del sistema tariffario regionale	7.3.1.1 Recepimento del cd. Decreto Tariffe	31/03/2023	DCA di Recepimento	Si/no		
	7.3.1.2 Determinazione delle tariffe per l'assistenza socio-sanitaria e riabilitativa	30/06/2023	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						

⁷ Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502



Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Livelli Massimi di Finanziamento e dell'Integrazione Sociosanitaria DG A.S.Re.M
--

7.4 Remunerazione delle funzioni assistenziali

Il d.lgs. n. 502/1992 (art. 8-sexies) prevede che la remunerazione delle strutture eroganti prestazioni sanitarie avvenga a tariffe predefinite per prestazioni e, per talune attività non coperte da tariffa, a funzioni assistenziali (cd. funzioni non tariffabili) remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza.

Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali (comma 2 dell'art. 8-sexies del d.lgs. 502/92):

- a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;
- b) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;
- c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;
- d) programmi di assistenza a malattie rare;
- e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con DPR 27 marzo 1992;
- f) programmi sperimentali di assistenza;
- g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.

Il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30% del limite di remunerazione assegnato (comma 1-bis dell'art. 8-sexies del d.lgs. 502/92) e va determinato nel rispetto del tetto di spesa previsto dal decreto-legge n. 95/2012 e s.m.i. per l'acquisto di prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere da privato accreditato e dell'equilibrio economico finanziario del SSR.

La regione Molise, nell'ambito della propria autonomia e discrezionalità, non ha previsto e non prevede la definizione delle funzioni assistenziali.

Resta ferma la necessità di definire specifici protocolli operativi per la gestione di eventuali emergenze nell'ambito delle reti tempo dipendenti.

7.5 Procedure di controllo delle prestazioni rese (appropriatezza, vincolo di budget, emissione note di credito, ecc)

La Regione Molise, in attuazione di quanto disposto dal DPCM 12 gennaio 2017⁸ e dalla normativa in materia, al fine di adeguare ai criteri di appropriatezza stabiliti dal Sistema regionale della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, nel triennio di programmazione 2022 – 2024, si pone l'obiettivo di indirizzare il sistema degli erogatori (pubblici e privati accreditati), attraverso il miglioramento del sistema regolatorio regionale, chiaro e agile, verso un percorso di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza in tutti i setting assistenziali.

Per una *governance* forte dell'ambito di responsabilità dei controlli in merito alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni erogate da tutti i produttori pubblici e privati accreditati, è necessario aggiornare e perfezionare quindi il sistema di controlli esterni, fornendo a tutti gli enti del Servizio Sanitario regionale linee guida omogenee e contestualizzate alle recenti normative per il controllo della qualità delle prestazioni sanitarie erogate dai produttori pubblici e privati accreditati, sia a livello di ambiti di responsabilità che di assegnazione di competenze e contenuti.

Nel sistema dei controlli, orientati tra l'altro alla verifica della congruità degli interventi effettuati e delle prestazioni rese al fine di evitare una moltiplicazione non appropriata delle prestazioni e le artificiose classificazioni della casistica di appartenenza del singolo intervento intese a far ricadere le prestazioni tra quelle più remunerative, compito determinante spetterà all'Azienda Sanitaria Regionale del Molise – A.S.Re.M.

⁸ Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502



La Regione Molise avrà la responsabilità della titolarità della funzione di pianificazione e vigilanza, effettuando attività di verifica dei controlli e consentendo il monitoraggio e la trasparenza delle azioni, anche da parte degli Erogatori privati accreditati, a tutela della qualità e dell'efficienza erogativa delle prestazioni sanitarie, a tutela della salute e delle risorse pubbliche.

Il Sistema dei controlli verifica, inoltre, la coerenza delle prestazioni erogate e il titolo di accreditamento per scongiurare fenomeni di incongruità, inappropriata e/o fenomeni opportunistici rilevanti, oltre che la rispondenza della produzione con i vincoli di budget (con le conseguenti richieste di eventuali note di credito da ricevere) finalizzate alla sistemazione contabile del procedimento.

Il riordino del sistema dei controlli si prefiggerà, tra l'altro, il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Individuare i fenomeni opportunistici correlati al sistema DRG attraverso la riduzione dei tempi di degenza, la frammentazione delle cure (ricoveri ripetuti), la selezione della casistica e la non corretta compilazione della SDO (diagnosi principale, complicanze e comorbidità, ecc.);
- Ridurre le quote di inappropriata organizzativa rilevando i ricoveri impropri;
- Migliorare ed uniformare la codifica utilizzata nel rispetto delle norme, effettuando analisi comparative tra i diversi erogatori su specifiche prestazioni;
- Promuovere la qualità della documentazione clinica;
- Assicurare la giusta ripartizione delle risorse tra i soggetti erogatori ed una più equa proporzionalità tra le prestazioni rese ed i costi delle stesse;
- Promuovere iniziative di formazione, aggiornamento e informazione in materia di controllo delle attività sanitarie.

Alla Regione Molise spetterà, inoltre, il compito della valutazione complessiva della Struttura erogatrice, al fine di verificare la permanenza delle condizioni per il mantenimento, la sospensione e/o la rimodulazione dell'accreditamento. La reingegnerizzazione dell'attività dei controlli avverrà anche tramite la predisposizione di un modello informatizzato in grado di garantire la tempestività dei controlli sugli erogatori, abbinandosi al consolidamento e all'armonizzazione delle attività di controllo, oltre che alla predisposizione puntuale di strumenti di valutazione dell'appropriatezza clinica delle prestazioni sanitarie (strumenti di clinical governance come audit clinico, verifica dell'adesione dei processi assistenziali ad eventuali Linee Guida e l'implementazione di un sistema di controllo delle attività territoriali attraverso la realizzazione di modalità operative di verifica e di sanzione).

Altro obiettivo in merito alle procedure di controllo delle prestazioni è sicuramente quello di garantire la periodicità dei controlli di appropriatezza. A questo si aggancia anche l'obiettivo di concludere i procedimenti delle annualità pregresse (ad oggi risultano da verificare le prestazioni per l'annualità 2021).

Verrà, infine, posta particolare attenzione sui controlli contabili, con particolare riferimento alla verifica del rispetto dei budget assegnati agli erogatori privati accreditati, alla coerenza tra budget, produzione e fatturazione e alla corretta e completa ricezione di tutte le note di credito, quando dovute.

Per tale ultimo aspetto, stante la reiterata mancata emissione delle note di credito da parte degli erogatori privati accreditati, si procederà all'avvio delle procedure sanzionatorie previste dal contratto per l'acquisto dalle strutture private operanti in regime di accreditamento di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, approvato con Decreto del Commissario ad acta n. 60 dell'8 ottobre 2020 che, all'articolo 6, comma 11, ha previsto come la mancata emissione delle note di credito da parte della struttura in caso di fatturazione eccedente il budget costituisca grave inadempimento e causa di risoluzione del contratto.

7.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 7.5.1 Indirizzare il sistema degli erogatori (pubblici e privati accreditati) attraverso il perfezionamento del sistema regolatorio regionale per tutti i setting assistenziali

Azione 7.5.1.1 Approvazione del Decreto del Commissario ad Acta di riordino del sistema dei controlli

Indicatore 7.5.1.1 DCA di riordino del sistema dei controlli



Obiettivo 7.5.2 Reingegnerizzare l'attività dei controlli tramite un modello informatizzato in grado di garantire la tempestività delle verifiche sugli erogatori

Azione 7.5.2.1 Realizzazione di un modello informatizzato per l'attività dei controlli-assistenza ospedaliera
Indicatore 7.5.2.1 Relazione

Azione 7.5.2.1 Realizzazione di un modello informatizzato per l'attività dei controlli-assistenza specialistica
Indicatore 7.5.2.1 Relazione

Obiettivo 7.5.3 Predisposizione puntuale di strumenti di valutazione dell'appropriatezza clinica delle prestazioni sanitarie (ospedaliere e territoriali) attraverso strumenti di clinical governance

Azione 7.5.3.1 Introduzione di strumenti di clinical governance
Indicatore 7.5.3.1 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
7.5.1 Indirizzare il sistema degli erogatori (pubblici e privati accreditati) attraverso il perfezionamento del sistema regolatorio regionale per tutti i setting assistenziali	7.5.1.1 Approvazione del Decreto del Commissario ad Acta di riordino del sistema dei controlli	31/12/2022	DCA di riordino del sistema dei controlli	Si/no		
7.5.2 Reingegnerizzare l'attività dei controlli tramite un modello informatizzato in grado di garantire la tempestività delle verifiche sugli erogatori	7.5.2.1 Realizzazione di un modello informatizzato per l'attività dei controlli-assistenza ospedaliera	30/06/2023	Relazione	Si/no		
	7.5.2.2 Realizzazione di un modello informatizzato per l'attività dei controlli-assistenza specialistica	31/12/2023	Relazione	Si/no		
7.5.3 Predisposizione puntuale di strumenti di valutazione dell'appropriatezza clinica delle prestazioni sanitarie (ospedaliere e territoriali) attraverso strumenti di clinical governance	7.5.3.1 Introduzione di strumenti di clinical governance	30/06/2024	DCA			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Livelli Massimi di Finanziamento e dell'Integrazione Sociosanitaria						
DG A.S.Re.M UO Committenza A.S.Re.M UOSD Nucleo Ispettivo e Controllo Esterno A.S.Re.M						



8 Beni e Servizi

La Regione Molise al fine di valutare ed individuare misure specifiche rivolte alla gestione efficiente dei processi di acquisizione di beni e servizi ha costituito un Gruppo di lavoro Beni e Servizi con il Decreto del Commissario ad acta n. 40/2019 "D.L. n. 66/2014 il DPCM del 14 novembre 2014. "Beni e Servizi". Costituzione gruppo di lavoro e predisposizione procedure operative".

Con un successivo DCA n 93/2021 la Regione, per la realizzazione dell'efficientamento e la razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi per il S.S.R ha istituito un nuovo gruppo di coordinamento con il compito di individuare le azioni strategiche da porre in essere in considerazione di quanto indicato nel Programma Operativo 2019/2021.

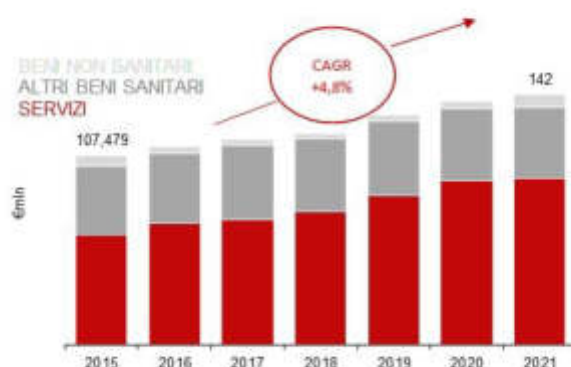
Le attività intraprese dal Gruppo di lavoro, a seguito degli incontri svolti presso la Direzione Generale per la Salute della Regione Molise, hanno riguardato, come principale priorità, il rafforzamento delle iniziative rivolte al contenimento della spesa sanitaria. Il gruppo di lavoro ha il compito di coadiuvare la Centrale Unica di Committenza regionale istituita dalla legge regionale n 8 del 4 maggio 2015 designata quale soggetto aggregatore della Regione Molise.

In ottemperanza alle disposizioni di settore (D.lgs. 12 Maggio 2016, n. 50 - D. lgs. 19 aprile 2017 n. 56 e Linee guida ANAC) attraverso la CUC Regionale e l'Azienda Sanitaria regionale si è proseguito nel percorso di implementazione per la realizzazione dell'intero iter procedurale delle gare attraverso l'adesione alle convenzioni CONSIP e attraverso l'utilizzo delle modalità di acquisto tramite portale del MePA.

L'A.S.Re.M ha aderito nel corso degli anni a numerose convenzioni Consip. È stata inoltre prevista l'adozione di misure specifiche finalizzate a conseguire l'effetto di contenere i volumi di acquisto, attraverso la riduzione del numero degli ordinativi, ponendo in essere un'analisi critica qualitativa e quantitativa delle proposte d'ordine provenienti dalle varie strutture aziendali.

Con riferimento agli adempimenti LEA la Regione ha provveduto a relazionare in merito al punto "B) Beni e Servizi" con invio SiVeAS n.4/2021. Tale relazione risulta ad oggi in istruttoria.

Il CE Consuntivo 2021 rileva costi per l'Acquisto di beni e servizi pari a complessivi 146,8 €/mln, in aumento di 8,3 €/mln rispetto a quanto evidenziato nel CE Consuntivo 2020. Tale differenza è determinata dalle variazioni di Altri Beni Sanitari per -0,4 €/mln, di Beni non Sanitari per +1,5 €/mln; di Servizi per +7,2 €/mln. Come sotto rappresentato, la spesa per Altri Beni e Servizi sta crescendo con un tasso del +4,8 % all'anno.



8.1 Programmazione acquisti

L'art. 21 del Codice Appalti e delle Concessioni, di cui al D. lgs 18 aprile 2016 n 50, in materia di programmazione delle acquisizioni di forniture di beni e servizi, stabilisce al comma 1 *"Le amministrazioni aggiudicatrici adottano il programma biennale degli acquisti di forniture e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali. I programmi sono approvati nel rispetto dei documenti programmatori e in coerenza con il bilancio. Il programma biennale di forniture e servizi e i relativi aggiornamenti annuali contengono gli acquisti di forniture e di servizi di importo unitario stimato pari o superiore a 40.000 euro"*.

Attualmente una delle criticità emerse è una non puntuale individuazione dell'effettivo fabbisogno aziendale.

Obiettivo primario del PO 2022-2024 sarà quello di porre in essere misure e azioni affinché l'ASReM, in ottemperanza alle disposizioni normative, programmi la fornitura di beni e servizi sulla base dell'effettivo fabbisogno Aziendale.

Ulteriore criticità rilevata è l'omesso completamento di molte delle procedure di gara avviate a causa di un eccessivo carico di lavoro che grava sulla Centrale Unica di Committenza (CUC) con conseguente necessità di prorogare i contratti in essere.

Al fine di superare le su indicate criticità, è intenzione della Regione impartire indirizzi applicativi che consentano il ricorso a strumenti alternativi legislativi per la fornitura di beni e servizi alternativi all'utilizzo della CUC.

8.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 8.1.1 Pianificazione degli acquisti in base ai fabbisogni

Azione 8.1.1.1 Monitoraggio sulla corretta programmazione fornitura di beni e servizi

Indicatore 8.1.1.1 Report annuale

Azione 8.1.1.2 Individuazione di indirizzi applicativi che consentano il ricorso a ulteriori strumenti legislativi per la fornitura di beni e servizi alternativi all'utilizzo della CUC

Indicatore 8.1.1.2 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
8.1.1 Pianificazione degli acquisti in base ai fabbisogni	8.1.1.2 Monitoraggio sulla corretta programmazione fornitura di beni e servizi	31/12/2022	Report annuale	si/no		
	8.1.1.2 Individuazione di indirizzi applicativi che consentano il ricorso a ulteriori strumenti legislativi per la fornitura di beni e servizi alternativi all'utilizzo della CUC	31/03/2023	DCA			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						



8.2 Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto

Gli aspetti organizzativi e logistici connessi al processo di approvvigionamento per la fornitura di beni e servizi, tenuto conto del peso che tali attività hanno sulla struttura dei costi sanitari e non, sono state oggetto di una massiccia regolamentazione tanto a livello nazionale, quanto regionale, ossia:

- D.Lgs. n. 50 del 18.04.2016 e s.m. e i.;
- L. n. 120 dell'11/09/2020 di conversione del D.L. del 16/07/2020 n. 76;
- L. n.108 del 29/07/2021 di conversione del D.L. n.77 del 31/05/2021;
- L.R. n. 8 del 04/05/2015, di istituzione della Centrale Unica di Committenza Regionale quale soggetto aggregatore ai sensi dell'art. 9, comma 1, D.L. n. 66 del 2016 (art. 22), che ha stabilito che l'amministrazione regionale e gli enti del sistema regionale Molise sono obbligati ad aderire alle convenzioni quadro stipulate dalla centrale unica di committenza regionale (art. 25 comma 4); inoltre tale centrale, in funzione di soggetto aggregatore della domanda, opera aggiudicando appalti pubblici o stipulando accordi quadro (art. 24, comma 1);
- Delibera Giunta Regionale n. 480 del 17/09/2015 "*Centrale Unica di Committenza. Atti Organizzativi. Modificazioni ed integrazioni*", con la quale sono state approvate le linee guida sostitutive del Regolamento adottato con delibera di GR n. 408 del 31.07.2015, per il funzionamento della Centrale Unica di Committenza";
- L. n. 296/2006, all'art. l'art. 1, comma 449 modificato dall'art. 7 D.L. 52/2012, che sancisce l'obbligo per gli enti del Servizio Sanitario nazionale di approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento ovvero, qualora non siano operative convenzioni regionali, le convenzioni-quadro stipulate da Consip s.p.a.".
- D.L. n. 95 del 6.07.2012, art. 1, comma 7, convertito con modificazioni dalla Legge n. 135/2012, che ha posto anche a carico delle aziende sanitarie l'obbligo di approvvigionarsi di taluni beni e servizi riconducibili a specifiche categorie merceologiche attraverso "*le convenzioni o gli accordi quadro messi a disposizione da Consip S.p.A. e dalle centrali di committenza regionali di riferimento costituite ai sensi dell'art. 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*".
- D.L. 24.04.2014, n. 66, art. 9, comma 3-bis, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 89/2014, secondo cui, per l'acquisto di beni e servizi individuati entro il 31 dicembre di ciascun anno con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il MEF e d'intesa con la Conferenza Unificata e sentita l'ANAC (DPCM 11 luglio 2018) le amministrazioni pubbliche sono obbligate a ricorrere "*a Consip o agli altri soggetti aggregatori*", salva in ogni caso la possibilità di procedere, qualora non siano disponibili i relativi contratti di Consip Spa o dei soggetti aggregatori, e in caso di motivata urgenza, allo svolgimento di autonome procedure di acquisto dirette alla stipula di contratti aventi durata e misura strettamente necessaria.
- L. n.208 del 28.12.2015, comma 548 dell'articolo unico stabilisce che "*al fine di garantire la effettiva realizzazione degli interventi di razionalizzazione della spesa mediante aggregazione degli acquisti di beni e servizi, gli enti del Servizio Sanitario Nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, come individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'art. 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip Spa*".

L'azienda Sanitaria regionale tramite l'ufficio "*Acquisizione beni e servizi*" collabora con la Direzione Aziendale nella definizione della programmazione logistica e gestione degli adempimenti relativi al ridisegno e realizzazione della rete logistica aziendale, attraverso la gestione degli acquisti, il coordinamento del fabbisogno dei beni e servizi di concerto con le strutture aziendali, la predisposizione di programmi annuali di acquisizione di beni e servizi approvati dal Direttore generale dell'azienda.

Nell'ambito del processo di acquisto il gruppo di coordinamento istituito con il DCA 93/2021 ha il compito di individuare le azioni strategiche al fine di potenziare l'efficientamento e la razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi per il S.S.R ed è così costituito:



- Direttore Generale per la Salute della Regione Molise;
- Direttore Amministrativo dell' ASReM
- Direttore del Servizio Politica del Farmaco protesica integrativa cure all'estero indennizzi registro BLSO;
- Direttore del Servizio Centrale Unica di Committenza della Regione Molise;
- Direttore dell'UOC "Acquisizioni beni e servizi" ASReM
- Direttore UOC Governance del Farmaco – ASReM

La Regione Molise intende implementare e sviluppare un nuovo modello organizzativo, in grado di rafforzare e accrescere le capacità del sistema di governance degli acquisti in ambito sanitario, con particolare riferimento alla programmazione e all'individuazione dei fabbisogni del territorio. Il nuovo modello dovrà garantire la definizione di un MasterPlan biennale redatto sinergicamente da ASReM e Direzione Generale per la Salute. Tale Masterplan, aggiornato ogni anno, consente di monitorare costantemente i fabbisogni dei diversi soggetti del SSR e al contempo di individuare per ogni iniziativa il livello di acquisto ottimale, sulla base della peculiarità della categoria merceologica, dei volumi di spesa e delle scadenze dei contratti in essere nelle diverse realtà.

8.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 8.2.1 Implementare un nuovo modello organizzativo per accrescere le capacità del sistema di governance degli acquisti in ambito sanitario

Azione 8.2.1.1 Definizione di un MasterPlan biennale

Indicatore 8.2.1.1 Provvedimento regionale

Azione 8.2.1.1 Monitoraggio del MasterPlan biennale

Indicatore 8.2.1.1 Provvedimento regionale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
8.2.1 Implementare un nuovo modello organizzativo per accrescere le capacità del sistema di governance degli acquisti in ambito sanitario	8.2.1.1 Definizione di un MasterPlan biennale	30/06/2023	DCA	si/no		
	8.2.1.2 Monitoraggio del Masterplan biennale	31/12/2023	Report annuale			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						



8.3 Centralizzazione/agggregazione degli acquisti

L'attuale contesto organizzativo di centralizzazione ed aggregazione degli acquisti, conseguente all'istituzione della CUC (L.R. n. 8/2015), consente all'Amministrazione di concludere accordi di fornitura a costi più bassi, grazie al maggiore potere contrattuale di cui essa dispone e alla riduzione dei costi di transazione.

Nel corso del biennio 2020-2021 l'Azienda Sanitaria regionale ha concluso 14 procedure.

Ulteriori convenzioni sono state concluse con CONSIP, mentre è stata disposta la proroga, con conseguente aggiornamento tariffario, per alcune gare.

Nel triennio in programmazione, relativamente all'acquisto di alcuni beni e servizi, è prevista l'adesione per aggregazione a procedure di gara espletate da altre regioni.

Nella programmazione 2022-2024 la Regione Molise, in continuità con gli obiettivi prefissati nel Programma Operativo 2019-2021, intende implementare la stipula di convenzioni, accordi quadro tramite Mepa per gli acquisti di beni e servizi destinati a soddisfare esigenze di fornitura differenziate per valore, specificità e flessibilità, che consentono l'approvvigionamento in modo rapido, semplice e trasparente, coniugando qualità e contenimento dei costi.

8.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 8.3.1 Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti

Azione 8.3.1.1 Monitoraggio della stipula di convenzioni, accordi quadro tramite Mepa per gli acquisti di beni e servizi
Monitoraggio della Stipula di convenzioni, accordi quadro tramite Mepa per gli acquisti di beni e servizi

Indicatore 8.3.1.1 Report annuale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
8.3.1 Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti	8.3.1.1 Monitoraggio della stipula di convenzioni, accordi quadro tramite Mepa per gli acquisti di beni e servizi	31/12/2022	Report annuale	si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

8.4 Controllo e monitoraggio del mix tra prezzi e quantità

L'attività di controllo e monitoraggio della gestione della spesa sanitaria ha assunto un peso sempre maggiore nell'ambito delle politiche nazionali. Difatti, negli ultimi anni, ridefinito il quadro normativo di settore, si è assistito alla promozione di un nuovo sistema di governance con cui, all'imprescindibile obiettivo generale di tutela della salute dei cittadini, si sono affiancati numerosi interventi volti a garantire il monitoraggio e l'efficientamento della spesa del settore.

Attualmente non risulta adottato nella Regione Molise un modello di monitoraggio della spesa sanitaria. Nel corso del triennio 2022-2024 è intenzione della Regione individuare un modello di monitoraggio che consenta di individuare rapidamente eventuali criticità e porre in essere le conseguenziali manovre correttive.

Il monitoraggio della Regione dovrà garantire che l'Azienda sanitaria effettui:

- periodicamente l'analisi dei consumi, individuando i prodotti consumati (in quantità e valore) ed acquistati (con i relativi prezzi di acquisto).



- Approfondimento “verticale” su alcune specifiche categorie merceologiche ad elevato impatto economico.
- necessarie manovre correttive conseguenziali al miglioramento nei processi di *procurement* attuati.

8.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 8.4.1 Potenziamento del sistema di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria

Azione 8.4.1.1 Adozione di un modello di monitoraggio della spesa per acquisto di beni e servizi

Indicatore 8.4.1.1 DCA

Azione 8.4.1.2 Predisposizione di report semestrale di monitoraggio

Indicatore 8.4.1.2 Report semestrale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
8.4.1 Potenziamento del sistema di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria	8.4.1.1. Adozione di un modello di monitoraggio della spesa per acquisto di beni e servizi	31/12/2023	DCA			
	8.4.1.2 Predisposizione di report semestrale di monitoraggio	30/06/2024	Report semestrale			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						



9 Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici

Il contenimento della spesa farmaceutica e la governance del farmaco rappresentano obiettivi necessari per garantire l'accesso e la sostenibilità delle cure. In tale ottica, sono state svolte in questi anni, nell'ambito dei programmi operativi che si sono succeduti, molteplici attività che hanno riguardato le aree di maggiore criticità, quali la spesa per acquisti diretti e l'organizzazione aziendale dei processi di approvvigionamento di farmaci.

Analizzando la spesa farmaceutica dal 2017 si osserva, sul versante della convenzionata, un trend in discesa. La spesa per acquisti diretti, invece, risulta costantemente al di sopra, non solo delle risorse complessive stabilite per legge (14,85%), ma anche dei valori di incidenza registrati a livello nazionale (vedi tabella sotto riportata).

Nel 2019 la Regione ha registrato una spesa farmaceutica convenzionata di 42,3 milioni di euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto (7,96%) dello -0,09%, pari a 4,7 milioni di euro. Questo esiguo deficit è probabilmente attribuibile ad un aumento del FSR, dal momento che la spesa è risultata essere in linea con quella dell'anno precedente. La spesa per acquisti diretti, come definita ai sensi della Legge 232/2016 e della Legge 145/2018, è stata pari a 58,7 milioni di euro, evidenziando un disavanzo, rispetto al tetto stabilito, del 2,23% (19,2 milioni di euro) e in aumento rispetto all'anno precedente.

Nel 2020, la spesa convenzionata, calcolata al netto dei payback, è stata pari a 41,1 mln di euro, in riduzione del -0,56% rispetto all'anno precedente, con un'incidenza percentuale della spesa sul Fondo Sanitario Regionale (FSR) del 6,60%. Per l'anno 2020, la spesa per i farmaci acquistati direttamente dalle strutture pubbliche è stata di 60,5 mln di euro, pari ad un'incidenza sul FSR del 9,72% con uno scostamento rispetto al tetto stabilito per legge di 18,9 mln di euro (scostamento del 2,33%), leggermente inferiore rispetto all'anno precedente, ma in linea con l'andamento generale, soprattutto se si considera l'ampliamento del FSR.

Per l'anno 2021, dal monitoraggio AIFA primo rilascio, la spesa convenzionata, calcolata al netto dei payback, è stata pari a 40 mln di euro, pari ad un'incidenza sul FSR del 6,41% con uno scostamento rispetto al tetto stabilito per legge di -3,7 mln di euro. Sul versante degli acquisti diretti la spesa è stata pari a 59,8 mln di euro con uno scostamento pari a 12,1 mln di euro (scostamento del 2,59%).

Tabella- Andamento della spesa farmaceutica rispetto ai tetti stabiliti per legge

Spesa farmaceutica	2017		2018		2019		2020		2021	
	Molise	Italia	Molise	Italia	Molise	Italia	Molise	Italia	Molise	Italia
Spesa convenzionata	7,16%	7,54%	7,14%	7,25%	7,16%	7,16%	6,60%	6,64%	6,41%	6,54%
Spesa per acquisti diretti	8,09%	8,37%	8,85%	8,84%	9,93%	9,08%	9,72%	9,02%	9,59%	9,28%
Spesa per ossigeno	/	/	/	/	0,32%	0,21%	0,30%	0,20%	0,35%	0,20%
Totale	15,25%	15,91%	15,99%	16,09%	17,41%	16,45%	16,62%	15,86%	16,35%	16,02%

Fonte dati: AIFA, Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale

Il Programma Operativo 2019-2021 ha definito, nell'ambito della più generale programmazione volta ad implementare il processo di riqualificazione del sistema di assistenza sanitaria, per la Macroarea "Governo dell'assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici" gli obiettivi di seguito elencati:

- Metodo valutativo dei Medici di Medicina Generale (MMG) – Progetto di budget
- Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva degli "antimicrobici generali per uso sistemico"
- Indicatori di appropriatezza clinica per aree terapeutiche di sovra utilizzo
- Revisione Accordo Regione-Federfarma Molise per la distribuzione diretta dei farmaci del Pronto Soccorso Ospedale-Territorio (PHT)

- Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti
- Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione dell'acquisto di farmaci oncologici ad alto costo
- Governo della spesa dei Dispositivi Medici e dell'appropriatezza d'uso
- Potenziamento dell'utilizzo del farmaco "biosimilare" e razionalizzazione della spesa

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

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

Indicatori di appropriatezza clinica per aree terapeutiche di sovra utilizzo

La Regione Molise, al fine di ridurre il fenomeno dell'iper prescrizione e promuovere la razionalizzazione della prescrizione delle classi terapeutiche (ATC) che presentano particolari criticità ed elevati rischi di inappropriata/alto spendenti, ha messo in atto un processo di valutazione che 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.

Con riferimento alla spesa farmaceutica convenzionata si evidenzia la riduzione della spesa a seguito dell'utilizzo delle schede di monitoraggio per le classi di farmaci per le quali, da Tessera Sanitaria, si è registrato un profilo di inappropriata prescrittiva.

Per il tramite della Commissione Appropriatezza Prescrittiva regionale (CAP), istituita con Decreto del Commissario ad Acta n. 13 del 5 marzo 2015, al fine di perseguire gli obiettivi di efficacia ed economicità degli interventi sanitari tramite la promozione ed il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni in tutti gli ambiti dell'organizzazione sanitaria, sono state introdotte le schede di monitoraggio per le Eparine a BPM (giusta DDGS n. 77 del 30.09.2019).

In esito a tale introduzione si è riscontrato, già a partire dal primo trimestre 2020, un decremento della prescrizione, sino ad arrivare a gennaio-dicembre 2020 ad una diminuzione del - 33,57 %, con contestuale riduzione delle prescrizioni di tutte le molecole (in particolare la spesa della Parnaparina è diminuita del 52,95% e quella della Nadroparina del 41,90%).

La tendenza migliorativa si è confermata e consolidata anche per l'annualità 2021 (cfr. tabella che segue).

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	GEN-DIC 2020 IMPORTO (€) A	GEN-DIC 2021 IMPORTO(€) B	SCOSTAMENTO IMPORTO (€) C=B-A	GEN- DIC 2021 VS GEN-DIC 2020 (%)
TOTALE ATC B		1.983.468	967.783	- 1.015.685	-51,21
B01AB05	ENOXAPARINA	81.837	72.044	- 9.793	-11,97
B01AB06	NADROPARINA	141.577	12.930	- 128.647	-90,87
B01AB01	EPAMINA	25.465	1.758	- 23.707	-93,1
B01AB07	PARNAPARINA	11.718	619	- 11.099	-94,72

Fonte dati: Tessera Sanitaria – estrazione del 01.07.2022

Per la classe J "Anti-infettivi per uso sistemico" i sottogruppi chimico-terapeutico-farmacologici che hanno riportato una maggiore diminuzione sono i sottogruppi J01D e J01C: in particolare, le cefalosporine di terza e seconda generazione (J01DD e J01DC) e amoxicillina e inibitore della beta lattamasi (J01CR02).



ATC	PRINCIPIO ATTIVO	GEN-DIC 2020 IMPORTO (€) A	GEN-DIC 2021 IMPORTO(€) B	SCOSTAMENTO IMPORTO (€) C=B-A	GEN- DIC 2021 VS GEN- DIC 2020 (%)
TOTALE ATC J01D		989.791	876.848	- 112.943	11,41
J01DD	CEFALOSPORINE DI TERZA GENERAZIONE	949.585	842.108	- 107.477	11,32
J01DC	CEFALOSPORINE DI SECONDA GENERAZIONE	22.604	18.429	- 4.175	-18,47
J01C	ANTIBBATERICI- BETALATTAMICI- PENICILLINE	897.478	816.301	- 81.177	-9,05
J01CR02	AMOXICILLINA E INIBITORE DELLA BETA LATTAMASI	750.886	694.740	- 56.146	-7,48

Fonte dati: Tessera Sanitaria – estrazione del 01.07.2022

Si sottolinea che l'intera classe J01 è stata individuata quale specifico obiettivo regionale di razionalizzazione della spesa, assegnato al Direttore Generale ASReM (cfr. DGR n. 78/2020, **obiettivo n. 8**: Contenimento della spesa farmaceutica degli Antibiotici per la categoria terapeutica ATC J01).

