



BOLLETTINO UFFICIALE

REGIONE ABRUZZO

L'AQUILA, 15 SETTEMBRE 2010

PALAZZO CENTI



Spedizione in abbonamento postale - 70% Div. Corr. D.C.I. - AQ

Per Abbonamenti e Inserzioni

PRESSO GLI UFFICI POSTALI

sul **c/c postale n. 12101671**
intestato a :
Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale
67100 L'Aquila

PRESSO GLI ISTITUTI BANCARI

Tramite bonifico alle coordinate
Ufficio Postale n. 03001 - L'Aquila Centro
IBAN: IT-71-N-07601-03600-000012101671
Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale

NB: L'attivazione dell'abbonamento decorrerà dal ricevimento - in Redazione - della **copia del versamento da inviare tramite fax al numero 0862/364219**

Inserzioni

MODALITA' di PUBBLICAZIONE

Alla Redazione dell'Ufficio B.U.R.A. via Salaria Antica est n° 27 - edificio B2 - Località S. Antonio - Pile 67100 L'Aquila deve pervenire:

- 1. lettera di richiesta di pubblicazione** del documento recante intestazione, data, numero di protocollo, l'oggetto dell'atto (specificando se contiene allegati) e firma;
- 2. copia cartacea del documento** da pubblicare in originale o copia conforme;
- 3. gli allegati al documento** (se presenti) sempre in originale e numerati;
- 4. il file del documento** da pubblicare, che deve pervenire all'ufficio BURA su supporto informatizzato (cd o floppy) oppure per email al seguente indirizzo:
bura@regione.abruzzo.it

AVVERTENZE

- Nella lettera di richiesta di pubblicazione del documento è **obbligatorio** specificare il numero degli allegati da pubblicare e la forma di pubblicazione dell'atto stesso: **INTEGRALE** o per **ESTRATTO** (oggetto e dispositivo), indicando le parti da non pubblicare con "*omissis*".
- Se vi sono tabelle, immagini o altro non devono superare le dimensioni di **21 per 17 cm.**
- Il file deve essere necessariamente in **formato word A/4**

INSERZIONI A PAGAMENTO

Gli Enti non regionali o soggetti privati devono allegare alla richiesta scritta di pubblicazione:

- una copia dell'atto o documento da pubblicare con una **Marca da Bollo da 14,62 €** (1 ogni 4 facciate)
- la copia della **ricevuta di versamento** da effettuare sul **c.c.p. n° 12101671** intestato a Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - via Salaria Antica est n° 27 - edificio B2 - Località S. Antonio - Pile 67100 L'Aquila, dell'importo calcolato con le modalità di seguito riportate.

CALCOLO DEL PREVENTIVO

L'importo da versare per la pubblicazione varia in relazione all'atto da pubblicare ed è calcolato in base a quanto di seguito riportato:

- (foglio uso bollo massimo 61 battute)
- **€ 1,81 a rigo per i titoli e l'oggetto** evidenziati in neretto
- **€ 1,47 a rigo del testo da pubblicare** di ciascuna inserzione.

Il preventivo può essere richiesto all'Ufficio Bura tramite fax al numero **0862/364219** o compilando l'apposito modulo sul sito del BURA:

<http://bura.regione.abruzzo.it>

Informazioni

- Per le scadenze da prevedere nei bandi è necessario che i termini vengano fissati partendo dalla "data di pubblicazione sul B.U.R.A."
- L'**accesso online** al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, è consentito gratuitamente a tutti i cittadini, i dati acquisiti non rivestono carattere di ufficialità e legalità"
- Unico punto vendita: Ufficio BURA -via Salaria Antica est n° 27 - edificio B2 - Località S. Antonio - Pile 67100 L'Aquila info: 0862/364211 - 4221. Per l'attivazione o il rinnovo dell'Abbonamento annuale tel. 0862/364214

SOMMARIO

Parte I

Leggi, Regolamenti ed Atti della Regione

ATTI

**DELIBERAZIONI
DEL COMMISSARIO AD ACTA**

DELIBERAZIONE 03.08.2010, n. 44:

**LEGGE 23 DICEMBRE 2009 N. 191,
ART. 2, COMMA 88: APPROVAZIONE
PROGRAMMA OPERATIVO 2010.
..... Pag. 8**

DELIBERAZIONE 05.08.2010, n. 45:

**PROGRAMMA OPERATIVO 2010 EX
L. N. 191/2009 E SS.MM. ASSE 2 – IN-
TERVENTO 6: RAZIONALIZZAZIONE
DELLA RETE DI ASSISTENZA OSPEDALIERA
APPROVAZIONE DEI PROVVEDIMENTI
TECNICI ATTUATIVI DELLE AZIONI 1 E 3:
-METODOLOGIA DI DEFINIZIONE DEL
FABBISOGNO DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE
E DEI POSTI LETTO CORRELATI; -
DISATTIVAZIONE DEI PRESIDI PER ACUTI
NON COERENTI COL FABBISOGNO
INDIVIDUATO E CRONOPROGRAMMA
DELLE LORO RICONVERSIONI; -
CRITERI DI DEFINIZIONE DELLA RETE
INTEGRATA DI SERVIZI, DELL'ASSETTO
ORGANIZZATIVO E DEL DIMENSIONAMENTO
DELLE UNITÀ OPERATIVE, DELLE
FUNZIONI E DELLE PRINCIPALI RETI
CLINICHE, HUB E SPOKE..... Pag. 92**

**DELIBERAZIONI DELLA
GIUNTA REGIONALE**

DELIBERAZIONE 23.06.2010, n. 498:

**Rettifica deliberazione Giunta regionale
5 marzo 2007, n. 219 e Patto di stabilità
2006. Pag. 152**

DELIBERAZIONE 12.07.2010, n. 556:

**Variazione al bilancio di previsione 2010
ai sensi dell'art. 25, comma 2, della L.R. 25
marzo 2002 n. 3. Capp. 21040/01/E,
21043/01/E, 22036/01/E, 22037/01/E,
22055/01/E,23187/01/E, 23264/01/E,
23290/01/E, 24002/01/E, 43062/01/E. Capp.:
11065/01/S, 11065/02/S, 11069/01/S,
11069/02/S, 71003/01/S, 81008/01/S,
151423/01/S, 162334/01/S, 182440/01/S,
282451/01/S..... Pag. 167**

DELIBERAZIONE 12.07.2010, n. 557:

**Variazione al bilancio di previsione 2010
ai sensi dell'art. 25, comma 2, della L.R. 25
marzo 2002 n. 3. Capp.: 22054/01/E,
22054/02/E, 23187/01/E, 24003/01/E,
24007/03/E, 43002/01/E, 45001/01/E. Capp.:
11044/01/S, 81011/01/S, 82381/01/S,
150102/01/S, 150102/02/S, 152190/01/S,
282451/01/S..... Pag. 170**

