



PRIMI INTERVENTI SULL'ASSETTO OSPEDALIERO – TERRITORIALE ED AMMINISTRATIVO DEL SSR

MANOVRA REGIONE MOLISE

Indice

INDICE.....	2
PRIMA REVISIONE DELL'ASSETTO OSPEDALIERO – TERRITORIALE	3
L'ANALISI	3
ANALISI DELLE CONDIZIONI DI EQUILIBRIO DERIVANTI DAL PIANO DI RIENTRO REGIONALE E RELATIVI VINCOLI NORMATIVI.....	3
SITUAZIONE ATTUALE (AS IS) ED ANALISI DELLE CRITICITÀ.....	4
1 – <i>Squilibrio nella erogazione dei servizi sanitari per tipologia di livello assistenziale</i>	4
2 – <i>Allocazione del personale tra i vari livelli assistenziali</i>	4
GLI INTERVENTI.....	5
<i>Gradualità dell'intervento e simmetria territoriale</i>	7
PROGRAMMA GENERALE DI REVISIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA	7
QUANTIFICAZIONE DEI RISPARMI	8
REVISIONE DELL'ASSETTO AMMINISTRATIVO	14
FUNZIONI DA ACCENTRARE	15
NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO	16
MANOVRA DI CARATTERE GENERALE	19
PUNTI DI COERENZA DELLA REVISIONE DELL'ASSETTO SANITARIO CON IL PARERE MINISTERIALE AL PSR.....	22
INTERVENTI.....	22
ULTERIORI MANOVRE DI CARATTERE ORGANIZZATIVO	24
ULTERIORI MANOVRE DI CARATTERE FINANZIARIO	25

Revisione dell'assetto ospedaliero – territoriale

Nei primi 15 mesi di attuazione del Piano Operativo sono stati numerosissimi gli interventi tesi a razionalizzare anche la struttura dei costi necessari alla produzione dei servizi sanitari di cui i cittadini molisani necessitano. Prontuari, gare uniche di livello regionale, provvedimenti regolatori, *budgettizzazione* stringente tuttavia non possono, da soli, aggredire il nucleo di spesa intrinseco nel sistema ospedaliero e derivante dalla sua logistica e dalla sua scarsa flessibilità in tema di *setting* assistenziali.

Le principali criticità riscontrate investono gli stabilimenti ospedalieri nel loro complesso. Si rende pertanto necessario e non più rinviabile un processo di riorganizzazione.

L'analisi

Analisi delle condizioni di equilibrio derivanti dal Piano di Rientro regionale e relativi vincoli normativi

Gli interventi descritti all'interno di questo documento sono indirizzati alla riorganizzazione dell'offerta ospedaliera regionale, attraverso l'adeguamento alle “*best practice*” realizzate a livello nazionale, al fine di modificare le seguenti criticità:

- un eccesso di offerta ospedaliera;
- un'inappropriata risposta ai bisogni della comunità;
- un ritardo nella risposta alla domanda di assistenza sanitaria, nella confusione concettuale che l'idea di sanità equivalga all'idea di ospedale.

La recente evoluzione legislativa (articolo 79 comma 1 *bis*, *lettere a*) e *seguenti* della Legge n°133 del 06.08.2008 di conversione del Decreto Legge n°112 del 25.06.2008, avente ad oggetto “Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria”) pone ulteriori obiettivi di efficientamento del sistema sanitario, anche attraverso:

- la più puntuale realizzazione delle manovre previste dalla Legge Finanziaria 2008 (legge 24 dicembre 2007, n. 244);
- la possibile necessaria riduzione dello standard di posti letto oltre quella stabilita dai vincoli di piano ed il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario a quello diurno ed ambulatoriale (*articolo 79 comma 1 lettera a*); l'efficientamento della rete ospedaliera (*articolo 79 comma 1 lettera b*). Si richiama, in proposito, la successiva analisi sui livelli di inappropriata delle prestazioni ospedaliere attuali;
- la razionalizzazione dei costi e dell'impiego del personale, nonché la fissazione di standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della Direzione e del personale del comparto del servizio sanitario nazionale (*articolo 79 comma 1 lettera b, punti 1 e 2*).

Situazione attuale (As Is) ed analisi delle criticità

Lo scenario di riferimento relativo alle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria presso la Regione Molise è certamente influenzato da talune condizioni “patologiche” che minano l'efficacia nell'erogazione, da un lato, e l'efficienza nella produzione del servizio, dall'altro. Le stesse possono di seguito essere brevemente sintetizzate:

1 – Squilibrio nella erogazione dei servizi sanitari per tipologia di livello assistenziale

La suddivisione della spesa per livello di assistenza mostra, a livello regionale, una sostanziale prevalenza della componente ospedaliera (52%) sulle componenti territoriale e collettiva (48% in aggregato).

Tale scenario d'insieme si compone di situazioni di dettaglio, presso le singole aree territoriali, di seguito sintetizzate in ordine di incidenza decrescente del saggio di ospedalizzazione:

- Area Agnone: 64% assistenza ospedaliera, 32% assistenza territoriale e 4% assistenza collettiva;
- Area Termoli: 54% assistenza ospedaliera, 41% assistenza territoriale e 5% assistenza collettiva;
- Area Isernia: 53% assistenza ospedaliera, 42% assistenza territoriale e 6% assistenza collettiva;
- Area Campobasso: 48% assistenza ospedaliera, 47% assistenza territoriale e 5% assistenza collettiva.

Il maggior ricorso alle prestazioni ospedaliere, che si legge “a livello macro” dalla ripartizione dei costi per livello di assistenza, genera un evidente squilibrio nella successiva allocazione dei costi per Unità Operative omogenee dei diversi presidi ospedalieri regionali.

Tale squilibrio può essere sintomo:

- dell'inappropriata individuazione del corretto *setting* assistenziale, in base all'analisi delle giornate di degenza;
- dall'eccesso / difetto nell'allocazione del personale rispetto alle reali necessità di reparto.

2 – Allocazione del personale tra i vari livelli assistenziali

È evidente che lo squilibrio nella produzione dei costi per **Unità Operativa** deriva essenzialmente da una non adeguata simmetria nella dotazione di personale tra strutture omogenee dei diversi presidi.

Il presupposto di una manovra complessiva di riorganizzazione dei servizi sanitari regionali non può non considerare, a seguito di quanto precedentemente riportato, la necessità di:

- Una riallocazione graduale del personale dal livello ospedaliero a quello ospedaliero intermedio – riconversione dei presidi – ed al livello territoriale;
- Una redistribuzione del personale all'interno del livello ospedaliero, riducendo di fatto il ricorso ad assunzione di tipo flessibile.

