



Regione Molise

Programma Operativo 2025 - 2027



Premessa	4
1.1 Percorso metodologico e struttura del Piano	4
1.2 Contesto di riferimento	5
1.2.1 Il contesto demografico	7
1.2.2 Gli indici demografici	8
2 Governance del PO	11
2.1 Governance del PO	11
2.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	12
3 Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	13
3.1 Piano della Prevenzione	13
3.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	14
3.2 Programmi organizzati di screening	15
3.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	17
3.3 Coperture vaccinali	18
3.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	19
3.4 Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro	20
3.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	21
3.5 Sanità veterinaria e sicurezza alimentare	22
3.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	22
4 Assistenza Territoriale/ Distrettuale	24
4.1 Assistenza primaria e continuità assistenziale	24
4.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	26
4.2 Assistenza domiciliare integrata	27
4.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	28
4.3 Ospedali di Comunità	29
4.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	30
4.4 Accesso ai servizi e presa in carico	30
4.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	31
4.5 Assistenza alle persone non autosufficienti	32
4.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	33
4.6 Assistenza alle persone disabili	34
4.6.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	34
4.7 Specialistica ambulatoriale	35
4.7.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	37
4.8 Salute Mentale	37
4.8.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	39
4.9 Dipendenze patologiche	40
4.9.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	43
4.10 Cure palliative e terapia del dolore	43
4.10.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	44
4.11 Sanità penitenziaria	45
4.11.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	48
5 Assistenza Ospedaliera	49
5.1 Rete dei punti nascita	50
5.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	51
5.2 Rete trapiantologica	52
5.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	53
5.3 Rete malattie rare	54
5.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	54
5.4 Rete terapia del dolore e cure palliative	55
5.5 Rete medicine specialistiche	55

5.5.1	Rete delle malattie infettive	55
5.5.2	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	56
5.6	Reti dei servizi di diagnosi e cura	57
5.6.1	Rete Trasfusionale	57
5.6.2	Rete Laboratori	59
5.7	Rete riabilitazione e lungodegenza	61
5.7.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	61
6	Autorizzazione e accreditamento	62
6.1	Processo di autorizzazione e accreditamento (strutture pubbliche e private)	63
6.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	64
6.2	Definizione/aggiornamento requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento	65
6.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	66
6.3	Organismo Tecnicamente Accreditante	66
6.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	67
7	Rapporti con gli erogatori privati accreditati	69
7.1	Budget	69
7.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	70
7.2	Contratti	71
7.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	72
7.3	Tariffe per tutte le tipologie di assistenza	73
7.4	Remunerazione delle funzioni assistenziali	73
7.5	Procedure di controllo delle prestazioni rese (appropriatezza, vincolo di budget, emissione note di credito, ecc)	74
7.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	75
8	Beni e Servizi	77
8.1	Programmazione acquisti	77
8.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	77
8.2	Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto	78
8.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	78
8.3	Centralizzazione/agggregazione degli acquisti	79
8.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	79
8.4	Controllo e monitoraggio del mix tra prezzi e quantità	80
8.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	80
9	Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici	81
9.1	Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva	91
9.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance (da controllare numerazione)	93
9.2	Rispetto dei tetti – Governance del farmaco	95
9.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	98
9.3	Governo della spesa dei dispositivi medici e dell'appropriatezza d'uso	100
9.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	102
10	Governance del Personale	103
10.1	Piani triennali di fabbisogno	103
10.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	103
10.2	Procedure assunzionali e gestione del turn over	104
10.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	104
10.3	Fabbisogni formativi professioni mediche e sanitarie	110
10.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	113

11	Governance regionale	115
11.1	Definizione della governance regionale di supporto al SSR	115
11.2	Verifica adempimenti	115
11.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	115
11.3	Flussi Informativi	116
11.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	118
11.4	Gestione e presidio del contenzioso	118
11.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	119
11.5	Investimenti in sanità	120
11.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	122
11.6	Progetto ex Art. 79	124
11.7	Obiettivi Direttori generali	126
11.7.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	126
11.8	Health Technology Assessment	127
11.8.2	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	127
11.9	Protocolli di intesa con le Università	128
11.9.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	129
11.10	Stato di attuazione degli interventi PNRR	129
12	Governance delle Aziende Sanitarie	136
12.1	Liste d'attesa	136
12.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	138
12.2	Controllo cartelle cliniche	139
12.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	140
12.3	Sicurezza e rischio clinico	140
12.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	141
12.4	Atti aziendali e Piani attuativi territoriali	142
12.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	143
12.5	Attività libero professionale intramuraria (ALPI)	143
12.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	144
13	Mobilità Sanitaria	145
13.1	Governo della mobilità extraregionale	146
13.2	Accordi interregionali in materia di mobilità sanitaria	147
13.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	147
14	Contabilità analitica, PAC, trasferimenti e pagamenti	148
14.1	Contabilità analitica	148
14.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	148
14.2	Percorso attuativo della certificabilità (PAC)	150
14.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	151
14.3	Tempi di pagamento	152
14.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	152
14.4	Trasferimento ordinato delle risorse dal bilancio regionale al SSR	153
14.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	154
15	Trasferimento dell'Ospedale Cardarelli nella struttura immobiliare di Responsible Research Hospital	155
15.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	156
16	Tendenziali e Programmatici 2025-2027	157
16.1	Criteri per la determinazione dei Tendenziali 2025-2027	157
16.2	Manovre e Programmatici 2025-2027	162
16.3	Coperture debito progressivo	173

Premessa

1.1 Percorso metodologico e struttura del Piano

Con DCA n. 79 del 3 maggio 2024 è stato adottato il Programma Operativo per gli anni 2023-2025 a salvaguardia degli obiettivi strategici della Regione Molise nel rientro dal disavanzo del settore sanitario.

A supporto dello svolgimento delle Azioni previste e di un adeguato controllo dell'attuazione del Programma, viene svolta una regolare attività di monitoraggio.

A tal fine è stato impostato un cruscotto di controllo sulla base del cronoprogramma e degli elementi specifici previsti dal PO che è trasmesso trimestralmente in occasioni delle riunioni del Tavolo di Verifica, ai competenti Ministeri.

Il Programma Operativo 2025-2027 della Regione Molise si inserisce come naturale prosecuzione delle azioni di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale (SSR) avviate con il Programma Operativo 2023-2025. Questo nuovo piano triennale si propone di consolidare e potenziare gli interventi precedentemente implementati, rispondendo alle esigenze di un sistema sanitario in continuo adattamento alle sfide demografiche, sociali e territoriali della regione.

Nell'ambito del programma operativo 2023-2025, la Struttura Commissariale ha posto particolare attenzione sulla riorganizzazione delle Reti ospedaliere, sulla riorganizzazione delle Reti territoriali, e sulla definizione degli accordi integrativi.

Il Programma Operativo 2025-2027 si basa su un approccio strategico che integra le esperienze maturate durante il periodo 2023-2025, rafforzando i processi di innovazione, digitalizzazione e riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, in linea con gli obiettivi definiti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Un elemento chiave di questa programmazione è l'accento sulla prevenzione, la promozione della salute e l'integrazione delle cure, con una particolare attenzione alla riduzione delle disuguaglianze territoriali grazie all'uso delle tecnologie, come la Telemedicina, e al miglioramento dell'efficienza dei servizi.

Il programma si propone, inoltre, di rispondere ai bisogni di salute emergenti della popolazione molisana, analizzando con attenzione le performance storiche e attuali del sistema sanitario, in un'ottica di continuo miglioramento e di risposta più efficace alle necessità dei cittadini. La valorizzazione del ruolo delle strutture private convenzionate, insieme alla regolamentazione dei rapporti con i fornitori privati, e l'individuazione di azioni mirate per contenere i costi e aumentare l'efficienza economica, sono elementi strategici di questo programma.

In coerenza con *"Le linee di indirizzo per la predisposizione dei Programmi operativi di prosecuzione del piano di rientro 2022-2025"*, trasmesse dal Ministero della Salute con Nota prot. n. 38 del 30/03/2022, in assenza di aggiornamenti Ministeriali, nella formulazione del Programma Operativo della Regione Molise 2025-2027, 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 all'annualità 2024.

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 01/01/2024).

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 relazioni cinematiche favorevoli.

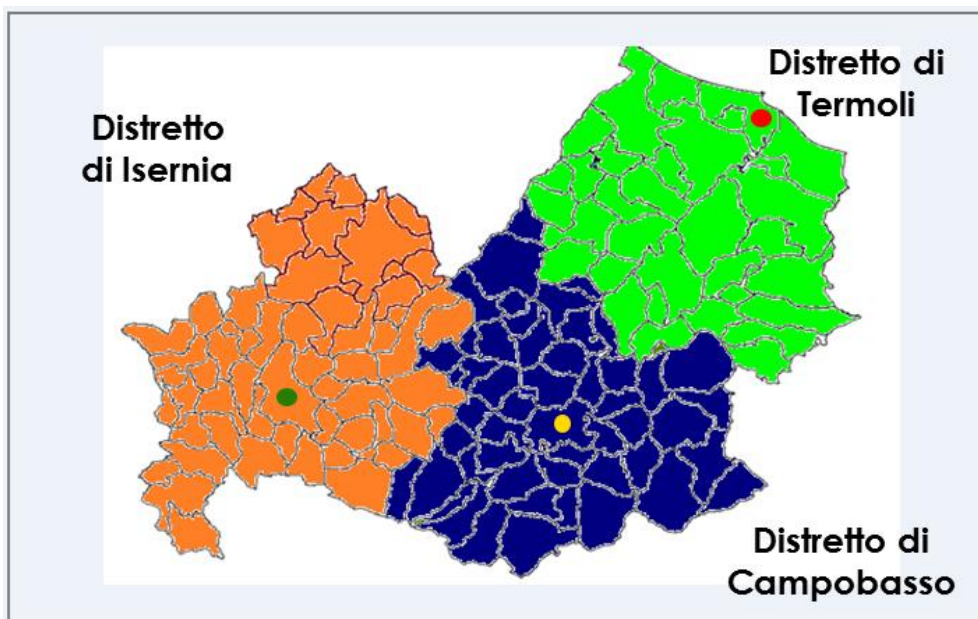


Figura 1 - Configurazione dei Distretti Socio Sanitari ASReM

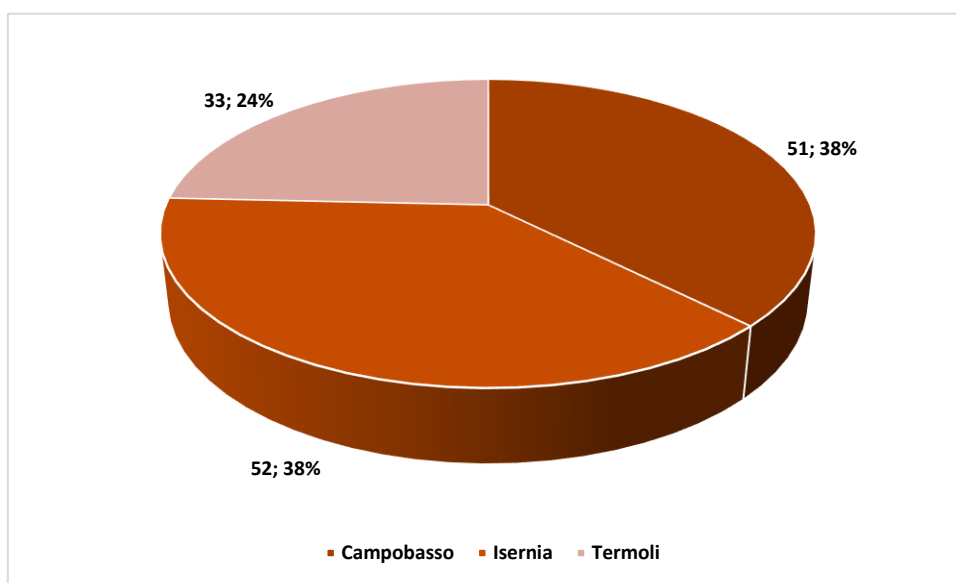


Figura 2 - Distribuzione Comuni per Distretto

1.2.1 Il contesto demografico

L'ASReM ha una popolazione (ISTAT 1/1/2024) di 289.224 abitanti, pari allo 0,49% 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	57.412	58.934	116.346	40,23%	19,85%	20,38%
Termoli	46.387	47.255	93.642	32,38%	16,04%	16,34%
Isernia	39.505	39.731	79.236	27,40%	13,66%	13,74%
Totale ASReM	143.304	145.920	289.224		49,50%	50,50%

Le Tabelle seguenti mostrano la distribuzione della popolazione per Distretto, sesso e fascia di età; la lieve prevalenza del sesso femminile (50,5%) è spiegabile dalla mortalità più elevata e più precoce negli uomini.

Popolazione totale ASReM per fasce di età							
Province	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	22.236	72,63%	132.047	72,92%	55.705	71,84%	209.988
Isernia	8.378	27,37%	49.028	27,08%	21.830	28,16%	79.236
Totale ASReM	30.614	11%	181.075	63%	77.535	27%	289.224

Popolazione maschile ASReM per fasce di età							
Province	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	11.504	72,62%	67.533	72,80%	24.762	71,35%	103.799
Isernia	4.337	27,38%	25.227	27,20%	9.941	28,65%	39.505
Totale ASReM	15.841	11%	92.760	65%	34.703	24%	143.304

Popolazione femminile ASReM per fasce di età							
Province	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	10.732	72,65%	64.514	73,05%	30.943	72,24%	106.189
Isernia	4.041	27,35%	23.801	26,95%	11.889	27,76%	39.731
Totale ASReM	14.773	10%	88.315	61%	42.832	29%	145.920

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 (27% vs 26,64%), 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 2024, i valori più alti si osservano nella zona di Isernia, mentre Termoli e Campobasso presentano valori più contenuti e simili.

1.2.2 Gli indici demografici

La popolazione Molisana sta 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 2024 ci sono 59,7 individui a carico per ogni 100 che lavorano.

Indice di dipendenza strutturale											
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Isernia	52,8	53,7	54,4	54,8	55,4	56,6	58,25	59,5	60,54	61,13	61,6
Campobasso	54,3	54,9	55	55,3	55,6	55,9	56,93	58,3	58,54	58,65	59
MOLISE	53,9	54,6	54,8	55,2	55,5	56,1	57,29	58,6	59,08	59,33	59,7
ITALIA	54,8	55,4	55,8	56,1	56,2	56,4	56,73	57,3	57,46	57,45	57,6

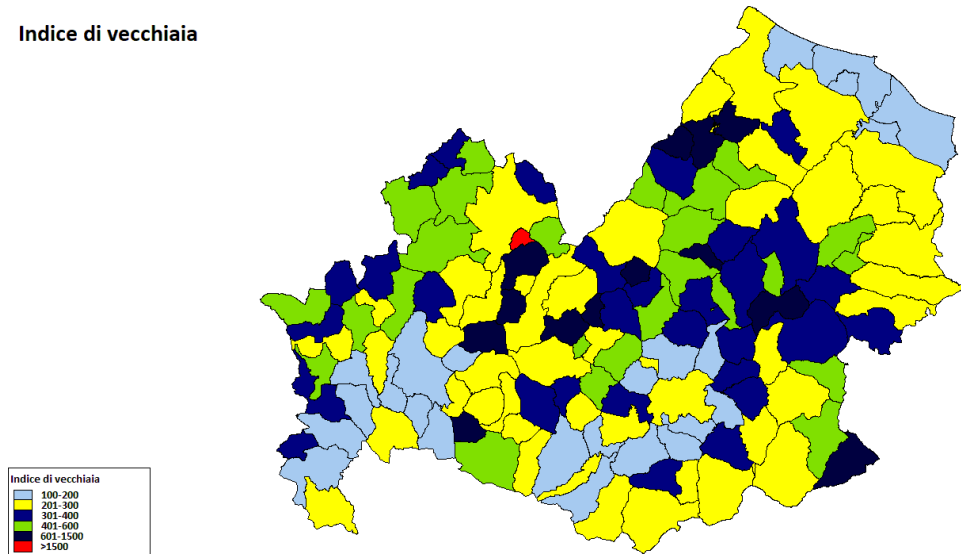
Indice di dipendenza anziani: (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 aa), moltiplicato per 100) rappresenta il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età≤14 e età≥65) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti). In Molise, nel 2024, ci sono 42,8 anziani per ogni 100 individui residenti.

Indice di dipendenza anziani											
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Isernia	35,3	36,2	37	37,5	38,1	39,2	40,67	41,9	43,01	43,76	44,5
Campobasso	35,2	36,1	36,4	37	37,6	38,2	39,36	40,7	41,17	41,54	42,2
MOLISE	35,2	36,1	36,6	37,1	37,7	38,5	39,72	41	41,67	42,15	42,8
ITALIA	33,3	34	34,5	35	35,4	35,8	36,42	37	37,48	37,85	38,4

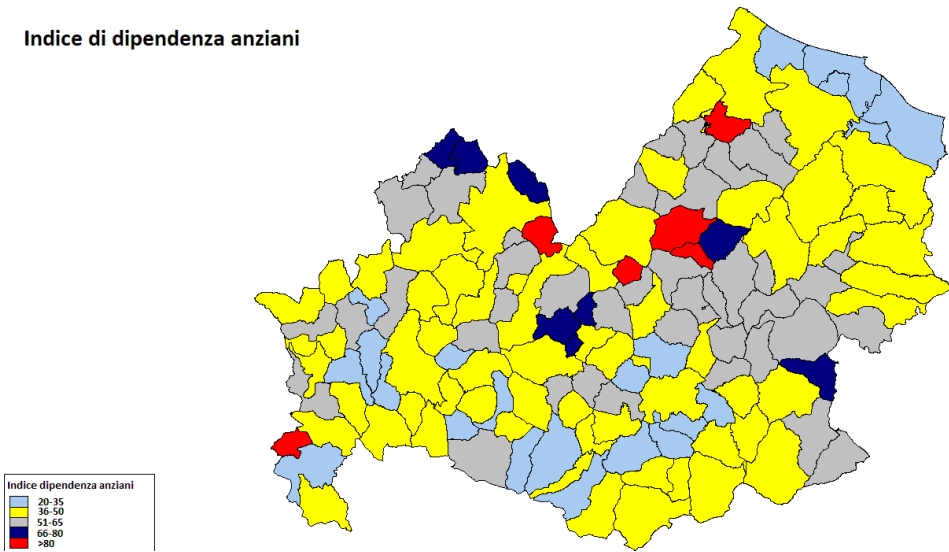
Indice di vecchiaia: è dato dal rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100, misura della velocità di ricambio generazionale di una popolazione, ha raggiunto, in Molise il valore di 253,3, equivalente a più di 2 anziani ogni giovane under15. Il Molise 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 vecchiaia											
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Isernia	202,6	207,7	212,9	216,6	220,7	225,5	231,27	237	245,46	251,96	260,6
Campobasso	183,6	191,1	196,4	202,1	208,2	215	224,07	231,6	237	242,7	250,5
MOLISE	188,6	195,5	200,8	206	211,6	217,9	226,05	233,1	239,33	245,3	253,3
ITALIA	154,6	158,3	162	165,9	169,5	174	179,35	182,6	187,61	193,1	199,8

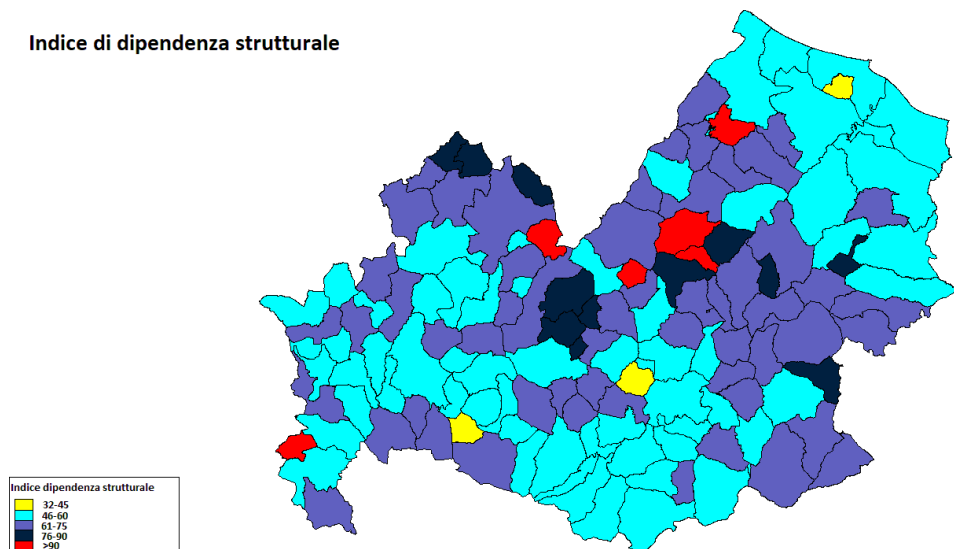
Indice di vecchiaia



Indice di dipendenza anziani



Indice di dipendenza strutturale



La maggiore incidenza percentuale di anziani 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.

2 Governance del PO

2.1 Governance del PO

Nel Programma Operativo 2023-2025 (PO), per garantire il raggiungimento degli obiettivi stabiliti e il monitoraggio dei risultati, sono stati istituiti i seguenti organismi:

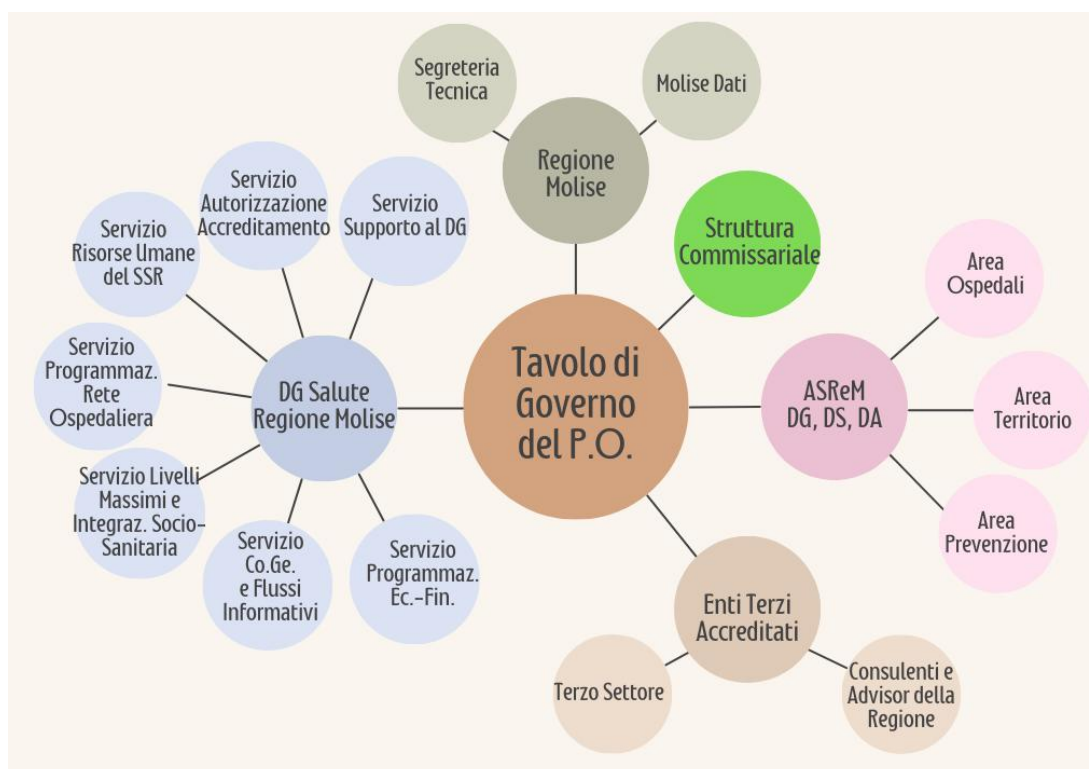
- Con DCA N. 135/2024, il Tavolo Regionale che supervisiona l'attuazione dell'intero PO;
- Con DCA N. 138/2024, il gruppo di lavoro per il monitoraggio del Programma Operativo.

Questi due organismi continueranno a rappresentare lo strumento attraverso cui la Struttura Commissariale monitorerà l'avanzamento e l'attuazione delle azioni previste nel presente documento.

Le principali funzioni di ciascun gruppo sono le seguenti:

1. Tavolo Regionale per l'attuazione del Programma Operativo (DCA N° 135/2024)

Sotto la responsabilità della Direzione Generale Salute della Regione Molise. Tale Tavolo coinvolge rappresentanti della Struttura Commissariale e dell'ASREM, come illustrato nell'infografica seguente.



Obiettivo è il coinvolgimento di tutti i manager regionali e di ASREM in base alle loro competenze, ruoli e operatività. Tale modello di governance consente infatti di coinvolgere tutti i soggetti presenti nelle filiere assistenziali sia in fase di pianificazione che in quella di attuazione, garantendo un approccio integrato e multidisciplinare. Inoltre, questo modello facilita la collaborazione tra i diversi livelli di governo sanitario regionale, assicurando che ogni attore, in base alle proprie competenze e responsabilità, contribuisca attivamente al raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo. La partecipazione diretta dei manager regionali e di ASREM permette di monitorare costantemente l'efficacia delle azioni

e di adottare tempestivamente soluzioni correttive quando necessario, migliorando così l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari erogati sul territorio. Il tavolo Regionale si riunisce con cadenza bimestrale su convocazione del Commissario ad Acta.

2. Gruppo di lavoro per il monitoraggio del Programma Operativo (DCA N° 138/2024)

Per garantire una verifica periodica delle azioni definite dal Tavolo Regionale, è stato istituito un gruppo di lavoro tecnico composto dalla Struttura Commissariale, dalla Direzione Generale per la Salute e dall'ASReM, con il compito di monitorare l'attuazione del Programma Operativo e adottare, se necessario, azioni correttive in caso di scostamenti tra quanto pianificato e quanto effettivamente realizzato. Il gruppo si riunisce trimestralmente e svolge le seguenti funzioni:

- Fornisce supporto tecnico all'attività di indirizzo amministrativo e controllo, monitorando i risultati delle azioni messe in atto per raggiungere gli obiettivi del Programma Operativo.
- Collabora con i responsabili degli interventi previsti dal Programma Operativo per garantire la corretta trasmissione di informazioni, documentazione e modulistica necessarie per certificare l'adempimento delle azioni, assicurando il rispetto delle tempistiche.
- Supporta la pianificazione degli interventi e l'attuazione di eventuali azioni correttive in caso di ritardi o disallineamenti rispetto agli obiettivi prefissati.
- Conduce le verifiche trimestrali sull'operato dell'ASReM, esaminando l'attuazione degli interventi previsti dal Programma e monitorando l'adozione di eventuali manovre correttive, come necessario.

Il Tavolo Regionale per l'attuazione del PO ed il predetto gruppo di lavoro per il monitoraggio si sono riuniti con cadenza settimanale al fine di affrontare le diverse tematiche afferenti il SSR.

2.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 2.1.1 Garanzia della puntualità, della completezza e della coerenza degli interventi e delle azioni previste dal Programma Operativo 2025-2027

Azione 2.1.1 Monitoraggio trimestrale delle azioni previste nel PO e trasmissione dello stesso in occasione delle riunioni del Tavolo Tecnico di verifica

Indicatore 2.1.1 Scheda di monitoraggio

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
2.1.1 Garanzia della puntualità, della completezza e della coerenza degli interventi e delle azioni previste dal PO 2025-2027	2.1.1 Monitoraggio trimestrale delle azioni previste nel PO e trasmissione dello stesso in occasione delle riunioni del Tavolo Tecnico di verifica.	rilevazione trimestrale	Scheda di monitoraggio	% di realizzazione delle azioni		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						

3 Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Nell'ambito della Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, l'analisi del contesto regionale evidenzia l'importanza delle malattie croniche, sia dal punto di vista epidemiologico che sociale ed economico. L'età media della popolazione molisana è in aumento: secondo i dati ISTAT del 2024, l'età media è di 48,1 anni, con la provincia di Isernia a 48,3 anni e quella di Campobasso a 47,8 anni.

Questo trend posiziona il Molise tra le regioni più anziane d'Italia.

I dati provenienti dalle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento forniscono informazioni sulla prevalenza delle principali patologie croniche e sulla presenza di policronicità, analizzando differenze di genere, età e caratteristiche socioeconomiche. Nel biennio 2022-2023, è stato rilevato che tra gli ultra65enni residenti in Molise:

- 34% ha difficoltà economiche.
- 22% vive da solo.
- 17% presenta una condizione di fragilità.
- 10% è portatore di disabilità.

Inoltre, il 43% giudica "positivo" il proprio stato di salute, il 49% "discreto" e l'8% "negativo".

Per quanto riguarda la mortalità, si nota una riduzione generale, in particolare per le malattie dell'apparato circolatorio. Nel periodo 2009-2018, il tasso standardizzato di mortalità per queste patologie è diminuito del 16% sia negli uomini che nelle donne. I tumori rappresentano la seconda causa di morte, con una riduzione del tasso standardizzato di mortalità del 6% nello stesso periodo, inferiore alla media nazionale del 12%.

In relazione al Programma operativo 2023-2025, sono proseguite le attività relative al Piano Regionale della Prevenzione (PRP) della Regione Molise 2020-2025 adottato 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.

3.1 Piano della Prevenzione

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 di cui all'Intesa Stato – Regioni Rep. Atti n. 127/CSR del 6 agosto 2020 è articolato 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;

Il Piano è finalizzato a:

- contrastare le malattie croniche secondo un approccio integrato tra prevenzione e assistenza sul territorio attraverso un raccordo operativo tra il Piano Nazionale della Prevenzione e il Piano Nazionale della Cronicità, coinvolgendo tutte le aree di competenza del Servizio Sanitario, per garantire appropriatezza, uniformità ed equità di accesso ai cittadini;
- 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;
- ridurre le principali disuguaglianze sociali e geografiche per l'accesso ai servizi sanitari, considerato che lo svantaggio sociale rappresenta un inconfutabile fattore di rischio per la salute e la qualità della vita;
- promuovere l'intersectorialità quale elemento cardine della pianificazione e dell'azione.

La Regione Molise ha recepito l'Intesa 6 agosto 2020 con il DCA n. 92 del 17 dicembre 2020 ed avviato le attività di programmazione regionale per la prevenzione 2020-2025 coerentemente con i principi, le priorità e le finalità 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 è 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, con l'obiettivo di promuovere un confronto strutturato, a livello regionale e territoriale, con tutti gli stakeholders coinvolti per 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 dei Programmi Liberi, ricompresi nel piano regionale approvato con il DCA n. 119 del 30 dicembre 2021, è oggetto di monitoraggio: la Regione Molise provvederà, in armonia con i criteri stabiliti dal PNP 2020-2025, a verificare, misurare e documentare annualmente tramite la 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 Monitoraggio degli indicatori sentinella per tutti i programmi definiti per le annualità di riferimento
Indicatore 3.1.1.1 Relazione tecnica

Obiettivo 3.1.2 Adozione del nuovo Piano Regionale della Prevenzione

Azione 3.1.2.1 Recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione
Indicatore 3.1.2.1 DCA

Azione 3.1.2.2 Adozione del Piano Regionale della Prevenzione
Indicatore 3.1.2.2 DCA

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 Monitoraggio degli indicatori sentinella per tutti i programmi definiti per le annualità di riferimento	31/03/2025	Relazione tecnica	Scostamento tra "valore osservato" e "valore atteso" per n. indicatori sentinella ≤20%/n. indicatori sentinella ≥80%	Nd	
		31/03/2026	Relazione tecnica	Scostamento tra "valore osservato" e "valore atteso" per n. indicatori sentinella ≤20%/n. indicatori sentinella ≥90%	Nd	
3.1.2 Adozione del nuovo Piano Regionale della Prevenzione	3.1.2.1 Recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione	31/12/2026	DCA	Si/no	Nd	
	3.1.2.2 Adozione del Piano Regionale della Prevenzione	31/03/2027	DCA	Si/no	Nd	
Responsabile del procedimento attuativo						
Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Generale per la Salute DG ASReM Dipartimento di Prevenzione 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 riportano di seguito gli indicatori relativi alle percentuali di adesione ai test di screening di primo livello, in programma organizzato per cervice, mammella e colon retto, anno 2023 posti a confronto con gli anni 2021 e 2022, (fonte NSG). Tutti e tre gli indicatori risultano superiori al valore di sufficienza.

Percentuali di adesione		2021	2022	2023 (provvisorio)	Valori di riferimento	Fonte
		%	%	%		
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato	Cervicale	28,36	38,17	30,04	Sufficienza: ≥ 25% Atteso: ≥ 50%	NSG (P15Ca)
	Mammografico	30,80	40,13	39,23	Sufficienza: ≥ 35% Atteso: ≥ 60%	NSG (P15Cb)
	Colon-rettale	25,51	25,32	26,06	Sufficienza: ≥ 25% Atteso: ≥ 50%	NSG (P15Cc)

Dall'analisi di attività degli screening nella regione Molise relativi al biennio 2023-2024, emerge che:

Tipologia Screening	Setting assistenziale	Differenziale regionale 2023-2024	Percentuale differenziale regionale 2023-2024
Cervicale	Donne invitate/contattate (fascia 26-64 aa)	+250	+1.5%
	Test eseguiti	+1.855	+47%
Mammografico	Donne invitate/contattate (fascia 50-69 aa)	-987	-4.2%
	Test eseguiti	+1.477	+19%
Colon-rettale	Utenti invitati/contattati (fascia 50-70 aa)	-1.432	-3.2%
	Test eseguiti	+2.594	24.2%

A livello regionale si evidenzia una ripresa delle attività di screening per tutti e le tre i programmi che confermano una crescente partecipazione della popolazione target:

- Per lo screening cervicale si rileva un differenziale maggiore di donne invitate/contattate del +1.5%, ed un differenziale maggiore relativo ai test eseguiti;
- Per lo screening mammografico si rileva un differenziale inferiore di donne invitate/contattate rispetto al 2023 ma con un incremento dell'adesione pari al 19%.
- Per lo screening colon-rettale si rileva un differenziale inferiore di utenti invitati/contattati ma con una maggiore adesione al programma di screening con un delta di test eseguiti del +24% rispetto all'anno precedente.

Dall'analisi del contesto regionale emerge una crescente adesione ai programmi organizzati di screening, riconducibile ad una migliore organizzazione sistemica dei predetti programmi e ad una più efficace campagna di sensibilizzazione della popolazione target.

Nel corso del 2024, 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 2023.

È stato altresì attivato un call center dedicato all'attività di screening (gestione prenotazioni, recall, ecc).

Tali interventi hanno permesso un costante incremento delle adesioni, come evidenziato nell'ultimo monitoraggio per ciascun programma di screening.

In merito agli screening del carcinoma del colon retto, nel corso del 2024 sono stati processati 13.334 kit. Al fine di incrementare l'attività dei predetti screening, con il DCA n. 154/2025 è stato approvato il "Disciplinare Tecnico per l'integrazione dei Medici di Medicina Generale del Ruolo Unico di Assistenza Primaria nell'ambito del programma regionale di screening del Carcinoma del Colon Retto". Tale provvedimento prevede il coinvolgimento congiunto delle farmacie e dei Medici di Medicina Generale (MMG) nel programma regionale di screening del carcinoma del colon retto. In particolare, le farmacie sono incaricate di:

1. distribuire i kit per lo screening direttamente all'utenza arruolabile nel programma;
2. fornire i kit ai MMG aderenti al progetto del relativo ambito territoriale, in base al numero richiesto.

L'utente, dopo aver effettuato la raccolta del campione a domicilio, riconsegna il kit alla farmacia di riferimento, la quale provvede:

- all'inserimento dei dati sulla piattaforma informatica;
- all'invio del kit al Deposito Intermedio.

Da qui, il materiale viene trasferito al Laboratorio Analisi per il processamento.

La Regione Molise, nell'ambito delle iniziative relative al Piano regionale della Prevenzione 2020-2025, ha attivato negli anni 2023-2024 una campagna di screening per il diabete mediante test rapido a tutta la popolazione molisana residente. L'iniziativa proseguirà anche nel corso dell'anno 2025.

3.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 3.2.1 Miglioramento delle prestazioni di screening oncologici

Azione 3.2.1.1 Monitoraggio semestrale del numero degli inviti trasmessi e delle prestazioni effettuate per ciascun programma di screening

Indicatore 3.2.1.1: Tasso di Invito alla Popolazione Target

Descrizione: Percentuale di persone appartenenti alla popolazione target che ha ricevuto un invito a partecipare allo screening oncologico nel periodo di riferimento.

Calcolo: $(\text{Numero di inviti trasmessi nel trimestre} / \text{Popolazione target nel trimestre}) \times 100$

Valore Target: $\geq 95\%$

Indicatore 3.2.1.2 Tasso di Adesione allo Screening

Descrizione: Percentuale di persone invitate che hanno effettivamente partecipato allo screening.

Calcolo: $(\text{Numero di prestazioni di screening effettuate} / \text{Numero di inviti trasmessi}) \times 100$

Valore Target: $\geq 50\%$

Azione 3.2.2.2 Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2025

Indicatore 3.2.2.1 Relazione

Obiettivo 3.2.2 Coinvolgimento dei MMG nel processo di arruolamento, anche attraverso l'attuazione dell'Accordo integrativo regionale

Azione 3.2.2.1 Emanazione linee guida

Indicatore 3.2.2.1 Provvedimento ASReM/Regione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
3.2.1 Miglioramento delle prestazioni di screening oncologici	3.2.2.1 Monitoraggio semestrale del numero degli inviti trasmessi e delle prestazioni effettuate per ciascun programma di screening	31/12/2025	Report semestrale	Tasso di Invito alla Popolazione Target e tasso di adesione		
	3.2.2.2 Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2025	30/06/2025 31/12/2026 31/12/2027	Relazione	Si/no		
3.2.2 Coinvolgimento dei MMG nel processo di arruolamento anche attraverso l'attuazione dell'AIR	3.2.2.1 Emanazione linee guida	31/12/2025	Provvedimento ASReM/Regione	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Referente regionale degli screening DG ASReM Dipartimento di Prevenzione ASReM Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute						

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 target di riferimento.

Di seguito i dati sulle coperture vaccinali anni 2022/2023/2024:

Vaccinazioni in età pediatrica e antinfluenzale anziano		2022	2023	2024	Valori di riferimento	Fonte
		%	%	%		
Vaccinazioni in età pediatrica – coperture a 24 mesi (per 100 abitanti)	Polio (a)	95,5%	95,1%	95,8%	Sufficienza: $\geq 92\%$	NSG (P01C)
	Difterite (a)	95,5%	95,1%	95,8%		
	Tetano (a)	95,5%	95,1%	95,8%		
	Pertosse (a)	95,5%	95,1%	95,8%		
	Epatite B (a)	95,5%	95,1%	95,8%	Eccellenza: $\geq 95\%$	NSG (P02C)
	Hib (b)	96,0%	95,1%	95,8%		
	Morbillo (c)	94,0%	94,5%	96,5%		
	Parotite (c)	94,0%	94,5%	96,5%		
	Rosolia (c)	94,0%	94,5%	96,5%		
Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano				52,8%	Sufficienza: $\geq 75\%$	NSG (P06C)

Tabella Coperture vaccinali-Fonte NSG, agg.to 13/07/2023

Per quello che riguarda l'innovazione nella pratica vaccinale, anche la Regione Molise ha avviato dal 20 novembre la campagna di immunizzazione gratuita e su base volontaria per proteggere i neonati e i bambini dal virus respiratorio sinciziale. La campagna di immunizzazione è realizzata nei punti nascita degli Ospedali regionali e nei centri vaccinali del Dipartimento di Prevenzione. I bambini nati tra novembre e marzo riceveranno l'immunizzazione direttamente presso i Punti Nascita degli Ospedali di Campobasso, Termoli e Isernia, tra le 24 e le 48 ore dopo la nascita, o comunque prima della dimissione. I bambini nati tra Aprile e Settembre, dovranno essere immunizzati prima dell'inizio della stagione epidemica per RSV e comunque prima del compimento del 13° mese di vita a cura dei Centri vaccinali del Dipartimento Unico di Prevenzione di Campobasso, Isernia e Termoli. Il Dipartimento ha inoltre provveduto a stilare un apposito protocollo per la conduzione della predetta campagna di immunizzazione.

Sono stati anche introdotti nell'offerta vaccinale dei Centri del Dipartimento Unico di Prevenzione anche i vaccini anti-RSV per le donne in gravidanza e per gli adulti over 65.

Nel 2024 sono inoltre proseguite le attività previste dal PL14 "Integrazione Calendario per la Vita" inserito nel Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025, che prevedono:

- la ripresa ed implementazione della campagna vaccinale anti Zoster, con chiamata attiva dei nati a partire dalla coorte del 1952 (ovvero la coorte per la quale la vaccinazione non è stata completata a motivo della pandemia)
- recupero ed estensione della gratuità della vaccinazione anti HPV a maschi e femmine fino ai 25 anni di età (coorti di età a partire dall'anno di nascita 1995), con chiamata attiva.

In riferimento invece alla campagna di vaccinazione antinfluenzale, al fine di implementare le attività vaccinali su tutto il territorio regionale, il Dipartimento Unico di Prevenzione ha organizzato un ciclo di Open Day vaccinali, dedicato in primo luogo alla vaccinazione antinfluenzale, alla vaccinazione anti-Covid ed antipneumococco ma anche ad altri tipi di vaccinazioni sia per l'adulto, che per gli adolescenti ed i bambini (vaccinazione anti herpes zoster, anti HPV, anti-Covid, ecc.). Tutti i sabati del mese di novembre e dicembre 2024, i Centri Vaccinali principali di Campobasso, Isernia e Termoli sono stati aperti con orario prolungato, garantendo l'accesso libero della popolazione, sensibilizzata attraverso apposita campagna di comunicazione. Negli ambulatori vaccinali dislocati sul territorio, oltre al normale orario di apertura, è stata

garantita settimanalmente una ulteriore apertura, in fascia oraria dedicata, sempre per consentire l'accesso libero della popolazione alla vaccinazione, con particolare riguardo alla vaccinazione antinfluenzale, alla vaccinazione anti-Covid ed antipneumococco. È stata inoltre effettuata la chiamata attiva per tutte le strutture residenziali, socio-assistenziali e di riabilitazione psichiatrica, per la verifica della copertura vaccinale e dove necessario, intervento diretto dei Dirigenti Medici della U.O.C. di Igiene e Sanità Pubblica per la somministrazione della vaccinazione antinfluenzale, del vaccino anti-COvid e dell'antipneumococco.

Per quello che concerne la formazione del personale dedicato alle attività vaccinali, il Dipartimento Unico di Prevenzione ha organizzato i seguenti eventi formativi:

- Corso ECM "Vaccinazioni per tutte le stagioni della vita", tenutosi a Campobasso il 19/10/2024, con l'erogazione di 9,1 crediti
- Seminario di aggiornamento scientifico sulle ultime novità in campo vaccinale – "Vaccini sotto l'albero" – tenutosi a Campobasso il 13/12/2024.

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.

Si descrivono di seguito le azioni da realizzare nel triennio 2025/2027:

- Aumentare la copertura vaccinale e l'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)
- Promuovere la creazione di gruppi di lavoro interdisciplinari per la strutturazione di scambi di informazioni sui soggetti a rischio con patologie croniche, in carico ai Medici curanti (MMG, Cardiologi, Diabetologi, Pneumologi, Reumatologi, Nefrologi), che necessitano di vaccinazione anti influenzale per la prevenzione delle complicanze
- Creare occasioni di informazione e sensibilizzazione sulle malattie infettive e quelle prevenibili con vaccino rivolte al Personale Sanitario;
- pianificare 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).

Al fine di potenziare programmi di prevenzione e sorveglianza sulle patologie, con DCA n. 4 del 23.01.2024 è stato ricostituito il Gruppo Tecnico Regionale per le vaccinazioni che garantirà il supporto tecnico/scientifico per la programmazione regionale.

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

Azione 3.3.1.1 Estensione delle vaccinazioni antinfluenzali-anziano mediante accordi con farmacisti, MMG, e il potenziamento dei Centri vaccinali ASReM

Indicatore 3.3.1.1 Provvedimento regionale/DCA

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 ASReM

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 delle vaccinazioni antinfluenzali-anziano mediante il accordi con farmacisti, MMG, e il potenziamento dei Centri vaccinali ASReM	31/12/2025 31/12/2026 31/12/2027	Provvedimento regionale/DCA	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).	31/12/2025 31/12/2026 31/12/2027	Reazione ASReM/Regione	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 DG ASReM Dipartimento di Prevenzione ASReM						

3.4 Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro

Secondo i dati pubblicati dall'INAIL, nel periodo gennaio-dicembre 2024, le denunce di infortunio presentate all'Istituto sono state 511.688, con una diminuzione dello 0,7% rispetto alle 515.141 del 2023.

Analizzando le modalità di accadimento, si nota un calo del 1,9% negli infortuni in occasione di lavoro, passando da 422.880 nel 2023 a 414.853 nel 2024.

Al contrario, gli infortuni in itinere sono aumentati del 5,0%, passando da 92.261 nel 2023 a 96.835 nel 2024.

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 Spsal 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 2025, i Piani relativi a "Vigilanza e controllo nel comparto agricoltura - Piano Mirato di Prevenzione" e "Vigilanza e controllo nel comparto costruzioni - Piano Mirato di Prevenzione"

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 Piano mirato di prevenzione in edilizia: Ponteggi e prevenzione cadute dall'alto

Indicatore 3.4.1.1 Documentazione, produzione evidenze e rendicontazione nella piattaforma web ministeriale del PNP 2020-2025

Azione 3.4.1.2 Piano mirato di prevenzione in agricoltura: Antiribaltamento dei trattori. Movimentazione manuale dei carichi"

Indicatore 3.4.1.2 Documentazione, produzione evidenze e rendicontazione nella piattaforma del PNP 2020-2025

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 Piano mirato di prevenzione in edilizia: Ponteggi e prevenzione cadute dall'alto	31/03/2026	Documentazione, rendicontazione nella piattaforma web ministeriale del PNP 2020-2025	Si/no		
	3.4.1.2 Piano mirato di prevenzione in agricoltura: Antiribaltamento dei trattori. Movimentazione manuale dei carichi"	31/03/2026	Documentazione, rendicontazione nella piattaforma web ministeriale del PNP 2020-2025	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute DG ASReM – Direttore U.O.C. SPSAL						

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 adempiuti, 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 ovcaprina 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 Adozione di un piano straordinario per il mantenimento della qualifica U.I. da TBC bovina per la provincia di Isernia

Azione 3.5.1.1 Procedure per l'adozione di un piano straordinario per il mantenimento della qualifica U.I. da TBC bovina per la provincia di Isernia;

Indicatore 3.5.1.1 DCA

Obiettivo 3.5.2 Implementazione Piano di aggiornamento e formazione sul sistema di Audit delle autorità competenti

Azione 3.5.2.1 Organizzazioni di corsi di formazione e aggiornamento del personale

Indicatore 3.5.2.2 Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
3.5.1 Adozione di un piano straordinario per il mantenimento della qualifica U.I. da TBC bovina per la provincia di Isernia	3.5.1.1 Procedure per l'adozione di un piano straordinario per il mantenimento della qualifica U.I. da TBC bovina per la provincia di Isernia	30/09/2025	DCA	si/no	nd	

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
3.5.2 Implementazione Piano di aggiornamento e formazione sul sistema di Audit delle autorità competenti	3.5.2.1 Organizzazione di corsi di formazione e aggiornamento del personale	30/06/2025	Relazione	si/no	nd	
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Generale per la Salute DG ASReM Dipartimento di Prevenzione ASReM U.O formazione ASReM						

4 Assistenza Territoriale/ Distrettuale

Con l'approvazione del DCA 80/2024 la Regione Molise ha avviato un importante processo di rafforzamento della propria rete territoriale, puntando su un modello di assistenza integrata sostenuto in gran parte dalle risorse derivanti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). I risultati ottenuti in questo periodo hanno posto solide basi per il rilancio e l'ampliamento dei servizi territoriali, con l'obiettivo di rispondere alle crescenti necessità della popolazione molisana.