DELIBERAZIONE 05.07.2010, n. 558:

**Variazione al bilancio di previsione 2010
ai sensi dell'art. 25, comma 2, della L.R. 25
marzo 2002 n. 3. Capp.: 12622/01/E,
23125/01/E, 23177/01/E, 24007/01/E,
31110/01/E, 42310/01/E, 43062/01/E,
43066/01/E. Capp.: 12357/01/S, 71582/01/S,
81542/01/S, 81544/01/S, 150202/01/S,
150203/01/S, 172334/01/S, 181004/01/S,
281440/01/S..... Pag. 172**

DELIBERAZIONE 26.07.2010, n. 586:

**Approvazione "Programma di riqualifi-
cazione professionale e reinserimento occu-
pazionale dei collaboratori a progetto" in
attuazione del Decreto del Ministero del**

Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 03.12.2008. Pag. 175

DELIBERAZIONE 26.07.2010, n. 587:

Legge Regionale 29 novembre 1999, n. 122, articolo 4 – Istituzione Comitato Regionale per l’Educazione Ambientale. Designazione componenti. Pag. 180

DELIBERAZIONE 26.07.2010, n. 589:

ADOZIONE DOTAZIONE ORGANICA DELLA SALA OPERATIVA E DEL CENTRO FUNZIONALE DELLA REGIONE ABRUZZO ED AUTORIZZAZIONE ALL’ESPLETAMENTO DELLE PROCEDURE PER L’ASSUNZIONE DI PERSONALE A TEMPO DETERMINATO. Pag. 180

DELIBERAZIONE 02.08.2010, n. 599:

Legge Regionale 18 maggio 2000, n. 95 recante: “Nuove norme per lo sviluppo delle zone montane”- articoli 5, comma 4, lett. b) e 48 - Progetti pilota per la valorizzazione dell’ambito montano - Progetti Pilota per l’adozione del Piano territoriale dei tempi e degli orari in ambito montano.- Pag. 183

DECRETI

COMMISSARIO DELEGATO PER LA RICOSTRUZIONE – PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO

DECRETO 02.08.2010, n. 16:

Modifiche al decreto commissariale n. 3 del 9 marzo 2010. Pag. 201

Presidente della Giunta Regionale

DECRETO 02.08.2010, n. 84:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell’ambito territoriale “Montagna di L’Aquila” e nomina Commissario..... Pag. 204

DECRETO 02.08.2010, n. 85:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell’ambito territoriale “Sirentina”..... Pag. 206

DECRETO 02.08.2010, n. 86:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell’ambito territoriale “Montagna Marsicana” e nomina Commissario. Pag. 207

DECRETO 02.08.2010, n. 87:

Conferma della Comunità Montana costituita tra i Comuni inclusi nell’ambito territoriale “Peligna”..... Pag. 210

DECRETO 02.08.2010, n. 88:

Conferma della Comunità Montana costituita tra i Comuni inclusi nell’ambito territoriale “Alto Sangro”..... Pag. 210

DECRETO 02.08.2010, n. 89:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell’ambito territoriale “Montagna Pescara” e nomina Commissario. Pag. 211

DECRETO 02.08.2010, n. 90:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell’ambito territoriale “Laga”..... Pag. 214

DECRETO 02.08.2010, n. 91:

Scioglimento Comunità Montana “Vomano Fino Piomba” e nomina Commissario..... Pag. 214

DECRETO 02.08.2010, n. 92:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell’ambito territoriale “Gran Sasso”. Pag. 216

DECRETO 02.08.2010, n. 93:

Conferma della Comunità Montana costituita tra i Comuni inclusi nell’ambito

territoriale “Maielletta”..... Pag. 217

DECRETO 02.08.2010, n. 94:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell’ambito territoriale “Aventino-Medio Sangro”. Pag. 218

DECRETO 02.08.2010, n. 95:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell’ambito territoriale “Montagna Sangro Vastese” e nomina Commissario. Pag. 219

DECRETO 04.08.2010, n. 96:

Dimissioni della Sig.ra Daniela Stati dalla carica di Assessore Regionale.... Pag. 223

DETERMINAZIONI

Direttoriali

DIREZIONE AFFARI DELLA
PRESIDENZA, POLITICHE LEGISLATIVE
E COMUNITARIE, PROGRAMMAZIONE,
PARCHI, TERRITORIO, VALUTAZIONI
AMBIENTALI, ENERGIA
*SERVIZIO POLITICA ENERGETICA, QUALITA'
DELL'ARIA E SINA*

AUTORIZZAZIONE AVENTE VALORE DI
AIA 30.06.2010, n. 63/132:

Comma 1 art. 9 Decreto Legislativo 18 Febbraio 2005, n. 59 – “Autorizzazione avente valore di Autorizzazione Integrata Ambientale”. DITTA: Dell’Aventino srl – Sede impianto: SP Pedemontana n. 8 – Fossacesia (CH) – Attività svolta: produzione mangimi per uso zootecnico – Codice IPPC: 6.4 b)..... Pag. 224

PROVVEDIMENTO/A.I.A. 30.06.2010, n. 164/118:

Decreto Legislativo 18 Febbraio 2005, n. 59 – Autorizzazione Integrata Ambientale. DITTA: Trigno Energy srl. Sede impianto: Zona Industriale Piane Sant’Angelo – San

Salvo, 66050 (CH). Attività svolta: impianto di cogenerazione. Codice IPPC: 1.1 – Impianti di combustione con una potenza termica di combustione di oltre 50 MW. Pag. 225

Dirigenziali

DIREZIONE AFFARI DELLA
PRESIDENZA, POLITICHE LEGISLATIVE
E COMUNITARIE, PROGRAMMAZIONE,
PARCHI, TERRITORIO, VALUTAZIONI
AMBIENTALI, ENERGIA
*SERVIZIO POLITICA ENERGETICA, QUALITA'
DELL'ARIA E SINA*

DETERMINAZIONE 28.07.2010, n. DA13/232,
PROVVEDIMENTO/VOLTURA AUTO-
RIZZAZIONE UNICA 29.01.2008, n. 15:

Variazione della parziale titolarità dell’Autorizzazione Unica n. 15 del 29.01.08 rilasciata alla Società W.T.E. 2 S.r.l. e 8.2 Energia S.r.l., a favore della società Pescina Wind s.r.l. per la sola parte relativa alla 8.2 Energia S.r.l.. Società: Pescina Wind S.r.l. – Via Gramsci n. 14 – 00197 Roma. .. Pag. 226

DIREZIONE LL.PP. - SERVIZIO IDRICO
INTEGRATO - GESTIONE INTEGRATA
DEI BACINI IDROGRAFICI - DIFESA DEL
SUOLO E DELLA COSTA
*SERVIZIO GENIO CIVILE REGIONALE
SEDE L'AQUILA*