Gli interventi

Modalità di revisione e riconversione dell'offerta Ospedaliera dei Presidi di Isernia e Termoli

La duplicazione di alcune delle competenze presenti presso i due stabilimenti di Larino – Termoli e di Venafro – Isernia comporta una serie di criticità strutturalmente insanabili che in sintesi possono essere espresse come:

- Casistica limitata nei presidi secondari (rischio maggiore per le popolazioni servite dai presidi secondari)
- Dispersione del personale sui due presidi con conseguente endemica carenza d'organico
- Ricorso sistematico ad apporti aggiuntivi di manodopera esterna
- Squilibrio degli indicatori di efficienza (costo/caso trattato)
- Sistemica errata selezione del *setting assistenziale*

Il superamento di queste criticità è realizzabile mediante l'accorpamento di alcune delle funzioni di ricovero in un unico stabilimento per Area e la messa a disposizione delle attività territoriali delle competenze espresse da ciascun reparto ospedaliero mediante un sostanziale incremento delle forme assistenziali alternative al ricovero, di immediata realizzazione in seguito all'approvazione del presente piano:

- Week Surgery, Oneday Surgery, Day Surgery;
- Day Hospital, Day Service;
- Attività ambulatoriali;
- Hospice, ADI, MMG, RSA

Attivazione nei Presidi di forme intermedie di assistenza, e nello specifico:

- **Stabilimento di Venafro**

Centro per le patologie neurodegenerative di tipo dementigeno – alzheimer; l'evoluzione demografica ed il progressivo invecchiamento della popolazione, particolarmente nel Molise, sta producendo un aumento esponenziale delle patologie cronico – degenerative di cui la Malattia di Alzheimer e le Sindromi dementigene ad essa correlate rappresentano la quarta causa di morte.

Esse rivestono inoltre un ruolo determinante per la grave disautonomia, con evidenti ripercussioni in termini di qualità di vita, sia nei pazienti che nell'ambito delle loro famiglie tale da poter essere considerata a tutti gli effetti una "Malattia ad alto impatto sociale, economico e familiare".

In considerazione delle stime d'incidenza annua per tali patologie che si attestano sul 2,5% della popolazione generale con una prevalenza media del circa 10% sulla popolazione degli ultra 60enni, di cui il 60% circa si riferisce alla Malattia di Alzheimer, ben si può comprendere quale sarà la dimensione economico sanitaria che esse produrranno nel corso dei prossimi anni.

Una stima effettuata dal CNR applicata alla popolazione anziana residente in Regione al 31/12/1998 stimava nel Molise circa 4200 casi di Demenza (prevalenza attesa) con circa 850 nuovi casi annui (incidenza).

Tra l'altro l'unico studio longitudinale italiano (ILSA) ha confermato tale stima di incidenza e prevalenza e da qui la necessità di attivare strategie assistenziali innovative in grado di far fronte alle diverse problematiche connesse a tale patologia. L'attivazione del Centro comporterà presumibilmente un recupero indicativo della mobilità passiva per circa € 600.000¹.

- **Stabilimento di Larino**

Centro di neuropsichiatria infantile e di riabilitazione dell'età evolutiva

In altre parole ciò che si andrà a realizzare è un ospedale che guarda verso il territorio e non verso il suo interno.

Nello stabilimento in parola si completa² il ciclo di cure e terapie della riabilitazione ottenendo un recupero presunto sulla mobilità passiva per circa € 900.000³.

Questo processo d'innovazione con accorpamento della funzione ricovero da porre in capo ai dipartimenti medico e chirurgico e lo sviluppo di modalità alternative al ricovero rivolte verso il territorio, dovrà riguardare anche il P.O. di Agnone ed il DEA di II livello di Campobasso.

In generale il processo da attivare è il seguente:

Per ciascuno dei presidi

- Individuazione delle prestazioni da ricollocare in setting assistenziali alternativi al ricovero per ciascuna Unità Operativa/centro di responsabilità e loro territorializzazione.

Per le strutture operanti su più stabilimenti

- Definizione dell'assetto finale di ripartizione delle attività - Obiettivi
- Definizione gli assetti organizzativi e le nuove disponibilità organiche dei reparti accorpati. Riassetto dell'offerta del reparto secondo i diversi setting assistenziali

¹ In base ai dati ISTAT 2006, oltre 5.300 persone ultra 65enni sono affette da patologie dementigene. Poiché normalmente viene istituzionalizzato circa il 2% dei pazienti e che presso la Regione esistono solo 37 residenze protette, almeno il 10% dei relativi soggetti necessiterà di cure presso strutture extra regionali. Quantificato il costo annuo delle citate strutture, pari a circa € 36.000, il relativo risparmio stimato in considerazione dei minori costi per l'istituzionalizzazione di circa 17 persone presso strutture extra regionali.

² Nel presidio di Larino è già operante l'UOC di Medicina Fisica e Riabilitazione che garantisce ai pazienti in fase post – acuta un intervento teso al massimo recupero funzionale.

³ Il relativo calcolo si compone nel seguente modo:

- €/000 191 mobilità passiva per ricoveri presso reparti di neuropsichiatria;
- €/000 150 riabilitazione per malattie e disturbi del sistema nervoso;
- €/000 560 riabilitazione presso strutture accreditate per la cura di circa 12 ragazzi.

- Definizione delle esigenze tecniche e logistiche per l'erogazione di prestazioni secondo diversi setting assistenziali
- Individuazione degli aggregati da traslocare
- Adeguamento tecnico/logistico
- Trasferimento

Naturalmente il dettaglio della territorializzazione delle funzioni all'U.O. dovrà essere sviluppato dai responsabili sulla base di un obiettivo di valutazione e temporale definito e monitorato dalla direzione strategica. Per questa finalità verranno messi a punto ed allegati al piano attuativo i moduli di valutazione delle pianificazioni di reparto, gli elenchi delle prestazioni da ricollocare ed i relativi volumi per ciascun reparto.

Gradualità dell'intervento e simmetria territoriale

Gli elementi di gradualità dell'intervento sono tesi sostanzialmente a garantire:

- Che il cittadino abbia modo di comprendere lo spirito e la concretezza della revisione organizzativa ed i vantaggi che ne derivano
- Il superamento di eventuali difficoltà logistiche (individuazione delle aree destinate alle attività alternative alla forma ricovero e loro predisposizione tecnica)
- Evitare l'esposizione a rischi aggiuntivi per i pazienti nel periodo di trasformazione dei servizi

L'orizzonte temporale per l'attuazione delle misure di riorganizzazione e riconversione previste da questo documento è di seguito descritto:

La manovra relativa alla riduzione del numero di distretti è stata attuata nel mese di novembre 2008 e decorre dal 1.12.2008.

Entro il **31 dicembre 2008** dovrà essere totalmente completata la prima fase di accorpamento delle Unità Operative che deve però iniziare immediatamente .