In particolare, la Regione Molise si concentrerà sull'implementazione di interventi che riguardano la Casa della Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC), le Centrali Operative Territoriali (COT) e il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare attraverso l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC). Inoltre, verrà consolidata l'efficienza e l'efficacia dei servizi con l'adozione della Centrale Operativa 116117 e delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), favorendo la transizione digitale attraverso strumenti innovativi previsti dalla Missione 6 Salute del PNRR.

Il triennio 2025-2027 vedrà pertanto la piena attuazione di queste azioni, con l'obiettivo di garantire una maggiore equità nell'accesso ai servizi sanitari e un'assistenza integrata, tempestiva e di qualità per tutti i cittadini.

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

Assistenza domiciliare	2021	2022	2023	Valori di riferimento	Fonte
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1 (Numero GEA / numero GdC) = 0,14 - 0,30). GEA: Giornate effettive di assistenza	1,73	3,29	4,93	Sufficienza: $\geq 2,6$ Atteso: ≥ 4	NSG (D22Z)
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA2 (Numero GEA / numero GdC) = 0,31 - 0,50). GEA: Giornate effettive di assistenza	4,01	7,97	9,60	Sufficienza: $\geq 1,9$ Atteso: $\geq 2,5$	
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3 (Numero GEA / numero GdC) = $> 0,50$). GEA: Giornate effettive di assistenza	3,11	5,36	7,08	Sufficienza: $\geq 1,5$ Atteso: ≥ 2	
Fonte NSG					

Assistenza residenziale e semiresidenziale anziani non autosufficienti	2021	2022	2023	Valori di riferimento	Fonte
Numero di anziani non autosufficienti (>75 aa), in trattamento sociosanitario residenziale per intensità di cura (R1, R2, R3), ogni 1.000 abitanti	11,61	12,78	10,97	Sufficienza: $\geq 24,6$ Atteso: ≥ 41	NSG (D33Za)
Fonte NSG					

4.1 Assistenza primaria e continuità assistenziale

Il riordino della rete dell'assistenza primaria e la riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale sono obiettivi prioritari della struttura commissariale.

Attualmente sono convenzionati a tempo indeterminato presso ASReM 220 MMG a ciclo fiduciario e 70 MMG a quota oraria, ovvero di continuità assistenziale, con 293.651 ore remunerate per l'anno 2023.

Non sono presenti attualmente in regione forme associative avanzate della Medicina Generale atte a garantire una presa in carico condivisa oltre le medicine di rete e le medicina di gruppo di cui all'Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005 e ssmmii.

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, le quali concorreranno al potenziamento dei servizi di medicina generale nella fascia diurna mediante l'attività a ciclo orario dei medici di ruolo unico di assistenza primaria come previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale 04 aprile 2024.

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

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.

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 carenti.

La regione Molise adotta, in coerenza con le indicazioni delle Regioni espresse nella seduta della Commissione Salute in data 15 maggio 2024 in accompagnamento alle "Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub", la definizione di Casa di Comunità come modello organizzativo complessivamente inteso dall'insieme dei servizi di cui al Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, erogati sia direttamente all'interno delle 13 strutture previste che presso punti erogativi ad esse funzionalmente collegati nel territorio di riferimento.

In attuazione del D.M. 23 maggio 2022, n.77, le sedi di Continuità Assistenziale della regione saranno insediate nelle Case di Comunità secondo un cronoprogramma coerente con la rimodulazione delle attività a ciclo orario dei Medici di Medicina Generale prevista dal relativo Accordo Integrativo Regionale. Tale riordino sarà determinato mediante specifico DCA relativo al suddetto accordo.

Mediante tali provvedimenti saranno garantiti pienamente gli standard di presenza medica previsti per le CdC Hub e Spoke dal DM 77/2022, soddisfacendo la presenza minima pari a h12 per sette giorni la settimana e, per le sedi hub, pari a h24 per sette giorni la settimana.

La Regione prosegue nel potenziamento della rete territoriale attraverso l'incremento della dotazione degli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFoC), con l'obiettivo di raggiungere lo standard di un professionista ogni 3.000 abitanti. Il completamento della dotazione infermieristica è previsto entro il 2026, in linea con la piena operatività delle Case di Comunità.

AFT e UCCP

L'organizzazione e l'attivazione dei modelli organizzativi del DM 77/2022 richiede il coinvolgimento delle AFT dei MMG e dei PLS, con particolare riferimento alla definizione e all'assegnazione di obiettivi condivisi anche dalle UCCP distrettuali, alla partecipazione attiva del MMG e PLS e alla valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie e sociali, insieme alle articolazioni organizzative delle strutture aziendali, aspetti ritenuti fondamentali per la sua effettiva realizzazione.

La regione Molise riorganizzerà il servizio di assistenza primaria dei Medici di Medicina Generale aggregandoli strutturalmente ed obbligatoriamente in rete attraverso la forma associativa delle AFT, previste in numero di 11, le quali

andranno a suddividere il territorio dei distretti sanitari come nuovi ambiti di scelta del medico, e coordinandoli con gli altri professionisti medici e sanitari territoriali nelle UCCP, modelli di erogazione di attività socio sanitarie territoriali ad alta complessità, che saranno attivate in numero di 1 per ogni distretto.

Le AFT dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta saranno attivate secondo un cronoprogramma determinato nell'Accordo Integrativo Regionale di attivazione delle stesse, come previsto dagli Accordi Collettivi Nazionali.

Le AFT saranno determinate nell'estensione e nell'organizzazione delle attività a ciclo orario mediante uno specifico atto di programmazione regionale, ed avranno come sede funzionale una Casa di Comunità Hub o Spoke nella quale sarà garantito alla popolazione in carico un servizio di libero accesso e di pronto impiego domiciliare per le esigenze assistenziali non differibili attraverso l'attivazione di un ambulatorio diurno di medicina generale, attivo dalle 08:00 alle ore 18:00 di tutti i giorni feriali attraverso un Medico di Medicina Generale a ciclo orario ed un infermiere del distretto. A completamento della valorizzazione delle Case di Comunità come nuovi nodi essenziali della rete di assistenza distrettuale, per garantire la presenza dei servizi specialistici ed infermieristica la Regione, in sinergia con ASREM, utilizzerà il personale già presente nelle attuali Case della Salute e nei poliambulatori distrettuali.

Per le UCCP la sede funzionale sarà individuata dal distretto di riferimento in una Casa di Comunità, anche in considerazione del miglior raccordo con la COT distrettuale.

Le AFT e le UCCP costituiranno il primo anello della rete di assistenza territoriale e saranno parte integrante delle CdC, essendone integrate funzionalmente e concorrendo a garantire l'assistenza anche in forma di medicina d'iniziativa e di presa in carico della comunità di riferimento con un maggior grado di prossimità.

Con DCA n. 114 del 08/07/2025 è stato approvato l'accordo integrativo regionale stralcio all'accordo collettivo nazionale della Medicina Generale 04 aprile 2024 di attuazione delle AFT e delle UCCP dei medici di medicina generale.

Con invio siveas n. 82/2025, è stato trasmesso per la preventiva approvazione l'atto di programmazione delle AFT e delle UCCP della Regione Molise.

UCA

Tenuto conto che il DM 77/2022 individua uno standard di 1 Unità di Continuità Assistenziale (UCA) ogni 100.000 abitanti, e considerata distribuzione della popolazione regionale, la Regione Molise prevede di attivare 3 UCA, una per ogni distretto, allocandole funzionalmente presso le CdC Hub di Campobasso, Isernia e Termoli, con un orario di attività previsto dalle ore 08:00 alle 18:00 nei giorni feriali.

L'UCA rientrerà nel modello organizzativo della UCCP e sarà composta da 1 medico ed 1 infermiere, attivi sul territorio distrettuale in coordinamento con la COT ed attraverso l'utilizzo sistematico di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza). L'UCA potrà usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. I MMG saranno incaricabili nel servizio UCA mediante la loro attività oraria nell'ambito della UCCP, e l'equipe potrà eventualmente essere integrata con altre figure professionali sanitarie secondo le esigenze degli assistiti.

4.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.1.1 Ridefinizione della rete territoriale in coerenza con il DM 77/2022: riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale

Azione 4.1.1.1 Riorganizzazione del servizio di assistenza primaria e continuità assistenziale

Indicatore 4.1.1.1 DCA di riorganizzazione della rete

Azione 4.1.1.2 Istituzione UCA

Indicatore 4.1.1.2 DCA

Azione 4.1.1.3 Revisione del DCA 80/2024 di approvazione del documento unico di rete territoriale, alla luce degli interventi oggetto del PO 2025-2027.

Indicatore 4.1.1.3 DCA

Azione 4.1.1.3 Completamento della dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)"

Indicatore 4.1.1.3 Relazione tecnica

Obiettivo 4.1.2 Atto di programmazione delle AFT e UCCP

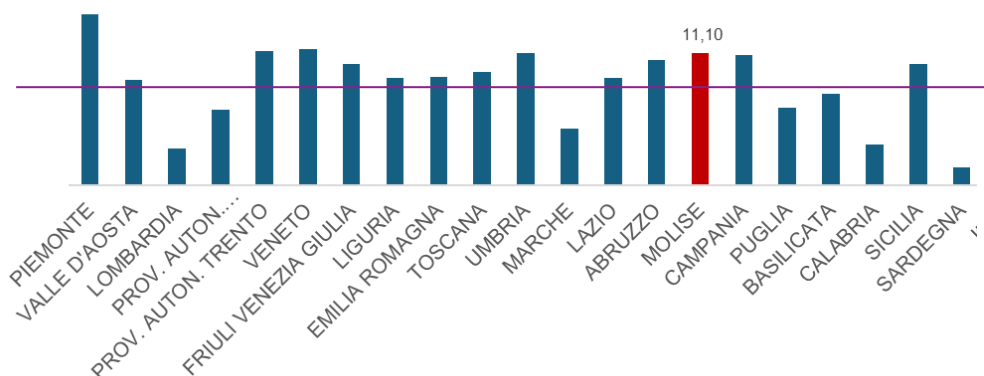
Azione 4.1.2.1 Approvazione dell'atto di programmazione delle AFT e UCCP della Regione Molise

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.1.1 Ridefinizione della rete territoriale in coerenza con il DM 77/2022: riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale e assistenza primaria	4.1.1.1 Riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale e assistenza primaria	31/12/2025	DCA	Si/no		
	4.1.1.2 Istituzione UCA	31/03/2025	DCA	Si/no		
	4.1.1.3 Revisione del DCA 80/2024 di approvazione del documento unico di rete territoriale, alla luce degli interventi oggetto del PO 2025-2027	31/03/2026	DCA	Si/no		
	4.1.1.4 Completamento della dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)"	31/12/2026	Relazione	Si/no		
4.1.2 Atto di programmazione delle AFT e UCCP	4.1.2.1 Approvazione dell'atto di programmazione delle AFT e UCCP della Regione Molise	31/03/2026	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						
DG A.S.Re.M						

4.2 Assistenza domiciliare integrata

La Regione nel 2024 ha preso in carico al domicilio circa l'11 % della popolazione sopra i 65 anni (8532 pazienti su 76879).

Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65



Nel periodo 2025-2027 la Regione Molise intende rafforzare l'assistenza domiciliare con l'obiettivo di garantire una maggiore equità di accesso alle cure, migliorare la qualità della vita dei pazienti fragili e ridurre la pressione sugli ospedali. Con l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, l'adozione di tecnologie innovative e la creazione di una rete

territoriale più forte, la Regione si prefigge di costruire un sistema sanitario che sia più vicino ai bisogni dei cittadini, sostenibile e resiliente nel tempo.

Attualmente, le prestazioni sono garantite dall' ASReM attraverso un contratto 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.). Tale organizzazione facilita la presa in carico dei pazienti che necessitano di essere assistiti a domicilio diminuendo, altresì, il ricorso ad ospedalizzazioni inappropriate.

La Regione, con DCA n. 57 del 27.03.2024 avente ad oggetto: "Manuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178", ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano". Rimodulazione DCA27/2023" è stata approvata la rimodulazione del DCA n.27/2023, per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio e per l'accreditamento istituzionale delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari.

Sono in corso le procedure di accreditamento dell'ADI.

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 età > 65anni

Obiettivo 4.2.2 Accredimento delle cure domiciliari

Azione 4.2.2.1 Accredimento 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	31/12/2025	Report	% di assistiti domiciliari con età > 65anni (= 9%)		
		31/12/2026	Report	% di assistiti domiciliari con età > 65anni (= 10%)		
4.2.2 Accredimento delle cure domiciliari	4.2.2.1 Accredimento delle cure domiciliari	31/03/2026	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	31/03/2026	Adempimento ASReM	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 0,2 posti letto per ogni 1.000 abitanti da attuarsi secondo la programmazione regionale.

Nell'ambito della proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Molise, inviata al Tavolo del DM 70/2015 con invio Siveas n. 136/2025, è stata inoltre prevista la riconversione dell'Ospedale "Caracciolo" di Agnone, da Ospedale di Area Disagiata in Ospedale di Comunità, all'interno della Casa di Comunità già prevista.

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

Con DCA n. 128 del 25/07/2024 è stata recepita l'Intesa Stato-Regioni sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di comunità (Rep. Atti n. 17/CSR del 20/02/2020).

4.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.3.1 Implementazione di due Ospedali di Comunità (OdC)

Azione 4.3.1.1 Linee di indirizzo regionali sul funzionamento degli ospedali di Comunità

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 Linee di indirizzo regionali sul funzionamento degli ospedali di Comunità	31/12/2025	DCA	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

Il Programma Operativo 2023-2025 ha posto le basi per una riorganizzazione significativa dell'assistenza territoriale attraverso l'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) e delle Case della Comunità (CdC), con l'obiettivo di riprogettare le modalità di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari, e di potenziare la presa in carico e la gestione degli assistiti, in particolare delle persone con cronicità e condizioni di fragilità. In questo contesto, il DM 77/2022 ha definito come obbligatoria la presenza dei Punti Unici di Accesso (PUA) nelle CdC Hub e Spoke, rinforzando il ruolo del PUA come strumento per l'integrazione sociosanitaria, come indicato nell'art. 43 della Legge di Bilancio 2021 e nel Piano delle Politiche Sociali 2021-2023.

Al momento, la Regione Molise ha attivato un servizio PUA per ogni distretto, che, seppur presente, non è ancora completamente integrato con la componente sociale. Questo rappresenta una limitazione all'accesso unitario ai bisogni sanitari e sociali della popolazione. Tuttavia, con l'avvio delle Centrali Operative Territoriali (COT) e delle Case della Comunità (CdC), si intende superare questa carenza, favorendo una gestione integrata e unificata delle esigenze dei cittadini.

Nel 2024, la Regione Molise ha compiuto significativi passi avanti con l'adozione del DCA n. 163 del 28/10/2024, che approva l'Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) e definisce il modello organizzativo di riferimento. Inoltre, con il DCA n. 177 del 21/11/2024, la Regione ha preso atto della Deliberazione del Direttore Generale ASREM n. 1344 del 27/09/2024, che ha dichiarato le COT di Bojano (CB), Venafro (IS) e Termoli (CB) pienamente funzionanti. Questo è un traguardo fondamentale, che segna il completamento della fase di attivazione delle COT, rendendo operative le strutture previste per il miglioramento dell'assistenza territoriale.

Il PO 2025-2027 intende rafforzare e completare l'integrazione delle COT e delle CdC, nonché di ampliare le funzionalità del servizio sanitario territoriale, garantendo una maggiore efficienza nell'erogazione delle cure. I principali obiettivi previsti per il nuovo periodo di programmazione sono:

- **Potenziamento dei Punti Unici di Accesso (PUA):** In concomitanza con l'attivazione delle 13 Case di Comunità (CdC), la Regione Molise si impegna a potenziare il servizio dei PUA, garantendo la piena integrazione tra componenti sociali e sanitarie. Questo permetterà un miglior coordinamento tra i servizi e un accesso unitario ai bisogni sanitari e sociali dei cittadini, evitando frammentazioni e ottimizzando le risorse.
- **Rafforzamento delle Centrali Operative Territoriali (COT):** Le COT di Bojano, Venafro e Termoli saranno ulteriormente potenziate per garantire l'effettiva operatività e l'interconnessione con le Case di Comunità e i distretti sanitari, in modo da migliorare la qualità e tempestività delle risposte sanitarie. Ogni COT avrà il ruolo di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

- Attivazione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117: Con DCA n. 105/2024 avente ad oggetto: "Accordo, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2023." Approvazione progetti anno 2023." è stata approvata la proposta progettuale relativa alla realizzazione di una centrale unica NEA 116117 per la Regione Molise, che sarà attivo a partire da dicembre 2025. Il NEA 116117 consentirà di migliorare l'accesso alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale, supportando in modo significativo la gestione delle richieste di assistenza non urgente.
- Integrazione con i Servizi Sociali e Rete di Assistenza Domiciliare: L'integrazione tra i servizi sanitari e sociali rimane una priorità. Saranno implementati modelli integrati di assistenza domiciliare, attraverso il coordinamento delle Unità di valutazione multidimensionale (UVM), e la partecipazione degli assistenti sociali dei comuni, al fine di garantire una presa in carico tempestiva e appropriata delle persone fragili.
- Miglioramento della Tecnologia e Infrastruttura Informatica: La Regione Molise continuerà a potenziare la propria infrastruttura tecnologica e informatica per favorire l'interoperabilità dei dati tra le COT, le CdC, i distretti sanitari e i servizi sociali. Saranno introdotte nuove piattaforme di telemedicina e monitoraggio remoto, al fine di garantire una gestione più efficiente dei pazienti con cronicità e una riduzione dei ricoveri ospedalieri evitabili.

Con DCA n. 86/2024 avente ad oggetto "Progetto sperimentazione case di comunità nel territorio della Regione Molise ai sensi del dm 77/2022 e del PNRR – missione 6 salute. provvedimenti." Sono stati attivati, in via sperimentale, i modelli organizzativi di n. 3 Case di Comunità, in numero di 1 per ogni distretto sanitario ASReM, con la partecipazione dei Medici di Medicina Generale ad attività oraria, mediante l'attivazione degli ambulatori diurni di Medicina Generale di cui all'Art. 44, comma 2 A.C.N. 04 aprile 2024.

4.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

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

Azione 4.4.1.1 Monitoraggio sull'operatività delle COT

Indicatore 4.4.1.1 Provvedimento ASReM

Obiettivo 4.4.2 Avvio Piena operatività della centrale Operativa 116117

Azione 4.4.2.1 Avvio Piena operatività della centrale Operativa 116117

Indicatore 4.4.2.1 relazione tecnica

Obiettivo 4.4.3 Attivazione e pieno funzionamento delle Case di Comunità

Azione 4.4.3.1 Attivazione e pieno funzionamento delle Case di Comunità

Indicatore 4.4.3.1 Relazione tecnica

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO							
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG	
4.4.1 Rafforzamento di n.3 Centrali Operative Territoriali (COT) presso i presidi di Termoli, Bojano e Venafro	4.4.1.1 Monitoraggio sull'operatività delle COT	31/12/2025	Relazione	Si/no	nd		
4.4.2 Avvio Piena operatività della centrale Operativa 116117	4.4.2.1 Avvio Piena operatività della centrale Operativa 116117	31/03/2026	DCA	Si/no	nd		

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.4.3 Attivazione Case di Comunità	4.4.3.1 Attivazione e pieno funzionamento delle Case di Comunità	30/06/2026	Report	Num. Case di comunità attivate =9	nd	
		31/12/2026	Report	Num. Case di comunità attivate =13	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 lungoassistenza, 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 lungoassistenza, 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.

Dall'analisi del flusso FAR anno 2023 si rileva un valore inferiore a quello di riferimento di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale, in decremento rispetto all'anno 2022.

Assistenza residenziale e semiresidenziale anziani non autosufficienti	2021	2022	2023	Valori di riferimento	Fonte
Numero di anziani non autosufficienti (>75 aa), in trattamento sociosanitario residenziale per intensità di cura (R1, R2, R3), ogni 1.000 abitanti	11,61	12,78	10,97	Sufficienza: $\geq 24,6$ Atteso: ≥ 41	NSG (D33Za)
Fonte NSG					

In ragione dei dati sopra rappresentati, con DCA n.80/2024 è stato rideterminato il fabbisogno territoriale relativo alle unità residenziali per gli anziani non autosufficienti e per l'Alzheimer, al fine di potenziare l'attività delle stesse:

Tabella: Fabbisogno Regionale di PL in strutture residenziali per l'assistenza anziani

	Fabbisogno di posti letto assistenza anziani non autosufficienti				
	R1	R2	R3	Alzheimer	TOTALE
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE RESIDENZIALE	60	120	351	40	571

Si è provveduto pertanto alla luce del documento unico di programmazione della Rete Territoriale, a rilasciare/rinnovare le autorizzazioni e gli accreditamenti alle strutture territoriali.

La Regione Molise, nel contesto della riorganizzazione dei servizi socio-sanitari nel triennio 2025-2027 intende quindi proseguire nel potenziamento delle strutture e dei servizi destinati all'assistenza degli anziani, continuando a sviluppare soluzioni innovative e integrate che rispondano in modo efficace alle sfide demografiche ed epidemiologiche del nostro tempo. Attraverso l'implementazione dei ricoveri di sollievo, l'assistenza semiresidenziale e la valorizzazione delle risorse umane e tecnologiche, si contribuirà a garantire una qualità della vita migliore per gli anziani e un supporto concreto per le famiglie che si prendono cura di loro.

4.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.5.1 Potenziamento dell'offerta regionale di assistenza semiresidenziale

Azione 4.5.1.1 Implementazione ricoveri di sollievo

Indicatore 4.5.1.1 DCA

Azione 4.5.1.2 Revisione del fabbisogno

Indicatore 4.5.1.2 Determinazione/DCA

Azione 4.5.1.3 Monitoraggio annuale delle attività relative al potenziamento dell'offerta per persone non autosufficienti, ed individuazione di azioni correttive

Indicatore 4.5.1.3 Report monitoraggio

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.5.1 Potenziamento dell'offerta regionale di assistenza semiresidenziale	4.5.1.1 Implementazione ricoveri di sollievo	31/03/2026	DCA	Si/no		
	4.5.1.2 Revisione del fabbisogno	31/03/2026	Determinazione/DCA	Si/no		
	4.5.1.3 Monitoraggio annuale delle attività relative al potenziamento dell'offerta per persone non autosufficienti, ed individuazione di azioni correttive	31/12/2025 31/12/2026 31/12/2027	Provvedimento ASReM	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.80/2024 è stato rideterminato il fabbisogno territoriale relativo strutture residenziali e semiresidenziali per l'assistenza ai disabili fisici come di seguito:

Tabella: Fabbisogno di PL in strutture residenziali e semiresidenziali per l'assistenza ai disabili fisici

Fabbisogno di posti letto	
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE ASSISTENZA DISABILI FISICI RESIDENZIALE	182
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE ASSISTENZA DISABILI FISICI SEMIRESIDENZIALE	48
TOTALE ASSISTENZA DISABILI FISICI	230

Nel triennio 2025-2027 continuerà in percorso di potenziamento dell'assistenza ai disabili intrapreso con il suddetto DCA, aggiornando il fabbisogno assistenziale in base al quale verranno quantificati i numeri dei posti letto per la residenzialità e la semi residenzialità.

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

Azione 4.6.2.1 Potenziamento dell'attività di controllo e validazione dei flussi informativi afferenti all'assistenza territoriale

Indicatore 4.6.2.1 Report trimestrale

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 Revisione del DCA di riorganizzazione della rete territoriale: fabbisogno dell'offerta dei posti letto residenziali e semiresidenziali	31/12/2025	DCA	Si/no	nd		
4.6.2 Potenziamento dell'attività di controllo e validazione dei flussi informativi afferenti all'assistenza territoriale	4.6.2.1 Potenziamento dell'attività di controllo e validazione dei flussi informativi afferenti all'assistenza territoriale	31/12/2025	Report trimestrale	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 4 milioni di prestazioni ambulatoriali annue per un valore di circa 77,4 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 2024).

aggiornamento mensile - dati al 18/03/25

Distribuzione della spesa per tipologia di struttura - cumulado

Periodo: 2024 [help](#)

	numero ricette	Pubblici								Privati								totale strutture			
		numero prestazioni		spesa netta		ticket (**)				numero prestazioni		spesa netta		ticket (**)				spesa lorda	% spesa lorda su totale regioni selezionate	% spesa lorda strutture pubbliche	
		N°	Δ %	€	Δ %	TOT €	di cui ticket nazionale (franchigia €35)	di cui ticket regionale (quota fissa per)	di cui ticket nazionale (franchigia €35)	di cui ticket regionale (quota fissa per)	N°	Δ %	€	Δ %	TOT €	di cui ticket nazionale (franchigia €35)	di cui ticket regionale (quota fissa per)				
140 Molise	668.516	2.628.852	34,32%	17.734.784	12,76%	3.525.281	3.525.281		21.260.065	410.871	1.406.734	11,72%	59.671.369	13,73%	2.707.270	2.707.270		62.378.639	83.638.704	100,00%	25,42%
Totale	668.516	2.628.852	34,32%	17.734.784	12,76%	3.525.281	3.525.281		21.260.065	410.871	1.406.734	11,72%	59.671.369	13,73%	2.707.270	2.707.270		62.378.639	83.638.704	100,00%	25,42%

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

aggiornamento mensile - dati al 18/03/25

Dati di sintesi - cumulado

Periodo(*): 2024

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 (**)		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	3.528.407	39.183.655	503.466	38.155.918	408.870	8.941.029	3.487	61.515	94.596	29.214.889	4.035.360	77.401.088
Totale	3.528.407	39.183.655	503.466	38.155.918	408.870	8.941.029	3.487	61.515	94.596	29.214.889	4.035.360	77.401.088

(*) I dati di spesa si riferiscono alla data di utilizzo della ricetta
 (***) Assisti 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 2024, impongono l'attivazione di sistemi di monitoraggio del fabbisogno di prestazioni annue, nonché 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;

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

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

La Regione Molise procederà pertanto alla definizione del fabbisogno per il triennio 2025-2027 sulla base delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel corso dell'esercizio 2024 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.

La Regione Molise intende inoltre procedere all'implementazione di un software unico e centralizzato per la gestione delle prescrizioni mediche da parte dei medici di base al fine di ottimizzare i processi prescrittivi, garantire la sicurezza dei dati e migliorare l'efficienza operativa del sistema sanitario regionale, creando una piattaforma integrata che risponda in maniera efficace alle esigenze dei professionisti e dei pazienti.

Grazie alla centralizzazione e all'automazione dei processi, si ridurranno i tempi necessari per la gestione delle prescrizioni, aumentando l'efficienza operativa dei medici di base. Inoltre, un sistema ben progettato ridurrà il rischio di errori nella prescrizione dei farmaci, migliorando la qualità del servizio sanitario e contribuendo alla sicurezza dei pazienti.

Infine, il software includerà funzionalità di monitoraggio e analisi dei dati prescrittivi. Questo permetterà di raccogliere e analizzare informazioni dettagliate sulle prescrizioni mediche a livello regionale, favorendo una visione globale delle tendenze e dell'utilizzo delle risorse. L'obiettivo è ottimizzare la gestione delle risorse sanitarie e favorire politiche sanitarie più mirate e informate.

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.

Per la Regione Molise, che opera nell'ambito di un piano di rientro, l'esigenza, non è soltanto quella di rispettare gli standard e gli adempimenti nazionali garantiti da STS, ma anche di rafforzare il governo interno del servizio sanitario regionale. In questo quadro, la Piattaforma MMG PLS rappresenta uno strumento concreto per migliorare la tracciabilità del dato e il controllo della spesa, poiché consente di trasformare informazioni oggi disperse in molteplici gestionali in un patrimonio informativo omogeneo, aggiornato e immediatamente utilizzabile per programmare, monitorare e intervenire.

Nello specifico, di seguito si elencano gli obiettivi che si intendono raggiungere attraverso l'utilizzo della Piattaforma *de quo*:

- un controllo della spesa più efficace grazie all'individuazione rapida di scostamenti e fenomeni di inappropriata prescrizione, su cui attivare audit mirati e interventi correttivi;
- programmazione e monitoraggio in modo proattivo della presa in carico dei cronici, verificando coperture e aderenza ai PDTA e intervenendo in caso di ritardi o mancate esecuzioni di esami chiave;
- supporto a prevenzione e campagne vaccinali con viste aggiornate su coperture e richiami, così da orientare azioni di recall e bilanciare le differenze territoriali;

- rafforzare la continuità di cura attraverso la tracciabilità dei parametri e dell'aderenza terapeutica, consentendo la misurazione e la riduzione di accessi impropri al pronto soccorso e ricoveri evitabili;
- migliorare l'equità, rendendo visibili le variabilità ingiustificate tra medici e territori e offrendo alla Regione strumenti per indirizzarle con politiche mirate.

4.7.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.7.1 Appropriately prescrittiva MMG

Azione 4.7.1.1 Implementazione di un sistema centralizzato per la gestione delle prescrizioni mediche da parte dei medici di base della Regione Molise

Indicatore 4.7.1.1 Relazione tecnica

Obiettivo 4.7.2 Definizione dell'offerta regionale per prestazioni di specialistica ambulatoriale

Azione 4.7.2.1 Definizione del fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale

Indicatore 4.7.2.1 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.7.1 Appropriately prescrittiva MMG	4.7.1.1 Implementazione di un sistema centralizzato per la gestione delle prescrizioni mediche da parte dei medici di base della Regione Molise	31/12/2025	Relazione tecnica	Si/no		
4.7.2 Definizione dell'offerta regionale per prestazioni di specialistica ambulatoriale	4.7.2.1 Definizione del fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale	31/12/2025	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.

Con DCA l'80/2024 la Regione ha ridefinito la rete dei servizi di salute mentale, affrontando in modo strutturato il fabbisogno di posti letto specifici per categorie vulnerabili, tra cui le persone con disturbi dello spettro autistico, i disturbi del comportamento alimentare e le disabilità intellettive. Questo intervento si inserisce in un contesto più ampio, volto a garantire una risposta adeguata alle esigenze crescenti di salute mentale nella nostra regione.

Tabella: Proposta Regionale di PL in strutture residenziali per l'assistenza ai disabili psichici

Fabbisogno di posti letto residenziali disabili psichici	
Autismo (fino a 18 anni) - S16	30
Autismo (oltre i 18 anni) - S11	20
Disturbi alimentari	20
TOTALE FABBISOGNO DISABILI PSICHICI	70

Tabella: Proposta Regionale di PL in strutture semiresidenziali per l'assistenza ai disabili psichici

Fabbisogno di posti letto semiresidenziali disabili psichici	
Autismo (fino a 18 anni) - S16	10
Autismo (oltre i 18 anni) - S11	10
Disabilità intellettive	20
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE DISABILI PSICHICI	40

Nella programmazione 2025-2027, la Regione intende consolidare e proseguire il percorso avviato, con l'obiettivo di attivare nuove iniziative finalizzate alla prevenzione e alla cura di questi disturbi. Saranno potenziati i servizi territoriali, rafforzando le reti di supporto psicologico e sociale, con particolare attenzione alla formazione degli operatori e alla creazione di percorsi terapeutici integrati, che rispondano in modo completo e multidisciplinare alle necessità dei pazienti e delle loro famiglie.

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 Aggiornamento della rete della Salute Mentale fino al 2027

Indicatore 4.8.1.1 DCA

Azione 4.8.1.2 Costituzione del Comitato Regionale per la Salute Mentale

Indicatore 4.8.1.2 DCA

Azione 4.8.1.2 Individuazione del budget per la Salute Mentale

Indicatore 4.8.1.2 DCA

Obiettivo 4.8.2 Migliorare la modalità di comunicazione e la possibilità di collaborazione tra pediatra di libera scelta e servizio specialistico di NPIA

Azione 4.8.3.2 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 4.8.3.2 Provvedimento ASReM

Obiettivo 4.8.3 Garantire la presa in carico congiunta dell'utente tra DSB, NPIA e Dipartimento di Salute mentale

Azione 4.8.3.1 Adozione PDTA per la presa in carico dei grandi obesi

Indicatore 4.8.3.1 DCA di adozione

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 2027	31/03/2026	DCA	Si/no			
	4.8.1.2 Costituzione del Comitato Regionale per la Salute Mentale	30/06/2025	DCA	Si/no			
	4.8.1.3 Individuazione del budget per la Salute Mentale	31/12/2025	DCA	Si/no			
4.8.2 Migliorare la modalità di comunicazione e la possibilità di collaborazione tra pediatra di libera scelta e servizio specialistico di NPIA	4.8.2.1 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	31/12/2025	Provvedimento ASReM	Si/no			
4.8.3 Garantire la presa in carico congiunta dell'utente tra DSB, NPIA e Dipartimento di Salute mentale	4.8.3.1 Adozione PDTA per i disturbi alimentari	30/09/2025	DCA di adozione	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 problematiche 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.

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.

I dati relativi alle dipendenze nella Regione Molise, sebbene limitati, evidenziano una situazione preoccupante. Nel 2022, i Servizi per le Dipendenze (SerD) regionali hanno assistito 764 persone per dipendenze da sostanze, con 64 nuovi utenti. La maggioranza degli assistiti è di sesso maschile (651 uomini contro 113 donne) e single. La condizione abitativa rivela che 430 vivono con la famiglia d'origine, 159 con partner o figli e 42 da soli.

Oltre alle dipendenze da sostanze (droghe e alcol), è fondamentale considerare le dipendenze comportamentali, quali il gioco d'azzardo patologico (GAP), la dipendenza da cellulare, lo scrolling compulsivo di app e l'abuso di bevande contenenti caffeina. Il Molise, ad esempio, si posiziona ai primi posti per diffusione di slot machine, con una ogni 65 abitanti, indicando una forte presenza della ludopatia. La Regione Molise ha riconosciuto il GAP attraverso la Legge Regionale n. 20 del 2016, che ne definisce la patologia e impone restrizioni all'apertura di sale da gioco.

Per gli anziani, l'abuso di alcolici e farmaci, in particolare benzodiazepine, rappresenta una problematica crescente a livello nazionale, con circa 2,5 milioni di over 65 a rischio. La solitudine e il disagio sociale sono fattori scatenanti, come evidenziato da iniziative locali come il progetto 'Mind the Gap' di Anteias Abruzzo e Molise, che si concentra anche sul gioco d'azzardo tra gli anziani.

È intenzione della Struttura Commissariale 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.

Con Decreto del Commissario ad Acta n.40 del 22.03.2024 recante: "PROGETTO GAP - GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO "PER LA PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DELLE PERSONE AFFETTE DA GAP - PROVVEDIMENTI", la Regione ha approvato:

- il piano delle attività a valere sui fondi assegnati fino a tutto il 2020, per complessivi € 1.645.121,19;
- il piano delle attività a valere sulle risorse di cui al Fondo GAP 2022, integrate con gli stanziamenti di cui al Fondo sanitario indistinto destinato al GAP relativo agli anni 2021 e 2022, per complessivi € 732.691,00.

Ad implementazione delle azioni connesse alla prevenzione, per dare continuità a quanto già realizzato e programmato, è stato successivamente approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 11 del 22/01/2025 il piano delle attività 2023 a valere sulle risorse FSN e Fondo Gap per complessivi € 474.954,09.

Gli obiettivi generali del Piano GAP del Molise sono riconducibili alle finalità di cui alla legge regionale 17 dicembre 2016, n. 20, "*Disposizioni per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico*" che prevede, tra le varie iniziative, la prevenzione per le fasce maggiormente a rischio, giovani e anziani, l'attività di diagnosi e cura del disturbo da gioco d'azzardo nei Ser.D e la sensibilizzazione sulle conseguenze derivanti dal gioco d'azzardo.

Le strategie di prevenzione devono essere multidimensionali e adattate alle specificità del Molise, mirando sia ai giovani che agli anziani.

Prevenzione per i Giovani

1. Centri di Aggregazione Giovanile (CAG): Potenziamento e creazione di nuovi CAG, specialmente nei piccoli comuni e nelle tre città principali (Campobasso, Isernia, Termoli). Questi centri dovrebbero offrire spazi sicuri e stimolanti dove i giovani possano incontrarsi, sviluppare interessi e competenze, e costruire relazioni significative. La guida di adulti carismatici e qualificati è essenziale per supportare i giovani nella formazione di un'identità positiva e nel contrasto al senso di vuoto esistenziale. Esempi positivi esistono già a Sant'Elia a Pianisi e Isernia [4].

2. Interventi nelle Scuole: Implementazione di programmi educativi strutturati sulla prevenzione delle dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo, dipendenze digitali) a partire dalla scuola primaria. Questi programmi dovrebbero includere:

- Educazione alle Life Skills: Sviluppo di competenze sociali ed emotive (resilienza, problem-solving, pensiero critico) per affrontare le sfide della vita senza ricorrere a comportamenti a rischio.
- Testimonianze e Role-Playing: Coinvolgimento di ex-utenti in percorsi di recupero e simulazioni di situazioni a rischio per favorire l'empatia e la consapevolezza.
- Coinvolgimento Familiare: Incontri e workshop per genitori per fornire strumenti di comunicazione e supporto ai figli.

3. Opportunità di Sviluppo: Promozione di iniziative per migliorare le prospettive future dei giovani, come programmi di orientamento professionale, tirocini, borse di studio e supporto all'imprenditorialità giovanile, per contrastare la disoccupazione e il senso di disperazione.

Prevenzione per gli Anziani

1. Centri Sociali e Ricreativi: Creazione e potenziamento di centri diurni e associazioni per anziani che offrano attività ricreative, culturali e sociali (laboratori, corsi, gite, gruppi di discussione). L'obiettivo è combattere la solitudine e promuovere l'invecchiamento attivo.

2. Monitoraggio e Supporto Psicologico: Implementazione di programmi di screening per identificare precocemente segni di dipendenza da farmaci, alcol o gioco d'azzardo. Offerta di supporto psicologico e counseling per affrontare la perdita di speranza, il lutto e le condizioni di salute precarie.

3. Formazione per Caregiver: Educazione e supporto per familiari e caregiver su come riconoscere e affrontare le dipendenze negli anziani, e su come gestire la polifarmacoterapia per prevenire l'abuso di farmaci.

4. Campagne di Sensibilizzazione: Diffusione di informazioni sui rischi del gioco d'azzardo e dell'abuso di farmaci tra gli anziani, con particolare attenzione alle dinamiche della ludopatia e alle normative regionali vigenti.

Il trattamento delle dipendenze in Molise richiede un rafforzamento delle strutture esistenti e l'adozione di approcci innovativi.

1. Potenziamento della Rete SerD

1. Reclutamento di nuovo Personale e Formazione: Incremento del numero di operatori sanitari (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali) nei SerD, con formazione continua sulle nuove metodologie di trattamento delle dipendenze da sostanze e comportamentali. Questo include la gestione delle dipendenze digitali e del gioco d'azzardo.

2. Ampliamento dei Servizi: Estensione degli orari di apertura e dei servizi offerti dai SerD, includendo ambulatori mobili per raggiungere le aree più remote della regione, dove la popolazione è più dispersa. Implementazione di servizi di telemedicina per il counseling e il monitoraggio a distanza.

3. Collaborazione Interdisciplinare: Rafforzamento della collaborazione tra SerD, medici di medicina generale, servizi sociali, associazioni di volontariato e comunità terapeutiche per garantire un percorso di cura integrato e personalizzato.

4. Programmi di Reinserimento Sociale e Lavorativo: Sviluppo di percorsi individualizzati per il reinserimento sociale e lavorativo degli utenti in fase di recupero, attraverso borse lavoro, formazione professionale e supporto alla ricerca di impiego, in collaborazione con enti locali e imprese.

2. Adozione di Nuove Tecnologie e Metodologie Terapeutiche

1. Neuromodulazione (rTMS): Introduzione di macchine per la stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) nei SerD principali o in centri specialistici regionali. La rTMS è una tecnologia innovativa che ha mostrato efficacia nel trattamento di diverse dipendenze, inclusa quella da cocaina e nicotina, agendo sulla modulazione dell'attività cerebrale [5]. Questo approccio può offrire nuove speranze per i pazienti che non rispondono ai trattamenti convenzionali.

2. Terapie Digitali (Digital Therapeutics - DTx): Valutazione e implementazione di app e piattaforme digitali per il supporto al trattamento delle dipendenze, in particolare per le dipendenze comportamentali (cellulare, app scrolling, gioco d'azzardo). Queste soluzioni possono offrire interventi personalizzati, monitoraggio continuo e supporto motivazionale, integrando il lavoro degli operatori.

3.Realtà Virtuale (VR) e Aumentata (AR): Esplorazione dell'utilizzo della VR e AR per terapie di esposizione controllata a stimoli legati alla dipendenza, in un ambiente sicuro e controllato. Queste tecnologie possono aiutare i pazienti a sviluppare strategie di coping e a gestire il craving.

4.Mindfulness e Biofeedback: Integrazione di pratiche di mindfulness e tecniche di biofeedback nei percorsi terapeutici per migliorare la consapevolezza di sé, la gestione dello stress e la regolazione emotiva, fattori chiave nel mantenimento della sobrietà.

4.9.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.9.1 Potenziamento dei Ser.D

Azione 4.9.1.1 Potenziamento del personale e dell'attività

Indicatore 4.9.1.1 atto aziendale ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO							
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG	
4.9.1 Potenziamento dei Ser.D	4.9.1.1 Potenziamento del personale e dell'attività	31/03/2026	Provvedimento ASReM	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.

Nel 2023 il numero di pazienti oncologici assistiti dalla Rete di cure palliative – a domicilio o in hospice – risulta in aumento rispetto all'anno 2022 superando la soglia di sufficienza.

Cure palliative	2021	2022	2023	Valori di riferimento	Fonte
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	21,43	25,52	39,94	Sufficienza: ≥ 35 Atteso: ≥ 55	NSG (D30Z)
Fonte NSG					

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 (la dotazione è stata aumentata a 24 posti letto). Con DCA N. 31 del 24/02/2025 avente ad oggetto "Piano di implementazione delle cure palliative della Regione Molise. Approvazione" è stato approvato la rete delle cure palliative nonché l'incremento di ulteriori posti letto presso l'hospice di Larino.

4.10.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.10.1 Monitoraggio degli standard qualitativi e quantitativi 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 annuale

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 e all' informazione in Cure palliative

Indicatore 4.10.1.4 Provvedimento ASReM

Azione 4.10.1.5 Nomina del coordinatore della rete delle Cure palliative

Indicatore 4.10.1.5 DCA

Azione 4.10.1.6 Nomina del comitato delle Cure palliative

Indicatore 4.10.1.6 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.10.1 Monitoraggio degli standard qualitativi e quantitativi 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	31/03/2026	Report annuale	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	31/03/2026	Provvedimento ASReM	Si/no		
	4.10.1.3 Programmi formalizzati per la formazione del personale, dei caregiver domiciliari	31/03/2026	Provvedimento ASReM			
	4.10.1.4 Programmi finalizzati alla comunicazione e all'informazione in Cure palliative	31/03/2026	Provvedimento ASReM	Si/no		
	4.10.1.5 Nomina del coordinatore della rete delle Cure palliative	31/12/2025	DCA	Si/no		
	4.10.1.6 Nomina del comitato delle Cure palliative	31/12/2025	DCA	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.

Modello organizzativo per la Medicina Penitenziaria

L'Unità a valenza Dipartimentale della Tutela della Salute in Carcere (SDTSC), verrà inserita all'interno della Direzione Sanitaria Aziendale e garantisce l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura previste nei LEA all'interno degli istituti penitenziari presenti sul territorio aziendale (Casa Circondariale e Reclusione di Campobasso, Casa Circondariale e Reclusione di Larino, Casa Circondariale di Isernia), in conformità ai principi definiti dalle linee di indirizzo regionali e nazionali per gli interventi del S.S.N. a tutela della salute dei detenuti e degli internati, sulla base del principio della piena parità di trattamento con i cittadini liberi.

Ha i seguenti compiti:

- coordina e gestisce le attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e ricovero in ambiente ospedaliero di degenza protetta, da attuare nei confronti della popolazione detenuta;
- assicura, le prestazioni sanitarie all'interno degli istituti di pena, tenendo in considerazione le peculiarità della popolazione detenuta;
- assicura attività di prevenzione con azioni finalizzate al miglioramento della qualità della vita in carcere (prevenzione ambientale) ed interventi mirati a ridurre il rischio di patologie correlate al regime detentivo, nella tutela della salute dell'individuo e della comunità penitenziaria;
- assicura attività di cura attraverso percorsi terapeutici che garantiscono la continuità assistenziale, la tempestività, l'appropriatezza e la qualità degli interventi;
- eroga prestazioni per: diagnostica, assistenza infermieristica, servizio farmaceutico, medicina generale, medicina d'urgenza, medicina specialistica (con attivazione di diverse branche specialistiche nelle varie strutture, in ragione dei bisogni rilevati presso la popolazione ristretta);
- interagisce con il Dipartimento di Salute Mentale e con i Servizi per le Tossicodipendenze aziendali per i problemi inerenti la salute mentale e per la prevenzione e cura del settore tossicologico;
- collabora con i reparti ospedalieri per la cura degli stati acuti di malattia dei soggetti detenuti;
- gestisce il personale sanitario operante nelle strutture penitenziarie ricadenti nell'ambito di competenza aziendale;
- cura le relazioni con gli enti sovraordinati (Regione) e con le competenti articolazioni dell'Amministrazione Penitenziaria (Provveditorato Regionale, Direzioni degli istituti penitenziari presenti sul territorio aziendale).

Articolazione intramuraria della SITSC è il **Presidio Sanitario Penitenziario (PSP)** interno alle tre Case Circondariali, che assicura praticamente le prestazioni sanitarie a favore dei detenuti.

L'organico della SITSC è costituito da:

- n. 1 Dirigente Medico Responsabile SSD;
- n. 1 Coordinatore infermieristico, che gestisce il personale infermieristico;
- personale del PSP.

In ciascun presidio sanitario penitenziario è presente:

- responsabile di PSP;
- servizio di medicina generale;
- servizio di medicina specialistica;
- servizio infermieristico.