DETERMINAZIONE 21.07.2010, n. DC13/71:

T.U. 11.12.1993, n. 1775 - Fiume Gizio - Comune di Pettorano sul Gizio - Concessione di derivazione d’acqua di litri/secondo medi 300 per uso promiscuo (ovvero per consumo umano e idroelettrico) con potabile uso prevalente – ditta: G.I.S.A. S.r.l. – Domanda 30 giugno 2009 prot. n. 23..... Pag. 226

DIREZIONE LL.PP. - SERVIZIO IDRICO

INTEGRATO - GESTIONE INTEGRATA
DEI BACINI IDROGRAFICI - DIFESA DEL
SUOLO E DELLA COSTA
*SERVIZIO GENIO CIVILE REGIONALE
SEDE PESCARA*

DETERMINAZIONE 29.07.2010, n. DC15/103:

Ordinanza di istruttoria. Oggetto: ATO n. 4 Pescara. Ordinanza di istruttoria per la domanda di concessione, ai sensi dell'art. 17 T.U. n.1775/1933, tendente a derivare le acque ad uso potabile provenienti dalla Sorgente "Cigno 1" posta nel Comune di Brittoli per una quantità pari a mod. 0,001 (l/s 0,1)..... Pag. 228

DETERMINAZIONE 29.07.2010, n. DC15/104:

Ordinanza di istruttoria. Oggetto: ATO n. 4 Pescara. Ordinanza di istruttoria per la domanda di concessione, ai sensi dell'art. 17 T.U. n. 1775/1933, tendente a derivare le acque ad uso potabile provenienti dalla Sorgente "Festina" posta nel Comune di Civitella Casanova per una quantità pari a mod. 0,005 (l/s 0,5). Pag. 229

DETERMINAZIONE 29.07.2010, n. DC15/105:

Ordinanza di istruttoria. Oggetto: ATO n. 4 Pescara. Ordinanza di istruttoria per la domanda di concessione, ai sensi dell'art. 17 T.U. n. 1775/1933, tendente a derivare le acque ad uso potabile provenienti dalla Sorgente "S. Anello" posta nel Comune di Civitella Casanova per una quantità pari a mod. 0,005 (l/s 0,5). Pag. 231

DETERMINAZIONE 29.07.2010, n. DC15/106:

Ordinanza di istruttoria. Oggetto: ATO n. 4 Pescara. Ordinanza di istruttoria per la domanda di concessione, ai sensi dell'art. 17 T.U. n. 1775/1933, tendente a derivare le acque ad uso potabile provenienti dalla Sorgente "Fonte Madonna" posta nel Comune di Civitella Casanova per una quantità pari a mod. 0,05 (l/s 5,0)..... Pag. 233

DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL
LAVORO, FORMAZIONE ED
ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI
*SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E
INNOVAZIONE DELLE POLITICHE ATTIVE
DEL LAVORO, FORMATIVE E SOCIALI.
GOVERNANCE. SISTEMA NORMATIVO.*

DETERMINAZIONE 05.08.2010, n. DL22/38:

Avviso pubblico per la per la selezione dell'Organismo Intermedio a cui affidare la gestione della Sovvenzione Globale denominata: "Reti per l'accompagnamento all'inserimento socio-lavorativo di soggetti svantaggiati" - FO FSE Abruzzo 2007-2013 Obiettivo "Competitività regionale e Occupazione". Approvazione risultati valutazione di merito delle candidature. Pag. 234

DIREZIONE PROTEZIONE
CIVILE - AMBIENTE
SERVIZIO GESTIONE DEI RIFIUTI

DETERMINAZIONE 30.07.2010, n. DR4/134:

D. Lgs. 03.04.2006, n.152 e s.m.i.- D. Lgs. 24.06.2003, n. 209 e s.m.i. - L.R. 19.12.2007, n. 45 e s.m.i. -Centro di autodemolizione, recupero di materiali e rottamazione di veicoli a motore e/o loro parti "F.lli Anello s.n.c." -Via Vella n. 42 -66013 Chieti Scalo- Ordinanza DF3/04 del 08.01.2002, rinnovata con Determina Dirigenziale DN3/196 del 27.12.2007. APPROVAZIONE DEL PIANO DI ADEGUAMENTO E MODIFICA DETERMINAZIONE DN3/196 DEL 27.12.2007. Pag. 235

DIREZIONE RISORSE UMANE
E STRUMENTALI
SERVIZIO ORGANIZZAZIONE E CONTENZIOSO

DETERMINAZIONE 10/09/2010, n. DD20/152:

Sospensione in via di autotutela, ai sensi dell'art. 21 quater della legge 241/90 e ss.mm.ii, delle procedure di selezione indette con provvedimenti nn. DD3/112, DD3/113

e DD3/114 del 23.07.2010, aventi per oggetto: “Approvazione avviso di selezione pubblica, per titoli ed esami, finalizzata all’approvazione di graduatorie per l’assunzione di personale a tempo determinato di categoria B3-C-D”. Pag. 239

DIREZIONE SVILUPPO DEL TURISMO,
POLITICHE CULTURALI
SERVIZIO POLITICHE CULTURALI

DETERMINAZIONE 11.08.2010, n. DF11/397:
Iscrizione all’Elenco Regionale degli Editori Abruzzesi istituito dall’art. 9 della L.R. 25.11.1998 n. 138. Pag. 241

Parte III

Avvisi, Concorsi, Inserzioni

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI
PESCARA
ESTRATTO ATTO DI DETERMINAZIONE N. 1796 DEL 02.07.2010. Lavori di ripristino viabilità sul tratto di strada al km 3+650 circa della S.P. n. 66 (ex S.P. S.S. 5 Bolognano-Musellaro-Salle-S.Tommaso) – V12. Pag. 243

COMUNE DI CAPPADOCIA (AQ)
Avviso PRG..... Pag. 244

COMUNE DI TORTORETO (TE)
Adozione della Variante parziale al Piano Regolatore Esecutivo vigente per regressione aree edificabili. Pag. 244

CIVITALUPARELLA WIND S.r.l. (RM)
Realizzazione parco eolico D.Lgs. 4/2008, All. III, lettera c bis – pubblicazione estratto giudizio art. 27 D.Lvo 4/2008..... Pag. 244

LATERIZI F.lli Di Carlantonio (TE)
PROCEDURA DI VERIFICA DI ASSOGGETTABILITÀ AMBIENTALE in merito all’apertura di una cava di terra in loc. Pachierno, Comune di Montorio al Vomano (TE). Pag. 245

LUDOVICI GIOVANNI & FIGLI (AQ)
Progetto di adeguamento/ampliamento di una cava di inerti in loc.tà Aspretta de Comune di San Demetrio N.V. (AQ)... Pag. 245