Per arginare l'aumento della prescrizione dell'associazione ATC C10BA02 (Simvastatina + Ezetimibe) - ATC C10BA06 (Rosuvastatina + Ezetimibe) con Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 15 del 01.03.2021 è stata approvata la "Scheda di trattamento per la prescrizione di Statine + Ezetimibe (Nota AIFA 13)".

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	GEN-MARZO 2021 IMPORTO (€) A	GEN-MARZO 2022 IMPORTO(€) B	SCOSTAMENTO IMPORTO (€) C=B-A	GEN-MARZO 2022 VS GEN- MARZO 2021 (%)
C10BA02	SIMVASTATINA E EZETIMIBE	147.621	157.715	10.094	6,84
C10BA06	ROSUVASTATINA E EZETIMIBE	72.675	81.694	9.019	12,41

Fonte dati: Tessera Sanitaria – estrazione del 01.07.2022

Considerato che la classe ATC ove si è riscontrato un maggior incremento della spesa regionale lorda è la classe ATC C e che, in particolare, tale aumento è dovuto all'uso dell'associazione Simvastatina + Ezetimibe ATC C10BA02, la scheda regionale di trattamento per la prescrizione di STATINE + EZETIMIBE (nota AIFA 13), già approvata con DDGS n. 15 del 01.03.2021, è stata aggiornata con la recente DDGS n. 69 del 27.04.2022, che ha preso atto degli esiti delle riunioni tenutesi con l'Agenzia Italiana del Farmaco, relative all'analisi della spesa farmaceutica, in esito alle quali, tra l'altro, l'AIFA ha chiesto alla Regione di emanare uno specifico provvedimento volto a confermare le schede di trattamento in vigore, ovvero a reintrodurre quelle sospese.

Tali risultati sono stati resi possibili anche attraverso le attività di audit e di monitoraggio con lo strumento Health-DB, ovvero il cruscotto "Business Intelligence", attivato già in sede di Programma Operativo 2015-2018 e implementato nel PO 2019-2021, che ha perseguito 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 struttura commissariale con DCA n. 98 del 29 dicembre 2020, n. 13, del 17 febbraio 2021 e Determina del Direttore Generale n. 16 del 4 marzo 2021 ha posto in essere una serie di convenzioni al fine di implementare l'appropriatezza prescrittiva:

- cruscotto "HealthDB" per il monitoraggio, la valutazione ed il miglioramento dei percorsi terapeutici e diagnostici e delle modalità di utilizzo delle risorse;
- studio osservazionale "STREAM" di tipo non interventistico.

Allo stato non sono puntualmente quantificabili gli effetti in termini di riduzione della spesa ascrivibili a tale specifica attività.

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



Nella Regione Molise il circuito della DPC è stato migliorato con la predisposizione di un tetto massimo del valore dei farmaci del PHT e con l'aggiornamento delle regole operative per la distribuzione intermedia in ordine ai tempi di caricamento dei dati per ricevimento merci e trasferimento e sulle modalità di gestione dei livelli di scorta/riapprovvigionamento (cfr. DCA n. 101 del 18.12.2019 avente ad oggetto: "Accordo tra Regione Molise e Farmacie per la Distribuzione Diretta dei Farmaci. Approvazione schema" e Accordo sottoscritto in data 18.12.2019). Tuttavia, l'Accordo in vigore fa registrare, come relazionato dall'AIFA nel citato Documento, un incremento del costo del servizio per la DPC e valori superiori alla media nazionale per i farmaci con prezzi inferiore ai 50 euro. L'Accordo è in scadenza alla data del 31.12.2022 e, pertanto, dovrà essere rinnovato, con il superamento delle criticità emerse in fase di attuazione, sia intervenendo sulle quote di spettanza delle farmacie, al fine di assicurare possibili ed ulteriori economie nella gestione complessiva del sistema, sia migliorando il sistema in termini di logistica e di servizi, al fine di garantire un corretto funzionamento del sistema, che metta sullo stesso piano tutti i cittadini della Regione Molise, sia delle aree urbane che delle aree periferiche.

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.

L'ASREM ha fornito i primi esiti a seguito della Gara di acquisto dei farmaci espletata in aggregazione alla Regione Piemonte: nel periodo relativo al primo semestre 2021, si è evidenziato un risparmio totale del prezzo di acquisto rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente ed antecedente alla citata gara, pari a circa €1.169.836,73, come attestato dal file estratto dalla Engineering s.r.l., società di ingegneria informatica operante presso l'ASReM.

I principi attivi che hanno fatto registrare i risparmi di spesa più rappresentativi, a seguito dell'espletamento della gara, sono: L01XC18 PEMBROLIZUMAB, D11AH05 DUPILUMAB, S01LA04 RANIBIZUMAB, J05AP55 SOFOSBUVIR/VELPATASVI e L04AA23 NATALIZUMAB.

Sono stati valorizzati e confrontati dall'ASReM soltanto i primi sei mesi delle annualità 2020/21, poiché i nuovi prezzi di gara sono entrati in vigore a partire dal secondo semestre 2020 e, pertanto, sono sovrapponibili a quelli del secondo semestre dell'anno successivo.

Come evidenziato dall'AIFA nel Documento di analisi della spesa farmaceutica del Molise – febbraio 2022, l'analisi delle categorie terapeutiche per IV livello ATC mostra come la Regione debba rendere più efficiente il ricorso alle gare di acquisto, anche attraverso un attento monitoraggio dei fabbisogni regionali e un controllo più stringente sulla stazione unica appaltante.

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

Con il DCA n. 35/2018, a regime dall'anno 2019, la Regione ha approvato il Protocollo Operativo "Acquisto e Gestione Farmaci Oncologici", che prevede la centralizzazione dell'acquisto dei farmaci oncologici ad alto costo erogati dalla Fondazione Giovanni Paolo II, oggi GEMELLI Molise spa, in capo all'ASReM, anche con il fine di perseguire l'applicazione del principio di economia di scala per effetto dell'incremento della quantità del bene farmaco da acquistare.

L'intervento ha prodotto un efficientamento del sistema attraverso il recupero diretto delle spettanze derivanti dagli extra-sconti, su alcune specialità medicinali oggetto dell'azione secondo procedure (cfr. 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.

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

Nel PO 2019-2021 era stata prevista 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 consentissero di valutare il rapporto efficacia/costi di specifici prodotti e tecnologie.

Tale intervento non è stato realizzato ed è stato riprogrammato nel presente PO 2022-2024.

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



Per quanto riguarda i biosimilari la Regione ha emanato il Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2020, recante "LINEE DI INDIRIZZO SULL'UTILIZZO DEI BIOSIMILARI – RECEPIMENTO DEL SECONDO "POSITION PAPER SUI FARMACI BIOSIMILARI" ADOTTATO DALL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO"; con questo provvedimento si è attribuito mandato al Direttore Generale ASREM di mettere in atto ogni utile iniziativa atta ad assicurare il rispetto delle indicazioni di cui al Position Paper, al fine di sensibilizzare e informare i medici prescrittori operanti nelle Strutture Ospedaliere sulle importanti ricadute della loro attività prescrittiva sulla spesa farmaceutica dell'ASREM.

Al riguardo, al I trimestre 2021 la spesa totale della molecola TRASTUZUMAB si è ridotta, mostrando un decremento del 14,18% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, mentre la spesa totale della molecola RITUXIMAB è aumentata, mostrando un incremento del 49,75% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. La spesa del biosimilare mostra un incremento rispetto alla spesa della molecola originator (35.970,00€ vs -8.838,72€).

In seguito all'entrata in vigore del DCA la spesa totale dei biosimilari ha mostrato un incremento rispetto alla spesa delle molecole *originators*, non ancora sufficiente al raggiungimento dell'obiettivo, considerata la ridotta adesione da parte dei clinici prescrittori.

L'AIFA, nel più volte citato Documento di analisi evidenzia che la Regione non mostra un andamento ottimale; in particolare, lo scostamento percentuale dal prezzo medio nazionale risulta superiore al 50% per: epoetine, trastuzumab ev, infliximab, EBPM, etanercept e adalimumab.

Adempimenti LEA – Flussi farmaceutica C.14 e C.15 (DD/DPC e CO)

La Regione ha effettuato il monitoraggio trimestrale, trasmettendo le previste relazioni, individuando le criticità e pianificando le azioni correttive.

Le tempistiche con cui le relazioni sono state trasmesse, tuttavia, non hanno rispettato le scadenze previste sia nel 2019 che nel 2020.

La Regione, pertanto, è risultata adempiente con impegno al rispetto delle tempistiche individuate per le trasmissioni delle verifiche.

La tendenza si è confermata anche per il primo semestre 2022: la motivazione dei ritardi negli invii è dovuta a criticità di natura logistica ed organizzativa della società informatica *in house*, Molise Dati spa, deputata a processare le ricette della distribuzione diretta (DD) e della distribuzione per conto (DPC) della Regione Molise.

Da ultimo, con nota acquisita al prot. regionale n. 97587/2022 in data 01.06.2022, la società informatica ha reso noto che al fine di poter garantire un servizio di maggiore qualità del dato e maggiore velocità di elaborazione dei processi, che garantisca il rispetto della tempistica Ministeriale, ha adottato un nuovo sistema di lavorazione, dotandosi di nuove tecnologie, sia hardware che software. L'adottando processo di acquisizione è certificato ai sensi del CAD art. 44 e 71, garantendo, tra l'altro, la conservazione sostitutiva delle ricette cartacee che consente il loro smaltimento in un tempo ristrettissimo come previsto per legge.

Focus Revisione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR)

Il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) è uno strumento di governo clinico e di ottimizzazione delle risorse economiche di fondamentale rilevanza per il Sistema Sanitario Regionale.

Esso si sostanzia in un elenco dei farmaci, di prevalente uso ospedaliero, ed è elaborato mediante la selezione dei principi attivi disponibili sul mercato per la prevenzione e la cura delle patologie riscontrabili in ambito ospedaliero.

L'organismo tecnico deputato al suo aggiornamento e revisione è la Commissione Terapeutica Regionale (CTR), costituita con deliberazione della Giunta Regionale n. 360/2007 e, in seguito, modificata con successivi provvedimenti sia commissariali che giuntali, nonché con determinazioni del DG per la Salute.

I criteri di adozione del Prontuario e quelli di revisione dello stesso, seguiti dalla Commissione Terapeutica Regionale, si confermano in accordo con i principi di garanzia dei LEA, di uniformità ed equità di accesso delle cure, nonché con le specifiche decisioni AIFA in materia, garantendo priorità, a parità di indicazioni terapeutiche, ai principi attivi con brevetto scaduto.

La CTR, inoltre, come da decreto del Commissario ad acta n. 5 del 10 febbraio 2010, relativamente ad alcuni farmaci per cui siano richieste particolari precauzioni d'uso, legate al profilo di sicurezza ed alla maneggevolezza del farmaco stesso, ovvero siano destinati ad una particolare fascia di pazienti, o ancora abbiano un costo molto elevato, interviene a monitorare e a verificare che essi siano prescritti ed utilizzati in ambito ospedaliero rispettando le norme di concedibilità.

Attualmente è in fase di redazione l'aggiornamento del PTOR relativo al primo semestre 2022.

Focus quote di compartecipazione



Per quanto riguarda la spesa relativa al ticket totale la Regione (*cf.* Documento AIFA su analisi spesa farmaceutica) registra un valore superiore rispetto alla media nazionale, che riflette le maggiori quote pro capite sia di ticket fisso che di compartecipazione.

Effettuando un confronto con le altre Regioni in Piano di Rientro, si nota come il Molise mostri una spesa di 28,8 euro, di cui 8,4 sono attribuibili al ticket fisso pro-capite e 21,6 alla spesa pro capite di compartecipazione.

L'obiettivo di riduzione della compartecipazione sui farmaci a carico dei cittadini è perseguibile attraverso la promozione delle azioni dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva, di cui alle azioni del presente PO.

In base a quanto emerso nel 2021 la Regione Molise, per il triennio 2022-2024, per quel che concerne la governance farmaceutica intende intraprendere le seguenti azioni:

- Appropriately prescrittiva
- Rispetto dei tetti – Governance del Farmaco
- Governance dei dispositivi medici

Gli obiettivi, e le conseguenti azioni, del presente P.O. dovranno consentire alla Regione il rispetto dei tetti programmati a livello nazionale, recuperando gli scostamenti marcati rispetto al valore nazionale e promuovendo l'appropriatezza prescrittiva anche al fine di ridurre la compartecipazione sui farmaci a carico dei cittadini.

Di seguito si esplicitano gli interventi previsti per il Programma Operativo 2022-2024.

9.1 Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva

La Regione Molise, al fine di ridurre il fenomeno dell'iper prescrizione e promuovere la razionalizzazione della prescrizione delle classi terapeutiche (ATC) che presentano particolari criticità ed elevati rischi di inappropriata/alto spendenti, ha messo in atto un processo volto a moderare i consumi DDD e la spesa pro capite, mediante l'adozione di schede regionali di trattamento, a valere quale metodologia diretta a ricondurre le prescrizioni inappropriate nell'ambito delle specifiche indicazioni AIFA e delle linee di trattamento. È stata posta particolare attenzione alle seguenti classi terapeutiche, individuate per criticità ed inappropriata prescrittiva:

- **ATC C**
- **ATC A**

In particolare, per l'ATC C, dal confronto della spesa anno 2021 versus anno 2020 (fonte dati: Sistema TS) si è registrato un incremento pari a + 3,97% per le "Sostanze modificatrici dei lipidi" (ATC C10).

Per l'ATC A, dal confronto della spesa anno 2021 versus anno 2020 si è registrato un incremento del + 3,39 %. I sottogruppi chimico-terapeutico-farmacologico per i quali si evidenzia un maggiore aumento di spesa sono i sottogruppi A02BC02 (Inibitori della pompa acida) e A11CC (Vitamina D e analoghi).

Al riguardo si è intervenuti con DDGS n. 69 del 27.04.2022, recante "APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA. SCHEDE REGIONALI DI TRATTAMENTO. PROVVEDIMENTI", che ha disposto la reintroduzione delle schede regionali di trattamento relative a PRESCRIZIONE DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA, PRESCRIZIONE DI COLECALCIFEROLO e la conferma della scheda regionale di trattamento per la prescrizione di STATINE + EZETIMIBE (nota AIFA 13).

Pertanto, nella fase di attuazione del Programma Operativo 2022-2024, occorrerà implementare le attività di monitoraggio già poste in essere con riferimento alle categorie terapeutiche in osservazione, per la conseguente applicazione delle misure volte a garantire l'appropriatezza prescrittiva.

I livelli di prescrizione dei farmaci oggetto della presente azione saranno oggetto di monitoraggio nell'ambito del processo di budgeting e reporting dei MMG, di cui all'intervento "Metodo valutativo dei Medici di Medicina Generale (MMG) – Progetto di budget".



9.1.1 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 inappropriately/alto spendenti, ha messo in atto un processo di valutazione e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi 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 inappropriately prescrittiva, secondo i maggiori indicatori di consumo aggiornati all'annualità 2021 e di seguito riportati:

- NAO (NOTA AIFA 97)
- FARMACI TERAPIA DIABETE (NOTA AIFA 100)

9.1.2 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 9.1.1 Allineamento della spesa farmaceutica convenzionata ai valori medi nazionali

Azione 9.1.1.1 Monitoraggio della spesa pro capite per i farmaci individuati dal report inviato periodicamente da AIFA sui primi 30 principi attivi in convenzionata

Indicatore 9.1.1.1 Report

Azione 9.1.1.2 Monitoraggio del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATC al valore medio nazionale

Indicatore 9.1.1.2 Report

Azione 9.1.1.3 Introduzione delle schede di trattamento per Antidiabetici (nota AIFA 100)/NAO (nota AIFA 97)

Indicatore 9.1.1.3 Report

Azione 9.1.1.4 Monitoraggio dei consumi DDD e della spesa pro per i farmaci antidiabetici e per i NAO (note AIFA 97 e 100)

Indicatore 9.1.1.4 Report

Obiettivo 9.1.2 Appropriately prescrittiva: riduzione delle prescrizioni inappropriate – MMG/PLS

Azione 9.1.2.1 Monitoraggio del comportamento prescrittivo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

Indicatore 9.1.2.1 Report

Azione 9.1.2.2 Adozione linee di indirizzo volte alla prescrizione del principio attivo a minor costo per categoria terapeutica

Indicatore 9.1.2.2 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
9.1.1 Allineamento della spesa farmaceutica convenzionata ai valori medi nazionali	9.1.1.1 Monitoraggio della spesa pro capite per i farmaci individuati dal report inviato periodicamente da AIFA sui primi 30 principi attivi in convenzionata	31/03/2023	Report	Scostamento percentuale della spesa pro capite dai valori medi nazionali		



	9.1.1.2 Monitoraggio del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATC al valore medio nazionale	31/03/2023	Report	Scostamento percentuale del costo medio DDD dai valori medi nazionali		
	9.1.1.3 Introduzione delle schede di trattamento per Antidiabetici (nota AIFA 100)/NAO (nota AIFA 97)	31/03/2023	Report	Scostamento percentuale del costo medio DDD dai valori medi nazionali		
	9.1.1.4 Monitoraggio dei consumi DDD e della spesa pro per i farmaci antidiabetici e per i NAO (note AIFA 97 e 100)	31/12/2022	Report	Scostamento percentuale numero di DDD dai valori medi nazionali e dai consumi degli anni precedenti (Riduzione delle prestazioni occasionali del 5%)		
31/12/2023		Report	Scostamento percentuale numero di DDD dai valori medi nazionali e dai consumi degli anni precedenti (Riduzione delle prestazioni occasionali del 10%)			
31/12/2024		Report	Scostamento percentuale numero di DDD dai valori medi nazionali e dai consumi degli anni precedenti (Riduzione delle prestazioni occasionali del 20%)			
9.1.2 Appropriatelyzza prescrittiva: riduzione delle prescrizioni inappropriate – MMG/PLS	9.1.2.1 Monitoraggio del comportamento prescrittivo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta	31/12/2022	Report	Audit con i MMG e PLS iperprescrittori a cura dei Distretti Sanitari		
	9.1.2.2 Adozione linee di indirizzo volte alla prescrizione del principio attivo a minor costo per categoria terapeutica	31/12/2022	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Programmazione e Assistenza Farmaceutica						

*Azione riprogrammata

9.2 Rispetto dei tetti – Governance del farmaco

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 con il DCA n. 101/2019 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.

La spesa pro capite anno 2020 (cfr. AIFA MSF - febbraio 2022 "Documento di analisi sulla farmaceutica regionale Molise") per i medicinali erogati attraverso la Distribuzione Diretta (DD) e per conto (DPC), per la regione Molise è stata pari a 158,70 euro, superiore rispetto a quella rilevata a livello nazionale di 140,8 euro.



Tabella- Andamento generale della spesa, andamento nel tempo della percentuale di erogazione, costo del servizio e fascia di prezzo (2020): confronto tra Molise e Italia - Andamento generale della spesa (anno 2020)

Regione	Spesa pro-capite			Δ % 20-19	Inc% DD	Inc % DPC
	DD	DPC	Totale			
Molise	103,40	55,30	158,70	-3,2	65,2	34,8
Italia	106,50	34,30	140,80	2,2	75,6	24,4

Fonte dati: AIFA MSF-febbraio 2022 "Documento di analisi sulla farmaceutica regionale Molise"

La quota attribuibile alla Distribuzione Diretta è pari 103,40 euro, mentre quella per la DPC è pari a 55,30 euro ed è soprattutto quest'ultima a scostarsi maggiormente dal valore nazionale pari a 34,30 euro.

Questo scostamento riflette la maggiore incidenza percentuale della DPC che per la Regione risulta essere pari a 34,8%, superiore rispetto al valore medio nazionale del 24,4%.

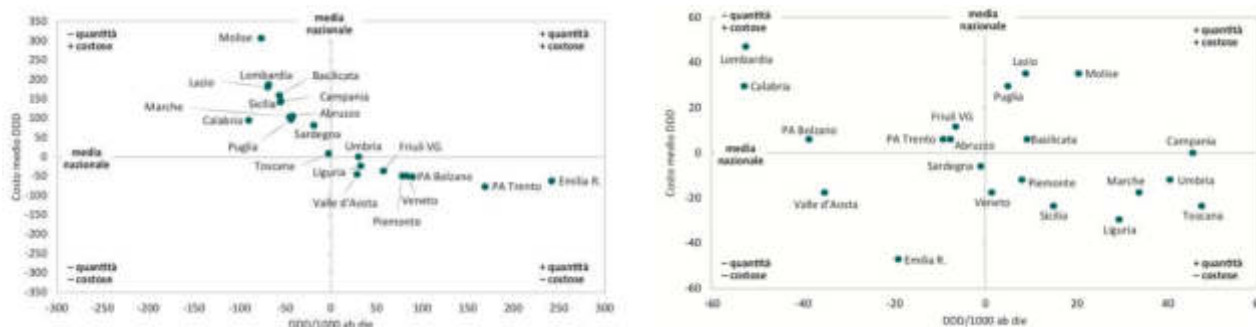
Un approfondimento sulla composizione della spesa dei medicinali erogati attraverso questi canali distributivi evidenzia come la percentuale maggiore di spesa sia legata ai farmaci di classe A (54,0%), seguita da quelli di classe H (45,4%).

Analizzando il grafico OsMed relativo al costo medio DDD e ai consumi, espressi come DDD/1000 abitanti *die*, si evidenzia come la Regione consumi meno quantità, ma più costose per i farmaci erogati in Distribuzione Diretta, scostandosi dalla media nazionale.

Nel caso dei farmaci erogati attraverso la DPC il Molise risulta, invece, consumare maggiori quantità e a maggiore costo. Rispetto al 2019 si evidenzia un incremento del costo del servizio per la DPC e valori superiori alla media nazionale per i farmaci con prezzi inferiore ai 50 euro.

Il costo del servizio pro capite, pari a 7,25 euro, tuttavia, risulta essere più alto rispetto al valore registrato a livello Italia (5,65 euro).

Figura- Variabilità regionale per quantità e costo medio DDD dei farmaci erogati in distribuzione diretta e in distribuzione per conto (anno 2020)



Fonte dati: AIFA MSF-febbraio 2022 "Documento di analisi sulla farmaceutica regionale Molise"

Di seguito, si riportano i dati relativi all'organizzazione territoriale delle farmacie convenzionate con il SSR.

I Comuni molisani sono 136 per una popolazione residente di 290.769 (dati Istat 2021): quelli sotto i 1000 abitanti sono 72, di cui 29 sotto i 500 abitanti, situati prevalentemente in zone montane.

In questi Comuni operano 42 farmacie con fatturato al di sotto di 150.000€.

In queste zone la farmacia territoriale costituisce un utile presidio del sistema sanitario regionale.

Considerando le quote relative al costo del servizio, di cui al DCA n. 101 del 18.12.2019, si registra che la remunerazione più elevata (€ 11,60, Iva compresa) è stata prevista per le farmacie sussidiate con fatturato annuo inferiore ai 300.000 euro; tale scelta risiede nella necessità di garantire l'utenza, prevalentemente costituita da popolazione anziana, residente nei territori più disagiati del Molise, privi di altri presidi sanitari territoriali diversi dalla farmacia.

La quota di spettanza per il deposito di riferimento, che effettua il servizio di stoccaggio e logistica, è pari a € 1,30 + Iva a pezzo per tutte le farmacie.



La quota è elevata a causa delle caratteristiche orografiche del territorio molisano.

L'Accordo Regione-Federfarma Molise in vigore è in scadenza alla data del 31.12.2022 e, pertanto, dovrà essere rinnovato, con il superamento delle criticità emerse in fase di attuazione, intervenendo, in sede di contrattazione con l'associazione di categoria "Federfarma Molise", sulle 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.

9.2.1 Somministrazione farmaci da parte delle strutture private accreditate. Spesa extra-tariffa

La Regione Molise annovera, tra le strutture sanitarie private accreditate per l'erogazione delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale, l'IRCCS Neuromed quale Centro di riferimento autorizzato alla prescrizione e alla dispensazione/somministrazione delle terapie per il trattamento della sclerosi multipla, individuato per la Regione Molise con Decreto del Ministro della Sanità 5 febbraio 1996 ed accreditato successivamente con provvedimenti regionali per il trattamento con i farmaci di cui alla nota AIFA 65, come modificata ed integrata con le determinazioni AIFA di aggiornamento e revisione. Il Centro accreditato garantisce, pertanto, l'accesso ai farmaci in un contesto di elevata specializzazione che ne assicura l'utilizzo secondo standard di alta qualità assistenziale.

Dall'anno 2008 la Regione, con la DGR n. 1014 del 22 settembre 2008, ha limitato il rimborso alla prima fase del trattamento mediante la dispensazione dei farmaci ai pazienti extraregionali – *garantendo il monitoraggio periodico, da parte dello specialista neurologo del Centro di Riferimento, secondo le buone prassi in materia e seguendo le indicazioni del Centro prescrittore* – per i farmaci appartenenti alla categoria degli Interferoni (tale procedura determina, trattandosi di terapie domiciliari, il prelievo del farmaco presso la ASL di residenza dell'assistito).

Tale limitazione è stata confermata con la DGR n. 284 del 20 marzo 2009, recante "Piano di rientro 2007-2009. Ulteriori provvedimenti in ordine al riequilibrio economico-finanziario ed alla domanda ed offerta sanitaria regionale", che ha previsto, per la macroarea "Farmaceutica Ospedaliera" - (obiettivo operativo 15 – Misure di razionalizzazione dell'uso della risorsa farmaco in ambito ospedaliero) - quale obiettivo di risparmio la procedura di rimborso dell'erogazione dei farmaci di classe A ed H, di cui alla citata nota limitativa AIFA 65, quale provvedimento attuativo dell'Accordo tra Ministro Salute, Ministro Economia e Finanze ed il Presidente della Regione Molise, sottoscritto in data 27 marzo 2007, per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico, ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Legge Finanziaria per il 2005).

Con il DCA n. 31/2019 e con il successivo DCA n. 72/2019 è stato autorizzato l'I.R.C.C.S. Neuromed, nella sua qualità di Centro di riferimento regionale per la terapia della sclerosi multipla, alla prescrizione e somministrazione, in regime di day hospital, dei medicinali OCREVUS, TISABRY e LEMTRADA (utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile), individuando la ASReM per le funzioni di acquisto dei farmaci.

Di seguito, si riportano i dati di spesa extra-tariffa nell'anno 2020 e i dati relativi all'andamento di tale spesa nell'arco temporale 2015 – 2020.

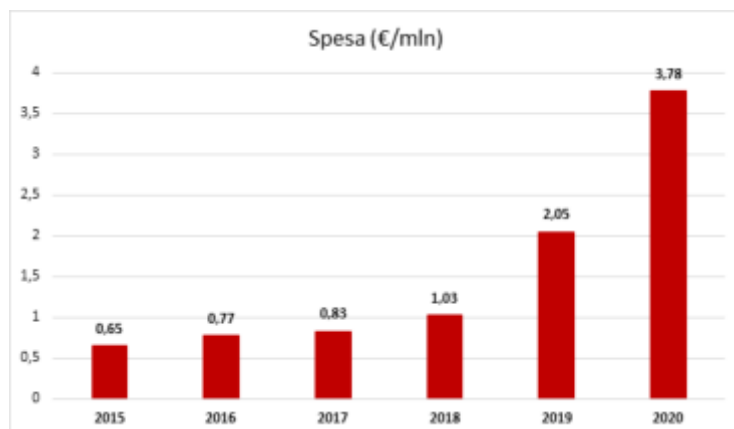
Tabella- Spesa per rimborso extra-tariffa regione Molise - anno 2020

ATC	Principio attivo	Spesa	Numero confezioni	Spesa per confezione	Inc % spesa per PA	Inc % spesa acquisti diretti
L03AX13	Glatiramer	8.248,20	12,00	687,35	10,81%	0,01%
L04AA23	Natalizumab	1.387.417,02	813,00	1.706,54	50,77%	2,29%
L04AA27	Fingolimod	49.174,40	32,00	1.536,70	4,80%	0,08%
L04AA36	Ocrelizumab	2.336.067,04	502,00	4.653,52	53,84%	3,86%
Totale complessivo		3.780.906,66	1.359,00	2.782,12	46,27%	6,25%

Fonte dati: AIFA MSF-febbraio 2022 (Documento di analisi sulla farmaceutica regionale Molise)

Figura- Andamento negli anni (2015-2020) della spesa extra-tariffa – Regione Molise





Fonte dati: AIFA MSF-febbraio 2022 (Documento di analisi sulla farmaceutica regionale Molise)

Tali farmaci rientrano nel canale di erogazione R, che registra la dispensazione/somministrazione del farmaco per il tramite della struttura IRCCS Neuromed.

“La regione Molise nel 2020 ha speso 3,78 mln di euro per un totale di 1.359 confezioni e un costo a confezione di 2.782,12 euro (Tabella 6). Tutti gli indicatori risultano in aumento rispetto ai valori dell’anno precedente. Le confezioni sono rappresentate esclusivamente dall’ATC L e riguardano 4 principi attivi: Glatiramer, Natalizumab, Fingolimod e Ocrelizumab. In particolare, Ocrelizumab è il principio attivo che maggiormente incide su questa spesa, con un valore di 2,336 mln di euro e 502 confezioni (4,653 euro a confezione), registrando una differenza rispetto ai dati del 2019 in cui la molecola a maggiore spesa era rappresentata da Natalizumab. Analizzando l’incidenza percentuale della spesa, rispetto al totale della spesa regionale per le singole molecole, a cui è stata aggiunta la spesa in extra DRG, è necessario evidenziare come per Ocrelizumab si registri un valore pari al 53,84%, mentre per Natalizumab del 50,77%. Dalla Figura 4 (n.d.r. Figura 1 del presente documento) è evidente come la spesa sia nettamente aumentata nel tempo, passando da 0,65 mln nel 2015 a 3,78 nel 2020” (cfr. AIFA, MSF-febbraio 2022 - Documento di analisi sulla farmaceutica regionale Molise).

Come anticipato in premessa, la Regione ha stabilito l’acquisto diretto dei farmaci OCREVUS e TISABRY, coerentemente a quanto rappresentato dall’AIFA circa l’esigenza, per i minori costi sostenuti dalla struttura pubblica mediante adeguata procedura di gara, dell’acquisto diretto da parte della Regione (per il tramite della ASRem).

In proposito, l’AIFA ha evidenziato ancora nel documento citato (AIFA, MSF-febbraio 2022 - Documento di analisi sulla farmaceutica regionale Molise) una spesa extra tariffa eccessiva.