È inoltre presente all'interno degli Istituti penitenziari un **Servizio per le Dipendenze**, con personale medico e psicologo dedicato. L'assistente sociale viene garantito dal SERD competente per territorio.

In particolare, il **Medico Responsabile del PSP** è responsabile per ciò che riguarda le attività sanitarie intramurarie, assicura le prestazioni medico-legali previste dall'ordinamento penitenziario a favore della popolazione detenuta ed eroga le prestazioni medico-legali a favore della polizia penitenziaria. È sottoposto gerarchicamente, come anche tutti i medici penitenziari, al Responsabile della SSD Tutela della Salute in Carcere.

Il **servizio di medicina generale** assicura:

- le prestazioni di base;
- le urgenze cliniche;
- il servizio accoglienza nuovi giunti;

- certificazioni mediche in uso nell'ambito penitenziario
- le prestazioni medico-legali a favore della Polizia Penitenziaria e della popolazione detenuta in caso di assenza del responsabile e non procrastinabili.

Il **servizio di medicina specialistica** assicura le prestazioni specialistiche all'interno della struttura penitenziaria. Il servizio, per alcune specialità (psichiatria, malattie infettive, cardiologia, odontoiatria), viene garantito secondo un calendario prefissato di accesso in istituto per un numero di ore prestabilito; altre specialità sono assicurate a chiamata.

Il **servizio infermieristico** assicura le prestazioni inerenti il proprio profilo professionale. È coordinato da una posizione organizzativa assegnata alla SITSC. In ogni PSP è prevista la figura dell'infermiere referente.

Il **Distretto Sanitario** competente per territorio assicura tutte le **attività logistiche** necessarie per le funzioni del PSP (approvvigionamento farmaci, ritiro prelievi ematici, fornitura di materiale d'uso, ecc.).

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.

Il Molise dipende insieme al Lazio e all'Abruzzo dalla stessa Sovraintendenza della Medicina Penitenziaria Interregionale. Su progettualità analoghe nell'ambito dei POR Regionali relativi, la Sovraintendenza interregionale ha posto molta attenzione al rispetto dei vincoli di legge relativi alla gestione dei dati sensibili dei cittadini reclusi.

Anche in altri progetti simili ha chiesto una attenzione specifica al tema, tenendo conto delle determinazioni anche della Agenzia Nazionale per la Privacy relative ai detenuti.

È obiettivo della Regione la predisposizione di linee guida per la gestione di tutte le forme di telemedicina, telerefertazione e teleconsulto, nonché di telemonitoraggio e ADI in sicurezza allineate alle indicazioni delle Agenzie e Sovraintendenze di riferimento.

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

Indicatore 4.11.2.1 Provvedimento ASReM

Obiettivo 4.11.3 Implementazione Telemedicina

Azione 4.11.3.1 Implementazione della telemedicina con televisita e teleconsulto

Indicatore 4.11.3.1 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	31/12/2025	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	31/12/2025	Provvedimento ASReM	Si/no		
4.11.3 Implementazione Telemedicina	4.11.3.1 Implementazione della telemedicina con televisita e teleconsulto	31/03/2026	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale A.S.Re.M. Direzione Generale per la Salute						

5 Assistenza Ospedaliera

Nell'ambito degli obiettivi della programmazione 2023 – 2025, uno degli aspetti centrali è stata la riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Molise, tenendo conto delle osservazioni del Tavolo di monitoraggio e verifica e del Tavolo DM/70. Tuttavia, non bisogna perdere di vista le peculiarità regionali che impediscono un'applicazione completa dei parametri indicati nel DM 70/2015. È, infatti, fondamentale considerare aspetti specifici del territorio molisano che rendono difficilmente realizzabile una rete ospedaliera pienamente conforme agli standard previsti dal DM 70/2015, senza compromettere il diritto costituzionale alla salute.

In particolare, alcuni fattori giocano un ruolo determinante nell'organizzazione dei servizi sanitari:

- Popolazione e struttura per età: Secondo i dati ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2024, la popolazione del Molise è di 289.840 abitanti, con una prevalenza delle classi di età più avanzate rispetto alla media nazionale. La percentuale di persone tra i 65 e i 74 anni è del 11,8% (contro l'11,1% nazionale), mentre la percentuale di persone con 75 anni e oltre è del 12,9% (rispetto all'11,7% nazionale).
- Densità abitativa: Solo il 10% dei comuni molisani presenta una densità superiore a 100 abitanti per km², con una distribuzione eterogenea, concentrata principalmente intorno ai due capoluoghi e nella fascia costiera. Campobasso è il comune con la maggiore densità (874 abitanti per km²), seguito da Termoli (604) e Isernia (315). Molti comuni, però, registrano densità inferiori a 10 abitanti per km².
- Morfologia territoriale: La morfologia del Molise è caratterizzata da un territorio montuoso che copre il 55% della regione, con 123 dei 136 comuni situati in zone montane. La regione si divide in due aree principali: una zona costiera-collinare e un'area montuosa interna. Il sistema viario regionale presenta criticità, dovute principalmente all'assenza di una rete autostradale (eccetto per il tratto costiero adriatico) e alla carenza di strade a scorrimento veloce, penalizzando la mobilità, soprattutto per i lunghi spostamenti.

Tra i fattori di valutazione, quelli relativi alla popolazione assumono un ruolo centrale. Una popolazione inferiore ai 300.000 abitanti è una condizione che rende difficile rispettare i parametri previsti dal DM 70/2015, che richiede una popolazione minima di 600.000 abitanti per garantire l'esistenza di determinati servizi sanitari, come il DEA di II livello. Inoltre, la regione dispone di strutture sanitarie che, sebbene moderne e dotate di tecnologie all'avanguardia (come TAC, RMN, angiografi), rischiano di essere abbandonate se non integrate in un nuovo sistema di rete ospedaliera.

Per questo motivo, è stato sviluppato un modello di rete ospedaliera che garantisca una adeguata assistenza sanitaria, rispettando i principi costituzionali e assicurando l'erogazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Tale modello deve essere adattato alla realtà regionale, che è unica nel panorama nazionale per le sue dimensioni ridotte, la dispersione della popolazione, la complessità del territorio e le difficoltà di mobilità interne.

Nell'ambito della programmazione 2023-2025, con prot. 128/2023 la Struttura Commissariale ha inviato al Ministero della Salute, in preventiva valutazione, il documento contenente la Rete Ospedaliera della Regione Molise, con allegata Rete dell'Emergenza e delle Patologie tempo-dipendenti nell'ambito del P.O. 2023/2025. In seguito alle osservazioni formulate dal c.d. Tavolo DM 70 la Struttura Commissariale ha recepito talune osservazioni e con prot. 161871 del 22/11/2024 è stata trasmessa al Tavolo DM 70/2015, sempre in preventiva valutazione, una nuova proposta di Rete Ospedaliera e Rete dell'Emergenza e delle Patologie tempo-dipendenti.

In data 8 maggio 2025 si è tenuta la riunione del c.d. Tavolo DM 70 nella quale è stata discussa la proposta di cui sopra.

Il Tavolo ha valutato positivamente le reti ICTUS e Trauma, mentre per le restanti reti ha ribadito la posizione assunta nel corso della precedente riunione tenutasi in data 28 marzo 2024.

Alla luce delle osservazioni pervenute dal Tavolo DM 70, la Struttura Commissariale ha approvato la Rete Ictus con il DCA n. 100/2025, tenendo conto delle indicazioni espresse dai Ministeri competenti. Successivamente, a seguito del parere reso dai competenti Ministeri, il DCA 100/2025 è stato integrato con il DCA n. 157/2025.

È in fase di redazione il DCA relativo alla Rete Trauma.

In merito alla Rete IMA e la Rete dei Punti Nascita la Struttura Commissariale ha inviato ai competenti Ministeri una nuova proposta che tiene conto delle osservazioni formulate nel corso della riunione del 8 maggio 2025, contemperandole con le esigenze assistenziali e territoriali della Regione Molise.

Gli specifici obiettivi saranno pertanto dettagliati in seguito all'approvazione definitiva della rete ospedaliera completa.

5.1 Rete 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 2024, pari a 289.224 unità;

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, stante la decisione degli organi di giustizia amministrativa, 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'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)

La Struttura Commissariale intende rafforzare e valorizzare la rete consultoriale attraverso le seguenti azioni:

- Istituzione di un gruppo di lavoro per la rimodulazione della rete consultoriale
- Adeguamento tecnologico;
- Incremento delle professionalità.

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 Veneziale (UOS);
- Pediatria di Termoli (UOSVD).

In merito al punto nascita di Termoli, con la nota n. 78739 del 25/06/2019 la Struttura commissariale decideva di disporre la chiusura del Punto Nascita presso l'Ospedale di Termoli, in considerazione del numero dei parti inferiore

al limite di 500 annuali e delle carenze di organico segnalate dall'ASREM. Con ricorso al TAR Molise notificato il 5/07/19, il Comune di Termoli ed altri 12 Comuni dell'area basso molisana impugnavano detta nota.

Il TAR Molise, con decreto n. 135/2019 concedeva, inaudita altera parte, ai ricorrenti la sospensione dell'efficacia del provvedimento impugnato, con conseguente ripresa delle attività del Punto Nascita in questione.

Successivamente, con ordinanza n. 152, pubblicata il 25/07/2019, il TAR Molise confermava la concessione della sospensione, rinviando le parti all'udienza dell'8 aprile 2020 per la trattazione del merito.

Il TAR Molise, con sentenza n. 80 del 3/03/2021, accoglieva il ricorso e annullava il provvedimento di chiusura del Punto Nascita di Termoli.

Con il Programma Operativo 2023-2025, approvato con DCA n. 79/2024 (Obiettivo 5.2. - Rete dei punti nascita), in relazione al Punto nascita di Termoli (UOC), sono state avviate azioni volte al recupero della mobilità passiva e all'adeguamento agli standard minimi previsti dalla normativa vigente che consentirebbe di rientrare nei parametri previsti dal DM/70 per la sua conservazione. Tali azioni hanno portato ad un netto miglioramento dei dati relativi al punto nascita di Termoli (nel primo semestre del 2025 si sono registrati 179 parti, a fronte dei 72 rilevati nello stesso periodo del 2024).

Numero parti con dimissioni 1° semestre 2024	
Istituto	Numero parti
Cardarelli - Campobasso (14000100)	320
San Timoteo - Termoli (14000200)	72
Veneziale - Isernia (14000301)	143

Numero parti con dimissioni 1° semestre 2025 *	
Istituto	Numero parti
Cardarelli - Campobasso (14000100)	291
San Timoteo - Termoli (14000200)	179
Veneziale - Isernia (14000301)	123

Fonte dati: Molise Dati

*Dati non ancora consolidati

Con DCA n. 133/2025 sono state inoltre approvate le linee guida sulle attività della rete consultoriale.

5.1.1 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 Rafforzamento e valorizzazione della rete consultoriale sul territorio Regionale

Indicatore 5.2.1.1 DCA

Azione 5.2.1.2 Monitoraggio dei parti cesarei

Indicatore 5.2.1.2 Report trimestrale

Azione 5.2.1.3 Implementazione del parto fisiologico indolore

Indicatore 5.2.1.3 Provvedimento ASReM

Azione 5.2.1.4 Attuazione di programmi di prevenzione della depressione post-partum

Indicatore 5.2.1.4 Provvedimento ASReM

Azione 5.2.1.5 Realizzazione di campagne di promozione del percorso nascita e dello sviluppo sano del bambino

Indicatore 5.2.1.5 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 Rafforzamento e valorizzazione della rete consultoriale sul territorio Regionale	30/09/2025	DCA			
	5.2.1.2 Monitoraggio dei parti cesarei	31/03/2025	Report semestrale			
	5.2.1.3 Implementazione del parto fisiologico indolore	31/03/2026	Relazione			
	5.2.1.4 Attuazione di programmi di prevenzione della depressione post-partum	31/03/2026	Provvedimento ASReM			
	5.2.1.5 Realizzazione di campagne di promozione del percorso nascita e dello sviluppo sano del bambino	31/12/2025	Provvedimento ASReM			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.2 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 il Centro Regionale per i Trapianti (CRT) della Regione Abruzzo, quale Centro Regionale Trapianti per il Molise in quanto la Regione non dispone di un proprio CRT.

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, l'esecutivo regionale ha individuato 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”*.

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;
- 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) Trapianto del midollo con accordo/protocollo con il Responsible Research Hospital;
- f) il Centro Regionale di Immunoematologia e Tipizzazione Tissutale (L'Aquila);
- g) i Centri trapianto di cornea negli Ospedali della Regione Molise.

Con Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 134 del 05.11.2024 è stato nominato il Coordinatore Locale della Rete Molisana dei Trapianti.

Nella programmazione 2025-2027 la Regione intende attuare una serie di interventi volti a garantire il miglioramento dell'attuale Rete Trapiantologica regionale. Nello specifico, si prevede di raggiungere i seguenti obiettivi:

- potenziare le rianimazioni, che costituisce il primo e necessario investimento per migliorare l'attività di prelievo e trapianto di organi;
- definizione dell'accordo/protocollo con il Responsible Research Hospital per il Trapianto del midollo
- potenziare il coordinamento locale mediante protocolli aziendali, al fine di garantire, nelle 24 ore, le attività di prelievo di organi e tessuti in tutti gli ospedali del Molise dotati di Rianimazione;

5.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.4.1 Potenziamento della Rete Trapiantologica

Azione 5.4.1.1 Definizione dell'accordo/protocollo con il Responsible Research Hospital per il Trapianto del midollo

Indicatore 5.4.1.1 Protocollo con Responsible Research Hospital

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 Definizione dell'accordo/protocollo con il Responsible Research Hospital per il Trapianto del midollo	31/03/2026	Protocollo con RRH	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.						

5.3 Rete malattie rare

Nella scorsa programmazione, la Regione Molise ha adottato il Decreto Commissariale n. 55/2023, con il quale è stato recepito il Piano Nazionale per le Malattie Rare. In continuità con tale impegno, con il Decreto Commissariale n. 9/2024, la Regione ha individuato i Centri regionali deputati allo svolgimento delle funzioni stabilite dal Documento di Riordino della Rete Nazionale Malattie Rare. I centri individuati sono i seguenti:

1. Centro di Coordinamento: S.C. Oculistica presso il P.O. Cardarelli.
2. Centri di Riferimento:
 - a) S.C. Oculistica presso il P.O. Cardarelli - Malattie rare occhio;
 - b) S.C. Medicina TrASFusionale presso il P.O. Cardarelli - Malattie rare emorragiche;
 - c) S.C. Pediatria presso il P.O. Cardarelli - Malattie rare metaboliche età evolutiva;
 - d) IRCCS Neuromed - Malattie rare sistema nervoso e organi di senso.
3. Centro di Eccellenza: Istituto IRCCS – Neuromed di Pozzilli (IS).

Questi centri, grazie alla loro specializzazione e capacità di collaborazione, rappresentano il punto di riferimento fondamentale per i pazienti affetti da malattie rare e si inseriscono in un contesto di continuità assistenziale regionale, al fine di garantire un trattamento adeguato e mirato in un ambito altamente complesso.

Inoltre è in corso una verifica per inserire altri centri di riferimento per malattie rare interessanti altri organi, quali quelle a carico del sistema cardiovascolare.

Nel triennio 2025-2027, la Regione Molise si concentrerà sul miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, sulla cooperazione tra i vari attori coinvolti e sull'adozione di soluzioni innovative per garantire il miglior trattamento possibile ai pazienti con malattie rare. Sarà attivato un sistema di monitoraggio e valutazione per analizzare l'efficacia delle politiche adottate, con l'obiettivo di apportare eventuali modifiche e miglioramenti in tempo utile, al fine di garantire un servizio sempre più adeguato alle esigenze dei pazienti.

5.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.5.1 Definizione della Rete delle malattie rare

Azione 5.5.1.1 Relazione riassuntiva dell'attività svolta

Indicatore 5.5.1.1 Relazione annuale

Azione 5.5.1.2 Definizione PDTA

Indicatore 5.5.1.2 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 Relazione riassuntiva dell'attività svolta	31/03/2026	Relazione annuale	Si/no		
	5.5.1.2 Definizione PDTA	31/03/2026	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.						

5.4 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 (rif par. 4.10).

5.5 Rete medicine specialistiche

5.5.1 Rete delle malattie infettive

Con DCA n. 30 del 24/02/2025 è stata approvata la Rete infettivologica della Regione Molise stabilendo l'organizzazione attraverso la quale la Regione Molise garantisce, in modo uniforme su tutto il territorio, il trattamento delle malattie infettive, coprendo tutti gli aspetti, dalla prevenzione alla diagnosi, fino alla presa in carico clinico-assistenziale dei pazienti nelle diverse tipologie di utenza.

Il modello organizzativo ospedaliero adottato a livello regionale è il modello Hub and Spoke, che prevede la concentrazione delle funzioni diagnostico-terapeutiche di alta complessità nei centri "Hub". I centri periferici, identificati come "Spoke", inviano i pazienti che necessitano di trattamenti che superano la complessità gestibile da questi ultimi. Questo sistema garantisce la sostenibilità professionale e l'accesso a un'assistenza adeguata per tutti i cittadini, indipendentemente dal loro luogo di residenza. Il documento, quindi, definisce i nodi della rete infettivologica regionale, le loro specifiche funzioni, le modalità operative di interazione tra di essi e le connessioni con le altre reti sanitarie, per la gestione di patologie specifiche.

La rete infettivologica regionale si compone dei seguenti nodi:

Reparto di Malattie Infettive del Presidio HUB di Campobasso

Il reparto assicura:

- Diagnosi clinico-strumentale in regime di urgenza, ordinario e di Day Hospital terapeutico, con definizione dell'eziologia e della gravità della malattia.
- Implementazione dei provvedimenti terapeutici adeguati per la gestione della fase acuta.
- Consulenza telematica con i presidi Spoke per la corretta gestione dei pazienti infettivologici e identificazione tempestiva dei casi che necessitano di trasferimento al presidio Hub.
- Supporto nella gestione delle patologie infettive per i pazienti ricoverati in altri reparti.
- Utilizzo di percorsi clinico-assistenziali condivisi con gli altri centri della rete per la gestione di patologie infettive.
- Risposta a specifiche necessità diagnostiche e terapeutiche non soddisfatte dai centri Spoke, con capacità di isolamento.

Laboratorio di Microbiologia del Presidio HUB di Campobasso

Il laboratorio garantisce:

- Diagnostica microbiologica molecolare rapida nelle 24 ore per patologie infettive con criteri di urgenza (es. meningite, malaria, sepsi).
- Individuazione tempestiva e comunicazione rapida degli isolati microbiologici nei reparti dell'ospedale Hub.
- Supporto ai laboratori degli ospedali Spoke per la tipizzazione di marcatori di resistenza diagnostica virologica, molecolare e sierologica.
- Segnalazione tempestiva degli allarmi microbiologici.
- Dipartimento di Prevenzione

- Il Dipartimento assicura:
- Sorveglianza delle malattie infettive tramite il sistema di notifica delle malattie infettive.
- Attività di prevenzione e controllo delle infezioni, incluse le campagne vaccinali.

È attiva una rete di collaborazione tra il centro HUB e gli ospedali spoke di Termoli e Isernia, finalizzata a rafforzare l'approccio integrato alla gestione delle infezioni e all'uso razionale degli antibiotici.

A partire dal 1° marzo 2025, sono stati effettuati 97 consulti clinici con modalità bedside presso i due ospedali spoke, con cadenza settimanale programmata. Tali interventi rientrano in un modello organizzativo volto a promuovere l'uso consapevole degli antibiotici, attraverso la diffusione dei principi di prescrizione basati sulla classificazione AWaRe dell'OMS e la verifica dell'appropriatezza prescrittiva secondo le più aggiornate linee guida.

Questa attività si inserisce in un più ampio obiettivo di rafforzare la stewardship antimicrobica sul territorio, migliorando la qualità dell'assistenza e contribuendo al contrasto dell'antibiotico-resistenza attraverso azioni concrete e coordinate.

Strutture territoriali

Le strutture territoriali si occupano di individuare i casi che necessitano di valutazione infettivologica, con particolare attenzione alle popolazioni fragili, tra cui:

- Ospiti di strutture residenziali e riabilitative.
- Pazienti in assistenza domiciliare integrata.
- Migranti nei centri di accoglienza.
- Tossicodipendenti che afferiscono ai SERD (Servizi per le Dipendenze).
- Detenuti.

Comitati per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CICA Aziendale e CIO dei Presidi)

I comitati forniscono indirizzo e supporto per:

- Attività di prevenzione e controllo del rischio infettivo all'interno delle strutture sanitarie.
- Identificazione e contenimento del rischio infettivo per pazienti e operatori sanitari.

UO Risk Management e Clinical Governance

L'unità si occupa di:

- Sviluppare un piano di formazione e aggiornamento sul rischio infettivo.
- Promuovere e diffondere le buone pratiche per il controllo e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.
- Monitorare la qualità delle cure e dei servizi con implicazioni sul rischio infettivo.
- Monitorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci antinfettivi.

La Rete è stata strutturata per garantire un approccio integrato e tempestivo nella gestione delle malattie infettive, con una chiara divisione dei compiti tra i vari nodi e un forte impegno nella prevenzione, nella diagnosi, e nella cura delle patologie infettive.

5.5.2 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.7.2 Definizione della Rete delle malattie infettive

Azione 5.7.2.1 Aumento capacità di ricovero

Indicatore 5.7.2.1 DCA

Azione 5.7.2.2 Potenziamento tecnologico

Indicatore 5.7.2.2 Provvedimento ASReM

Azione 5.7.2.3 Campagne di prevenzione pubblica rivolta alle scuole

Indicatore 5.7.2.3 DCA

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 Aumento capacità di ricovero	30/06/2026	DCA	Si/no		
	5.7.2.2 Potenziamento tecnologico	31/12/2026	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.7.2.3 Campagne di prevenzione pubblica rivolta alle scuole	30/09/2025 30/09/2026 30/09/2027	Relazione	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.						

5.6 Reti dei servizi di diagnosi e cura

5.6.1 Rete Trasfusionale

Con DCA n. 28 del 20/02/2025 è stata approvata la Rete trasfusionale della Regione Molise in coerenza con la norma nazionale che prevede la creazione di modelli di efficienza delle attività trasfusionali e di quanto disposto dalla comunità europea relativamente alle norme e le specifiche del sistema di qualità per i servizi trasfusionali. Il rationale della riorganizzazione della Rete Trasfusionale della Regione Molise ha lo scopo di delineare le modalità organizzative dell'attività di raccolta di sangue intero e plasma su tutto il territorio regionale mediante l'individuazione delle sedi adibite alla raccolta e la definizione delle attività di promozione e sicurezza della donazione, stabilire il modello organizzativo per la validazione biologica e la lavorazione degli emocomponenti, definire procedure e linee guida per l'appropriatezza e la sicurezza trasfusionale in coerenza con il «Programma regionale Autosufficienza di Globuli Rossi e Medicinali Plasmaderivati Anno 2024 - Piano Sangue e Plasma Regionale 2024-2027» approvato con Decreto del Commissario ad acta della Regione Molise N.64 del 28.12.2023 ed il Programma Operativo 2023-2025 approvato con DCA n. 79 del 03.05.2024. La riorganizzazione della rete trasfusionale del Molise si propone, inoltre, di implementare i settori relativi alle nuove terapie quali aferesi terapeutica, manipolazione e conservazione di cellule staminali per trapianto autologo di midollo, terapie cellulari ed utilizzo di emocomponenti ad uso non trasfusionale che, considerata l'elevata specificità, verranno definiti con documenti separati.

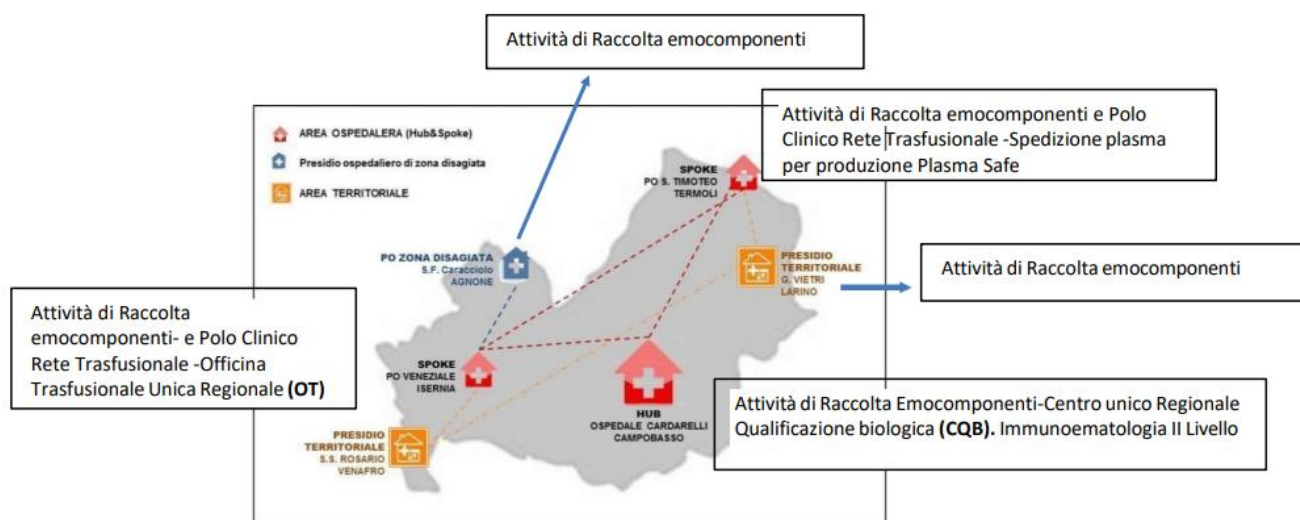
La Rete Trasfusionale della Regione Molise è strutturata secondo un modello **Hub and Spoke**, con un **SIMT (HUB)** e diverse articolazioni **Spoke**. Il **Presidio HUB** di Campobasso comprende l'Unità Operativa di Medicina Trasfusionale, che si occupa della raccolta di sangue, plasma e piastrine, della diagnostica complessa e della gestione di processi analitici, accreditamenti e certificazioni. Inoltre, gestisce il Centro Regionale di Riferimento per la Diagnostica dell'HIV e coordina le attività relative alla donazione di midollo osseo e cellule staminali da cordone ombelicale.

Gli **Spoke** sono rappresentati dalle Unità Operative Semplici Trasfusionali nei presidi ospedalieri di Isernia e Termoli, che gestiscono la raccolta di emocomponenti e le attività diagnostiche di primo livello. L'Officina Trasfusionale di Isernia è responsabile della lavorazione e distribuzione di emocomponenti, mentre l'Unità di Termoli è un Polo Clinico Regionale per attività specialistiche in ematologia, emostasi, genetica, e malattie rare della coagulazione.

La rete include anche strutture per la raccolta di sangue e plasma come l'Ospedale di Comunità "Caracciolo" di Agnone, la Casa della Salute "Vietri" di Larino e altri poliambulatori. Inoltre, le **Associazioni di Donatori Volontari di Sangue** gestiscono unità di raccolta fisse e mobili, garantendo la copertura del territorio regionale, in particolare con l'uso di autoemoteche.

La riorganizzazione della rete mira a garantire la qualità, ottimizzare i costi e migliorare la gestione delle risorse, con particolare attenzione alla formazione del personale e alla standardizzazione dei processi. Un sistema informativo

regionale unificato, la programmazione del fabbisogno di emocomponenti e la gestione centralizzata delle scorte contribuiscono a garantire un'efficace integrazione ospedale-territorio e una maggiore efficienza nei servizi trasfusionali



La Regione Molise, attraverso la riorganizzazione della Rete Trasfusionale si propone diversi obiettivi tra cui:

- IMPLEMENTAZIONE TECNOLOGICA PER LA RACCOLTA DI PLASMA IN AFERESI modello “Plasma Station” basato sul principio che lo stesso separatore possa essere utilizzato in diverse sedi di Raccolta rispettando i criteri di sicurezza previsti dalla normativa vigente;
- IMPLEMENTAZIONE TECNOLOGICA PER LA RACCOLTA DI PLASMA DA SEPARAZIONE potenziato il numero di bilance (da assegnare a nuovi punti di raccolta) per la raccolta di sangue intero e quindi incremento del plasma da separazione da destinare al frazionamento
- IMPLEMENTAZIONE DELLA RESA DEL PLASMA INVIATO ALL’INDUSTRIA
 - a) Miglioramento dei sistemi di congelamento del Plasma ai fini dell’ottimizzazione della resa
 - b) Miglioramento del Sistema di Gestione delle scorte mediante utilizzo di dispositivi dedicati alla tracciabilità della produzione/consumo di Plasma Safe e farmaci plasma derivati destinati ai pazienti
- IMPLEMENTAZIONE NUMERO DONATORI/DONAZIONI attraverso l'utilizzo di sistemi informatici dedicati (Portale del Donatore)
- MIGLIORAMENTO DELL’APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA EMOCOMPONENTI LABILI E FARMACI PLASMADERIVATI: elaborazione di procedure ed attuazione di misure volte a migliorare: la gestione delle scorte e l’appropriatezza dei consumi (Programmi di Patient Blood Management Regionali) anche attraverso percorsi di formazione specifica per i medici prescrittori
- Produzione Emocomponenti ad uso non trasfusionale: Attuare un “Programma di Trapianto Midollo Autologo Regionale” che prevede l’integrazione funzionale tra il Servizio Trasfusionale e il Responsible Research Hospital nel rispetto della normativa vigente

Nell’area delle Telemedicina s’intende completare l’implementazione della Telemedicina migliorando le modalità di reclutamento, fidelizzazione, chiamata programmata dei donatori, attraverso l’utilizzo del Portale del Donatore e la Gestione della Trasfusione di emocomponent.

5.6.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.8.1 Potenziamento della Rete Trasfusionale

Azione 5.8.1.1 Attivazione del sistema informatizzato per validazione a distanza

Indicatore 5.8.2.1 Provvedimento ASReM

Azione 5.8.1.2 Attivazione del portale del donatore

Indicatore 5.8.1.2 Provvedimento ASReM

Azione 5.8.1.3 Attivazione dell'interfaccia con i reparti/laboratorio per referto informatizzato

Indicatore 5.8.1.3 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.8.1 Potenziamento della Rete Trasfusionale	5.8.1.1 Attivazione del sistema informatizzato per validazione a distanza	31/12/2026	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.8.1.2 Attivazione del portale del donatore	31/12/2026	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.8.1.3 Attivazione dell'interfaccia con i reparti/laboratorio per referto informatizzato	31/12/2026	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.						

5.6.2 Rete Laboratori

La programmazione regionale, come definita dai previgenti Programmi Operativi, 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 “F. Veneziale” di Isernia e ospedale “S. Timoteo” di Termoli
- n. 1 laboratorio Hub: Centro Regionale di Campobasso

Con DCA n. 7/2023, la Regione Molise ha proceduto ad approvare il Piano di riorganizzazione della Rete dei Laboratori, al fine di procedere al progressivo percorso di miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi nonché nell'efficientamento economico finanziario. Il predetto piano ha previsto una riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati 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.

Si precisa, tuttavia, che il DCA di riorganizzazione della rete laboratoristica n. 7/2023 è stato oggetto di impugnativa ed all'esito annullamento giurisdizionale con sent. TAR Molise n. 110/2024, a motivo dell'irragionevolezza della soglia minima fissata a 200.000 prestazioni: il Giudice sostiene che la soglia delle 200.000 prestazioni non sia ragionevole se si considera che la popolazione della regione Molise è di soli 300.000 abitanti, dislocati su un territorio in condizioni

orogeografiche disagiate, con difficoltà di collegamento tra i centri. Inoltre, il TAR Molise afferma in sentenza che la fissazione della soglia minima così alta per la Regione Molise si traduce in una violazione dei principi della libera concorrenza perché creerebbe posizioni dominanti sul mercato e sostanzialmente situazioni di monopolio da parte dei grandi laboratori.

La regione Molise ha ritenuto di non appellare la predetta sentenza sulla base delle seguenti, fondanti ragioni.

La giurisprudenza del Consiglio di Stato sulla materia appare assolutamente sfavorevole all'eventuale appello, in particolare si cita per tutte la sent. C.di St. sez. III n. 4517/2018, che nel rigettare l'appello della regione Basilicata avverso la sentenza del TAR che aveva accolto l'annullamento dell'atto di riorganizzazione della rete laboratoristica regionale con soglia minima a 200.000 prestazioni (dunque questione giuridica assolutamente identica), così argomenta:

“Decisivi risultano i seguenti dati essenziali, già innanzi richiamati:- nel documento allegato all'Accordo Stato-Regioni citato si legge che “La soglia minima proposta come riferimento è di 200.000 esami di laboratorio complessivamente erogati in un anno e dovrà essere raggiunta in tre anni di attività, partendo da un volume minimo di 100.000 esami di laboratorio annui”;- dunque, limitandosi ad una interpretazione meramente testuale della disposizione, deve convenirsi sul fatto che i suddetti parametri numerici, in quanto “proposti”, possono essere intesi come non vincolanti, non rinvenendosi altre indicazioni letterali in grado di avvalorarne, espressamente o implicitamente, una diversa lettura (...).

Ed ancora che: i vincoli che si vorrebbero applicare nei confronti delle strutture accreditate incidono sulla loro libertà di organizzazione e, più in generale, sull'ambito della iniziativa economica privata, quindi su profili muniti di rilevanza anche costituzionale (art. 41 Cost.) e la cui limitazione è opportuno che discenda da norme esplicite e di indubbia interpretazione, quali non possono, per le ragioni testuali e sistematiche sin qui esposte, quelle adottate dalla parte appellante a fondamento della propria tesi argomentativa. Per quanto esposto, l'appello non può trovare accoglimento.” (Cons. di St. sez. III sent. n. 4517/2018).

Dello stesso avviso l'ordinanza del Consiglio di Stato n. 4477/2017 che, emessa proprio nei confronti della regione Molise, ha rigettato l'appello di quest'ultima sulla sospensiva concessa dal TAR Molise avverso il precedente atto di riorganizzazione della rete laboratoristica.

È stata dunque elaborata un'altra proposta di riorganizzazione in ottemperanza ai principi indicati nella sentenza del TAR Molise. La proposta è stata inviata ai Ministeri affiancanti per la preventiva approvazione, ma il parere rileva l'inderogabilità della soglia minima di 200.000 prestazioni di cui all'Accordo Stato-Regioni del 23/03/2011.

L'obiettivo della programmazione regionale per il triennio 2025 – 2027 è quello di prevedere attraverso un Decreto del Commissario ad Acta il riassetto organizzativo della rete laboratoristica pubblica e privata accreditata, favorendo la creazione di raggruppamenti (ATI) tra i laboratori privati al fine di raggiungere la soglia minima di 200.000 prestazioni nell'anno 2027.

Si precisa che la Regione effettua il periodico monitoraggio dello stato di attuazione della riorganizzazione della rete laboratoristica del Molise

5.6.2.1 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

Azione 5.8.3.2 Monitoraggio annuale delle prestazioni di laboratorio e prestazioni NGS

Indicatore 5.8.3.2 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*	30/06/2026	DCA	Si/no		
	5.8.3.2 Monitoraggio annuale delle prestazioni di laboratorio e prestazioni NGS	31/12/2026	Report annuale	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

*Sono in corso approfondimenti con il Ministero della Salute circa la ridefinizione soglia minima di 200.000 prestazioni

5.7 Rete riabilitazione e lungodegenza

L'attuale rete di riabilitazione e lungodegenza è stata rimodulata sia nella rete ospedaliera sia nella rete territoriale con il trasferimento dei relativi posti letto nella nuova rete territoriale, al fine di ottimizzare le risorse finanziarie e di consentire la riconversione di alcune strutture ex ospedaliere.

5.7.1 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 ospedaliere e territoriale	30/06/2026	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 istituzionale, 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.

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. Nell'anno 2018 sono stati rilasciati gli accreditamenti istituzionali in favore 4 strutture sociosanitarie.

Con DCA n. 20 del 01.03.2024 rubricato: *"Documento di programmazione della rete territoriale"* la Regione Molise ha predisposto il documento di programmazione della rete territoriale, in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, sostituito integralmente con il DCA 80/2024 del 03.05.2024.

Il citato documento definisce il fabbisogno e i setting assistenziali relativi alle prestazioni da erogare sul territorio, propedeutiche al rilascio degli accreditamenti istituzionali per le strutture sanitarie, processo con il quale la Regione riconosce alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, la possibilità di erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale.

In coerenza con quanto stabilito dalla delibera del Consiglio dei Ministri in data 31 agosto 2023 ed in particolare alle azioni ed interventi di cui al punto IX *"Corretta applicazione delle procedure di autorizzazione ed accreditamento degli erogatori, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, la normativa vigente e le indicazioni dei Tavoli tecnici di monitoraggio"*, la Struttura Commissariale ha disposto le modalità ed i criteri da adottare al fine di procedere alla verifica della presenza, permanenza nonché sussistenza dei requisiti di accreditamento per le varie tipologie di struttura pubblica e privata.

L'OTA, *"struttura a cui spetta il compito, nell'ambito del processo di accreditamento, della gestione delle verifiche, nonché dell'effettuazione della valutazione tecnica necessaria ai fini del rilascio del provvedimento di accreditamento"*, opera in coerenza con la normativa nazionale e regionale di riferimento e sulla base della programmazione e del fabbisogno regionale.

Nel corso dell'anno 2024, in conformità alle direttive della Struttura Commissariale, l'Organismo Tecnicamente Accreditante ha svolto le verifiche necessarie per garantire la presenza e la sussistenza dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie. La Struttura Commissariale ha quindi rilasciato gli accreditamenti istituzionali in favore di 36 strutture sanitarie.

Il sistema di accreditamento regionale (L.R. 18/2008) prevede il rinnovo triennale degli accreditamenti, previa domanda e verifica dei requisiti. In tale contesto, sono stati rinnovati gli accreditamenti in favore di 6 strutture 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 socio sanitaria intervenuta con l'approvazione dei nuovi LEA si rende necessario procedere alla revisione/aggiornamento dei Decreti che regolano l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie presenti in Regione.

Tale decisione nasce anche dalla necessità di integrare i requisiti di accreditamento già vigenti con gli ulteriori elementi di valutazione stabiliti nell'Allegato A) del D.M.S. 19 dicembre 2022, nel quale sono definiti i criteri che le Regioni devono adottare nei propri ordinamenti per la valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie.

Pertanto al fine del rilascio dell'accreditamento istituzionale da parte della Regione, le strutture che ne fanno richiesta, che siano nuove strutture pubbliche e private, o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, o in caso di richiesta di rinnovo periodico, devono integrare i requisiti previsti nel manuale Regionale di accreditamento, di cui al DCA n. 36 del 23.06.2017, con ulteriori requisiti stabiliti nel DMS 19/12/2022.

A tale proposito è stato trasmesso, ai Ministeri competenti, ai fini della preventiva approvazione, lo schema di DCA rubricato: "Attuazione del Decreto del Ministero della Salute del 19.12.2022 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie – Integrazione DCA n. 36 del 23.06.2017. Provvedimenti."

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 dai Ministeri e dall'Agenas.

Il processo di revisione/aggiornamento dei Decreti di accreditamento per le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private sul territorio regionale dovrà essere concluso entro il 31/12/2026, anche sulla base del fabbisogno assistenziale di cui alla presente programmazione 2025-2027.

In ottemperanza alla L.R. n. 18/2008 modificata con la L.R. n. 1 del 30 aprile 2020 (Legge di stabilità regionale 2020), art. 30-bis, gli oneri istruttori per le visite di accreditamento sono a carico dei soggetti pubblici o privati richiedenti.

Al fine di regolamentare gli oneri istruttori previsti per le verifiche di accreditamento delle strutture sanitarie, è stato adottato il Decreto Commissariale n. 77 del 27.03.2025, recante: "*Tariffario regionale per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private del servizio sanitario regionale. Provvedimenti.*", con il quale sono state definite le tariffe che le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, dovranno corrispondere per l'effettuazione delle verifiche finalizzate al rilascio della sussistenza/mantenimento dei requisiti di accreditamento istituzionale.

La materia delle autorizzazioni all'esercizio dell'attività sanitaria e dell'accreditamento istituzionale è caratterizzata da iter procedurali molto complessi che presuppongono istruttorie tecniche ed amministrative molto articolate, afferenti la struttura richiedente, consistenti nella verifica della completezza e regolarità della documentazione presentata, nella verifica del possesso dei requisiti imposti dalla legge da verificare anche attraverso effettuazione di sopralluoghi.

Tutte le strutture che vogliono esercitare attività sanitaria e/o socio-sanitaria sul territorio regionale sono subordinate, ai sensi dell'art. 8 bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, a specifica autorizzazione all'esercizio dell'attività, la cui disciplina, nella Regione Molise, è dettata dalla L.R. 18/2008, che subordina il rilascio del relativo provvedimento allo svolgimento di uno specifico iter procedurale volto alla verifica del possesso, da parte della struttura, dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari per l'esercizio delle predette attività, stabiliti dalla normativa regionale vigente in materia (rif. DCA n. 36/2022).

L'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSN è subordinata, per le strutture sanitarie, all'ottenimento dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale, nonché alla successiva stipula di un contratto con l'azienda sanitaria regionale.

A tale proposito, ai fini di efficientare il procedimento amministrativo, è in corso di definizione la procedura della 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.

L'implementazione di una piattaforma software dedicata agevola sia l'utente interessato alla richiesta di autorizzazione/accreditamento, semplificando la presentazione della domanda, sia l'istruttore incaricato dell'esame della relativa istanza, ottimizzando la gestione e l'elaborazione dei dati.

Nel dettaglio è stata definita l'istruttoria informatica delle pratiche per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale che prevede:

- 1) istruttoria dell'istanza di autorizzazione alla realizzazione della struttura sanitaria, ai sensi dell'art. 7 della L.R. 18/2008 e del Manuale di Autorizzazione;
- 2) invio dell'istanza al dipartimento di prevenzione dell'Asrem per la verifica della congruità delle misure previste per il rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi del progetto, ai sensi del comma 7, lett. c) dell'art. 12 della legge di stabilità 2020;
- 3) invio al comune territorialmente competente del nulla osta regionale alla realizzazione della struttura sanitaria;
- 4) istruttoria dell'istanza di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, ai sensi dell'art. 8 della L.R. 18/2008 e del Manuale di Autorizzazione;
- 5) invio dell'istanza al dipartimento di prevenzione dell'Asrem per il rilascio del parere tecnico-sanitario, con visita di sopralluogo, necessario alla concessione dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria;
- 6) istruttoria dell'istanza di richiesta di accreditamento istituzionale da parte della struttura sanitaria autorizzata all'esercizio, ai sensi dell'art. 15 della L.R. 18/2008 e del DCA n. 36 del 23.06.2017 ed invio della stessa all'Organismo Tecnicamente Accreditante.

La Piattaforma software prevede le seguenti principali funzionalità:

- Gestione istruttoria;
- Gestione della compilazione delle istanze a cura delle strutture richiedenti;
- Gestione della banca dati degli atti autorizzativi rilasciati dal servizio di autorizzazione ed accreditamento;
- Gestione della banca dati dei decreti di accreditamento istituzionale.

Con DCA n. 66/2024 è stato recepito l'accordo Stato Regioni n. 30/CSR del 25 marzo 2021.

6.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 6.1.1 Digitalizzazione e ottimizzazione della gestione delle procedure di autorizzazione e accreditamento

Azione 6.1.1.1 definizione e implementazione 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.

Azione 6.1.2. Accreditamento delle strutture pubbliche

Indicatore 6.1.2. DCA

Azione 6.1.3. Allineamento del sistema Regionale alle disposizioni del DL 19 dicembre 2022

Indicatore 6.1.3. DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
6.1.1 Digitalizzazione e ottimizzazione della gestione delle procedure di autorizzazione e accreditamento	6.1.1.1 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	31/03/2026	DCA	Si/no		

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
	6.1.2. Accreditemento delle strutture pubbliche	31/12/2026	DCA	Si/no		
	6.1.3. Allineamento del sistema Regionale alle disposizioni del DM 19 dicembre 2022	31/12/2026	DCA/Provvedimento regionale	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Autorizzazione e Accreditemento						

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

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 Manuali di Autorizzazione.

E per la precisione il:

- DCA n. 57 del 28-03-2024 ad oggetto: *"Manuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditemento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della Legge 30 dicembre 2020, n.178", ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano". Rimodulazione DCA 27/2023."*

Con il quale è stata necessaria la rimodulazione del DCA 27/2023, a seguito del parere reso dai competenti Ministeri, ovvero di prevedere unicamente il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio e l'accreditemento istituzionale delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari integrate, così come definiti rispettivamente:

- nel *"Manuale di Autorizzazione all'esercizio per le attività di cure domiciliari"*, di cui all'Allegato 1 e 1 A;
- nel *"Manuale dei requisiti di Accreditemento istituzionale per le attività di cure domiciliari"* di cui all'Allegato 2 e 2A;
- nel *"Manuale di autorizzazione/accreditemento per le attività di telemedicina"* di cui all'Allegato 1A bis;

- DCA n. 104 del 21.06.2024 ad oggetto: *"DCA n. 12 del 24-03-2022 - Legge 18 agosto 2015, n. 134 "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie". Legge Regionale 24 giugno 2008, n. 18 e ss.mm.ii. - artt. 8 e ss. Requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio dell'attività sanitaria di strutture deputate alla erogazione di prestazioni sanitarie in favore di soggetti affetti da autismo. Approvazione" Annullamento e sostituzione."* Nato dalla necessità di procedere all'approvazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture deputate anche al trattamento dai pazienti affetti da disturbi dello Spettro Autistico in età evolutiva.

In ragione di quanto sopra, il citato DCA ha reso indispensabile una revisione integrale dei contenuti di cui al DCA 12/2022 e al relativo allegato A), con l'obiettivo di semplificare la procedura di autorizzazione per le strutture sanitarie dedicate a minori e adulti affetti da disturbi dello Spettro Autistico.

Come per l'implementazione della citata piattaforma software, finalizzata ad agevolare sia l'utente interessato alla richiesta di autorizzazione/accreditemento, sia l'istruttore incaricato dell'esame della relativa istanza, si sta procedendo alla definizione e successiva adozione di "Linee Guida attuative" del Manuale dei requisiti delle autorizzazioni sanitarie, approvato con DCA n. 36 del 01.12.2022. Tale processo si rende necessario anche a seguito dell'esperienza maturata negli anni di applicazione del manuale, che ha evidenziato alcune criticità di natura applicativa segnalate dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie. Si rende inoltre necessario uniformare le esigenze relative a branche specialistiche approvate successivamente al citato decreto, come ad esempio Autismo e Cure domiciliari.

L'obiettivo sarà attuato in concomitanza dell'implementazione della piattaforma software.

6.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 6.2.2 Revisione/aggiornamento del “Manuale dei requisiti dell’autorizzazione”.

Azione 6.2.2.1 Revisione/ aggiornamento del decreto di approvazione del “Manuale dei requisiti dell’autorizzazione”.