SANTA LUCIA SERVICE
PROCEDURA DI VERIFICA DI ASSOGGETTABILITÀ per “Realizzazione impianto di deposito preliminare (D15), stoccaggio provvisorio (D15-R13), operazioni di trattamento (selezione, cernita, adeguamento volumetrico), la messa in riserva (R13) e il recupero (R3-R4) di rifiuti urbani e speciali non pericolosi” Pag. 246

TOTO S.p.A
PROCEDURA DI VERIFICA DI ASSOGGETTABILITÀ PER REALIZZAZIONE DI UN CAMPO FOTOVOLTAICO DA 4 MW CONNESSO ALLA RETE ELETTRICA DI DISTRIBUZIONE - Comune di MANOPPELLO (PE) –..... Pag. 247

 PARTE I

 LEGGI, REGOLAMENTI ED ATTI
 DELLA REGIONE

 ATTI

 DELIBERAZIONI
 DEL COMMISSARIO AD ACTA

DELIBERAZIONE 03.08.2010, n. 44:

**LEGGE 23 DICEMBRE 2009 N. 191,
 ART. 2, COMMA 88: APPROVAZIONE
 PROGRAMMA OPERATIVO 2010.**

DELIBERAZIONE
 DEL COMMISSARIO AD ACTA
 PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI
 RIENTRO DAI DISAVANZI
 DEL SETTORE SANITA' DELLA REGIONE
 ABRUZZO

(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
 dell'11/12/2009)

Pescara, 3 agosto 2010

N. 44/2010 del Registro delle deliberazioni

IL COMMISSARIO AD ACTA

Vista la deliberazione di Giunta Regionale n.159 del 24/02/2007 con la quale si è provveduto ad approvare il programma operativo di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, redatto ai sensi dell'art.1, comma 180, della legge 30/12/2004 n.311 e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la successiva Deliberazione n.189 del 1° marzo 2007 con la quale la Giunta Regionale ha provveduto ad approvare, ai fini della stipula dell'accordo di cui all'art.8 dell'Intesa Stato Regioni del 23.03.2005, nella sua nuova formulazione, il documento denominato "Programma operativo di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, redatto ai

sensi dell'art.1, comma 180, legge 30.12.2004 n.311 e successive modificazioni ed integrazioni – testo emendato", predisposto dalla Direzione Sanità e dall'Agenzia Sanitaria Regionale, che sostituisce il testo precedentemente approvato con la citata Delibera di Giunta Regionale n.159 del 24.02.2007;

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 224 del 13 marzo 2007, con la quale è stato approvato l'accordo sottoscritto in data 6 marzo 2007 tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo per l'approvazione del Piano di Rientro e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art.1, comma 180, della legge 30.12.2004 n.311;

Vista la Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

Vista la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 13.01.2010, con cui, tra l'altro, è stata nominata Sub-Commissario la Dott.ssa Giovanna Baraldi con il compito di affiancare il Commissario Ad Acta per gli aspetti di programmazione sanitaria, tra cui l'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazione ed accreditamento istituzionale;

Visto l'art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009 n. 191 che stabilisce che per le Regioni già sottoposti ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente Legge, resta fermo l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario Ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

Atteso che la Regione Abruzzo, alla data di entrata in vigore della Legge n. 191/2009 si trova nelle condizioni di cui al comma 88 dell'art. 2;

Vista la nota prot. n. 8957/COMM. del 14.05.2010, con la quale il Commissario Ad Acta ha trasmesso, per la preventiva approvazione, al Ministero dell'Economia e delle Finanze ed al Ministero della Salute, il Programma Operativo, predisposto in applicazione della surrichiamata normativa, con il quale s'intende dare prosecuzione al Piano di Rientro 2007/2009;

Vista la successiva nota prot. 12685/COMM del 14.07.2010, con la quale si è provveduto ad inviare, in sostituzione di quello trasmesso con la surrichiamata nota del 14.05.2010, il Programma Operativo 2010 con il quale si intende dare prosecuzione al Piano di Rientro 2007/2009;

Atteso che nel corso della riunione congiunta del 21 luglio u.s. del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, nell'esaminare il Programma Operativo 2010, è emersa la necessità di apportare alcune integrazioni e precisazioni allo stesso con riferimento alle manovre sulla spesa farmaceutica e sul personale;

Vista la nota prot. 13713/Comm del 29 luglio 2010, con la quale, in relazione a quanto evidenziato dal Tavolo e Comitato nel corso della surrichiamata riunione, si è provveduto a trasmettere una nuova versione del Programma Operativo 2010, che ha subito alcune modifiche derivanti da:

- a) cronoprogramma delle riconversioni per il 2010;
- b) richieste avanzate dal Tavolo;

Considerato che Tavolo Tecnico e Comitato Permanente, durante la riunione del 30 luglio 2010, hanno espresso complessivamente giudi-

zio favorevole in ordine al Programma Operativo 2010, anche se hanno evidenziato la necessità che si proceda ad alcune correzioni ed integrazioni che, per quanto concerne la limitazione del turn-over del personale, riguarda l'esigenza che venga espressamente prevista la quota soggetta a blocco, mentre, relativamente alla razionalizzazione dei laboratori privati, è emersa l'opportunità che alla stessa si proceda contestualmente alla rimodulazione dei laboratori pubblici;

Ritenuto, pertanto, di dover provvedere all'approvazione del Programma Operativo 2010, di cui all'allegato "A", con il quale s'intende dare prosecuzione al Piano di Rientro 2007/2009, secondo gli interventi e le relative azioni in esso descritte, apportando allo stesso le modifiche sopra evidenziate ;

Tutto ciò premesso

per le motivazioni e precisazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente trascritte ed approvate

DELIBERA

- 1) di approvare il Programma Operativo 2010 di cui all'allegato "A", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con il quale s'intende dare prosecuzione al Piano di Rientro 2007/2009, secondo gli interventi e le azioni in esso previste;
- 2) di trasmettere, per la relativa validazione, il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, siccome previsto nell'Accordo con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico;
- 3) di pubblicare il presente provvedimento sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

IL SUB COMMISSARIO
Dott.ssa Giovanna Baraldi

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Giovanni Chiodi

Segue allegato

Allegato "A"