Entro il **30 marzo 2009** dovrà essere completato il tuning degli accorpamenti ed avviata la produzione delle prestazioni secondo setting assistenziali alternativi e la realizzazione dei due Centri.

Entro la stessa data dovrà essere attivato un provvedimento regionale di autorizzazione all'attività ambulatoriale per le case di cura private operanti nell'ambito dell'ASREM, relativamente alle discipline significativamente trattate nel biennio 2006-2007, in attesa della definizione degli accreditamenti prevista dal Piano Operativo 2007-2009.

Programma generale di revisione della rete dell'emergenza

I passaggi evolutivi dal sistema organizzativo attuale sono i seguenti:

- attivazione dei Punti di Primo Intervento previsti dal D.P.R. 27 Marzo 1992, nonché dalle linee guida nazionali per l'emergenza sanitaria di cui all'atto di intesa Stato –

Regioni del 11 Maggio 1996, costituite dall'attuale personale del S.E.T.-118 nelle postazioni periferiche distanti dai presidi ospedalieri, previo adeguamento delle sedi stesse;

- verifica della possibilità di impiego della funzione di elisoccorso autonoma regionale mediante il coinvolgimento della protezione civile (attualmente esiste una convenzione con la Regione Abruzzo per l'attivazione del servizio di elisoccorso D.G.R. n. 183 del 20/02/2001) attraverso il preliminare studio di fattibilità e la edificazione di piazzole di atterraggio in aree strategiche del territorio regionale (Termoli, Larino, Isernia, Venafro, Agnone);
- definizione di linee guida e protocolli integrati comuni – IMA, Politraumatizzato ecc., alla luce di quanto disposto dall'articolo 13, comma 6, lettera b) della Legge Regionale n°9 del 1° aprile 2005, anche in ordine alle possibili sinergie con l'UCSC Cattolica e l'IRCCS Neuromed relative alla rete regionale di Pronto Soccorso;
- completamento della funzione di triage intra-ospedaliero per gli accessi al pronto soccorso in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 25.1.2001;
- ridefinizione delle attività del Pronto Soccorso ospedaliero;
- predisposizione di uno specifico e pronto sistema di trasferimento dei pazienti;
- sviluppo/attivazione delle osservazioni brevi, anche intensive, estesa fino alle 48 ore;
- formazione dei diversi attori coinvolti con un percorso regionale omogeneo, integrativo della formazione di base, con protocolli unitari e comuni di intervento, mirato ad ottenere competenze ed abilità omogenee su tutto il territorio regionale (MMG/PLS, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali, medici e infermieri dell'emergenza territoriale, della componente intraospedaliera e del Pronto Soccorso, i volontari);
- rinnovamento del parco tecnologico.

Nei successivi paragrafi verrà presentato l'impatto economico legato al progetto di riorganizzazione della rete regionale dell'emergenza.

Quantificazione dei risparmi

Si riportano di seguito, gli interventi programmati nonché la stima dei risparmi distinti per area territoriale. Si specifica, ad ogni modo, che per quanto concerne i risparmi sull'attività aggiuntiva, che per il 2008 ha un tetto massimo di spesa pari ad €/000 2.805, giusta DGR n°553 del 30/09/2007, le manovre previste all'interno del presente piano comporteranno un ulteriore abbattimento di spesa per l'anno 2009 pari ad €/000 2.055⁴, con un trascinarsi dello stesso per i successivi esercizi.

⁴ Di cui €/000 1.151 sul Presidio di Venafro - Isernia ed €/000 900 circa sul Presidio di Larino – Termoli.

Area di Isernia - Interventi

Alla luce di quanto precedentemente riportato in ordine alla duplicazione di talune competenze presso i presidi di Isernia – Venafro, si riportano di seguito i relativi interventi programmati:

- Si prevede l'unificazione della Ortopedia di Venafro con Isernia e l'adeguamento della Chirurgia, alla sola attività di ricovero in elezione che permetterà anche di accorpate il servizio di anestesia, che dispone di 3 posti letto di rianimazione, con quello di Isernia. Tale operazione di accorpamento dell'anestesia consentirebbe di eliminare l'attività aggiuntiva, che allo stato attuale ammonta, per i due reparti, a € 540.000 annue. Fra i vantaggi ci sarebbero il pieno sfruttamento del nuovo blocco operatorio di Isernia con consistenti economie di scala e possibilità di razionalizzazione dell'attività anestesologica. L'attività chirurgica sullo stabilimento di Venafro sarà organizzata su 3 sedute settimanali a supporto delle quali ci sarà la presenza di un medico anestesista che all'occorrenza si sposterà dalla UO dello stabilimento di Isernia senza ulteriori costi aggiuntivi. E' prevista inoltre l'attivazione di un posto letto tecnico di rianimazione post – chirurgica, senza impatto di natura economica.
- Con questa riorganizzazione l'ospedale di Venafro non dovrà più garantire l'emergenza continuativa (24 ore su 24), e 4 dirigenti medici di PS potranno essere spostati ad Isernia per completare l'organico e ridurre il ricorso a forme di flessibilità (attualmente ci sono 2 dirigenti a tempo determinato) ed attività aggiuntiva. Il risparmio previsto si aggira intorno ai € 135.000 nell'immediato. Dunque, l'attività di emergenza verrà garantita nelle ore diurne dai 4 medici presenti e per la restante parte della giornata dalla postazione del 118 e dalla continuità assistenziale fisicamente collocate nello stabilimento ospedaliero di Venafro con personale già contrattualizzato.
- Un'altra azione di grande interesse è quella sulla teleradiologia, che con l'accorpamento del reparto su Isernia consentirà di risparmiare, sui due presidi, attività aggiuntiva per un importo di € 353.000 nell'immediato, mantenendo a Venafro solamente parte del personale di comparto mentre i referti saranno fatti a distanza dai radiologi del presidio maggiore a cui si aggiungeranno i 2 di Venafro.
- La stessa operazione sulla patologia clinica porterà allo spostamento di 4 medici di laboratorio e 2 biologi, con notevoli vantaggi sui due presidi per circa € 100.000⁵. Anche la cardiologia può usufruire di questi sistemi, visto che con una spesa di € 10.000 si possono acquistare una postazione centrale più una remota in grado di consentire visite e videoconsulto. Si prevede infatti la trasmissione telematica dell'ECG all'UO di Cardiologia di Isernia per la refertazione del tracciato e la presenza programmata del cardiologo almeno per 3 volte alla settimana per le consulenze ai ricoverati. Il risparmio sull'attività aggiuntiva sarebbe nell'ordine di € 123.000, e consentirebbe di estendere il sistema ai poliambulatori ed alle altre strutture previste per il territorio con un costo di circa € 4.000 per ogni nuova postazione remota.
- Altri interventi, per un periodo futuro, potrebbero riguardare solamente il presidio Venezia di Isernia, ed in particolare comportano la trasformazione dell'Oncologia in unità di solo day hospital con un risparmio valutabile in € 300.000 (1 medico e 5

⁵ Il relativo risparmio è stato calcolato in base alla possibilità di impiegare il personale, liberato sulle UUOO oggetto di accorpamento e riorganizzazione, presso altre UUOO, con conseguente contrazione dei costi riferiti al personale con contratto di lavoro a tempo determinato.

infermieri turnisti in meno, riutilizzabili in altre U.O.)⁶ Potranno essere comunque utilizzati posti letto presso l'U.O. di **medicina**.