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. Revisione/aggiornamento del “Manuale dei requisiti delle autorizzazioni sanitarie”	31/03/2026	DCA	Si/no		
6.2.2. Revisione aggiornamento del “Manuale dei requisiti di accreditamento”	6.2.2.1. Adozione del decreto di approvazione del “Manuale dei requisiti di accreditamento”	31/12/2026	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.

La Regione, con DCA n. 27 del 20/04/2020, 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).

La Struttura Commissariale ha disposto le modalità ed i criteri da adottare al fine di procedere alla verifica della presenza, permanenza nonché sussistenza dei requisiti di accreditamento per le varie tipologie di struttura che ne hanno fatto richiesta.

L’OTA, avendo acquisito la piena operatività, ha provveduto, nell’ambito delle proprie competenze e nel rispetto di quanto stabilito dalla Struttura Commissariale, alle attività di verifica di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, dandone evidenza attraverso i verbali di verifica.

La Struttura Commissariale ha quindi rilasciato 36 nuovi accreditamenti e 6 rinnovi di accreditamenti istituzionali in favore di strutture sanitarie nel corso dell’anno 2024.

Ad oggi la Regione Molise, pur disponendo di un Elenco Regionale dei Valutatori (rif. D.G. Salute n.149/2021), si trova nell’impossibilità di procedere alle verifiche per l’accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie a causa della carenza di valutatori disponibili e della decadenza della nomina del Coordinatore dell’O.T.A.

In attesa della pubblicazione di un nuovo Avviso pubblico per l’aggiornamento dell’Elenco Regionale dei Valutatori, la Regione Molise ha provveduto a contrattualizzare il Coordinatore dell’Organismo Tecnico di Accreditamento (OTA),

selezionato attraverso apposito avviso pubblico. Il Coordinatore avrà il compito di svolgere e di garantire il buon andamento delle seguenti attività:

- ✓ coordinare l'attività complessiva dell'Organismo Tecnicamente Accreditante della Regione Molise;
- ✓ verificare la completezza dell'istanza a seguito della istruttoria amministrativa da parte del Servizio Autorizzazione e Accreditamento della Direzione Generale per la Salute, per la parte tecnica di competenza;
- ✓ individuare, i componenti del Team di verifica, garantendo la compatibilità dei Valutatori rispetto alla sede territoriale ed alla natura (pubblica o privata) della struttura da valutare e ad eventuali conflitti di interesse;
- ✓ definire il fabbisogno e le professionalità dei Valutatori in relazione alla tipologia e complessità delle verifiche da effettuare;
- ✓ partecipare, in casi particolari, alla verifica tecnica per le procedure relative all'accREDITAMENTO istituzionale;
- ✓ esaminare il verbale di verifica redatto dal Team incaricato;
- ✓ trasmettere il verbale di verifica, con eventuali allegati, all'Organo che adotta il provvedimento conclusivo di accREDITAMENTO;
- ✓ attivare le verifiche nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, ai sensi della normativa vigente, in caso di inadempienze da parte delle stesse;
- ✓ prendere atto degli esiti dell'attività di vigilanza ordinaria e straordinaria effettuata anche dagli organi ispettivi istituzionali (Carabinieri N.A.S. ecc.), attivando provvedimenti di competenza;
- ✓ stabilire gli indirizzi, in collaborazione con la Direzione Generale per la Salute, in materia di reclutamento, formazione e aggiornamento dei Valutatori.

Si rappresenta che nell'oggetto della prestazione professionale prevista nel Contratto stipulato tra la Regione Molise e il Coordinatore O.T.A., si stabilisce che, tra le attività da svolgere per garantire il buon andamento delle stesse, in collaborazione, con la Direzione Generale per la Salute, dovrà provvedere, in materia di reclutamento dei Valutatori e degli Esperti Tecnici dell'O.T.A. della Regione Molise, alla loro formazione e al loro aggiornamento.

Solo a seguito della formazione sarà possibile provvedere all'avviso pubblico degli stressi per il reclutamento dei Valutatori e degli Esperti Tecnici dell'O.T.A. della Regione Molise. L'obiettivo è previsto entro l'anno 2026.

A seguito delle verifiche di audit presso le strutture richiedenti l'AccREDITAMENTO o il rinnovo, che saranno completate entro l'anno 2025, si provvederà alla stesura di un apposito report.

6.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

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 Relazione

Obiettivo 6.3.2 Stesura dell'elenco regionale dei valutatori

Azione 6.3.2.1 Approvazione dell'elenco regionale dei valutatori

Indicatore 6.3.2.1 DCA

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	30/06/2026	Relazione	Si/no		
6.3.2 Stesura dell'elenco regionale dei valutatori	6.3.1.2 Approvazione dell'elenco regionale dei valutatori	31/03/2026	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Autorizzazione e Accreditamento						

7 Rapporti con gli erogatori privati accreditati

L'ultimo biennio 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. 2 del 26 gennaio 2023 *“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 2023”*.
- DCA n. 23 del 14 settembre 2023 *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie, di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, erogabili dagli operatori privati accreditati con il servizio sanitario regionale, per l'anno 2023” - Rettifica decorrenza contratto 2023.”*
- DCA n. 25 del 21 settembre 2023 *“DCA n. 2 del 26 gennaio 2023 recante “definizione dei livelli massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie, di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, erogabili dagli operatori privati accreditati con il servizio sanitario regionale, per l'anno 2023” - rettifica ed integrazione”*.
- DCA n. 89 del 15/05/2024 *“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 2024”*.
- DCA n. 135 del 05/09/2025 *“Livelli massimi di finanziamento per le prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera, acquistabili dagli erogatori privati accreditati con il Servizio Sanitario Regionale, per l'anno 2025”*.

7.1 Budget

In materia di determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività degli erogatori privati accreditati la Struttura Commissariale, per il triennio 2025-2027, 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.

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;
- 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.

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).

La programmazione triennale, tenuto conto delle osservazioni emerse dai Tavoli di Verifica e delle considerazioni 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, 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";
- definire il budget sia per le strutture contrattualizzate dalla Regione che per quelle contrattualizzate dall'A.S.Re.M.

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;
- potenziare l'offerta assistenziale sul territorio

7.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 7.1.1 Fissazione dei livelli massimi di finanziamento annualità 2025-2027

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 2025

Indicatore 7.1.1.1 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 2026

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 2027

Indicatore 7.1.1.3 DCA di assegnazione

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 2025-2027	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 2025	30/09/2025	DCA di assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'anno 2025	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 2026	31/12/2025	DCA di assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'anno 2026	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 2027	31/12/2026	DCA di assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'anno 2027	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 dall'anno 2019.

Gli ultimi anni sono stati caratterizzati da un elevato contenzioso che ha riguardato alcune strutture con le quali negli ultimi mesi sono state completate le procedure di sottoscrizione degli accordi contrattuali relative, appunto, al triennio considerato.

Alcuni dei contenziosi attivati dalle Strutture private accreditate e inerenti alla fissazione dei limiti massimi di finanziamento e l'approvazione degli schemi contrattuali si sono risolti in senso sfavorevole alla regione Molise.

In particolare, sono stati annullati dal Giudice amministrativo i DCA n. 10 e 11 del 5 febbraio 2020, concernenti la fissazione dei limiti massimi di finanziamento e lo schema di contratto per l'anno 2019.

In aderenza agli indirizzi ministeriali la 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", stabiliva 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 intervenivano due pronunce del Consiglio di Stato nei confronti delle due Strutture a diretta gestione regionale I.R.C.C.S. Neuromed e Gemelli Molise (ora Responsible Research Hospital – SB) sui ricorsi avverso i provvedimenti di fissazione dei limiti massimi di finanziamento e lo schema di contratto per l'anno 2020.

Il Consiglio di Stato, sez. III, con le sentenze n. 3773/2023, resa nel ricorso d'appello R.G. 5348/22 promosso da Gemelli Molise avverso la sentenza TAR Molise n. 458/2021 e n. 3775/2023 resa nel ricorso d'appello R.G. 5352/22 promosso dall'I.R.C.C.S. Neuromed avverso la sentenza TAR Molise n. 462/2021, ha fornito nuovi canoni interpretativi e indicazioni operative per la strutturazione del budget nei confronti delle due Strutture a diretta gestione regionale, sostanzialmente ammettendo la valicabilità dei limiti massimi di finanziamento per le prestazioni rese in favore dei pazienti extraregionali, nei limiti delle somme riconosciute in sede di compensazione della mobilità sanitaria interregionale, nonché delle cd. prestazioni "salvavita".

In linea con le indicazioni dettate da Giudice amministrativo, la Strutture commissariale provvedeva a rettificare per le due strutture a diretta gestione regionale i provvedimenti di fissazione dei limiti massimi di finanziamento e gli schemi di contratto per gli anni 2020, 2021, 2022 e 2023 rispettivamente con i DD.CC.AA. nn. 39/2023 (anno 2020), 32/2023 (anno 2021), 45/2023 (anno 2022) e 25/2023 (anno 2023), allineandone i contenuti alle prescrizioni dettate dai Giudici del Supremo Collegio e dai Ministeri affiancanti.

Le Strutture I.R.C.C.S. Neuromed e Gemelli Molise (ora Responsible Research Hospital– SB) hanno stipulato tutti i contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie dal 2020 al 2024, di cui ai provvedimenti commissariali innanzi citati.

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 gli anni 2025-2026-2027.

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 per l'anno 2024 con le strutture private per evitare l'incertezza derivante dall'assenza di contratto;
- Concludere le trattative per la stipula degli accordi di confine.

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

- 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, con le eccezioni di cui alle citate sentenze del Consiglio di Stato sez. III n. 3773/2023 e n. 3775/2023;
- 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 triennio 2025-2027

Azione 7.2.1.1 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2025

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 – anno 2026

Indicatore 7.2.1.2 Atto ASReM/Direzione Generale per la Salute

Azione 7.2.1.3 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2027

Indicatore 7.2.1.3 Atto ASReM/Direzione Generale per la Salute

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 triennio 2025-2027	7.2.1.1 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2025	31/12/2025	Atto ASReM/Direzione Generale	Si/no		
	7.2.1.1 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2026	31/03/2026	Atto ASReM/Direzione Generale	Si/no		
	7.2.1.2 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2027	31/12/2026	Atto ASReM/Direzione Generale	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						

7.3 Tariffe per tutte le tipologie di assistenza

Con DCA N. 50/2023 è stato recepito il nuovo Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 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" (G.U. 18 marzo 2017 n. 65) con relativi allegati. Sono state, inoltre, recepite le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 giugno 2023 recante "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica" (G.U. 4 agosto 2023 n. 181). Con DCA n. 175 del 19.11.2024 è stato aggiornato il Nomenclatore regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui all'Allegato A – Nomenclatore del DCA n. 50/2023 e ss.mm.ii., attraverso la sostituzione dell'elenco delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale complessa di cui al DCA n. 35/2014 con un nuovo elenco aggiornato delle prestazioni erogabili sulla base della prescrizione storica delle stesse, fatte salve tutte le altre disposizioni di cui al DCA 35/2014 non in contrasto con la normativa in vigore.

Con DCA N. 190 del 20/12/2024 avente ad oggetto "Decreto del commissario ad ACTA n. 175/2024 recante "Decreto del commissario ad ACTA n. 50 del 01/11/2023 recante: «Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 e decreto del ministero della salute di concerto con il ministero dell'economia e delle finanze del 23 giugno 2023 recepimento del nuovo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale - Recepimento delle tariffe - Approvazione del nuovo catalogo regionale». Rettifica e integrazioni". Modifiche e integrazioni." è stato aggiornato il nomenclatore sulla base della normativa nazionale.

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):

- 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;
- 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 del DCA dei contratti, in seguito all'approvazione delle reti ospedaliere da parte del tavolo DM 70, prevederà la definizione delle funzioni assistenziali nell'ambito della rete per l'emergenza urgenza.

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 2017¹ e dalla normativa in materia, al fine di adeguare i criteri di appropriatezza stabiliti dal Sistema regionale della qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie, nel triennio di programmazione 2023 – 2025 si è posta l'obiettivo di indirizzare il sistema degli erogatori (pubblici e privati accreditati), attraverso una maggiore chiarezza ed agilità di utilizzo del sistema regolatorio regionale, verso un percorso di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza in tutti i setting assistenziali.

A tal proposito la Regione Molise ha deliberato il DCA n. 29 del 24.02.2025 ad oggetto "sistema dei controlli sull'attività sanitaria" che, rispecchiando i canoni prima descritti, costruisce 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, aggiornando e potenziando l'importanza ed il ruolo del sistema dei controlli esterni.

Il DCA fornisce quindi 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 deliberati, l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise – A.S.Re.M ha un ruolo centrale per le verifiche sulla congruità degli interventi effettuati e delle prestazioni rese così da individuare ed evitare una moltiplicazione non appropriata delle prestazioni, inoltre le verifiche insistono anche sulla classificazione delle prestazioni sanitarie così da evitare l'inappropriatezza sulla valutazione dei singoli interventi in particolare l'utilizzo di classificazioni intese a far ricadere le prestazioni tra quelle più remunerative. A tal proposito l'A.S.Re.M è in procinto di individuare i membri del Nucleo Operativo di Controllo (Noc) che svolgeranno materialmente i controlli sopra indicati.

La Regione Molise ha, invece, 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, inappropriatezza 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.

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

Il riordino del sistema dei controlli ha quindi, tra l'altro, perseguito i 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, date le funzioni di pianificazione e vigilanza, 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).

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 Reingegnerizzare l'attività dei controlli tramite un modello informatizzato in grado di garantire la tempestività delle verifiche sugli erogatori

Azione 7.5.1.1 Implementazione di un modello informatizzato per l'attività dei controlli-assistenza ospedaliera

Indicatore 7.5.2.1 Relazione

Azione 7.5.1.2 Implementazione di un modello informatizzato per l'attività dei controlli-assistenza specialistica

Indicatore 7.5.1.2 Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
7.5.1 Reingegnerizzare l'attività dei controlli tramite un modello informatizzato in grado di garantire la tempestività delle verifiche sugli erogatori	7.5.1.1 Implementazione di un modello informatizzato per l'attività dei controlli-assistenza ospedaliera	31/12/2025	Relazione	Si/no		
	7.5.1.2 Implementazione di un modello informatizzato per l'attività dei controlli-assistenza specialistica	31/12/2025	Relazione	Si/no		

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
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

Con il Programma Operativo 2023-2025 la Regione ha avviato un monitoraggio approfondito sui contratti in essere e sugli acquisti in corso, al fine di garantire una gestione efficiente e conforme alla normativa vigente. A tal proposito, la Struttura Commissariale ha formalmente diffidato l'ASReM dall'effettuare investimenti utilizzando risorse provenienti da quote di finanziamento corrente destinato all'erogazione del LEA, precisando che eventuali eccezioni a tale disposizione dovranno essere preventivamente autorizzate dalla Struttura Commissariale, al fine di evitare incoerenze e irregolarità nella gestione delle risorse finanziarie.

In aggiunta a tale provvedimento, la Struttura Commissariale ha avviato un'attività di controllo sulle procedure di acquisto in corso e sui contratti in essere. Le principali azioni intraprese includono:

- Il monitoraggio delle procedure di acquisto in corso, attraverso la richiesta di trasmissione di tutta la documentazione necessaria per l'avvio delle stesse, inclusi il capitolato tecnico, il bando di gara, il piano dei fabbisogni, e altre informazioni pertinenti, al fine di garantire che le operazioni siano svolte in conformità con le normative e le migliori pratiche.
- Il controllo sui contratti in essere, attraverso una mappatura dei contratti di fornitura di beni e servizi. Questo include un'analisi comparativa tra l'importo annuale previsto da ciascun contratto e i relativi costi consuntivi, al fine di identificare eventuali scostamenti e garantire la congruità delle spese rispetto agli impegni presi.

Tali attività di monitoraggio e controllo sono finalizzate a migliorare la trasparenza e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse pubbliche, assicurando che ogni investimento sia conforme agli obiettivi strategici della Regione e alle disposizioni legislative in materia di acquisti pubblici e gestione finanziaria.

8.1 Programmazione acquisti

In un'ottica di razionalizzazione della spesa, l'ASREM nel corso del biennio precedente, ha avviato tutte le attività necessarie alla definizione del fabbisogno, al fine di predisporre il programma triennale degli acquisti (2025-2027). Tale attività è stata coordinata con la gestione logistica dei magazzini economici e farmaceutici. Inoltre, è stato richiesto al Soggetto Aggregatore Regionale lo stato delle gare, i cui atti preliminari erano già stati trasmessi negli anni precedenti alla Centrale di Committenza della Regione Molise.

La programmazione triennale degli acquisti di beni e servizi è stata pertanto approvata con la Deliberazione del Direttore Generale n. 1769 del 27-12-2024. L'adozione di una programmazione pluriennale, applicata alla gestione delle risorse finanziarie, rappresenta uno strumento fondamentale per la razionalizzazione della spesa. Essa consente una gestione efficace e lungimirante delle risorse disponibili, riducendo sprechi, migliorando l'efficienza, e favorendo economie di scala. Inoltre, permette di acquistare beni e servizi a lungo termine a condizioni più vantaggiose e di gestire i contratti in modo più efficiente, evitando interventi disorganizzati. Infine, favorisce l'allocazione ottimale dei finanziamenti a lungo termine, assicurando una gestione delle risorse più efficace nel tempo.

8.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 8.1.1 Implementazione sistemi di monitoraggio e controllo della spesa dei contratti in ambito sanitario

Azione 8.1.1.1 Monitoraggio degli acquisti di beni e servizi

Indicatore 8.1.1.1 Relazione trimestrale ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
8.1.1 Implementazione sistemi di monitoraggio e controllo della spesa dei contratti in ambito sanitario	8.1.1.1 Monitoraggio degli acquisti di beni e servizi	30/09/2025	Relazione trimestrale ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

8.2 Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto

Nel contesto della gestione sanitaria regionale, sempre più complesso e dinamico, l'ottimizzazione della logistica di farmaci e dispositivi medici è fondamentale per garantire un flusso efficiente e tempestivo di risorse essenziali. Affrontare le sfide logistiche in ambito sanitario regionale richiede una visione strategica e un'attenta progettazione, considerando fattori come la distribuzione equa dei farmaci, la gestione ottimale dei magazzini e la sincronizzazione delle attività logistiche. L'obiettivo è migliorare la qualità delle cure e ridurre i costi.

In questo contesto, la Regione Molise mira ad adottare soluzioni innovative per ottimizzare la logistica sanitaria a livello regionale, con l'intento di recuperare efficienza economica e migliorare l'efficacia delle prestazioni.

L'obiettivo di questa iniziativa è rivedere i modelli logistici aziendali per razionalizzare la gestione di farmaci e dispositivi medici, anche alla luce dei nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale derivanti dal DM 77/2022. La revisione dei processi logistici dovrà tener conto delle peculiarità di approvvigionamento e logistica di farmaci e dispositivi medici nelle nuove strutture territoriali (su tutte Case della Comunità e Ospedali di Comunità), nonché delle difficoltà di dispensazione degli stessi nelle zone interne del territorio regionale.

Il processo di ottimizzazione terrà conto di tutti gli aspetti logistici, dai processi ai sistemi informativi, per ottenere risparmi economici e finanziari, e una migliore gestione delle scorte.

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 Mappatura dell'assetto logistico dell'ASReM AS IS

Indicatore 8.2.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 8.2.1.2 Revisione dei processi logistici

Indicatore 8.2.1.2 Provvedimento ASReM

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 Mappatura dell'assetto logistico dell'ASReM	31/03/2026	Delibera Direttore Generale ASReM	si/no		
	8.2.1.2 Revisione dei processi logistici	30/09/2026	Provvedimento ASReM			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

8.3 Centralizzazione/agggregazione degli acquisti

Nel corso del 2024, una delle iniziative principali intraprese per ottimizzare la spesa su beni e servizi è stata la centralizzazione degli acquisti. Questo approccio implica che tutte le richieste di beni e servizi vengano gestite da un unico centro di acquisto, il quale ha il compito di negoziare e acquisire a condizioni vantaggiose. Centralizzare gli acquisti permette di ottenere un maggiore potere di negoziazione con i fornitori, ridurre i costi grazie alla gestione in volume (attraverso l'economia di scala), evitare sprechi e doppioni, poiché gli acquisti sono effettuati in modo pianificato e centralizzato. Nel 2024, sono stati adottati provvedimenti concreti per aderire alle gare dei soggetti aggregatori con i quali esistono accordi di collaborazione, come ad esempio AreaCom e Soresa Scr Piemonte. Inoltre, sono stati attivati contratti tramite convenzioni e accordi quadro Consip, relativi a beni e servizi compatibili con le necessità aziendali. I contratti quadro offrono numerosi vantaggi, tra cui la possibilità di definire in anticipo i termini di acquisto, garantendo condizioni più favorevoli grazie alla durata pluriennale degli accordi, una maggiore stabilità nei costi e nelle forniture, e una significativa riduzione delle procedure burocratiche, con conseguente risparmio di tempo.

Per il triennio 2025-2027, l'ASReM continuerà a seguire la strada intrapresa nella centralizzazione degli acquisti e nell'adesione agli accordi quadro e alle convenzioni Consip. Inoltre, nei limiti delle soglie comunitarie, che permettono di agire in autonomia, si procederà a rinegoziare i contratti esistenti, con l'obiettivo di aggiornarli e ottenere risparmi aggiuntivi.

Nel corso del triennio inoltre s'intende concentrarsi su attività di formazione per il personale ASReM in modo da migliorare ulteriormente l'efficacia del processo di acquisto. Sono previsti contatti con gli operatori Consip per organizzare sessioni di formazione in loco sull'utilizzo della piattaforma Mepa/Consip. Inoltre, verranno forniti aggiornamenti riguardo ai corsi online disponibili per mantenere il personale costantemente aggiornato sulle normative relative agli appalti pubblici, sulle tecniche di negoziazione con i fornitori e sulle metodologie più efficienti nella gestione delle risorse. La formazione continua è vista come uno strumento essenziale per migliorare la qualità del servizio e per ridurre i rischi di inefficienze nei processi di acquisto.

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

Indicatore 8.3.1.1 Relazione semestrale

Azione 8.3.1.1 Formazione agli operatori in materia di appalti

Indicatore 8.3.1.1 Relazione

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	30/09/2025	Report semestrale	si/no		
	8.3.1.2 Formazione agli operatori in materia di appalti	31/12/2025	relazione	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.

Nel corso del triennio 2025-2027 è intenzione della Regione individuare un modello di monitoraggio che consenta di individuare rapidamente eventuali criticità e porre in essere le conseguenziali manovre correttive.

Controllo di gestione ASReM, dovrà effettuare:

- l'analisi dei consumi, individuando i prodotti consumati (in quantità e valore) ed acquistati (con i relativi prezzi di acquisto) con cadenza semestrale;
- approfondimento "verticale" su alcune specifiche categorie merceologiche ad elevato impatto economico.

La Regione, sulla scorta dei dati ricevuti individua le 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	31/12/2025	DCA			
	8.4.1.2 Predisposizione di report semestrale di monitoraggio	30/06/2025	Report semestrale			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale, ASReM						

9 Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici

Per garantire l'accesso ai farmaci e la sostenibilità del sistema sanitario, è fondamentale il controllo la spesa farmaceutica.

Negli ultimi anni, sono state adottate diverse misure per migliorare l'acquisto e la gestione dei farmaci, concentrandosi sulle aree più critiche, come la spesa per acquisti diretti e l'organizzazione degli approvvigionamenti.

Dai dati AIFA sul "Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale" del 29.07.2025 (base dati Gennaio-Dicembre 2024), la spesa regionale è nel complesso superiore ai tetti di spesa per 22,3 €/mln. La spesa per acquisti diretti supera il tetto di 21,8 €/mln (11,787% vs 8,50%), mentre la spesa convenzionata è superiore al tetto per 0,4 €/mln (6,85% vs 6,80%) e si posiziona al 6° posto rispetto al tetto previsto dalla normativa (L.232/2016, art. 1, comma 398 e comma 399 e s.m.i).

Andamento della spesa farmaceutica rispetto ai tetti stabiliti per legge

Spesa farmaceutica	2020		2021		2022		2023		2024	
	Molise	Italia	Molise	Italia	Molise	Italia	Molise	Italia	Molise	Italia
Spesa convenzionata	6,60%	6,64%	6,41%	6,54%	6,51%	6,43%	6,52%	6,34%	6,85%	6,28%
Spesa per acquisti diretti	9,72%	9,02%	9,59%	9,28%	10,39%	9,82%	10,58%	10,52%	11,77%	11,32%
Spesa per ossigeno	0,30%	0,20%	0,35%	0,20%	0,30%	0,19%	0,33%	0,20%	0,30%	0,19%
Totale	16,62%	15,86%	16,35%	16,02%	17,20%	16,44%	17,43%	17,06%	18,93%	17,78%

Fonte dati: AIFA, Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale

Il Programma Operativo 2023-2025 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, dei quali si fornisce anche una breve descrizione:

- Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva delle classi terapeutiche ATC C e ATC J
- Metodo valutativo dei Medici di Medicina Generale (MMG) – Progetto di budget
- Revisione Accordo Regione-Federfarma Molise per la distribuzione diretta dei farmaci del Prontuario Ospedale-Territorio (PHT)
- Somministrazione farmaci da parte delle strutture private accreditate. Spesa extra tariffa
- Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti. Implementazione/ottimizzazione procedure di acquisto
- Potenziamento dell'utilizzo del farmaco "biosimilare" e razionalizzazione della spesa
- Razionalizzazione della spesa dei Gas Medicinali
- Adempimenti LEA – Flussi farmaceutica C.14 e C.15 (DD/DPC e CO)
- Focus Revisione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR)
- Focus Aggiornamento della Rete dei Centri Prescrittori
- Governo della spesa dei Dispositivi Medici e dell'appropriatezza d'uso

Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva delle classi terapeutiche ATC C e ATC A

La Regione Molise, nell'ambito delle politiche di contenimento della spesa farmaceutica e di ottimizzazione dell'uso delle risorse sanitarie, per il triennio 2023/2025 ha avviato un processo di razionalizzazione della prescrizione delle classi terapeutiche ATC caratterizzate da elevata incidenza di inappropriata e da impatti economici significativi.

L'obiettivo è ridurre il fenomeno dell'iperprescrizione attraverso il controllo dei consumi espressi in DDD (Defined Daily Dose) e della spesa pro capite, allineando le scelte terapeutiche alle indicazioni regolatorie dell'AIFA e alle best practice di trattamento.

Nell'ambito della spesa farmaceutica convenzionata, si è registrata un aumento dei costi che secondo i dati rilevati dal sistema Tessera Sanitaria, presentavano profili di inappropriata prescrizione.

Questo aumento è anche da imputare al transito dalla Distribuzione per conto (DPC) al regime Convenzionato di alcune classi farmacologiche.

La Regione Molise, al fine di ottimizzare l'allocazione delle risorse e contenere la spesa farmaceutica, ha introdotto l'uso di schede di trattamento per alcune classi di farmaci. Questa iniziativa mira a garantire un uso più razionale dei farmaci, favorendo una gestione più attenta e mirata delle prescrizioni.

Particolare attenzione è stata dedicata alle seguenti classi terapeutiche in considerazione del loro impatto sul costo della spesa farmaceutica convenzionata:

ATC C (Apparato cardiovascolare): questa classe ha subito un incremento della spesa nel 2024 rispetto al 2023 pari a +2,70% (Tabella.2), con un impatto particolarmente rilevante nel sottogruppo ATC C09 (Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina) che ha fatto registrare per l'anno 2024 una spesa pari a 6.641.916 mln di euro senza però comportare un incremento percentuale rilevante rispetto all'anno precedente (0,82%) e ATC C10 (Sostanze modificatrici dei lipidi) per i quali invece si evidenzia un incremento ben più importante del 9,45% rispetto al 2023 e una spesa pari a 5.507.744 mln di euro.

Interventi correttivi sulle classi ATC A e C

Per le classi ATC A e ATC C, oggetto di incremento di spesa, si prevede l'attivazione di specifiche azioni di razionalizzazione dell'uso dei farmaci.

Tali interventi saranno attuati principalmente attraverso:

- informative ai medici prescrittori riguardanti la disponibilità di specialità medicinali con minor costo per unità posologica, a parità di principio attivo;
- inviti all'impiego di associazioni precostituite, in grado di migliorare l'aderenza e la compliance terapeutica del paziente, con conseguente riduzione della spesa per il SSR.

Classe ATC A02BC – Inibitori della pompa acida

Nel 2024, in Regione Molise, si registra un consumo complessivo di 528.352 confezioni, per una spesa pari a 4.113.964 euro.

Di queste, 92.263 confezioni risultano prescritte con confezionamento da 14 compresse, per una spesa complessiva di 606.622 euro.

Considerando che le formulazioni da 28 compresse comportano un risparmio medio del 24%, il passaggio integrale a tali confezioni consentirebbe un risparmio stimato di circa 145.589 euro.

Classe ATC C – Associazioni di calcio-antagonisti e ACE-inibitori / sartani

Per la medesima annualità risultano in terapia con associazioni fisse dei principi attivi C08CA01 + C09CA08, C08CA01 + C09CA06 e C08CA01 + C09CA03 circa 11.092 pazienti, per una spesa complessiva di 1.598.992 euro.

L'utilizzo di associazioni estemporanee, a parità di efficacia terapeutica, comporterebbe un risparmio potenziale del 24%, pari a 383.758 euro.

Analogamente, risultano in terapia con associazioni fisse dei principi attivi C10AX09 + C10AA01, C10AX09 + C10AA05 e C10AX09 + C10AA07 circa 6.544 pazienti, con una spesa complessiva di 2.712.674 euro.

Anche in questo caso, il ricorso ad associazioni estemporanee determinerebbe un risparmio stimato del 48%, pari a 1.302.083 euro.

Modalità di verifica e azioni conseguenti

A seguito degli audit farmaceutici, le criticità e i fenomeni di iper-prescrizione saranno condivisi con il Direttore della Medicina di Base, il quale provvederà a convocare i singoli medici prescrittori per un contraddittorio nell'ambito delle Unità di Coordinamento delle Attività Distrettuali.

In sede di verifica quadrimestrale, qualora le anomalie segnalate non adeguatamente giustificate, ai medici interessati sarà attribuita l'intera somma delle prescrizioni non conformi.

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

La Regione Molise ha avviato un processo di valutazione finalizzato a contrastare il fenomeno dell'iper-prescrizione e a promuovere un utilizzo più razionale delle classi terapeutiche (ATC) caratterizzate da criticità in termini di appropriatezza prescrittiva e da un elevato impatto sulla spesa farmaceutica. L'analisi si è focalizzata sui farmaci appartenenti ai cosiddetti "consumi di base", ovvero quei trattamenti il cui utilizzo è maggiormente attribuibile alla medicina generale. Sono stati invece esclusi dall'analisi i farmaci associati a "consumi indotti", ovvero quelli prevalentemente prescritti da medici specialisti o ospedalieri e distribuiti attraverso canali differenti rispetto alla farmaceutica convenzionata.

Per garantire una valutazione oggettiva dell'appropriatezza prescrittiva dei Medici di Medicina Generale (MMG), è stato adottato lo Z-score, un indice statistico che permette di misurare il grado di deviazione di un comportamento prescrittivo rispetto alla media regionale.

Grazie ai dati forniti dalla banca dati regionale gestita dalla società in-house di informatica, è stato possibile calcolare lo Z-score per ciascun MMG relativamente al periodo 2023-2024. Questo approccio ha consentito di identificare con precisione i professionisti la cui condotta prescrittiva si discosta significativamente dagli standard attesi, permettendo così di individuare eventuali situazioni di eccesso prescrittivo o di utilizzo non appropriato dei farmaci.

Il grafico (Figura A) evidenzia un miglioramento nella gestione della spesa farmaceutica tra il 2023 e il 2024, con una riduzione significativa del valore economico associato all'iperprescrizione.

Nonostante una riduzione della spesa farmaceutica, l'aumento dello Z-score (Figura B) suggerisce che la distribuzione delle prescrizioni tra i MMG iperprescrittori sia diventata più marcata.

Questo fenomeno merita un'analisi più approfondita per comprendere se si tratti di un problema di inappropriatezza prescrittiva o di un cambiamento nelle dinamiche di spesa e utilizzo dei farmaci.

Tuttavia, lo Z-score rappresenta un metodo innovativo e oggettivo per supportare le politiche di governo della spesa farmaceutica e migliorare l'appropriatezza terapeutica, contribuendo a un sistema sanitario più sostenibile ed efficiente.

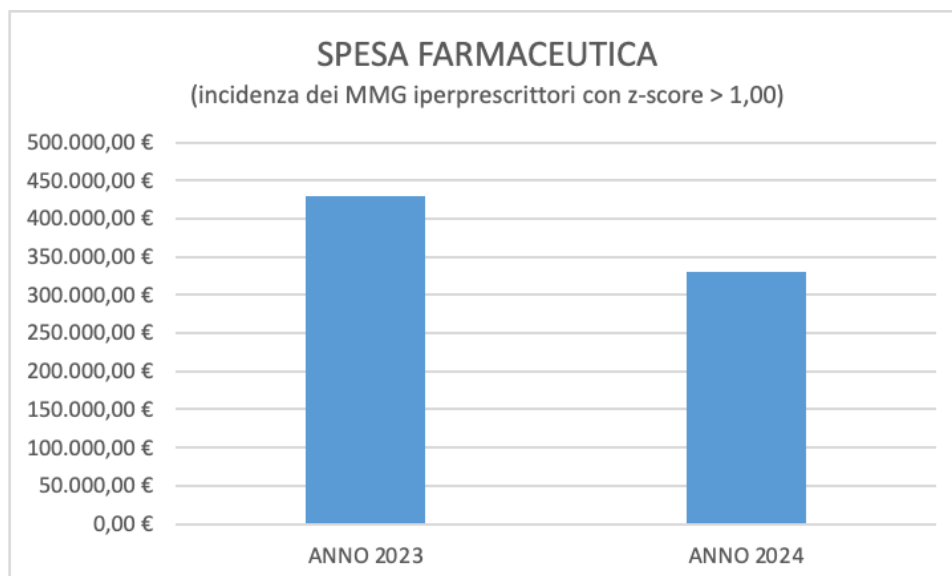


Figura A.

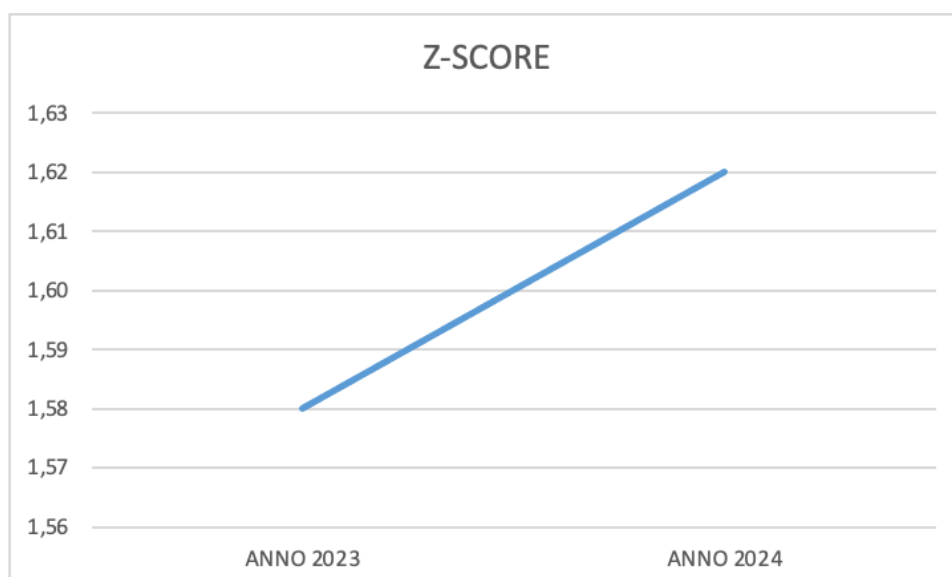


Figura B.

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). Con DCA 189 del 18 dicembre 2024 avente ad oggetto: "DCA n.62 del 27 dicembre 2023-accordo con Federfarma Molise per la distribuzione diretta dei farmaci del PHT ai sensi dell'art.8, comma1, lettera a) della legge 16 novembre 2001, n. 405 – proroga" è stato prorogato per tutto il 2025, il vigente Accordo per la distribuzione dei farmaci di cui al PHT ai sensi della legge n. 405/01 - art. 8, comma 1, lettera a), confermando criteri e quantificazione degli oneri di distribuzione del servizio a cura delle farmacie aderenti a Federfarma.

Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti. Implementazione/ottimizzazione procedure di acquisto.

Per ottimizzare la spesa legata agli acquisti diretti di farmaci, la Regione Molise ha continuato a portare avanti dal 2023, un processo di adesione a procedure di gara concorrenziali, tramite le competenti strutture dell'ASReM.

Questa strategia mira a garantire un accesso più efficiente ai farmaci, riducendo i costi di approvvigionamento e ottimizzando l'impiego delle risorse economiche disponibili.

Nell'ambito di tale strategia, l'ASReM, ha aderito alle seguenti procedure di gara:

- Con DDG n.700 del 06 ottobre 2023, l'ASReM ha aderito alla procedura di gara espletata da SO.RE.SA S.P.A. per l'affidamento biennale della fornitura di sistemi di monitoraggio flash del glucosio, al fine di garantire un accesso più ampio e sostenibile a questa tecnologia per i pazienti diabetici.
- Con Deliberazione del Direttore Generale n. 610 dell'11 aprile 2024, l'ASReM ha aderito alla procedura di gara espletata da S.C.R. Piemonte S.P.A. per la fornitura di farmaci ed emoderivati destinati al consumo ospedaliero, alla distribuzione diretta e alla distribuzione in nome e per conto.
- Infine, con Deliberazione del Direttore Generale n. 1684 dell'11 dicembre 2024, la Regione Molise, tramite l'ASReM, ha aderito alla gara indetta da AREACOM per la fornitura di farmaci biologici e biosimilari (Edizione 2-2024) destinati alle aziende sanitarie della Regione Abruzzo e all'ASReM della Regione Molise. La procedura, suddivisa in 42 lotti, prevede la fornitura delle seguenti specialità medicinali classificate secondo il sistema ATC di 5° livello: A10AB04, A10AD04, A10AE04, B01AB05, B03XA01, H01AC01, H05AA02, L01FA01, L01XC03, L01XC07, L03AA02, L03AA13, L04AB01, L04AB04, L04AC07, L04AG03, L04AJ01, S01LA04.

L'adesione a tali procedure consente alla Regione Molise di beneficiare di economie di scala, favorire la concorrenza tra i fornitori e ottenere prezzi più vantaggiosi, contribuendo così alla sostenibilità del sistema sanitario regionale e al miglioramento dell'accesso ai farmaci e ai dispositivi essenziali.

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. 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 il DCA n. 12 in data 14.02.2024, recante "LINEE D'INDIRIZZO SULL'UTILIZZO DI FARMACI BIOSIMILARI", ha confermato le disposizioni commissariali concernenti, tra l'altro, il recepimento del "Secondo Position Paper" dell'AIFA sui farmaci biosimilari, ed ha introdotto la Scheda di Trattamento per la prescrizione del farmaco biologico a costo maggiore, prescritto nell'ambito della stessa indicazione terapeutica. La scheda di prescrizione costituisce lo strumento mediante il quale il medico prescrittore dovrà indicare le documentate ragioni di carattere clinico sottese alla necessità di utilizzare il farmaco a maggior costo – terapia ovvero segnalare una sospetta reazione avversa. Tale scheda ha la finalità di sollecitare una maggiore ponderazione nella prescrizione del farmaco più costoso e una più capillare valutazione degli effetti prodotti dall'utilizzo di tali farmaci.

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.

Nel dettaglio, dall'analisi della spesa regionale relativa agli anni 2021 e 2022, viene posta particolare attenzione sulle seguenti classi terapeutiche:

ATC A - Apparato gastrointestinale e metabolismo;
 ATC B - Sangue ed organi emopoietici;
 ATC G - Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali;
 ATC H - Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali e insuline;
 ATC L - Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori.

Nel dettaglio, nell'analisi dei livelli di consumi tra i principi attivi a brevetto scaduto (Cfr. Tab. A) e i rispettivi farmaci biosimilari (Cfr. Tab. B), si osservano le classi ATC: A10AE "insuline ed analoghi iniettabili ad azione lenta", nello specifico il p.a. insulina glargine; B01AB "eparinici", nello specifico il p.a. enoxaparina e B03XA "altri preparati antianemici", nello specifico il p.a. epoietina alfa; G03GA "gonadotropine", nello specifico il p.a. follitropina alfa; H01AC "somatropina e agonisti della somatropina", nello specifico il p.a. somatropina; L03AA "fattori di stimolazione delle colonie", nello specifico il p.a. filgrastim e L04AB "inibitori del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF-alfa)", nello specifico il p.a. etanercept.

ATC	PRINCIPI ATTIVI	ANNO 2021	ANNO 2022	% DDD 2021	% DDD 2022
A10AE04	INSULINA GLARGINE	168.412,50	146.612,50	30,31 %	31,70 %
B01AB05	ENOXAPARINA	241.096	195.848	43,39 %	42,35 %
B03XA01	EPOETINA ALFA	80.611	68.756	14,5 %	14,86%
G03GA05	FOLLITROPINA ALFA	3.070	5.080	0,55 %	1,09 %
H01AC01	SOMATROPINA	40.330,8	30.166,2	7,25 %	6,52 %
L03AA02	FILGRASTIM	311,32	175,44	0,056 %	0,037 %
L04AB01	ETANERCEPT	21.770,8	15.771,03	3,91 %	3,41 %

Tabella 1- Tabella Farmaco Originator (Fonte Dati Tessera Sanitaria e Farmastat)

ATC	PRINCIPI ATTIVI	ANNO 2021	ANNO 2022	% DDD 2021	% DDD 2022
A10AE04	INSULINA GLARGINE	282.750	257.700	36,13 %	31,14 %
B01AB05	ENOXAPARINA	327.175	354.150	41,81 %	42,80%
B03XA01	EPOETINA ALFA	158.116	196.063	20,20 %	23,70 %
G03GA05	FOLLITROPINA ALFA	836	1.130	0,10 %	0,13%
H01AC01	SOMATROPINA	4.800	4.455	0,61 %	0,53 %
L03AA02	FILGRASTIM	4.441,66	4.440,14	0,56 %	0,53%
L04AB01	ETANERCEPT	4.371,22	9.571,11	0,55 %	1,15 %

Tabella 2- Tabella Farmaco Biosimilare (Fonte Dati Tessera Sanitaria e Farmastat)

Dall'analisi dei dati estrapolati, relativi agli assistiti trattati, ai pezzi totali, alla spesa totale e alle DDD, confrontando la spesa e i consumi complessivi di originatore e biosimilari, nell'anno 2022 rispetto al 2021, nella Regione Molise, si può osservare un incremento dell'utilizzo di biosimilari per i principi attivi enoxaparina (+8,24%DDD e +11,13% sulla spesa totale), etanercept (+118,96%DDD e +115,70% sulla spesa totale) ed epoietina alfa (+24,00%DDD e +24,47% sulla spesa totale), e una conferma dell'ampio utilizzo del biosimilare rispetto all'originator del filgrastim e dell'insulina glargine nel 2022 come nel 2021.

Pertanto, si è reso necessario sensibilizzare i medici prescrittori circa la possibilità di perseguire l'obiettivo di costo-minimizzazione relativamente alle classi ATC il cui utilizzo del biosimilare è ancora poco significativo rispetto ai consumi complessivi, e pertanto nel P.O. 2025-2027 sono previsti ulteriori interventi di potenziamento della penetrazione del farmaco a minor costo-terapia.

Con il DCA 12/2024 sono state introdotte importanti indicazioni di governo della spesa demandando ai clinici la scelta del farmaco biologico a minor costo e l'obbligo di motivare l'utilizzo del biologico a maggior costo. Non è quantificabile a priori l'importo complessivo del risparmio atteso trattandosi di farmaci che nel tempo subiscono rinegoziazioni di prezzo ed in considerazione anche di nuove specialità immesse in commercio; pertanto il governo della spesa è dinamico. A titolo di esempio si riporta l'utilizzo del DUPIXENT Vs ADTRALZA nell'indicazione di Dermatite atopica in adolescenti ed adulti.

L'attuale indicazione riconosciuta rimborsabile da AIFA prevede l'utilizzo per il "trattamento della dermatite atopica da moderata a severa in pazienti adulti e adolescenti di età pari e superiore ai 12 anni che sono candidati alla terapia sistemica". La stessa indicazione è prevista dalla specialità medicinale DUPIXENT. Si illustra di seguito un breve riassunto dei costi sostenuti da ASReM in dodici mesi per ogni paziente.

	SPECIALITÀ	N. CFZ IN 12 MESI PER OGNI TRATTAMENTO	PREZZO GARA A CONFEZIONE COMPRESO IVA	COSTO TERAPIA IN 12 MESI
	DUPIXENT*300MG 2PEN 2ML	14	791.84	11.085.76
	ADTRALZA*SC 4 SIR 150 MG 1 ML	14	668.90	9.364.60
Δ ADTRALZA/DUPIXENT				- 1.721.16

La tabella esprime sinteticamente il risparmio ottenuto per ogni paziente in dodici mesi di trattamento utilizzando, la specialità ADTRALZA nella medesima indicazione riconosciuta alla specialità DUPIXENT.

Razionalizzazione della spesa dei Gas Medicali

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)".

Come da comunicazione dell'ASReM, il costo medio/litro dell'ossigeno fisso, al di sopra della media nazionale, potrebbe essere imputabile all'adozione di proroghe di gare: dal 2023 è stata tuttavia espletata una nuova gara che ha determinato una lieve riduzione della spesa nel 2024 rispetto al 2023.

Nella Regione Molise la spesa per l'ossigeno risulta essere elevata, mostrando ancora un superamento del tetto stabilito per legge.

Come evidenziato nelle tabelle sottoelencate nell'anno 2023 la percentuale si è attestata allo 0,33%, (cfr. Monitoraggio CdA AIFA gennaio – dicembre 2023, tabella 11bis), mantenendo lo stesso trend anche per il periodo gennaio-ottobre 2024 attestandosi sullo 0.31% (cfr. Monitoraggio CdA AIFA gennaio – ottobre 2024, tabella 11.2): pertanto, si rende necessario impartire nuove azioni nel P.O. 2025-2027, volte alla riduzione della spesa del gas medicinale.