Regione Abruzzo

PROGRAMMA OPERATIVO 2010

Allegato alla Deliberazione del Commissario
ad ACTA

n. 14/2010 del 03/08/2010



Regione Abruzzo

PROGRAMMA OPERATIVO 2010

Sommario

PREMESSA.....	6
EXECUTIVE SUMMARY	6
Obiettivi del Programma Operativo e sintesi degli interventi	6
Tendenziale 2010	9
Programmatico 2010	10
Asse 1: INTERVENTI DI PROCESSO	13
Intervento 1: Potenziamento del processo di pianificazione strategica.....	13
Azione 1: Costituzione di un "Tavolo per l'Abruzzo"	13
Azione 2: Costituzione di un Comitato Guida.....	13
Azione 3: Processo di budget	14
Intervento 2: Governo dei flussi istituzionali.....	15
Azione 1: Integrazione dei dati di assistenza ospedaliera (SDO), assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale e condivisione degli stessi con i Medici di Medicina Generale	15
Azione 2: Gestione delle principali anagrafiche.....	16
Azione 3: Creazione di un dominio organizzativo responsabile per i "Flussi Istituzionali"	17
Intervento 3: Creazione di un sistema di monitoraggio gestionale del SSR	18
Azione 1: Avvio progetto di creazione di un modello di monitoraggio gestionale del SSR	18
Intervento 4: Gestione delle risorse umane a livello regionale.....	18
Azione 1: Contenimento del costo del personale.....	18
Azione 2: Avvio processo di rideterminazione delle dotazioni organiche del personale per ASL.....	19
Azione 3: Regolamento per la mobilità del personale eventualmente in esubero a livello regionale.....	19
Azione 4: Rideterminazione dei fondi integrativi aziendali per ASL.....	20
Intervento 5: Istituzione di un sistema di monitoraggio dell'appropriatezza del SSR	20
Azione 1: Istituzione dei Nuclei Operativi di Controllo.....	20

Pagina 3



Asse 2: INTERVENTI DI PRODOTTO	23
Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera.....	23
Azione 1: Piano della rete ospedaliera	23
Azione 2: Piano di trasferimento delle unità operative caratterizzate da produzione appropriata.....	24
Azione 3: Razionalizzazione delle unità operative semplici e complesse	24
Azione 4: Attuazione di un piano di mobilità del personale.....	25
Azione 5: Accordi con i Medici di Medicina Generale per la realizzazione dei primi presidi H24	26
Azione 6: Adeguamento dei layout delle strutture da riconvertire/realizzare	27
Intervento 7: Razionalizzazione della rete di assistenza territoriale	27
Azione 1: Piano della rete residenziale e semiresidenziale	27
Azione 2: Implementazione e Qualificazione delle Cure Domiciliari.....	28
Intervento 8: Rete emergenza e urgenza.....	29
Azione 1: Revisione del ruolo delle strutture all'interno della rete.....	29
Azione 2: Ricognizione ed aggiornamento dei meccanismi di coordinamento con gli enti convenzionati per il trasporto di emergenza-urgenza.....	29
Azione 3: Istituzione di un dominio organizzativo a livello regionale per il coordinamento degli interventi di emergenza-urgenza	30
Intervento 9: Razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati.....	31
Azione 1: Identificazione dei laboratori <i>hub e spoke pubblici</i>	31
Azione 2: Riconversione dei laboratori <i>spoke pubblici</i>	32
Azione 3: Riorganizzazione della rete dei laboratori privati	32
Intervento 10: Determinazione dei tetti di spesa per gli erogatori privati.....	33
Azione 1: Determinazione dei tetti di spesa per le strutture ospedaliere.....	33
Azione 2: Determinazione dei tetti di spesa per le RSA, RA e strutture <i>ex art. 26</i>	33
Azione 3: Determinazione dei tetti di spesa per le strutture ambulatoriali.....	34
Azione 4: Accreditemento istituzionale definitivo delle strutture (socio) sanitarie private.....	34
Intervento 11: Razionalizzazione della spesa farmaceutica.....	35
Azione 1: Incentivazione prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali di contenimento della spesa.....	35
Azione 2: Creazione di un magazzino farmaceutico virtuale per i farmaci ospedalieri	36
VALORIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI	37
Ipotesi di costruzione del tendenziale 2010.....	37
Valorizzazione dell'Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	38
Valorizzazione dell'Intervento 10: Determinazione dei tetti di spesa per gli erogatori privati	41



Valorizzazione dell'Intervento 11: Razionalizzazione della spesa farmaceutica – Azione 1	43
Valorizzazione Intervento 4: Gestione delle risorse umane a livello regionale.....	44
Conto Economico Sintetico Tendenziale e Programmatico 2010.....	47
ALLEGATI	49
ALLEGATO 1 - Ulteriori difficoltà causate dagli eventi sismici	51
Intervento 12: Ulteriori difficoltà causate dagli eventi sismici	51
Azione 1: Interventi per il potenziamento dei servizi nelle ASL con popolazioni sfollate	51
Azione 2: Azioni temporanee per il potenziamento della struttura di offerta.....	52
Azione 3: Ripristino dell'operatività delle strutture danneggiate.....	53
Azione 4: Azioni temporanee di supporto alle popolazioni colpite dal sisma.....	53
Valorizzazione dell'Intervento 12: Ulteriori difficoltà causate dagli eventi sismici”.....	53
ALLEGATO 2 - Valorizzazione degli interventi: Metodi	55
Nota metodologica alla valorizzazione dell'Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	55
Nota metodologica alla valorizzazione dell'Intervento 11: Razionalizzazione della spesa farmaceutica – Azione 1	66
Nota metodologica alla valorizzazione Intervento 4: Gestione delle risorse umane a livello regionale.....	72
ALLEGATO 3 – Intervento 4 - Azione 1 - Contenimento del costo del personale	77



PREMESSA

La Legge n.191 del 23.12.2009, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge Finanziaria 2010) prevede espressamente che "Per le Regioni già sottoposte al Piano di Rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati" (art.2 comma 88).

Considerato che:

- con deliberazione del Consiglio dei Ministri il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo
- con deliberazione successiva lo stesso Consiglio dei Ministri il 13.01.2010 nominava la dott.ssa Baraldi Sub-Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Abruzzo con il compito di affiancare il Commissario ad Acta.

La Regione Abruzzo con il presente PROGRAMMA OPERATIVO 2010 intende dar prosecuzione al Piano di Rientro secondo gli interventi e le relative azioni di seguito descritte.

EXECUTIVE SUMMARY

Obiettivi del Programma Operativo e sintesi degli interventi

Durante il precedente triennio, coerentemente con gli obiettivi di Piano, la Regione Abruzzo ha impostato interventi mirati al contenimento dei costi. Tali interventi sono stati in grado di generare risultati parziali non sempre in linea con le aspettative dal punto di vista economico-finanziario.

A titolo esemplificativo:

- tra il 2006 ed il 2008 si è evidenziata una rilevante riduzione del numero di ricoveri per acuti sia in degenza ordinaria (-24%) sia in DH (-14%), che ha generato una corrispondente riduzione del numero di giornate di degenza del 15% in DO e del 19% in DH; tale tendenza è confermata anche dai primi dati disponibili per il 2009;
- per il costo del personale c'è stata una riduzione tendenziale, coerentemente con gli obiettivi fissati nel Piano di rientro dal disavanzo 2007-2009.