A tal proposito, di seguito si forniscono i dati della compensazione interregionale anni 2019-2020-2021 relativi alla produzione IRCCS Neuromed:

COMPENSAZIONE INTERREGIONALE		Somministrazione diretta dei farmaci - File F			
Periodo : 2019 - ANNUALE					
Riepilogo delle somministrazioni dirette dei farmaci effettuate da : Neuromed I.R.C.C.S. 140911					
REGIONE DI PROVENIENZA	Numero ricette	Numero record	ticket incassato	Importo lordo	Totale avere
010 PIEMONTE				-	-
020 VALLE D'AOSTA				-	-
030 LOMBARDIA				-	-
041 PROV.AUT.BOLZANO	2	4	-	9.307,04	9.307,04
042 PROV.AUT.TRENTO				-	-
050 VENETO	2	4	-	9.307,04	9.307,04
060 FRIULI VENEZIA GIULIA				-	-
070 LIGURIA				-	-
080 EMILIA ROMAGNA				-	-
090 TOSCANA				-	-
100 UMBRIA				-	-
110 MARCHE				-	-
120 LAZIO	294	590	-	602.200,72	602.200,72
130 ABRUZZO	19	38	-	40.925,52	40.925,52
150 CAMPANIA	377	754	-	820.990,75	820.990,75
160 PUGLIA	13	26	-	33.803,10	33.803,10
170 BASILICATA	26	52	-	51.172,60	51.172,60
180 CALABRIA	3	6	-	13.960,56	13.960,56
190 SICILIA				-	-
200 SARDEGNA	2	4	-	3.413,08	3.413,08
Totale complessivo	736	1.476	-	1.585.088,41	1.585.088,41

COMPENSAZIONE INTERREGIONALE		Somministrazione diretta dei farmaci - File F			
Periodo : 2020 - ANNUALE					
Riepilogo delle somministrazioni dirette dei farmaci effettuate da : Neuromed I.R.C.C.S. 140911					
REGIONE DI PROVENIENZA	Numero ricette	Numero record	ticket incassato	Importo lordo	Totale avere
010 PIEMONTE	11	22	-	18.771,94	18.771,94
020 VALLE D'AOSTA				-	-
030 LOMBARDIA	2	4	-	9.307,04	9.307,04
041 PROV.AUT.BOLZANO				-	-
042 PROV.AUT.TRENTO				-	-
050 VENETO				-	-
060 FRIULI VENEZIA GIULIA				-	-
070 LIGURIA				-	-
080 EMILIA ROMAGNA				-	-
090 TOSCANA				-	-
100 UMBRIA	2	4	-	9.307,04	9.307,04
110 MARCHE	8	16	-	34.111,34	34.111,34
120 LAZIO	394	788	-	1.022.336,83	1.022.336,83
130 ABRUZZO	40	80	-	111.277,27	111.277,27
150 CAMPANIA	519	1.038	-	1.480.364,26	1.480.364,26
160 PUGLIA	26	52	-	83.419,54	83.419,54
170 BASILICATA	36	72	-	90.565,56	90.565,56
180 CALABRIA	15	30	-	65.836,63	65.836,63
190 SICILIA	2	4	-	9.307,04	9.307,04
200 SARDEGNA				-	-
Totale complessivo	1.055	2.110	-	2.934.604,49	2.934.604,49



COMPENSAZIONE INTERREGIONALE		Somministrazione diretta dei farmaci - File F			
Periodo : 2021 - ANNUALE					
Repliegio delle somministrazioni dirette dei farmaci effettuate da :		Neuromed I.R.C.C.S. 140911			
REGIONE DI PROVENIENZA	Numero ricette	Numero record	ticket incassato	Importo lordo	Totale avere
010	PIEMONTE			-	
020	VALLE D'AOSTA			-	
030	LOMBARDIA	4	8	-	18.614,08
041	PROV.AUT.BOLZANO			-	
042	PROV.AUT.TRENTO			-	
050	VENETO	4	8	-	18.614,08
060	FRIULI VENEZIA GIULIA			-	
070	LIGURIA			-	
080	EMILIA ROMAGNA			-	
090	TOSCANA			-	
100	UMBRIA	2	4	-	9.307,04
110	MARCHE	11	22	-	51.188,72
120	LAZIO	523	1.046	-	1.477.369,41
130	ABRUZZO	106	212	-	251.450,92
150	CAMPANIA	739	1.478	-	2.171.169,04
160	PUGLIA	68	136	-	197.540,97
170	BASILICATA	69	138	-	188.478,78
180	CALABRIA	27	54	-	121.678,87
190	SICILIA	4	8	-	18.614,08
200	SARDEGNA			-	
Totale complessivo		1.557	3.114	-	4.524.025,99

La spesa ASReM sostenuta per l'acquisto dei farmaci di cui ai DCA n. 31 e n. 72 del 2019 è pari a:

- Il semestre anno 2019 € 1,5/mln
- anno 2020 € 3,4/mln
- anno 2021 € 4,9/mln

Spesa rimborso Regione I semestre 2019: € 0,6/mln

Spesa rimborso Regione anno 2020: € 36.079,00

Spesa rimborso Regione anno 2021: € 15.436,00

Di seguito la percentuale dei pazienti extraregionali in trattamento:

- anno 2019 : 74%
- anno 2020 : 85,9%
- anno 2021: 90,7%

9.2.2 Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti. Implementazione/ottimizzazione procedure di acquisto

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 in raccordo con la Centrale Unica di Committenza regionale, ad un processo di adesione a confronti concorrenziali, derivanti dall'espletamento di precedenti sistemi dinamici posti in essere dalla Regione Piemonte, dalla Regione Abruzzo e dalla Regione Sardegna.

Con DCA n. 93 in data 28 luglio 2021 è stato istituito il Gruppo di Lavoro (GdL) di coordinamento per l'efficientamento e la razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi per il SSR, ivi compreso l'acquisto del "bene farmaco". Si evidenzia che l'azione della CUC, istituita con L.R. n. 8/2015 e designata quale soggetto aggregatore della Regione Molise, in attuazione del DL n. 66/2014, convertito con legge n. 89/2014, è preposta alla gestione di procedure contrattuali e di appalto per l'acquisizione di beni e servizi ed è volta, tra l'altro, ad aggregare e standardizzare le domande di interesse generale, monitorare beni e servizi, assicurare la trasparenza del mercato, degli appalti pubblici, adeguare gli standard di qualità agli effetti fabbisogni e semplificare i processi di acquisto.

Dall'analisi delle categorie terapeutiche per IV livello ATC (cfr. Documento AIFA, MSF-febbraio 2022, sulla farmaceutica regionale del Molise) si evince l'esigenza per la Regione di rendere più efficiente il ricorso alle gare di acquisto, anche attraverso un attento monitoraggio dei fabbisogni regionali e un controllo più stringente sulla stazione unica appaltante.

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 nel triennio.

9.2.3 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 Regione Molise con DCA n. 87 in data 02.12.2020 ha recepito il "Secondo Position Paper" dell'AIFA sui farmaci biosimilari.

Il Documento AIFA, MSF-febbraio 2022, sulla farmaceutica regionale del Molise relativa all'anno 2020 evidenzia come la regione mostri un andamento non ancora ottimale per 11 molecole su 17.

"In particolare, lo scostamento percentuale dal prezzo medio nazionale risulta superiore al 50% per: epoetine, trastuzumab ev, infliximab, EBPM, etanercept e adalimumab. Si è voluto considerare infatti, non tanto la penetrazione del biosimilare, quanto la capacità regionale di acquistare in modo corretto. È evidente come nella maggior parte dei casi sia necessario un maggior sforzo sotto questo punto di vista, sebbene sarebbe auspicabile che la regione intervenga fattivamente per favorire una maggiore penetrazione del biosimilare. Nel complesso un allineamento della spesa pro capite regionale a quello nazionale, porterebbe ad un potenziale risparmio per la regione pari a 1.913.998 euro".

9.2.4 Razionalizzazione della spesa per gas medicinale

La Regione Molise, con Decreto del Commissario Ad Acta n. 16 del 30 maggio 2012, ha previsto - nell'ottica del contenimento della spesa farmaceutica convenzionata - l'acquisizione diretta dell'ossigeno liquido ed il connesso servizio di ossigeno terapia domiciliare a lungo termine (O.T.D.), ai sensi della legge n. 405 del 16 novembre 2001, art. 4, comma 3, lett. c).

La spesa farmaceutica acquisti diretti per Gas Medicinali viene definita dall'AIFA tramite il flusso della tracciabilità del farmaco; il relativo tetto di spesa è stabilito nella misura pari a 0,20%, su FSN, ai sensi della legge 30 dicembre 2018, n. 145, recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021" che, all'art. 1, comma 575, ha previsto che "nell'ambito della spesa farmaceutica per acquisti diretti è stabilito un tetto pari allo 0,20 per cento relativo alla spesa per acquisti diretti di gas medicinali (ATC V03AN)".

Nella Regione Molise la spesa per l'ossigeno risulta essere elevata negli anni 2019 e 2020, mostrando un costante superamento del tetto stabilito per legge.

Nell'anno 2019 la percentuale si è attestata allo 0,32%, mentre nell'anno 2020 allo 0,30% (cfr. AIFA, MSF-febbraio 2022 - Documento di analisi sulla farmaceutica regionale del Molise).

Nell'anno 2021 il tetto di spesa si è attestato allo 0,35% (cfr. Monitoraggio CdA AIFA gennaio – dicembre 2021, tabella 11bis).

Tabella 11 bis Monitoraggio AIFA spesa farmaceutica (gennaio – dicembre 2021)



Regione	A	B	C	D	E=C-D	F=E-B	G=E/A %	H=E/Pop. Pesata 2021
	FSN * Gen-Dic	Tetto 0,20%	Spesa tracciabilità ^m (SOLO classe A e H - Colonne B e C Tab.11)	Payback ^v	Spesa Acquisti diretti (€)	Scost. assoluto	Inc. %	Spesa Pro capite
SICILIA	9.690.399.946	19.380.800	37.217.567	0	37.217.567	17.836.767	0,384	8,0
MOLISE	623.176.484	1.246.353	2.213.384	0	2.213.384	967.031	0,355	7,2
CALABRIA	3.874.912.314	7.749.825	12.478.648	0	12.478.648	4.728.824	0,322	6,8
SARDEGNA	3.230.220.020	6.460.440	9.530.748	0	9.530.748	3.070.308	0,295	5,7
V. D'AOSTA	252.676.940	505.354	734.700	0	734.700	229.346	0,291	5,8
BASILICATA	1.139.392.863	2.278.786	3.191.520	0	3.191.520	912.734	0,280	5,8
PUGLIA	7.937.147.831	15.874.296	22.146.917	0	22.146.917	6.272.621	0,279	5,7
ABRUZZO	2.630.295.825	5.260.592	6.489.421	0	6.489.421	1.228.830	0,247	5,0
PIEMONTE	8.906.750.326	17.813.501	21.084.847	0	21.084.847	3.271.347	0,237	4,7
CAMPANIA	11.308.423.371	22.616.847	23.736.700	0	23.736.700	1.119.853	0,210	4,5
E.ROMAGNA	9.119.797.094	18.239.594	16.935.503	0	16.935.503	-1.304.092	0,186	3,7
LAZIO	11.603.740.350	23.207.481	20.940.791	0	20.940.791	-2.266.690	0,180	3,7
MARCHE	3.103.547.014	6.207.094	5.454.925	0	5.454.925	-752.169	0,176	3,5
LOMBARDIA	20.247.854.004	40.495.708	33.406.104	0	33.406.104	-7.089.604	0,165	3,4
FRIULI V.G.	2.445.708.978	4.891.418	2.982.056	0	2.982.056	-1.909.362	0,122	2,3
TOSCANA	7.632.157.970	15.264.316	9.015.040	0	9.015.040	-6.249.276	0,118	2,4
LIGURIA	3.314.468.119	6.628.936	3.715.991	0	3.715.991	-2.912.945	0,112	2,2
UMBRIA	1.809.670.699	3.619.341	1.978.913	0	1.978.913	-1.640.429	0,109	2,2
P.A.	1.038.119.154	2.076.238	1.025.625	0	1.025.625	-1.050.613	0,099	2,1
VENETO	9.938.850.750	19.877.702	9.138.416	0	9.138.416	-10.739.286	0,092	1,9
P.A. TRENTO	1.077.134.087	2.154.268	551.702	0	551.702	-1.602.566	0,051	1,0
ITALIA	120.924.444.139	241.848.888	243.969.518	0	243.969.518	2.120.630	0,202	4,1

In rosso le Regioni che non rispettano il tetto di spesa.

La spesa è calcolata sulla base del dato di Tracciabilità trasmesso dalle Aziende Farmaceutiche in ottemperanza del DM 15 luglio 2004 del Ministero della Salute.

Payback a carico delle Aziende Farmaceutiche.

() Fsn 2021 definitivo comunicato dal Ministero della Salute il 20/04/2022*

9.2.5 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 9.2.1 Allineamento della spesa farmaceutica per acquisti diretti ai valori medi nazionali

Azione 9.2.1.1 Revisione dell'Accordo Regione – FEDERFARMA Molise per la distribuzione diretta dei farmaci del Prontuario Ospedale-Territorio (PHT)

Indicatore 9.2.1.1 DCA

Azione 9.2.1.2 Consolidamento del sistema di distribuzione diretta, mediante le farmacie del territorio (Distribuzione in nome e per conto del SSN – DPC)

Indicatore 9.2.1.2 Report-Riduzione della spesa pro capite DPC

Azione 9.2.1.4 Audit con i clinici nelle specifiche aree oggetto di attenzione

Indicatore 9.2.1.4 Report-Numero di audit

Azione 9.2.1.5 Monitoraggio della spesa pro capite al valore medio nazionale

Indicatore 9.2.1.5 Report

Obiettivo 9.2.2 Razionalizzazione della spesa extra-tariffa per la somministrazione dei farmaci OCREVUS, TISABRY e LEMTRADA ai pazienti extraregionali

Razionalizzazione della spesa extra-tariffa per la somministrazione dei farmaci OCREVUS, TISABRY e LEMTRADA ai pazienti extraregionali.



Azione 9.2.2.1 Razionalizzazione della spesa extra-tariffa per la somministrazione dei farmaci OCREVUS, TISABRY e LEMTRADA ai pazienti extraregionali

Indicatore 9.2.2.1 DCA

Obiettivo 9.2.3 Centralizzazione degli acquisti

Azione 9.2.3.1 Redazione da parte dell'ASReM del "fabbisogno farmaci annuale", con previsione nel triennio della copertura dell'intero fabbisogno farmaci

Indicatore 9.2.3.1 Redazione fabbisogno completo annuale

Azione 9.2.3.2 Adesione a procedure di gara dei centri aggregatori regionali mediante la CUC regionale

Indicatore 9.2.3.2 Report

Azione 9.2.3.3 Puntuale e costante monitoraggio delle gare di acquisto da parte del G.d.L. per la razionalizzazione della spesa beni e servizi istituito con DCA 93/2021

Indicatore 9.2.3.3 Report- calcolo riduzione della spesa per acquisti diretti mediante analisi categorie terapeutiche per ATC IV livello

Obiettivo 9.2.4 Potenziamento del farmaco "biosimilare"

Azione 9.2.4.1 Appropriately prescrivere dei farmaci biologici a brevetto scaduto. Scheda di prescrizione farmaco biologico/biosimilare a maggiore costo terapia

Indicatore 9.2.4.1 DCA

Azione 9.2.4.2 Maggiore penetrazione del biosimilare nella pratica clinica

Indicatore 9.2.4.2 Relazione semestrale

Azione 9.2.4.3 Aumento dei pazienti drug-naive trattati con i biosimilari

Indicatore 9.2.4.3 Report

Obiettivo 9.2.5 Incremento delle quantità d'acquisto dei biosimilari e correlata riduzione dei corrispondenti farmaci originator

Azione 9.2.5.1 Linee d'indirizzo ad ASReM per il potenziamento dell'acquisto dei biosimilari, correlate alla riduzione dei corrispondenti farmaci originator

Indicatore 9.2.5.1 DCA

Azione 9.2.5.2 Monitoraggio dello stato di attuazione delle linee d'indirizzo e verifica dei risultati raggiunti

Indicatore 9.2.5.2 Relazione

Obiettivo 9.2.6 Razionalizzazione della spesa per gas medicale

Azione 9.2.6.1 Monitoraggio della spesa per ossigeno rispetto al tetto dello 0,2%

Indicatore 9.2.6.1 Report

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
9.2.1 Allineamento della spesa farmaceutica per	9.2.1.1 Revisione dell'Accordo Regione – FEDERFARMA Molise per la distribuzione diretta dei farmaci del Prontuario Ospedale-Territorio (PHT)	31/12/2022	DCA	Si/no		



acquisti diretti ai valori medi nazionali	9.2.1.2 Consolidamento del sistema di distribuzione diretta, mediante le farmacie del territorio (Distribuzione in nome e per conto del SSN – DPC)	31/12/2023	Report	Riduzione spesa pro capite DPC del 20%		
		31/12/2024	Report	Allineamento spesa pro capite DPC alla media nazionale		
	9.2.1.4 Audit con i clinici nelle specifiche aree oggetto di attenzione	31/12/2022	Report	Numero di audit		
	9.2.1.5 Monitoraggio della spesa pro capite al valore medio nazionale	30/06/2023	Report	Allineamento della spesa pro capite al valore medio nazionale		
9.2.2 Razionalizzazione della spesa extra-tariffa per la somministrazione dei farmaci OCREVUS, TISABRY e LEMTRADA ai pazienti extraregionali	9.2.2.1 Razionalizzazione della spesa extra-tariffa per la somministrazione dei farmaci OCREVUS, TISABRY e LEMTRADA ai pazienti extraregionali	31/12/2022	DCA	Si/no		
9.2.3 Centralizzazione degli acquisti	9.2.3.1 Redazione da parte dell'ASReM del "fabbisogno farmaci annuale", con previsione nel triennio della copertura dell'intero fabbisogno farmaci	31/12/2022	Redazione fabbisogno completo annuale	Si/no		
	9.2.3.2 Adesione a procedure di gara dei centri aggregatori regionali mediante la CUC regionale	30/09/2023	Report	Calcolo riduzione della spesa per acquisti diretti mediante analisi categorie terapeutiche per ATC IV livello (copertura a mezzo gare dell'80% del fabbisogno ASREM)		
	9.2.3.3 Puntuale e costante monitoraggio delle gare di acquisto da parte del G.d.L. per la razionalizzazione della spesa beni e servizi istituito con DCA 93/2021	31/12/2023	Report	Calcolo riduzione della spesa per acquisti diretti mediante analisi categorie terapeutiche per ATC IV livello (copertura a mezzo gare del 100% del fabbisogno ASREM)		
9.2.4 Potenziamento del farmaco "biosimilare"	9.2.4.1 Appropriately prescrivibile dei farmaci biologici a brevetto scaduto. Scheda di prescrizione farmaco biologico/biosimilare a maggiore costo terapia	31/12/2022	DCA	Si/no		
	9.2.4.2 Maggiore penetrazione del biosimilare nella pratica clinica	30/06/2023	Relazione semestrale	Si/no		
	9.2.4.3 Aumento dei pazienti drug-naive trattati con i biosimilari	30/06/2023	Report	Incremento dei consumi di biosimilari		
9.2.5 Incremento delle quantità d'acquisto dei biosimilari e correlata riduzione dei corrispondenti farmaci originator	9.2.5.1 Linee d'indirizzo ad ASReM per il potenziamento dell'acquisto dei biosimilari, correlate alla riduzione dei corrispondenti farmaci originator	30/06/2023	DCA	Si/no		



	9.2.5.2 Monitoraggio dello stato di attuazione delle linee d'indirizzo e verifica dei risultati raggiunti	31/12/2023	Relazione	Si/no		
9.2.6 Razionalizzazione della spesa per gas medicale	9.2.6.1 Monitoraggio della spesa per ossigeno rispetto al tetto dello 0,2%	30/06/2023	Report	Riduzione dello 50% nel 2023 rispetto al 2022		
		31/12/2024	Report	Rispetto del tetto nel 2024		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Programmazione e Assistenza Farmaceutica						

*Azione riprogrammata

9.3 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 con diversificati livelli di criticità; detti dispositivi sono prodotti e tecnologie utilizzati nelle strutture sanitarie per la diagnosi e l'assistenza (siringhe, cateteri, protesi impiantabili, ferri chirurgici, strumentazioni per radiologia, ecografia).

9.3.1 Istituzione della Commissione tecnica regionale sui dispositivi medici

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), nonché a procedure che ne prevedano l'uso, ivi incluse quelle propedeutiche e/o correlate a procedure di gara regionali inerenti alla 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 e, 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 alla vigilanza, in raccordo con il Centro Regionale di Farmaco vigilanza e di Dispositivo vigilanza (CRFV).

9.3.2 Assegnazione tetto di spesa al Direttore Generale ASReM

Il decreto Legge n. 78 del 2015, successivamente convertito nella Legge n. 125 del 2015 stabilisce che:

- entro il 15 settembre 2015 e, successivamente, con cadenza biennale, deve essere fissato il tetto di spesa regionale per l'acquisto dei dispositivi medici, coerentemente con composizione pubblico- privato dell'offerta, con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, fermo restando il tetto di spesa nazionale del 4,4% sul fondo sanitario nazionale.
- Il superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale dovrà essere rilevato sulla base del fatturato di ciascuna Azienda al lordo dell'IVA, e dovrà essere dichiarato con Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Economia e delle finanze entro il 30 settembre di ogni anno.



- L'eventuale superamento del tetto di spesa regionale, come certificato dal decreto ministeriale, è posto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici, per una quota complessiva pari al 40% per l'anno 2015, 45% nell'anno 2016 e 50% a decorrere dall'anno 2017 .
- Ciascuna azienda fornitrice concorre alle predette quote di ripiano in misura pari all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici a carico del Servizio Sanitario Regionale.
- Le modalità procedurali del ripiano sono definite su proposta del Ministro della Salute, con apposito accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Successivamente, il comma 557 della Legge n. 145 del 30 dicembre 2018 ha specificato che *“a decorrere dal 2019 e per gli anni successivi la spesa dei dispositivi medici verrà rilevata sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica, relativi all'anno solare di riferimento”*.

Specifica, altresì, che nell'esecuzione dei contratti, anche in essere, è fatto obbligo di indicare nella fatturazione elettronica in modo separato il costo del bene e il costo del servizio.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome:

- con atto 181/CSR ha sancito accordo sui criteri di individuazione dei tetti di spesa regionale per gli anni 2015,2016,2017 e 2018, fissando i tetti di spesa regionali nella misura del 4,4 % dei Fabbisogni sanitari regionali;
- con atto 182/CSR ha sancito, nelle more della stipula del Patto della Salute 2019-2021, l'accordo sul criterio di individuazione dei tetti di spesa regionale per l'anno 2019, sempre al 4,4% dei Fabbisogni sanitari regionali, individuando per ogni Regione l'ammontare del rispettivo tetto di spesa per l'anno 2019 e stabilendo che, ai fini del calcolo del tetto, verrà utilizzato il fatturato sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica.

Entrambi gli Accordi hanno demandato a successivo decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la dichiarazione dell'eventuale sfioramento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale e a successivo accordo con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, le modalità procedurali del ripiano.

Il Ministero della Salute pubblica sul proprio sito, annualmente, la spesa dei dispositivi medici, utilizzando come dato il flusso dei dispositivi medici.

Inoltre, al fine di effettuare una prima stima della spesa sono state utilizzate le informazioni reperibili dalle Relazioni annuali della Corte dei conti, che dedicano un paragrafo alla spesa dei dispositivi medici

Di seguito si propone una tabella di sintesi rappresentativa della spesa per dispositivi medici registrata dal 2015 al 2020 e dell'entità del Payback per il medesimo periodo.

Tabella- Spesa per i dispositivi medici 2015-2020 (valori in migliaia di euro)

Anno	Tetto Nazionale	Spesa DM Corte Conti	Sforamento	% Pay Back	Ripiano
2015	4.799.459	5.765.448	965.989	40%	386.396
2016	4.885.669	5.839.746	954.077	45%	429.335
2017	4.925.260	5.986.289	1.061.029	50%	530.515
2018	4.962.054	6.153.899	1.191.845	50%	595.923
2019	5.010.616	6.378.300	1.367.684	50%	683.842
2020	5.261.000	6.842.000	1.581.000	50%	790.500



Totale	3.416.511
--------	-----------

LA SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI NEL 2020 - VERIFICA DEL TETTO DI SPESA

(in milioni)

Regioni	Fondo sanitario nazionale 2020	Tetto 4,4 %	Risultato 2020	Scostamento assoluto	Inc. % su FSR
Piemonte	8.806	387	563	176	6,4
Valle d'Aosta	249	11	15	4	6,1
Lombardia	19.905	876	815		4,1
P.A. Bolzano	1.007	44	71	27	7,1
P.A. Trento	1.045	46	79	33	7,6
Veneto	9.728	428	662	234	6,8
Friuli V.G.	2.415	106	194	88	8,0
Liguria	3.299	145	193	48	5,8
Emilia Romagna	8.922	393	650	257	7,3
Toscana	7.540	332	550	218	7,3
Umbria	1.791	79	130	51	7,3
Marche	3.066	135	219	84	7,1
Lazio	11.574	509	524	15	4,5
Abruzzo	2.614	115	193	78	7,4
Molise	623	27	35	7	5,6
Campania	11.234	494	535	40	4,8
Puglia	7.909	348	482	134	6,1
Basilicata	1.138	50	59	9	5,2
Calabria	3.808	168	171	3	4,5
Sicilia	9.685	426	504	78	5,2
Sardegna	3.214	141	199	58	6,2
Totale	119.573	5.261	6.842	1.642	5,7

Fonte dati: Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica, Corte dei conti, Sezioni Riunite in sede di controllo (pag. 258)

Come si evince dalla tabella sopra riportata, nel 2020, la spesa per dispositivi medici, in Molise, è stata pari a € 35.000.000, con un'incidenza sul Fondo Sanitario Regionale pari al 5,6%.

Nel 2021, la spesa per dispositivi medici in Molise è stata pari a € 33.378.000, (fonte CE IV trimestre 2021) con un'incidenza sul Fondo Sanitario Regionale (€ 623.176.484, fonte Monitoraggio AIFA gennaio-dicembre 2021, FSR definitivo come comunicato dal Ministero della Salute in data 20.04.2022), pari al 5,35%.

Ai fini del rispetto del tetto di spesa definito dalla citata normativa statale concorrono sia la corretta individuazione – da parte degli operatori sanitari coinvolti – delle specifiche tecniche che determinano la scelta e l'acquisto delle varie categorie di dispositivi medici, sia la riduzione del costo di acquisto dei dispositivi medici.

9.3.3 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 9.3.1 Riconduzione della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici ai valori soglia stabiliti dalla normativa statale

Azione 9.3.1.1 Istituzione della Commissione tecnica regionale sui dispositivi medici

Indicatore 9.3.1.1 DCA

Azione 9.3.1.2 Monitoraggio della spesa per dispositivi medici

Indicatore 9.3.1.2 Report

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
9.3.1 Riconduzione della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici ai valori soglia stabiliti dalla normativa statale	9.3.1.1 Istituzione della Commissione tecnica regionale sui dispositivi medici*	31/12/2022	DCA	Si/no		
	9.3.1.2 Monitoraggio della spesa per dispositivi medici	30.06.2023	Report	Riduzione del 50% dello scostamento rilevato nell'anno 2022		
		31.12.2024	Report	Riduzione del 50% dello scostamento rilevato nell'anno 2023		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Programmazione e Assistenza Farmaceutica						

*Azione riprogrammata



10 Governance del Personale

Nel triennio di programmazione 2022-2024, in coerenza con gli indirizzi della programmazione sanitaria, le politiche in tema di personale saranno orientate al recupero del ruolo centrale e fondamentale svolto dalle risorse umane nella gestione del SSR, pur continuando a perseguire gli obiettivi di efficienza organizzativa e sostenibilità economica, attraverso la puntuale individuazione dei fabbisogni collegati alle dinamiche dei tre livelli di assistenza (prevenzione, ospedaliera, distrettuale), a quelle gestionali ed amministrative. Obiettivo necessario e irrinunciabile della programmazione sarà quello di tornare ad investire in modo mirato e qualificato sul capitale umano, passando da una logica basata sulla mera amministrazione del personale a un sistema che metta in primo piano lo sviluppo del potenziale del personale attraverso una attenta valutazione dell'effettivo fabbisogno, una approfondita analisi del livello di competenze, conoscenze e attitudini possedute e di quelle considerate necessarie. Le misure programmate saranno, pertanto, finalizzate ad evitare un ulteriore impoverimento delle risorse umane del SSR e a supportare le conseguenti manovre collegate alla innegabile necessità di superare tutte le criticità strumentalmente presenti nel contesto regionale quali la carenza di personale e le problematiche connesse al processo di reclutamento.

Con riferimento all'annosa questione della carenza di organico, fortemente influenzata dal blocco del turnover, a cui la regione è stata sottoposta per lunga parte dei Piani, e dal marcato invecchiamento dell'organico aziendale, la Regione è intervenuta già nella scorsa programmazione prevedendo, tra le varie misure, l'avvio di procedure concorsuali predisposte sulla base del piano assunzionale e del reale fabbisogno aziendale.

A tale riguardo, tenuto conto dalla normativa di settore⁹, richiamata la coerenza attesa tra programmazione assunzionale e piani triennali di fabbisogno del personale (PTFP), occorre precisare che alla predisposizione del Piano triennale del fabbisogno del personale 2021-2023, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale ASREM n. 1087 del 17 settembre 2021, non ha fatto seguito la sua adozione da parte della Struttura Commissariale, in quanto si è ritenuto necessario rendere tale atto di programmazione coerente con la cornice economico-finanziaria del presente Programma Operativo. Tuttavia, al fine di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, la Struttura Commissariale, su richiesta di ASReM, ha rilasciato singole autorizzazioni ad assumere personale medico, personale infermieristico e operatore socio-sanitario, personale amministrativo e tecnico, Dirigenza PTA (nota prot. reg. n. 207997 del 24.12.2021), sulla base delle esigenze di carattere prioritario rilevate dall'Azienda.

Con riferimento alle procedure concorsuali sinora attivate dall'ASReM sono emerse ulteriori criticità tali da compromettere il completamento dell'iter assunzionale, ossia: molte delle procedure attivate hanno avuto esito negativo in quanto andate deserte; parte del personale sanitario reclutato ha presentato istanza di trasferimento presso strutture sanitarie di altre Regioni.

Le peculiarità e criticità del contesto rendono necessaria una rimodulazione di alcune azioni previste nel precedente Programma Operativo.

In merito alle risultanze connesse alle verifiche sugli Adempimenti Lea 2019, si rileva come la Regione sia adempiente rispetto al punto V "Piano Nazionale aggiornamento del personale sanitario" ed abbia superato la criticità relativa alla qualità del flusso informativo Tabella 1C.BIS - Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private accreditate e non accreditate (D.M. 29.01.2013 e Circolare del Conto Annuale), di cui al punto C "Obblighi

⁹ Si rinvia al Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica 8 maggio 2018, di approvazione delle "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche, congiuntamente alle disposizioni che si sono susseguite nella fase di emergenza sanitaria (cfr: Decreto-legge 9 marzo 2020, n.14, recante: "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19", convertito con modificazioni con Legge 24 aprile 2020, n. 27 : "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18" e successivo Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, recante: "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito con modificazioni dalla Legge 24 aprile 2020, n. 27, che ha previsto, al Titolo I, Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale).



Informativi”, come emerso dal verbale del Tavolo di Verifica del 29.12.2020.

10.1 Piani triennali di fabbisogno

Per superare tutte le criticità emerse nel rispetto dei vincoli imposti dal Piano di rientro, è necessario ricostruire la *policy* di gestione del personale, iniziando, in coerenza e in attuazione della legislazione nazionale, dall’analisi del fabbisogno basata non più su una mera riproduzione del dato storico ma sull’analisi del ruolo, delle funzioni, delle attività proprie dell’Azienda sanitaria regionale unica sul territorio molisano.

Tale *policy* si baserà quindi, da un lato, su una attenta analisi delle specificità aziendali

, dall’altro lato, al fine di garantire la necessaria uniformità al sistema e mantenere ferma l’attività di controllo, vigilanza, indirizzo propria della Regione, sarà effettuata anche tramite azioni di centralizzazione e di regolamentazione a livello regionale.

La nuova governance perseguirà l’obiettivo di definire una programmazione puntuale delle assunzioni per il triennio 2022-2024, tenuto conto della normativa nazionale, sulla base del reale fabbisogno aziendale.

Con riferimento all’entità della spesa per il personale programmata, preliminarmente se ne definisce il contesto normativo vigente.

L’articolo 11 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, ha introdotto, a decorrere dal 2019, rispetto a quanto stabilito dall’articolo 2, commi 71, 72 e 73 della L. 191/2009 e s.m.i., nuove regole in materia di spesa per il personale per gli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni a statuto ordinario e delle regioni a statuto speciale che non provvedono integralmente al proprio fabbisogno sanitario, finalizzate a modificare il valore di riferimento su cui parametrare la spesa per il personale salvaguardando l’equilibrio economico finanziario e nel rispetto degli adempimenti relativi all’erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Il comma 1 della disposizione in esame, modificato, da ultimo, dall’art. 1, comma 269, della L. 30 dicembre 2021, n. 234 (legge di bilancio 2022), recita:

“A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell’ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell’anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all’articolo 12 dell’Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall’articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 10 per cento dell’incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all’esercizio precedente. Nel triennio 2019-2021 la predetta percentuale è pari al 10 per cento per ciascun anno. Qualora nella singola Regione emergano, sulla base della metodologia di cui al sesto periodo, obiettivi ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali consentite dal presente articolo, valutati congiuntamente dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza, può essere concessa alla medesima Regione un’ulteriore variazione del 5 per cento dell’incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all’anno precedente, fermo restando il rispetto dell’equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall’articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l’invarianza del valore medio pro-capite, riferito all’anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018. Dall’anno 2022 l’incremento di cui al quarto periodo è subordinato all’adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nel rispetto del valore complessivo della spesa di personale



del Servizio sanitario nazionale determinata ai sensi dei precedenti periodi, adotta con decreto la suddetta metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, in coerenza con quanto stabilito dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, e dall'articolo 1, comma 516, lettera c), della legge 30 dicembre 2018, n. 145, e con gli standard organizzativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale, anche ai fini di una graduale revisione della disciplina delle assunzioni di cui al presente articolo. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale, che sono valutati e approvati dal tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12, comma 1, dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, congiuntamente al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 9, comma 1, della medesima intesa, anche al fine di salvaguardare l'invarianza della spesa complessiva".