Tabella 11 bis Spesa farmaceutica per acquisti diretti per Gas Medicinali, individuata tramite il flusso della tracciabilità del farmaco nel periodo Gennaio-Dicembre 2023 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 0,20%, per regione in ordine decrescente di incidenza sul FSN

Regione	A FSN* Gen-Dic 2023	B Tetto 0,20	C Spesa tracciabilità ^m (SOLO classe A e H - Colonne B e C Tab.11)	D Payback ^r	E=C-D Spesa Acquisti diretti [§]	F=E-B Scost. assoluto	G=E/A% Inc %	H=E/Pop pesata 2023 Spesa Pro capite
CALABRIA	4.029.959.795	8.059.920	14.100.668	0	14.100.668	6.040.749	0,35	7,8
MOLISE	644.650.975	1.289.302	2.136.082	0	2.136.082	846.780	0,33	7,1
SICILIA	10.247.469.007	20.494.938	32.467.848	0	32.467.848	11.972.910	0,32	7,0
BASILICATA	1.176.628.304	2.353.257	3.423.255	0	3.423.255	1.069.998	0,29	6,3
PUGLIA	8.442.259.506	16.884.519	21.758.169	0	21.758.169	4.873.650	0,26	5,6
ABRUZZO	2.780.837.610	5.561.675	7.132.318	0	7.132.318	1.570.643	0,26	5,5
V. D'AOSTA	262.728.815	525.458	651.711	0	651.711	126.253	0,25	5,2
SARDEGNA	3.413.891.536	6.827.783	8.356.562	0	8.356.562	1.528.779	0,24	5,1
PIEMONTE	9.341.198.586	18.682.397	22.832.014	0	22.832.014	4.149.617	0,24	5,2
E. ROMAGNA	9.661.678.933	19.323.358	19.376.672	0	19.376.672	53.314	0,20	4,3
LAZIO	12.241.576.181	24.483.152	24.533.334	0	24.533.334	50.182	0,20	4,3
UMBRIA	1.926.599.318	3.853.199	3.689.711	0	3.689.711	-163.488	0,19	4,1
CAMPANIA	11.888.367.560	23.776.735	22.250.595	0	22.250.595	-1.526.140	0,19	4,3
LOMBARDIA	21.410.630.331	42.821.261	34.021.188	0	34.021.188	-8.800.073	0,16	3,5
MARCHE	3.247.484.159	6.494.968	5.110.481	0	5.110.481	-1.384.488	0,16	3,3
TOSCANA	8.086.991.098	16.173.982	12.218.839	0	12.218.839	-3.955.143	0,15	3,2
FRIULI V.G.	2.573.797.044	5.147.594	3.468.939	0	3.468.939	-1.678.655	0,13	2,8
LIGURIA	3.490.858.036	6.981.716	4.062.611	0	4.062.611	-2.919.105	0,12	2,5
VENETO	10.501.352.398	21.002.705	9.039.692	0	9.039.692	-11.963.013	0,09	1,9
P.A. BOLZANO	1.089.745.897	2.179.492	811.427	0	811.427	-1.368.064	0,07	1,6
P.A. TRENTO	1.126.016.517	2.252.033	539.510	0	539.510	-1.712.523	0,05	1,0
ITALIA	127.584.721.607	255.169.443	251.981.627	0	251.981.627	-3.187.816	0,20	4,3

(In rosso le Regioni che non rispettano il tetto di spesa. * Fsn 2023 definitivo comunicato dal Ministero della Salute il 08/07/2024 m la spesa ed 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.)

Tabella 11.2 Spesa farmaceutica per acquisti diretti per Gas Medicinali, individuata tramite il flusso della tracciabilità del farmaco nel periodo Gennaio-Ottobre 2024 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 0,20%, per regione in ordine decrescente di incidenza sul FSN.

Regione	A FSN* Gen-Ott 2024	B*0,20% Tetto 0,20%	C Spesa tracciabilità ^m (SOLO classe A e H - Colonne B e C Tab.11)	D Payback ^r	E=C-D Spesa Acquisti diretti [§]	H=E/Pop pesata 2024 Spesa Pro capite	F=E-B Scost. assoluto	G=E/A% Inc %	Anno 2023 Inc. % spesa su FSR 2023
CALABRIA	3.493.898.188	6.987.796	11.322.476	0	11.322.476	6,3	4.334.680	0,32	0,34
MOLISE	555.050.315	1.110.101	1.719.885	0	1.719.885	5,7	609.784	0,31	0,33
SICILIA	8.878.090.353	17.756.181	24.843.999	0	24.843.999	5,3	7.087.818	0,28	0,32
BASILICATA	1.013.838.073	2.027.676	2.805.803	0	2.805.803	5,2	778.126	0,28	0,29
ABRUZZO	2.397.557.554	4.795.115	6.058.814	0	6.058.814	4,7	1.263.699	0,25	0,25
V. D'AOSTA	227.589.758	455.180	529.955	0	529.955	4,2	74.776	0,23	0,24
PIEMONTE	8.068.886.820	16.137.774	17.703.539	0	17.703.539	4,0	1.565.766	0,22	0,24
PUGLIA	7.306.543.999	14.613.088	15.158.084	0	15.158.084	3,9	544.996	0,21	0,26
SARDEGNA	2.939.415.554	5.878.831	5.954.678	0	5.954.678	3,6	75.847	0,20	0,25
LAZIO	10.612.547.911	21.225.096	20.844.883	0	20.844.883	3,7	-380.213	0,20	0,20
E. ROMAGNA	8.338.850.570	16.677.701	15.830.779	0	15.830.779	3,5	-846.922	0,19	0,20
CAMPANIA	10.310.571.262	20.621.143	18.326.810	0	18.326.810	3,5	-2.294.333	0,18	0,19
UMBRIA	1.655.102.615	3.310.205	2.592.264	0	2.592.264	2,9	-717.941	0,16	0,20
LOMBARDIA	18.554.195.756	37.108.392	27.933.675	0	27.933.675	2,8	-9.174.716	0,15	0,16
MARCHE	2.805.080.410	5.610.161	3.942.449	0	3.942.449	2,6	-1.667.712	0,14	0,16
TOSCANA	6.966.074.917	13.932.150	9.553.841	0	9.553.841	2,5	-4.378.309	0,14	0,15
FRIULI V.G.	2.221.552.849	4.443.106	3.023.693	0	3.023.693	2,4	-1.419.413	0,14	0,13
LIGURIA	3.006.939.613	6.013.879	3.179.341	0	3.179.341	1,9	-2.834.538	0,11	0,11
VENETO	9.077.800.992	18.155.602	8.544.149	0	8.544.149	1,7	-9.611.453	0,09	0,09
P.A. BOLZANO	944.040.964	1.888.082	615.834	0	615.834	1,2	-1.272.248	0,07	0,08
P.A. TRENTO	979.126.838	1.958.254	443.726	0	443.726	0,8	-1.514.528	0,05	0,05
ITALIA	110.352.755.311	220.705.511	200.928.676	0	200.928.676	3,4	-19.776.835	0,18	0,20

(In rosso le Regioni che non rispettano il tetto di spesa. * Fsn 2024 provvisorio comunicato dal Ministero della Salute il 09/12/2024 m la spesa ed 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.)

Sono state intensificate le azioni di monitoraggio del consumo di ossigeno che hanno prodotto un risparmio di € 122.069, passando da un'incidenza in percentuale pari a 0,32% a 0,25% nel periodo gennaio – aprile 2025 (cfr. tabella 11.2 spesa monitoraggio AIFA).

Adempimenti LEA – Flussi farmaceutica C.14 e C.15 (DD/DPC e CO)

La Regione ha effettuato il monitoraggio trimestrale e mensile (fino al mese di settembre 2024), trasmettendo le previste relazioni, individuando le criticità e pianificando le azioni correttive.

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.

È attualmente vigente l'Aggiornamento PTOR - dicembre 2024 approvato con DDGS n. 9 del 21.01.2025 ed è in fase di redazione l'aggiornamento del PTOR relativo al primo semestre 2025.

Il PTOR si configura pertanto come uno strumento di regolamentazione per l'accesso di specialità di recente immissione in commercio e non sono quantificabili risparmi attesi.

Focus Aggiornamento della Rete dei Centri Prescrittori

Per assicurare ai pazienti una diagnosi e un'assistenza appropriate, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha previsto che i farmaci specialistici, con nota AIFA e/o Piano terapeutico e/o sottoposti a monitoraggio intensivo AIFA, siano erogati sulla base di diagnosi e piano terapeutico formulati da Centri specializzati individuati dalle Regioni.

Per alcune categorie di farmaci, che presentano diverse indicazioni cliniche, l'AIFA ha previsto di regolarne la prescrizione attraverso specifiche Note che si caratterizzano come strumenti di indirizzo per l'attività prescrittiva dei medici sulla base di evidenze scientifiche, volti a garantire l'uso appropriato dei medicinali individuandone gli ambiti di rimborsabilità a carico del SSN e lasciando al medico prescrittore le decisioni terapeutiche più adeguate al trattamento del caso clinico.

Alcune categorie di farmaci, inoltre, devono essere prescritte facendo ricorso a uno specifico schema di Piano Terapeutico cartaceo, ufficialmente definito da AIFA ("template AIFA"), o alla compilazione di un Piano Terapeutico online, definito AIFA web – based.

Altre categorie di farmaci sono sottoposte a Registri di Monitoraggio che rappresentano uno strumento di governo dell'appropriatezza prescrittiva e di controllo della spesa farmaceutica sviluppato dall'Agenzia Italiana del Farmaco. I

Registri di monitoraggio coinvolgono decine di aree terapeutiche e specialistiche e varie figure: l'AIFA, le Regioni, i Medici e i Farmacisti.

I farmaci sottoposti a monitoraggio nella maggior parte sono ad alto costo, biologici, innovativi, spesso contraddistinti da procedura autorizzativa centralizzata e con limitazione dei Centri Prescrittori alle specifiche aree cliniche. Il sistema di monitoraggio prevede la partecipazione attiva delle Regioni e delle Aziende Sanitarie e un processo di accreditamento a cascata (chiarimenti-su-compilazione-dei-registri-di-monitoraggio-aifa).

Al fine di garantire l'appropriatezza prescrittiva, l'individuazione di nuovi Centri Prescrittori dell'Azienda Sanitaria Pubblica, A.S.Re.M., e delle Strutture Sanitarie Private Accreditate/Convenzionate, I.R.C.C.S Neuromed e Responsible Research Hospital, deputati alla diagnosi, redazione del PT e alla prescrizione di medicinali, è governata alla Commissione Appropriatezza Prescrittiva (C.A.P.), per l'espressione del competente parere tecnico-professionale.

Con il Decreto commissariale n.13 del 15 marzo 2015, recante "Commissione regionale per l'appropriatezza prescrittiva. Istituzione", si è provveduto all'istituzione della CAP per il perseguimento degli 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, con l'obiettivo di assicurare l'uso corretto ed efficace delle risorse.

Tra i compiti della CAP si annovera una specifica attività di controllo e monitoraggio dell'assistenza sanitaria in termini di appropriatezza, accessibilità, costi ed esiti, tenuto conto che l'obiettivo cardine del SSN è il perseguimento del migliore equilibrio tra accessibilità ai servizi e qualità degli stessi, a fronte delle risorse assegnate, ponendo al centro del sistema i diritti e la salute del cittadino.

Attualmente sono in vigore gli aggiornamenti della Rete dei Centri Prescrittori – agosto 2024 (DDGS n. 93 del 21.08.2024) e addendum ottobre 2024 (DDGS n. 133 del 29.10.2024).

La Commissione è in fase di ricostituzione per i successivi aggiornamenti della Rete dei Centri Prescrittori della Regione Molise.

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

Nel PO 2023-2025 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.

L'introduzione di una commissione regionale dedicata alla gestione e all'ottimizzazione delle procedure di gara per i dispositivi medici può generare risparmi economici significativi, soprattutto grazie alla centralizzazione degli acquisti, all'aggregazione della domanda e al monitoraggio attivo dei fabbisogni e dei consumi.

Le stime e le esperienze regionali italiane indicano risparmi medi che variano dal 10% al 20% della spesa annua per dispositivi medici a seguito della centralizzazione e ottimizzazione delle gare, e fino al 25% nei casi più virtuosi. Per il Molise (con una commissione da istituire), si stima un 5% di risparmio per un totale di 1.250.000€ circa/anno, con possibilità di superare questi valori secondo il livello di efficacia della commissione e delle iniziative adottate.

Tale intervento è stato riprogrammato nel presente PO 2025-2027.

Di seguito si esplicitano gli interventi previsti per il Programma Operativo 2025-2027.

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. Le categorie terapeutiche alto-spendenti oggetto di attuale osservazione sono le seguenti:

- **ATC A**
- **ATC C**

La variazione della spesa anno 2024 vs anno 2023 registra, per le classi terapeutiche sopra menzionate, un incremento pari a 8,82% e 2,70%, rispettivamente. Il suddetto incremento pari all'8,82% per l'ATC A è determinato prevalentemente dal passaggio dei farmaci antidiabetici dal regime distributivo della DPC al regime della farmaceutica convenzionata.

In particolare, per l'ATC A, come mostrato nella Tabella 2 sottostante, la spesa lorda ha fatto registrare nell'anno 2024 vs anno 2023, un incremento ascrivibile in larga misura alla classe ATC di 2° livello A02 "Farmaci per i disturbi correlati all'acidità" con una spesa lorda pari al 42,75% sul totale della classe.

TABELLA 2 – ATC 2° LIVELLO A			
ATC 2	SPESA LORDA 2023	SPESA LORDA 2024	SCOSTAMENTO % RISPETTO ANNO PRECEDENTE
A02 - FARMACI PER DISTURBI CORRELATI ALL'ACIDITA'	€ 4.202.955,34	€ 4.298.819,00	2,23%

Fonte dati: Tessera Sanitaria

Nell'ambito dell'ATC di 3° livello, la sottoclasse che ha inciso maggiormente sulla spesa farmaceutica è stata A02B "Antiulcera peptica e malattia del reflusso gastroesofageo" con una spesa di 4.140.075 € ed uno scostamento rispetto all'anno 2023 pari a + 1,91%.

TABELLA 3 – ATC 3° LIVELLO A02			
ATC 3	SPESA LORDA 2023	SPESA LORDA 2024	SCOSTAMENTO % RISPETTO ANNO PRECEDENTE
A02B - ANTIULCERA PEPTICA E MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOF. (GORD)	€4.060.999, 67	€ 4.140.075,00	1,91%

Fonte dati: Tessera Sanitaria

Nell'ambito della classe ATC C, come riportato nella Tabella 4, i contributi maggiormente rilevanti sono rappresentati dalla classe ATC di 2° livello C09 "Sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina", che determinano, per l'anno 2024, una spesa pari a 6.641.916€, senza però comportare un incremento percentuale rilevante rispetto all'anno precedente (0,82%); diversamente, per la classe ATC di 2° livello C10 "Sostanze modificatrici dei Lipidi", si evidenzia un incremento pari al 9,45% rispetto all'anno 2023 e una spesa pari a 5.507.744€.

TABELLA 4 – ATC 2° LIVELLO C			
ATC 2	SPESA LORDA 2023	SPESA LORDA 2024	SCOSTAMENTO % RISPETTO ANNO PRECEDENTE
C09 - SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	€6.587.452,29	€ 6.641.916,00	0,82%
C10 - SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI	€5.455.695.86	€ 5.507.744,00	9,45%

Fonte dati: Tessera Sanitaria

Lo scenario sopradescritto determina la necessità di azioni di governance più efficaci, considerato che tali farmaci sono già soggetti a schede di trattamento.

Pertanto, nella fase di attuazione del Programma Operativo 2025-2027, occorrerà implementare le attività di monitoraggio con riferimento alle categorie terapeutiche in osservazione, mediante l'applicazione delle misure volte a garantire l'appropriatezza prescrittiva, ovvero sensibilizzare i medici prescrittori verso un maggior utilizzo delle schede di trattamento per le classi terapeutiche anzi dette, introdotte con DDGS n.69 del 27/04/2022.

Quali ulteriori misure, volte ad assicurare l'appropriatezza prescrittiva, saranno necessari la digitalizzazione delle schede di trattamento, come declinata l'azione al paragrafo successivo e audit specifici rivolti ad ogni medico prescrittore per le classi terapeutiche individuate per criticità e rischi di inappropriata prescrittiva, secondo i maggiori indicatori di consumo e di spesa aggiornati all'annualità 2024; nello specifico la presente azione si sostanzia, pertanto, nella programmazione di specifici audit per medico prescrittore per ciascuna area terapeutica in osservazione, con cadenza almeno quadrimestrale.

I livelli di prescrizione dei farmaci oggetto della presente azione saranno oggetto di monitoraggio e di valutazione 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".

Digitalizzazione scheda di trattamento

Al fine di rendere maggiormente efficace la misura relativa all'utilizzo delle schede di trattamento da parte dei MMG e dei PLS, la presente azione prevede la digitalizzazione delle schede cartacee sia per quelle in vigore che per quelle di nuova introduzione.

Il processo di digitalizzazione delle schede di trattamento avverrà attraverso un sistema di gestione documentale in attesa dell'implementazione della piattaforma centralizzata di gestione di tutte le prescrizioni sanitarie dei MMG (di cui all'Azione 4.7.1.1 *Implementazione di un sistema centralizzato per la gestione delle prescrizioni mediche da parte dei medici di base della Regione Molise*), con l'obiettivo di ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie, migliorando l'appropriatezza e quindi l'efficacia delle terapie.

Questo approccio assicura un controllo più rigoroso, un'assistenza più sicura e una gestione sanitaria più efficiente, ponendo al centro del quadro assistenziale il paziente mediante la garanzia di un più rapido accesso alle cure.

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

Uno degli obiettivi della Regione Molise, a partire dall'anno 2012, è quello di raggiungere livelli di spesa convenzionata in linea con le Regioni di Italia più virtuose; per il raggiungimento di detto traguardo è necessario consolidare i risultati di riduzione dei fenomeni di iper-prescrizione e implementare la corretta utilizzazione dei farmaci a brevetto scaduto/equivalenti appartenenti alle classi/categorie terapeutiche ad alto valore economico definito da AIFA, in ottemperanza all'art. 11 comma 7b del decreto-legge n. 78/2010 convertito nella legge 122/2010, operazioni che consentono la riduzione della spesa.

L'intervento mira ad efficientare il processo di valutazione e di monitoraggio dei comportamenti prescrittivi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, con riferimento ai "consumi di base".

Attraverso l'operato della Commissione Appropriatezza Prescrittiva regionale (CAP), istituita e costituita con il Decreto del Commissario ad Acta n. 13 del 5 marzo 2015, sono state già poste in essere misure volte a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi di razionalizzazione dei consumi e della spesa farmaceutica.

Tra queste misure, rientrano le schede di monitoraggio per le Eparine a Basso Peso Molecolare (BPM), introdotte con la DDGS n. 77 del 30 settembre 2019 e, per gli Inibitori di pompa protonica e Statine, le schede introdotte con DDGS n. 69 del 27 aprile 2022.

Il metodo valutativo attiene, pertanto, alle categorie di farmaci anzi detti come “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.

9.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance (da controllare numerazione)

Obiettivo 9.1.1 Allineamento della spesa pro capite ai valori nazionali per i farmaci individuati dal report inviato periodicamente da AIFA sui primi 30 principi attivi in convenzionata

Azione 9.1.1.1 Monitoraggio trimestrale della spesa farmaceutica convenzionata

Indicatore 9.1.1.1 Report trimestrale

Obiettivo 9.1.2 Allineamento del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATC A al valore medio nazionale

Azione 9.1.2.1 Monitoraggio trimestrale costo medio DDD per ATC A

Indicatore 9.1.2.1 Report trimestrale

Obiettivo 9.1.3 Allineamento del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATC C al valore medio nazionale

Azione 9.1.3.1 Monitoraggio trimestrale costo medio DDD per ATC C

Indicatore 9.1.3.1 Report trimestrale

Obiettivo 9.1.4. Riallineamento dei consumi DDD e della spesa pro capite ai valori medi nazionali per i farmaci correlati ai disturbi dell'acidità e per le sostanze modificatrici dei lipidi

Azione 9.1.4.1 Linee guida relative al sistema di controllo con i clinici nelle specifiche aree oggetto di attenzione (Audit)

Indicatore 9.1.4.1 DCA

Obiettivo 9.1.5 Appropriately prescrivibile: riduzione delle prescrizioni inappropriate – MMG/PLS

Azione 9.1.5.1 Monitoraggio del comportamento prescrittivo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

Indicatore 9.1.5.1 Report semestrale

Azione 9.1.5.2 Digitalizzazione della terapia: introduzione scheda di trattamento informatizzata

Indicatore 9.1.5.2 DCA

Obiettivo 9.1.6 Allineamento dei medici iperprescrittori alla spesa pro capite media regionale

Azione 9.1.6.1 Adozione di linee di indirizzo volte alla prescrizione del principio attivo a minor costo per categoria terapeutica

Indicatore 9.1.6.1 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 pro capite ai valori nazionali per i farmaci individuati dal report inviato periodicamente da AIFA sui primi 30 principi attivi in convenzionata	9.1.1.1 Monitoraggio trimestrale della spesa farmaceutica convenzionata	30/09/2025	Report trimestrale	Scostamento percentuale della spesa pro capite dai valori medi nazionali		
9.1.2. Allineamento del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATC A al valore medio nazionale	9.1.2.1 Monitoraggio trimestrale costo medio DDD per ATC A	30/09/2025	Report trimestrale	Scostamento percentuale del costo medio DDD dai valori medi nazionali		
9.1.3 Allineamento del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATC C al valore medio nazionale	9.1.3.1 Monitoraggio trimestrale costo medio DDD per ATC C	30/09/2025	Report trimestrale	Scostamento percentuale del costo medio DDD dai valori medi nazionali		
9.1.4. Riallineamento dei consumi DDD e della spesa pro capite ai valori medi nazionali per i farmaci correlati ai disturbi dell'acidità e per le sostanze modificatrici dei lipidi	9.1.4.1 Linee guida relative al sistema di controllo con i clinici nelle specifiche aree oggetto di attenzione (Audit)	31/12/2025	DCA	Si/no		
9.1.5 Appropriately prescrivita: riduzione delle prescrizioni inappropriate – MMG/PLS	9.1.5.1 Monitoraggio del comportamento prescrittivo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta	31/12/2025	Report semestrale	Audit con i MMG e PLS iperprescrittori a cura dei Distretti Sanitari		
	9.1.5.2 Digitalizzazione della terapia: introduzione scheda di trattamento informatizzata	31/12/2025	DCA	Si/no		
9.1.6 Allineamento dei medici iperprescrittori alla spesa pro capite media regionale	9.1.6.1 Adozione/aggiornamento di linee di indirizzo volte alla prescrizione del principio attivo a minor costo per categoria terapeutica	31/12/2025	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Politiche del Farmaco DG ASReM UOC – Governance del Farmaco ASReM						

9.2 Rispetto dei tetti – Governance del farmaco

Il circuito di distribuzione dei farmaci del Prontoario 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.

Con il DCA N. 41/2022 è stato approvato lo schema di Accordo con Federfarma Molise per la distribuzione dei farmaci di cui al PHT ai sensi della legge n. 405/01 - art. 8, comma 1, lettera a), e dei farmaci individuati da provvedimenti regionali – ex art. 4, comma 3, lett. c) della legge n. 405/01”.

Per l'anno 2023, attraverso l'adozione del DCA N. 62/2023 è stata prorogata la scadenza al 31 dicembre 2024.

Con il DCA 189/2024 l'accordo è stato ulteriormente prorogato al 31/12/2025, confermando criteri e quantificazione degli oneri di distribuzione del servizio a cura delle farmacie aderenti a Federfarma.

La procedura di rinnovo dell'accordo prevede la revisione degli oneri di distribuzione relativi al servizio ed una valutazione circa l'inserimento nel canale della Distribuzione Per Conto (DPC) di farmaci erogati nel regime della convenzionata, in esito al confronto in sede di coordinamento interregionale della farmaceutica.

Gli effetti scaturenti dal rinnovo del nuovo accordo saranno riscontrabili a seguito dell'aggiornamento dei dati a partire dall'anno 2026, a cura dell'ufficio OsMed dell'AIFA.

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 effettivi fabbisogni e semplificare i processi di acquisto.

Si rende necessario per la Regione un più efficiente ricorso alle gare di acquisto, anche attraverso un attento monitoraggio dei fabbisogni regionali e l'efficientamento delle funzioni in capo alla stazione unica appaltante.

La presente azione prevede l'adesione da parte della CUC a tutte le procedure di gara per l'intero fabbisogno di farmaci. Si evidenzia che, allo stato, la struttura aziendale elabora il fabbisogno farmaci su base annuale con proiezione biennale.

Potenziamento dell'utilizzo del farmaco “biosimilare”

I farmaci biologici rappresentano una risorsa terapeutica essenziale per il trattamento di una varietà di malattie gravi e debilitanti, per molte delle quali non erano in passato disponibili opzioni terapeutiche efficaci. Per motivi di sviluppo e produzione del farmaco, questi medicinali sono gravati da costi particolarmente onerosi per il SSN, per il quale la corretta allocazione delle risorse terapeutiche ed economiche rappresenta una sfida costante.

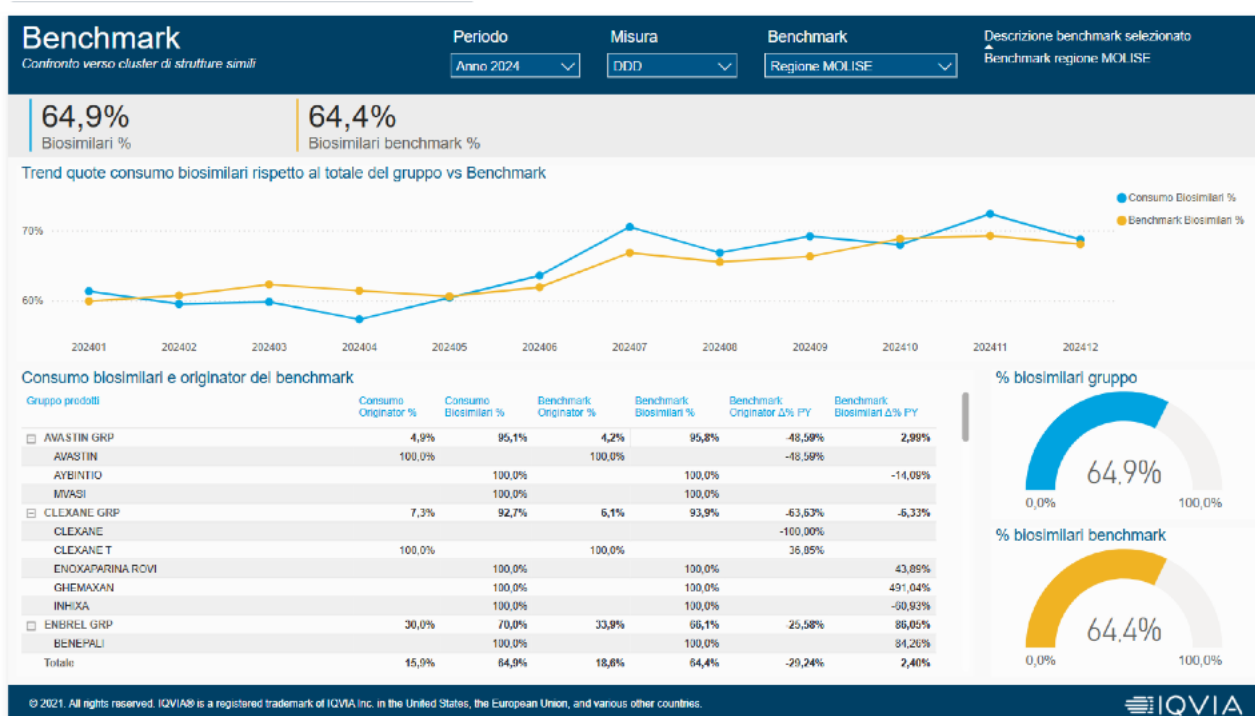
In questo scenario i medicinali biosimilari possono svolgere un ruolo nodale offrendo l'opportunità di garantire l'accesso ai farmaci biologici per tutti i pazienti che ne necessitano e contribuendo, nel contempo, alla sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari e alla governance della spesa farmaceutica. La commercializzazione dei farmaci biosimilari può contribuire a migliorare l'accesso ai farmaci innescando meccanismi di competitività dei mercati e favorendo la riduzione

dei prezzi e i risparmi generati dall'utilizzo dei biosimilari possono contribuire al finanziamento della spesa per i nuovi farmaci, anche biotecnologici, rendendo sempre più accessibile l'innovazione terapeutica.

Come riportato nel "Secondo Position Paper sui farmaci biosimilari", AIFA considera tali farmaci biologici e biotecnologici alla stregua dei corrispondenti farmaci di riferimento, ma non automaticamente sostituibili, bensì intercambiabili secondo le indicazioni dei clinici prescrittori.

A partire dal 2020 il gruppo dei Rapporti dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali ("OsMed") dell'AIFA si è arricchito di pubblicazioni dedicate a tematiche specifiche di particolare interesse per la sanità pubblica. "L'uso dei Farmaci in Italia" rappresenta il principale strumento di monitoraggio dei consumi e della spesa dei medicinali sul territorio nazionale e costituisce, al contempo, un'opportunità di confronto e di valutazione delle politiche farmaceutiche oltre che uno strumento per l'identificazione dei futuri ambiti di intervento. Consente, inoltre, di valutare i pattern prescrittivi e di intercettare cambiamenti di salute della popolazione tramite l'assistenza farmaceutica fornita dal SSN. In questo contesto, il biosimilare rappresenta un'indiscussa opportunità di governance della spesa farmaceutica e l'analisi della variabilità regionale è di fondamentale importanza per comprenderne l'andamento nazionale in termini di consumo e spesa.

L'analisi dei dati di consumo dei biosimilari riferiti alla Regione Molise nell'anno 2024 mostra un trend superiore alla media nazionale (64,9% vs 64,4%).



Fonte dati: IQVIA

Pur considerando che la scelta di trattamento rimane una decisione clinica affidata al medico prescrittore, a quest'ultimo è anche affidato il compito di contribuire a un utilizzo appropriato delle risorse ai fini della sostenibilità del sistema sanitario e alla corretta informazione del paziente sull'uso dei biosimilari.

Al fine di incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici con brevetto scaduto a minor costo, come precedentemente descritto, nella Regione Molise viene redatta la Scheda di prescrizione farmaco biologico/biosimilare a maggior costo – terapia, introdotta con DCA n.12/24, che costituisce lo strumento mediante il quale il medico prescrittore dovrà indicare le documentate ragioni di carattere clinico sottese alla necessità di utilizzare il farmaco a maggior costo – terapia ovvero segnalare una sospetta reazione avversa. Tale scheda ha la finalità di sollecitare una maggiore ponderazione nella

prescrizione del farmaco più costoso e una più capillare valutazione degli effetti prodotti dall'utilizzo di tali farmaci.

Pur nel contesto di dati riferiti ai biosimilari nella Regione Molise, che mostrano un trend favorevole, nella considerazione di ulteriori margini di intervento, con la presente azione si intende implementare ulteriormente i processi di audit con i clinici di branca e l'aggiornamento delle linee d'indirizzo sull'utilizzo dei farmaci biosimilari, con l'obiettivo del raggiungimento del 70% dell'utilizzo del biosimilare sul consumo totale dei farmaci biologici, con esclusione delle molecole coperte da brevetto che mostrano un vantaggio farmaco-economico a sostegno della scelta non rivolta all'utilizzo del farmaco biosimilare.

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, mostrando un costante superamento del tetto stabilito per legge.

Nel 2024 la percentuale si è attestata allo 0,31%, (cfr. Monitoraggio CdA AIFA gennaio – ottobre 2024, tabella 11.2).

Regione	A FSN* Gen-Ott 2024	B*0,20% Tetto 0,20%	C Spesa tracciabilità ^m (SOLO classe A e H - Colonne B e C Tab.11)	D Payback ^v	E=C-D Spesa Acquisti diretti [§]	H=E/Pop pesata 2024 Spesa Pro capite	F=E-B Scost. assoluto	G=E/A% Inc %	Anno 2023 Inc. % spesa su FSR 2023
CALABRIA	3.493.898.188	6.987.796	11.322.476	0	11.322.476	6,3	4.334.680	0,32	0,34
MOLISE	555.050.315	1.110.101	1.719.885	0	1.719.885	5,7	609.784	0,31	0,33
SICILIA	8.878.090.353	17.756.181	24.843.999	0	24.843.999	5,3	7.087.818	0,28	0,32
BASILICATA	1.013.838.073	2.027.676	2.805.803	0	2.805.803	5,2	778.126	0,28	0,29
ABRUZZO	2.397.557.554	4.795.115	6.058.814	0	6.058.814	4,7	1.268.699	0,25	0,25
V. D'AOSTA	227.589.758	455.180	529.955	0	529.955	4,2	74.776	0,23	0,24
PIEMONTE	8.068.886.820	16.137.774	17.703.539	0	17.703.539	4,0	1.565.766	0,22	0,24
PUGLIA	7.306.543.999	14.613.088	15.158.084	0	15.158.084	3,9	544.996	0,21	0,26
SARDEGNA	2.939.415.554	5.878.831	5.954.678	0	5.954.678	3,6	75.847	0,20	0,25
LAZIO	10.612.547.911	21.225.096	20.844.883	0	20.844.883	3,7	-380.213	0,20	0,20
E. ROMAGNA	8.338.850.570	16.677.701	15.830.779	0	15.830.779	3,5	-846.922	0,19	0,20
CAMPANIA	10.310.571.262	20.621.143	18.326.810	0	18.326.810	3,5	-2.294.333	0,18	0,19
UMBRIA	1.655.102.615	3.310.205	2.592.264	0	2.592.264	2,9	-717.941	0,16	0,20
LOMBARDIA	18.554.195.756	37.108.392	27.933.675	0	27.933.675	2,8	-9.174.716	0,15	0,16
MARCHE	2.805.080.410	5.610.161	3.942.449	0	3.942.449	2,6	-1.667.712	0,14	0,16
TOSCANA	6.966.074.917	13.932.150	9.553.841	0	9.553.841	2,5	-4.378.309	0,14	0,15
FRIULI V.G.	2.221.552.849	4.443.106	3.023.693	0	3.023.693	2,4	-1.419.413	0,14	0,13
LIGURIA	3.006.939.613	6.013.879	3.179.341	0	3.179.341	1,9	-2.834.538	0,11	0,11
VENETO	9.077.800.992	18.155.602	8.544.149	0	8.544.149	1,7	-9.611.453	0,09	0,09
P.A. BOLZANO	944.040.964	1.888.082	615.834	0	615.834	1,2	-1.272.248	0,07	0,08
P.A. TRENTO	979.126.838	1.958.254	443.726	0	443.726	0,8	-1.514.528	0,05	0,05
ITALIA	110.352.755.311	220.705.511	200.928.676	0	200.928.676	3,4	-19.776.835	0,18	0,20

Tabella 11.2 Spesa farmaceutica per acquisti diretti per Gas Medicinali, individuata tramite il flusso della tracciabilità del farmaco nel periodo Gennaio-Ottobre 2024 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 0,20%, per regione in ordine decrescente di incidenza sul FSN

La presente azione prevede l'attivazione dei sistemi di monitoraggio dell'utilizzo dell'ossigeno liquido per ogni presidio e reparto ospedaliero, al fine individuare le criticità connesse al maggior consumo/costo di ossigeno ed efficientare le procedure d'acquisto attraverso l'adesione da parte della CUC alle procedure di gara da espletarsi da parte di altre Regioni per l'intero fabbisogno.

L'appropriatezza prescrittiva per l'ossigeno liquido dispensato sul territorio è garantita dalla registrazione dei piani terapeutici presso il Servizio farmaceutico territorialmente competente. L'efficientamento della procedura viene assicurata mediante l'intervento di digitalizzazione dei piani terapeutici, applicando la stessa azione prevista per l'introduzione della scheda di trattamento informatizzata, di cui all'azione 9.1.5.2 rubricata "Digitalizzazione della terapia: introduzione scheda di trattamento informatizzata".

Inoltre, viene garantito il consolidamento del controllo delle consegne a domicilio attraverso il ricorso alla piattaforma "Airweb", dove vengono registrati per ogni assistito il piano terapeutico e tutte le dispensazioni effettuate, in modo da poter rilevare eventuali scostamenti.

Nelle prestazioni di ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (OLT) l'attuale utilizzo delle bombole di ossigeno liquido sarà integrato con i dispositivi concentratori di ossigeno (portatili o fissi) che, in specifiche e compatibili condizioni cliniche, permettono al paziente un miglioramento della qualità della vita e, contestualmente, un vantaggio economico per il SSR.

Difatti, l'ossigeno liquido viene venduto a metro cubo/confezione e il concentratore ha un costo fisso: nel dettaglio, l'utilizzo del concentratore, considerati gli attuali prezzi, sarebbe preferibile all'ossigeno liquido nei casi in cui la prescrizione di ossigeno è superiore ai 130m³/mese, tenuto conto che la scelta terapeutica resta una prerogativa del medico prescrittore in considerazione delle condizioni cliniche del paziente.

Pertanto, l'approvvigionamento del concentratore di ossigeno mediante procedure opportunamente individuate, andrà a determinare un beneficio in termini di spesa senza peraltro avere ripercussioni per la salute del paziente ed anzi migliorando in maniera significativa la sua qualità di vita.

Al fine di garantire un utilizzo appropriato dell'ossigeno, anche nei casi di necessità della dispensazione della doppia bombola, essenziale per i pazienti residenti in abitazioni a due piani, l'acquisizione di ulteriore documentazione a supporto (planimetria dei locali di domicilio/residenza) confermerebbe l'effettiva necessità del doppio servizio, a favore di un miglioramento della qualità della vita del paziente.

In merito alle procedure di controllo, si segnala che è in fase di pubblicazione la nuova procedura di gara, nel cui capitolato avrà parte rilevante il sistema di controllo della filiera e, nello specifico: rispetto dei piani terapeutici, controllo alla consegna e al ritiro delle bombole.

Parallelamente, la fascia di pazienti con i requisiti clinici specifici verrà provvista dei dispositivi concentratori d'ossigeno.

9.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 9.2.1 Allineamento della spesa farmaceutica per acquisti diretti alla media nazionale.

Azione 9.2.1.1 Monitoraggio del sistema di distribuzione diretta, mediante le farmacie del territorio (Distribuzione in nome e per conto del SSN – DPC)

Indicatore 9.2.1.1 Report

Azione 9.2.1.2 Audit con i clinici nelle specifiche aree oggetto di attenzione

Indicatore 9.2.1.2 Report-Riduzione della spesa pro capite DPC

Obiettivo 9.2.2 Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti. Implementazione/ottimizzazione procedure di acquisto

Azione 9.2.2.1 Redazione/aggiornamento da parte dell'ASReM del "fabbisogno farmaci annuale con proiezione biennale", con previsione nel biennio della copertura dell'intero fabbisogno farmaci

Indicatore 9.2.2.1 Redazione fabbisogno completo biennale

Azione 9.2.2.2 Valutazione e monitoraggio delle gare di acquisto

Indicatore 9.2.2.2 Relazione redatta dall'ASReM

Obiettivo 9.2.3 Potenziamento dell'utilizzo del farmaco "biosimilare"

Azione 9.2.3.1 Monitoraggio dei consumi dei farmaci biosimilari e originator

Indicatore 9.2.3.1 Report

Azione 9.2.3.2 Aggiornamento Linee d'Indirizzo sull'utilizzo di farmaci biosimilari

Indicatore 9.2.3.2 DCA

Obiettivo 9.2.4 Razionalizzazione della spesa per gas medicale

Azione 9.2.4.1 Attivazione di sistemi/dispositivi di monitoraggio dell'utilizzo dell'ossigeno liquido per singolo presidio e reparto ospedaliero

Indicatore 9.2.4.1 DCA

Azione 9.2.4.2 Digitalizzazione dei piani terapeutici per gas medicali

Indicatore 9.2.4.2 DCA

Azione 9.2.4.3 Introduzione dei dispositivi concentratori di ossigeno nell'OLT D e regolamentazione sull'utilizzo appropriato dell'ossigeno

Indicatore 9.2.4.3 DCA

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 acquisti diretti alla media nazionale.	9.2.1.1 Monitoraggio del sistema di distribuzione diretta, mediante le farmacie del territorio (Distribuzione in nome e per conto del SSN – DPC)	31/12/2025	Report ASReM	Riduzione spesa pro capite del 20% e confronto con la media nazionale		
		31/12/2026	Report ASReM	Allineamento spesa pro-capite alla media nazionale		
		31/12/2027	Report ASReM	Allineamento spesa pro-capite alla media nazionale		
	9.2.1.1 Audit con i clinici nelle specifiche aree oggetto di attenzione	31/12/2025	Report	Numero di audit		
9.2.2 Centralizzazione degli acquisti	9.2.2.1 Redazione/aggiornamento da parte dell'ASReM del "fabbisogno farmaci annuale con proiezione biennale", con previsione nel biennio della copertura dell'intero fabbisogno farmaci	31/12/2025 31/12/2026 31/12/2027	Redazione fabbisogno completo biennale	Si/no		

	9.2.2.2 Monitoraggio delle gare di acquisto	31/12/2025	Report annuale ASReM	(copertura a mezzo gare del 100% del fabbisogno ASREM)		
9.2.3 <i>Potenziamento dell'utilizzo del farmaco "biosimilare"</i>	9.2.3.1 Aggiornamento delle Linee d'Indirizzo sull'utilizzo di farmaci biosimilari	30/09/2025	DCA	Si/no		
	9.2.3.2 Monitoraggio penetrazione del biosimilare nella pratica clinica	31/12/2025	Report semestrale ASReM	Si/no		
9.2.4 <i>Razionalizzazione della spesa per gas medicale</i>	9.2.4.1 attivazione di sistemi/dispositivi di monitoraggio dell'utilizzo dell'ossigeno liquido per singolo presidio e reparto ospedaliero	30/09/2025	DCA	si/no		
	9.2.4.2 Digitalizzazione dei piani terapeutici per gas medicali	30/06/2026	DCA	Si/no		
	9.2.4.3 Introduzione dei dispositivi concentratori di ossigeno nell'OLTLD e regolamentazione sull'utilizzo appropriato dell'ossigeno	31/12/2025	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Politiche del Farmaco DG ASReM UOC – Governance del Farmaco ASReM						

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).

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

Nel 2024, la spesa per dispositivi medici in Molise è stata pari a € 32.767.027,18 (consumi ASReM) con un'incidenza sul Fondo Sanitario Regionale (€ 666.060.378, fonte Monitoraggio AIFA gennaio-dicembre 2024), pari al 4,92 %.

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.

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).

9.3.1 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 l'acquisto dei dispositivi medici

Indicatore 9.3.1.2 Report semestrale ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di Performance	Impatto Economico	Indicatori NSG
<i>9.3.1 Riconduzione della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici ai valori soglia stabiliti dalla normativa statale</i>	9.3.1.1 Istituzione della Commissione tecnica regionale sui dispositivi medici	31/12/2025	DCA	Si/no		
	9.3.1.2 Monitoraggio della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici	31/12/2025	Report semestrale ASReM	Riduzione del 30% dello scostamento rilevato nell'anno 2023		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Politiche del Farmaco UOC – Governance del Farmaco ASReM						

10 Governance del Personale

Nel triennio di programmazione 2023-2025, le politiche in tema di personale sono state 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.

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.

Con riferimento alle procedure concorsuali sinora attivate dall'ASReM continuano ad emergere 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.

Nel Triennio 2025-2027 la Regione continuerà ad affrontare le problematiche legate alla carenza di personale, con un focus rinnovato sulla riorganizzazione e ottimizzazione delle risorse umane, perseguendo l'obiettivo di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo tempestivo ed efficiente.

10.1 Piani triennali di fabbisogno

La Struttura Commissariale con DCA 21 del 14 settembre 2023, ha approvato il Piano Triennale del fabbisogno del personale A.S.Re.M. 2021/2023, in conformità con quanto disposto dalla Deliberazione del Direttore Generale A.S.Re.M. n. 1087/2021. Inoltre, ha approvato il Piano Triennale del fabbisogno A.S.Re.M. 2022/2024, come stabilito dalla Deliberazione del Direttore Generale A.S.Re.M. n. 97/2023.

È stato inoltre trasmesso ai competenti Ministeri per la preventiva approvazione il piano triennale del fabbisogno 2024-2026 di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 1768 del 27/12/2024.

10.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 10.1.1 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM

Azione 10.1.1.1 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM 2024-2026

Indicatore 10.1.1.1 DCA di adozione

Azione 10.1.1.1 Monitoraggio sull'avanzamento delle procedure assunzionali

Indicatore 10.1.1.1 report

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	10.1.1.1 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM 2024-2026	31/12/2025	DCA di adozione	Si/No		
	10.1.1.1 Monitoraggio sull'avanzamento delle procedure assunzionali	31/12/2025 31/12/2026 31/12/2027	Report	% completamento assunzioni		
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 2024-2026 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.

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.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale dell'ASReM è stato elaborato tenendo conto dei seguenti fattori:

- Dotazione organica dell'azienda
- Capacità assunzionale calcolata sui vigenti vincoli di spesa
- Stima dei trend delle cessazioni

Si riporta di seguito il dettaglio delle assunzioni pianificate per il triennio 2024-2026 per comparto e per profilo professionale e lo stato delle assunzioni alla data del 31/12/2024.

Al IV Trimestre 2024 il costo del personale risulta pari a 180,5 €/mln, in incremento rispetto al Consuntivo 2023 di 5,2 €/mln. La variazione rispetto al Consuntivo 2023 è imputabile principalmente all'incremento del costo del personale sanitario (+4,7 €/mln) e dall'aumento del personale non sanitario (+0,5 €/mln).

Relativamente al numero di teste (Tabella 2 del PdR), al IV Trimestre 2024 si è osservato un delta complessivo di + 199 unità di personale a tempo indeterminato rispetto al Consuntivo 2023.