Tuttavia, il CE del Consuntivo 2009 evidenzia ancora un risultato economico negativo di 83 milioni di Euro al netto degli ammortamenti e dei costi capitalizzati (tale perdita si riduce a 44,5 milioni di Euro se ricalcolata secondo le metodologie del Tavolo di Verifica), da cui emerge che la Regione Abruzzo non è ancora pienamente riuscita ad intraprendere un percorso di riqualificazione strutturale del SSR tale da garantire l'equilibrio economico-gestionale nel tempo.

Affinché i percorsi di riduzione-contenimento delle attività possano contribuire a garantire l'equilibrio economico-finanziario ed i Livelli Essenziali di Assistenza, tali percorsi devono prevedere ulteriori azioni di razionalizzazione dell'utilizzo dei fattori produttivi. Ad esempio, una riduzione del numero dei ricoveri rischia di non avere nessun effetto significativo in termini di riduzione dei costi in assenza di interventi di accorpamento e/o riconversione, posto che la struttura dei costi fissi (personale dipendente incluso) rimane sostanzialmente invariata.

La riduzione dell'ospedalizzazione, infatti, non è stata affiancata da un efficace trasferimento dei volumi di produzione verso risposte assistenziali alternative. Conseguentemente, infatti, sebbene il costo del personale sia rimasto entro le soglie pre-stabilite, nessuna attività è stata ancora avviata per ridisegnare il suo collocamento tra ospedale e territorio. A fronte di una situazione globalmente in equilibrio, quindi, sussistono ambiti di sovra-dimensionamento e ambiti di sotto-dimensionamento.



Ora, il Patto della Salute 2010-2012 prevede il mantenimento della gestione commissariale e, in questo ambito, predispone la stesura di Programmi Operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, per la prosecuzione del Piano di Rientro.

Il Programma Operativo deve configurarsi come l'occasione per avviare in modo strutturale un processo di riordino del SSR mirato a:

- raggiungere l'equilibrio economico-finanziario del Sistema Sanitario Regionale (SSR)
- riqualificare l'offerta ospedaliera e dei servizi territoriali
- migliorare la qualità percepita da parte dei cittadini.

Indubbiamente, il perseguimento di questi obiettivi richiede la progettazione di interventi (che di seguito chiameremo di prodotto) orientati alla riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi erogati.

Tuttavia, la corretta progettazione, attuazione e monitoraggio degli interventi di cui sopra richiede necessariamente il potenziamento delle risorse e dei meccanismi organizzativi di Regione e di ASL, chiamati a supporto del governo del SSR. A tal fine, si ricorda come, in risposta alle richieste da parte del Tavolo di Verifica di provvedere al potenziamento della struttura amministrativa regionale a supporto del Piano di Rientro e dell'azione commissariale, la Regione ha indetto ed espletato alcuni bandi di selezione a tempo determinato, i cui vincitori sono stati assunti con decorrenza dal 1 aprile 2010.

Agli interventi di prodotto devono essere accompagnati quindi quegli interventi (che di seguito chiameremo di processo) orientati alla riqualificazione e al potenziamento delle competenze necessarie per il governo del SSR.

Sebbene logicamente tali interventi siano propedeutici agli interventi di prodotto, il carattere di straordinarietà del Programma Operativo ed i vincoli temporali del rientro dal disavanzo richiedono che il percorso di potenziamento delle competenze sia contestuale all'avvio degli interventi sulla rete di offerta, prevedendo che gradualmente *task-force* e nuove soluzioni gestionali si consolidino in veri e propri domini organizzativi, la cui costituzione non genera costi aggiuntivi che possano ripercuotersi sul costo del personale della Regione né tanto meno su quello della ASL.

Nel dettaglio, gli interventi di processo saranno mirati a:

- strutturare un processo di **pianificazione strategica** in grado di individuare le azioni prioritarie da implementare nel sistema e orientare a cascata il comportamento dei singoli (a partire dai Direttori Generali) al perseguimento degli obiettivi (*Intervento 1*)
- attivare e consolidare i **flussi informativi** necessari per il governo del sistema (*Intervento 2*)
- attivare e consolidare un sistema di **monitoraggio gestionale** completo e omogeneo su tutto il territorio regionale (*Intervento 3*)
- garantire la **corretta gestione delle risorse umane** a livello regionale, in termini di coerenza tra attività e fabbisogno di personale e di competenze (*Intervento 4*)
- sviluppare un sistema di **monitoraggio della qualità delle prestazioni** rese dagli operatori dal SSR attraverso l'istituzione di **Nuclei Operativi di Controllo** coordinati dal livello regionale (*Intervento 5*)

Gli interventi di prodotto saranno orientati:

- da un lato, alla **riprogettazione della rete di offerta** coerentemente rispetto ai rinnovati bisogni della popolazione abruzzese ed alle opportunità fornite dall'evoluzione della pratica clinica e dalle moderne tecnologie. Si prevedono quindi interventi focalizzati su:
 - **riprogettazione della rete di assistenza ospedaliera**, nell'ottica del potenziamento dei servizi per i pazienti cronici (avvicinando le cure a domicilio dei pazienti con la progettazione, rispetto ai "vecchi piccoli ospedali", di strutture più snelle dotate di elevati livelli tecnologici) e della concentrazione delle competenze per favorire la specializzazione per disciplina (*Intervento 6*);
 - **potenziamento della rete di assistenza extra ospedaliera** dimensionando sulla base di criteri oggettivi il fabbisogno di prestazioni del SSR per individuare risposte assistenziali graduali che consentano di garantire la cura dei pazienti cronici a domicilio (tutelando l'esigenza di questi di non allontanarsi dal proprio nucleo familiare) e



- prevedano il ricorso all'assistenza residenziale solo per quei pazienti particolarmente fragili per i quali non è più possibile restare a casa (*Intervento 7*);
- **riprogettazione della rete di emergenza-urgenza**, individuando (consapevoli che un intervento non adeguato può compromettere gravemente lo stato di salute del paziente) gli ospedali di riferimento per i casi che richiedono un elevato livello di specializzazione e dotazione tecnologica e decentrando sul territorio i punti di primo soccorso per gli interventi meno gravi (*Intervento 8*);
 - **riprogettazione della rete dei laboratori pubblici e privati**, con accentrimento delle attività per raggiungere livelli di qualità adeguati. I laboratori sono, infatti, nell'ambito della rete di offerta del Servizio Sanitario Regionale un servizio che può contemporaneamente garantire con l'aumento dei volumi di produzione maggior qualità e minori costi (*Intervento 9*);
- dall'altro, alla **natura dei costi**, per razionalizzare, a fronte della riorganizzazione di cui sopra, le voci di spesa del SSR, ottimizzando l'impiego e l'approvvigionamento dei fattori produttivi quali:
- prestazioni sanitarie acquistate dagli **erogatori privati**, attraverso la regolazione di rapporti contrattuali coerenti con il fabbisogno regionale di prestazioni definito in base ad opportune metodologie (*Intervento 10*);
 - **farmaceutica convenzionata**, mediante azioni mirate alla modifica del mix prescrittivo dei MMG verso l'uso degli equivalenti che rappresentano un'importante opportunità di risparmio per il SSR a parità di qualità delle cure prestate (*Intervento 11*);
 - **farmaceutica ospedaliera**, attraverso l'adozione di sistemi per l'ottimizzazione della gestione dei magazzini (*Intervento 11*).