Pertanto, ai sensi dell'articolo 11 del D.L. 35/2019:

- il vincolo di spesa è quello dato dalla spesa relativa all'anno 2018 o, se superiore, da quello della spesa per il personale del 2004, ridotta dell'1,4%;
- i fondi contrattuali possono essere adeguati al fine di mantenere costante il valore pro capite del trattamento economico accessorio riferito all'anno 2018;
- il nuovo limite di spesa è incrementato nella misura del 10% della variazione del fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente;
- il predetto limite può essere incrementato di un ulteriore 5% al termine dell'espletamento con esito positivo della procedura di cui all'articolo 11, comma 1, sesto periodo, del D.L. 35/2019.

Con particolare riferimento all'incremento delle risorse del trattamento accessorio del personale il cui limite è definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, con nota n. 179877 del 1° settembre 2020 il Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ragioneria Generale dello Stato, in risposta a una richiesta di parere della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, ha fornito chiarimenti di ordine interpretativo e applicativo della predetta disposizione legislativa.

Con documento 20/186/CR4ter/C7 "Indicazioni applicative per l'incremento dei fondi per il trattamento accessorio del personale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale in relazione al disposto dell'art. 11, c. 1 del D.L. n. 35/2019", approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 22 ottobre 2020, sono state definite indicazioni operative rispetto all'aumento dei fondi contrattuali.

Saranno forniti indirizzi all'ASREM di provvedere all'adeguamento dei fondi del trattamento accessorio del personale dipendente secondo quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, del D.L. 35/2019 e in conformità alle indicazioni in materia contenute nei documenti sopra richiamati.

10.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 10.1.1 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM 2021-2023 e 2022-2024

Azione 10.1.1.1 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM 2021-2023 e 2022-2024

Indicatore 10.1.1.1 DCA di adozione

Obiettivo 10.1.2 Monitoraggio sull'utilizzo dei fondi del trattamento accessorio

Azione 10.1.2.1 Monitoraggio sull'utilizzo dei fondi del trattamento accessorio del personale dipendente, secondo quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, del D.L. 35/2019

Indicatore 10.1.2.1 Relazione annuale



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
10.1.1 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM 2021-2023 e 2022-2024	10.1.1.1 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM 2021-2023 e 2022-2024	31/12/2022	DCA di adozione	Si/No		
10.1.2 Monitoraggio sull' utilizzo dei fondi del trattamento accessorio	10.1.2.1 Monitoraggio sull' utilizzo dei fondi del trattamento accessorio del personale dipendente, secondo quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, del D.L 35/2019	31/12/2023	Relazione annuale	Si/No		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Risorse Umane del SSR, Formazione, ECM						
Direzione Generale A.S.Re.M. UOC Risorse Umane ASREM						

10.2 Procedure assunzionali e gestione del turn over

Rilevato come la carenza di personale e le criticità nel reclutamento risultino strutturalmente presenti nel contesto regionale, la nuova *governance* avrà come obiettivo la rimodulazione del processo assunzionale, mediante una revisione ed aggiornamento della precedente programmazione e l'adozione di un nuovo piano assunzionale per il triennio 2022/2024 in linea con il piano relativo al triennio precedente e mediante un monitoraggio continuo dei processi aziendali.

Nello specifico, tra gli interventi promossi si rileva la riduzione del ricorso ai contratti di lavoro a tempo determinato, da ricondurre esclusivamente nel proprio alveo normativo, finalizzato a soddisfare esigenze temporali ed eccezionali, limitate ed urgenti, in funzione di prevedibili picchi di attività, di cui all'art. 36 del d.lgs. 165/2001, generando nuovi stimoli nel personale neoassunto a vantaggio di un miglioramento nell'assistenza al paziente.

Una programmazione puntuale delle assunzioni risulta essere elemento imprescindibile per il mantenimento del sistema, anche conseguentemente alle carenze derivanti dal sempre più crescente numero di cessazioni incrementato a seguito dell'introduzione delle nuove disposizioni pensionistiche nazionali.

La Regione ha già posto in essere negli anni precedenti i percorsi volti alla stabilizzazione del personale ai sensi dell'art. 20 d.lgs. n. 75/2017.

La fuoriuscita di professionalità dal Sistema Sanitario Pubblico, che sempre più di frequente trova una ricollocazione nelle strutture private, rappresenta un ulteriore aspetto di criticità di cui tenere conto nella nuova programmazione.

Tali carenze possono essere soddisfatte unicamente attraverso procedure concorsuali celeri e nel rispetto dei principi costituzionali di imparzialità, selettività, trasparenza, pubblicità e attraverso l'utilizzo dei nuovi istituti introdotti nell'ordinamento, quali il coinvolgimento dei medici specializzandi, secondo le disposizioni previste dalla normativa nazionale; procedure che la regione intende predisporre nel triennio in programmazione.

Si riporta di seguito il dettaglio delle assunzioni pianificate per il triennio 2022-2024 e lo stato delle assunzioni alla data del 13/05/2022.



CATEGORIA	N°UNITA' DA RECLUTARE ANNO 2022	N°UNITA' DA RECLUTARE ANNO 2023	N°UNITA' DA RECLUTARE ANNO 2024	Somma di N. ASSUNTI al 13/05/2022	TOTALE PERSONALE DA ASSUMERE NEL TRIENNIO
COMPARTO AREA AMMINISTRATIVA		70		2	70
COMPARTO AREA PROFESSIONALE	3	2			5
COMPARTO AREA SANITARIA	184	107	23		314
COMPARTO AREA TECNICA	250	136	2		388
DIRIGENTE MEDICO	250	39	33	61	322
DIRIGENTE NON MEDICO - AREA SANITARIA	34		3		37
DIRIGENTE NON MEDICO- AREA AMMINISTRATIVA	8				8
DIRIGENTE NON MEDICO- AREA PROFESSIONALE	3			1	3
DIRIGENTE NON MEDICO- AREA TECNICA	2	2			4
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	24	24	24		72
Totale complessivo	758	380	85	64	1223

10.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 10.2.1 Completamento dell'iter delle procedure assunzionali in linea con il Piano Assunzionale 2022-2024

Azione 10.2.1.1 Monitoraggio dello stato di avanzamento delle procedure concorsuali *in itinere*

Indicatore 10.2.1.1 Report semestrale

Azione 10.2.1.2 Conclusione delle procedure concorsuali in base al piano assunzionale

Indicatore 10.2.1.2 Relazione tecnica

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
10.2.1 Completamento dell'iter delle procedure assunzionali in linea con il Piano Assunzionale 2022-2024	10.2.1.1 Monitoraggio dello stato di avanzamento delle procedure concorsuali in itinere	31/12/2022	Report semestrale	Si/No		
	10.2.1.2 Conclusione delle procedure concorsuali in base al piano assunzionale*	31/12/2024	Relazione tecnica	Si/No		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Risorse Umane del SSR, Formazione, ECM						
Direzione Generale A.S.Re.M. UOC Risorse Umane ASREM						

* Azione riprogrammata

10.3 Fabbisogni formativi professioni mediche e sanitarie

Ulteriore aspetto che si ritiene di dover affrontare è quello legato alla definizione di fabbisogni formativi, con particolare riferimento al personale per le aree manageriali, prevedendo attività di formazione ad hoc per tali figure, da considerare nella sede del più ampio processo finalizzato alla valorizzazione delle *performances* del personale, mediante la previsione, con particolare riguardo al comparto ed al *middle management* di meccanismi incentivanti.

Il processo di definizione del fabbisogno di professionisti sanitari in Italia è regolamentato da dall'articolo 6-ter del D.lgs. 502 del 1992 che ne definisce:



- la scadenza e la frequenza della rilevazione del fabbisogno di professionisti presso le Regioni (entro il 30 aprile di ogni anno);
- gli attori coinvolti (Ministero della Salute, MIUR, Regioni e Province Autonome, Federazioni degli ordini e Collegi professionali o Associazione maggiormente rappresentative delle professioni sanitarie);
- le variabili delle quali occorre tener conto (livelli essenziali di assistenza ed obiettivi indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali; modelli organizzativi dei servizi; offerta di lavoro e domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato, non ancora immesso nell'attività lavorativa, tenuto).

Ai fini della rilevazione è stato sviluppato un modello teorico di riferimento per determinare il fabbisogno formativo di professionisti sulla base di alcuni parametri e variabili che mettono in relazione la domanda e l'offerta di personale sanitario da cui il fabbisogno stesso deve discendere.

Nelle tabelle che seguono si riporta il fabbisogno formativo di professionisti sanitari nella Regione Molise per le annualità 2022/2023

Professioni con laurea triennale	Numero unità richieste
Assistente Sanitario	2
Dietista	0
Educatore Professionale	1
Fisioterapista	15
Igienista Dentale	3
Infermiere	150
Infermiere pediatrico	5
Logopedista	15
Ortottista - Assistente di Oftalmologia	3
Ostetrica /o	3
Podologo	1
Tecnico Audiometrista	3
Tecnico Audioprotesista	2
Tecnico della Fisiopatologia Cardiocirc.e perf. vascol.	3



Professioni con laurea triennale	Numero unità richieste
Tecnico della Prevenzione Ambiente e Luoghi di Lavoro	23
Tecnico di Neurofisiopatologia	1
Tecnico Ortopedico	2
Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	10
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	35
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	15
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	2
Terapista Occupazionale	3

Professioni con laurea quinquennale	Numero unità richieste
Veterinario	30
Farmacista	1
Biologo	20
Chimico	1
Fisico	1
Psicologo	5

Professioni con laurea sessennale	Numero unità richieste
Medico chirurgo	350
Odontoiatra	20



In ambito formativo ulteriori interventi sono previsti con specifico riferimento a quanto delineato nel PNRR.

Preliminarmente, il PNRR è un programma performance based ed è pertanto incentrato su milestone e target (M&T) che descrivono in maniera granulare l'avanzamento e i risultati delle misure del PNRR, dove le milestone definiscono le fasi rilevanti di natura amministrativa e procedurale mentre i target rappresentano i risultati attesi dagli interventi, quantificati in base a indicatori misurabili.

Con Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, è stato approvato lo schema di decreto delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i Progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari,

Con DCA n. 9 del 24-02-2022 recante "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6- Salute Componente M6C1 - Reti di Prossimità, Strutture e Telemedicina per l'Assistenza Sanitaria Territoriale. Investimenti 1.1- 1.2- 1.3. Piano degli interventi relativo alla linea di Investimento PNRR" M6C1 - Reti di Prossimità, Strutture e Telemedicina per l'Assistenza sanitaria Territoriale" – Provvedimenti", sono state previste specifiche risorse finanziarie destinate a realizzare specifici percorsi formativi sul tema delle Infezioni ospedaliere per €482.745,28 da destinare all'aggiornamento degli operatori sanitari coinvolti.

Inoltre, con il Decreto del Ministero della Salute del 2 novembre 2021 sono state assegnate alle Regioni le risorse finanziarie per la realizzazione dell'intervento previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR), Missione M6, Componente C2, Investimento 2.2: "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" – Subinvestimento 2.2 (a). Sub-misura: "Borse aggiuntive in formazione di medicina generale", per il ciclo del triennio 2021-2023.

Alla Regione Molise sono state assegnate risorse pari a euro 188.838,90 che hanno permesso di finanziare ulteriori 5 borse di studio che si sono aggiunte alle 12 borse di studio già finanziate con le risorse del Fondo Sanitario Nazionale ai fini della frequenza del Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale 2021-2024 di cui al D. Lgs. 368/1999 e s.m.i. da parte di laureati in medicina e chirurgia.

Inoltre con la DGR n. 53 del 9 marzo 2022 la Giunta regionale ha approvato il progetto, presentato dalla Direzione Generale per la Salute all'Agenzia per la Coesione Territoriale e l'Autorità di Gestione del Pon Governance e Capacità Istituzionale 2014-2020, denominato "Pon Governance e Capacità Istituzionale 2014-2020, Progetto "Interventi per il rafforzamento delle strutture sanitarie nella lotta alla pandemia da Covid 19 nelle regioni del mezzogiorno", facente parte dell'Asse 5 - obiettivo specifico 5.1 azione 5.1.1 . Il soggetto attuatore è stato individuato nell' A.S.Re.M. e la scadenza è fissata per il 31/12/2023. Il progetto presentato è stato finanziato per 7.753.131,60 euro, ed è finalizzato a migliorare le prestazioni del SSR per la promozione della salute a livello territoriale, oltre che a favorire interventi di rafforzamento organizzativo delle strutture sanitarie pubbliche attraverso messa a disposizione e/o assunzioni di personale sanitario.

10.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 10.3.1: Revisione ed aggiornamento del sistema di valutazione e valorizzazione delle risorse umane

Azione 10.3.1.1 Adozione del Piano della Performance 2022-2024*

Indicatore 10.3.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 10.3.1.2 Implementazione di meccanismi di incentivazione del personale del comparto e *middle management***

Indicatore 10.3.1.1 Provvedimento ASReM



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
10.3.1 Revisione ed aggiornamento del sistema di valutazione e valorizzazione delle risorse umane	10.3.1.1 Adozione del Piano della Performance 2022-2024*	31.12.2022	Provvedimento ASReM	Si/no		
	10.3.1.2 Implementazione di meccanismi di incentivazione del personale del comparto e <i>middle management</i> **	31.12.2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Risorse Umane del SSR, Formazione, ECM						
Direzione Generale A.S.Re.M. UOC Risorse Umane ASREM						

* L' Azione sostituisce quanto previsto nel PO 19-21 relativamente al Piano della Performance 2019-2021 dell'ASReM

** Azione riprogrammata



11 Governance regionale

11.1 Definizione della governance regionale di supporto al SSR

Nell'ambito dell'implementazione di un modello di governance del SSR, la Regione Molise ha definito un piano di attività basato su di una nuova architettura organizzativa orientata al rafforzamento dell'intero sistema di controllo sanitario, che sarà realizzato attraverso la definizione di un chiaro sistema di distribuzione delle responsabilità tra le Strutture regionali e aziendali, anche attraverso modalità di esercizio delle funzioni di governo ai diversi livelli, oltre che di un sistema di regolamenti e linee guida che regolerà il funzionamento delle attività.

Realizzare un moderno ed effettivo modello di governance regionale rappresenta un obiettivo prioritario per la Regione Molise. La necessità prioritaria è quella di avere nelle disponibilità regionali dati affidabili e tempestivi. Questo è possibile attraverso una revisione dei processi di riferimento e tramite l'implementazione di adeguati sistemi informativi in grado di produrre informazioni con il livello di dettaglio necessario a facilitare l'interpretazione dei fenomeni sanitari complessi.

In tale ambito, per consentire la piena realizzazione di un sistema di governance, è necessario definire il sistema per verificare periodicamente l'attuazione delle azioni previste dalla programmazione regionale e aziendale, oltre che il raggiungimento degli adempimenti che si inseriscono all'interno del quadro degli obiettivi sanitari a livello nazionale.

11.2 Verifica adempimenti

La verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) è affidata al Comitato LEA (Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza), istituito dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo-2005 al fine di garantire l'effettività nell'erogazione dei LEA e la loro uniformità sul territorio.

La verifica Adempimenti prende avvio a partire dalla predisposizione, a cura del Comitato, di un questionario annuale che, corredato di note esplicative, è trasmesso alle Regioni per la compilazione e la raccolta della documentazione necessaria per il monitoraggio. A partire dalla documentazione prodotta dalle Regioni sono disposte le successive riunioni tecniche finalizzate alla certificazione degli adempimenti.

Tale processo valutativo, congiuntamente al Tavolo di verifica degli Adempimenti, consente alle Regioni di accedere alla quota premiale del finanziamento per l'assistenza, prevista dall'art. 2, comma 68, della legge n.191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del decreto-legge n. 95/2012 (convertito, con modificazioni, in legge n.135/2012). Per le Regioni in piano di rientro, le valutazioni sono aggiornate in occasione delle riunioni di verifica trimestrale dei Tavoli congiunti Comitato Lea e Tavolo Adempimenti, tenute presso il Ministero dell'economia e delle finanze.

Con particolare riferimento al processo di verifica adempimenti LEA 2020, si evidenzia l'introduzione del Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG), di cui al DM del 12 marzo 2019. Tale sistema, utilizzando le informazioni presenti sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), consente una misurazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza.

Con riferimento al contesto regionale, dagli esiti della Verifica Adempimenti 2019 la Regione presenta alcune inadempienze e criticità per le quali si rimanda a quanto delineato nelle distinte Aree di intervento della presente programmazione, ove sono state predisposte specifiche azioni risolutive.

Premesso che il monitoraggio degli Adempimenti LEA e degli interventi risolutivi sopra menzionati è parte sostanziale dei compiti attribuiti alla struttura di governance del Piano, nell'ambito della programmazione 2022-2024 è prevista l'istituzione di un apposito gruppo di lavoro a cui sarà affidata tale attività di monitoraggio. Il monitoraggio sarà condotto mediante tavoli di verifica tenuti con cadenza mensile che vedranno il coinvolgimento di ASReM e della Direzione Generale per la Salute. Con cadenza trimestrale, inoltre, è prevista la redazione di apposite schede di monitoraggio, strumento documentale dello stato di avanzamento della programmazione.



11.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.2.1 Monitoraggio degli adempimenti LEA e degli interventi risolutivi programmati

Azione 11.2.1.1 Istituzione di un gruppo di lavoro ai cui affidare l'attività di monitoraggio e verifica degli adempimenti

Indicatore 11.2.1.1 DCA

Azione 11.2.1.2 Istituzione di tavoli regionali di verifica degli adempimenti (ASReM, DG Salute)

Indicatore 11.2.1.2 DCA

Azione 11.2.1.2 Predisposizione di schede di monitoraggio trimestrali

Indicatore 11.2.1.2 Report trimestrale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.2.1 Monitoraggio degli adempimenti LEA e degli interventi risolutivi programmati	11.2.1.1 Istituzione di un gruppo di lavoro ai cui affidare l'attività di monitoraggio e verifica degli adempimenti	31.12.2022	DCA	Si/no		
	11.2.1.2 Istituzione di tavoli regionali di verifica degli adempimenti (ASReM, DG Salute)	31.12.2022	DCA	Si/no		
	11.2.1.2 Attività di monitoraggio trimestrali	31.03.2023	Report trimestrale	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute DG ASReM						

11.3 Flussi Informativi

L'ottimizzazione dei sistemi informativi è un importante driver di sviluppo del Sistema Sanitario Regionale che, per definizione, è costituito da sistemi informativi e da dati eterogenei, gestiti attraverso strumenti diversi, differenziati per architettura, tecnologie, funzioni.

Per quanto riguarda i flussi informativi, la traiettoria strategica della Regione Molise per il triennio di programmazione è rappresentata dallo sviluppo di una infrastruttura tecnologica regionale che consenta di realizzare un orientamento data-driven, con un approccio basato sui dati e la loro corretta gestione (data management) sia come fattore tecnico, ma soprattutto come pilastro strategico della programmazione regionale, specialmente a supporto dei processi dell'area clinica.

L'obiettivo è l'efficace implementazione e gestione dei data-base, l'implementazione di standard dell'informazione robusti per consentire la completa interoperabilità¹⁰ e la connettività a livello infra ed extra regionale.

Per i flussi informativi sanitari, dunque, la necessità è quella di aggiornare l'attuale modello architetturale attraverso l'adozione di standard di interoperabilità regionali che riducano la frammentazione e la duplicazione dei dati. Attraverso la collaborazione della propria società in house Molise Dati S.p.a., l'obiettivo sarà potenziare la componente tecnica

¹⁰ Interoperabilità di base (requisiti di interconnettività), strutturale (formato e sintassi), semantica (interpretazione e metriche comuni) e organizzativa (governance dei dati, sicurezza e trasparenza).



relativa alla messa a punto delle metodologie e degli strumenti necessari a garantire, in modo omogeneo per tutti i sistemi informativi, qualità, armonizzazione, connettività, interoperabilità e sicurezza dei dati.

Elemento fondamentale nel triennio, è rappresentato dalla Missione 6 Salute del PNRR, che è da considerarsi parte del perimetro della componente organizzativa-normativa relativa alla definizione delle infrastrutture, dei compiti e delle responsabilità di governo sanitario regionale.

L'avvio necessario del percorso di riforma del sistema informativo sanitario regionale è rappresentato infatti dagli obblighi imposti dal PNRR e previsti dal Piano Triennale dell'Agenzia per l'Italia Digitale – AgID che impatterà prevalentemente sul Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso azioni migliorative, di armonizzazione e diffusione del FSE, nonché sull'alimentazione di un repository dedicato basato sullo standard HL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources).

In tale ambito, la Regione Molise ha avviato il Progetto “Art. 79” a partire dal 2 novembre 2020, a seguito dell'aggiudicazione della 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.

Con riferimento alle attività condotte nell'ambito di tale progettualità, in una prima fase, sono state condotte attività di analisi dell'attuale processo di produzione dei flussi informativi, finalizzate all'identificazione puntuale delle aree da efficientare sia con riferimento agli aspetti di natura organizzativa e di processo, sia con riferimento agli aspetti qualitativi e di tempestività della produzione dei dati raccolti.

Ad oggi sono in corso di esecuzione interventi che coinvolgono sia le Strutture regionali sia l'A.S.Re.M., finalizzati al miglioramento dei processi di gestione dei flussi informativi sanitari regionali e delle attività di produzione e controllo connesse.

A tale proposito, gli interventi in corso di esecuzione, che vedranno la loro completa conclusione nell'arco del triennio di programmazione oggetto del presente Piano, sono volti a garantire la raccolta sistematica, continuativa, completa dei dati sanitari e a consentire:

- l'omogeneizzazione delle procedure di raccolta dati tra i diversi attori;
- la crescita, l'aggiornamento e la formazione del personale coinvolto;
- l'adeguamento dei sistemi informativi utilizzati.

Le azioni correttive individuate saranno inoltre formalizzate in nuovi regolamenti del processo di elaborazione, produzione e monitoraggio dei flussi informativi, che la Regione adotterà al fine di garantire:

- elaborazione di processi univoci ed omogenei per la raccolta e produzione dei dati;
- definizione puntuale dei livelli di responsabilità tra i diversi attori;
- identificazione dei controlli da prevedere e delle relative tempistiche.

I regolamenti saranno redatti in conformità della normativa nazionale e regionale di riferimento, tarati su quanto previsto dal PNRR, secondo le seguenti tempistiche:

AMBITO DI RIFERIMENTO	FLUSSO INFORMATIVO OGGETTO DI REGOLAMENTAZIONE	TEMPISTICA DI ADOZIONE
ASSISTENZA OSPEDALIERA	- Flusso A - SDO	31/12/2022
	- Flusso EMUR PS	
	- Flusso EMUR 118	
	- Flusso Farmaceutica Ospedaliera – Consumi Ospedalieri	
	- Flusso Grandi Apparecchiature Sanitarie	
ASSISTENZA DISTRETTUALE	- Flusso C – Assistenza specialistica ambulatoriale	31/12/2022
	- Flusso SIND	
	- Flusso SIMS	
	- Flusso Hospice (da valutare)	
	- Flusso H - Assistenza Riabilitativa	
	- Flusso SIAD	
- Flusso FAR		



PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	<ul style="list-style-type: none"> - Flusso D – Farmaceutica convenzionata - Farmaceutica Territoriale – Distribuzione Diretta - Farmaceutica Territoriale – Distribuzione per conto - Flusso F - Prestazioni Farmaceutiche - Flusso Dispositivi Medici - Flusso Screening 	31/12/2022
--	--	------------

Tale percorso di ridefinizione dei processi, consentirà inoltre il miglioramento della qualità dei flussi informativi sanitari regionali, le cui eventuali anomalie potranno essere verificate e modificate prima della trasmissione periodica al Ministero della Salute, tramite il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) in adempienza a quanto previsto dalla normativa vigente.

Nell'ambito di tale attività, per il superamento delle criticità riguardo il controllo del dato e di validazione (pre-invio) da parte sia delle Strutture Aziendali sia dei Servizi regionali competenti per materia, nonché di 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, saranno delineati, a livello organizzativo, tre principali livelli che interverranno, ciascuno per le proprie funzioni, nel nuovo iter di produzione, controllo e validazione dei flussi:



Questi saranno applicati a tutte le strutture aziendali e regionali competenti per materia, coinvolte nell'attività di raccolta dati, analisi, monitoraggio, validazione, e trasmissione alle istituzioni competenti nel rispetto della tempistica definita per ogni flusso informativo.

L'adozione e l'attuazione delle disposizioni contenute nei nuovi regolamenti sarà completata entro il 2024 e garantirà di assicurare il superamento delle criticità riscontrate, nonché l'attuazione di nuovi processi di produzione, controllo e validazione dei flussi informativi, che consentano:

- omogeneità nelle modalità di rilevazione;
- univocità e tracciabilità dei dati trasmessi;
- ottimizzazione della qualità dei flussi mediante verifica periodica degli applicativi utilizzati per la produzione del flusso nel rispetto dei requisiti previsti dalle specifiche funzionali e controlli tempestivi e sistematici dei dati;
- completezza e correttezza dei dati presenti nel flusso informativo;
- monitoraggio puntuale sui dati di produzione del SSR.

Altro obiettivo legato al PNRR, a cui dovranno seguire tutti gli adempimenti consequenziali, tra cui quello della realizzazione dei regolamenti e la loro omogeneizzazione con l'ecosistema regolamentare regionale, è quello dell'adozione di quattro nuovi flussi informativi nazionali che il Sistema Sanitario Regionale dovrà alimentare. Nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario NSIS dovranno essere attivati i seguenti nuovi flussi:

- riabilitazione territoriale;
- servizi di assistenza primaria;
- ospedali di comunità;
- consultori familiari.

Il Piano Sanità Connessa

Il Piano Sanità Connessa, con fondi dedicati a valere sul PNRR, è la progettualità partita all'interno del Comitato Interministeriale per la transizione digitale (CITD) e realizzata tramite Infratel Italia (Infrastrutture e Telecomunicazioni per l'Italia S.p.A., società in-house del Ministero dello Sviluppo Economico rientrante nel Gruppo Invitalia) e che prevede la "fornitura di servizi di connettività a banda ultralarga presso strutture del servizio sanitario pubblico sul territorio italiano, compresa la fornitura e posa in opera della rete di accesso e di servizi di gestione e manutenzione". La Regione Molise ha inteso partecipare al Piano e ha scelto di affidare la progettazione tecnica e la realizzazione alla società in-house Molise Dati S.p.A., coinvolgendo attivamente l'Azienda Sanitaria regionale ASReM.

Nello specifico, si tratta di un Piano per la fornitura di servizi di connettività a banda ultra-larga presso strutture del servizio sanitario pubblico sul territorio regionale, e comprende la fornitura e posa in opera della rete di accesso e di servizi di gestione e manutenzione. L'intervento ha lo scopo di fornire connettività con velocità simmetrica, a partire da 1 Gbit/s fino a 10Gbit/s, a tutte le strutture del servizio sanitario regionale. Particolare attenzione è data al tema del disaster recovery e della cyber security della rete regionale.

Il Piano è finanziato con fondi afferenti al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), con particolare riguardo alla Missione 1, Componente 2, Investimento 3.4, del PNRR denominato "Sanità connessa" e sostituirà interamente, a tendere, gli attuali contratti regionali per la fornitura di fibra.

Attraverso Sanità Connessa, la Regione Molise punta alla completa copertura di fibra performante per le proprie Strutture sanitarie (ospedaliere e territoriali, tra cui quelle di continuità assistenziale), il cui costo sarà imputato interamente sulle risorse del PNRR e che consentirà di liberare risorse attualmente utilizzate per la fibra dalla Regione Molise e dall'Azienda Sanitaria regionale.

L'architettura di rete per l'interconnessione delle strutture sanitarie individuata è schematizzata nella figura di seguito riportata. Dallo schema si evince che tutte le strutture sanitarie avranno un accesso ad Internet centralizzato verso la sede di Molise Dati che fungerà da hub per la gestione, il controllo e la sicurezza dei dati.

Figura 1. Architettura di rete per il progetto. Le strutture sanitarie individuate in tale progetto sono di tre tipologie:

- Tipo 1: ospedali, strutture di ricovero e CED regionali ad uso della sanità con 10 Gbit/s e banda garantita simmetrica di almeno di 1 Gbit/s;
- Tipo 2: sedi intermedie con 1 Gbit/s e banda garantita simmetrica di almeno di 500 Mbit/s;
- Tipo 3: strutture sanitarie minori (struttura di assistenza e riabilitazione) con 1 Gbit/s e banda garantita simmetrica almeno di 100 Mbit/s.

11.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 10.3.1. Ottimizzazione dei sistemi informativi

Azione 10.3.1.1: Aggiornamento dell'attuale modello architetturale attraverso l'adozione di standard di interoperabilità regionali

Indicatore 10.3.1.1: DCA

Azione 10.3.1.2: Formalizzazione in nuovi regolamenti del processo di elaborazione, produzione e monitoraggio dei flussi informativi

Indicatore 10.3.1.2: DCA

Azione 10.3.1.3: Controllo e validazione dei flussi

Indicatore 10.3.1.3: Report semestrale



Azione 10.3.1.4: Adozione di quattro nuovi flussi informativi nazionali
Indicatore 10.3.1.7: DCA

Azione 10.3.1.4: Attuazione del Piano sanità connessa
Indicatore 10.3.1.4: Relazione

Azione 10.3.1.5: Definizione e realizzazione di una piattaforma di integrazione coordinamento dei flussi informativi
Indicatore 10.3.1.5: Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
10.3.1 Ottimizzazione dei sistemi informativi	Azione 10.3.1.1. Aggiornamento dell'attuale modello architetturale attraverso l'adozione di standard di interoperabilità regionali	31/12/2023	DCA			
	Azione 10.3.1.2 Formalizzazione in nuovi regolamenti del processo di elaborazione, produzione e monitoraggio dei flussi informativi	31/03/2023	DCA			
	Azione 10.3.1.3. Controllo e validazione dei flussi	31/12/2022	Report semestrale			
	Azione 10.3.1.4. Adozione di quattro nuovi flussi informativi nazionali	31/12/2024	DCA			
	Azione 10.3.1.5 Attuazione del Piano sanità connessa	31/12/2023	Relazione			
	Azione 10.3.1.5. Definizione e realizzazione di una piattaforma di integrazione coordinamento dei flussi informativi	31/12/2023	Relazione			
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Controllo di gestione e flussi informativi DG ASReM Molise Dati						

11.4 Gestione e presidio del contenzioso

Il contenzioso rappresenta l'aspetto patologico dell'attività amministrativa; la sua gestione, tuttavia, se orientata verso la funzione pro-attiva è in grado anche di indirizzare l'azione amministrativa verso il miglior risultato, in un'ottica preventiva dello stesso.

Resta indubbiamente da considerare l'aspetto quasi fisiologico, tipico della sanità molisana, che registra un elevato contenzioso che risulta in assoluto il più considerevole, anche solo in termini quantitativi, rispetto alle altre materie governate.

Il contenzioso è coordinato e monitorato dal Servizio di Supporto alla Struttura Commissariale, istituito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 235/2022, deputato per il tramite dell'Ufficio "Supporto Giuridico" a gestire i rapporti con l'Avvocatura dello Stato, in raccordo con la Direzione Generale per la Salute.

Il contenzioso sanitario, amministrativo e civile viene costantemente monitorato tramite relazioni periodiche ai Ministeri affiancanti.

Tanto premesso, si riporta di seguito una sintesi dei contenziosi attualmente in essere, distinti per tipologia dei provvedimenti impugnati e recante un breve riferimento alle ragioni dell'Amministrazione resistente.