PROFILO	DISCIPLINA	FABBISOGNO 2024	FABBISOGNO 2025	FABBISOGNO 2026	MODALITA' ASSUNZIONALE	UNITA' DI PERSONALE ASSUNTE ALLA DATA DI SETTEMBRE 2025
Dir Farmacista	Farmacia	1			Concorsi	IN ITINERE
Dir Medico	Chirurgia Generale	1			Concorsi	1
Dir Medico	Chirurgia Generale	1			Concorsi	1
Dir Medico	Chirurgia Vascolare	1			Concorsi	1
Dir Medico	Direttore Distretto	1			Concorsi	1
Dir Medico	Direttore Distretto		1		Concorsi	
Dir Medico	Direzione Medica di P.O.	1			Concorsi	IN ITINERE
Dir Medico	Direzione Medica di P.O.		1		Concorsi	IN ITINERE
Dir Medico	Farmacologia e tossicologia	1			Concorsi	NON AVIATO
Dir Medico	Ortopedia	1			Concorsi	1
Professore universitario	Oculistica	1			Concorsi	1 (UNIVERSITARIO)
Dir Medico	Ginecologia	1			Concorsi	1
Dir Medico	Ortopedia	1			Concorsi	1
Dir Medico	Psichiatria	1			Concorsi	IN ITINERE
Dir Medico	Psichiatria	1			Concorsi	IN ITINERE
Dir Medico	Psichiatria	1			Concorsi	1
Dir Medico	Epidemiologo	1			Concorsi	1

PROFILO	DISCIPLINA	FABBISOGNO 2024	FABBISOGNO 2025	FABBISOGNO 2026	MODALITA' ASSUNZIONALE	UNITA' DI PERSONALE ASSUNTE ALLA DATA DI SETTEMBRE 2025
Dir Medico	Medicina Interna	1			Concorsi	SOPPRESSA PER ISTITUZIONE SC CARDIOLOGIA TE
Dir Medico	Medicina Interna	1			Concorsi	1
Dir Medico	Endocrinologia	1			Concorsi	NON AVVIATO
Dir Medico	Medicina Interna	1			Concorsi	IN ITINERE
Dir Medico	Medicina Interna	1			Concorsi	1
Dir Medico	Medicina Interna	1			Concorsi	NON AVVIATO
Dir Medico	Radiologia	1			Concorsi	1
Dir Medico	Radiologia	1			Concorsi	1 (UNIVERSITARIO)
Dir Medico	Rianimazione	1			Concorsi	1
Dir Medico	Pediatria	1			Concorsi	1
Dir Medico	Medicina del lavoro	1			Concorsi	IN ITINERE
Dirigente servizio infermieristico ed ostetrico	Dirigenza infermieristica	1			Concorsi	IN ITINERE
Dir Veterinario	Area Veterinaria B - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti	1			Concorsi	IN ITINERE
Dir Veterinario	Area Veterinaria C - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	1			Concorsi	IN ITINERE
Dir Medico	Anatomia Patologica		3		Concorsi	0
Dir Medico	Anestesia e Rianimazione	11	15	3	Concorsi	18
Dir Medico	Cardiologia/Emodinamica	6	3	2	Concorsi	9
Dir Medico	Chirurgia Generale / Senologia	6	6	2	Concorsi	6
Dir Medico	Chirurgia Generale robotica	1			Concorsi	0
Dir Medico	Chirurgia Vascolare		2	2	Concorsi	1
Dir Medico	Direzione Medica di P.O.	6	3		Concorsi	3
Dir Medico	Gastroenterologia	1	2	1	Concorsi	0
Dir Medico	Igiene Pubblica	7	1	1	Concorsi	7
Dir Medico	Igiene degli alimenti	4	1	1	Concorsi	0
Dir Medico	Servizio per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro	5			Concorsi	1

PROFILO	DISCIPLINA	FABBISOGNO 2024	FABBISOGNO 2025	FABBISOGNO 2026	MODALITA' ASSUNZIONALE	UNITA' DI PERSONALE ASSUNTE ALLA DATA DI SETTEMBRE 2025
Dir Medico	Malattie infettive	4	2	1	Concorsi	4
Dir Medico	Medicina e Chirurgia d'urgenza		10	8	Concorsi	0
Dir Medico	Medicina e Chirurgia d'urgenza (118)		15		Concorsi	0
Dir Medico	Medicina Interna	1	4	2	Concorsi	4
Dir Medico	Medicina Interna/malattie infettive - salute in carcere		2	2	Concorsi	0
Dir Medico	Medicina legale	3	1		Concorsi	1
Dir Medico	Malattie Metaboliche e Diabetologia		1	1	Concorsi	0
Dir Medico	Medicina trasfusionale		1	1	Concorsi	1
Dir Medico	Medicina del lavoro		3	2	Concorsi	1
Dir Medico	Patologia clinica	1	3	3	Concorsi	0
Dir Medico	Nefrologia e Dialisi	2	5	4	Concorsi	2
Dir Medico	Neurologia		2		Concorsi	1
Dir Medico	Neuropsichiatria Infantile	2	3	3	Concorsi	2
Dir Medico	Oftalmologia	2	3	2	Concorsi	2
Dir Medico	Oncologia	1	4	2	Concorsi	0
Dir Medico	Ematologia		2		Concorsi	0
Dir Medico	Organizzazione Sanitaria di Base	6	4	4	Concorsi	3
Dir Medico	ORL		4	3	Concorsi	1
Dir Medico	Ortopedia	1	8	8	Concorsi	0
Dir Medico	Ostetricia e Ginecologia	8	3	2	Concorsi	7
Dir Medico	Ostetricia e Ginecologia (IVG)		2		Concorsi	0
Dir Medico	Pediatria	1	8	4	Concorsi	3
Dir Medico	Pediatria/Neonatol ogia	4	5	2	Concorsi	0
Dir Medico	Pneumologia		4	2	Concorsi	0
Dir Medico	Psichiatria	7	3	3	Concorsi	2
Dir Medico	Radiodiagnostica	7	8	2	Concorsi	11
Dir Medico	Radiologia interventistica		5	2	Concorsi	0
Dir Medico	Medicina nucleare		1	1	Concorsi	0
Dir Medico	Urologia		4	3	Concorsi	0
Dir Medico	Genetica medica		2	1	Concorsi	0
Dir Medico	Medicina dello sport		3			0
Dir Veterinario	Area Veterinaria A	7	4	1	Concorsi	4
Dir Veterinario	Area Veterinaria B	7	3		Concorsi	5
Dir Veterinario	Area Veterinaria C	8		2	Concorsi	8

PROFILO	DISCIPLINA	FABBISOGNO 2024	FABBISOGNO 2025	FABBISOGNO 2026	MODALITA' ASSUNZIONALE	UNITA' DI PERSONALE ASSUNTE ALLA DATA DI SETTEMBRE 2025
Dir Biologo	Biochimica Clinica/Patologia clinica	6	2	2	Concorsi	7
Dir Farmacista	Farmacia	2	3	2	Concorsi	4
Dir Psicologo	Area Psicologica e Psicoterapeuta	10	2	3	Concorsi	10
Dir Ingegnere biomedicale	Area Professionale	1	1		Concorsi	0
Dir Ingegnere Informatico/Analista	Area Professionale	1	1		Concorsi	0
Dir edili/civile	Area Professionale		1		Concorsi	0
Dir Sociologo	Area Tecnica	1			Concorsi	1
Dir Amministrativo	Area Amministrativa	6	2	5	Concorsi	4
Dir Amministrativo professionale avvocato	Area Professionale		1		Concorsi	0
Dirigente servizio infermieristico ed ostetrico	Dirigenza infermieristica	2	1		Concorsi	0
Dietista	Area Sanitaria		2	1	Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	0
Fisioterapista	Area Sanitaria		20	5	Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	6
Infermiere	Area Sanitaria	173	30	20	Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	145
Audiometrista	Area Sanitaria		2	2	Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	0
Logopedista	Area Sanitaria	3	2		Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	3
Ortottista	Area Sanitaria	4	2	2	Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	4
Ostetrica	Area Sanitaria	17	2	2	Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	21
Terapista occupazionale	Area Sanitaria		1	1	Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	0
Tecnico delle prevenzione	Area Sanitaria	12	8	8	Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	9
Tecnico Neuropsicomotricista	Area Sanitaria	3	2		Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	0

PROFILO	DISCIPLINA	FABBISOGNO 2024	FABBISOGNO 2025	FABBISOGNO 2026	MODALITA' ASSUNZIONALE	UNITA' DI PERSONALE ASSUNTE ALLA DATA DI SETTEMBRE 2025
Tecnico Neurofisiopatologia	Area Sanitaria	4	5	4	Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	4
Tecnico san di laboratorio biomedico	Area Sanitaria	27			Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	21
Tecnico san di radiologia medica	Area Sanitaria	20	9		Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	27
Tecnico di fisiopatologia cardiovascolare e perfusione cardiocircolatoria	Area Sanitaria		6		Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	0
Tecnico riabilitazione psichiatrica	Area Sanitaria	8			Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	1
Collaboratore professionale - Ingegnere biomedico	Area professionale	2	2	2	Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	2
Collaboratore professionale - Ingegnere informatico	Area professionale	1			Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	0
Collaboratore Professionale - profilo avvocato	Area Professionale	3			Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	1
Assistente sociale	Area Tecnica	10	5		Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	11
Assistente Tecnico	Area Tecnica	6			Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	4
Assistente Tecnico	Area Tecnica	2			Verticalizzazione	0
Collaboratore tecnico professionale - settore informatico	Area Tecnica	2	2		Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	3
Collaboratore tecnico professionale - ingegnere gestionale	Area Tecnica		2		Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	0
Collaboratore tecnico professionale - Ingegnere meccanico	Area Tecnica	1	1		Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	0

PROFILO	DISCIPLINA	FABBISOGNO 2024	FABBISOGNO 2025	FABBISOGNO 2026	MODALITA' ASSUNZIONALE	UNITA' DI PERSONALE ASSUNTE ALLA DATA DI SETTEMBRE 2025
Collaboratore tecnico professionale ingegnere elettrico	Area Tecnica	1	1		Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	1
Igienista dentale	Area Tecnica		2	2	Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	0
Operatore Socio Sanitario	Area Tecnica	54			Stabilizzazione e	52
Operatore Socio Sanitario	Area Tecnica	1	33		Stabilizzazione e	0
Operatore Socio Sanitario	Area Tecnica	38			Verticalizzazione	0
Operatore Socio Sanitario	Area Tecnica	61			concorso	63
Operatore Socio Sanitario	Area Tecnica	1			Concorso L.68/99	0
Operatore tecnico CED BS	Area Tecnica	3	4		Concorso L.68/99	0
Operatore tecnico Autista	Area Tecnica	1			Concorso L.68/99	1
Operatore tecnico centralinista B	Area Tecnica	1			Concorso L.68/99	1
Operatore tecnico specializzato autista ambulanza BS	Area Tecnica	13			Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	0
Collaboratore tecnico professionale civile/edile	Area Tecnica		1		Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	0
Specialista della comunicazione istituzionale	Area Amministrativa	1			Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	1
Collaboratore amministrativo	Area Amministrativa	27	29		Concorsi	27
Collaboratore amministrativo	Area Amministrativa	1			Concorso L.68/99	0
Collaboratore amministrativo	Area Amministrativa		5		Verticalizzazione	0
Assistente amministrativo	Area Amministrativa	10			Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	0
Operatore tecnico specializzato	Area Tecnica	2			Verticalizzazione	0
Assistente religioso	Area Tecnica		3		Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	0

PROFILO	DISCIPLINA	FABBISOGNO 2024	FABBISOGNO 2025	FABBISOGNO 2026	MODALITA' ASSUNZIONALE	UNITA' DI PERSONALE ASSUNTE ALLA DATA DI SETTEMBRE 2025
Logopedista	Area Tecnica			2	Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	3
Educatore professionale	Area Tecnica	2	1		Stabilizzazione e Mobilità / Concorsi	0

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 2023-2025

Azione 10.2.1.1 Mappatura dell'allocazione del personale

Indicatore 10.2.1.1 Relazione tecnica

Azione 10.2.1.2 Monitoraggio dello stato di avanzamento delle procedure concorsuali *in itinere*

Indicatore 10.2.1.2 Report semestrale

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 2023-2025	10.2.1.1 Aggiornamento della mappatura dell'allocazione e delle funzioni del personale al 31.09.2025	31/12/2025	Report ASReM	Si/no		
	10.2.1.2 Monitoraggio dello stato di avanzamento delle procedure concorsuali in itinere e aggiornamento della mappatura dell'allocazione e delle funzioni del personale	31/12/2025	Report semestrale 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						

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 2024/2025

Professioni con laurea triennale	Numero unità richieste
Assistente Sanitario	1
Dietista	2
Educatore Professionale	1
Fisioterapista	12
Igienista Dentale	2
Infermiere	89
Infermiere pediatrico	2
Logopedista	4
Ortottista - Assistente di Oftalmologia	3
Ostetrica /o	9
Podologo	0
Tecnico Audiometrista	3
Tecnico Audioprotesista	2
Tecnico della Fisiopatologia Cardiocirc.e perf. vascol.	5

Professioni con laurea triennale	Numero richieste	unità
Tecnico della Prevenzione Ambiente e Luoghi di Lavoro	20	
Tecnico di Neurofisiopatologia	1	
Tecnico Ortopedico	3	
Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	2	
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	26	
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	10	
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	1	
Terapista Occupazionale	1	

Professioni con laurea quinquennale	Numero richieste	unità
Veterinario	30	
Farmacista	11	
Biologo	4	
Chimico	0	
Fisico	0	
Psicologo	4	

Professioni con laurea sessennale	Numero richieste	unità
Medico chirurgo	279	
Odontoiatra	31	

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- 1.2.2- 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.

Con DCA n. 21 del 14/09/2023 è stato adottato Piano triennale dei fabbisogni del personale dell'azienda sanitaria regionale per il Molise. Triennio 2021/2023 e triennio 2022/2024".

Con Delibera n. 496 del 31/07/2023 l'ASReM ha adottato il "Piano della Performance" relativo all'anno 2023.

A fronte della rimodulazione degli obiettivi del PNRR, Missione 6, a livello nazionale, e quindi la ridefinizione degli obiettivi a livello dei territori del Molise la Struttura Commissariale intende allineare gli obiettivi formativi per i suoi operatori sanitari, socio sanitari e sociali e per i suoi middle manager alla rimodulazione delle competenze tecniche, professionali e relazionali utili a garantire la gestione ottimale delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e COT nel suo territorio.

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 2025

Indicatore 10.3.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 10.3.1.2 Adozione del Piano della Performance 2026

Indicatore 10.3.1.2 Provvedimento ASReM

Azione 10.3.1.3 Adozione del Piano della Performance 2027

Indicatore 10.3.1.3 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 2025	31/03/2025	Provvedimento ASReM	Si/no		
	10.3.1.2 Adozione del Piano della Performance 2026	31/03/2026	Provvedimento ASReM	Si/no		
	10.3.1.3 Adozione del Piano della Performance 2027	31/03/2027	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						

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.

In ordine alla verifica adempimenti la Struttura Commissariale si è adoperata fin dal suo insediamento alla risoluzione delle criticità legate agli adempimenti, riuscendo a chiudere nel corso del 2023 gli adempimenti degli anni 2015-2016, e ottenendo il conseguente sblocco delle premialità pari a circa 31,388 milioni di euro, nonché nel corso dell'anno 2025 a ottenere dal conto ordinario della Regione Molise 15,6 €/mln relativi a manovre fiscalità pregresse, incassate dalla Regione e non trasferite nel corso dei precedenti anni (Cfr. Det n. 5507/2025).

Obiettivo del triennio 2025-2027 è quello di continuare a monitorare gli adempimenti LEA e a porre in essere le specifiche azioni risolutive.

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 Attività di monitoraggio semestrale

Indicatore 11.2.1.1 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 Attività di monitoraggio trimestrale	30/09/2025	report	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, già avviata con la precedente 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 interoperabilità² 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 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).

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;

² Interoperabilità di base (requisiti di interconnettività), strutturale (formato e sintassi), semantica (interpretazione e metriche comuni) e organizzativa (governance dei dati, sicurezza e trasparenza).

- consultori familiari.

La regione Molise ha intrapreso un processo di potenziamento inerente la raccolta, elaborazione e analisi dati del MdS, tramite il PNRR - M6C2 - 1.3.2.2.3 «Rafforzamento della collezione, elaborazione e produzione di dati a livello locale»

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.

Da una analisi dei dati effettuata dal Dipartimento per la Trasformazione Digitale a novembre 2023, la Regione Molise risulta tra le prime regioni italiane nello stato di avanzamento dei lavori, con 15 strutture sanitarie attivate e 21 in lavorazione.

Si prevede la conclusione del progetto entro le scadenze previste dal PNRR.

11.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.3.1. Ottimizzazione dei sistemi informativi

Azione 11.3.1.1: Controllo e validazione dei flussi

Indicatore 11.3.1.1: Report semestrale

Azione 11.3.1.2: Adozione dei flussi Cure Primarie e Ospedali di Comunità

Indicatore 11.3.1.2: DCA

Azione 11.3.1.3: Attuazione del Piano sanità connessa

Indicatore 11.3.1.3: Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.3.1 Ottimizzazione dei sistemi informativi	Azione 11.3.1.1 Controllo e validazione dei flussi	31/12/2025	Report semestrale			
	Azione 11.3.1.2 Adozione dei flussi Cure Primarie e Ospedali di Comunità	31/12/2025	DCA			
	Azione 11.3.1.3 Attuazione del Piano sanità connessa	30/06/2026	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.

Il contenzioso sanitario, amministrativo e civile, viene costantemente monitorato tramite relazioni periodiche ai Ministeri affiancanti.

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 possibile 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.

La nuova Piattaforma di Gestione Contenziosi rappresenta un significativo passo avanti nella digitalizzazione e ottimizzazione dei processi legali del settore sanitario. Contribuirà in modo sostanziale a migliorare la gestione e la risoluzione dei contenziosi, offrendo strumenti avanzati per il monitoraggio, il controllo e la collaborazione tra le parti coinvolte. Si sottolinea l’importanza di proseguire con l’implementazione e la formazione continua del personale per garantire il pieno utilizzo delle potenzialità della piattaforma. In futuro, si prevede di estendere le funzionalità della piattaforma, includendo, ad esempio, il supporto alla mediazione e alla conciliazione, al fine di promuovere la risoluzione alternativa delle controversie.

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 Realizzazione di una mappatura del contenzioso promosso verso la Regione e l’ASReM

Indicatore 11.4.1.1 Report semestrale

Azione 11.4.1.2 Invio ai Ministeri affiancanti di un rapporto riepilogativo in occasione delle riunioni dei TdV

Indicatore 11.4.1.2 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 Realizzazione di una mappatura del contenzioso promosso verso la Regione e l’ASReM	30/06/2025	Report semestrale	Si/No		
	11.4.1.2 Invio ai Ministeri affiancanti di un rapporto riepilogativo in occasione delle riunioni dei TdV	31/03/2025	Report trimestrale			
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;
- Fondi relativi al Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C1 e M6C2.

Situazione attuale

Le attività svolte si sono concentrate su due temi principali di fondamentale importanza per la sicurezza e l'efficienza delle strutture sanitarie: l'adeguamento antincendio dei presidi sanitari e l'acquisizione di attrezzature elettromedicali, finalizzate all'incremento, sostituzione o nuovi acquisti.

Per quanto riguarda l'adeguamento antincendio, la Regione ha attivato iniziative mirate a garantire che le strutture sanitarie fossero conformi alle normative stabilite dal DM 19-03-2015. In parallelo, sono stati avviati interventi riguardanti le apparecchiature elettromedicali, con particolare attenzione all'acquisizione, manutenzione e modernizzazione di dispositivi essenziali per la diagnosi e il trattamento dei pazienti. L'obiettivo principale è stato quello di assicurare il funzionamento ottimale di queste apparecchiature, garantendo così alti standard di cura e servizi efficienti all'interno delle strutture sanitarie.

Entrambe le aree di intervento, pertanto, sono risultate fondamentali per migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria fornita.

In relazione alle iniziative strategiche per il miglioramento delle strutture sanitarie regionali, la Regione ha coordinato la redazione del Documento Programmatico relativo agli interventi di adeguamento antincendio, sviluppato secondo la *“Metodologia ex Ante”*. Questo documento, fondamentale per l'attuazione degli interventi di sicurezza nelle strutture sanitarie, ha richiesto un lavoro di ricognizione accurato e puntuale, finalizzato a raccogliere tutta la documentazione pertinente.

In particolare, è stata effettuata una rilevazione e mappatura di tutte le strutture sanitarie regionali, stilando un elenco di quelle che necessitavano di interventi. Le strutture identificate sono le seguenti:

- Ospedale Cardarelli di Campobasso, superficie lorda di mq 66.500,00;
- Ospedale San Timoteo di Termoli (CB), superficie lorda di mq 46.600,00;
- Ospedale Veneziale di Isernia, superficie lorda di mq 19.520,00;
- Ospedale Vietri di Larino (CB), superficie lorda di mq 32.830,00;
- Ospedale Caracciolo di Agnone (IS), superficie lorda di mq 7.950,00;
- Ospedale SS.Rosario di Venafro (IS), superficie lorda di mq 24.442,00;
- Poliambulatorio ex Vietri di Larino (CB), superficie lorda di mq 7.580,00;

- Poliambulatorio ex Timoteo di Termoli (CB), superficie lorda di mq 8.850,00;
- Poliambulatorio di Riccia (CB), superficie lorda di mq 2.017,00;
- Poliambulatorio Ugo Petrella di Campobasso, superficie lorda di mq 7.645,00;
- Poliambulatorio di Frosolone (IS), superficie lorda di mq 1.874,00;
- Poliambulatorio di Trivento (CB), superficie lorda di mq 2.435,00;
- Poliambulatorio di Isernia, superficie lorda di mq 6.506,00;
- Poliambulatorio di Castelmauro, superficie lorda di mq 830,00;
- Poliambulatorio di Montenero di Bisaccia (CB), superficie lorda di mq 1.540,00;
- Poliambulatorio di Bojano (CB), superficie lorda di mq 3.000,00;
- Poliambulatorio di Santa Croce di Magliano (CB), superficie lorda di mq 1.630,00.

Ad oggi, per tutti i presidi ospedalieri sono stati approvati i progetti per la fase 2 , ai sensi del D.M. 19/03/2015, mentre per i poliambulatori sono stati approvati i progetti riguardante la Fasi 2 che 3, ai sensi del D.M. 19/03/2015.

Inoltre, la Regione ha coordinato l'articolazione dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari, in particolare per il programma pluriennale di investimenti ex art.20 Legge n.67/1988.

Per quanto riguarda le apparecchiature elettromedicali, la Regione ha attivamente avviato un processo di ammodernamento delle attrezzature all'interno della rete ospedaliera. L'ASREM ha istituito una commissione dedicata all'HTA (Health Technology Assessment), con il compito di analizzare le necessità specifiche delle strutture ospedaliere. I primari delle strutture hanno fornito un elenco dettagliato delle attrezzature richieste, includendo le destinazioni d'uso, le quantità necessarie e una stima dei costi. La Regione sta predisponendo la documentazione necessaria alla stipula dell'Accordo di Programma con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze per l'acquisto di attrezzature per un importo di circa 22 €/mln.

In collaborazione con la commissione, è stato creato un database integrato per gestire le informazioni richieste dalla Legge n. 67/88, che include anche dati su attrezzature già acquistate durante l'emergenza COVID e quelle relative alla torre COVID negli ospedali. È stato altresì considerato l'elenco delle attrezzature finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) M1C2, per evitare la duplicazione degli acquisti e garantire un uso oculato delle risorse.

Le azioni svolte in questo periodo hanno rappresentato un passo significativo verso il miglioramento dei servizi sanitari regionali, con l'obiettivo di ottimizzare l'uso delle risorse e promuovere una maggiore efficienza nella cura dei pazienti, contribuendo così a garantire un'assistenza sanitaria di qualità e tempestiva per tutta la popolazione della Regione Molise.

Efficientamento Energico

L'efficientamento energetico nelle strutture sanitarie riveste un ruolo cruciale, poiché ospedali, cliniche e centri medici sono edifici con un elevato fabbisogno energetico. La riduzione dei costi di gestione permette di destinare maggiori risorse ai servizi sanitari, migliorando l'efficienza complessiva del sistema. Un ambiente ben climatizzato e con una migliore qualità dell'aria contribuisce al comfort e alla sicurezza di pazienti e personale. L'integrazione di sistemi energetici avanzati, come le fonti rinnovabili e le tecnologie di gestione intelligente, garantisce maggiore affidabilità operativa, riducendo il rischio di interruzioni nel funzionamento delle apparecchiature mediche. Inoltre, adottare

soluzioni sostenibili consente di abbattere le emissioni di CO₂, contribuendo agli obiettivi ambientali e migliorando l'impatto ecologico del settore sanitario.

L'efficientamento energetico in questo ambito può portare a:

- Riduzione dei costi di gestione: Minori spese per energia elettrica e riscaldamento permettono di destinare più risorse ai servizi sanitari.
- Migliore comfort per pazienti e personale: Ambienti ben climatizzati e con una migliore qualità dell'aria migliorano il benessere e la sicurezza.
- Affidabilità operativa: L'integrazione di sistemi di energia rinnovabile e di gestione intelligente riduce il rischio di interruzioni nel funzionamento delle apparecchiature.
- Minore impatto ambientale: L'adozione di tecnologie sostenibili contribuisce agli obiettivi di riduzione delle emissioni di CO₂.

Nel contesto di crisi finanziaria che attraversa la sanità della Regione Molise, assume particolare importanza la riduzione dei costi di gestione. L'efficientamento energetico e il conseguente abbattimento dei consumi comportano una diminuzione diretta delle spese per l'energia elettrica e il riscaldamento. Inoltre, migliorando l'efficienza energetica, si potenzia la sostenibilità economica a lungo termine delle strutture, rendendole meno esposte alle oscillazioni dei prezzi dell'energia.

In considerazione di ciò, la Regione Molise, nel triennio 2025-2027 intende avviare interventi di ristrutturazione e ottimizzazione energetica, per l'ammodernamento delle infrastrutture sanitarie, con l'obiettivo di ridurre i consumi energetici e abbattere le spese per energia elettrica e riscaldamento, anche mediante l'utilizzo di appositi finanziamenti.

Da un'analisi preliminare emergono come interventi ad alto impatto e di facile realizzazione l'adozione del fotovoltaico per la produzione di energia elettrica e l'installazione di termostati intelligenti per la gestione del riscaldamento. Dall'analisi, per ciò che concerne l'energia elettrica è emerso che il risparmio medio derivante dall'installazione di un impianto fotovoltaico per una realtà aziendale dipende da diversi fattori e possibilità di realizzazione, tra cui la dimensione dell'impianto, il consumo energetico, la posizione geografica e le tariffe energetiche locali. In linea generale, un impianto fotovoltaico adeguatamente dimensionato può consentire una riduzione dei costi energetici aziendali che varia dal 20% al 60% su base annua.

Sempre in via generale e preliminare, in contesti aziendali dal punto di vista dei consumi di combustibile per il riscaldamento, è emerso che l'installazione di termostati intelligenti per il riscaldamento può portare a risparmi notevoli, poiché questi dispositivi ottimizzano la gestione della temperatura in base alle esigenze reali degli spazi, evitando sprechi energetici. Mediamente, le aziende che adottano termostati intelligenti possono ridurre i costi di riscaldamento annuali dal 10% al 30%.

La Regione Molise, riconoscendo tutte le opportunità di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della propria azienda sanitaria, provvederà ad avviare tutte le attività necessarie per sviluppare un piano concreto di efficientamento energetico. In via prudenziale si stima una riduzione dei costi pari al 20%.

11.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.5.1 Adeguamento alla normativa antincendio delle strutture sanitarie

Azione 11.5.1.1 Trasmissione documenti per l'ammissione al finanziamento per i progetti di 2 e 3 fase delle strutture sanitarie da adeguare alla normativa antincendio

Indicatore 11.5.1.1 DCA e Redazione modulo A

Azione 11.5.1.2 Indizione Gare antincendio da parte di ASReM

Indicatore 11.5.1.2 Provvedimento ASReM

Azione 11.5.1.1 Avvio dei lavori

Indicatore 11.5.1.1 Provvedimento ASReM

Obiettivo 11.5.2 Ammodernamento del parco tecnologico (ex art.20 L.67/88)

Azione 11.5.2.1 Predisposizione della documentazione per la Stipula dell'Accordo di Programma

Indicatore 11.5.2.1 Invio ai Ministeri della documentazione prodotta

Azione 11.5.2.1 Sottoscrizione dell'Accordo di Programma

Indicatore 11.5.2.1 DCA

Obiettivo 11.5.3 Efficientamento Energetico delle strutture sanitarie

Azione 11.5.3.1 Individuazione del possibile promotore e delle eventuali fonti di finanziamento

Indicatore 11.5.2.1 Studio di fattibilità

Azione 11.5.3.2 Progettazione esecutiva

Indicatore 11.5.2.1 Progetto esecutivo

Azione 11.5.3.3 Avvio delle procedure di gara

Indicatore 11.5.2.3 Provvedimento ASReM

Azione 11.5.3.4 Avvio dei lavori

Indicatore 11.5.2.4 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.5.1 Adeguamento alla normativa antincendio delle strutture sanitarie	11.5.1.1 Trasmissione documenti per l'ammissione al finanziamento per i progetti di 2 e 3 fase delle strutture sanitarie da adeguare alla normativa antincendio	31/12/2025	DCA e Redazione modulo A			
	11.5.1.2 Indizione Gare antincendio da parte di ASReM	31/12/2025	Provvedimento ASReM			
	11.5.1.3 Avvio dei lavori	31/03/2026	Provvedimento ASReM			
11.5.2 Ammodernamento del parco tecnologico (ex art.20 L.67/88)	11.5.2.1 Predisposizione della documentazione per la Stipula dell'Accordo di Programma	31/12/2025	Invio ai Ministeri della documentazione prodotta			
	11.5.2.2 Sottoscrizione dell'Accordo di Programma	31/03/2026	DCA			
11.5.3 Efficientamento Energetico delle strutture sanitarie	11.5.3.1 Individuazione del possibile promotore e delle eventuali fonti di finanziamento	31/12/2025	Studio di fattibilità			
	11.5.3.2 Progettazione esecutiva	31/03/2026	Progetto esecutivo			
	11.5.3.3 Avvio delle procedure di gara	30/06/2026	Provvedimento ASReM			

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
	11.5.3.4 Avvio dei lavori	30/09/2026	Provvedimento ASReM			
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 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.

Gli obiettivi progettuali si integrano a pieno con la programmazione sanitaria per la prossima annualità, infatti sono presenti nel 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 due ambiti progettuali:

- **Monitoraggio della corretta e puntuale applicazione a regime delle aree previste dal PAC;**
- **Rafforzamento della struttura organizzativa afferente alla GSA e degli strumenti di controllo.**

Tali ulteriori obiettivi progettuali si sono resi necessari a seguito di approfondimenti effettuati che tengono conto di nuove esigenze rispetto a quelle identificate nella nota prot. RM n. 59183/2024 che vengono riportate di seguito e che si intendono effettuate:

- **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 in 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:

AMBITO PROGETTUALE	STATO DELL'ARTE	OBIETTIVI	CHIUSURA
I. Progettazione del modello di monitoraggio	Concluso	<p>Con riferimento al primo ambito progettuale, è stato definito 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 stato 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 in oggetto 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.</p>	31.12.2023
II. Realizzazione degli strumenti informatici	Concluso e in corso di ampliamento	<p>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.</p> <p>Il Sistema "SIRMEC" è stato realizzato. Tale sistema consente al management sanitario (Regione/A.S.Re.M.) di avvalersi del supporto dello strumento informativo realizzato, nelle attività di programmazione e di analisi dei fenomeni complessi del SSR.</p>	31/12/2023
III. Organizzazione e processi	Avviato ed in corso di implementazione	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Il passaggio al nuovo Modello, che prevede interventi a carattere organizzativo e procedurale sarà condotto attraverso attività di supporto alle</p>	31/12/2024

AMBITO PROGETTUALE	STATO DELL'ARTE	OBIETTIVI	CHIUSURA
		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.	

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 3 agosto 2023 punto xx: "Definizione e assegnazione degli obiettivi del Direttore Generale dell'ASREM in coerenza con il Piano di Rientro".

Con Decreto n. 39 del 3 marzo 2025 sono stati assegnati gli obiettivi operativi al Direttore Generale dell'ASREM, in linea con il Piano di Rientro dai disavanzi sanitari. Gli obiettivi mirano a migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre le liste d'attesa e ottimizzare la gestione finanziaria. Il decreto prevede un monitoraggio trimestrale con una valutazione positiva al raggiungimento del 60% degli obiettivi.

Le principali aree di intervento sono: l'incremento della copertura degli screening oncologici (oltre il 50%), l'estensione della vaccinazione antinfluenzale al 75% degli over 65, e la riduzione dei tempi di soccorso a 18 minuti per le emergenze. In ambito ospedaliero, si punta a ridurre i cesarei primari sotto il 15% e a garantire interventi tempestivi per le fratture del femore (65% entro 48 ore).

Il decreto affronta anche la gestione delle liste d'attesa, con il pieno funzionamento del CUP Unico Regionale e l'obiettivo di ridurre la mobilità passiva, abbattendo del 30% le prestazioni ospedaliere fuori regione. Si pongono anche gli obiettivi per la razionalizzazione dei costi (riduzione del 2,5-3,5%) e il rispetto dei tempi di pagamento ai fornitori, con penalizzazioni per ritardi superiori a 60 giorni.

La Regione Molise, per assicurare il rispetto dei tempi di pagamento ha assegnato altresì uno specifico obiettivo al Direttore Generale ai sensi della legge di bilancio per l'anno 2019, n.145, articolo 1, comma 865 che prevede un meccanismo sanzionatorio legato all'assegnazione dell'indennità di risultato del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria vincolata al rispetto dei tempi di pagamento.

11.7.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.7.1 Definizione del processo di assegnazione e monitoraggio degli obiettivi annuali

Azione 11.7.1.1 Definizione della procedura di assegnazione degli obiettivi al DG ASReM

Indicatore 11.7.1.1 DCA

Azione 11.7.1.2 Monitoraggio sullo stato dell'arte degli obiettivi assegnati

Indicatore 11.7.1.2 Report Trimestrale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.7.1 Definizione del processo di assegnazione e monitoraggio degli obiettivi annuali	11.7.1.1 Definizione della procedura di assegnazione degli obiettivi al DG ASReM	31/03/2025 31/12/2025 31/12/2026	DCA	Si/NO		
	11.7.1.2 Monitoraggio sullo stato dell'arte degli obiettivi assegnati	30/12/2025	Report trimestrale DG ASReM	Si/NO		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						

11.8 Health Technology Assessment

Nell'ambito della programmazione 2023-2025, 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 ricomprensenti: 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.

A seguito della redazione dell'elenco aggiornato delle attrezzature da acquisire per l'ASREM, predisposto dalla Commissione Tecnica HTA, istituita con la Deliberazione del Direttore Generale n. 766/23, è stata adottata la Deliberazione n. 74 del 23 gennaio 2024, inerente il programma di investimenti sanitari ex art. 20 della legge n. 67/1988, per l'intervento relativo all'acquisto di attrezzature elettromedicali.

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 Piano di verifica e valutazione del parco tecnologico ASReM

Indicatore 11.8.2.1 Provvedimento ASReM

Azione 11.8.2.2 Monitoraggio delle apparecchiature installate al fine di valutarne il livello tecnologico e l'eventuale sostituzione

Indicatore 11.8.2.2 Report semestrale ASReM

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 Piano di verifica e valutazione del parco tecnologico ASReM	31/12/2025	Provvedimento ASReM	Si/No		
	11.8.2.2 Monitoraggio delle apparecchiature installate al fine di valutarne il livello tecnologico e l'eventuale sostituzione	31/12/2025	Report semestrale ASReM	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.169/2025 del 31 ottobre 2025 recante *"Schema di protocollo d'intesa tra regione Molise e università degli studi del Molise per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali. Approvazione"* è stato approvato lo 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."*

La Struttura Commissariale, prima dell'adozione o dell'adeguamento del Programma Operativo, acquisisce un formale parere dell'Università degli Studi del Molise.

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: Approvazione del protocollo d'intesa con l'università

Indicatore 11.9.1.1: Relazione annuale

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 Approvazione del protocollo d'intesa con l'università ed avvio delle attività	31/12/2025	Relazione annuale			
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						

11.10 Stato di attuazione degli interventi PNRR

Si riportano di seguito gli interventi previsti nell'ambito del PNRR e le relative risorse assegnate. 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 € 6.741.968,00;

- 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 € 15.497.008,00;
- Realizzazione, presso la casa della salute di Bojano, l'Ospedale di Comunità di Venafro e il 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 € 1.083.307,95;

- 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 € 14.758.368,94, di cui € 4.513.677,04, finanziato con quota Recovery, e € 10.244.691,90 con quota PNC;

Con Decreto del Commissario ad Acta della Regione Molise n. 25 del 26/05/2022 è stato approvato il "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute. Programma Operativo Regionale e Action Plan". Il "Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome (PP./AA.)" è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute e la Regione Molise (prot. reg. n. 107408 del 20 luglio 2022).

La Direzione Generale per la Salute è stata individuata, con nota prot. n. 115420 del 4 luglio 2022, Referente Unico della Parte per la realizzazione degli investimenti PNRR Missione 6 Salute, incarico confermato con DCA n. 24 dell'11 febbraio 2025.

La Regione Molise ha inteso realizzare gli investimenti PNRR M6 effettuando delega amministrativa all'Azienda Sanitaria della Regione Molise (ASReM), che, a sua volta ha proceduto all'avvio dei progetti aderendo a convenzioni CONSIP, appositamente istituite per la realizzazione degli investimenti PNRR, o con determinazioni a contrarre tramite l'Agenzia Nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa spa (INVITALIA). In questo modo è stato garantito il rispetto delle scadenze previste per la sottoscrizione dei singoli contratti.

Inoltre, per la corretta attuazione degli investimenti PNRR Missione 6 Salute che coinvolga in maniera partecipativa gli attori coinvolti, al fine di monitorare regolarmente lo stato di avanzamento fisico procedurale degli investimenti PNRR, nonché il raggiungimento di M&T, con Decreto del Commissario ad Acta della Regione Molise n. 19 del 13 giugno 2023 è stata istituita apposita Cabina di Regia regionale, composta da Regione Molise, ASReM, Molise Dati e dai RUP degli investimenti, che si riunisce a cadenza mensile.

Con la deliberazione n.430 del 2.4.2025 rubricata "Interventi PNRR – Missione 6 – Presa d'atto cronoprogrammi aggiornati" l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise ha adottato il cronoprogramma degli interventi relativi al PNRR.

Con successiva deliberazione del DG ASReM n. 915 del 08-07-2025 è stato annullato l'atto deliberativo di cui sopra e sostituito con il cronoprogramma aggiornato come da tabella seguente.

Allegato n.1 – Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Ospedali Sicuro									
	CUP	CIG DERIVATO	INTERVENTO	CONTRATTI SPECIFICI PROT.	Tempistiche del contratto	Tempistiche previste dal cronoprogramma	Data consegna parziale art.5 comma 9 del DM. 49/2018	Data presumibile della consegna dei lavori definitiva	Data termine dei lavori, riferita alla consegna definitiva dei lavori
AQ1 MOLISE – 2	C33D22000120006	9907735990	Casa della Comunità TERMOLI	119769 del 28/11/2023	365 gg naturali e consecutivi	205 gg naturali e consecutivi	27/06/2025	14/07/2025	31/03/2026
AQ1 MOLISE – 2	C43D22000160006	9907585DC6	Casa della Comunità FROSOLONE	119735 del 28/11/2023	365 gg naturali e consecutivi	282 gg naturali e consecutivi	27/06/2025	14/07/2025	31/03/2026
AQ1 MOLISE – 3	C53D22000170006	9907485B41	Casa della Comunità ISERNIA	119724 del 28/11/2023	365 gg naturali e consecutivi	200 gg naturali e consecutivi	27/06/2025	14/07/2025	31/03/2026
AQ1 MOLISE – 4	C73D22000200006	99075565DA	Casa della Comunità VENAFRO	119728 del 28/11/2023	365 gg naturali e consecutivi	150 gg naturali e consecutivi	27/06/2025	14/07/2025	31/03/2026
AQ1 MOLISE – 4	C73D22000220006	9907759D5D	Ospedale di comunità VENAFRO	119771 del 28/11/2023	365 gg naturali e consecutivi	120 gg naturali e consecutivi	29/06/2025	14/07/2025	31/03/2026
AQ1 MOLISE – 1	C13D22000230006	9907680C2C	Casa della Comunità LARINO	119757 del 28/11/2023	365 gg naturali e consecutivi	365 gg naturali e consecutivi	-	12/05/2025 (Consegna definitiva)	31/03/2026
AQ1 MOLISE – 1	C13D22000240006	990778205C	Ospedale di comunità LARINO	119772 del 28/11/2023	365 gg naturali e consecutivi	365 gg naturali e consecutivi	-	22/05/2025 (Consegna definitiva)	31/03/2026
AQ1 MOLISE – 4	C93D22000240006	9907106281	Casa della Comunità BOJANO	119717 del 28/11/2023	365 gg naturali e consecutivi	120 gg naturali e consecutivi	31/07/2025 (data presumibile)	22/08/2025 (data presumibile)	31/03/2026 (data presumibile)
AQ1 MOLISE – 3	C63D22000300006	990770941D	Casa della Comunità SANTA CROCE DI MAGLIANO	119763 del 28/11/2023	365 gg naturali e consecutivi	200 gg naturali e consecutivi	01/09/2025 (data presumibile)	11/09/2025 (data presumibile)	31/03/2026 (data presumibile)
AQ1 MOLISE – 3	C73D22000210006	9907644E76	Casa della Comunità MONTENERO DI BISACCIA	119743 del 28/11/2023	365 gg naturali e consecutivi	200 gg naturali e consecutivi	01/09/2025 (data presumibile)	11/09/2025 (data presumibile)	31/03/2026 (data presumibile)
AQ1 MOLISE – 3	C23D22000170006	9907147456	Casa della Comunità AGNONE	119719 del 28/11/2023	365 gg naturali e consecutivi	180 gg naturali e consecutivi	01/09/2025 (data presumibile)	01/09/2025 (data presumibile)	31/03/2026 (data presumibile)
AQ1 MOLISE – 2	C33D22000110006	9907618903	Casa della Comunità CASTELMAURO	119738 del 28/11/2023	365 gg naturali e consecutivi	150 gg naturali e consecutivi	01/09/2025 (data presumibile)	01/09/2025 (data presumibile)	31/03/2026 (data presumibile)
AQ1 MOLISE – 3	C93D22000230006	9903044A6D	Casa della Comunità RICCIA	119707 del 28/11/2023	365 gg naturali e consecutivi	250 gg naturali e consecutivi	-	-	30/06/2026 (data presumibile)
AQ1 MOLISE – 2	C33D22000130006	A053DD1E1A	Casa della Comunità CAMPOBASSO	56791 del 23/05/2024	365 gg naturali e consecutivi	-	-	-	30/06/2026 (data presumibile)
AQ1 MOLISE – 3	C63D22000290006	9907067252	Casa della Comunità TRIVENTO	119712 del 28/11/2023	365 gg naturali e consecutivi	365 gg naturali e consecutivi	-	-	30/06/2026 (data presumibile)
AQ3 MOLISE – 1	C36G22001820006	9326785277	Ospedale Sicuro (PNRR) - TERMOLI	131946 del 06/12/2024	550 gg naturali e consecutivi	486 gg naturali e consecutivi	-	-	30/06/2026 (data presumibile)
AQ3 MOLISE – 1	C36G22001830006	9326785277	Ospedale Sicuro (PNC) - TERMOLI	131946 del 06/12/2024	550 gg naturali e consecutivi	486 gg naturali e consecutivi	--	-	30/06/2026 (data presumibile)

Di seguito si riporta, per ogni singolo progetto della Missione 6 una sintetica descrizione dello stato di avanzamento fisico procedurale di ogni singolo investimento.

M6 C1 1.1.1 “Case della Comunità”

Con detto investimento la Regione Molise intende realizzare n. 13 Case della Comunità di cui 7 HUB da ristrutturare, 6 SPOKE da ristrutturare. Attualmente per tutte le Case di Comunità sono stati approvati e verificati i relativi PFTE e si proceduto ad affidamento attraverso “Appalto integrato su PFTE” aderendo a specifico Accordo Quadro Invitalia in qualità di Centrale Unica di Committenza. Tra settembre e novembre 2023 sono stati sottoscritti tutti gli ODA e i relativi Contratti specifici, ad eccezione di quello per la realizzazione della Casa di Comunità di Campobasso, sottoscritti tra aprile e maggio 2024. Attualmente per tutte le Case di Comunità sono stati aggiudicati gli appalti integrati e sono in fase di approvazione le progettazioni esecutive.

M6 C1 1.2. “Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)”.

In ottemperanza al DM di riparto 23/01/2023, la Regione Molise ha raggiunto l’obiettivo per gli anni 2023 e 2024.

M6 C1 1.2.2 “Centrali Operative Territoriali”

Con tale investimento la Regione Molise ha realizzato n. 3 COT, rispettivamente a Bojano, Termoli e Venafro.

Il Target inizialmente assegnato all’investimento era il T4 2023, ma la Regione Molise, preso atto della difficoltà di ASReM a raggiungere l’obiettivo delle Centrali Operative Territoriali pienamente funzionanti al 31/12/2025, ha chiesto e ottenuto una rimodulazione del Target al 30/09/2024.

Previe continue e costanti raccomandazioni da parte della Struttura Commissariale e della Direzione Generale per la Salute, in qualità di Referente Unico regionale per l’attuazione della Missione 6 Salute, con Deliberazione del Direttore

Generale ASReM n. 1344 del 27 settembre 2024, integrata con Deliberazioni del Direttore Generale ASReM n. 1517/2024, n. 1518/2024 e n. 1519/2024, con le quali, sono state dichiarate dall'ASReM pienamente funzionanti rispettivamente le Centrali Operative Territoriali (COT) di Bojano (CB), Venafrò (IS) e Termoli (CB), determinando in tal modo il raggiungimento del Target M6 C1-7 "Centrali Operative Territoriali pienamente funzionanti".

Infine, con DCA n. 177 del 20/11/2024 la Regione ha preso atto della Deliberazione DG ASReM n. 1344 del 27/09/2024, integrata con Deliberazione del Direttore Generale ASReM n. 1517, 1518 e 1519/2024.

M6 C1 1.2.3 "Telemedicina"

Agenas, soggetto attuatore di tale investimento, ha fornito indicazioni alle regioni sulle procedure di gare per l'acquisto della piattaforma e per l'acquisto e manutenzione delle postazioni di lavoro. Regione Molise, per il tramite della in house Molise Dati SpA, ha sottoscritto in data 16/12/2024 il contratto con la ditta REPLY, seconda aggiudicataria del II lotto della gara regione Lombardia per l'acquisto della piattaforma di Telemedicina. Durante il kick off di progetto, tenutosi a gennaio 2025, è stato illustrato il cronoprogramma delle azioni da intraprendere, che prevede il collaudo della piattaforma entro il 31 maggio 2025 e il go live a giugno 2025.

La regione ha provveduto alla trasmissione alla regione Puglia dell'Accordo sottoscritto dal presidente della regione per le procedure di acquisto delle postazioni di lavoro, fisse e mobili.

M6 C1 1.3 "Ospedali di Comunità"

Come per la Case di Comunità, per la realizzazione di n. 2 Ospedali di Comunità, Venafrò e Larino, l'ASReM, soggetto attuatore delegato, ha proceduto ad affidamento attraverso "Appalto Integrato su PFTE" aderendo a specifico Accordo Quadro Invitalia in qualità di Centrale di Committenza. Gli ODA sono stati sottoscritti in data 28/09/2023, i contratti specifici in data 28/11/2023.

Attualmente è in fase di completamento la progettazione esecutiva, successivamente si procederà alla verifica, validazione e approvazione della stessa. Il prossimo e ultimo target assegnato a detti progetti è il T1 2026 "Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche".

M6 C2 1.1.1 "Digitalizzazione DEA I e II livello"

ASReM, soggetto attuatore delegato, ha inteso realizzare questo investimento dividendolo in diversi sub investimenti e aderendo ad apposite convenzioni Consip per la loro progressiva contrattualizzazione. Attualmente sono stati sottoscritti contratti per l'acquisto di strumentazione informatica, per programmi di cybersecurity e per servizi di supporto operativo per circa il 76% dell'importo di finanziamento.

M6 C2 1.1.1.2 "Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020)

Con fondi PNRR si è inteso finanziare il primo dei due lotti previsti per il progetto "Programma di potenziamento della rete ospedaliera regionale del Molise per emergenza COVID-19 – Accordo Quadro Lotto Geografico 11 Molise – Area Campobasso, Intervento n. 1 – Terapie intensive e Semintensive e Pronto Soccorso dell'Ospedale "Cardarelli" di Campobasso – 1° stralcio" per un importo di € 5.415.089,00.