Naturalmente, realizzare un Programma Operativo che sia strutturale comporta valutare i singoli interventi in termini di impatto sui Livelli Essenziali di Assistenza e sui costi, a tal proposito si segnala che le azioni previste dal Programma



Operativo per l'anno 2010 consentiranno di contenere la perdita di esercizio per l'anno 2010, stimata intorno a 69,6 €/mln rispetto ad un valore "tendenziale" stimato a 101,8 €/mln come meglio verrà illustrato nel paragrafo "Programmatico 2010". Tale valore a valle delle rettifiche per il "Tavolo di Monitoraggio", delle coperture regionali e dei risparmi derivanti dalla mancata erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private sottoposte a budget¹, si stima consentirà alla Regione Abruzzo di chiudere l'anno 2010 in pareggio.

Ricavi	2.317.010	2.316.753	(257)
Costi	2.255.325	2.222.867	(32.459)
Altri costi e componenti finanziarie e straordinario	163.529	163.482	(47)
Risultato economico	(101.846)	(69.607)	
Risultato per Tavolo di Monitoraggio ¹	(86.376)	(53.872)	
Risorse regionali		46.711	
Risparmi per mancata erogazione strutture private		8.302	
Avanzo 2009		356	
Avanzo 2010		1.497	

Tabella 1: Stima del risultato di esercizio a Programmatico 2010 e manovra rispetto al Tendenziale 2010

Si sottolinea come non tutte le azioni contenute nel presente Programma Operativo matureranno pienamente i loro benefici economici per il SSR nel 2010. Il 2010 si configura, infatti, come:

- un momento necessario per avviare interventi strutturali che aumenteranno la qualità delle prestazioni erogate dal SSR;
- un primo momento importante di razionalizzazione dei costi.

Tendenziale 2010

Il Conto Economico Tendenziale per il 2010 è costruito secondo la logica di rappresentare, in un contesto in cui non variano le disposizioni regionali né quelle nazionali, lo sviluppo dei costi prevalentemente in base ai *trend* registrati nel triennio del piano di rientro, comprensivi dei costi legati alle difficoltà del SSR generate dal sisma del 06 Aprile 2009.

I razionali utilizzati a supporto di tale metodo e le dinamiche sottostanti lo sviluppo dei valori dei diversi aggregati economici hanno portato alla stima di:

¹ Il risparmio è stato stimato a fronte di un minor costo/fatturato atteso, a fronte delle prestazioni erogabili dalle strutture ospedaliere del Gruppo Villa Pini, in considerazione del fatto che la valorizzazione dei rispettivi tetti di spesa è stata calcolata, analogamente a quanto effettuato per le altre strutture private, applicando alla SDO 2008 la metodologia individuata, ma abbattendo tale tetto di una quota che tenesse conto dei periodi di inattività ad oggi rilevati, considerando che i contratti prevedono il rispetto del tetto su base mensile. In tale modo è possibile stimare le seguenti valorizzazioni:

- La struttura Villa Pini ha sottoscritto un tetto di 19,2 €/mln ma, non avendo fatturato prestazioni nel I trimestre 2010 come rilevato dai dati del CE del I trimestre 2010, si può stimare un abbattimento del tetto per 3/12 con un risparmio pari a 4,8€/mln (il 25% del tetto di spesa 2010),
- La struttura Santa Maria ad oggi, essendo in regime di sospensione temporanea dell'accreditamento provvisorio, non ha sottoscritto il tetto di spesa, stimato a valle dell'applicazione della metodologia in 5,1 €/mln. Poiché non ha fatturato prestazioni, come rilevato dai dati del CE relativi al I trimestre 2010, si può stimare un abbattimento del tetto per 3/12 con un risparmio pari a 1,3€/mln (il 25% del tetto di spesa 2010),
- La struttura Sanatrix a causa dei danni subiti in seguito al sisma del 6 Aprile 2010 non ha ancora sottoscritto il tetto di spesa, stimato nel programmatico a valle dell'applicazione della metodologia di calcolo dei tetti intorno a 4,4 €/mln. Al 30 Giugno 2010 la struttura risultava ancora inagibile e, quindi, evidentemente non ha erogato prestazioni, per cui si può stimare un risparmio certo pari a 2,2 €/mln (il 50% del valore inserito a programmatico)



- un aumento dei ricavi² dal 2009 al 2010 di 11,6 €/mln;
- una crescita dei costi dal 2009 al 2010 di 32,3 €/mln.

Di seguito si presenta una tabella di sintesi della variazione dei ricavi e delle principali voci di costo nel biennio 2009-2010 per la Regione Abruzzo, che portano ad una perdita nel 2010 stimato di 101,8 €/mln.

	2009	2010	2009	2010
Totale ricavi	2.175.462	2.239.152	2.205.356	2.317.010
Totale costi	2.184.671	2.181.816	2.200.310	2.255.326
Totale componenti finanziarie e straordinarie	141.265	169.789	186.248	163.529
Risultato economico	(150.474)	(112.453)	(81.200)	(101.846)
Risultato economico per Tavolo di Monitoraggio	(163.608)	(107.656)	(42.631)	(86.377)

Tabella 2: Stima del Tendentiale 2010

Applicando il saldo di mobilità extraregionale relativa al penultimo anno rispetto all'anno di riferimento (mobilità da Tavolo), la perdita "tendentiale" da Tavolo di Monitoraggio risulta essere di 86,4 €/mln nel 2010 (mobilità extra da proposta CIPE 2010)³. Per quanto concerne i costi, di seguito si presenta la tabella di sintesi della variazione delle principali voci di costo dal 2009 al 2010.