- Inoltre lo spostamento all'interno dei locali dello stabilimento ospedaliero di Venafro delle strutture del relativo Distretto consente di liberare i locali precedentemente occupati con la possibile dismissione degli stessi per un valore recuperabile di € 1.800.000. A conferma dell'efficacia della manovra in oggetto, è previsto che il personale medico-infermieristico attualmente presente presso le UO oggetto di riorganizzazione sarà impiegato per il potenziamento dell'attività ambulatoriale all'interno dei nuovi locali, con vantaggi in termini di riduzione delle liste d'attesa ed ampliamento della gamma delle prestazioni offerte attraverso l'attivazione di nuove specialità ambulatoriali. Sarà valutata la possibilità della attivazione del punto nascita presso l'ospedale di Venafro.
- Le attività di stroke unit, allocate presso gli Ospedali di Isernia, Campobasso e Termoli, saranno regolamentate per gli aspetti funzionali all'interno della relativa rete pubblica .

Riepilogando, il risparmio ottenibile a regime da questa riorganizzazione è stimato in € 1.551.000, a cui sono da aggiungere gli effetti, in termini di produttività, derivanti dall'alta specializzazione dei due presidi. In questo quadro è da valutare il positivo effetto d'attrazione sulle regioni vicine che di due presidi potranno esercitare, per la loro nuova caratterizzazione e la ritrovata produttività dovuta alla razionalizzazione delle risorse.

Risparmi Area di Isernia		
Spostamento di Ortopedia e ridimensionamento di Chirurgia	€	540.000
Riorganizzazione del Pronto Soccorso	€	135.000
Riduzione dell'attività aggiuntiva per Radiologia	€	353.000
Progetto unificazione del laboratorio di analisi	€	100.000
Tele-cardiologia	€	123.000
Oncologia in Day Hospital	€	300.000
Totale	€	1.551.000

Ulteriori ricavi Area di Isernia	
Dismissione Distretto Venafro	€ 1.800.000
Totale	€ 1.800.000

⁶ Il relativo risparmio è stato calcolato in base alla possibilità di impiegare il personale, liberato sulle UUOO oggetto di accorpamento e riorganizzazione, presso altre UUOO, con conseguente contrazione dei costi riferiti al personale con contratto di lavoro a tempo determinato.

Area di Termoli - Interventi

La riorganizzazione del Stabilimento Ospedaliero “Vietri” di Larino è riportata all’interno dei punti seguenti⁷:

- Accorpamento presso il Presidio Ospedaliero S. Timoteo di Termoli delle unità operative di Pediatria-Nido e di Ostetricia e Ginecologia di Larino presso le corrispondenti unità operative di Termoli con un risparmio annuo di € 1.250.700. Sarà valutata la possibilità di attivazione di un punto nascita presso l’ospedale di Larino.
- Collocazione di una postazione di 118 e continuità assistenziale nelle 12 ore notturne presso lo Stabilimento Ospedaliero di Larino, al fine di garantire l’emergenza in sostituzione del servizio di Pronto Soccorso che resta attivo nelle ore diurne, con lo spostamento di parte del relativo personale medico presso il Presidio Ospedaliero di Termoli con un risparmio totale di € 200.000.
- Riorganizzazione della Chirurgia Generale di Larino con mantenimento della sola attività operatoria in elezione su tre sedute settimanali con un risparmio differenziale di € 236.850. E’ prevista inoltre l’attivazione di un posto letto tecnico di rianimazione post – chirurgica, senza impatto di natura economica.
- Con i precedenti interventi di riorganizzazione si otterrà una razionalizzazione nell’impiego del personale medico anestesista tra i gli Ospedali di Termoli e Larino, si garantirà, sul SO di Larino, la presenza dell’anestesista per le 3 sedute operatorie settimanali e per l’attività della Camera Iperbarica con personale anestesista proveniente dal PO di Termoli; da ciò ne consegue un risparmio totale di € 470.718.
- Anche qui, lo spostamento all’interno dei locali dello stabilimento ospedaliero di Larino dei locali del relativo Distretto e dell’Hospice consente di liberare le strutture precedentemente occupate al fine di dismetterle per una somma di circa € 1.250.000. A conferma dell’efficacia della manovra in oggetto, è previsto che il personale medico-infermieristico attualmente presente presso le UO oggetto di riorganizzazione sarà impiegato per il potenziamento dell’attività ambulatoriale all’interno dei nuovi locali, con vantaggi in termini di riduzione delle liste d’attesa ed ampliamento della gamma delle prestazioni offerte attraverso l’attivazione di nuove specialità ambulatoriali.

Sul presidio di Larino si mantengono le altre UUOO, inclusa l’**Oftalmologia**, opportunamente regolamentata in modo tale da incentrare la propria attività agli interventi non a rischio, che non necessitano della rianimazione nella stessa struttura.

Possono essere introdotte ulteriori misure, analogamente a quanto previsto su Isernia attraverso l’istituzione della telemedicina in relazione all’attività della Radiologia e della Cardiologia, con l’annullamento dei costi per attività aggiuntiva di 168.769,00 a seguito dell’accorpamento dei due reparti su Termoli. In tal senso, si prevede la trasmissione telematica dell’ECG all’UO di Cardiologia di Isernia per la refertazione del tracciato e la presenza programmata del cardiologo almeno per 3 volte alla settimana per le consulenze ai ricoverati.

La riduzione dei costi ammonta complessivamente a € 2.327.037.

⁷ Il risparmio è riferito al minor impiego di personale infermieristico (interinale e a tempo determinato), nonché al minor ricorso a prestazioni aggiuntive ed al risparmio sui costi generali.

Risparmi Area di Termoli	
Spostamento Pediatria–Nido ed Ostetricia–Ginecologia	€ 1.250.700
Spostamento PS di Larino su PO Termoli	€ 200.000
Riorganizzazione Chirurgia	€ 236.850
Risparmio attività aggiuntiva Anestesia	€ 470.718
Tele–cardiologia e Tele–radiologia	€ 168.769
Totale	€ 2.327.037

Ulteriori ricavi Area di Termoli	
Dismissione Distretto Larino	€ 1.250.000
Totale	€ 1.250.000
* stima	

Area di Campobasso - Interventi

La manovra prevista il presidio Cardarelli di Campobasso prevede una riorganizzazione interna della struttura.