Il target finale assegnato alla regione Molise è l'attivazione di 14 PL di terapia intensiva e 21 PL di terapia sub-Intensiva. Entro il 31/12/2024 (T4 2024) la regione avrebbe dovuto realizzare il 45% dei PL di terapia intensiva e sub-intensiva e il 45% degli interventi di ristrutturazione dei percorsi PS.

ASReM ha comunicato che il Target relativo all'attivazione dei posti letto potrà essere raggiunto solo una volta concluso il cantiere e il collaudo, in quanto i Posti Letto sono relativi ad un unico CUP e gli interventi insistono sul medesimo Presidio (Cardarelli – Campobasso). Con riferimento agli interventi di ristrutturazione del Pronto Soccorso, sono stati realizzati al momento solamente gli studi di fattibilità, ma non è ancora stato redatto il progetto esecutivo. Tuttavia, si tratta di alcune ristrutturazioni che potranno essere effettuate in tempi rapidi. Non sarà, pertanto, possibile

raggiungere i target previsti dal POR al 31/12/2024, ma l'ASReM ha assicurato di poter concludere la totalità degli interventi entro la scadenza finale del 30/06/2026.

M6 C2 1.1.2 “Grandi apparecchiature sanitarie”

L'investimento si compone di due tipologie di intervento:

1. Fornitura di apparecchiature sanitarie (ecotomografi) che non necessitano di lavori di adeguamento strutturale
2. Fornitura di apparecchiature sanitarie che necessitano di lavori di adeguamento strutturale

Il Target T4 2025 è stato raggiunto, previa continue e costanti raccomandazioni da parte della Struttura Commissariale e della Direzione Generale per la Salute, in qualità di Referente Unico regionale per l'attuazione della Missione 6 Salute, Per la prima tipologia, sono stati acquistati e collaudati i relativi macchinari con DDG ASReM.

Allo stato attuale le 14 grandi apparecchiature che rientrano nella prima tipologia risultano in stato concluso su ReGiS.

Con DDG ASREM n. 520 del 18/04/2025 si è preso atto del conseguimento del Target per le seguenti grandi apparecchiature:

Tomografo Computerizzato Po Agnone Cup: C24e22000580006

Mammografo Con Tomosintesi – S. Timoteo Termoli – Cup: C34e22000380006

Mammografo Con Tomosintesi - Po Cardarelli Campobasso Cup: C34e22000390006

Mammografo Con Tomosintesi - Po Cardarelli Campobasso Cup: C34e22000400006

Mammografo Con Tomosintesi - Ss Rosario Venafro Cup: C74e22000180006

Mammografo Con Tomosintesi - Po Veneziale Isernia Cup: C54e22000440006

Mammografo Con Tomosintesi - Po Larino Cup: C14e22000260006

Mammografo Con Tomosintesi - Po Caracciolo Agnone Cup: C24e22000590006

Con Ddg Asrem N. 521 Del 18/04/2025 Si È Preso Atto Del Conseguimento Del Target Per Le Seguenti Grandi Apparecchiature:

Ecotomografo Multidisciplinare Del Poliambulatorio Di Via Petrella (Cb) Cup: C54e22000450006

Ecotomografo Multidisciplinare Del Poliambulatorio Di Via Petrella (Cb) Cup: C34e22000410006

Ecotomografo Cardiologico 3d Del Po Cardarelli Campobasso Cup: C34e22000460006

Ecotomografo Cardiologico 3d Del Po Cardarelli Campobasso Cup: C34e22000470006

Ecotomografo Ginecologico Del Po Veneziale Isernia Cup: C34e22000420006

Ecotomografo Ginecologico Del Po San Timoteo Termoli Cup: C34e22000430006

Per la seconda tipologia, l'acquisto su CONSIP non prevedeva il relativo adeguamento strutturale. Acquisita la disponibilità degli operatori economici ad effettuare un'estensione dell'incarico che comprenda anche l'adeguamento strutturale, ASReM ha disposto la rimodulazione degli interventi (Deliberazione del Commissario Straordinario ASReM n. 396 del 13/07/2023), ha chiesto e ottenuto dalla CUC l'autorizzazione a procedere all'affidamento dei lavori di adeguamento strutturale in autonomia e ha proceduto ad affidamento diretto con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 656 del 14/09/2023.

Per detta tipologia di grandi apparecchiature, la regione Molise ha chiesto ed ottenuto una rimodulazione del Target al T4 2025 (31/12/2025)

M6 C2 1.2 “Verso un ospedale sicuro”. (finanziato con PNRR e PNC)

Il soggetto attuatore delegato, ASReM, ha sottoscritto gli ODA e sono stati sottoscritti i contratti. Sono in fase di approvazione i progetti esecutivi.

M6 C2 1.3.1 “Adozione e utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)”

Regione Molise, con l’ausilio della Molise Dati spa ha predisposto il Piano di Adeguamento Tecnologico (PAT) per il potenziamento dell’infrastruttura digitale e i Piano Operativi (PO) per il rafforzamento delle competenze digitali – Formazione e Comunicazione, tutti ritenuti adeguati dal Dipartimento per la Trasformazione Digitale. Per la realizzazione dell’investimento, la regione si è avvalsa del supporto tecnico specialistico della in house regionale Molise Dati spa. Quest’ultima, per la parte di investimento che prevede l’adeguamento infrastrutturale, ha aderito alla Convenzione per la “realizzazione e gestione di una nuova infrastruttura informatica al servizio della PA denominata Polo Strategico Nazionale (PSN)”.

Il Dipartimento per la Trasformazione Digitale ha comunicato alla regione Molise il raggiungimento degli obiettivi al secondo trimestre 2023 e al secondo trimestre 2024, di cui al Decreto di finanziamento dell’8 agosto 2022.

Per la parte di finanziamento che prevede il rafforzamento delle competenze digitali – formazione e comunicazione, con DCA n. 168 del 04/11/2024 è stato approvato il Piano per la Formazione e la Comunicazione del Fascicolo Sanitario Elettronico della Regione Molise, destinato prioritariamente al personale del servizio sanitario nazionale, suddivisa in n. 3 cluster: MMG/PLS – personale medico e infermieristico – organi direttivi e personale tecnico-amministrativo. Le attività di formazione sono iniziate con l’evento di lancio tenutosi il 19 febbraio 2025.

M6 C2 1.3.2.2.1 “Adozione di 4 nuovi flussi informativi nazionali”

Con DCA n. 28 del 29/09/2024 la Regione Molise ha adottato 2 nuovi flussi (SICOF e SIAR), mentre gli altri 2 dovranno essere adottati entro marzo 2025 (T1 2025). Tenuto conto che la regione Molise non disponeva di sistemi software alla gestione ed alimentazione dei flussi relativi ai consultori familiari e all’assistenza riabilitativa, l’ASREM, soggetto attuatore delegato alla realizzazione dell’investimento, ha predisposto gli atti di gara per l’acquisizione dei sistemi informativi necessari, trasmettendoli, in data 13/09/2024, alla Centrale Unica di Committenza regionale per gli atti consequenziali.

Per il flusso Cure Primarie e Ospedali di Comunità, il gruppo di lavoro dei referenti regionali sta predisponendo le relative specifiche tecniche che dovranno essere adottate dal Ministero della Salute e successivamente dalle regioni/province autonome.

M6 C2 2.2a “Borse aggiuntive in formazione di medicina generale”

Sono state attivate n. 5 borse di studio aggiuntive per il triennio 2021/2024, n. 5 borse di studio aggiuntive per il triennio 2022/2025 e per il triennio 2023/2026. I corsi si stanno svolgendo regolarmente.

M6 C2 2.2b “Corso di formazione in infezioni ospedaliere”

L’ASReM, soggetto attuatore delegato, non ha rispettato il Target T3 2024 (30/09/2024) “completamento delle procedure di registrazione dei partecipanti al corso di formazione”. ASReM ha definito – sulla base delle indicazioni nazionali – il programma dell’intervento formativo articolato in diversi moduli, con la produzione dei contenuti, stabilendo la durata complessiva di ciascun modulo in relazione alle tematiche da trattare e al numero di edizioni da svolgere. Risultano da quantificare i costi relativi alla fornitura del corso FAD, delle docenze, dell’allestimento delle aule per i corsi in presenza e degli ausili per le simulazioni. Si è in attesa degli esiti della gara di affidamento posta in essere dalla Centrale Unica di Committenza regionale.

M6 C2 2.2c “Corso di formazione manageriale”

Con DCA n. 56/2024 integrato con DDCCAA n. 132/2024 e n. 150/2024 è stato approvato il protocollo d’Intesa con l’Università degli Studi del Molise per la realizzazione del corso di formazione manageriale a n. 25 dirigenti dell’area sanità. L’ASReM con Deliberazione n. 846/2024 ha approvato l’elenco dei partecipanti al corso di formazione e la Direzione Generale per la Salute ne ha preso atto con DDG n. 87/2024.

Il corso, organizzato in un’unica edizione, è iniziato il 14 novembre 2024 e si concluderà entro il mese di settembre 2025.

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 alcune strutture hanno 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, infine aggiornato con DCA n.34 del 21/10/2022. Successivamente con DCA n.41 del 18 ottobre 2023 avente ad oggetto "Iniziativa per la riduzione delle liste di attesa. Approvazione schema di contratto per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'abbattimento urgente dei tempi di attesa" integrato con successivo DCA n.46 del 31 ottobre 2023 sono state assegnate ad ASReM fondi previsti dalla legislazione vigente per la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Con DCA n. 65/2023 la Struttura Commissariale ha prorogato l'attività per l'abbattimento urgente dei tempi di attesa al 31/03/2024.

Con DCA 16 del 23/02/2024, la Struttura Commissariale ha rettificato il DCA n.41/2023 prevedendo che per il finanziamento dell'acquisto delle prestazioni occorrenti per l'abbattimento dei tempi di attesa l'ASREM è autorizzata ad utilizzare l'ulteriore quota del fondo sanitario di parte corrente 2023 pari a euro 41.564,46, quale maggiore somma tra l'importo di euro 1.797.453,54 e di euro 1.839.018,00 indicato nell'Intesa Stato- Regioni del 9/11/2023 (Rep. Atti n. 262/CSR) sul riparto del finanziamento del SSN per il 2023.

Con DCA 75 del 26/04/2024 la Struttura Commissariale, in applicazione e ad integrazione dei precedenti DCA, ha autorizzato l'ASREM ad acquistare le prestazioni aggiuntive per l'abbattimento dei tempi di attesa da privato accreditato fino al 31/12/2024.

Con DCA 97 del 12/06/2024, ai sensi dell'art.1, comma 232, della Legge 30 dicembre 2023, n. 213, l'ASREM è stata autorizzata ad utilizzare l'ulteriore quota del Fondo Sanitario di parte corrente anno 2024 di cui è destinataria l'Azienda pari a euro 2.000.000,00, quale stima dello 0,4% del Fondo Sanitario di parte corrente anno 2024.

Infine, con DCA 186 del 12/12/2024 è stato prorogato il termine al 31/12/2024 di cui al DCA 75/2024, consentendo di proseguire l'attività di recupero fino al 31/12/2025.

Con il predetto DCA n.186 del 12/12/2024, inoltre, l'ASReM è stata autorizzata ad utilizzare l'ulteriore quota del fondo sanitario di parte corrente anno 2024 pari ad euro 533.991,00 quale maggiore somma tra l'importo di euro 2.000.000,00 (di cui al DCA 97/2024) e l'importo attribuito dall'Intesa del 28/11/2023 sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2024 (Rep. Atti n. 228/CSR).

Con DCA 38/ 2025, infine, al fine di assicurare la continuità delle azioni già intraprese nonché il miglioramento dell'indicatore di performance relativo all'abbattimento dei tempi di attesa, l'ASReM è stata autorizzata ad utilizzare le somme residue già autorizzate per le annualità passate 2023 e 2024.

Con l'adozione a livello nazionale del Decreto - legge 7 giugno 2024, n. 73 coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107, invece, il Ministero della Salute ha potenziato e consolidato la sua organizzazione per il monitoraggio e il controllo delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie, in un'ottica di riduzione dei tempi, trasparenza ed uniformità sul territorio nazionale.

In ottemperanza a quanto disposto dal Ministero, pertanto, con DCA n. 146/2024 è stata istituita l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa.

Con DCA n. 164/2024, successivamente modificato con DCA n. 4/2025, è stato individuato il Responsabile Unico Regionale dell'Assistenza Sanitaria (RUAS) per la Regione Molise.

È in corso, dunque, un percorso di individuazione delle prestazioni critiche volto all'abbattimento dei tempi di attesa che include il monitoraggio e la supervisione sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa nonché sul raggiungimento degli obiettivi del piano di recupero delle liste di attesa e del piano regionale delle liste di attesa.

Altresì, a valle dell'approvazione del Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2025 – 2027, la Regione Molise provvederà all'adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per l'anno 2025.

Parallelamente, sempre nell'ottica di assicurare il conseguimento dei livelli essenziali (LEA), così come previsto dall'art.64 del DPCM 12 gennaio 2017, a seguito dell'adozione dell'Intesa ai sensi dei commi 5 e 7 dell'articolo 8-sexies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, sullo schema di decreto di modifica del decreto 23 giugno 2023 del

Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente la definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica” (Rep. Atti n. 204/CSR del 14/11/2024), con DCA 50/2023, successivamente modificato e integrato con DCA 175/2024 e 190/2024, la Regione Molise ha approvato i propri Nomenclatore e Catalogo regionali delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

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 il recupero delle prestazioni e l'efficienza nella gestione dei tempi di attesa

Azione 12.1.1.1 Verifica trimestrale dei tempi di Attesa

Indicatori 12.1.1.1 DCA

Azione 12.1.1.2 Attuazione delle misure previste dal DL 73/2024

Indicatori 12.1.1.2 Relazione semestrale

Azione 12.1.1.3 Adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per l'anno 2025.

Indicatori 12.1.1.2 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
12.1.1 Garantire il recupero delle prestazioni e l'efficienza nella gestione dei tempi di attesa	12.1.1.1 Verifica trimestrale dei tempi di Attesa	30/09/2025	report	Si/no		
	12.1.1.2 Attuazione delle misure previste dal DL 73/2024	31/12/2025	Relazione semestrale	Si/no		
	12.1.1.3 Adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per l'anno 2025.	31/12/2025	DCA			
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 inapproprietezze 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 2025-2027 la Regione Molise intende implementare lo strumento di gestione, analisi e controllo qualitativo del flusso dei ricoveri (SDO) e della Specialistica Ambulatoriale. La Regione ha avviato il reingegnerizzare dell’attività dei controlli, 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.

In particolare, il software è 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.

L' A.S.Re.M è in procinto di individuare i membri del Nucleo Operativo di Controllo (Noc) che svolgeranno materialmente i controlli sopra indicati.

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 Ricostituzione NOC

Indicatore 12.2.1.1 Provvedimento ASReM

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 trimestrale

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 Ricostituzione NOC	30/06/2025	Provvedimento ASReM	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	31/12/2025	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.

L'Azienda sanitaria effettua il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali per l'area del rischio clinico, alimentando la piattaforma gestita da "AGENAS – Osservatorio nazionale delle buone pratiche della sicurezza nella sanità".

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 verificatisi 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

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- 2025-2027

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 ASReM

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 2025-2027	31/12/2025	Provvedimento ASReM		
	12.3.1.2 Produzione e pubblicazione di una Relazione Annuale consuntiva	31/12/2025 31/12/2026 31/12/2027	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.

Successive modifiche sono state apportate nel corso del 2025 con i seguenti atti:

- DCA n. 25 del 13 febbraio 2025 avente ad oggetto: *“Atto aziendale dell'azienda sanitaria regionale del Molise (ASREM), approvato con D.C.A. n. 39/2018 e successivamente integrato. Approvazione ulteriori modifiche.”*
- DCA n. 32 del 24 febbraio 2025 avente ad oggetto: *“Modifiche atto aziendale dell'azienda sanitaria regionale del Molise (ASReM), approvato con D.C.A n. 39/2018 e successivamente integrato: istituzione della uoc clinical governance, qualita' e risk management; istituzione della uos governo delle liste d'attesa nell'ambito della uoc clinical governance, qualita' e risk management presso il dipartimento di staff; soppressione uosvd risk management e della uosvd qualita' e governance clinica; trasformazione della uoc integrazione ospedale territorio e sociosanitaria in uosvd; trasformazione della uos tutela in carcere in uosvd presso il dipartimento di staff; istituzione della uos screening oncologici, incardinata nella uoc epidemiologia. approvazione modifiche.”*
- DCA n. 33 del 25 febbraio 2025 avente ad oggetto *“Modifica dell'atto aziendale A.S.RE.M. (D.D.G. n. 301 del 27.03.2018). Soppressione della SS committenza ed assegnazione delle funzioni alla SSD committenza e verifica accreditamento/appropriatezza delle prestazioni. Approvazione modifiche”*
- DCA n. 34 del 25 febbraio 2025 avente ad oggetto: *“Modifiche atto aziendale dell'azienda sanitaria regionale del Molise (ASReM), approvato con D.C.A n. 39/2018 e successivamente integrato: trasformazione delle uos "bonifica sanitaria allevamenti ds1" Campobasso; uos "bonifica sanitaria allevamenti ds2"- Termoli; uos "bonifica sanitaria allevamenti ds3" Isernia in uos piani di eradicazione e sorveglianza; uos anagrafi zootecniche, controlli di I&R e verifica e efficacia dei controlli ufficiali; uos prevenzione del randagismo e igiene urbana veterinaria; presso la sc sanita' animale. Approvazione modifiche.”*

Sulla scorta del Programma Operativo 2025 – 2027, l'ASReM procederà all'adozione di un nuovo atto aziendale conforme all'assetto organizzativo delineato nell'atto programmatico.

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: Adozione dell'Atto Aziendale in coerenza con il PO 2025-2027

Indicatore 12.4.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 12.4.1.2: Approvazione e dell'Atto Aziendale

Indicatore 12.4.1.2 DCA

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 Adozione dell' Atto Aziendale in coerenza con il PO 2025-2027	31/03/2026	Provvedimento ASReM			
	12.4.1.1 Approvazione e dell' Atto Aziendale	30/06/2026	DCA			
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.

Con Provv. DG n. 781 del 23/05/2024 l'ASReM ha proceduto all'adozione ed approvazione del nuovo Regolamento aziendale per l'esercizio della Libera professione Intramuraria, previa contrattazione con le OO.SS. relativamente ai criteri generali per la formazione della tariffa e l'approvazione dei proventi, nonché, concertazione relativamente a tutta la disciplina di cui al citato regolamento.

La normativa regolamentare ha disciplinato in particolar modo: le modalità di organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria all'interno dell'Azienda, il sistema di tariffazione nonché i criteri per il riparto del Fondo Perequativo dei Dirigenti, le infrastrutture di rete ed il sistema gestionale di prenotazione, nonché le modalità di fatturazione e pagamento.

In attuazione del regolamento, l'ASReM con Provv. DG n. 619 del 12/04/2024, ha proceduto alla rideterminazione della Commissione Tecnico Paritetica di sorveglianza e controllo sullo svolgimento dell'attività libero professionale, già precedentemente costituita con Provv. DG n. 795 del 27/06/2022.

La citata Commissione è stata convocata per i monitoraggi e le attività di controllo di propria competenza (Cfr. verbali del 19/12/2023 - 21/12/2023 — 16/04/2024 — 25/06/2024).

L'attività della Commissione ha accertato la sussistenza dell'equilibrio tra l'attività in regime istituzionale e quella in regime libero professionale, relativamente al periodo dal 01/01/2024 al 30/06/2024 (cfr. nota prot. n. 2024/97302 del 12/09/2024, trasmessa dall'UOC Controllo di Gestione).

Così come richiesto in sede di Commissione Paritetica, con nota prot. n. 42571/2025, si è proceduto a richiedere in via formale a tutti i Dirigenti medici in regime di intramoenia di effettuare la registrazione dell'avvenuta erogazione della prestazione sulla Piattaforma informatica CUP AREAS (chek-out- ovvero eseguito).

L'Ufficio Alpi, in particolare ha proceduto al rilascio di n. 89 autorizzazioni attualmente vigenti, nonché già dal 2023 a revocare le autorizzazioni di intramoenia cd. "allargata", precedentemente rilasciate dalla soppressa struttura pertinente

12.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 12.5.1: Definizione annuale dei volumi di attività istituzionale e 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 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 e determinazione dei volumi di attività libero-professionale	12.5.1.1 Piano annuale Aziendale ALPI	31/12/2025 31/12/2026 31/12/2027	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, come rappresentato nelle seguenti tabelle:

Mobilità passiva: ricoveri dal 2019 al 2023 per regione di fuga

REGIONI DI FUGA	2019		2020		2021		2022		2023	
	CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%
ABRUZZO	3.072	29,7%	2.272	31,3%	2.471	30,1%	2.698	29,6%	3.219	31,2%
LAZIO	1.786	17,3%	1.194	16,5%	1.400	17,1%	1.709	18,8%	1.863	18,0%
CAMPANIA	890	8,6%	688	9,5%	843	10,3%	856	9,4%	1.122	10,9%
PUGLIA	1.148	11,1%	740	10,2%	831	10,1%	891	9,8%	983	9,5%
EMILIA-ROMAGNA	902	8,7%	590	8,1%	678	8,3%	774	8,5%	837	8,1%
Altre Regioni	2.547	24,6%	1.770	24,4%	1.978	24,1%	2.180	23,9%	2.304	22,3%
Totale complessivo	10.345	100,0%	7.254	100,0%	8.201	100,0%	9.108	100,0%	10.328	100,0%

Mobilità passiva- DRG alto rischio inapproprietezza: ricoveri dal 2019 al 2023 per regione di fuga

REGIONI DI FUGA per mobilità DRG alto rischio inapproprietezza	2019		2020		2021		2022		2023	
	CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%
ABRUZZO	298	22,0%	247	27,5%	281	30,1%	297	28,7%	451	33,4%
LAZIO	249	18,4%	128	14,3%	145	15,5%	201	19,4%	227	16,8%
EMILIA-ROMAGNA	199	14,7%	111	12,4%	115	12,3%	136	13,1%	144	10,7%
PUGLIA	155	11,4%	103	11,5%	83	8,9%	82	7,9%	126	9,3%
LOMBARDIA	126	9,3%	49	5,5%	70	7,5%	99	9,6%	107	7,9%
Altre Regioni	327	24,2%	259	28,9%	241	25,8%	220	21,3%	294	21,8%
Totale complessivo	1.354	100,0%	897	100,0%	935	100,0%	1.035	100,0%	1.349	100,0%

Come si evince dalle tabelle sopra riportate, nel 2023, la principale regione di fuga della mobilità passiva della Regione Molise, risulta la Regione Abruzzo. Seguono poi, la Regione Lazio e la Regione Campania. Anche se si considera solo la mobilità per DRG ad alto rischio inapproprietezza la principale regione di fuga è rappresentata dalla Regione Abruzzo con una percentuale in aumento rispetto al 2019.

Mobilità attiva: ricoveri dal 2019 al 2023 per regioni attratte

REGIONI ATTRATTE	2019		2020		2021		2022		2023	
	CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%
CAMPANIA	7.407	56,8%	5.367	54,7%	6.341	54,8%	5.847	55,4%	5.906	56,1%
LAZIO	2.611	20,0%	2.093	21,3%	2.775	24,0%	2.353	22,3%	2.185	20,8%
PUGLIA	1.345	10,3%	997	10,2%	1.027	8,9%	963	9,1%	1.077	10,2%
ABRUZZO	1.220	9,4%	947	9,7%	879	7,6%	854	8,1%	809	7,7%
CALABRIA	132	1,0%	163	1,7%	222	1,9%	222	2,1%	193	1,8%
Altre Regioni	328	2,5%	238	2,4%	331	2,9%	307	2,9%	350	3,3%
Totale complessivo	13.043	100,0%	9.805	100,0%	11.575	100,0%	10.546	100,0%	10.520	100,0%

Mobilità attiva - DRG alto rischio inappropriatezza: ricoveri dal 2019 al 2023 per regioni attratte

REGIONI ATTRATTE per mobilità DRG alto rischio inappropriatezza	2019		2020		2021		2022		2023	
	CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%	CASI	%
CAMPANIA	643	52,2%	437	52,0%	650	53,0%	617	54,5%	417	48,0%
LAZIO	275	22,3%	214	25,4%	315	25,7%	266	23,5%	233	26,8%
PUGLIA	152	12,3%	85	10,1%	90	7,3%	101	8,9%	84	9,7%
ABRUZZO	81	6,6%	52	6,2%	79	6,4%	75	6,6%	79	9,1%
BASILICATA	20	1,6%	14	1,7%	24	2,0%	18	1,6%	24	2,8%
Altre Regioni	61	5,0%	39	4,6%	68	5,5%	56	4,9%	31	3,6%
Totale complessivo	1.232	100,0%	841	100,0%	1.226	100,0%	1.133	100,0%	868	100,0%

Se si va a considerare la mobilità attiva, nel 2023, la principale regione attratta dalla mobilità attiva della Regione Molise, risulta la Regione Campania. Seguono poi, la Regione Lazio e la Regione Puglia. Se si considera solo la mobilità per DRG ad alto rischio inappropriatezza la principale regione attratta è sempre la Regione Campania con una percentuale in diminuzione rispetto al 2019.

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.

La ridotta produttività 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 Struttura Commissariale ha già avviato il potenziamento della dotazione organica del personale sanitario e un'implementazione delle dotazioni tecnologiche delle strutture sanitarie pubbliche, e nel triennio 2025-2027 intende proseguire con le attività avviate, come descritte nell'ambito dei paragrafi 11.5 Investimenti in sanità e 10 Governance del personale, a cui si rimanda.

Anche la riorganizzazione della rete ospedaliera è volta al recupero della mobilità passiva con particolare riferimento alla riduzione della fuga per media e bassa complessità e per i ricoveri a rischio di inappropriatezza.

È attualmente in fase di elaborazione un provvedimento volto alla riorganizzazione delle Unità Operative delle strutture sanitarie pubbliche regionali, con particolare attenzione alla rimodulazione degli orari di attività dei servizi ospedalieri. Tale intervento mira a ottimizzare l'impiego delle risorse umane e strutturali, migliorare la continuità assistenziale e garantire una più efficiente risposta ai bisogni sanitari della popolazione.

La revisione organizzativa sarà strettamente integrata con le strategie di governo delle liste d'attesa, al fine di ampliare le fasce orarie di erogazione delle prestazioni, ridurre i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e diagnostiche, e assicurare un'equità di accesso ai servizi.

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 2025-2027, 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.

La Struttura Commissariale della Regione Molise, sin dall'insediamento, ha intrapreso azioni volte al governo della mobilità sanitaria. Con nota Prot. 186271/2023 del 28 dicembre 2023, ha istituito un Tavolo di Lavoro, deputato alla predisposizione ed al coordinamento di attività finalizzate alla stipula degli Accordi di Confine per il governo della mobilità sanitaria interregionale con le Regioni interessate anche con il coinvolgimento dell'Agenas ed ha inoltre avviato le interlocuzioni con la Regione Abruzzo, attraverso un incontro tenutosi presso l'Assessorato alla Salute della Regione Abruzzo.

Anche in seguito all'incontro tenutosi presso la Direzione Generale del Ministero della Salute nel mese di febbraio 2024, la Struttura Commissariale con note prot. RM. nn. 138641/2024, 138642/2024, 138644/2024 e 138645/2024 ha inoltre richiesto alle singole Regioni confinanti (Abruzzo, Campania, Lazio, Puglia) di avviare le propedeutiche attività ai fini della regolamentazione della mobilità.

La Struttura Commissariale intende continuare le azioni di confronto con le Regioni limitrofe, al fine di arrivare alla stipula degli Accordi di confine.

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 Stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità

Indicatore 13.2.1.1 DCA

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 stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità	30/06/2026	DCA			
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 e, 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 invio SIVEAS N. 141/2023 è stato trasmesso in preventiva approvazione il Piano Attuativo della Certificabilità del Bilancio.

14.1 Contabilità analitica

14.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

È stato implementato un sistema di contabilità analitica, denominato SIRMEC, quale strumento a supporto del processo di programmazione e controllo a livello aziendale e della Governance del Sistema Sanitario Regionale.

Tale sistema è stato implementato così da poter fornire, a seguito di un corretto processo strutturato di acquisizione dei dati, un'elaborazione ed esposizione di costi e ricavi 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 sono stati effettuate le seguenti 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.

Un processo in corso di aggiornamento e miglioramento continuo è quello afferente alla "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, proprio per l'importanza e la centralità di questo modello è in corso un aggiornamento e miglioramento dello stesso per integrare le ultime logiche e sfide definite dalla missione 6 del PNRR.

Con DCA 12/2023 sono state approvate le "Linee guida per la realizzazione del Piano dei Centri di Costo" e le "Linee Guida del modello regionale di Controllo di Gestione" che rientrano nell'ambito della complessa realizzazione del modello regionale di programmazione e controllo in ambito sanitario.

In ordine alle azioni intraprese per il raggiungimento della soglia di accettabilità degli obiettivi sul sistema di CO.AN. si specifica che già nel corso del 2024 sono state compiutamente realizzate alcune attività che consentono di "valorizzare" il sistema di contabilità analitica interno dell'ASREM. In particolare:

- è stato approvato il piano dei driver di ribaltamento aziendale e, sulla scorta dello stesso, sono state ultimate le attività di ribaltamento dei costi generali e comuni che consentono di prevenire ad un conto economico di UO a "costo pieno";
- la reportistica per UO perviene alla quantificazione anche degli scambi interni di prestazioni (ricoveri, laboratorio/anatomia patologica, diagnostica per immagini, consulenze), valorizzate economicamente quali partite di scambio interne (costi e ricavi reciproci tra UO)
- l'attività ospedaliera viene rappresentata anche in relazione alla quota di attività territoriale svolta all'interno delle strutture, attraverso la quantificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale svolta
- è in corso di implementazione nel 2025 un sistema integrato che consente di arrivare alla compilazione dei modelli LA/CP attraverso le regole impiegate per l'elaborazione della reportistica per UO. Si presume di poter chiudere con tale sistema la modellistica LA/CP, nell'ambito del bilancio consuntivo per dell'anno 2025.

Il Programma Operativo 2025-2027 avrà l'obiettivo di dare completa attuazione al percorso già avviato nel precedente documento programmatico.

Obiettivo 14.1.1: Implementazione del Sistema Regionale di Contabilità Analitica

Azione 14.1.1.1: Implementazione del 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 14.1.1.1: DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
14.1.1 Implementazione del Sistema Regionale di Contabilità Analitica	14.1.1.1 Implementazione del 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	31/03/2026	DCA			
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, nell’anno 2018, 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”.

In tal senso, si richiama la Deliberazione del Direttore Generale dell’ASReM n. 1606 del 29 dicembre 2022 con la quale sono state approvate le seguenti procedure amministrativo-contabili:

- Gestione delle Immobilizzazioni;
- Gestione del Contenzioso;
- Gestione dei Contributi;
- Gestione delle Chiusure Contabili;
- Gestione delle Circolarizzazioni a clienti e fornitori;
- Gestione delle attività di riconciliazione dei crediti e di valutazione periodica del rischio di inesigibilità;
- Gestione del Magazzino;

- Gestione Tesoreria;
- Gestione Casse Aziendali;
- Gestione delle Entrate proprie;
- Gestione Acquisti di beni e servizi;
- Gestione del Personale;
- Prestazioni sanitarie da privato;
- Gestione del Patrimonio Netto;

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, ritiene opportuno rimodulare le scadenze previste e ridefinire il Cronoprogramma "PAC" traslando le attività non ancora concluse.

Il Programma Operativo si pone quindi l'obiettivo di garantire il pieno completamento delle attività già definite ed avviate nel precedente documento programmatico, 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 31/12/2026.

14.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 14.2.1: Completa certificabilità del bilancio d'esercizio degli enti del SSR

Azione 14.2.1.1: 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 14.2.1.1: Adozione del DCA

Azione 14.2.1.2: Conclusione delle attività previste nel PAC

Indicatore 14.2.1.2: Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
14.2.1 Completa certificabilità del bilancio d'esercizio degli enti del SSR	14.2.1.1 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.	31/12/2025	DCA			
	14.2.1.2 Conclusione delle attività previste nel PAC	31/12/2026	Relazione			
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, 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".

Nell'ambito del Programma Operativo 2025-2027, la Regione Molise si pone l'obiettivo di proseguire e raggiungere il pieno completamento delle attività già avviate nel precedente documento programmatico 2023-2025 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.

14.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 14.3.1: Rispetto dei tempi di pagamento

Azione 14.3.1.1 Monitoraggio e rilevazione periodica di cause ostative al rispetto dei tempi di pagamento

Indicatore 14.3.1.1 Report

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
14.3.1 Rispetto dei tempi di pagamento	14.3.1.1 Monitoraggio e rilevazione periodica di cause ostative al rispetto dei tempi di pagamento	Report trimestrale	Report ASReM e GSA			
Responsabile del procedimento attuativo						
DG ASReM DG Salute						

14.4 Trasferimento ordinato delle risorse dal bilancio regionale al SSR

Fiscalità

Nel 2024 è stata condotta una ricognizione dei trasferimenti di cassa relativi alla fiscalità dal bilancio regionale al SSR riferita agli anni 2015-2021, da cui è emerso un residuo di risorse ancora da trasferire al SSR pari a 15,6 mln di euro. Tali somme sono state completamente restituite dal conto ordinario della Regione Molise al conto sanità nel corso dell'anno 2025.

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 nei verbali delle riunioni congiunte del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, *“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 pertanto, 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 rappresenta che nel redigendo Bilancio di previsione regionale 2026-2028 sarà prevista la completa restituzione delle somme nell'anno 2026.

14.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 14.4.1: Recupero delle somme relative a fiscalità pregressa e L.210/92

Azione 14.4.1.1: Restituzione delle somme afferenti la fiscalità pregressa di € 15.580.792

Indicatore 14.4.1.1: Provvedimento Regionale

Azione 14.4.1.2: Impegno e trasferimento sul Bilancio regionale delle somme afferenti alla L.210/92

Indicatore 14.4.1.2: 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 e l.210/92	14.4.1.1 Trasferimento delle somme afferenti la fiscalità pregressa di € 15.580.792	30/09/2026	Provvedimento Regionale	Si/no		
	14.4.1.2 Impegno e trasferimento sul Bilancio regionale dell'importo relativo alla L.210/92	31/12/2026	Provvedimento Regionale	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Bilancio Regione Molise						

15 Trasferimento dell'Ospedale Cardarelli nella struttura immobiliare di Responsible Research Hospital

La rete ospedaliera aziendale è attualmente costituita da un presidio ospedaliero HUB con DEA di I livello, da due presidi spoke rispettivamente a Termoli e Isernia, classificati come ospedali di pronto soccorso, e dall'ospedale Caracciolo di Agnone (Ospedale di area disagiata). Il Plesso Ospedaliero di Campobasso (Hub regionale) ha una posizione baricentrica rispetto alle aree periferiche della Regione.

Completano la rete ospedaliera cinque strutture private accreditate: L'IRCCS Neuromed di Pozzilli, la struttura Responsible Research Hospital di Campobasso, la struttura Villa Maria di Campobasso, la struttura Villa Esther di Boiano e la struttura Gea Medica di Isernia.

Il DEA di I livello secondo gli standard legati al bacino d'utenza previsti dal DM.70/2015, l'Ospedale Cardarelli di Campobasso rappresenta il maggiore ospedale pubblico regionale, situato al centro del territorio regionale e pertanto raggiungibile in tempi omogenei da tutta la regione.

Il Responsible Research Hospital è situato a poche centinaia di metri dall'Ospedale Cardarelli di Campobasso (Hub del sistema dell'emergenza). I punti di forza quali-quantitativi della sua offerta sanitaria sono essenzialmente connessi alle attività rivolte alle patologie cardiologiche ed oncologiche. Da un punto di vista meramente strutturale, Responsible appare essere una struttura ospedaliera moderna e razionale, adeguata alla più recente normativa antisismica, antiincendio e di sicurezza.

Allo stato attuale la struttura Responsible occupa solo parzialmente lo spazio complessivo utile edificato; mentre, l'edificio del Cardarelli necessiterebbe di numerosi interventi di miglioramento strutturale per assicurare la presenza di posti letto per alcune discipline o specialità cliniche.

Dopo aver ottenuto la disponibilità del Responsible Research Hospital a mettere a disposizione gli spazi inutilizzati della sua struttura per le necessità di ASReM, è stata avviata una valutazione delle potenzialità di utilizzo di tali locali per il Presidio Ospedaliero "Cardarelli". L'analisi ha portato a identificare un modello organizzativo che consentirebbe il trasferimento di tutte le attività del Presidio "Cardarelli" all'interno della struttura Responsible Research Hospital.

Oltre ai costi legati alla ristrutturazione, è fondamentale sottolineare che, secondo le prime analisi, i costi di gestione della struttura Cardarelli risultano essere superiori rispetto a quelli della struttura Responsible. Tale differenza deve essere presa in considerazione nell'ambito del trasferimento, in quanto potrebbe generare un impatto significativo sull'efficienza complessiva. Inoltre, l'integrazione delle due strutture consentirebbe un miglioramento dell'offerta sanitaria complessiva nel territorio, a costi inferiori.

Con il Programma Operativo Straordinario 2015-2018 è stato avviato il percorso di analisi della possibile integrazione tra le due Strutture sanitarie. La Struttura Commissariale nell'ambito del PO 2025-2027 intende riavviare le procedure finalizzate al trasferimento dell'ospedale Cardarelli presso la struttura immobiliare del Responsible Research Hospital.

L'intervento si inserisce in una più ampia strategia di efficientamento della rete ospedaliera, nel rispetto della normativa vigente in materia di sicurezza, accreditamento e standard organizzativi.

Entro il mese di dicembre, è previsto il completamento e la presentazione di un progetto esecutivo dettagliato, comprensivo di analisi tecnica, economica e gestionale, che definirà nel dettaglio:

1. Caratteristiche strutturali e conformità normativa

La struttura individuata presenta un elevato livello di adeguamento agli standard normativi in materia di sicurezza, impiantistica e accreditamento sanitario, oltre a garantire un alto livello di comfort alberghiero per

pazienti e operatori. Tale contesto consente un trasferimento rapido delle attività ospedaliere senza la necessità di rilevanti interventi strutturali.

2. Gestione dei servizi comuni e ripartizione delle spese
Il progetto prevederà una suddivisione proporzionale dei costi dei servizi comuni (utenze, riscaldamento, illuminazione, vigilanza, manutenzione e pulizie) tra la componente pubblica e quella privata, sulla base di criteri oggettivi di utilizzo degli spazi e dei servizi.
3. Analisi di fattibilità economico-finanziaria
La valutazione di fattibilità economica includerà un'analisi comparata dei costi di gestione attuali rispetto a quelli previsti nella nuova configurazione, con particolare attenzione all'impatto dei servizi comuni condivisi. L'obiettivo è conseguire una riduzione complessiva della spesa corrente, a fronte di un miglioramento dell'efficienza gestionale e della qualità percepita dal cittadino.

Il trasferimento sarà accompagnato da un trasferimento graduale, in modo da assicurare la continuità assistenziale e minimizzare i disagi per utenti e personale.

15.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 15.1.1: Trasferimento del PO Cardarelli di Campobasso presso Responsible

Azione 15.1.1.1: Elaborazione del Piano di fattibilità

Indicatore 15.1.1.1: Piano di fattibilità

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
15.1.1. Trasferimento del PO Cardarelli di Campobasso presso Responsible	15.5.1.1 Elaborazione del Piano di fattibilità	31/12/2025	Piano di fattibilità	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						

16 Tendenziali e Programmatici 2025-2027

16.1 Criteri per la determinazione dei Tendenziali 2025-2027

Il CE Tendenziale 2025-2027 è stato costruito sulla base dei dati e delle informazioni che seguono:

- Conti economici NSIS degli anni 2022 - 2024;
- Conto economico NSIS Consuntivo 2024;
- Documentazione prodotta dall'Azienda Sanitaria Regionale (ASReM), finalizzata all'approfondimento dei dati economici contabilizzati nel CE Consuntivo 2023 e Consuntivo 2024;

Il CE Tendenziale 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 Tendenziale 2025-2027 come consolidamento dei CE della GSA e dell'ASReM

140 MOLISE - Aggregato					
CE	Descrizione Voci CE	Consuntivo 2024	Tendenziale 2025	Tendenziale 2026	Tendenziale 2027
€/000		A	B	C	D
A1	Contributi F.S.R.	652.180	672.338	702.008	706.853
A2	Saldo Mobilità	25.746	25.797	25.797	25.797
A3	Entrate Proprie	37.892	38.612	32.491	31.662
A4	Saldo Intramoenia	388	388	388	388
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 1.006	- 1.006	- 1.006	- 1.006
A	Totale Ricavi Netti	715.200	736.130	759.679	763.695
B1	Personale	180.287	182.160	182.160	182.160
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	87.741	90.591	95.771	101.258
B3	Altri Beni E Servizi	150.966	151.849	153.853	155.886
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	3.199	3.199	3.199	3.199
B5	Accantonamenti	79.794	77.865	78.398	75.289
B6	Variazione Rimanenze	- 2.384	-	-	-
B	Totale Costi Interni	499.601	505.665	513.382	517.792
C1	Medicina Di Base	44.315	44.315	44.315	44.315
C2	Farmaceutica Convenzionata	45.030	46.467	46.467	46.467
C3	Prestazioni Da Privato	178.903	179.774	179.774	179.774
C	Totale Costi Esterni	268.249	270.556	270.556	270.556
D	Totale Costi Operativi (B+C)	767.850	776.221	783.938	788.348
E	Margine Operativo (A-D)	- 52.650	- 40.091	- 24.259	- 24.654
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	-	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	- 3.024	- 3.024	- 3.024	- 3.024
F3	Oneri Fiscali	14.470	14.290	14.290	14.290
F4	Saldo Gestione Straordinaria	41.438	390	390	390
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	23.944	- 17.705	- 17.705	- 17.705
G	Risultato Economico (E-F)	- 28.706	- 57.796	- 41.964	- 42.358
AA0080	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	24.733	25.465	25.465	25.465
H	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	- 3.973	- 32.331	- 16.499	- 16.894

RICAVI

Contributi in c/esercizio indistinti:

Nelle more delle Intese di riparto delle risorse per gli anni 2025-2026-2027, si è tenuto conto degli incrementi del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard previsti:

– Legge n. 197 del 2022 – art. 1 comma 535 - il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, di cui all'articolo 1, comma 258, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è incrementato di 2.150 milioni di euro per l'anno 2023, 2.300 milioni di euro per l'anno 2024 e 2.600 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025.

– Legge n. 213 del 2023 – art. 1 comma 217 - Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 3.000 milioni di euro per l'anno 2024, 4.000 milioni di euro per l'anno 2025 e 4.200 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, anche per le finalità di cui ai commi da 29 a 31, da 218 a 233, 235, da 244 a 246, 362 e 363. Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è ridotto di 84 milioni di euro per l'anno 2033, 180 milioni di euro per l'anno 2034, 293 milioni di euro per l'anno 2035 e 340 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2036.

– Legge n. 207 del 2024 – art. 1 comma 273 - Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 1.302 milioni di euro per l'anno 2025, di 5.015,4 milioni di euro per l'anno 2026, di 5.734,4 milioni di euro per l'anno 2027, di 6.605,7 milioni di euro per l'anno 2028, di 7.667,7 milioni di euro per l'anno 2029 e di 8.840,7 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2030, anche per le finalità di cui ai commi da 121 a 123, da 128 a 131, da 300 a 302, 308, 312 e 313, 323, 326, 332, 336 e 337, da 350 a 353, 358 e 359, 365 e 366

Inoltre, la Legge n. 207 del 2024 – art. 1 comma 384 ha previsto quanto segue *“a decorrere dall'anno 2025 in sede di riparto del fabbisogno sanitario nazionale standard si tiene conto delle caratteristiche territoriali e delle dimensioni delle regioni con popolazione inferiore a 500.000 abitanti, riservando, in favore delle medesime regioni, una quota annuale non inferiore a 20 milioni di euro”*.

Il progetto di legge di bilancio 2026 prevede un incremento del finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2026 di 2,4 miliardi di euro e di 2,6 miliardi a decorrere per l'anno 2027.

Per l'anno 2025, il Fondo sanitario indistinto è stato posto pari alla stima del fondo sanitario 2025 condivisa dal Coordinamento delle Regioni.

Per l'anno 2026 e 2027, in considerazione dell'incremento delle disponibilità per il finanziamento del SSN previsto di 8.915.400 €/000 per l'anno 2026 e 9.884.400 €/000 per l'anno 2027, si stima un incremento del fondo sanitario rispetto al 2024 pari a circa 44.577 €/000 per l'anno 2026 e 49.422 €/000 per l'anno 2027 (valore stimato sulla base della quota d'accesso pari a 0,50%).

		2026	2027
A	FSR 2024 Regione Molise	636.997.748,46	636.997.748,46
B	Legge bilancio 2023, 29 dicembre 2022, n. 197, art 1 comma 535	300.000.000,00	300.000.000,00
C	di cui legge bilancio 2024 LEGGE 30 dicembre 2023, n. 213 art.1 comma 217	1.200.000.000,00	1.200.000.000,00
D	Legge 30 dicembre 2024 , n. 207 art 1 comma 273	5.015.400.000,00	5.734.400.000,00
E	Proposta legge di bilancio 2026	2.400.000.000,00	2.650.000.000,00
F=B+C+D+E	Totale incremento FSN da Legge di Bilancio	8.915.400.000,00	9.884.400.000,00
G=F*0,50%	Incremento stimato sulla base della quota di accesso	44.577.000,00	49.422.000,00
H=A+G	Totale FSN	681.574.748,46	686.419.748,46

Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata:

Per le annualità 2025-2027 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. 228,231/CSR del 28 novembre 2024 e degli ulteriori atti di riparto per l'anno 2024, nonché pari a quanto comunicato dai Competenti Ministeri (Allegato - indicazioni contabili anno 2024).

In merito al contributo per il potenziamento dell'assistenza territoriale, sono stati riportati i contributi assegnati per le annualità 2025-2026 dal DM 23 dicembre 2022. Per l'anno 2027 è stato invece posto pari a zero.