Contenzioso amministrativo (ricorsi al TAR Molise)

A) Ricorsi amministrativi proposti da Strutture residenziali psichiatriche, Strutture residenziali e Gruppi appartamento per l'accertamento dell'illegittimità del silenzio serbato dall'Amministrazione sulla domanda per il rilascio dell'accreditamento istituzionale ai sensi della L.R. n. 18/2008

Per alcune di queste Strutture il Tar Molise a seguito di Sentenze di condanna della Regione Molise e del Commissario ad acta a pronunciarsi sull'istanza di accreditamento si è espresso, su istanza delle parti, con Ordinanze collegiali, ordinando alla Regione Molise e al Commissario ad acta di concludere il procedimento promosso dalle ricorrenti per l'accreditamento istituzionale della propria struttura socio-sanitaria entro e non oltre il 30.11.2022. Contestualmente, in alcuni casi, il Tar Molise ha provveduto a nominare quale commissario ad acta il Prefetto di Campobasso, con il compito di procedere, con facoltà di delega, all'esecuzione delle sentenze ove l'Amministrazione non dovesse provvedere entro il termine stabilito.

Al riguardo, la Regione ha provveduto a sollecitare ulteriormente l'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) per la verifica di competenza del possesso dei requisiti per l'accreditamento istituzionale, da accertarsi presso la sede delle Strutture richiedenti l'accreditamento.

B) Ricorsi per annullamento DCA n. 3/2022 – fissazione limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea riabilitazione e assistenza socio-sanitaria erogate da operatori privati accreditati, acquisibili con oneri a carico del SSR per l'anno 2022

Al riguardo, la Regione ha chiesto il rigetto delle domande e ha rappresentato di aver correttamente proceduto alla definizione dei tetti di spesa, destinando il finanziamento previsto per l'assistenza riabilitativa, alle prestazioni residenziali extraospedaliere, ambulatoriali, domiciliari e semiresidenziali e di assistenza socio sanitaria, per il potenziamento della complessiva capacità d'offerta regionale attraverso tutte le strutture presenti sul territorio, in coerenza con quanto previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

C) Ricorsi per annullamento DCA n. 19/2018 – schema di contratto per acquisto di prestazioni di assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale a carattere riabilitativo per annualità 2016-2018

Al riguardo, la Regione ha affermato che la rideterminazione delle tariffe per l'attività riabilitativa territoriale psichiatrica è stata operata in conformità alla vigente normativa mediante applicazione degli indici ISTAT per le annualità 2007 – 2016, al fine di garantire il riequilibrio economico – finanziario previsto dal POS 2015-2018.

D) Ricorsi per annullamento DCA n. 10/2020 "Definizione dei limiti massimi di finanziamento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2019." e n. 11/2020 "Approvazione dello Schema di contratto per l'acquisto dalle strutture private operanti in regime di accreditamento di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale per l'anno 2019"

Il TAR Molise ha accolto i ricorsi, annullando i DCA nn. 10 e 11 del 2020 limitatamente alla parte in cui hanno modificato retroattivamente alcune disposizioni contrattuali presenti nel precedente contratto 2016 – 2018 (remunerazione sia delle prestazioni erogate in favore di pazienti extraregionali eccedenti il budget autorizzato ove riconosciute e liquidate alla Regione Molise in sede di compensazione interregionale sia delle prestazioni ospedaliere integrative di alta specialità regionale ed extraregionale), ritenendo viceversa legittimo l'operato della Regione nella parte in cui aveva fissato il budget annuale per le restanti prestazioni.

La Regione Molise ha proposto appello avverso le sentenze TAR e, nelle more della definizione dei giudizi di appello, ai fini esecutori, ha emanato il DCA n. 18/2022. In data successiva all'approvazione del DCA n. 18/2022 il Consiglio di Stato sez. III confermava quanto stabilito dal Tribunale Amministrativo – senza peraltro riconoscere la proroga del contratto 2016-2018 – nella parte in cui annullava i DCA nn. 10/2020 e 11/2020 con riferimento all'illegittimità della mancata previsione delle prestazioni di alta specialità e di quelle "extra budget" in favore dei pazienti extraregionali, non essendo attuabile dall'amministrazione, ex post, la modifica dell'impostazione dei precedenti provvedimenti di determinazione dei budget e delle relative condizioni contrattuali.



E) Ricorsi per annullamento DCA n. 108/2021 "Definizione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie, di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, erogate dagli operatori privati accreditati con il Servizio Sanitario Regionale, per l'anno 2021."

L'Amministrazione regionale, nel richiedere il rigetto delle domande, ha rappresentato di aver correttamente proceduto alla definizione dei tetti di spesa in attuazione del proprio potere autoritativo, in coerenza con la normativa nazionale di riferimento e nel pieno rispetto di quanto previsto dal principale atto di programmazione regionale ossia il Programma Operativo Straordinario.

F) Ricorsi per annullamento "Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021. Recepimento. Piano regionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2019-2021." Approvazione - Delibera DG ASREM n. 945 del 7/08/2019 e DCA n. 44/ 2020 "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)."

L'Amministrazione regionale, nel richiedere il rigetto delle domande, ha rappresentato di aver correttamente proceduto al recepimento dei principi e delle linee ispiratrici del PNGLA 2019-2021, al fine di promuovere l'implementazione di strumenti di gestione della domanda, già sperimentati presso le Aziende Sanitarie di diverse Regioni italiane, modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, in particolare riferendosi al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" condiviso dalle Regioni e Province Autonome.

Inoltre, ha affermato che l'obbligo di mettere a disposizione del CUP regionale le proprie agende di prenotazione è sancito espressamente dal PNGLA 2019/2021, che prevede il monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria nel sistema CUP, oltre che nei contratti di budget.

Ricorsi strutture private accreditate a diretta gestione regionale per annullamento di note della Struttura Commissariale afferenti alla fatturazione di prestazioni sanitarie annualità 2019 e 2020, con richiesta di emissione note di credito.

L'Amministrazione regionale ha specificato che le note impugnate non contengono statuizioni definitive, ma hanno carattere temporaneo, assegnando alle Strutture che forniscono prestazioni sanitarie al pubblico nella Regione Molise un anticipo dell'ultimo budget fissato con provvedimento amministrativo e, allo scopo di dare liquidità di cassa alle Strutture medesime in periodo di crisi pandemica, viene corrisposto a cadenza mensile e non bimestrale, nelle more del completamento della definizione dei tetti di spesa per l'anno 2021 e 2022 e della stipula dei nuovi contratti, in conformità all'orientamento stabilito dalla normativa nazionale di cui al D.L. n. 34/2021, art. 4.

L'Amministrazione regionale ha correttamente proceduto alla definizione dei tetti in virtù del proprio potere autoritativo ed in coerenza con la normativa nazionale di riferimento, nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale.

G) Ricorsi per annullamento del DCA n. 56/2016: Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018. Impugnativa sentenze TAR Molise n. 131/2018 e n. 136/2018.

L'Amministrazione regionale ha specificato che il provvedimento impugnato è estrinsecazione di un potere di natura autoritativa della Regione che, correttamente, ha rimodulato l'assetto complessivo dell'organizzazione sanitaria in ragione dei fabbisogni e le risorse finanziarie a disposizione.

La Regione è in Piano di Rientro e come tale è sottoposta a vincoli stringenti, di natura normativa, amministrativa e finanziaria, tali da rendere inattuabile il discostarsi dalle previsioni legislative imposte e dalle indicazioni ministeriali, che obbligano l'Amministrazione a sottoporre il PO alla preventiva approvazione da parte dei Ministeri.

H) Ricorso avverso la chiusura del punto nascita di Termoli (nota ASReM PROT. N. 82177/2021 e nota struttura commissariale n. 81638/2021). Sentenza TAR Molise n. 80/2021.

Il Programma Operativo Straordinario della Regione Molise 2015-2018 (POS 2015/2018), adottato con DCA n. 52/2016 ed il successivo il P.O. 2019-2021 adottato con il DCA n. 94/2021 hanno previsto nella Regione Molise tre Punti Nascita, uno presso l'Ospedale HUB di Campobasso e gli altri due presso gli Ospedali SPOKE di Isernia e Termoli.

La struttura commissariale ha adottato il provvedimento a tutela delle partorienti, allo scopo di fornire un servizio il più possibile efficiente a seguito del decesso di un neonato.



Pertanto, le motivazioni della nota risiedevano nell'esigenza di tutela della salute delle partorienti.

Ad oggi, in ottemperanza alla sentenza TAR Molise n. 80/2021 restano attivi sul territorio regionale i tre Punti Nascita originariamente previsti dal Piano Operativo Straordinario 2015-2018, di cui due (Isernia e Termoli) sotto la soglia dei 500 parti annui previsti dalle indicazioni ministeriali.

È attualmente all'attenzione della Struttura Commissariale la proposta formulata dalla Direzione Generale per la Salute di istituzione di un Centro Maternità presso l'Ospedale di Termoli e l'implementazione delle attività dei Consulenti e di altri servizi per garantire un percorso ben definito di presa in carico delle donne in gravidanza.

Contenzioso civile (Tribunali ordinari di Campobasso, Isernia e Larino, Corte d'Appello di Campobasso)

- A. Richieste di risarcimento danni per lesioni personali/ richieste di risarcimento danni**
- B. Ricorsi in opposizione a decreto ingiuntivo**
- C. Pagamento corrispettivi per prestazioni ex art. 26 legge 833/1978 oltre interessi**
- D. Pagamento adeguamento tariffario 2013/2016, corrispettivi non pagati anni 2014/2016, oltre interessi di mora**

Le azioni di coordinamento, monitoraggio del contenzioso e raccordo con l'Avvocatura dello Stato, per i contenziosi inerenti al Servizio Sanitario Regionale sono state seguite sino al primo semestre 2022 dalla struttura regionale individuata nel Servizio Supporto al Direttore Generale per la Salute.

Al fine di potenziare la gestione del contenzioso con la DGR n. 235/2022 del 14.07.2022 è stata previsto un Ufficio *ad hoc* presso il neocostituito "Servizio di Supporto alla Struttura Commissariale", con il compito di monitorare il contenzioso, in collaborazione e con i contributi istruttori dei Servizi della Direzione Generale per la Salute, competenti *ratione materiae*.

Si ravvisa, inoltre, la necessità di garantire un'adeguata attività di formazione dedicata alla specifica materia.

Dal momento che si ritiene necessario che la strategia processuale sia governata per il tramite di una Regia regionale, s'intende provvedere alla redazione di specifiche "Linee di indirizzo per il coordinamento della gestione del contenzioso", rivolte sia alle strutture regionali interessate che agli uffici legali dell'Azienda sanitaria, al fine di definire regole e modalità che rendano più efficace il flusso delle informazioni e dei documenti necessari alla predisposizione delle relazioni da inoltrare all'Avvocatura dello Stato per la predisposizione della miglior difesa in giudizio.

La finalità è quella di evitare la parcellizzazione di contenzioso, nonché prevenire fenomeni di pronunce isolate che – *sebbene nel nostro ordinamento non possono rappresentare precedente vincolante* – di fatto siano in grado di orientare l'attività amministrativa.

La Struttura competente porrà in essere il coordinamento del contenzioso, al fine di garantire un adeguato controllo:

- del rispetto dei termini processuali;
- della completezza della documentazione per il giudizio;
- dell'integrazione del fascicolo informatizzato con gli atti amministrativi intervenuti nel corso del giudizio;
- della stima da parte dell'Azienda sanitaria dell'impatto economico di eventuali sentenze di condanna e del relativo accantonamento in bilancio in fondo rischi (collegamento col bilancio e fondo di dotazione);
- dell'evoluzione giurisprudenziale in relazione alle tematiche emerse nei giudizi.

Ulteriore obiettivo afferente all'area "Gestione del contenzioso" sarà la realizzazione di un programma informatico che consenta la mappatura del contenzioso esistente e futuro e l'interfaccia tra Amministrazione e Avvocatura dello Stato, al fine di ottimizzare i flussi di conoscenze e l'attività di monitoraggio utile a rinvenire le criticità, anche in un'ottica di azioni correttive da implementare.

Inoltre, appare opportuno implementare l'attività di ricostruzione del fondo rischi soccombenza che impatta sul Fondo Sanitario Regionale.

11.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance



Obiettivo 11.4.1 Sviluppo di un sistema di gestione del contenzioso per l'ottimizzazione dei flussi informativi e dell'attività di monitoraggio del contenzioso

Azione 11.4.1.1 Istituzione del Servizio supporto giuridico

Indicatore 11.4.1.1 Delibera di Giunta

Azione 11.4.1.2 Adozione di linee guida per il coordinamento della gestione del contenzioso sanitario tra Struttura Commissariale, Direzione generale per la Salute

Indicatore 11.4.1.2 DCA di adozione

Azione 11.4.1.3 Realizzazione di un programma informatico di mappatura e monitoraggio del contenzioso promosso e verso la Regione e l'ASREM

Indicatore 11.4.1.3 Relazione

Azione 11.4.1.4 Implementazione e monitoraggio fondo rischi contenzioso GSA (FSR)

Indicatore 11.4.1.4 Report trimestrale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.4.1 Sviluppo di un sistema di gestione del contenzioso per l'ottimizzazione dei flussi informativi e dell'attività di monitoraggio del contenzioso	11.4.1.1 Istituzione dell'Ufficio Supporto giuridico	30/09/2022	Delibera di giunta			
	11.4.1.2 Adozione di linee guida per il coordinamento della gestione del contenzioso sanitario tra Amministrazione e Avvocatura	31/03/2023	DCA di Adozione	Si/No		
	11.4.1.2 Realizzazione di un programma informatico di mappatura e monitoraggio del contenzioso promosso e verso la Regione	31/12/2023	Relazione	Si/No		
	11.4.1.3 Implementazione e monitoraggio fondo rischi contenzioso GSA	30/06/2023	Report semestrale			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						

11.5 Investimenti in sanità

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.

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.

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 Salute, che individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote vincolate dal Fondo Sanitario Nazionale;
- Fondi relativi al Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C1 e M6C2.

Situazione attuale

Per quanto concerne i Fondi di cui all’art. 20 della Legge 67/1988, 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.

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 € 138.251.713,59 di cui € 131.339.127,91 a carico dello Stato:

Fondi a disposizione (ex. art. 20, L 67/1988)	
Finanziamenti statali al netto degli accordi già sottoscritti	€ 100.304.219,16
Riparto 4 miliardi risorse leggi:	€ 21.141.681,58
145 del 30.12.2018	
191 del 23.12.2009	
Intesa Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 6 luglio 2022, Rep. Atti n. 132/CSR.	€ 9.893.227,17
Totale	€ 131.339.127,91

Tabella - Fondi a disposizione - quota Stato

Inoltre sono state ripartite tra le regioni risorse per la radioterapia per complessivi 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 delle strutture di Larino e Venafro a seguito della riconversione in Ospedali di Comunità. Quest’ultimi saranno oggetto di ristrutturazione per diventare strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinate



- a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tali interventi saranno finanziati mediante il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – MISSIONE 6 - SALUTE Componente M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE. INVESTIMENTI 1.3. Il costo totale per gli interventi di riconversione delle suddette strutture è pari ad € 6.122.447,88;
- 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 di alcuni poliambulatori esistenti, dell'Ospedale di area disagiata di Agnone, dei Distretti Sanitari di base di Termoli e Isernia, degli Ospedali di Comunità di Venafro e di Larino, di alcune Case della Salute esistenti, in 13 Case della Comunità. Le Case della Comunità consentiranno di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità, e saranno delle strutture in cui opereranno gruppi multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti, garantendo la presenza capillare su tutto il territorio regionale. All'interno delle Case della Comunità, potendo contare sulla presenza degli assistenti sociali, dovrà realizzarsi l'integrazione tra i servizi sanitari e sociosanitari con i servizi sociali territoriali, dovendo inoltre configurarsi quale punto di riferimento continuativo per la popolazione attraverso la strumentazione polispecialistica, una infrastruttura informatica e un punto prelievi, permetterà di garantire la presa in carico della comunità di riferimento. Tali interventi saranno finanziati mediante il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – MISSIONE 6 - SALUTE Componente M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE. INVESTIMENTI 1.1. Per la realizzazione degli interventi di cui sopra il costo totale è di € 13.775.507,72;
 - Realizzazione, presso la casa della salute di Bojano, all'Ospedale di Comunità di Venafro e al Distretto Sanitario di Base di Termoli, di 3 Centrali Operative Territoriali (COT). Con le Centrali Operative Territoriali, si pone la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. In considerazione della strategicità del potenziamento dei servizi domiciliari, individuato come obiettivo fondamentale, l'investimento sulle COT mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione regionale di età superiore ai 65 anni. Tali interventi saranno finanziati mediante il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – MISSIONE 6 - SALUTE Componente M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE. INVESTIMENTI 1.2, sub investimento 1.2.2. Per la realizzazione degli interventi di cui sopra il costo totale è di € 1.022.587,95;
 - Ulteriore investimento richiesto, mediante l'utilizzo del PNRR Missione 6 Salute, Componente M6c2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. Sub-Investimento 1.1.1 Digitalizzazione. Mediante tale investimento, si prevede di realizzare l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero attraverso la digitalizzazione del DEA pubblico di I livello dell'Azienda Sanitaria regionale A.S.Re.M., il presidio ospedaliero di Campobasso, individuando tale Struttura come hub del sistema ospedaliero regionale. Il sistema informativo che si dovrà realizzare dovrà mettere a sistema tutte le unità operative, sostituendo in alcuni casi dei verticali in uso non troppo performanti, ma soprattutto agendo con una logica di piena integrazione applicativa e di processo. Il costo totale dell'intervento è di € 8.878.222,89;
 - Ulteriore investimento richiesto, mediante l'utilizzo del PNRR Missione 6 Salute, Componente M6c2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, Sub- Investimento 1.1.2 è l'acquisto di Grandi Apparecchiature Sanitarie. Tale intervento ha come priorità l'adozione di soluzioni innovative e tecnologicamente avanzate delle strutture sanitarie pubbliche, mediante il rinnovamento delle attrezzature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico (ricomprensenti TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistemi Radiologici Fissi, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi). Il costo totale dell'intervento è di € 7.280.539,50;
 - Adeguamento tecnologico-funzionale rispetto alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica del P.O. di Termoli secondo le esigenze derivanti dalla nuova organizzazione dell'offerta sanitaria. Intervento richiesto, mediante l'utilizzo del PNRR Missione 6 Salute, componente M6C2.1, Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile. Tale linea di intervento, mira a delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica, assicurando non solo la



conformità degli edifici all'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20 marzo 2003 e alle NTC 2018, ma anche dalla consapevolezza che, tra gli edifici pubblici, gli ospedali rivestono un ruolo strategico in caso di disastro. Il costo determinato per tale intervento è di € 12.788.881,88, di cui € 3.911.332,46, finanziato con quota Recovery, e € 8.877.549,42 con quota FC;

- 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;
- Realizzazione del nuovo Presidio Ospedaliero di Isernia. La realizzazione di un nuovo Presidio Ospedaliero, costituisce una priorità del sistema sanitario molisano, ed è volta all'ammmodernamento, alla riorganizzazione e all'adeguamento della rete ospedaliera del Molise. Infatti l'attuale Ospedale di Isernia, progettato e costruito dal 1970 al 1985 e realizzato con struttura in calcestruzzo armato e tamponature a cassetta, è ormai obsoleto ed inadeguato non solo dal punto di vista dello stato delle opere murarie e delle caratteristiche costruttive, ma anche e soprattutto per quanto concerne la ristrettezza e la distribuzione funzionale degli spazi e la dotazione tecnologica e impiantistica. Inoltre tale struttura, non garantisce possibilità di adeguamenti legati sia alle necessità dell'accreditamento istituzionale (L.R. 32/2007 e smi), che alla necessità del rispetto delle norme di protezione e sicurezza legate al D.Lgs. 81/08 e alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica, assicurando la conformità degli edifici alle NTC 2018 e Circ. Min. Infrastrutture e Trasporti n. 7 del 21/01/2019. In questo contesto, con la realizzazione del nuovo PO, si conseguiranno molteplici effetti positivi, quali:
 - promuovere la concentrazione dell'offerta ospedaliera di qualità in strutture nuove, funzionali e moderne, facilmente accessibili e dotate delle specialistiche previste dalla programmazione regionale, delle tecnologie e dei servizi necessari per il pieno soddisfacimento del diritto alla salute in condizioni di sicurezza e di efficienza;
 - promuovere il superamento di presidi ospedalieri per i quali si presentano come inefficaci tecnicamente ed economicamente interventi di ristrutturazione e adeguamento alle normative vigenti ovvero di ampliamento e di ammodernamento, in quanto obsoleti o situati in contesti urbani congestionati;
 - ridisegnare, completandola, l'offerta specialistica della rete ospedaliera molisana in modo da incidere sulla mobilità passiva generata dalla domanda di prestazioni ospedaliere da parte della popolazione molisana rivolta a strutture fuori Regione;
 - razionalizzare i percorsi e i processi di lavoro, favorendo l'accessibilità all'area ospedaliera ed elevando il livello di sicurezza.

Il costo complessivo stimato per la realizzazione del nuovo PO di Isernia è di € 100.078.400,00, di cui:

- € 46.155.432,38 derivanti dalla Legge 30 dicembre 2018, n. 145, art. 1, comma 95, "fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello stato e allo sviluppo del paese";
- € 53.922.967,62 derivanti dai Programmi di Investimenti previsti dall'ex art.20 legge 67/88, di cui:
 - € 51.226.819,24 a carico dello Stato con delibera CIPE del 6 maggio 1998, n. 52;
 - € 2.696.148,38 a carico della Regione Molise.
- Fondo per il rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato per lo sviluppo del Paese, Art. 1 della legge 160 del 27 dicembre 2019 comma 14. - Individuazione fabbisogni suddivisi per piano di gestione 4 e piano di gestione 5, per un importo totale di € 3.138.009,70, di cui € 1.151.395,22 quali "somme da destinare al finanziamento di interventi di edilizia sanitaria" piano di gestione 4 ed € 1.986.614,48 quali "somme da destinare al finanziamento di interventi di sostenibilità ambientale ed efficientamento energetico" piano di gestione 5. In relazione al piano di gestione 4, è individuata come proposta di intervento, il completamento del Reparto di neurologia e Stroke Unit, del Presidio Ospedaliero A. Cardarelli di Campobasso, per un importo complessivo di € 1.151.385,22. In relazione al piano di gestione 5, si propone l'intervento di efficientamento energetico del Presidio Ospedaliero A. Cardarelli, ed in particolare la sostituzione degli infissi esterni, per un importo complessivo di € 1.986.614,48;
- A valere sul programma di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, nell'ambito delle risorse accantonate con deliberazione CIPE n. 51 del 24 luglio 2019, per far fronte al fabbisogno di apparecchiature sanitarie finalizzate a garantire l'espletamento delle prestazioni di competenza dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera



scelta, al fine di migliorare il processo di presa in carico dei pazienti cronici e fragili nonché di ridurre il fenomeno delle liste di attesa, è ripartito in quota capitaria alla Regione Molise l'importo di € 1.210.173,37, per l'acquisto di apparecchiature di diagnostica di primo livello;

- Interventi di adeguamento delle strutture sanitarie regionali al D.M. del 19 marzo 2015, relativamente alle norme in materia di antincendio – attuazione del Programma di investimenti ex art. 20, Legge 67/88, per i quali si prevede una stima di spesa complessivamente pari a € 57.387.940,86, di cui € 481.581,50 da far ricadere sui fondi di cui alla delibera CIPE n. 16/2013.

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

11.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.5.1 Riconversione, ristrutturazione e adeguamento strutture sanitarie ospedaliere e territoriali

Azione 11.5.1.1 Monitoraggio iter realizzazione progetti

Indicatore 11.5.1.1 Report semestrali

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.5.1 Riconversione, ristrutturazione e adeguamento strutture sanitarie ospedaliere e territoriali	11.5.1.1 Monitoraggio iter realizzazione progetti	31.12.2022	Report semestrali			
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Risorse Finanziarie del Servizio Sanitario Regionale						

11.6 Progetto ex Art. 79

In esito all'aggiudicazione della gara di appalto per l'affidamento di "Affidamento di servizi di consulenza direzionale ed operativa previsti dall'Accordo di Programma il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Molise, in attuazione dell'art.79, comma 1-sexies lettera c), del D.L. 112/2008, convertito con legge 133/2008, in data 24.06.2019, è stato sottoscritto il contratto con il RTI EY Advisory S.p.A., EY S.p.A. e GPI S.p.A.

Le attività di realizzazione del progetto ex art. 79 che hanno avuto inizio il 2 novembre 2020 sono regolarmente in corso e secondo quanto previsto dal Piano di Svolgimento delle Attività (PSA) termineranno ad ottobre 2023.



Gli obiettivi progettuali si integrano a pieno con la programmazione sanitaria triennale prevista dal presente Programma, e mirano a restituire un sistema sanitario in grado di soddisfare strutturalmente i fabbisogni di salute e benessere con una gestione sostenibile e trasparente. Affinché ciò sia realizzabile è stata individuata una visione integrata delle attività da erogare che si può organizzare secondo tre ambiti progettuali articolati a loro volta in specifici interventi:

- **Progettazione modello di monitoraggio:**
 - progettazione di un modello di monitoraggio del SSR
 - realizzazione di una metodologia e di un modello regionale di controllo di gestione
- **Realizzazione strumenti informatici:**
 - analisi dei flussi informativi esistenti a supporto del monitoraggio
 - interventi di adeguamento dei sistemi gestionali delle strutture locali al fine di migliorare il grado di copertura rispetto alle esigenze e rendere più omogenea la disponibilità di strumenti e delle procedure necessarie alla gestione
- **Organizzazione e processi:**
 - programma per la realizzazione degli strumenti in grado di produrre una base dati strutturata per l'alimentazione dei flussi di monitoraggio
 - programma di affiancamento sul campo delle strutture del SSR, nelle fasi di realizzazione e messa a produzione per nuovi processi di raccolta e di gestione dei dati previsti dal modello di monitoraggio, intervenendo anche sulla progettazione e l'ammodernamento delle procedure organizzative di produzione e analisi dei dati
 - piano per il supporto operativo continuo alle strutture locali nell'attività di produzione dei dati necessari all'alimentazione del modello di monitoraggio del SSR
 - applicazione del modello di controllo di gestione a livello locale e regionale e definizione dei flussi e dei processi di alimentazione per i sistemi informativi
 - supporto al cambiamento organizzativo locale richiesto dalla necessità di produrre flussi informativi sistematici e continui di attività

Di seguito, si riporta un riepilogo dello stato di avanzamento complessivo degli ambiti progettuali soprariportati e degli obiettivi da raggiungere nel corso del triennio:

AMBITO PROGETTUALE	STATO DELL'ARTE	OBIETTIVI	CHIUSURA
Progettazione del modello di monitoraggio	Avviato	<p>Con riferimento al primo ambito progettuale, è in corso la definizione di un modello di monitoraggio e la predisposizione di un modello di controllo di gestione del SSR, che consentirà di interpretare al meglio i complessi fenomeni del SSR (assistiti, prestazioni, punti di erogazione, forza lavoro, fattori produttivi), per rispondere alle necessità dei processi decisionali ed informativi di tutti gli stakeholders.</p> <p>L'obiettivo è quello di fornire elementi di valutazione che siano in grado di supportare le scelte strategiche, tramite le interrelazioni esistenti tra le varie componenti del SSR.</p> <p>Il modello di monitoraggio, in corso di progettazione, consentirà di monitorare l'appropriatezza del livello di assistenza e il mantenimento dell'erogazione dei LEA, tramite le analisi e i monitoraggi che saranno effettuati a partire dai dati contenuti nei flussi informativi NSIS che costituiranno il punto di partenza per l'applicabilità del Modello.</p> <p>A tal proposito, è dunque indispensabile che sia raggiunto un adeguato livello di maturità dei flussi informativi a livello regionale, anche coerentemente con quanto definito alla Direttiva dei flussi informativi sanitari (DCA N.14 del 21.02.2018) con la quale la Regione ha avviato, già dal 2018, un percorso finalizzato al rafforzamento della propria capacità di rispondere agli adempimenti informativi del NSIS, secondo adeguati standard qualitativi e procedurali.</p>	31.12.2022



AMBITO PROGETTUALE	STATO DELL'ARTE	OBIETTIVI	CHIUSURA
Realizzazione degli strumenti informatici	Avviato	L'obiettivo del secondo ambito progettuale riguarda la realizzazione di un sistema informativo, denominato "SIRMEC" (Sistema Regionale di Monitoraggio e Controllo), che consenta di disporre in maniera tempestiva di dati gestionali, produttivi ed economici, necessari ai fini del pieno governo del SSR. In tale ambito, per consentire una raccolta di informazioni efficiente e tempestiva con le finalità delle attività di monitoraggio, sono state previste diverse integrazioni, in parte già completate, con gli ulteriori applicativi dell'A.S.Re.M. (es. sistema amministrativo-contabile, modulo personale, sistema CUP, flussi informativi). Il Sistema "SIRMEC", già progettato, è in corso di realizzazione. Con l'avvio del "SIRMEC" il management sanitario (Regione/A.S.Re.M.) potrà avvalersi del supporto dello strumento informativo realizzato, nelle attività di programmazione e di analisi dei fenomeni complessi del SSR.	31/12/2023
	Avviato	Il raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari ai fini della certificabilità dei bilanci (PAC), sarà avviato a partire dalla valutazione dell'attuale struttura organizzativa e delle funzioni contabili e di controllo sia della Regione che dell'A.S.Re.M. Tale valutazione è necessaria ai fini del percorso di adeguamento dei processi e delle procedure esistenti e per la predisposizione di nuove procedure amministrativo-contabili, con l'obiettivo di individuare eventuali gap esistenti rispetto alla situazione ottimale definita dagli standard organizzativi, contabili e procedurali previsti dalla normativa vigente e in accordo con i principi contabili. Il passaggio al nuovo Modello, che prevede interventi a carattere organizzativo e procedurale sarà condotto attraverso attività di supporto alle strutture della Regione e dell'A.S.Re.M. con l'obiettivo, di rendere autonomi i referenti regionali e aziendali, mettendo a disposizione della Regione tutti gli strumenti di Knowledge sharing, al fine di condividere esperienze e conoscenze maturate, attraverso la formazione del personale sul campo e le attività di supporto alle strutture della Regione e dell'A.S.Re.M. per la realizzazione del Modello definito.	31/12/2023
Organizzazione e processi			

11.6.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 10.6.1. Completamento del progetto ex art.79

Azione 10.6.1.1 Progettazione modello di monitoraggio e controllo di gestione

Indicatore 10.6.1.1 DCA

Azione 10.6.1.2 Realizzazione strumenti informatici per l'assessment dei flussi informativi esistenti ed eventuali interventi migliorativi

Indicatore 10.6.1.2 Relazione

Azione 10.6.1.3 Organizzazione e processi per la gestione e raccolta di dati

Indicatore 10.6.1.3 Provvedimento regionale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
10.6.1. Completamento del progetto ex art.79	10.6.1.1.Progettazione modello di monitoraggio e controllo di gestione	31/12/2022	DCA	Si/No		
	10.6.1.2.Realizzazione strumenti informatici per l'assessment dei flussi informativi esistenti ed eventuali interventi migliorativi	30/06/2023	Relazione	Si/No		



	10.6.1.3.Organizzazione e processi per la gestione e raccolta di dati	30/09/2023	Provvedimento regionale	Si/No		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

11.7 Obiettivi Direttori generali

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 2, comma 2 del D.lgs. n. 171/2016, secondo cui le regioni non solo assegnano all'atto della nomina, bensì aggiornano periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse del Direttore Generale delle Aziende Sanitarie, la Struttura Commissariale procede annualmente all'assegnazione degli obiettivi di funzionamento dei Servizi al Direttore Generale ASREM.

Tale adempimento costituisce uno degli interventi assegnati al Commissario ad acta dalla Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31 marzo 2021 (cfr: lettera b) punto xviii: *"Definizione e assegnazione degli obiettivi del Direttore Generale dell'ASREM per l'anno 2021 in coerenza con il Piano di Rientro"*.

Difatti, a seguito della nomina del DG ASReM (DPGR n.11/2020) ed in risposta a quanto osservato nel Verbale del TdV del 18.05.2020, la Regione, in ottemperanza alla normativa vigente, ha provveduto ad assegnare al Direttore Generale tanto obiettivi di carattere generale, quanto obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi (DGR. n. 78 del 28.02.2020). Con riferimento a questi ultimi, si rileva come la Regione, con DGR n. 489/2019, abbia previamente provveduto ad approvare il sistema di valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi del Direttore Generale dell'A.S.Re.M e le relative schede obiettivo; documentazione redatta con il supporto di AGENAS. La Regione è risultata in tal modo adempiente in relazione all'adempimento Lea 2019 AAQ.