- Le U.O. di Pediatria e Neonatologia possono essere accorpate, con un risparmio di un intero turno d'infermieri ed un coordinatore per una stima prudenziale di € 405.000.
- Le U.O. di Nefrologia e Gastroenterologia saranno riorganizzate in maniera unitaria all'interno dello stesso modulo: attraverso un uso in comune degli infermieri si riuscirebbe a coprire entrambi i reparti con un unico turno, risparmiando altri € 290.000.
- I locali lasciati liberi a seguito dello spostamento dalla UO di Gastroenterologia saranno dedicati all'attività intramoenia, in base alla normativa vigente, che prevede la disponibilità di appositi spazi dedicati;
- I posti letto dell'urologia possono essere riorganizzati su un solo modulo invece che 2, con un risparmio di 3 infermieri per € 117.000.
- Prevedere una riorganizzazione e centralizzazione di ambulatori e day hospital in locali dedicati esclusivamente a tali attività. Tutto ciò consentirebbe una razionalizzazione nell'uso del personale infermieristico dedicato con un risparmio di 5 unità per € 195.000, oltre che consentire una gestione centralizzata delle liste di attesa e quindi una riduzione dei problemi nella gestione del posto letto derivante dai ricoveri in urgenza.
- La pneumologia del territorio, che svolge solo attività ambulatoriale ed è prevista come struttura complessa dal nuovo PSR, può essere accorpata alla medicina del presidio, liberando due medici, un amministrativo ed un ausiliario, con una riduzione dei costi di € 179.000⁸. Si prevede di mantenere esclusivamente il servizio in attività ambulatoriale, senza alcun aggravio sull'organizzazione delle attività ospedaliere.

L'insieme degli interventi delineati dovrebbe quindi permettere un risparmio complessivo di € 1.186.000, nella misura in cui si riesce a riutilizzare il personale liberato dalla manovra per sostituire il personale in quiescenza.

Risparmi Area di Campobasso		
Accorpamento Neonatologia	Pediatria e	€ 405.000
Accorpamento Gastroenterologia	Nefrologia e	€ 290.000
Riorganizzazione	Urologia	€ 117.000
Riorganizzazione Ambulatorio	Day Hospital e	€ 195.000
Pneumologia		€ 179.000
Totale		€ 1.186.000

⁸ Il relativo risparmio è stato calcolato in base alla possibilità di impiegare il personale, liberato sulle UUOO oggetto di accorpamento e riorganizzazione, presso altre UUOO, con conseguente contrazione dei costi riferiti al personale con contratto di lavoro a tempo determinato.

Revisione dell'assetto amministrativo

Il presente progetto prevede la riorganizzazione dell'attuale assetto organizzativo degli uffici amministrativi dell'ASReM.

Attualmente, la proposta di atto aziendale per l'ASREM, in corso di approvazione ministeriale, prevede un servizio di staff composto dalle seguenti unità operative:

- Gestione acquisti
- Affari generali
- Affari legali
- Programmazione e controllo
- Risorse economico finanziarie
- Risorse umane
- Gestione del patrimonio
- Formazione e accreditamento ECM

Sino ad oggi i compiti assegnati a queste strutture sono frammentati fra le quattro zone. Alcune attività vengono seguite da quattro unità organizzative dislocate sulle zone quando potrebbero essere svolte da una sola struttura centrale. In più si verifica un'enorme spreco di risorse (in termini di ore/uomo) per il coordinamento quando il risultato dell'attività consiste in un output unitario.

Bisogna considerare l'effetto combinato del blocco del turnover e dei pensionamenti che ha ulteriormente ridotto le risorse umane a disposizione degli uffici e che non fa prevedere incrementi per tutta la durata del piano di rientro. Anche dopo il 2009, vista la ulteriore riduzione di finanziamenti, non sarà comunque possibile riportare gli organici ai livelli precedenti.

La razionalizzazione sembra dunque un passo obbligato, che deve necessariamente partire dalla creazione delle unità operative amministrative centrali ASReM e dall'accentramento in esse di alcune attività importanti che non possono essere lasciate presso le sedi periferiche. La regione, con Legge n° 34 del 26 novembre 2008 ha disposto la soppressione delle zone e, pertanto, tale processo di accentramento sarà realizzato dal 1 gennaio 2009.

Funzioni da accentrare

Le aree fondamentali sulle quali si verificano i maggiori problemi sono le seguenti:

- Contabilità e Bilancio
- Risorse umane
- Gestione acquisti

La forte interconnessione fra queste aree funzionali comporta la necessità di agire congiuntamente, poiché una modifica nell'organizzazione di una di esse causa immediatamente degli effetti a catena sulle procedure operative comuni.

Qualunque progetto di accentramento delle funzioni amministrative richiede preventivamente un intervento sul sistema informativo che unifichi le procedure e gli archivi, consentendo un minimo di omogeneità operativa. Tale previsione trova supporto nel disposto della DGR n°1021 del 23/09/2008⁹, e nella modifica della Legge Regionale n°9 dell'aprile 2005 che è poi stata approvata con l'adozione della relativa legge nel mese di novembre 2008. Questo processo è confermato con la pubblicazione del bando della gara per il sistema informativo unificato ASReM.

Un altro passo sarà l'unificazione dei fondi del personale, che porterà alla perequazione delle differenze retributive attualmente presenti fra le zone ed alla conseguente possibilità di spostare delle unità da una zona all'altra.

Fatta questa premessa sarà opportuno individuare, per ciascuna unità operativa, le attività che possono essere accentrate e quelle che rimarranno in sede decentrata, in linea con l'impostazione prevista all'interno della citata DGR di revisione della legge n°9: le attività decentrate potranno passare alla competenza di distretti e presidi quali macrostrutture fondamentali dell'azienda, così come previsto dalla proposta di atto aziendale dell'ASREM. Il passaggio potrà anche essere progressivo dal momento che le moderne procedure informatiche permettono di gestire più centri di costo su diversi livelli di aggregazione.

I criteri generali di separazione sono i seguenti:

- Mantenere sulla periferia le attività di massa il cui accentramento non comporta economie di scala;
- Mantenere sulla periferia le attività che richiedono una vicinanza fisica con le unità organizzative operative;
- Accentrare le attività non routinarie che devono essere fatte a scadenze predefinite, che richiedono competenze specialistiche e fanno riferimento alla direzione generale;

⁹ Avente ad oggetto: "Proposta di legge di iniziativa della Giunta Regionale di modifica della LR 1° aprile 2005 n°9, riordino del SSR"

- Accentrare tutte quelle attività che hanno un output unitario, che presentano forti problemi di coordinamento e che comportano economie di scale poiché sono duplicate fra le zone.