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.228/CSR del 28.11.2024 nelle quali si stabilisce il riparto del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2024 (compresa la quota di mobilità internazionale). Il valore considerato nelle singole annualità è pari a complessivi **25,8 €/mln**

Composizione Fondo Sanitario Regionale				
Valori in €/000		Tendenziale 2025	Tendenziale 2026	Tendenziale 2027
Riparto				
Fabbisogno sanitario	A	667.527	694.527	699.372
Quota premiale	B	-	-	-
Entrate proprie	C	12.953	12.953	12.953
Fabbisogno sanitario Indistinto Ante Mobilità	D=A+B-C	654.574	681.575	686.420
Saldo di mobilità (extraregione)	E	26.381	26.381	26.381
Saldo di mobilità (internazionale)	F	(584)	(584)	(584)
Saldo moilit	G=E+F	25.797	25.797	25.797
Borse di studio MMG		416.219,62	416.219,62	416.219,62
Medicina Penitenziaria		777.849,16	777.849,16	777.849,16
Riparto obiettivi piano		5.125.564,80	5.125.564,80	5.125.564,80
Medicina Penitenziaria		45.000,00	45.000,00	45.000,00
Riparto OPG		282.492,13	282.492,13	282.492,13
Quota farmaci innovativi oncologici e non oncologici		6.203.567,24	6.203.567,24	6.203.567,24
Riduzione delle percentuali di sconto per le farmacie		73.401,84	73.401,84	73.401,84
Riparto per IRCCS (*) - stima riparto su dati 2021		927.839,58	927.839,58	927.839,58
Potenziamento assistenza territoriale PNRR		3.550.019,00	6.219.217,00	6.219.217,00
sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro		50.285,77	50.285,77	50.285,77
Sperimentazione dei progetti regionali sulla cefalea primaria cronica.Anno 2023		27.788,62	27.788,62	27.788,62
Piano nazionale malattie rare 2023 – 2026		141.157,94	141.157,94	141.157,94
Sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie - Farmacia dei servizi		143.290,99	143.290,99	143.290,99
Finanziamento Risorse Vincolate	H	17.764.477	20.433.675	20.433.675

Entrate proprie- Payback

Negli scenari tendenziali 2025-2027, relativamente al payback ripiano spesa farmaceutica ospedaliera sono stati inseriti i valori previsti della DET. AIFA n. 205/2025.

L'ulteriore Payback è invece posto pari al valore contabilizzato nel Consuntivo 2024.

In merito alla voce AA0141, si riporta di seguito la composizione della voce nelle singole annualità.

Descrizione	2025	2026	2027
Casa primo luogo di cura - Missione 6 componente 1 investimenti 1.2.1 - Assistenza domiciliare	5.388.561,00		
STP	18.315,59	18.315,59	18.315,59
GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)	222.318,94	222.318,94	222.318,94
PNRR M6-C2- BORSE AGGIUNTIVE IN FORMAZIONE DI MEDICINA GENERALE	62.946,30		
M6.C2.1.3.1B - assegnazione statale per il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, elaborazione, analisi	528.630,80	-	-
Fondo di cui art.1 comma 585 L. 30 dicembre 2018 n.145 (anagrafe vaccinale riparto 0,5 €/mln)	2.584,51	2.584,51	2.584,51
PNC- biodiversità clima	210.000,00	-	-
TOTALE	6.433.357,14	243.219,04	243.219,04

Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

Nei Tendenziali 2025-2027 il valore è pari a 1,0 €/mln, pari al valore contabilizzato nel Consuntivo 2024.

Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati

Con riferimento al fondo quote inutilizzate contributi vincolati nel corso del triennio si riporta di seguito il dettaglio.

Fondo quote inutilizzate contributi FSR - stima fondo			Fondo quote inutilizzate contributi FSR - stima fondo			Fondo quote inutilizzate contributi FSR - stima fondo		
	2024	2025		2025	2026		2026	2027
PBA160	B.IV.1) Fondo quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	24.718	PBA160	B.IV.1) Fondo quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	26.343	PBA160	B.IV.1) Fondo quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	28.703
AA0040	A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	17.764	AA0040	A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	20.434	AA0040	A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	20.434
	<i>di cui per Progetti Obiettivo</i>			<i>di cui per Progetti Obiettivo</i>			<i>di cui per Progetti Obiettivo</i>	
AA0280	A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	7.055	AA0280	A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	7.655	AA0280	A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	10.015
BA2780	B.16.C.1) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	8.681	BA2780	B.16.C.1) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	10.015	BA2780	B.16.C.1) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	6.906
	Fondo quote inutilizzate al 31.12.2025	26.343		Fondo quote inutilizzate al 31.12.2026	28.703		Fondo quote inutilizzate al 31.12.2027	25.593

COSTI

Costi interni

Costo del Personale

Relativamente al costo del "Personale", per gli anni 2025-2027 il valore nei tendenziali è stato posto alla proiezione lineare del costo al 30.06.2025.

Prodotti farmaceutici

La voce "Prodotti Farmaceutici ed emoderivati" nel tendenziale 2025 è stata posta pari al valore dell'ordinato evaso al 30.09.2025, proiettato linearmente. Gli anni 2026-2027 sono stati stimati applicando al costo rilevato nel CE Tendenziale 2025, una crescita annua pari al CAGR 2021-2024 (5,89%) delle singole voci.

Beni e Servizi

Per la voce "Altri Beni e Servizi" il valore dei tendenziali 2025-2027 sono stati stimati applicando sulla singola voce di costo rilevata nel CE Consuntivo 2024 il tasso di inflazione programmata anno 2025 (1,6 %).

Ammortamenti e sterilizzazioni

Il valore della voce “ammortamenti e sterilizzazioni” è stato stimato costante per gli anni 2025-2027 e pari al valore registrato nel CE Consuntivo 2024, ovvero 3,2 €/mln.

Accantonamenti

Con riferimento agli accantonamenti il valore dei tendenziali 2025-2027 si riferisce ad **accantonamenti per rischi** connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato per 46,9 €/mln, effettuate prevalentemente dalla GSA (45,7 €/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 della produzione delle strutture private accreditate al 30.09.2025 (proiettata linearmente).

Per il triennio è stato esposto anche il valore degli **accantonamenti per rinnovi contrattuali/convenzioni**, stimati a partire da quanto disposto nella legge n. 207/2024 (legge di bilancio 2025) articolo 1, commi 128-130, pari a 16.2 €/mln.

È stato inoltre esposto anche il valore degli **accantonamenti per interessi di mora** per 2,0 €/mln sulla base di quanto contabilizzato nel CE Consuntivo 2024. Il valore è stato ipotizzato costante per il triennio.

Variazione delle rimanenze

L'importo inserito nel CE tendenziale per il periodo 2025-2027 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 per le annualità 2025-2027 è stato posto pari al valore rilevato al Consuntivo 2024.

Farmaceutica convenzionata

Nella definizione del tendenziale 2025, nella stima della voce “Farmaceutica convenzionata” si è tenuto conto del valore delle DCR al 30.09.2025, proiettato al 31.12.2025 sulla base del costo dei rispettivi mesi del 2024. Si è ipotizzato quindi di mantenere un valore costante per gli anni 2026,2027.

Prestazioni sanitarie da privato

Ospedaliera

Il valore esposto nei tendenziali 2025-2027 per le prestazioni di assistenza ospedaliera è quello definito con DCA n. 135/2025.

Specialistica ambulatoriale

Il valore esposto nei tendenziali 2025-2027 per le prestazioni di assistenza specialistica è quello definito con DCA n. 135/2025.

Gestione finanziaria

Nel tendenziale 2025-2027 le poste relative alla “Gestione Finanziaria” sono state poste pari al valore rilevato nel modello CE Consuntivo 2024.

Oneri Fiscali

Nei tendenziali 2025-2027 le poste relative agli "Oneri Fiscali" sono state calcolate in proporzione al costo del personale.

Gestione Straordinaria

Nel tendenziale 2025-2027 le poste relative alla "Gestione Straordinaria" sono state poste pari al valore rilevato al Consuntivo 2024, al netto di alcune modifiche/integrazioni.

16.2 Manovre e Programmatici 2025-2027

Si riporta di seguito il CE Programmatico calcolato sulla base dell'impatto delle manovre definite nel presente Programma Operativo.

140 MOLISE - Aggregato					
CE	Descrizione Voci CE	Consuntivo 2024	Programmatico 2025	Programmatico 2026	Programmatico 2027
€/000		A	B	C	D
A1	Contributi F.S.R.	652.180	672.338	702.008	706.853
A2	Saldo Mobilità	25.746	25.797	30.797	35.797
A3	Entrate Proprie	37.892	38.612	32.491	31.662
A4	Saldo Intramoenia	388	388	388	388
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 1.006	- 1.006	- 1.006	- 1.006
A	Totale Ricavi Netti	715.200	736.130	764.679	773.695
B1	Personale	180.287	182.160	195.474	203.215
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	87.741	90.591	94.121	98.963
B3	Altri Beni E Servizi	150.966	151.349	138.981	139.165
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	3.199	3.199	3.199	3.199
B5	Accantonamenti	79.794	77.865	72.485	68.991
B6	Variazione Rimanenze	- 2.384	-	-	-
B	Totale Costi Interni	499.601	505.165	504.260	513.534
C1	Medicina Di Base	44.315	44.315	43.315	43.315
C2	Farmaceutica Convenzionata	45.030	46.467	44.208	43.304
C3	Prestazioni Da Privato	178.903	179.774	179.774	179.774
C	Totale Costi Esterni	268.249	270.556	267.297	266.394
D	Totale Costi Operativi (B+C)	767.850	775.721	771.557	779.928
E	Margine Operativo (A-D)	- 52.650	- 39.591	- 6.878	- 6.233
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	-	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	- 3.024	- 3.024	- 3.024	- 3.024
F3	Oneri Fiscali	14.470	14.290	15.037	15.535
F4	Saldo Gestione Straordinaria	41.438	390	390	390
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	23.944	- 17.705	- 18.451	- 18.949
G	Risultato Economico (E-F)	- 28.706	- 57.296	- 25.330	- 25.182
AA0080	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	24.733	25.465	25.465	25.465
H	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA(G+H)	- 3.973	- 31.831	135	283

Valorizzazioni manovre e sintesi impatto per gli esercizi 2023 – 2025

Manovre

Si descrive di seguito la valorizzazione stimata dell'impatto economico cumulato delle manovre contenute nel Programma Operativo 2025-2027.

PO 2025 - 2027 Riepilogo complessivo manovre				
€/000		2025	2026	2027
A	Tendenziali	- 32.331	- 16.499	- 16.894
B	Manovre previste nel PO	-	- 20.134	- 24.176
	<i>Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi</i>	-	- 2.200	- 4.049
	<i>Gestione del Personale</i>	-	14.060	23.434
	<i>Recupero mobilità passiva</i>	-	- 5.000	- 10.000
	<i>Specialistica Ambulatoriale</i>	-	- 9.413	- 13.297
	<i>Obiettivi Direttore Generale ASReM</i>	-	- 10.295	- 10.295
	<i>Assistenza farmaceutica</i>	-	- 5.159	- 6.707
	<i>Attuazione del ruolo unico di assistenza primaria</i>	-	- 1.000	- 1.000
	<i>Riconversione del Caracciolo di Agnone in Ospedale di Comunità</i>	-	- 1.127	- 2.262
C	Ulteriori elementi del programmatico	-	3.500	7.000
	<i>Accantonamenti prudenziali**</i>		3.500	7.000
D = A - B - C	CE Programmatico	- 32.331	135	283

** Incremento prudenziale degli accantonamenti

Razionalizzazione dei Beni e Servizi

In materia di beni e servizi, l'impatto complessivo delle manovre regionali nel triennio di programmazione è pari a 4,1€/mln. La manovra prevede un risparmio dei costi delle consulenze, conseguente all'assunzione di nuovo personale, per un importo pari a 2,2 €/mln per l'anno 2026 e 4,1 €/mln per l'anno 2027.

Per l'anno 2026 è stato inoltre stimata una riduzione dei costi per Utenze elettricità e Riscaldamento per complessivi 1,7 €/mln a seguito dell'azione di efficientamento energetico pervista all'interno del paragrafo 11.5 Investimenti in Sanità.

Descrizione manovra	IMPORTO MANOVRA (€/000)*		
	2025	2026	2027
Razionalizzazione B&S	-	- 2.200	- 4.049

* Gli importi sono da intendersi "cumulati" nel triennio oggetto del vigente piano. Infatti l'importo complessivo previsto per l'intera manovra coincide con quanto espresso in tabella per l'annualità 2027

Gestione del personale

Con DCA n.140/2025 è stato approvato il piano triennale del fabbisogno 2024-2026 di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 1768 del 27/12/2024.

Il predetto Piano del fabbisogno di personale per il triennio 2024-2027, prevede un costo per l'assunzione di circa 24,3 €/mln per l'annualità 2025 e di circa 11,3 €/mln per l'annualità 2026.

PREVISIONALE COSTO DEL PERSONALE ANNO 2025							
	COSTO COMPETENZE	COSTO ONERI	IRAP	TOTALE COSTO	COSTO DEI RINNOVI CONTRATTUALI INTERVENUTI DOPO IL 2004	TOTALE COSTO AL NETTO DEI RINNOVI CONTRATTUALI	LIMITE DI SPESA PREVISTO DALL'ART.2 C.71 L.151/2009, COSÌ COME DETERMINATO DAL DCA N.4/2010
Stima Costo del personale dipendente anno 2025 (proiezione spesa personale a tempo indeterminato in servizio al 01/01/2025 cfr all.n.3)	131.014.719,72	35.808.300,17	11.136.251,18	177.959.271,07			
Stima Costo 2025 a assunzioni da piano assunzionale T.1.	17.976.239,94	4.796.060,82	1.527.980,39	24.300.281,15			
Stima costo del personale 2024 assunzioni da piano assunzionale in ragione di anno	9.124.195,13	2.434.335,26	775.556,59	12.334.086,98			
Attività Progettuali 15 octies (previsionale 2024)	423.970,31	117.117,65	36.593,19	577.681,15			
Previsionale costo del personale anno 2025	158.539.125,10	43.155.813,90	13.476.381,35	215.171.320,35			
Altre forme di lavoro flessibile:							
Contratti libero professionali				238.810,33			
Convenzioni				178.491,20			
Previsionale costo complessivo 2025				215.588.621,88	33.000.000,00	182.588.621,88	201.000.000,00

PREVISIONALE COSTO DEL PERSONALE ANNO 2026							
	COSTO COMPETENZE	COSTO ONERI	IRAP	TOTALE COSTO	COSTO DEI RINNOVI CONTRATTUALI INTERVENUTI DOPO IL 2004	TOTALE COSTO AL NETTO DEI RINNOVI CONTRATTUALI	LIMITE DI SPESA PREVISTO DALL'ART.2 C.71 L.151/2009, COSÌ COME DETERMINATO DAL DCA N.4/2010
Stima costo del personale dipendente anno 2026 (proiezione spesa personale a tempo indeterminato in servizio al 01/01/2025 al netto del personale cessato nel corso dell'anno 2025) cfr all.n.3	127.877.528,10	34.971.700,21	10.869.589,90	173.718.818,21			
Stima costo 2026 a assunzioni da piano assunzionale T.1.	8.369.548,75	2.232.995,61	711.411,64	11.313.956,00			
Stima costo del personale assunzioni 2025 da piano assunzionale	17.976.239,94	4.796.060,82	1.527.980,39	24.300.281,15			
Stima costo del personale assunzioni 2024 da piano assunzionale	9.124.195,13	2.434.335,26	775.556,59	12.334.086,98			
Stima ulteriore risparmio cessazioni 2025 su 2026 cfr all.5	1.513.800,05	403.479,09	128.672,00	2.045.951,14			
Stima risparmio cessazioni 2026 su 2026 tempo indeterminato cfr all.n.6	1.623.391,58	433.120,87	137.988,39	2.194.500,84			
Attività Progettuali 15 octies (previsionale 2024)	423.970,31	117.117,65	36.593,19	577.681,15			
Previsionale costo del personale anno 2026	160.634.290,60	43.715.609,58	13.654.470,43	218.004.370,61			
Altre forme di lavoro flessibile:							
Contratti libero professionali				238.810,33			
Convenzioni				178.491,20			
Previsionale costo complessivo 2026				218.421.672,14	33.000.000,00	185.421.672,14	201.000.000,00

Tenuto conto delle cessazioni di personale stimate, si stima un costo del personale netto IRAP, pari a 201,7 €/mln per l'anno 2025 e 204,3 €/mln per l'anno 2026. Nell'ipotesi che non tutte le procedure concorsuali saranno completate in corso d'anno, si stima il completamento delle procedure concorsuali nell'anno 2027, con un incremento del costo del personale come di seguito.

Descrizione manovra	IMPORTO MANOVRA (€/000)*		
	2025	2026	2027
Gestione del Personale	-	14.060	23.434

* Gli importi sono da intendersi "cumulati" nel triennio oggetto del vigente piano. Infatti l'importo complessivo previsto per l'intera manovra coincide con quanto espresso in tabella per l'annualità 2027

Recupero della mobilità passiva

Il fenomeno della mobilità passiva, che vede un numero crescente di pazienti rivolgersi a strutture sanitarie fuori regione, rappresenta una delle principali criticità per il Sistema Sanitario Regionale (SSR), sia sotto il profilo economico che organizzativo. Questo comporta un significativo esborso finanziario per la Regione, poiché le risorse destinate alla sanità vengono destinate ad altre regioni.

Per affrontare in modo più efficace questa problematica, la Struttura Commissariale ha già avviato nello scorso triennio una serie di azioni volte al recupero della mobilità passiva, che intende continuare nel corso del triennio 2025-2027. Come descritto nel presente documento per ridurre la mobilità passiva e impedire che i pazienti si rivolgano a strutture fuori regione, la Struttura Commissariale ha previsto una serie di azioni strategiche quali: l'assunzione di nuove professionalità altamente qualificate. Ciò permetterà il rafforzamento delle strutture sanitarie regionali e l'aumento della produttività delle stesse, migliorando l'efficienza e la qualità dei servizi offerti. Inoltre, è previsto un potenziamento delle strutture regionali di riabilitazione e socio-sanitarie, per garantire una risposta completa e adeguata alle necessità dei pazienti, evitando così che si rivolgano ad altre regioni per ricevere cure. Infine, saranno messe in campo azioni di

ammodernamento del parco tecnologico. Queste azioni, supportate dalla riorganizzazione delle reti ospedaliere e territoriali, mirano a rafforzare la fiducia dei cittadini nel sistema sanitario locale.

Un ruolo centrale sarà attribuito al potenziamento dell'assistenza territoriale, attraverso il rafforzamento delle Case e degli Ospedali di Comunità e l'estensione dei servizi di prossimità, domiciliari e ambulatoriali.

Si stima pertanto nel triennio una riduzione della mobilità passiva di 5 €/mln per l'annualità 2026 e 10 /mln per l'annualità 2027.

Descrizione manovra	IMPORTO MANOVRA (€/000)*		
	2025	2026	2027
Recupero mobilità passiva	-	5.000	10.000

* Gli importi sono da intendersi "cumulati" nel triennio oggetto del vigente piano. Infatti l'importo complessivo previsto per l'intera manovra coincide con quanto espresso in tabella per l'annualità 2027

Assistenza Farmaceutica

Tenuto conto del quadro normativo di settore, nonché di come il contenimento della spesa farmaceutica e la governance del farmaco siano obiettivi da perseguire necessariamente al fine di garantire l'accesso e la sostenibilità delle cure, la Regione, nell'ambito della programmazione 2025-2027, intende attuare manovre primariamente orientate a garantire una contrazione dei costi per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, principalmente mediante l'allineamento ai valori nazionali. Considerando l'intero triennio, l'impatto complessivo delle manovre programmate in ambito farmaceutico è stato stimato in 6,7 €/mln.

Descrizione manovra	IMPORTO MANOVRA (€/000)*		
	2025	2026	2027
Assistenza farmaceutica	-	5.159	6.707

* Gli importi sono da intendersi "cumulati" nel triennio oggetto del vigente piano. Infatti l'importo complessivo previsto per l'intera manovra coincide con quanto espresso in tabella per l'annualità 2027

Di seguito una sintesi delle principali manovre programmate e relativa stima economica.

Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva delle classi terapeutiche ATC C e ATC A

Per le classi ATC A e ATC C, oggetto di incremento di spesa, si prevede l'attivazione di specifiche azioni di razionalizzazione dell'uso dei farmaci.

Tali interventi saranno attuati principalmente attraverso:

informative ai medici prescrittori riguardanti la disponibilità di specialità medicinali con minor costo per unità posologica, a parità di principio attivo;

inviti all'impiego di associazioni precostituite, in grado di migliorare l'aderenza e la compliance terapeutica del paziente, con conseguente riduzione della spesa per il SSR.

Classe ATC A02BC – Inibitori della pompa acida

Nel 2024, in Regione Molise, si registra un consumo complessivo di 528.352 confezioni, per una spesa pari a 4.113.964 euro.

Di queste, 92.263 confezioni risultano prescritte con confezionamento da 14 compresse, per una spesa complessiva di 606.622 euro.

Considerando che le formulazioni da 28 compresse comportano un risparmio medio del 24%, il passaggio integrale a tali confezioni consentirebbe un risparmio stimato di circa 145.589 euro.

Classe ATC C – Associazioni di calcio-antagonisti e ACE-inibitori / sartani

Per la medesima annualità risultano in terapia con associazioni fisse dei principi attivi C08CA01 + C09CA08, C08CA01 + C09CA06 e C08CA01 + C09CA03 circa 11.092 pazienti, per una spesa complessiva di 1.598.992 euro.

L'utilizzo di associazioni estemporanee, a parità di efficacia terapeutica, comporterebbe un risparmio potenziale del 24%, pari a 383.758 euro.

Analogamente, risultano in terapia con associazioni fisse dei principi attivi C10AX09 + C10AA01, C10AX09 + C10AA05 e C10AX09 + C10AA07 circa 6.544 pazienti, con una spesa complessiva di 2.712.674 euro.

Anche in questo caso, il ricorso ad associazioni estemporanee determinerebbe un risparmio stimato del 48%, pari a 1.302.083 euro.

Farmaceutica convenzionata

La Regione Molise, al fine di ridurre il fenomeno dell'iper prescrizione e promuovere la razionalizzazione della prescrizione delle classi terapeutiche (ATC) con particolari criticità ed elevati rischi di inappropriately/alto spendenti, 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, ha previsto l'attuazione di una specifiche manovre:

Allineamento della Spesa pro capite Regionale relativa alla farmaceutica convenzionata alla media Italia

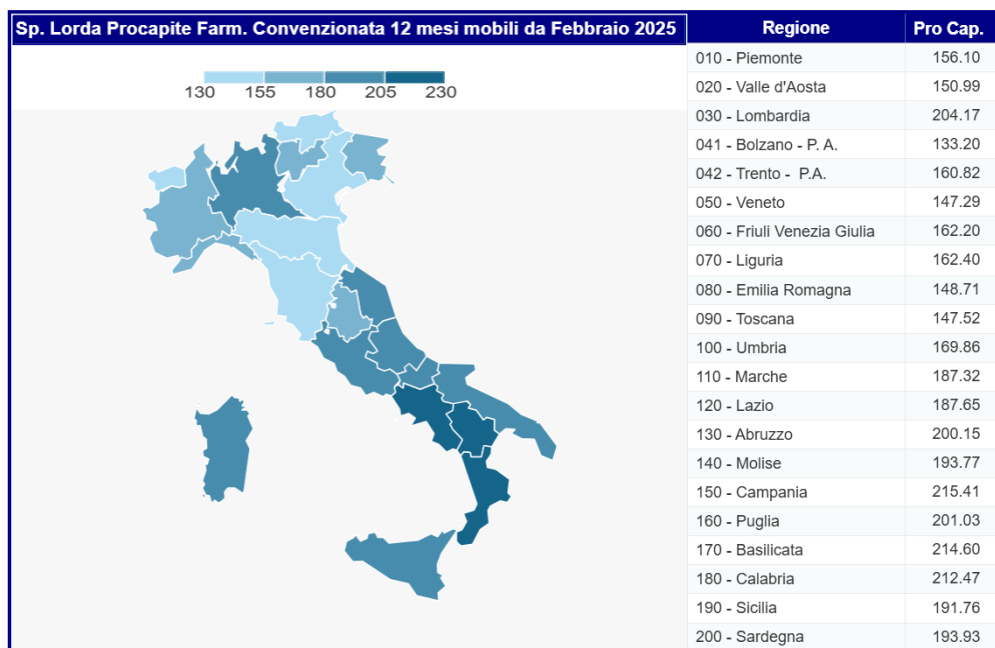
In materia di appropriatezza prescrittiva, come descritto all'interno del paragrafo 4.7-Specialistica ambulatoriale si prevede l'implementazione di un sistema centralizzato per la gestione delle prescrizioni mediche da parte dei medici di base della Regione Molise. Il software includerà funzionalità di monitoraggio e analisi dei dati prescrittivi.

L'impatto economico di tale misura è stato stimato in 3,2 €/mln.

Come si evince del sistema Tessera Sanitaria, in Regione Molise il valore della spesa lorda pro-capite è pari a 193,77, superiore di circa 15,61 rispetto alla media Italia.

Attraverso le azioni di monitoraggio, e l'implementazione del software di monitoraggio di stima di allinearsi alla spesa media Italia, con un risparmio di 2,2 €/mln per l'annualità 2026 e 3,2 €/mln per l'annualità 2027.

Allineandosi alla spesa media Italia, la Regione Molise potrebbe risparmiare circa 4,5 €/mln determinato come di seguito: (spesa procapite Molise (193,77)- spesa procapite Italia (178,15) * popolazione Regione Molise (287.966). Si stima prudenzialmente di raggiungere il 70% del potenziale risparmio per complessivi 3,2 €/mln.



Fonte TS

Gas Medicale

Nella Regione Molise, si registrano valori di spesa per l'ossigeno maggiori del tetto stabilito per legge. Nel 2023 la spesa regionale è risultata pari a 2,1 €/mln, il tetto di spesa si è attestato a 0,33%, valore superiore al limite di legge (0,20%). Nell'ambito della programmazione regionale 2025-2027, pertanto, la Regione intende attuare una "razionalizzazione della spesa per gas medicale" mediante il riallineamento al tetto del 0,20%. La quantificazione economica della manovra nel triennio è stimata in 0,8 €/mln.

La manovra economica, quantificata in un risparmio complessivo di 0,8 milioni di euro nel triennio, sarà conseguita attraverso le seguenti azioni principali:

- Controllo e ottimizzazione dell'utilizzo delle bombole di ossigeno;
- Progressiva introduzione e utilizzo di concentratori di ossigeno.

Dispositivi medici

Nella Regione Molise, si registrano valori di spesa per dispositivi medici maggiori del tetto stabilito per legge. Nel 2024 la spesa per dispositivi medici in Molise è stata pari a € 32.767.027,18 con un'incidenza sul Fondo Sanitario Regionale (€ 666.060.378, fonte Monitoraggio AIFA gennaio-dicembre 2024), pari al 4,9%.

Nell'ambito della programmazione regionale 2025-2027, pertanto, la Regione intende attuare una razionalizzazione della spesa per dispositivi medici mediante il riallineamento al tetto del 4,4%. L'introduzione di una commissione regionale dedicata alla gestione e all'ottimizzazione delle procedure di gara per i dispositivi medici può generare risparmi economici significativi, soprattutto grazie alla centralizzazione degli acquisti, all'aggregazione della domanda e al monitoraggio attivo dei fabbisogni e dei consumi.

Le stime e le esperienze regionali italiane indicano risparmi medi che variano dal 10% al 20% della spesa annua per dispositivi medici a seguito della centralizzazione e ottimizzazione delle gare, e fino al 25% nei casi più virtuosi. Per il Molise (con una commissione da istituire), si stima un 5% di risparmio per un totale di 1.250.000 € circa/anno, con possibilità di superare questi valori secondo il livello di efficacia della commissione e delle iniziative adottate.

Specialistica Ambulatoriale

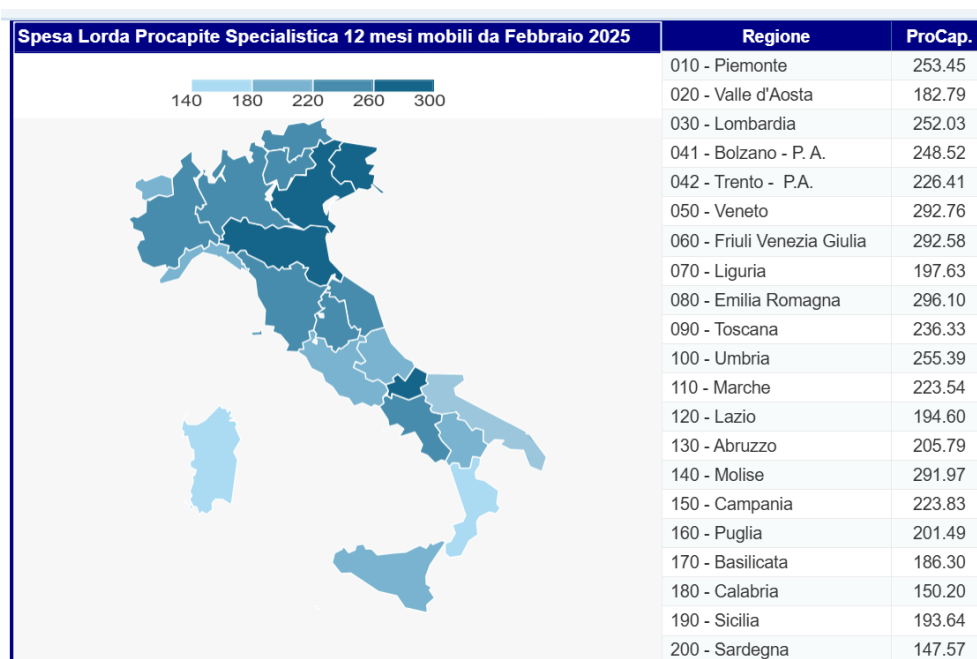
In materia di appropriatezza prescrittiva, come descritto all'interno del paragrafo 4.7-Specialistica ambulatoriale si prevede l'implementazione di un sistema centralizzato per la gestione delle prescrizioni mediche da parte dei medici di base della Regione Molise. Il software includerà funzionalità di monitoraggio e analisi dei dati prescrittivi.

L'impatto economico di tale misura, anche in considerazione della formalizzazione dell'analisi del fabbisogno di prestazioni sanitarie, comporterà una riduzione dell'acquisto delle prestazioni sanitarie, stato stimato in 13,3 €/mln.

Descrizione manovra	IMPORTO MANOVRA (€/000)*		
	2025	2026	2027
Specialistica Ambulatoriale	-	9.413	13.297

* Gli importi sono da intendersi "cumulati" nel triennio oggetto del vigente piano. Infatti l'importo complessivo previsto per l'intera manovra coincide con quanto espresso in tabella per l'annualità 2027

Come si evince dal sistema Tessera Sanitaria, in Regione Molise il valore della spesa lorda pro-capite è pari a 193,77, superiore di circa 15,61 rispetto alla media Italia.



La Regione Molise si colloca tra le prime Regioni per spesa pro capite:

Spesa pro capite specialistica 12 mesi mobili da Febbraio 2025

	Regione	ProCap.
1	080 - Emilia Romagna	296,10
2	050 - Veneto	292,76
3	060 - Friuli Venezia Giulia	292,58
4	140 - Molise	291,97
5	100 - Umbria	255,39
6	010 - Piemonte	253,45
7	030 - Lombardia	252,03
8	041 - Bolzano - P. A.	248,52
9	090 - Toscana	236,33
10	042 - Trento - P.A.	226,41
11	150 - Campania	223,83
12	110 - Marche	223,54
13	130 - Abruzzo	205,79
14	160 - Puglia	201,49
15	070 - Liguria	197,63
16	120 - Lazio	194,60
17	190 - Sicilia	193,64
18	170 - Basilicata	186,30
19	020 - Valle d'Aosta	182,79
20	180 - Calabria	150,20
21	200 - Sardegna	147,57

A	Spesa procapite media Italia	226,33
B	Spesa procapite Molise	291,97
C=B-A	Delta	65,64
D	Popolazione Regione Molise	289.400,00
E=D*C	Risparmio	18.996.353,81

Attraverso le azioni di monitoraggio, e l'implementazione del software di monitoraggio di stima di allinearsi alla spesa media Italia, con un risparmio di 9,5 €/mln per l'annualità 2026 e 13,3 €/mln per l'annualità 2027.

Allineandosi alla spesa media Italia, la Regione Molise potrebbe risparmiare circa 19,0 €/mln determinato come di seguito: (spesa pro-capite Molise (291,77) - spesa pro-capite Italia (226,33)) * popolazione Regione Molise (287.966). Si stima prudenzialmente di raggiungere il 70% del potenziale risparmio per complessivi 13,3 €/mln.

Obiettivi Direttore Generale ASReM

Con Decreto n. 39 del 3 marzo 2025 sono stati assegnati gli obiettivi operativi al Direttore Generale dell'ASREM, in linea con il Piano di Rientro dai disavanzi sanitari. Nel predetto documento, tra gli obiettivi assegnati al DG ASReM è stata prevista, tra l'altro, la razionalizzazione dei costi (riduzione del 2,5-3,5%) rispetto all'anno precedente.

L'impatto economico di tale misura per la è stato stimato in 10,3 €/mln

Descrizione manovra	IMPORTO MANOVRA (€/000)*		
	2025	2026	2027
Obiettivi Direttore Generale ASReM	-	10.295	10.295

* Gli importi sono da intendersi "cumulati" nel triennio oggetto del vigente piano. Infatti l'importo complessivo previsto per l'intera manovra coincide con quanto espresso in tabella per l'annualità 2027

Il valore dei costi della produzione rilevati dall'ASReM nel modello CE Consuntivo 2024 (voce BZ999), sono pari a € 624.745.264,57. Al netto degli accantonamenti (voce BA2690) i costi della produzione sono pari a € 600.226.995,83.

Il possibile risparmio ottenibile dalla manovra, stimando il 3 % dei € 600.226.995,83 è di € 18.006.809,87. Occorre tuttavia tener conto dei risparmi e degli incrementi di costi derivanti dalle manovre sopra riportate, che si riepilogano di seguito:

	Manovre	2026	
a	Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi	-	2.200
b	Gestione del Personale		14.060
c	Recupero mobilità passiva	-	5.000
d	Specialistica Ambulatoriale	-	9.413
e	Assistenza farmaceutica	-	5.159
f	Totale	-	7.712
g	Obiettivo DG ASReM	-	18.007
h=g-f	Ulteriore risparmio derivante dall'obiettivo al DG ASReM	-	10.295

Tale risparmio deve intendersi come aggiuntivo rispetto a quello generato dalle manovre sopra descritte; il relativo impatto è stato ipotizzato come una riduzione della voce BA1704 – *Altri servizi non sanitari da provato*.

Attuazione del ruolo unico di assistenza primaria nell'ambito della Regione Molise

Descrizione manovra	IMPORTO MANOVRA (€/000)*		
	2025	2026	2027
Attuazione del ruolo unico di assistenza primaria	-	1.000	1.000

* Gli importi sono da intendersi "cumulati" nel triennio oggetto del vigente piano. Infatti l'importo complessivo previsto per l'intera manovra coincide con quanto espresso in tabella per l'annualità 2027

La regione Molise conta 287.966 abitanti residenti al 01 gennaio 2025 (ISTAT), distribuiti su 136 comuni totali; Di questi, sono 260.293 i residenti di età maggiore di 14 anni, 78.139 di età maggiore di 65 anni e 39.867 di età maggiore di 75 anni.

Tale popolazione si distribuisce per il 40%, 110.000 abitanti circa, in soli 4 centri: Campobasso (50.000 ab. Ca.), Termoli (30.000 ca.), Isernia, (20.000 ca.) e Venafro (11.000 ca.), mentre il 60% rimanente si distribuisce in 132 piccoli comuni, la maggior parte dei quali con meno di 2.000 residenti, distribuiti in un'area vasta ed impervia, dalla scarsa qualità delle vie di comunicazione e spesso in un contesto generale di difficoltà di accesso ai servizi essenziali.

La regione presenta un declino demografico strutturale, pari in media a – 1.500 abitanti su base annua, dovuto al combinato disposto dal basso tasso di natalità, invecchiamento della popolazione ed annesso tasso di mortalità, mancata immigrazione e alto tasso di emigrazione, soprattutto giovanile.

L'Assistenza dei Medici di Medicina Generale è garantita, ai sensi dell'Accordo Decentrato Regionale del 2007, che recepiva l'Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005, dai 3 Distretti Sanitari dell'unica ASL presente sul territorio regionale, l'ASReM.

In regione sono attivi, al 01 gennaio 2024, 220 Medici di Medicina Generale incaricati nel settore Assistenza Primaria (Medici di famiglia a rapporto fiduciario con proprio studio professionale convenzionato), per una spesa storica media, su base decennale, pari a circa 25.180.500 Euro, comprensivi delle prestazioni aggiuntive in quota variabile, al lordo dei contributi ENPAM.

Il servizio regionale di Continuità Assistenziale conta 44 sedi per un organico teorico di 196 Medici, e genera il secondo volume di ore remunerate pro-capite annuo al livello nazionale dopo la Calabria, mentre la spesa pro-capite annuale risulta la più alta d'Italia;

Attualmente, il 65% dei Medici è rappresentato da professionisti “a gettone”, con incarico trimestrale rinnovabile. La spesa storica per la Continuità Assistenziale è pari, mediamente su base decennale, a 10.140.000 Euro, comprensivi dei contributi ENPAM.

In totale, la spesa storica per la convenzionata MMG, inteso Assistenza Primaria più Continuità Assistenziale della Regione Molise è pari a circa 35.320.000 Euro/anno.

Con l’attuazione della riforma, si prevede una ristrutturazione della spesa tale da garantire un risparmio annuo stimata superiore al 1.000.000 Euro/anno.

L’attuazione del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, ed in particolare dell’Art.44 dell’Accordo Collettivo Nazionale secondo le direttive della Conferenza delle Regioni, insieme all’utilizzo delle AFT come strumento di controllo del numero di MMG attivi in regione, insieme ad un potenziamento delle prestazioni infermieristiche territoriali e dell’utilizzo della telemedicina, consentirà infatti di ristrutturare la spesa per la convenzionata assistenziale della regione Molise in modo efficiente e sostenibile.

Tale valutazione deriva da:

- 1) la rimodulazione della spesa per le attività a ciclo orario dovute alla riforma del servizio di Continuità Assistenziale regionale, che passerebbe di citati 10.140.000 Euro/anno ad una media annuale stimabile in circa 8.150.000 Euro/anno;
- 2) la progressiva riduzione del numero di MMG (e delle relative indennità in quota fissa oltre che delle prestazioni della quota variabile) dovuta all’aumento del Rapporto Ottimale, che passa dal previgente 1 MMG/1.100 abitanti di età maggiore di 14 anni a 1 MMG/1.300 assistibili con il nuovo Accordo Regionale, ed al progressivo spopolamento, che porterà la spesa al 31/12/2027 a circa 25.000.000 Euro/anno al lordo dei contributi ENPAM;
- 3) gli incassi dovuti allo spostamento dei MMG nelle Case di Comunità, per il quale è previsto un contratto di locazione che comporterà un incasso annuo stimabile in circa 50.000 Euro;

La riforma della quota oraria, inoltre, consentirà la piena valorizzazione delle risorse di cui al dal Decreto attuativo di recepimento dell’art.1, comma 274 della legge legge 30 dicembre 2021, n. 234, incrementati dalla legge 30 dicembre 2023 n.213, art. 1 comma 244 (tabella n.11), pari a 174.370 Euro/anno per le UCA e 1.575.771 Euro/anno per la quota oraria MMG nelle CdC Hub.

Riconversione dell’ospedale di area disagiata “Caracciolo” di Agnone in Ospedale di Comunità

Dall’analisi dei costi 2024 del Presidio Ospedaliero di Agnone emerge che il totale dei costi attribuibili alla struttura ammonta a € 6.354.686, così articolati nelle diverse voci di spesa.:

Anno 2024	
Totale costi diretti	4.910.089
Consumi sanitari	862.974
Consumi non sanitari	16.835
Acquisti Servizi sanitari	1.127.231
Acquisti Servizi non sanitari	935.591
Totale costi beni e servizi	2.942.631
Costo del personale dipendente	1.950.921
Ruolo sanitario	1.844.852
Ruolo professionale	1.841
Ruolo amministrativo	49.447
Ruolo tecnico	54.781
Altri oneri di gestione	16.537
Totale costi indiretti da ribaltamento	1.444.597

Secondo quanto riportato nel documento Agenas “Istruttoria tecnica propedeutica alla definizione della tariffa massima giornaliera delle prestazioni erogate negli Ospedali di Comunità”, il costo medio annuo del personale per una struttura di riferimento con 20 posti letto è stimato in € 815.820.

FIGURE ASSISTENZIALI		TOTALE RISORSE (impiegate per modulo da 10 PL)	VALORE UNITARIO (Euro)	VALORE TOTALE (Euro)	COSTI DIRETTI ASSISTENZIALI TOTALI (%)
Personale	COORDINATORE INFERMIERISTICO	1	47.061	47.061	74%
	INFERMIERI	10	41.045	410.450	
	OSS	5	29.991	149.955	
	FISIOTERAPISTI	1	41.432	41.432	
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	1	35.785	35.785	
	PORTERIATO	3	29.991	89.973	
Personale convenzionato	MMG	165	250	41.164	
TOTALE COSTI PERSONALE				815.820	

Considerando che, nel 2024, il costo del personale del Presidio di Agnone è pari a € 1.950.921, a cui si aggiungono i costi dei servizi sanitari (tra cui attività aggiuntiva) per € 1.127.231, si può stimare, a parità delle altre componenti di spesa, un risparmio annuo iniziale per l'anno 2026 pari a € 1.127.231, derivante principalmente dalla riduzione dei servizi sanitari (in particolare delle attività aggiuntive).

A partire dal 2027, si prevede inoltre un ulteriore risparmio legato alla razionalizzazione del costo del personale, stimato in € 1.135.100, calcolato come differenza tra il costo del personale del Presidio di Agnone (2024) e quello medio di un Ospedale di Comunità, secondo la stima Agenas.

Accantonamenti

Con riferimento al valore degli accantonamenti rispetto al valore dei tendenziali nel:

- Programmatico 2026: in via prudenziale, all'interno del CE Programmatico 2026, sono stati considerati accantonamenti pari a 3,5 €/mIn legati ai rischi connessi alla parziale realizzazione delle manovre e/o all'insorgenza di eventuali costi che potrebbero manifestarsi nel corso dell'esercizio.
- Programmatico 2027: in via prudenziale, all'interno del CE Programmatico 2027, sono stati considerati accantonamenti pari a 7,0 €/mIn legati ai rischi connessi alla parziale realizzazione delle manovre e/o all'insorgenza di eventuali costi che potrebbero manifestarsi nel corso dell'esercizio.

16.3 Coperture debito pregresso

La Regione Molise, come rappresentato dai Tavoli di Verifica e per ultimo dal verbale del 17 dicembre 2024 ed a seguito della rideterminazione del risultato economico per l'anno 2023, presenta un disavanzo cumulato negli anni pregressi, 2023 e ante, pari a €/mln **121,206**.

Il disavanzo pregresso 2023 e ante è stato rideterminato come di seguito rappresentato:

Rideterminazione Disavanzo pregresso al 31-12-2023 (importi €/mln)	Importi
Risultato di gestione 2023 (al netto voce AA0080)	-41,848
coperture:	
Stima gettito da aumento delle aliquote Irap e add. Irpef sui livelli massimi - anno imposta 2024 (al netto 2 mln di euro preordinati dal Piano di rientro al pagamento della rata dell'anticipazione di liquidità) accertati con Det n. 1866/2024 e Det. n. 4130/2024 e impegnati con Det n. 1867/2024 e Det n. 4136/2024	22,274
rideterminazione stima gettito 2022 e 2023 e stima gettito 0,15 e 0,30 a.i. 2022	2,344
consuntivazione gettiti a.i. 2017 e 2018	2,033
stima gettito incremento 0,15 e 0,30 - anno imposta 2024	12,147
totale coperture	38,798
Risultato di gestione 2023 dopo coperture	-3,050
perdita 2022 e precedenti portata a nuovo	-122,745
ristoro residuo manovre fiscali 2016-2018	4,589
perdita 2022 e precedenti portata a nuovo e rideterminata	-118,156
totale perdita da coprire al 31/12/2023	-121,206

La Regione Molise a Conto consuntivo 2023 presenta un disavanzo di 41,848 mln di euro. Dopo il conferimento dei gettiti fiscali derivanti dalle maggiorazioni fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, pari a 22,274 mln di euro, le rideterminazioni dei gettiti pregressi pari a 4,377 mln di euro e le ulteriori coperture derivanti dall'innalzamento delle aliquote regionali Irap e Irpef rispettivamente per 0,15 e 0,30 punti percentuali per 12,147 mln di euro, per complessivi 38,798 mln di euro, residua un disavanzo per l'anno 2023 di 3,050 mln di euro.

In considerazione delle perdite 2022 ed esercizi precedenti portate a nuovo, pari a 118,156 mln di euro, la perdita complessiva non coperta al 31/12/2023 è pari a 121,206 mln di euro.

In ragione della situazione finanziaria sopra evidenziata l'art. 1 comma 381 della Legge di Bilancio 2025 ha previsto *“In relazione alla grave situazione economico-finanziaria e sanitaria determinatasi nella regione Molise e alla rilevante dimensione delle perdite pregresse del relativo servizio sanitario regionale, al fine di ricondurne la gestione nell'ambito dell'ordinata programmazione sanitaria e finanziaria, è autorizzata la spesa di 45 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026 in favore della regione stessa, quale contributo per la chiusura delle perdite pregresse del servizio sanitario regionale al 31 dicembre 2023, anche al fine di ricondurre i tempi di pagamento al rispetto della normativa dell'Unione europea”*.

Inoltre il successivo comma 382 ha previsto *“ In considerazione della perdita complessiva non coperta del servizio sanitario regionale della regione Molise rilevata al 31 dicembre 2023, la regione Molise è tenuta a predisporre, entro il 31 gennaio 2025, un piano di copertura del disavanzo pregresso del proprio servizio sanitario regionale al 31 dicembre 2023, al netto delle somme di cui al comma 381, con l'indicazione delle modalità e dei tempi di attuazione, da recepire nel Programma operativo 2025-2027 di prosecuzione del piano di rientro di cui al comma”*.

La copertura del disavanzo pregresso sarà pertanto assicurata come di seguito:

- 90 €/mln di cui all'art. 1 comma 381 della Legge 207/2024 (c.d Legge di Bilancio 2025)
- 31, 3 €/mln di cui al Piano di copertura del disavanzo pregresso.

Con nota prot. n. 102235/2025 la Regione Molise ha notificato al Ministero dell'Economia e delle Finanze e successivamente assegnata alla Struttura Commissariale con prot. n. 103763/2025, il Piano di copertura del disavanzo pregresso del Servizio Sanitario Regionale al 31 dicembre 2023”, redatto ai sensi dell'art. 1, commi 381 – 384, della legge 30 dicembre 2024, n. 207.

Il Piano consiste in una copertura quinquennale del disavanzo sanitario, come specificato di seguito:

- Anno 2025 - 5 €/mln;
- Anno 2026 - 5 €/mln;
- Anno 2027 - 5 €/mln.

Con copertura finanziaria nel Bilancio Pluriennale 2025-2027,

- Anno 2028 - 8,1 €/mln;
- Anno 2029 - 8,1 €/mln.

Tale impegno, eventualmente, potrà essere assunto anche attraverso un provvedimento legislativo regionale.