Con DCA n. 50 del 12.05.2021 la Regione ha provveduto ad aggiornare per l'annualità 2021 gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi assegnati al DG ASReM, individuandone, ai fini valutativi, i relativi indicatori e soglie.

In relazione al 2022, gli obiettivi al DG ASREM sono stati assegnati con DCA n. 26 del 11/06/2022.

In esito all'assegnazione al DG ASREM degli obiettivi annuali è previsto il monitoraggio periodico degli obiettivi assegnati.

Gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi vengono individuati, definiti e raggruppati per le seguenti aree:

- A) Governo del territorio;
- B) Governo clinico;
- C) Governo delle liste di attesa;
- D) Governo delle risorse;
- E) Governo del Patrimonio strutturale e delle tecnologie sanitarie.

Con riferimento a ciascun obiettivo, sono individuati: il sub-item di riferimento; l'obiettivo operativo; il relativo indicatore; i punti assegnati a ciascun obiettivo; il valore atteso; il range di riferimento; la fonte dati per il calcolo.

Al raggiungimento di ciascun obiettivo sono assegnati i relativi punti per un numero totale di 100. La fonte per il calcolo è costituita da dati informativi connessi a provvedimenti, documenti aziendali e/o dati derivanti dai flussi informativi del Sistema NSIS/Anagrafe Vaccinale flusso specialistica, etc...

Sono inoltre definite le scale di misurazione dei relativi obiettivi individuate come segue:

- se il valore a consuntivo raggiunge il valore migliore del range vengono attribuiti tutti i punti;
- se il valore a consuntivo non raggiunge il valore peggiore del range vengono assegnati 0 punti;
- se il valore a consuntivo si colloca all'interno del range, viene attribuito il 30% del punteggio per il valore peggiore e poi secondo una crescita lineare.



Si considerano automaticamente assegnati gli obiettivi legislativamente previsti come l'obiettivo relativo al rispetto dei tempi di pagamento, ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 865 della L. n. 145/2018, che ha disposto : "per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le provincie autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30%. La predetta quota dell'indennità di risultato:

- a) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a 60 giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo;
- b) è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra trentuno e sessanta giorni;
- c) è riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra undici e trenta giorni;
- d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra uno e dieci giorni".

In relazione a tale sequenza procedimentale si è in attesa di ricevere la valutazione da parte del nucleo di valutazione della relazione relativa alla valutazione del DG ASReM per l'anno 2021.

Inoltre, sebbene previsto nei DDCCAA di individuazione degli obiettivi, non è stato possibile effettuare il monitoraggio trimestrale non essendo pervenute le relazioni da parte del DG ASReM.

11.7.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.7.2 Definizione del processo di assegnazione e monitoraggio degli obiettivi annuali

Azione 11.7.2.1 Definizione della procedura di assegnazione degli obiettivi al DG ASReM

Indicatore 11.7.2.1 DCA

Azione 11.7.2.3 Monitoraggio sullo stato dell'arte degli obiettivi assegnati

Indicatore 11.7.2.3 Report Trimestrale sullo stato di avanzamento

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.7.2 Definizione del processo di assegnazione e monitoraggio degli obiettivi annuali	11.7.2.1 Definizione della procedura di assegnazione degli obiettivi al DG ASReM	31/03/2023 31/03/2024	DCA	Si/NO		
	11.7.2.2 Monitoraggio sullo stato dell'arte	31/12/2022	Report trimestrale	Si/NO		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						
UOC risorse Umane A.S.Re.M.						

11.8 Health Technology Assessment

La valutazione delle tecnologie sanitarie (**Health Technology Assessment - HTA**) è un processo multidisciplinare che sintetizza le informazioni sulle questioni cliniche, economiche, sociali ed etiche connesse all'uso di una tecnologia sanitaria, in modo sistematico, trasparente, imparziale e solido. Il suo obiettivo è contribuire all'individuazione di politiche sanitarie sicure, efficaci, incentrate sui pazienti e mirate a conseguire il miglior valore, per questo può essere definita come il ponte tra mondo della ricerca e del *policy making*.

Con "tecnologie sanitarie" non si intendono unicamente i mezzi tecnici e le apparecchiature biomedicali, bensì l'insieme dei presidi sanitari e farmacologici unitamente ai sistemi organizzativi che sottendono il sistema delle cure.



Le tecnologie oggetto di valutazione possono essere farmaci, dispositivi medici, vaccini, procedure e, più in generale, tutti i sistemi sviluppati per risolvere un problema di salute e migliorare la qualità della vita.

La valutazione delle tecnologie sanitarie può prendere in considerazione diversi aspetti (domini), che possono essere sia clinici (problema di salute e uso attuale della tecnologia, caratteristiche tecniche, sicurezza, efficacia clinica) sia non clinici (costi ed efficacia economica, analisi etica, aspetti organizzativi, aspetti sociali, aspetti legali). Dunque, tale processo permette di valutare l'efficacia delle tecnologie e dei percorsi terapeutici rispetto alla popolazione interessata senza tralasciare i costi di erogazione dei servizi. Ciò risulta estremamente rilevante in un contesto caratterizzato dalla crescente domanda di forme assistenziali innovative e ad alto contenuto tecnologico.

Attraverso il processo di HTA, le tecnologie sanitarie potranno alternativamente essere:

- rivalutate, in termini di efficacia, utilizzo ottimale, costi e implicazioni, in relazione alle alternative disponibili rispetto a quelle impiegate. Alternative non valutabili al momento della prima introduzione della tecnologia;
- dismesse.

A tale scopo il Patto per la Salute 2014-2016 e le Leggi di Stabilità 2015 e 2016 hanno delineato un nuovo modello istituzionale di cooperazione tra livello centrale e livello regionale per la ricerca di comportamenti atti a conseguire obiettivi di efficacia clinica, efficienza gestionale e sostenibilità dell'innovazione. In particolare, è stata quindi istituita una **Cabina di Regia (CdR)** che, mettendo insieme gli apporti del Ministero, delle Agenzie nazionali (AGENAS e AIFA) e delle Regioni, coordina le attività di Health Technology Assessment sviluppate a livello nazionale e locale.

La Cabina di Regia ha il compito di:

- individuare le priorità valutative di interesse nazionale, in coerenza con le linee guida europee;
- promuovere e coordinare attività di valutazione coerenti e non sovrapposte;
- validare indirizzi metodologici condivisi tra tutti gli attori;
- promuovere l'utilizzo e la diffusione delle valutazioni, verificando che ne derivino comportamenti virtuosi nelle politiche di investimento e disinvestimento.

Le proposte di valutazione delle tecnologie innovative possono essere avanzate anche dal Ministero della Salute, dalle Regioni e dalle Aziende Sanitarie, per il tramite delle Regioni, dei Professionisti del SSN, delle Società scientifiche, dei Produttori e dei Cittadini. Questi presentano la segnalazione attraverso un apposito Report, secondariamente l'AGENAS si occupa di effettuare una prima verifica al fine di predisporre la lista delle tecnologie da sottoporre a prioritizzazione, nonché quella delle tecnologie escluse. I Centri Collaborativi Regionali, inoltre, in relazione a specifiche esigenze, possono effettuare valutazioni delle tecnologie presenti nella lista delle segnalazioni non prioritizzate dalla CdR seguendo il Manuale delle Procedure AGENAS. In questa fase AGENAS fornisce supporto organizzativo. Tutte le valutazioni effettuate a livello regionale sono inizialmente trasmesse alla CdR che valuta se sottoporle ad Appraisal nazionale.

Ogni Centro Collaborativo Regionale può richiedere l'iscrizione all'Albo Nazionale dei Centri Collaborativi regionali e dei soggetti pubblici e privati disponibili a collaborare al **Programma Nazionale di HTA dei Dispositivi Medici**.

L'iscrizione, che ha durata di 3 anni, obbliga i Centri Collaborativi alla raccolta dei dati, all'effettuazione di survey, se richiesto, ed alla stesura di un protocollo per la valutazione che sarà reso pubblico.

La metodologia valutativa assume estrema rilevanza in quanto diversi requisiti (metodologici e procedurali) risultano indispensabili perché i risultati del giudizio di appropriatezza d'uso vengano riconosciuti legittimi. Il GdL "Rete Nazionale di Appraisal" ha infatti lo scopo di esprimere un giudizio motivato e strutturato in merito ai metodi e criteri utilizzati per l'individuazione di tecnologie da prioritizzare. Solo a seguito dell'Appraisal la CdR emette le raccomandazioni relative alle valutazioni delle tecnologie. Annualmente è valutato l'impatto delle attività di HTA al fine di produrre un piano strategico triennale.

Nell'ambito della programmazione 2022-2024, la Regione, tenuto conto degli interventi previsti in ambito tecnologico nel PNRR e finalizzati alla sostituzione delle alte tecnologie obsolete o fuori uso, intende attuare un Piano Regionale per l'HTA. Mediante tale programmazione, dunque, si provvederà al rinnovamento delle attrezzature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico ricomprendenti: TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistemi Radiologici Fissi,



Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi di cui è stata valutata la ripartizione regionale da implementare.

Preliminarmente, al fine di garantire l'individuazione delle attrezzature obsolete o fuori uso, a partire dai dati NSIS, sarà avviata una ricognizione delle tecnologie installate presso le strutture ASReM, al fine di favorire:

1. la sostituzione di Alte Tecnologie in termini di acceleratori lineari, tomografi a risonanza magnetica e TC;
2. l'implementazione tecnologica di base al fine di potenziare l'assistenza territoriale con l'analisi di fabbisogni ambulatoriali multidisciplinari e di diagnostica di base;
3. l'implementazione di strumenti di ICT per l'implementazione dell'assistenza territoriale.

La Regione intende, inoltre, istituire un gruppo di lavoro tra Regione ed ASReM per governare le scelte a livello centrale e garantirne il coordinamento con le azioni poste in essere dall'ASReM, esercitando, al contempo, un adeguato monitoraggio sulle azioni a livello locale e favorendo l'attuazione di quanto programmato nel Piano Regionale HTA.

11.8.2 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.8.2 Monitoraggio ed implementazione di processi HTA

Azione 11.8.2.1 Definizione di un piano di governo regionale per l'HTA

Indicatore 11.8.2.1 DCA

Azione 11.8.2.2 Monitoraggio delle apparecchiature istallate al fine di valutarne il livello tecnologico e l'eventuale sostituzione

Indicatore 11.8.2.2 Report

Azione 11.8.2.3 Istituzione di un gruppo di lavoro tematico

Indicatore 11.8.2.3 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.8.2 Monitoraggio ed implementazione di processi HTA	11.8.2.1 Definizione di un piano di governo regionale per l'HTA	30/06/2023	DCA	Si/No		
	11.8.2.2 Monitoraggio delle apparecchiature istallate al fine di valutarne il livello tecnologico e l'eventuale sostituzione	30/06/2023	Report semestrale	Si/No		
	11.8.2.3 Istituzione di un gruppo di lavoro tematico	31/12/2022	DCA	Si/No		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

11.9 Protocolli di intesa con le Università

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, regolamentando le modalità di collaborazione tra la Regione e l'Università per lo svolgimento delle attività integrate di didattica, ricerca ed assistenza nell'interesse congiunto della tutela della salute della collettività.

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 Ospedaliere 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 Ospedaliera 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.

Nel predetto Protocollo veniva specificato inoltre il numero complessivo di posti letto resi disponibili per l'integrazione tra attività didattica ed assistenziale ed altresì le unità operative ospedaliere a direzione universitaria e quelle a personale medico e sanitario non medico da attivare presso le strutture ASReM.

Nell'Intesa si definivano, altresì, allo scopo di una fattiva collaborazione tra Regione ed Università, la partecipazione dell'Ateneo alla programmazione sanitaria regionale, l'assetto istituzionale organizzativo, lo stato giuridico del personale e le attività di formazione e ricerca.

Con DCA n.13/2022 del 29 marzo 2022 recante "Prolungamento termini Protocollo d'intesa con l'Università degli studi del Molise per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali", nelle more del completamento delle procedure di approvazione preventiva da parte del Ministero del nuovo Protocollo d'Intesa, è stato prorogato fino al 31 ottobre 2022 il termine di scadenza del Protocollo sottoscritto ed adottato con DCA n.53/2017.

Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha reso parere favorevole (MOLISE-DGPROGS-30/03/2022-0000037-P) sul nuovo Protocollo d'intesa con l'Università degli Studi del Molise per lo svolgimento delle attività integrate di didattica, ricerca ed assistenza.

Obiettivo della nuova programmazione è il rinnovo del Protocollo di Intesa e monitoraggio dello stato di attuazione.

11.9.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.9.1 Rideterminazione dei rapporti con l'Università

Azione 11.9.1.1: Rinnovo del Protocollo di Intesa

Indicatore 11.9.1.1: DCA

Azione 11.9.1.2: Monitoraggio dello stato di attuazione del protocollo d'intesa con l'università

Indicatore 11.9.1.2: Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.9.1 Rideterminazione dei rapporti con l'Università	11.9.1.1 Rinnovo del Protocollo di Intesa	31/12/2022	DCA	Si/no		



	11.9.2 Monitoraggio dello stato di attuazione del protocollo d'intesa con l'università	30/06/2023	Relazione semestrale	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Risorse Umane del SSR, Formazione, ECM						
Direzione Generale A.S.Re.M. UOC Risorse Umane ASREM						



12 Governance delle Aziende Sanitarie

L'azienda sanitaria regionale costituisce lo strumento tecnico operativo funzionale alla realizzazione delle finalità pubbliche di tutela e promozione della salute, assicurando il rispetto dei LEA. Pertanto, risulta cruciale lo sviluppo di un modello di *governance* che, tenuto conto della capacità produttiva aziendale e dei bisogni di salute espressi dall'utenza, sia orientato a perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità, garantendo un miglioramento continuo dell'assistenza.

La realizzazione di tali obiettivi di portata generale muove dall'attuazione di specifiche manovre ed interventi, oggetto della presente programmazione, per la cui predisposizione non si potrà prescindere da quanto già posto in essere, dai risultati raggiunti e degli scostamenti rilevati.

In tale ottica non può sottacersi che l'atto aziendale, quale strumento di autorganizzazione del funzionamento delle AA.SS.LL., è destinato inevitabilmente ad assumere un ruolo primario nella politica sanitaria, in quanto chiamato a tradurre in scelte concrete gli indirizzi di programmazione tracciati a livello nazionale e regionale.

Tuttavia non può neppure ignorarsi che l'atto aziendale, pur nella discrezionalità riconosciuta al Direttore Generale, costituisce pur sempre uno strumento attuativo, con la conseguenza che nella sua stesura devono necessariamente essere considerati i principi contenuti negli atti di programmazione, sia nazionale che regionale.

L'eterogeneità delle fonti cui far riferimento è ancor più accentuata nelle regioni, come il Molise, in cui alle normali funzioni di programmazione facenti capo agli organi istituzionali si sovrappongono quelle "speciali" attribuite alla struttura commissariale.

12.1 Liste d'attesa

Il Servizio sanitario regionale si fonda su principi di equità ed universalità e assicura il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, nonché garantisce la progressiva riduzione dei tempi di attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

A fronte della crescente domanda di servizi sanitari, sono ritenuti necessari interventi migliorativi riguardo l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, nonché l'individuazione di bisogni e difficoltà che limitano l'accesso ai servizi.

A tal proposito, la Regione Molise con Decreto del Commissario ad Acta n. 46 del 29.04.2019 ha recepito il "*Piano Nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA)*" e definito le principali linee di intervento in materia di gestione dei tempi e delle liste di attesa con il "*Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa*" (PRGLA) per il triennio 2019-2021. Quest'ultimo ha individuato le principali linee di intervento volte a incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Successivamente in attuazione al suddetto DCA, ha fatto seguito il piano attuativo aziendale provvisorio (Determinazione del Direttore Generale di ASReM n. 945 del 07/08/2019). Con successivo DCA 44/2020 si è provveduto ad integrare il Piano regionale mediante la previsione di "*Linee guida per la gestione dell'offerta delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate all'interno del Centro Unico di Prenotazione regionale (CUP)*".

Attuato il Piano Regionale di governo delle liste d'attesa permangono nel contesto regionale criticità connesse alla sua piena implementazione, con particolare riferimento all'operatività del CUP regionale. Il nuovo sistema di gestione delle agende di prenotazione-CUP unico regionale è stato attivato a partire dal 13/12/2021. La piattaforma è in corso di implementazione e consentirà il superamento dell'inadempienza rilevata dal Tavolo Tecnico, attraverso l'integrazione delle strutture private accreditate. Al momento la quasi totalità delle strutture ha sottoscritto il protocollo d'intesa approvato con il DCA n.44/2020, e conferito le agende per l'avvio sperimentale ad eccezione delle due strutture a diretta gestione regionale.



In merito agli interventi straordinari per il recupero delle liste d'attesa, di cui al D.L. n. 104 del 14 agosto 2020 e ss.mm.ii, nella fase di progressivo ripristino delle attività sospese a seguito dell'emergenza da COVID-19, al fine di contenere i già lunghi tempi di accesso alle prestazioni, ulteriormente dilatati dall'emergenza sanitaria, la Regione ha adottato il "Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa" (DCA n.83/2020), provvedendo a trasferire ad ASReM le risorse appositamente stanziare (Determina del Direttore Generale per la Salute n. 137/2020). Con DCA n.2. del 31.01.2022 la Regione ha approvato il "Piano operativo per il recupero delle liste di attesa", predisposto dall'A.S.Re.M. ai sensi dell'art.1, comma 276 della legge n.234/2021 e dell'art.29 del D.L. n.104/2020. Con successivo DCA 15 del 28.04.2022 si è provveduto a modificare ed integrare il citato "Piano", tenuto conto dei rilievi ministeriali di cui alla nota Mds n.42777 del 07.03.2022.

In coerenza con quanto sopra descritto, la Regione Molise intende garantire il governo della domanda nel completo rispetto dei principi di appropriatezza clinica e organizzativa assicurando così il potenziamento della gestione delle liste di attesa e il corretto utilizzo delle classi di priorità.

Il concetto di priorità, attualmente legato alla gestione delle prestazioni ambulatoriali e degli interventi chirurgici ambulatoriali programmati, è uno strumento finalizzato a rendere congrui i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, differenziando gli accessi in relazione alla classe di priorità, e collocando il cittadino al centro del processo di cura attraverso lo strumento della presa in carico globale.

La tutela del diritto ad un pronto accesso alle prestazioni sanitarie nel rispetto dei criteri di equità, correttezza, appropriatezza ed efficienza è, infatti, l'obiettivo generale che la Regione Molise intende perseguire. A tal fine sono state predisposte una serie di azioni:

- Garantire una gestione coordinata delle liste di attesa sul territorio regionale;
- Gestire le domande di prestazioni sanitarie attraverso il ricorso appropriato alle prestazioni diagnostico – terapeutiche (appropriatezza prescrittiva);
- Assicurare un'efficiente gestione dei tempi di attesa.

La strategia di contenimento dei tempi di attesa che si intende implementare prevede l'accesso alle prestazioni sanitarie attraverso una gestione delle domande di prestazioni sanitarie basato su un ricorso appropriato alle prestazioni diagnostico – terapeutiche.

12.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 12.1.1 Garantire una gestione coordinata delle liste di attesa sul territorio regionale

Azione 12.1.1: Monitoraggio sulla piena operatività del nuovo CUP regionale al fine di garantire la gestione coordinata delle liste di attesa per l'offerta delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate sia da strutture pubbliche che private

Indicatore 12.1.1 Relazione sulla piena operatività del nuovo sistema CUP regionale

Obiettivo 12.1.2 Garantire il recupero delle prestazioni e l'efficienza nella gestione dei tempi di attesa legate all'emergenza (DCA n. 15/2022)

Azione 12.1.2.1 Recupero delle prestazioni di Specialistiche Ambulatoriali con abbattimento dei tempi di attesa: aggiornamento delle liste per tipologia di prestazione (prime visite e diagnostica; visite di controllo; eventuali prime visite prioritarie; altre prestazioni)

Indicatori 12.1.2.1 Verifica trimestrale dei tempi di Attesa delle prestazioni Ambulatoriali per prestazione ed unità operativa, da attuarsi mediante la piattaforma CUP regionale.

Azione 12.1.2.2: Recupero delle prestazioni di ricovero (classe di priorità B e D): aggiornamento delle liste di attesa per classe di priorità degli interventi



Indicatori 12.1.2.2 Verifica trimestrale dei tempi di Attesa delle prestazioni di ricovero per prestazione ed unità operativa

Azione 12.1.2.3: Recupero delle prestazioni di screening con miglioramento della performance

Indicatori 12.1.2.3 Verifica trimestrale delle prestazioni erogate per singola tipologia di screening

Obiettivo 12.1.3 Garantire il recupero delle prestazioni e l'efficienza nella gestione dei tempi di attesa

Azione 12.1.3.1 Ulteriori azioni per la riduzione dei tempi d'attesa

Indicatori 12.1.3.1 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
12.1.1 Garantire una gestione coordinata delle liste di attesa sul territorio regionale	12.1.1 Monitoraggio sulla piena operatività del nuovo CUP regionale al fine di garantire la gestione coordinata delle liste di attesa per l'offerta delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate sia da strutture pubbliche che private	31/03/2023	Relazione sulla piena operatività del nuovo sistema CUP regionale	Si/no		
12.1.2 Garantire il recupero delle prestazioni e l'efficienza nella gestione dei tempi di attesa legate all'emergenza (DCA n. 15/2022)	12.1.2.1 Recupero delle prestazioni di Specialistiche Ambulatoriali con abbattimento dei tempi di attesa: aggiornamento delle liste per tipologia di prestazione (prime visite e diagnostica; visite di controllo; eventuali prime visite prioritarie; altre prestazioni)	31/03/2023	Verifica trimestrale dei tempi di Attesa delle prestazioni Ambulatoriali per prestazione ed unità operativa, da attuarsi mediante la piattaforma CUP regionale.	Si/no		
	12.1.2.2 Recupero delle prestazioni di ricovero (classe di priorità B e D): aggiornamento delle liste di attesa per classe di priorità degli interventi	31/03/2023	Verifica trimestrale dei tempi di Attesa delle prestazioni di ricovero per prestazione ed unità operativa	Si/no		
	12.1.2.3 Recupero delle prestazioni di screening con miglioramento della performance	31/03/2023	Verifica trimestrale delle prestazioni erogate per singola tipologia di screening	Si/no		
12.1.3 Garantire il recupero delle prestazioni e l'efficienza nella gestione dei tempi di attesa	12.3.1.1. Ulteriori azioni per la riduzione dei tempi d'attesa	31/06/2023	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Servizio Programmazione della Rete Ospedaliera e dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale						
Direzione Generale A.S.Re.M.						



12.2 Controllo cartelle cliniche

Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 in materia di “*Riordino delle discipline in materia sanitaria*” individua la cartella clinica come uno strumento per la valutazione del rispetto dei principi di efficienza e di efficacia delle prestazioni, delle modalità di erogazione delle stesse, di controllo della qualità delle cure, di monitoraggio della spesa sanitaria e, quindi, della tutela della salute pubblica.

La qualità della documentazione sanitaria rappresenta il presupposto imprescindibile per il perseguimento della qualità e della sicurezza delle cure.

La normativa nazionale, nel rispetto degli adempimenti per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA), prevede che ogni Regione debba verificare l’appropriatezza delle prestazioni e la qualità della documentazione sanitaria effettuando controlli analitici sulle Cartelle Cliniche e relative Schede di Dimissione Ospedaliera:

- controllo almeno sul 10% dei ricoveri effettuati (selezione casuale del campione);
- controllo sulla totalità delle prestazioni considerate a rischio di inappropriatezza.

La SDO costituisce parte integrante della Cartella Clinica e le informazioni in essa contenute devono essere coerenti ad essa, in quanto:

- consentono, tramite l’archivio informatico e il relativo flusso, il monitoraggio e la valutazione delle performance delle strutture pubbliche e private accreditate;
- rappresentano il presupposto per il rimborso delle prestazioni di ricovero tramite i relativi DRG;
- minimizzano comportamenti opportunistici da parte degli erogatori pubblici o privati.

La Regione Molise ha organizzato un sistema di controlli esterni fornendo a tutti gli enti del Servizio Sanitario Regionale linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle Cartelle Cliniche con l’obiettivo di definire principi generali da applicare omogeneamente a tutti i soggetti committenti ed erogatori di prestazioni del SSR.

Il sistema regionale dei controlli così disciplinato consente di:

- rilevare, sui ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private, gli eventuali fenomeni di inappropriatezza (ad es. incoerenza tra SDO e cartella clinica e/o inappropriatezze organizzative);
- recuperare le eventuali somme di rimborsi non dovuti, tramite la rideterminazione delle tariffe degli eventuali ricoveri non conformi;
- implementare le azioni di miglioramento, tramite attività di auditing specifico che le Strutture intraprendono sulla base delle non conformità emerse.

Tenuto conto delle disposizioni normative e del contesto regionale, nella programmazione 2022-2024 la Regione Molise intende realizzare uno strumento di gestione, analisi e controllo qualitativo del flusso dei ricoveri (SDO) e della Specialistica Ambulatoriale. Mediante tale strumento la Regione intende reingegnerizzare l’attività dei controlli, introducendo un nuovo modello informatizzato in grado di garantire la tempestività delle verifiche sugli erogatori.

Nello specifico il progetto sarà finalizzato a:

- razionalizzare ed uniformare i processi esistenti;
- diffondere e supportare la cultura dell’appropriatezza;
- migliorare ed efficientare la qualità del dato e dei servizi erogati.

Il progetto prevede l’adozione di un software dedicato, articolato nei seguenti moduli:

- suite dedicata al governo dei ricoveri, al cui interno è prevista l’implementazione di un modulo specifico dedicato al campionamento ed alla verifica del controllo qualitativo del dato SDO. A seguito del campionamento i dati saranno messi a disposizione dell’ASReM remotamente per le operazioni di consultazione e registrazione degli esiti, nel rispetto delle disposizioni di legge sul trattamento dei dati sensibili;
- suite dedicata per l’ASReM per la validazione logico-formale del flusso trasmesso dagli erogatori e, mediante il collegamento al database regionale, alle operazioni di consultazione e registrazione degli esiti della verifica delle



SDO campionate. Al suo interno è prevista l'implementazione di un modulo per l'autocontrollo che consenta, contestualmente alla trasmissione del dato in Regione, di produrre la lista delle SDO da inviare agli erogatori pubblici per l'autocontrollo nella percentuale prevista dalle regole ministeriali;

- software per la gestione del flusso della Specialistica Ambulatoriale, integrato con i moduli SDO, per consentire le attività di analisi incrociata delle prestazioni. Il modulo è finalizzato alla gestione del flusso C, al controllo dei requisiti logico formali, all'analisi della produzione ed alla valutazione dell'appropriatezza prescrittiva;
- strumento di supporto per il medico per la corretta compilazione della scheda SDO.

La Regione si pone l'obiettivo di intervenire sulle diverse fasi procedurali connesse alle attività di gestione, analisi e controllo dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni ambulatoriali, dalla trasmissione ed acquisizione del flusso informativo, alla produzione dei report susseguenti alle attività di analisi e monitoraggio dei dati, come sinteticamente rappresentato nella figura seguente.

12.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 12.2.1: Miglioramento qualitativo e di governance delle Cartelle Cliniche

Azione 12.2.1.1 Reingegnerizzare l'attività dei controlli, introducendo un nuovo modello informatizzato

Indicatore 12.2.1.1 Relazione

Azione 12.2.1.2 Implementazione di azioni di miglioramento, tramite attività di auditing specifico che le aziende intraprendono sulla base delle non conformità emerse

Indicatore 12.2.1.2 Report

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
12.2.1 Miglioramento qualitativo e di governance delle Cartelle Cliniche	12.2.1.1 Reingegnerizzare l'attività dei controlli, introducendo un nuovo modello informatizzato	31/03/2023	Relazione	Si/no		
	12.2.1.2 Implementazione di azioni di miglioramento, tramite attività di auditing specifico che le aziende intraprendono sulla base delle non conformità emerse	31/12/2023	Report semestrale	Numero di audit finalizzati al miglioramento qualitativo e di governance delle Cartelle Cliniche		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
Servizio Livelli Massimi di Finanziamento e dell'Integrazione Socio-Sanitaria						
DG ASReM						

12.3 Sicurezza e rischio clinico

La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi sanitari. I dati della letteratura scientifica internazionale evidenziano una reale emergenza riguardo errori ed eventi avversi in sanità, che comporta costi sanitari ed economico-finanziari.

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

Tra gli scopi del governo clinico, è, pertanto, quello di contribuire a ridurre la frequenza degli errori professionali e dei danni ai pazienti, limitando le possibili rivendicazioni e i costi da questi derivati in termini assicurativi e/o risarcitori.

Il modello di *clinical governance*, quindi delinea la cornice strategica entro cui declinare operativamente alcuni strumenti a servizio dell'appropriatezza tra cui, in particolare, il *risk management*.

Per quanto concerne la Regione Molise, questo percorso si è avviato formalmente 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". Questo ha previsto l'elaborazione del Piano di Risk Management che si è arricchito annualmente di innovazioni ed implementazioni ricomprese all'interno della più ampia politica per la qualità del SSR.

Gli obiettivi posti dal POS 2015-2018, per quanto concerne il *risk management*, sono stati quasi completamente raggiunti.

Sulla base di quanto rendicontato con nota A.S.Re.M. prot. n. 25201 del 04.03.2022, risultano implementate tutte le 18 raccomandazioni ministeriali applicabili. Dai monitoraggi, infatti, risulta implementato almeno l'80% delle 18 Raccomandazioni Ministeriali (fra quelle applicabili alla propria realtà).

È inoltre stato completato il "PIANO FORMATIVO AZIENDALE ANNO 2020, confermato nel 2021" (Determina del DG Salute n. 17 del 20 /01 /2016), con Provvedimento del Direttore Generale N. 44 del 14-01-2020 che ha assicurato la formazione del personale delle strutture sanitarie e socioassistenziali e del personale amministrativo di supporto su tematiche di sicurezza del paziente in coerenza con i bisogni di formazione e le loro responsabilità in termini di sicurezza. È dunque prevista la nuova adozione del Piano Formativo di Risk Management per il triennio 2022-2024 allo scopo di promuovere ed aggiornare la formazione continua degli operatori sanitari coinvolti.

Con Determina del Direttore generale per la Salute n. 148 del 27 luglio 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:

- Raccolta dei dati regionali sui rischi, eventi avversi e sul contenzioso: trasmissione dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale;
- 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 attraverso l'implementazione della "Procedura per la Segnalazione degli Eventi Avversi, degli Eventi Indesiderati (con o senza danno) e degli Eventi Sentinella" (Prot. Regionale n. 42400 del 14/4/2016);
- Individuazione delle buone pratiche cliniche ai fini della sicurezza del paziente.

Riguardo la "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 quinquenni.

Tuttavia, la pubblicazione di suddetti dati e documenti risulta avviata ma incompleta.

Successivamente, con la Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 27 del 23/03/2022, avente ad oggetto la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente è stata modificata la composizione del "Centro" includendovi i *risk managers* delle Strutture sanitarie ospedaliere Gemelli Molise S.p.A. e Neuromed S.r.l. e nominando coordinatore il referente regionale per il rischio clinico. Inoltre, sono stati meglio specificati i compiti del "Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente". Le competenze, difatti, sono comunque quelle individuate dalla normativa (L. 24/2017) ma, in linea con il documento redatto dalla Sub Area Rischio clinico approvato dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province autonome del 2/02/2019, possono comprendere le seguenti attività:

- Supporto al Referente regionale del rischio clinico;
- Esercizio di funzioni di indirizzo e monitoraggio sulla tematica della sicurezza delle cure;
- Definizione di obiettivi annuali coerenti con le politiche regionali e condivisi con i soggetti responsabili;
- Sostegno agli operatori sanitari nell'attuazione delle indicazioni regionali e nelle azioni per la riduzione dei rischi;
- Promozione dell'implementazione delle Raccomandazioni e la diffusione e promozione di Buone Pratiche per la sicurezza delle cure;
- Promozione di sinergie tra i coordinatori dell'attività di gestione del rischio sanitario delle organizzazioni sanitarie, al fine di favorire una omogenea applicazione delle indicazioni nazionali e regionali;
- Gestione del flusso informativo SIMES relativo alla segnalazione degli eventi sentinella e alla registrazione dei sinistri, garantendo supporto all'analisi dei dati del contenzioso;
- Messa a regime in tutte le strutture del sistema di segnalazione degli incidenti;
- Effettuazione di analisi dei casi e dei relativi feedback;
- Individuazione delle fonti informative funzionali ad assicurare l'armonizzazione, il consolidamento e lo sviluppo delle funzioni regionali di monitoraggio epidemiologico, prevenzione e gestione dei rischi;
- Raccolta dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private dei dati regionali relativi ai rischi, agli eventi avversi e agli eventi sentinella, nonché agli eventi senza danno, i dati relativi alle tipologie dei sinistri, alle cause, all'entità e alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso, al fine della trasmissione all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, secondo modalità e procedure stabilite dal regolamento dell'Osservatorio nazionale;
- Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ai fini della garanzia dei relativi Livelli Essenziali di Assistenza (questionario LEA);
- Supporto alla ricerca e lo sviluppo di innovazioni riguardo al tema della sicurezza delle cure;
- Cura dei rapporti con i cittadini sul tema, attraverso la relazione con i loro organismi di rappresentanza;
- Presenza e la rappresentanza regionale sul tema nei contesti istituzionali di ambito regionale e nazionale.