Tutto questo nel presupposto che le informazioni pervengano alle unità centrali attraverso un sistema informativo unitario su cui opera, con livelli di autorizzazione differenziati, sia il centro che la periferia. In questo quadro un ruolo fondamentale delle unità centrali sarebbe quello di stabilire le procedure operative creando un corpus normativo di riferimento per gli operatori di tutta l'azienda e chiarendo alla base tutti i nodi che sono all'origine del mancato coordinamento dell'operato degli uffici amministrativi aziendali.

Nuovo assetto organizzativo

La configurazione sopra descritta evidenzia il fatto che una redistribuzione dei compiti fra centro e periferia debba essere accompagnata da una parallela redistribuzione del personale a disposizione. E' probabile che la migliorata efficienza consenta di ridurre il numero di persone del comparto complessivamente utilizzate nelle attività sopra elencate, ma non sono previsti risparmi in quanto le persone resteranno comunque in carico all'amministrazione, e potranno eventualmente essere riutilizzate in altri servizi. Quello che è più interessante è il risultato in termini di dirigenti di struttura complessa impegnati, nell'ipotesi di utilizzo di quelli esistenti.

CONFIGURAZIONE ATTUALE (AS IS)

Se consideriamo che le strutture esistenti si vedranno alleggerite di molti compiti, sarà possibile mantenere presso ognuna di esse un solo dirigente di struttura complessa responsabile delle tre funzioni accorpate, (configurazione organizzativa attualmente seguita nella zona di Agnone) contro i 9 attuali (3 su Isernia e Campobasso, 2 su Termoli ed 1 su Agnone).

	ZONE	ASREM	TOTALE
Dirigenti attualmente utilizzati	9	0	9
Dirigenti rimanenti con le zone	4	3	7

Passando da 9 a 7 dirigenti di struttura complessa si avrebbe una riduzione del costo che andrebbe a più che compensare l'indennità di staff corrisposta ai 3 dirigenti ASREM.

	VARIAZIONI	COSTO UNITARIO	COSTO
Dirigente di struttura complessa	-2	90.000	- 180.000
Indennità di staff	3	15.000	45.000
		Costo complessivo:	- 135.000

CONFIGURAZIONE A TENDERE (TO BE)

Se passiamo alla successiva configurazione, con l'eliminazione delle zone (come previsto nel nuovo atto aziendale ma non compatibilmente con le disposizioni della L.R. n.9/2005) avremo un dirigente amministrativo per ogni distretto (7, come previsto nel piano di rientro) e per ogni

presidio (3; considerando Larino come stabilimento del presidio di Termoli, e Venafro ed Agnone come stabilimenti di Isernia).

Se si considera che attualmente sono già attive le unità operative complesse di direzione amministrativa presso alcuni presidi (2 su Termoli, 1 su Campobasso e 1 facente funzione su Isernia), cambia la situazione di partenza.

	ZONE	ASREM	TOTALE
Dirigenti attualmente utilizzati	13	0	13
Dirigenti rimanenti con distretti e presidi	10	3	13

La situazione resta invariata e scompaiono le indennità di staff in quanto concepita come misura transitoria per il coordinamento delle zone.

ACCENTRAMENTO DELLE ALTRE FUNZIONI CONSIDERATE

Il risultato cambia notevolmente se consideriamo anche un eventuale accentramento delle altre funzioni amministrative, che oggi sono così distribuite:

	CB	Isernia	Termoli	Agnone	Totale
Affari generali	1	1	1	0	3
Affari legali	1	1	1	0	3
Programmazione e controllo	1	1	1	0	3
Gestione del patrimonio	1	0	0	0	1
Formazione e accreditamento ECM	1	1	0	0	2

12

Una volta costituiti gli altri 5 uffici centrali, si andrebbero ad alleggerire gli uffici periferici di buona parte delle loro incombenze, con la possibilità di trasferire al dirigente amministrativo di zona (già precedentemente individuato) la responsabilità della funzione ed il coordinamento del relativo ufficio. In pratica questa nuova configurazione permetterebbe di sostituire i rimanenti 12 dirigenti di zona con altri 5 centrali, e quindi riepilogando avremo la seguente situazione:

	ZONE	ASREM	TOTALE
Dirigenti attualmente utilizzati	25	0	25
Dirigenti rimanenti con distretti e presidi	10	8	18

In relazione ai distretti ed ai presidi, la riorganizzazione permetterebbe di eliminare 7 strutture complesse, con una organizzazione più snella ed efficiente, riducendo nel contempo le duplicazioni di attività derivanti dal mancato coordinamento delle diverse UUOO.

Il personale in oggetto sarà così collocato:

- n°2 unità andrebbero ad occupare le direzioni amministrative dei due dipartimenti strutturali, che non sono mai state attivate, ossia: Dipartimento di Salute Mentale; Dipartimento di prevenzione;
- n°5 unità potrebbero essere utilizzate, in funzione della grande esperienza acquisita, per la copertura di alcuni ruoli ad alta valenza strategica per l'azienda. In particolare ci si

riferisce, ad esempio, per Sistema Informativo, Sistema di Qualità e Certificazione, Sistema dei Controlli, Logistica, Relazioni Sindacali, Internal Auditing.

Un'implementazione di tali funzioni a livello di staff consentirebbe di svilupparle ad alto livello e in maniera coerente con l'organizzazione che si va a strutturare, il tutto ad un costo nullo e mantenendo in azienda delle risorse umane qualificate che all'occorrenza possono anche consentire la sostituzioni dei dirigenti apicali.

Per coloro che non optassero per la sede centrale, il trasferimento avverrebbe entro un raggio limitato se non addirittura nullo (al presidio o al distretto) e comunque all'interno della zona.

Anche il personale del comparto non dovrebbe subire stravolgimenti, visto il mantenimento delle attività routinarie e di massa sulla periferia, sotto la direzione organizzativa del dirigente amministrativo della macrostruttura e con il coordinamento tecnico del dirigente centrale, che fornirebbe una impostazione omogenea ai processi mediante l'emanazione di linee guida e procedure formalizzate ed unificate.

I recuperi di efficienza sarebbero evidenti ed immediati in quanto si eliminerebbero una serie di duplicazioni nell'attività svolta ed il tempo utilizzato per il coordinamento di tali attività, che allo stato attuale rappresenta una parte significativa del tempo impiegato dai responsabili delle unità operative amministrative.

Manovra di carattere generale

L'esercizio 2008 rappresenta l'anno "cruciale" per l'avvio concreto delle necessarie azioni di riordino del sistema sanitario regionale.

All'uopo, si rende opportuno intraprendere delle manovre integrative che dovranno investire necessariamente il sistema delle cure per acuti al fine di razionalizzare l'offerta, e che esulano dall'autorità della Direzione ASREM, poiché abbracciano aspetti di programmazione dell'intero Sistema Sanitario Regionale:

- Ridurre l'incidenza del sistema ospedaliero rispetto alla parte territoriale per arrivare alla percentuale del 45% della spesa complessiva. Per ottenere questo risultato non è sufficiente incrementare la spesa del territorio, ma si dovranno anche trasferire risorse dagli attuali presidi. In particolare l'attività ambulatoriale dei presidi, che in buona parte non ha una caratterizzazione per acuti, deve essere inquadrata correttamente nei LEA con una sua attribuzione alle strutture dei distretti sanitari. Inoltre devono essere previste delle anticipazioni sui contratti di programma da parte della Regione per avviare la costruzione delle nuove strutture;
- Riduzione del ricorso al personale SUMAISTA per effetto della naturale cessazione del rapporto con un risparmio su base annua per un importo stimato pari a € 338.640;
- Maggiori economie derivanti dalla riorganizzazione dei servizi generali ospedalieri quali prevalentemente il servizio mensa e lavanderia con un risparmio complessivo stimato pari a € 1.227.000, rispetto ai costi sui servizi non sanitari risultanti dal Modello CP 2007;
- Risparmi per il Sistema Sanitario Regionale derivanti dalle azioni di riorganizzazione dell'offerta regionale sulle maggiori patologie interessate da una fuga verso strutture extra-regionali finalizzate al contenimento della mobilità passiva per l'area dell'Oncologia, della Cardiocirurgia e Ginecologica Oncologica. I benefici saranno ottenuti per mezzo dell'attivazione dei Dipartimenti Interaziendali con un risparmio stimato sulle somme da mobilità passiva pari a circa € 1.000.000; recupero di mobilità passiva per effetto dell'attivazione del Centro Alzheimer e del Centro per la Neuropsichiatria Infantile e di riabilitazione dell'età evolutiva per un valore stimato pari a € 1.500.000¹⁰, come già riportato nelle precedenti pagine. Tali numeri vengono ulteriormente suffragati dall'esame circa l'andamento della mobilità passiva che, per gli esercizi 2005, 2006 e 2007, mostra una sensibile riduzione.
- Risparmi derivanti dalla rimozione delle Zone Territoriali ASReM e delle corrispondenti figure di Direttori di Zona nonché dalla riduzione del numero di Distretti

¹⁰ Gli MDC maggiormente ricorrenti impiegati per la stima degli importi di cui all'oggetto sono di seguito riportati:

- per la Neurochirurgia: Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (57 casi); Malattie e disturbi del sistema nervoso (106 casi);
- per la Ginecologia: Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile (486 casi); Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici (10 casi); Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate (14 casi); Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella (8 casi); Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario (1 caso);
- per la Cardiocirurgia: Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (144 casi); Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (1 caso).

Sanitari da 13 a 7 con effetto sulla riorganizzazione dei servizi amministrativi per un valore complessivo pari a circa € 456.000¹¹;

- Risparmi ex articolo 72 comma 11 della legge 133/08: in ottemperanza al richiamato dettato normativo, l'Azienda potrà valutare, caso per caso, la possibilità di all'esonero dal servizio dei dipendenti che hanno maturato un'anzianità contributiva di 40 anni. Una stima di risparmio realizzabile a seguito dell'esonero in parola, calcolata su un numero di 20 unità lavorative aventi i requisiti previsti dalla normativa, conduce all'importo di circa 1.600.000, a regime entro la fine dell'esercizio 2009;

A corollario delle manovre precedentemente delineate, la Regione Molise ha in programma l'attuazione nel corso dell'esercizio 2009 la riduzione di un ulteriore 5%¹² sul budget dei soggetti privati accreditati.

Manovre di carattere generale	
Risparmio sul personale SUMAISTA	€ 338.640
Riorganizzazione servizi generali	€ 1.227.000
Soppressione delle Zone Territoriali	€ 456.000
Misure di contenimento della Mobilità Passiva	€ 2.500.000
Risparmi da legge n°133/08	€ 1.600.000
TOTALE RISPARMIO DA RIORGANIZZAZIONE	€ 6.121.640

Ulteriori ricavi da dismissione immobili	
Dismissione Distretti Sanitari Larino - Venafro	€ 3.050.000
Totale	€ 3.050.000

Quella fin qui delineata è la manovra minima da avviare per riequilibrare il sistema sanitario Molisano in attesa di ulteriori decisioni sul suo futuro assetto. Il risparmio ottenibile su base annua, corrispondente a € 10.758.677,00 ottenuto al 5% nel 2008 attesa l'immediatezza dell'attuazione della manovra in parola. La stessa andrà a regime nel 2009 determinando l'intero risparmio. Sono altresì da considerare i ricavi derivanti dalla dismissione degli stabili dei Distretti di Venafro e Larino per un importo complessivo di € 3.050.000 che pur non avendo ripercussioni sulla gestione ordinaria consentiranno l'utilizzo di risorse finanziarie aggiuntive destinate alla copertura dei costi.

¹¹ Il risparmio è stato calcolato in relazione ai compensi attualmente corrisposti ai Direttori di Zona, nonché alle indennità di struttura complessa corrisposte ai direttori di distretto attualmente in posizione di "dirigenti facenti funzione".

¹² Rispetto al 5% già previsto all'interno del Piano di Rientro.

Tabella di sintesi del piano di riorganizzazione dell'area ospedaliera

QUADRO RIASSUNTIVO	
Area di Isernia	€ 1.551.000
Area di Termoli	€ 2.327.037
Area di Campobasso	€ 1.186.600
Manovre di carattere generale	€ 6.121.640
TOTALE	€ 10.785.677
Ricavi da dismissione stabili dei Distretti Venafro e Larino	€ 3.050.000
TOTALE	€ 13.835.677

Punti di coerenza della revisione dell'assetto sanitario con il parere ministeriale al PSR

In riferimento al parere del 17/09/2008 inviato dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (rif. Molise-140-11/07/2008-0000260-A: provvedimento relativo all'obiettivo operativo 1.1 Redazione del Piano Sanitario Regionale triennio 2008/2010) avente ad oggetto la delibera del Consiglio Regionale n°190 del 09/07/2008 di approvazione del Piano Sanitario Regionale per il triennio 2008/2010 con allegato testo PSR, si richiamano gli interventi individuati nel Piano di Revisione dell'Assetto Sanitario Ospedaliero - Territoriale, in coerenza alle osservazioni espresse nel suddetto parere.

Il Piano di Revisione dell'Assetto Sanitario Ospedaliero - Territoriale ha la finalità di individuare gli interventi previsti sull'offerta sanitaria regionale al fine di consentire il raggiungimento di benefici di carattere economico-organizzativo.