Suddette attività sono da svolgersi in accordo con le competenze e professionalità dei membri del Centro e in collaborazione con le strutture dell'A.S.Re.M. competenti in materia di rischio clinico.

Si rilevano inoltre criticità in termini di reporting di dati clinici, a tale fine risulta rilevante il miglioramento in termini di qualità, coerenza e completezza dei dati e delle informazioni inserite nei diversi sistemi informativi, pertanto si prevede nell'attuale cornice programmatoria lo sviluppo completo e definito di:

- Sistemi di *Incident Reporting* per le segnalazioni di eventi o quasi eventi (Near miss) e di Eventi Sentinella in SIMES¹¹, compilando correttamente e nei tempi previsti la scheda A (5 gg.) e la scheda B (45 gg.);

¹¹ 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



- 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.

12.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 12.3.1 Potenziamento del Risk Management attraverso la programmazione e pianificazione finalizzata alla riduzione di errori ed eventi avversi

Azione 12.3.1.1 Adozione del Piano Formativo di Risk Management per il triennio 2022-2024

Indicatore 12.3.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 12.3.1.2: Produzione e pubblicazione di una Relazione Annuale consuntiva

Indicatore 12.3.1.2: Relazione annuale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO					
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Impatto Economico	Indicatore NSG
12.3.1 Potenziamento del risk management attraverso la programmazione e pianificazione finalizzata alla riduzione di errori ed eventi avversi	12.3.1.1. Adozione del Piano Formativo di Risk Management per il triennio 2022-2024	31/12/2022	Provvedimento ASReM		
	12.3.1.2 Produzione e pubblicazione di una Relazione Annuale consuntiva	31/12/2023	Relazione annuale ASReM		
Responsabile del procedimento attuativo					
DG ASreM Direzione Generale per la Salute					

12.4 Atti aziendali e Piani attuativi territoriali

L'atto aziendale è lo strumento strategico che definisce l’assetto organizzativo dell’ unica Azienda Sanitaria regionale del Molise.

Attraverso l’Atto è rappresentato il modello organizzativo di risposta ai bisogni di salute della popolazione molisana di cui l’A.S.Re.M. si dota. È lo strumento per la completa definizione dell’organizzazione aziendale, secondo un’ottica di autonomia gestionale finalizzata al raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione Molise e dalle regole del Servizio Sanitario regionale.

L’attuale Atto Aziendale dell’A.S.Re.M. scaturisce dalla precedente programmazione 2015 – 2018, ed è stato approvato con provvedimento della Direzione A.S.Re.M. n. 301 del 27 marzo 2018 e ratificato con DCA n. 39 dell’11 aprile 2018, oltre che con successivo provvedimento della Direzione A.S.Re.M. n.217 dell’8 marzo 2021.

Lo stesso Atto Aziendale vigente è stato successivamente modificato a stralcio ad invarianza del numero complessivo di 62 SS.CC. attivabili previste dal DCA n. 39/2018. Infatti, con la Deliberazione del Direttore Generale n.217 del 08/03/2021 con cui nell’ambito delle strutture organizzative della rete ospedaliera, venivano soppresse le unità operative:

- SC Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Regionale del Molise;



- SS Direzione Medica del Plesso di Termoli;
- SS Direzione Medica del Plesso di Isernia;

e venivano istituite le Strutture Complesse, a riporto diretto della Direzione Sanitaria aziendale:

- SC Direzione Medica del Plesso di Campobasso;
- SC Direzione Medica del Plesso di Termoli;
- SC Direzione Medica del Plesso di Isernia, confermando l'unità operativa semplice "SS Direzione Medica del Plesso di Agnone", a riporto dell'istituenda "SC Direzione Medica del Plesso di Isernia".

Sulla scorta del Programma Operativo 2022 – 2024, l'ASReM procederà all'adozione di un nuovo atto aziendale conforme all'assetto organizzativo delineato nel suddetto atto programmatico.

Attualmente non risultano adottate da parte di ASReM i PAT dei singoli distretti. Obiettivo del prossimo triennio 2022-2024 è l'adozione di iniziative volte a favorire l'approvazione dei su indicati piani territoriali.

In merito alle azioni previste dal precedente Programma Operativo 2019 – 2021, e più specificatamente quelli riferibili al **punto 18 - Comunicazione e governance del Piano/18.1. Redazione del Piano di comunicazione aziendale**, si riprogramma tale attività all'interno del nuovo Atto Aziendale.

Il Piano di Comunicazione, così come previsto dal PO 2019/2021, dovrà essere allegato all'Atto Aziendale e dovrà indicare la pianificazione parallela all'Atto delle attività di comunicazione, con particolare riferimento ai nuovi Servizi attivati dal PNRR (Ospedali e Case di Comunità, COT, nuovo FSE), in cui verranno sviluppate le politiche di comunicazione aziendale in linea con il presente Programma Operativo.

12.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 12.4.1: Approvazione del nuovo Atto Aziendale

Azione 12.4.1.1: Approvazione del nuovo Atto Aziendale

Indicatore 12.4.1.1 DCA

Obiettivo 12.4.2: Approvazione PAT distrettuali

Azione 12.4.2.1: Approvazione PAT distrettuali

Indicatore 12.4.2.1 Provvedimento ASReM

Obiettivo 12.4.3: Redazione del Piano di comunicazione aziendale

Azione 12.4.3.1: Redazione del Piano di comunicazione aziendale

Indicatore 12.4.3.1 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Impatto Economico	Indicatore NSG	Indicatori di performance
12.4.1.Approvazione del nuovo Atto Aziendale	12.4.1.1 Approvazione e del nuovo Atto Aziendale	30/06/2023	DCA			
12.4.2. Approvazione PAT distrettuali	12.4.2.1 Approvazione PAT distrettuali	31/12/2023	Provvedimento ASReM			
12.4.3.Redazione del Piano di comunicazione aziendale	12.4.3.1 Redazione del Piano di comunicazione aziendale	31/12/2023	Provvedimento ASReM			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						



12.5 Attività libero professionale intramuraria (ALPI)

La libera professione intramuraria è lo strumento ideato dal legislatore per garantire e tutelare il diritto dell'utente alla scelta fiduciaria del medico, valorizzando al contempo, il ruolo dei professionisti e il loro patrimonio di capacità, conoscenze e esperienza.

La legge 3 agosto 2007, n. 120 e il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189 hanno contribuito ad arricchire e consolidare le regole di sistema, potenziando il quadro d'azione, gli strumenti e le procedure di gestione dell'attività libero-professionale intramuraria.

Oltre alle citate riforme, è necessario considerare anche le indicazioni formulate da Stato e Regioni/Province Autonome, che hanno contribuito a coordinarne l'attuazione, in particolare con gli Accordi del 18 novembre 2010, concernente l'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio Sanitario Nazionale (Rep. Atti n. 198/CSR) e del 19 febbraio 2015, in merito ai criteri per la verifica del programma sperimentale per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria presso gli studi professionali collegati in rete (Rep. Atti n. 19/CSR).

In considerazione della complessità del fenomeno lo Stato ha ampliato il controllo con ulteriori prospettive di analisi e piani di studio, quali:

- gli aspetti economico-finanziari connessi all'esercizio della libera professione intramuraria, con un approfondimento sul numero di dirigenti medici che hanno optato per il rapporto di esclusività, sulla quantificazione della corrispondente indennità, sui dati relativi alla spesa per i cittadini e ai costi e ricavi delle Aziende.
- i volumi di attività e i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali traccianti (previste da PNGLA 2019-2021) erogate in regime libero-professionale.

Con Delibera di Giunta Regionale n. 353 del 15 Luglio 2015 avente ad oggetto "Art.1, comma 4 della legge 3 agosto 2007 n.120 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" come modificato dal D.L.N. 158 del 13/9/2012. Approvazione "Linee Guida per l'esercizio della libera professione intramuraria della Regione Molise" sono state adottate le linee guida sulle modalità di gestione dell'attività libero-professionale intramuraria, successivamente all'entrata in vigore del decreto-legge 13 settembre 2012, N. 158 convertito, con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

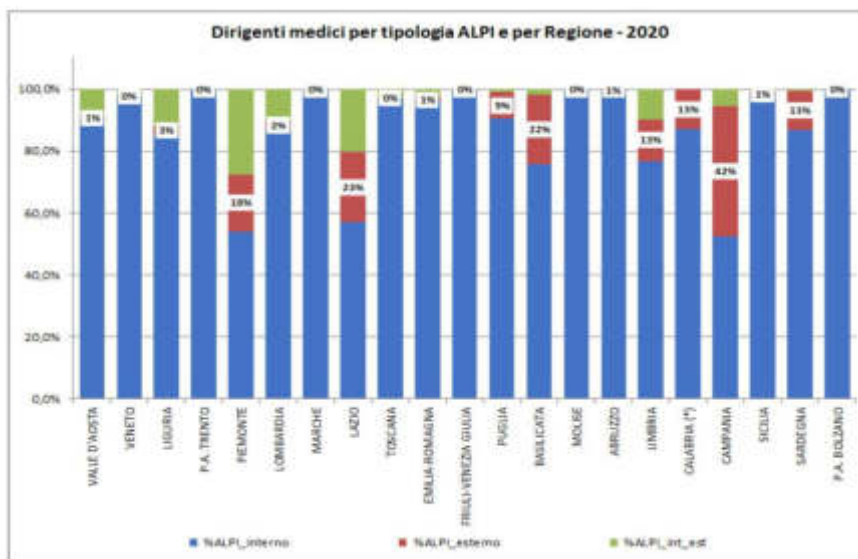
Con Delibera di Giunta Regionale n.218 del 02/07/2020 avente ad oggetto "ART. 3, COMMA 3, Dell'Accordo sancito in Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento E di Bolzano in data 18 novembre 2010, concernente L'attività Libero - Professionale dei Dirigenti Medici, sanitari e veterinari del Servizio Sanitario Nazionale. (REP. ATTI N. 198/CSR). - ORGANISMO PARITETICO REGIONALE PER L'A.L.P.I. PROVVEDIMENTI"- DPGR N. 90 DEL 07.10.2020: nomina componenti. – è stato istituito l'Organismo Paritetico regionale per l'Alpi con il compito di stabilire le modalità di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale e dell'insorgenza del conflitto di interessi o di situazioni che comunque implichino forme di concorrenza sleale, determinando le relative misure sanzionatorie. L'Organismo si è insediato in data 28/06/2021.

La disponibilità degli spazi per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria è stata più volte oggetto di interventi da parte del legislatore in quanto rappresenta un elemento fondamentale del sistema di gestione del fenomeno.

In particolare, il decreto-legge n. 158/2012 come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, ha richiesto alle Aziende di effettuare una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili, e la conseguente predisposizione di una specifica valutazione dei volumi delle prestazioni rese, al fine di analizzare più dettagliatamente l'entità del fenomeno e pianificare, ove necessario, il ricorso all'acquisizione di spazi esterni.

La ASREM ha garantito a tutti i dirigenti medici spazi idonei e sufficienti per l'esercizio della libera professione intramuraria.



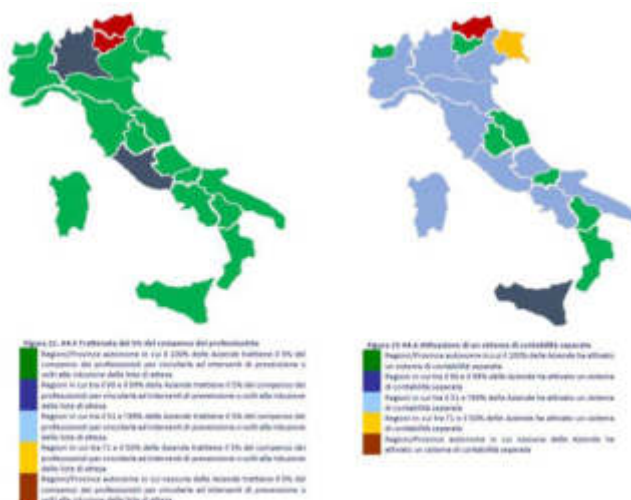


Fonte: Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria – Anno 2020 - Agenas

La tabella sopra riportata mostra come, al 31/12/2020, l'attività intramoenia esercitata al di fuori delle mura è pressoché assente o nulla in Molise. Nonostante non sia realizzata l'infrastruttura di rete per la quale la Regione risulta inadempiente, la quasi totalità delle prestazioni viene eseguita all'interno delle mura aziendali.

L'articolato dell'ultima riforma prevede, tra le misure dirette a garantire maggiore efficienza e trasparenza dei sistemi di gestione, la necessaria tracciabilità delle corresponsioni. Secondo le nuove disposizioni il pagamento delle prestazioni, di qualsiasi importo, deve essere corrisposto direttamente al competente Ente o Azienda del Servizio sanitario nazionale, attraverso l'utilizzo di mezzi di pagamento che ne assicurino la tracciabilità. La Regione Molise risulta adempiente alla norma in quanto i pagamenti vengono effettuati tramite sportelli CUP aziendali. L'imminente attivazione dei nuovi sistemi informatizzati di prenotazione da parte del cittadino (APP e Portale) che saranno consentiti dalla messa in esercizio del nuovo Sistema di gestione delle agende di prenotazione – CUP Unico regionale, permetteranno di effettuare il pagamento anche attraverso PagoPA, a garanzia della tracciabilità delle transazioni.

La Regione risulta adempiente anche in merito agli adempimenti correlati alla trattenuta del 5% del compenso del professionista ed alla attivazione di un sistema di contabilità separata, oltre che all'implementazione delle attività di controllo del progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni in attività istituzionale e libero professionale.



Fonte: Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria – Anno 2020 - Agenas

Rispetto alla definizione annuale dei volumi di attività istituzionale ed alla determinazione dei volumi di attività libero-professionale la Regione risulta inadempiente.



La messa a regime del nuovo Sistema di CUP Unico Regionale, permetterà di superare le criticità per le quali la Regione risulta ancora inadempiente garantendo altresì la possibilità di gestire le prestazioni aggiuntive (di cui all'articolo 55, comma 2, del CCNL 8 giugno 2000) ovvero le prestazioni richieste in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle Aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa, soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge che sino ad ora non è stato possibile programmare.

La Regione Molise ha realizzato un miglioramento rispetto agli indicatori regionali, con il raggiungimento della piena adempienza sui 3 indicatori:

- R1.1: Individuazione delle misure dirette ad assicurare, in accordo con le organizzazioni sindacali, il passaggio al regime ordinario dell'attività libero-professionale;
- R2.1: Emanazione/aggiornamento linee guida regionali.
- R4.1: Istituzione di appositi organismi paritetici con le organizzazioni sindacali e la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.

Scendendo a livello di governo aziendale è stato possibile osservare quanto segue:

- la piena adempienza di 6 indicatori:

A4.3: Pagamento delle prestazioni direttamente all'Azienda tramite mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità;
 A4.4: Definizione degli importi da corrispondere a cura dell'assistito;
 A4.5: Trattenuta dal compenso dei professionisti di una somma pari al 5%;
 A4.7: Svolgimento di attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni;
 A4.8: Adozione di misure dirette a prevenire l'insorgenza di conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale;
 A5.4: Costituzione di appositi organismi paritetici di verifica e controllo;

- l'inadempimento di 3 indicatori:

A4.1: Attivazione dell'infrastruttura di rete;
 A5.1: Definizione annuale dei volumi di attività istituzionale;
 A5.2: Determinazione dei volumi di attività libero-professionale.

Nel corso del quinquennio di riferimento la Regione Molise ha mostrato un trend positivo (nel 2013 il livello di adempienza si attestava poco sopra il 30%) raggiungendo il 75% di adempienza.

12.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 12.5.1: Definizione annuale dei volumi di attività istituzionale ed alla determinazione dei volumi di attività libero-professionale

Azione 12.5.1.1: Definizione annuale dei volumi di attività istituzionale

Indicatore 12.5.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 12.5.1.2: Determinazione dei volumi di attività libero-professionale

Indicatore 12.5.1.2 DCA Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Impatto Economico	Indicatore NSG	Indicatori di performance
12.5.1 Definizione annuale dei volumi di attività istituzionale ed alla determinazione dei volumi di attività libero-professionale	12.5.1.1 Definizione annuale dei volumi di attività istituzionale	31/03/2023	Provvedimento ASReM			
	12.5.1.2 Determinazione dei volumi di attività libero-professionale	31/03/2023	Provvedimento ASReM			
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
A.S.Re.M.						



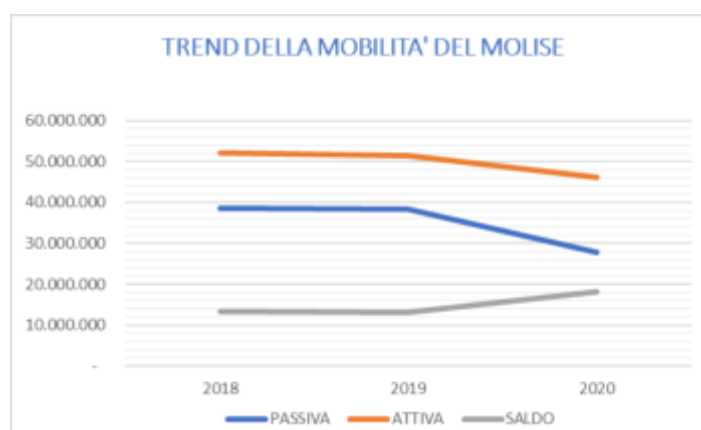


13 Mobilità Sanitaria

Il Molise è una delle regioni italiane con il più alto numero di mobilità sanitaria; mobilità che si caratterizza per numeri di ricoveri e valori medi di produzione in mobilità attiva maggiori rispetto alla mobilità passiva.

Difatti, con riferimento ai dati 2020, si rileva come la mobilità passiva regionale abbia registrato un valore medio pari a 27,8 €/mln rispetto ad una mobilità attiva di 46,1 €/mln, delineando un saldo positivo pari a 18,3 €/mln.

Confrontando i valori rilevati nel 2020 con quanto registrato nel biennio precedente emerge come i valori della mobilità regionale presentino un trend negativo; andamento principalmente influenzato dalle limitazioni alla mobilità connesse susseguenti alla normativa emanata ai fini del contenimento della crisi pandemica.



ANNO	Mobilità Attiva	Mobilità Passiva	Saldo
2020	46.097.089	27.834.680	18.262.409
2019	51.552.363	38.367.370	13.184.993
2018	52.087.945	38.634.395	13.453.559

Nel triennio analizzato le Regioni che hanno inciso maggiormente sul valore della mobilità regionale sono risultate essere: la Campania, il Lazio, l'Abruzzo e la Puglia.

I flussi di mobilità attiva di queste regioni sono diretti prevalentemente presso le strutture private accreditate del Molise, principalmente per malattie e disturbi del sistema nervoso e dell'apparato cardiocircolatorio.

I flussi della mobilità passiva sono alimentati principalmente dai ricoveri per malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo.

13.1 Governo della mobilità extraregionale

L'andamento e la natura della mobilità interregionale e di conseguenza il valore economico delle prestazioni erogate in mobilità passiva dipende strettamente dal tipo di DRG.

Per quanto concerne la mobilità ospedaliera i DRG più impattanti sulla mobilità passiva sono:

- DRG 544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori: valore di 3,77€ mln e 424 ricoveri effettuati per il 30% in Abruzzo per il 14% in Emilia-Romagna.
- DRG 481 Trapianto di midollo osseo: valore di 1,78 €mln e 28 ricoveri effettuati per il 43% nel Lazio e 39% in Abruzzo, poiché tale prestazione non è erogata in Molise.

- DRG 104 Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici: valore 1,66 €mln e 67 ricoveri di cui 46% avvenuti in Lombardia, seguita dal 27% in Puglia.
- DRG 012 Malattie degenerative del sistema nervoso: valore 0,94 €mln e 124 ricoveri, effettuati sia in Lazio sia in Abruzzo per una percentuale del 29%.
- DRG 105 Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco: valore 0,93 €mln e 43 ricoveri effettuati per il 28% in Lombardia, seguita dal 19% nel Lazio.

In merito alla specialistica ambulatoriale, la suddivisione avviene per discipline:

- Medicina di laboratorio e anatomia patologica: valore 2.7492€K e 320.290 prestazioni per cui il 71% dei molisani si sposta verso Abruzzo, Lazio e Lombardia;
- Radiologia Diagnostica: valore 1.493€K e 26.488 prestazioni erogate per il 43% in Abruzzo e 15% in Campania;
- Radioterapia: valore economico di 872€K e 7.100 prestazioni erogate per il 45% verso il Lazio anche se il valore economico è superiore in Lombardia (3%);
- Odontostomatologia: valore economico di 774€K e 43.585 prestazioni erogate, 54% di queste viene erogato in Abruzzo, seguito dal Lazio con il 14%;
- Pronto soccorso: valore economico di 562€K e 2.678 prestazioni di cui il 58% viene erogato in Lazio, segue la Campania con il 27%;
- Medicina nucleare: valore 424€K e 873 prestazioni erogate presso 19% viene erogato in Lazio, segue la Campania con il 20% nonostante l'alto valore dell'Abruzzo.

Sul punto deve essere specificato che i suddetti flussi di mobilità contengono al loro interno anche prestazioni di c.d. mobilità apparente ossia prestazioni rese a favore di pazienti regionali di fatto residenti in altre regioni.

Le Regioni che hanno il maggior peso sul valore della mobilità regionale, come sopra esposto, sono risultate essere: la Campania, il Lazio, l'Abruzzo e la Puglia.

Nello specifico, per prestazioni ospedaliere di complessità mediamente bassa, i cittadini molisani preferiscono spostarsi verso Lazio, Emilia-Romagna e Puglia; per prestazioni ospedaliere più complesse, verso Abruzzo e Campania.

Per servizi sanitari relativi alla specialistica ambulatoriale, invece, le prestazioni erogate in regime di mobilità passiva risultano varie in tutte le regioni di destinazione.

Premesso che la mobilità passiva effettiva è suddivisa in due macrocategorie: mobilità accettabile (ricoveri ad alta complessità, ricoveri di prossimità accettabili) e mobilità evitabile (ricoveri ad alto rischio di inappropriately, ricoveri di prossimità evitabili, altri ricoveri per media e bassa complessità), nella Regione Molise la percentuale di mobilità accettabile sul totale della mobilità effettiva è risultata pari al 34% nel 2018, 31% nel 2019 e 66% nel 2020; la percentuale di mobilità evitabile è risultata pari al 66% nel 2018, 69% nel 2019 e 66% nel 2020.

A seconda della tipologia di mobilità evitabile il trend differisce:

- la mobilità di media e bassa complessità aumenta del 5% nel 2019 e si riduce del 30% nel 2020;
- la mobilità inappropriata si riduce del 7% nel 2019 e del 33% nel 2020,
- la mobilità di prossimità non accettabile aumenta del 4% nel 2019 e si riduce del 31% nel 2020.

Tipologia mobilità	Anno 2018			Anno 2019			2020		
	PASSIVA	ATTIVA	SALDO	PASSIVA	ATTIVA	SALDO	PASSIVA	ATTIVA	SALDO
Mobilità accettabile	12.779.000,00	19.738.572,00	6.959.572,00	11.370.000,00	21.023.710,00	9.653.710,00	9.105.000,00	19.289.255,00	10.184.255,00
Mobilità di prossimità accettabile	511.685,00	3.040.859,00	2.529.174,00	664.600,00	2.029.551,00	1.364.951,00	473.230,00	1.797.389,00	1.324.159,00
Altra Mobilità di non prossimità	18.551.230,00	19.738.572,00	1.187.342,00	19.565.000,00	19.426.141,00	- 138.859,00	13.651.150,00	17.787.747,00	4.136.597,00
Mobilità evitabile	2.755.680,00	1.918.630,00	- 837.050,00	2.552.470,00	1.608.080,00	- 944.390,00	1.713.800,00	1.153.445,00	- 560.355,00
Inappropriata	4.036.800,00	7.651.320,00	3.614.520,00	4.215.300,00	7.464.880,00	3.249.580,00	2.891.500,00	6.069.254,00	3.177.754,00
Mobilità di prossimità non accettabile	4.036.800,00	7.651.320,00	3.614.520,00	4.215.300,00	7.464.880,00	3.249.580,00	2.891.500,00	6.069.254,00	3.177.754,00
TOTALI	38.634.395,00	52.087.954,00	13.453.559,00	38.367.370,00	51.552.363,00	13.184.993,00	27.834.680,00	46.097.089,00	18.262.409,00

La ridotta attrattività delle strutture sanitarie pubbliche regionali che costituisce la principale criticità è legata soprattutto ad una forte contrazione del personale sanitario con conseguente impossibilità di garantire l'assorbimento della domanda sanitaria anche per quelle prestazioni a bassa e media complessità.

La Regione si propone come obiettivo primario un potenziamento della dotazione organica del personale sanitario e un implementazione delle dotazioni tecnologiche delle strutture sanitarie pubbliche.



13.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 13.1.1 Migliorare l'efficienza delle strutture pubbliche anche al fine di aumentarne l'attrattività

Azione 13.1.1.1 Potenziamento delle dotazioni tecnologiche

Indicatore 13.1.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 13.1.1.2 Potenziamento del personale sanitario

Indicatore 13.1.1.2 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
13.1.1 Migliorare l'efficienza delle strutture pubbliche anche al fine di aumentarne l'attrattività	13.1.1.1 Potenziamento delle dotazioni tecnologiche	31/12/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	13.1.1.2 Potenziamento del personale sanitario	31/12/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

13.2 Accordi interregionali in materia di mobilità sanitaria

Come noto, il principale strumento individuato dal legislatore per il governo della mobilità è rappresentato dagli accordi di confine.

La Regione Molise negli scorsi anni ha tentato più volte di avviare dei percorsi con le regioni limitrofe per giungere ad una definizione di accordo senza tuttavia ricevere alcun riscontro da parte delle regioni interpellate.

In realtà la difficoltà di definire accordi sulla mobilità non costituisce una peculiarità di questa regione bensì una criticità registrata a livello nazionale tanto che nel luglio 2021 il Ministero della Salute si è fatto promotore di un tavolo infraregionale teso a superare le difficoltà registrate.

Ciò nonostante nella programmazione 2022-2024, la Regione Molise, proseguirà nel tentativo di addivenire alla stipula degli accordi con le quattro regioni confinanti che, come già rappresentato, costituiscono le principali direttrici della mobilità passiva molisana.

13.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 13.2.1 Sottoscrizione dei contratti interregionali bilaterali in materia di mobilità sanitaria

Azione 13.2.1.1 Avvio delle trattative per la stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità

Indicatore 13.2.1.1 Atto Regionale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
13.2.1 Sottoscrizione dei contratti interregionali bilaterali in materia di mobilità sanitaria	13.2.1.1 Avvio delle trattative per la stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità	31/12/2022	Atto regionale			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						



14 Contabilità analitica, PAC, trasferimenti e pagamenti

Nelle precedenti programmazioni la Regione Molise, tenuto conto della normativa pro tempore vigente, è intervenuta introducendo azioni volte al perseguimento del ben più ampio obiettivo di riequilibrio economico-finanziario del SSR.

Con riferimento a quanto programmato nel POS 2015-2018, si è agito intervenendo principalmente su due categorie di azioni:

- l'applicazione della normativa nazionale vigente in materia di riduzione della spesa e delle disposizioni per le regioni in piano di rientro;
- il riordino strutturale del SSR.

Tra i Programmi relativi alla prima categoria e quindi alle azioni previste in ottemperanza alle normative vigenti si rilevano:

- Certificabilità dei bilanci del SSR: raggiungimento dell'obiettivo del rispetto di quanto previsto dal PAC in termini di azioni e tempistica per la certificabilità dei bilanci;
- Contabilità analitica: implementazione di un efficace sistema di contabilità analitica, quale strumento a supporto del processo di programmazione e controllo a livello aziendale.

Nel PO 2019-2021, sono stati introdotti ulteriori obiettivi ed, in particolare, si è agito al fine di assicurare il rispetto dei tempi di pagamento, prevedendo l'introduzione di precise linee di indirizzo rivolte all'azienda sanitaria regionale. In materia di recupero del ritardo nei pagamenti, inoltre, si è proceduto all'assegnazione di uno specifico obiettivo al Direttore Generale, ai sensi della legge di bilancio per l'anno 2019, n.145, articolo 1, comma 865 che prevede la "riduzione del ritardo medio nel pagamento delle fatture ai fornitori".

Con particolare riferimento alle attività connesse alla certificabilità dei bilanci del SSR e alla contabilità analitica, la Regione, ai sensi dell'Art.79, comma 1 sexies lettera c), del D.L. 112/2008, convertito con legge 133/2008, e della legge 23 Dicembre 2009 n.191, ha attivato il "Progetto ex Art. 79".

In particolare, mediante tale progetto la Regione intende intervenire sul flusso informativo garantendo la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale, prevedendone una produzione sistematica ed un'interpretazione gestionale continuativa, favorendo lo svolgimento delle attività di programmazione e di controllo regionale ed aziendale. Ad oggi il progetto è avviato ed è in corso di realizzazione il nuovo cronoprogramma per procedere alla certificabilità dei Bilanci; pertanto, ai fini del completamento progettuale, nella programmazione 2022-2024 saranno previste specifiche azioni, per le quali si rinvia a quanto descritto nell'apposita Area.

14.1 Contabilità analitica

L'implementazione di un efficace sistema di contabilità analitica, quale strumento a supporto del processo di programmazione e controllo a livello aziendale e della *governance* del Sistema Sanitario Regionale rappresenta un obiettivo imprescindibile che l'intero SSR è oggi chiamato a raggiungere.

In coerenza con quanto rappresentato, al fine di avviare un miglioramento del controllo economico e clinico dei processi aziendali e, più in generale, attuare un modello regionale di monitoraggio volto a supportare la programmazione ed il controllo dei risultati dell'intero Sistema Sanitario, il **sistema di contabilità analitica** consente l'implementazione di un processo strutturato per l'acquisizione, elaborazione ed esposizione dei dati di costo e ricavo secondo logiche di aggregazione definite in relazione agli obiettivi di analisi (es. per centro di responsabilità; ulteriormente dettagliati per centro di costo etc..). In tale ambito si rende opportuno effettuare le seguenti principali attività:

- **Revisione ed aggiornamento del Piano dei Centri di Costo** coerentemente con la Struttura Organizzativa dell'Azienda Sanitaria;
- **Elaborazione ed adozione del Piano dei Fattori Produttivi** al fine di consentire la classificazione per "natura" delle risorse economiche necessarie per l'erogazione delle prestazioni e servizi sanitari e non;



- **Revisione e completa implementazione dei criteri di ribaltamento dei costi indiretti** per l'imputazione dei costi comuni necessari per il funzionamento delle attività;
- **Definizione di un Modello di Controllo di Gestione** comprensivo delle attività di raccolta, elaborazione, analisi e monitoraggio dei dati contabili e gestionali del Sistema Sanitario, secondo logiche di raccolta dati basate su criteri di omogeneità ed uniformità delle procedure amministrativo-contabili e gestionali da cui tali dati sono generati. Tale modello dovrà essere in grado di offrire strumenti adeguati alla quantificazione delle prestazioni erogate per "destinazione" e per livelli di assistenza, che possano essere utilizzati anche a supporto del processo di programmazione e controllo degli obiettivi previsti nell'ambito del SSR

14.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Il Programma Operativo 2022-2024 avrà l'obiettivo di dare completa attuazione al percorso già avviato nel precedente documento programmatico, tramite la realizzazione delle seguenti macro-attività e relativi obiettivi:

Obiettivo 13.1.1: Implementazione del Sistema Regionale di Contabilità Analitica

Azione 13.1.1.1: Definizione di linee di indirizzo regionali per la predisposizione del Piano dei Centri di Costo coerente con la Struttura organizzativa Aziendale

Indicatore 13.1.1.1: DCA

Azione 13.1.1.2: Definizione di una Metodologia Regionale di Controllo di Gestione (per Centri di Responsabilità/Costo)

Indicatore 13.1.1.2: DCA

Azione 13.1.1.6: Progettazione ed attuazione di un Modello di Controllo e 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

Indicatore 13.1.1.6: Relazione

Obiettivo 13.1.2: Consolidamento dell'utilizzo della Contabilità Analitica

Azione 13.1.2.1: Predisposizione dei Modelli CP e LA, definizione puntuale dei costi da imputare ai diversi livelli e sub-livelli assistenziali e collegamenti con il CE, al fine di garantire la compilazione tempestiva degli stessi tramite i flussi dati derivanti dalla Contabilità Analitica e consentire le attività di analisi tra i costi per livelli assistenziali e le prestazioni erogate.