Interventi

Le azioni previste dal presente Piano di Revisione dell'Assetto Sanitario Ospedaliero – Territoriale sono coerenti con quanto disposto con Piano Sanitario Regionale. Se ne da ulteriore contezza in riferimento alle osservazioni contenute all'interno della Nota Ministeriale di riferimento.

In merito al punto 2 del parere, il presente piano prevede un completamento della prima fase di accorpamento entro il 31 dicembre 2008, ed un completamento del tuning della riorganizzazione, ed avviamento della produzione di prestazioni secondo setting assistenziali alternativi entro il 30 giugno 2009.

In riferimento al punto 3, si fa notare che l'Osservatorio Epidemiologico è una struttura di fatto già esistente nell'attuale assetto organizzativo dell'ASREM, e quindi già operativa nell'analisi dei dati per conto della stessa ASREM; si prevede il materiale spostamento delle funzioni presso la nascente struttura regionale che accentrerà tali attività con competenza su tutta l'offerta sanitaria regionale entro il 31/12/2008.

Per quanto riguarda il punto 4, nel presente piano si provvede a dare esecutività alla organizzazione dell'area territoriale con la riduzione da 13 Distretti Sanitari a 7 con i corrispondenti ambiti territoriali.

Con tale azione verrà avviato un significativo potenziamento dei poteri nell'ambito della funzione di committenza e della funzione erogativa dei servizi assistenziali, sia presso le strutture ambulatoriali che per mezzo dell'attività domiciliare.

Ovviamente tale rivisitazione dei poteri è parte di un processo riorganizzativo che impatterà anche sulle funzioni afferenti alla struttura centrale dell'ASREM.

L'attivazione di questa misura di intervento implica una necessaria riallocazione anche dei servizi amministrativi, fatta propria all'interno del presente piano.

Nel presente documento si è provveduto ad analizzare i benefici derivanti da tale intervento, rappresentati da risparmi ricorrenti su base annua per circa € 456.000, e da risorse rese disponibili dalla dismissione dei beni immobili stimabili in € 3.050.000 (stimate) .

In riferimento ai punti 6 e 8, nel presente piano si è proceduto ad individuare le seguenti manovre sulla rete ospedaliera:

- accorpamento di reparti tra presidi ospedalieri o all'interno dello stesso presidio al fine di ottenere una razionalizzazione dell'offerta ospedaliera che conduca nell'immediato a vantaggi economici derivanti da una più efficiente allocazione del personale e da più performanti economie di scala; da tale intervento si stima un recupero di costi pari a € 4.037.268;
- riorganizzazione della rete dell'emergenza secondo le modalità accuratamente rappresentate nel suddetto Piano con potenziamento dei Pronto Soccorso sui 3 Presidi maggiori e riallocazione delle postazioni 118 presso le restanti strutture ospedaliere; la riorganizzazione della rete dell'emergenza implicherà anche il coinvolgimento delle postazioni di Guardia Medica; il valore stimato di recupero di costi è pari a circa € 335.000;
- avvio è progressivo consolidamento del sistema di tele-radiologia e tele-cardiologia e riorganizzazione della rete dei Laboratori di Analisi, che recheranno dei benefici nella migliore utilizzazione del personale medico; il risparmio stimato risulta pari a circa € 744.769;
- azioni di riorganizzazione dell'offerta regionale sulle maggiori patologie finalizzate a ridurre la fuga di utenti verso strutture extra-regionali per l'area dell'Oncologia, della Cardiochirurgia e Ginecologica Oncologica. I benefici saranno ottenuti per mezzo dell'attivazione dei Dipartimenti Interaziendali; recupero di mobilità passiva per effetto dell'attivazione del Centro Alzheimer e del Centro per la Neuropsichiatria Infantile e di riabilitazione dell'età evolutiva; il totale beneficio in termini di riduzione della mobilità passiva regionale è stimata in € 2.500.000.

In aggiunta alle suddette manovre sono stati previsti altri interventi di natura generale per un ammontare di € 3.165.978 ottenibili da economie derivanti dalla riorganizzazione dei servizi generali ospedalieri per € 1.227.000 e da risparmi derivanti dall'attuazione della legge n°133/08 e dall'eventuale risparmio su personale SUMAISTA per la parte rimanente.

Ulteriori manovre di carattere organizzativo

La Regione Molise, di concerto con l'ASREM, intende riorganizzare i sistemi di Contabilità Generale del Sistema Sanitario Regionale, finalizzato al miglioramento del livello di informativa e della qualità del dato economico/finanziario, attraverso l'adozione dei principi contabili regionali (riferendosi integralmente ai Principi Contabili emessi dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e dei Ragionieri – Principi contabili nazionali – ritenuta quale prassi professionale autorevole e consolidata): tali principi dovranno essere adottati integralmente dall'ASREM.

L'elaborazione si articola nelle seguenti parti:

Posta Contabile

In essa sono definiti i seguenti aspetti di ciascuna posta di bilancio:

- Natura: definizione della posta di bilancio;
- Contabilizzazione: modalità di rilevazione dei fatti di gestione;
- Fonti normative: indicazione delle leggi, regolamenti, circolari e principi che disciplinano il trattamento contabile dei fatti di gestione riguardanti la posta di bilancio.

Rendicondazione

Riguarda il contenuto dell'informazione da trasmettere per un'attività conoscitiva e dovrà contenere:

- Il criterio di valutazione da utilizzare per ogni singola posta;
- L'informazione supplementare da rendere al lettore del bilancio per favorire la comprensione degli aspetti significativi della gestione.

Gestione ed il controllo

Contiene gli elementi relativi ai seguenti aspetti:

- Principi del controllo interno: ovvero gli obiettivi che il sistema di controllo interno deve perseguire per assicurare l'attendibilità della posta di bilancio;
- Procedure minime di controllo interno: ovvero il livello minimo di controllo da attivarsi relativamente a ciascuno ciclo contabile.

Ulteriori manovre di carattere finanziario

A corollario dei risparmi precedentemente riportati, si espone la seguente manovra finanziaria che, qualora condivisa dai competenti Dicasteri, potrà essere adottata quale misura di copertura al disavanzo di cui ai verbali del 16 luglio 2008 e del 10 ottobre 2008:

Manovre di carattere finanziario	
---	--

Risparmio su rata mutuo anno 2008	1.149.440,22
<i>di cui:</i>	
<i>Rata stimata per anno 2008</i>	<i>6.000.000,00</i>
<i>Rata effettiva anno 2008</i>	<i>4.850.559,78</i>

Risparmio su finanziamento vincolato a borse di studio per le specializzazioni mediche (*)	197.259,50
<small>(*) finanziamento esterno rispetto ai fondi regionali destinati alla sanità</small>	

TOTALE	1.346.699,72
---------------	---------------------