Indicatore 13.1.2.1: Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
13.1.1 Implementazione del Sistema Regionale di Contabilità Analitica	13.1.1.1 Definizione di linee di indirizzo regionali per la predisposizione del Piano dei Centri di Costo coerente con la Struttura organizzativa Aziendale	31/12/2022	DCA			
	13.1.1.2 Definizione di una Metodologia Regionale di Controllo di Gestione (per Centri di Responsabilità/Costo)	31/12/2022	DCA			
	13.1.1.3 Progettazione ed attuazione di un Modello di Controllo e Monitoraggio del SSR e consolidamento dei dati, secondo modalità coerenti con le metodologie definite	30/06/2023	Relazione			



	nell'ambito del SIVEAS e con i modelli dati del NSIS					
13.1.2 Consolidamento dell'utilizzo della Contabilità Analitica	13.1.2.1 Predisposizione dei Modelli CP e LA, definizione puntuale dei costi da imputare ai diversi livelli e sub-livelli assistenziali e collegamenti con il CE, al fine di garantire la compilazione tempestiva degli stessi tramite i flussi dati derivanti dalla Contabilità Analitica e consentire le attività di analisi tra i costi per livelli assistenziali e le prestazioni erogate	31/12/2023	Relazione			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

14.2 Percorso attuativo della certificabilità (PAC)

Il Percorso Attuativo della Certificabilità (di seguito "PAC"), ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2 del Decreto Interministeriale del 17 settembre 2012, prevede che gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale debbano garantire, sotto la responsabilità ed il coordinamento delle Regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci. In tale contesto, le Regioni sono tenute ad avviare il percorso previsto dalla normativa e finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata (di seguito "G.S.A.") e del consolidato regionale.

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 proprio "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 un nuovo Piano Attuativo che recepisce quanto richiesto dal Tavolo.

In attuazione, dunque, di quanto previsto dall'ultimo "PAC" e dal relativo Cronoprogramma, approvato con DCA n. 16 del 08/03/2016, la GSA e l'A.S.Re.M. hanno provveduto ad effettuare le attività previste nel Piano Attuativo, ed in particolare alla predisposizione e adozione delle 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 (approvate ed adottate con Delibera Aziendale del DG n. 612 del 30.06.2016);
- Gestione Patrimonio Netto; Gestione Chiusure Contabili (approvate ed adottate con Delibera Aziendale del DG n. 786 del 30.09.2016);
- Gestione Ciclo Attivo; Gestione Ciclo Passivo; Gestione Disponibilità Liquide; Linee guida per le modalità di rilevazione contabile degli eventi della GSA (approvate ed adottate con DCA n. 43 del 28.06.2016);
- Riconciliazione CO. FI. – CO. EP.; Gestione Chiusure contabili trimestrali; Predisposizione Bilancio d'esercizio e Bilancio Consolidato (approvate ed adottate con DCA n. 57 del 30.09.2016).
- Sulla base delle azioni realizzate e ancora da realizzare dall'A.S.Re.M. e dalla G.S.A. in relazione agli obiettivi previsti dall'ultimo Piano Attuativo adottato, la Regione, con DCA 20 del 28.02.2018, ha ritenuto opportuno rimodulare le scadenze previste e ridefinire il Cronoprogramma "PAC".



Sulla base delle azioni realizzate e ancora da realizzare dall'A.S.Re.M. e dalla G.S.A. in relazione agli obiettivi previsti dall'ultimo Piano Attuativo adottato, la Regione, con DCA 20 del 28/02/2018, ha ritenuto opportuno rimodulare le scadenze previste e ridefinire il Cronoprogramma "PAC".

Il Programma Operativo 2022-2024 si pone l'obiettivo di garantire il pieno completamento delle attività già definite ed avviate nel precedente documento programmatico 2019-2021, in ragione del quale, si rende necessario procedere ad una nuova riprogrammazione delle azioni da implementare ai fini del pieno raggiungimento e completamento del Percorso di Certificabilità dei Bilanci degli Enti del S.S.R.

In tale ambito, la Regione Molise procederà a:

- Definire e adottare con DCA, un nuovo Piano Attuativo per la rimodulazione delle scadenze sulla base dello stato di attuazione delle azioni "PAC" da parte dell'A.S.Re.M. e della G.S.A.;
- Prevedere con il nuovo Cronoprogramma "PAC", la conclusione del Percorso di certificabilità dei Bilanci entro il 30/12/2024.

Tale obiettivo, inoltre, è stato definito anche in coerenza con le azioni previste nell'ambito dell'iniziativa progettuale ex "art. 79 comma 1 sexies della L. n. 133/2008", avviata dalla Regione Molise, che prevede, tra l'altro, supporto alle attività inerenti al Percorso di Certificabilità dei Bilanci.

A seguire, si riporta, una sintesi delle principali azioni, indicatori di monitoraggio e scadenze temporali predefinite nell'ambito del Percorso di Certificabilità dei Bilancio:

- **Predisposizione delle Procedure Amministrativo-Contabili non ancora adottate e revisione e aggiornamento delle Procedure prioritarie individuate dall'Azienda**, con particolare riferimento alle procedure di:
 - "Gestione delle Immobilizzazioni"
 - "Gestione dei Contributi"
 - "Gestione delle attività di riconciliazione dei crediti e di valutazione periodica del rischio di inesigibilità";
 - "Gestione del Contenzioso";
 - "Gestione delle Chiusure Contabili ambiti Immobilizzazioni, Disponibilità liquide, Patrimonio, Debiti e Costi";
 - "Gestione delle circolarizzazioni a clienti e fornitori".
- **Eventuale revisione e aggiornamento delle Procedure Amministrativo-Contabili già adottate**, con particolare riferimento alle procedure di:
 - "Gestione delle Rimanenze di Magazzino";
 - "Gestione Acquisti Beni e Servizi";
 - "Gestione del Personale";
 - "Gestione delle Entrate Proprie";
 - "Gestione Donazioni e Lasciti";
 - "Gestione Casse Aziendali" e "Gestione Tesoreria";
 - "Gestione del Patrimonio Netto".
- **Implementazione, verifica e applicazione a regime delle procedure amministrativo-contabili aziendali adottate.**

14.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 13.2.1: Completa certificabilità del bilancio d'esercizio degli enti del SSR

Azione 13.2.1.1: Adozione di un nuovo DCA per rimodulare le scadenze sulla base dello stato di attuazione delle azioni da parte di A.S.Re.M. e della G.S.A.

Indicatore di performance 13.2.1.1: Adozione del DCA

Azione 13.2.1.2.: Predisposizione delle Procedure Amministrativo-Contabili non ancora adottate

Indicatore di performance 13.2.1.2: Relazione

Azione 13.2.1.3: Revisione e aggiornamento delle Procedure Amministrativo-Contabili già adottate



Indicatore di performance 13.2.1.3: Relazione

Azione 13.2.1.4: Implementazione, verifica e applicazione a regime delle procedure amministrativo-contabili aziendali adottate

Indicatore di performance 13.2.1.4: Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
13.2.1 Completa certificabilità del bilancio d'esercizio degli enti del SSR	13.2.1.1 Adozione di un nuovo DCA per rimodulare le scadenze sulla base dello stato di attuazione delle azioni da parte di A.S.Re.M. e della G.S.A.	31/03/2023	DCA	Adozione del DCA		
	13.2.1.2 Predisposizione delle Procedure Amministrativo-Contabili non ancora adottate	31/03/2023	Relazione	Num. procedure predisposte ed adottate		
	13.2.1.3 Revisione e aggiornamento delle Procedure Amministrativo-Contabili già adottate	31/03/2023	Relazione	Num. procedure revisionate e riadottate		
	13.2.1.4 Implementazione, verifica e applicazione a regime delle procedure amministrativo-contabili aziendali adottate	30/06/2024	Relazione	Num. procedure verificate ed applicate a regime		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute DG ASReM						

14.3 Tempi di pagamento

Al fine di garantire il pieno rispetto dei tempi di pagamento della pubblica amministrazione italiana, sono state avviate a livello nazionale diverse misure tese al raggiungimento di tale obiettivo. In particolare:

- **L'introduzione del SIOPE+** (L. 232/2016, art. 1, comma 533, Decreto MEF del 14 giugno 2017, Decreto MEF del 25 settembre 2017) risponde alla necessità di potenziare il monitoraggio dei pagamenti della PA, per conoscere i tempi di pagamento delle fatture - a seguito della procedura di infrazione avviata dalla Commissione Europea contro l'Italia. Nello specifico il SIOPE+ ha previsto:
 - Nuove regole tecniche per la definizione del protocollo di colloquio e del tracciato standard dei documenti informatici, denominati Ordinativi di Pagamento e Incasso (OPI);
 - L'utilizzo di una nuova piattaforma informatica (SIOPE+) gestita dalla Banca d'Italia finalizzata all'intermediazione di tutti i flussi informativi relativi agli ordinativi di pagamento ed incasso effettuati dalle Pubbliche Amministrazioni;
- **Il Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 7 dicembre 2018** ha definito le "Modalità e i tempi per l'attuazione delle disposizioni in materia di emissione e trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica da applicarsi agli enti del Servizio Sanitario Nazionale". Nello specifico, il Decreto ha istituito il sistema di gestione degli ordini denominato Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO) per la trasmissione in via telematica, a partire dal 1° ottobre 2019, dei documenti informatici attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti dei beni e servizi tra gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, nonché i soggetti che effettuano acquisti per conto di questi.
- **La L. 145 del 30 dicembre 2018 (Legge di bilancio 2019)**, commi 849-872 nella quale sono previste disposizioni volte a garantire il rispetto dei tempi di pagamento di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231. In particolare, è previsto, tra le tante, un meccanismo di sanzione/responsabilizzazione delle



Amministrazioni regionali attraverso la revisione delle modalità di assegnazione dell'indennità di risultato dei direttori generali delle Aziende sanitarie vincolata al rispetto dei tempi di pagamento.

In questo quadro normativo, la Regione Molise, con il Programma Operativo 2019-2021, per assicurare il rispetto dei tempi di pagamento, ha avviato attività volte all'indicazione di precise linee di indirizzo all'Azienda Sanitaria Regionale e all'assegnazione di uno specifico obiettivo al Direttore Generale ai sensi della legge di bilancio per l'anno 2019, n.145, articolo 1, comma 865 che prevede la "riduzione del ritardo medio nel pagamento delle fatture ai fornitori".

A tal proposito, dai risultati emersi relativamente alla programmazione 2019-2021 si evidenzia una riduzione dei tempi di pagamento per l'anno 2021 rispetto al 2020 calcolata tramite apposito indicatore (ITP) che la Regione Molise ha implementato a seguito di un'attività di analisi degli indicatori comunicati dall'Azienda Sanitaria (A.S.Re.M.)

Anno	2016	2017	2018	2019	2020	2021
000 G.S.A.	32,69	13,06	84,69	124,58	164,95	-23,18
201 A.S.Re.M.	390,20	460,63	184,84	59,10	60,27	48,83
Totale			158,59	76,51	86,84	34,99

Nell'ambito del Programma Operativo 2022-2024, la Regione Molise si pone l'obiettivo di proseguire e raggiungere il pieno completamento delle attività già avviate nel precedente documento programmatico 2019-2021 riducendo il ritardo medio nel pagamento delle fatture ai fornitori e monitorare le problematiche afferenti eventuali ritardi.

Tale finalità, in considerazione anche di quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2019, prevede di rafforzare ed intensificare le misure di valutazione delle performance del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria A.S.Re.M. inserendo tra gli obiettivi di quest'ultimo anche la riduzione dell'ammontare del debito scaduto, con l'evidenza delle cause ostative alla liquidazione, così come previsto dal DCA N. 26 del 11/06/2022 avente ad oggetto "Definizione e Assegnazione degli obiettivi del Direttore Generale dell'ASReM per l'anno 2022 in coerenza con il Piano di Rientro. Provvedimenti."

14.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 13.3.1: Completa certificabilità del bilancio d'esercizio degli enti del SSR

Azione 13.3.1.1 Riduzione dello stock di debito pregresso ancora aperto

Indicatore 13.3.1.1 Report

Azione 13.3.1.2: Monitoraggio e rilevazione periodica di cause ostative al rispetto dei tempi di pagamento

Indicatore 13.3.1.1 Report

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
13.3.1 Completamento certificabilità del bilancio d'esercizio degli enti del SSR	13.3.1.1 Riduzione dello stock di debito pregresso ancora aperto	31/12/2023	Report	ITP		
	13.3.1.2 Monitoraggio e rilevazione periodica di cause ostative al rispetto dei tempi di pagamento	30/06/2023	Report semestrale	ITP		
Responsabile del procedimento attuativo						
DG ASReM DG Salute						



14.4 Trasferimento ordinato delle risorse dal bilancio regionale al SSR

Fiscalità

Con invio SiVeAS n. 97 del 07/07/2021 la Struttura Commissariale ha trasmesso ai Ministeri responsabili le risultanze della ricostruzione degli impegni relativi alla fiscalità operati sul bilancio regionale alla data del 30/06/2021.

Relativamente al triennio 2019-2021 il totale delle risorse impegnate è risultato essere coincidente alle stime del gettito delle aliquote IRAP e addizionale IRPEF comunicate dal Dipartimento delle Finanze.

Con riferimento al triennio 2016-2018 è emerso un totale di risorse ancora da impegnare pari a € 13.612.916. In considerazione del suddetto mancato impegno di coperture fiscali anno d'imposta 2016-2018 a favore del Servizio Sanitario Regionale, la Giunta Regionale con D.G.R. n. 271 del 12 agosto 2021 si è impegnata alla definizione di un piano di copertura per il triennio 2022-2024 "del valore della fiscalità non impegnata a valere al capitolo 34404, pari ad euro 13.612.916".

In attuazione della citata D.G.R. n. 271/2021, con Legge Regionale 29 dicembre 2021 n. 7, avente ad oggetto "Assestamento del bilancio di previsione 2021-2023 e modifiche di leggi regionali", all'art. 7 co. 3 sono state individuate coperture per complessivi € 9.023.968 come di seguito riportato:

In esecuzione della deliberazione di Giunta regionale n. 271 del 12 agosto 2021 avente ad oggetto "Piano di rientro dal disavanzo sanitario. Atto ricognitivo delle quote di fiscalità regionale anni 2016-2021, Indirizzi" è assicurata la seguente copertura finanziaria alle spese di natura obbligatoria:

- Euro 1.023.968,00 sull'esercizio finanziario 2021;
- Euro 4.000.000,00 sull'esercizio finanziario 2022;
- Euro 4.000.000,00 sull'esercizio finanziario 2023.

La relativa copertura è assicurata tramite gli stanziamenti alla Missione 13 Programma 1 Titolo 1 del bilancio di previsione 2021-2023 (esercizi 2022 e 2023)."

In ottemperanza alla citata Legge Regionale 29 dicembre 2021 n. 7, atteso che con determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 165/2021 la Regione aveva proceduto ad impegnare sul capitolo di spesa 34404 del bilancio regionale anno 2021 l'importo di € 777.000,00 quale quota parte delle coperture individuate sull'esercizio finanziario 2021, con determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 197/2021 la Regione ha effettuato i seguenti impegni:

- € 246.968,00 sul capitolo di spesa 34404 del bilancio regionale anno 2021. L'importo complessivo di € 1.023.968,00 (€ 246.968,00 + € 777.000) è stato trasferito dal bilancio regionale alla GSA con Det. n. 1295 del 07/03/2021;
- € 4.000.000,00 sul capitolo di spesa 34404 del bilancio regionale anno 2022. Tale importo è stato trasferito dal bilancio regionale alla GSA con Det. n. 1972 del 06/04/2022.
- € 4.000.000,00 sul capitolo di spesa 34404 del bilancio regionale anno 2023. Tale importo sarà trasferito dal bilancio regionale alla GSA entro il 30/06/2023.

L'importo residuale pari a € 4.588.948 (€ 13.612.916 – € 9.023.968), troverà copertura nel bilancio di previsione della Regione Molise relativo al triennio 2022-2024.

Legge 210/1992

Con riferimento alla Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati, si rappresenta che a partire dall'anno 2019 (fino al I bimestre dell'anno 2021), al fine di assicurare l'erogazione del richiamato indennizzo ai soggetti aventi diritto, la GSA ha straordinariamente provveduto ad anticipare le seguenti somme a valere sul Fondo Sanitario:

Anno 2019: € 1.315.721,01

Anno 2020: € 1.354.296,35

Anno 2021 (primo bimestre): € 192.119,77



Come rappresentato nel verbale della riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 29 dicembre 2020, *“l’indennizzo ai sensi della legge n. 210/1992 riveste natura di carattere sociale, essendo una prestazione risarcitoria e trova, eventualmente, evidenza nei conti economici del SSN solo in quanto le aziende sanitarie sono il mero tramite per il trasferimento di cassa ai soggetti beneficiari”*.

A partire dal secondo bimestre 2021 l’onere del trasferimento di tale indennizzo di natura sociale/previdenziale ai beneficiari è tornato a gravare sul bilancio regionale.

Per il recupero delle suddette somme corrisposte dalla GSA, si provvederà a raggiungere con gli organi regionali un accordo per definire un piano di rientro o, in mancanza, ad attivare le azioni legali finalizzate alla tutela del diritto di credito.

14.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 14.4.1: Recupero delle somme relative a fiscalità pregressa

Azione 14.4.1.1: Trasferimento dal Bilancio regionale a GSA dell’importo di € 4.000.000

Indicatore 14.4.1.1: Provvedimento Regionale

Azione 14.4.1.2: Impegno e trasferimento sul Bilancio regionale dell’importo residuale di € 4.588.948

Indicatore 14.4.1.2: Provvedimento Regionale

Obiettivo 14.4.2: Recupero delle somme relative alla Legge 25 febbraio 1992, n. 210

Azione 14.4.2.1: Recupero delle somme relative alla Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati

Indicatore 14.4.2.1: Provvedimento Regionale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
14.4.1 Recupero delle somme relative a fiscalità pregressa	14.4.1.1 Trasferimento dal Bilancio regionale a GSA dell’importo di € 4.000.000	30/06/2023	Provvedimento Regionale	Si/no		
	14.4.1.2 Impegno e trasferimento sul Bilancio regionale dell’importo residuale di € 4.588.948	31/12/2024	Provvedimento Regionale	Si/no		
14.4.2 Recupero delle somme relative alla Legge 25 febbraio 1992, n. 210	14.4.2.1 Recupero delle somme anticipate dalla GSA relativamente alla Legge 25 febbraio 1992, n. 210.	31/12/2023	Provvedimento regionale	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						



15 Criteri per la determinazione dei Tenzionali 2022-2024

Il CE Tenzionale 2022-2024 è stato costruito sulla base dei dati e delle informazioni che seguono:

- Conti economici NSIS degli anni 2019 - 2021;
- Conto economico NSIS II Trimestre 2022;
- Documentazione prodotta dall'Azienda Sanitaria Regionale (ASReM), finalizzata all'approfondimento dei dati economici contabilizzati nel CE Consuntivo 2021;

Il CE Tenzionale è stato 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).

Si riporta di seguito il CE Tenzionale 2022-2024 come consolidamento dei CE della GSA e dell'ASReM

140 MOLISE - Aggregato					
CE	Descrizione Voci CE	Consuntivo 2021	Tenzionale 2022	Tenzionale 2023	Tenzionale 2024
€/000		A	B	C	D
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto	598.483	595.907	605.287	613.692
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato	12.056	13.555	16.202	19.502
A1	Contributi F.S.R.	610.539	609.462	621.489	633.194
A2	Saldo Mobilità	27.205	27.583	27.583	27.583
A3	Entrate Proprie	40.609	23.239	19.669	16.895
A4	Saldo Intramoenia	456	1.139	1.139	1.139
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 4.697	- 4.697	- 4.697	- 4.697
A	Totale Ricavi Netti	674.113	656.727	665.184	674.114
B1	Personale	171.257	168.165	168.165	168.165
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	71.115	75.481	76.592	77.722
B3	Altri Beni E Servizi	146.770	146.159	153.122	160.461
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	3.154	3.154	3.154	3.154
B5	Accantonamenti	69.395	62.076	59.709	58.749
B6	Variazione Rimanenze	- 780	-	-	-
B	Totale Costi Interni	460.912	455.035	460.742	468.250
C1	Medicina Di Base	48.906	49.254	49.536	49.536
C2	Farmaceutica Convenzionata	40.249	40.570	40.570	40.570
C3	Prestazioni Da Privato	169.119	165.949	166.303	166.660
C	Totale Costi Esterni	258.274	255.773	256.408	256.766
D	Totale Costi Operativi (B+C)	719.185	710.808	717.151	725.016
E	Margine Operativo (A-D)	- 45.073	- 54.081	- 51.967	- 50.901
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	-	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	- 1.887	- 2.255	- 2.255	- 2.255
F3	Oneri Fiscali	13.954	12.831	14.900	14.916
F4	Saldo Gestione Straordinaria	900	- 3.469	- 3.469	- 3.469
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	- 14.941	- 18.554	- 20.623	- 20.640
G	Risultato Economico (E-F)	- 60.014	- 72.636	- 72.590	- 71.541
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	19.796	20.330	20.330	20.330
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	- 40.217	- 52.305	- 52.260	- 51.211



RICAVI

Contributi in c/esercizio indistinti:

La stima dei contributi FSR indistinto relativamente agli anni 2022-2024 è stata calcolata considerando come base i valori delle Intese Stato Regioni n. 152, 153, del 04.08.2021, in cui viene stabilito il riparto del Fondo Sanitario Regionale 2021 (indistinto più quote premiali).

In considerazione dell'incremento delle disponibilità per il finanziamento del SSN previsto per gli anni 2022-2024 di 2.000.000 €/mln l'anno (Legge 234/2021. Art. 1 co. 258), si è stimato un incremento dei contributi FSR indistinti pari a circa 10.200 €/000 (valore stimato sulla base della quota d'accesso pari a 0,51%).

Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata:

Per le annualità 2022-2024 la stima dei contributi per obiettivi di Piano e degli altri finalizzati è stata calcolata considerando come base quanto stabilito dalle Intese Stato Regioni n.152,153,154/CSR del 04.08.2021 nelle quale si stabilisce il riparto del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2021, nonché pari a quanto comunicato dal Ministero dell'Economia e Finanze (Allegato A istruttoria conti sanitari Consuntivo 2021).

In considerazione dell'incremento delle disponibilità Fondo di cui all'articolo 1, comma 401, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, relativo al concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi di 100 milioni di euro per l'anno 2022, di 200 milioni di euro per l'anno 2023 e di 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024 (cfr. legge n. 234/2021 art. 1 co. 259), si è provveduto a stimare un incremento dei Contributi vincolati per farmaci innovativi pari a 0,5 €/mln per l'anno 2022, di 1,0 €/mln per l'anno 2023 e di 1,5 €/000 per l'anno 2024 (valore stimato sulla base della quota d'accesso pari a 0,51%).

La legge n. 234/2021 all'art. 1 co. 260, ha inoltre disposto, al fine di aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici di cui all'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, l'incremento del relativo fondo di 194 milioni di euro per l'anno 2022, 319 milioni di euro per l'anno 2023, 347 milioni di euro per l'anno 2024, pertanto), si è provveduto a stimare un incremento di tali contributi vincolati pari a 1,0 €/mln per l'anno 2022, di 1,6 €/mln per l'anno 2023 e di 1,8 €/mln per l'anno 2024 (valore stimato sulla base della quota d'accesso pari a 0,51%).

Saldo mobilità extraregionale in compensazione

Relativamente al "Saldo di Mobilità" i valori tendenziali sono stati considerati tenendo conto di quanto stabilito nell'Intesa Stato Regioni n.152/CSR del 04.08.2021 nelle quali si stabilisce il riparto del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2021 (compresa la quota di mobilità internazionale). Il valore considerato nelle singole annualità è pari a complessivi **27,6 €/mln**.

Composizione Fondo Sanitario Regionale				
Valori in €/000		Tendenziale 2022	Tendenziale 2023	Tendenziale 2024
Riparto				
Fabbisogno sanitario	A	602.515	612.715	622.915
Quota premiale Anno 2021	B	9.302	9.302	9.302
Entrate proprie	C	12.953	12.953	12.953
Fabbisogno sanitario Indistinto Ante Mobilità	D=A+B-C	598.864	609.064	619.264
Saldo di mobilità (extraregione)	E	27.826	27.826	27.826
Saldo di mobilità (internazionale)	F	(243)	(243)	(243)
Disponibilità di cassa	G=D+E+F	626.447	636.647	646.847
Obiettivi Prioritari (Quota Stato e Regione)		4.234	4.234	4.234
Farmaci innovativi (Quota Stato e Regione)		4.749	5.769	7.299
Medicina penitenziaria		913	913	913
Borse Studio MMG		1.679	3.306	5.075
Superamento OPG		289	289	289
Ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica		31	31	31
Finanziamento per riabilitazione termale		29	29	29
Esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie con fatturato		91	91	91
Screening gratuito per prevenire, eliminare ed eradicare il virus del		229	229	229
Remunerazione a farmacie per attività di contrasto a patologie infie		297	297	297
Sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzior		145	145	145
Contributo per i laboratori		218	218	218
Progetti sulla salute mentale		335	335	335
Riparto emersione rapporto di lavoro irregolari		317	317	317
Finanziamento Risorse Vincolate	H	13.555	16.202	19.502



Entrate proprie- Payback

Nel tendenziale 2022, relativamente al payback ripiano spesa farmaceutica ospedaliera sono stati inseriti i valori previsti della DET. AIFA n. 1421/2021, al netto degli importi già rilevati nel bilancio 2021.

Negli scenari tendenziali 2023-2024 per le voci riferite al payback non risultano movimentate, in quanto non supportate da provvedimenti utili a stimare tale entrata.

Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

Nei Tendenziali 2022-2024 il valore è pari a 4,7 €/mln, pari al valore contabilizzato nel bilancio consuntivo 2021.

Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati

Con riferimento al fondo quote inutilizzate contributi vincolati nel corso del triennio si ipotizza una maggiore capacità di esecuzione e rendicontazione dei progetti finalizzati e quindi dell'utilizzo dei Fondi da parte dell'ASRem. Di conseguenza si stima inoltre un minor valore degli accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati.

Fondo quote inutilizzate contributi FSR - stima fondo		Fondo quote inutilizzate contributi FSR - stima fondo		Fondo quote inutilizzate contributi FSR - stima fondo		
2021		2022		2023		
PBA160	B.IV.1) Fondo quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	13.093		PBA160	B.IV.1) Fondo quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	12.177
AA0040	A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	13.555		AA0040	A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	19.502
	di cui per Progetti Obiettivo	4.234			di cui per Progetti Obiettivo	4.234
AA0280	A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	5.237		AA0280	A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	8.524
BA2780	B.16.C.1) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	6.776		BA2780	B.16.C.1) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	3.900
Fondo quote inutilizzate al 31.12.2021		14.633		Fondo quote inutilizzate al 31.12.2023		7.554

Tabella Stima Fondo quote inutilizzate 2022 – 2024



COSTI

Costi interni

Costo del Personale

Relativamente al costo del "Personale", per gli anni 2022-2024 il valore nei tendenziali è stato posto al costo al 30.06.2022, proiettato al 31.12.2022.

Prodotti farmaceutici

Per la voce "Prodotti Farmaceutici ed emoderivati" il valore tendenziale 2022 è posto pari al valore dell'ordinato evaso alla data del 30.06.2022, proiettato al 31.12.2022 e considerato al netto delle note di credito ricevute e da ricevere portate a riduzione del costo. I Tendenziali 2023-2024 sono stati stimati applicando al costo rilevato nel CE Tendenziale 2022 una crescita annua pari al 1,5% (CAGR 2019-2021).

Beni e Servizi

Per la voce "Altri Beni e Servizi" il valore tendenziale 2021 è posto pari al valore dell'ordinato evaso alla data del 30.06.2022, proiettato al 31.12.2022. I Tendenziali 2023-2024 sono stati stimati applicando sulla singola voce di costo rilevata nel CE Tendenziale 2022 il tasso di inflazione programmata anno 2022 (5,4 %).

Per l'anno 2022 la stima dei costi correlati all'approvvigionamento di energia (energia elettrica, gas, riscaldamento, combustibili etc) è stata effettuata incrementando del 48% il costo rilevato a consuntivo 2021.

Ammortamenti e sterilizzazioni

Il valore della voce "ammortamenti e sterilizzazioni" è stato stimato costante per gli anni 2022-2024 e pari al valore registrato nel CE Consuntivo 2021, ovvero 3,1 €/mln.

Accantonamenti

Con riferimento agli accantonamenti il valore dei tendenziali 2022-2024 si riferisce ad **accantonamenti per rischi** connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato, effettuate, prevalentemente dalla GSA (37,5 €/mln) in relazione ai rischi connessi alla produzione ospedaliera e di specialistica ambulatoriale extra budget erogata dalle Strutture private accreditate a pazienti extra regionali e regionali sulla base di quanto contabilizzato nel CE Consuntivo 2021.

Per il triennio è stato quindi esposto anche il valore degli **accantonamenti per rinnovi contrattuali/convenzioni** pari a 8,2 €/mln.

E' stato inoltre esposto anche il valore degli **accantonamenti per interessi di mora** per 1,5 €/mln sulla base di quanto contabilizzato nel CE Consuntivo 2021. Il valore è stato ipotizzato pari a 1 €/mln per il 2020 e 2021.

La voce comprende anche **altri accantonamenti** per 3,5 €/mln per coprire le eventuali poste straordinarie passive che dovessero manifestarsi al 31.12.2023. Tali accantonamenti sono stati ipotizzati costanti anche nelle annualità 2023-2024.

Variazione delle rimanenze

L'importo inserito nel CE tendenziale per il periodo 2022-2024 è posto pari a 0 €/mln, nell'ipotesi che il costo dei beni sanitari e non sconta già l'effetto della variazione delle rimanenze.

Costi esterni



Medicina di base

L'importo tendenziale 2022 è stato stimato sulla base del valore rilevato al II trimestre 2022, proiettato al 31.12.2022. Per le annualità 2023-2024 si è tenuto conto del CAGR 2019-2021 pari al 1%

Farmaceutica convenzionata

Nella definizione del tendenziale 2022, nella stima della voce "Farmaceutica convenzionata" si è tenuto conto del valore delle DCR al 31.06.2022 proiettato al 31.12.2022. Si è ipotizzato quindi di mantenere un valore costante per gli anni 2023,2024.

Prestazioni sanitarie da privato

Ospedaliera

Il valore esposto nei tendenziali 2022-2024 è posto pari al limite massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza ospedaliera definito con DCA n.108/2021.

Specialistica ambulatoriale

Il valore esposto nei tendenziali 2022-2024 è posto pari al limite massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza specialistica definito con DCA n.108/2021.

Gestione finanziaria

Nel tendenziale 2022-2024 le poste relative alla "Gestione Finanziaria" sono state poste pari al II trimestre 2022, proiettato al 31.12.2022.

Oneri Fiscali

Nei tendenziali 2022-2024 le poste relative agli "Oneri Fiscali" sono state calcolate in proporzione al costo del personale.

Gestione Straordinaria

Nel tendenziale 2022-2024 le poste relative alla "Gestione Straordinaria" sono state considerate pari al valore rilevato al II Trimestre 2022, al netto di alcune modifiche/integrazioni.