	2009	2010	2009	2010
Personale + Irap	794.227	829.672	831.287	836.841
Prodotti Farmaceutici	123.080	146.581	156.311	164.346
Altri Beni E Servizi	402.144	407.856	411.101	439.169
Altre Componenti Di Spesa	29.234	43.187	56.932	64.185
Medicina Di Base	150.785	150.750	149.769	155.987
Farmacologica Convenzionata	267.202	267.497	260.756	261.940
Prestazioni Da Privato	448.359	381.060	390.018	397.397
Prestazioni Da Pubblico	32	112	1.899	945
Salto Intramoenia	(2.158)	(1.724)	(931)	(1.298)
Accantonamenti	90.547	84.245	81.950	73.728
Interessi E Altro	19.907	12.909	11.744	10.759
Oneri Straordinari	1.577	19.448	25.822	14.958
Totale Costi	2.325.836	2.351.605	2.386.558	2.418.855

Tabella 3: Variazione delle principali voci di costo tra Consuntivo 2007 e il Tendentiale 2010

Per quanto il costo del personale, analogamente a quanto implementato per le altre voci di conto economico, si è ipotizzata la non variazione delle disposizioni regionali e nazionali in materia. In particolare, ciò significa che il "Conto Economico Tendentiale" sconta al suo interno il blocco del *turn-over* del 40% previsto dal Piano di Rientro come misura di contenimento del costo del personale. Il blocco del *turn-over* storicamente registrato, pertanto, è stato valorizzato attraverso i dati disponibili da Conto Annuale in 258 unità al fine di poter stimare correttamente l'ulteriore manovra aggiuntiva sul personale (si veda paragrafo "Valorizzazione").

² Relativamente al Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2010 è stato riportato quanto previsto nel riparto nazionale.

³ Per quanto riguarda invece gli "Ammortamenti", i "Costi capitalizzati" e le "Altre rettifiche" in sede di stima del tendenziale non sono state prese in considerazione in quanto comunque voci non rilevanti per la determinazione del "Risultato Economico Per Tavolo di Monitoraggio".



Programmatico 2010

Il Programma Operativo 2010 porterà ad un contenimento del risultato economico per il SSR stimato a -69,6 €/mln. Tale risultato, una volta effettuate le correzioni contabili per il "Tavolo di Monitoraggio", è rideterminato in -53,9 €/mln. Inoltre, il risultato migliora (-53,5 €/mln) se si considera l'avanzo 2009 pari a 0,4 €/mln ed è pertanto entro valori ripianabili con le risorse regionali disponibili (+46,711 €/mln per il 2010) e con i risparmi derivanti da mancata erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private sottoposte a budget (8,3 €/mln).

Tale risultato è stato stimato comprensivo dei costi residuali da sostenere a causa delle difficoltà del SSR dovute agli eventi sismici del 2009, di cui all' "Ulteriori difficoltà causati dagli eventi sismici".

Rispetto al Conto Economico Tendenziale, il Programma Operativo, la cui piena implementazione, ad esclusione dell' "Azione 3: Riorganizzazione della rete dei laboratori privati

Per quanto concerne la razionalizzazione della rete dei laboratori privati, alla stessa si provvederà contestualmente alla riorganizzazione della Rete dei laboratori pubblici (di cui all'azione 1 e all'azione 2).

Dal ridisegno dell'assetto pubblico verranno evidenziati punti di forza e punti di debolezza in termini di copertura territoriale ed, eventualmente, prestazioni critiche per cui eventualmente la rete di offerta pubblica non risulta adeguata. Da tale contesto di riferimento sarà necessario studiare l'integrazione tra rete di offerta pubblica e privata.

Per quanto riguarda tale riorganizzazione sarà necessario:

- definire per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private (in termini di qualità e tipologia di prestazioni erogabili rispetto al fabbisogno),
- individuare la dimensione minima di prestazioni per ogni laboratorio privato (a seconda della branca) in modo da garantire il livello minimo di qualità e le relative tempistiche di adeguamento dei livelli di produzione per consentire l'eventuale nascita di consorzi di erogatori privati, coerentemente con le linee guida nazionali disponibili.

Risultato programmato

- definizione di un documento di linee guida che individua, per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private,
- individuazione dei criteri di dimensionamento minimo per branca coerenti con le linee guida regionali,
- definizione dei criteri di dimensionamento dei tetti di prestazioni per il biennio 2011-2012.

Indicatori di risultato

- avvio delle attività di ricognizione dei laboratori privati e delle relative prestazioni entro il 30 Settembre 2010,
- condivisione con gli erogatori privati del documento di linee guida su:
 - criteri minimi di qualità dei laboratori
 - fabbisogno di prestazioni per il 2011-2012
- sottoscrizione dei tetti di spesa per gli erogatori privati entro il 31 Dicembre 2010.

Intervento 10" non potrà che avvenire se non a partire dal secondo semestre 2010, porta ad una riduzione dei costi rispetto al Tendenziale stimata intorno a 32,5 €/mln. Questo comporta che la crescita dei costi dal 2009 al 2010, prevista nell'intorno di 32,3 €/mln in sede di stima del Tendenziale (Tabella 2), potrà essere azzerata nonostante la limitata efficacia temporale del Programma Operativo.

Nella successiva Tabella 4, si illustrano sinteticamente gli effetti di cui sopra, effetti che consentono di ottenere un risultato di Conto Economico Programmatico in pareggio a valle delle coperture regionali.



Costi (€ milioni)	2010	Tendenziale 2010	Programma Operativo 2008
Ricavi	2.317.010	2.316.753	(257)
Costi	2.255.326	2.222.867	(32.459)
Altri costi e componenti finanziarie e straordinarie	163.529	163.462	(47)
Risultato economico	(101.846)	(69.597)	
Risultato per Tavolo di Monitoraggio	(86.378)	(53.872)	
Ricorse regionali		46.711	
Risparmi per mancata erogazione strutture private		8.302	
Avanzo 2009		356	
Avanzo 2010		1.497	

Tabella 4: Stima del risultato di esercizio a Programmatico 2010 e manovra rispetto al Tendenziale 2010

In sintesi, gli effetti economici del Programma Operativo si concentrano principalmente sulle voci "Prestazioni da privato", "Farmaceutica Convenzionata" e "Personale", cumulando su queste voci la quasi totalità dell'impatto economico. Nel dettaglio:

- per le "Prestazioni da Privato", si stima una manovra pari a 21,4 €/mln rispetto al tendenziale e un risparmio pari a 14 €/mln rispetto al corrispondente valore del 2009⁴;
- per la "Farmaceutica Convenzionata", si stima una manovra pari a 4,3 €/mln rispetto al tendenziale e un risparmio pari a 3,2 €/mln rispetto al corrispondente valore del 2009;
- per il "Personale", si stima una manovra pari a 4 €/mln rispetto al tendenziale che limiterà la crescita per questa voce a 1,4 €/mln rispetto al corrispondente valore del 2009.

Costi (€ milioni)	2010	Tendenziale 2010	Programma Operativo 2008	Programma Operativo 2009
Personale + IRAP	851.587	836.841	822.780	816.14
Prodotti farmaceutici	156.211	164.346	163.919	163.74
Altri beni e servizi	411.101	439.169	437.030	437.030
Medicine di base	149.769	155.967	155.967	155.967
Farmaceutica convenzionata	280.799	261.840	257.570	257.570
Prestazioni da pubblico	1.309	945	945	945
Prestazioni da privato	390.018	397.397	375.956	375.956
Sette intramoenia	10.241	11.236	11.236	11.236
Accantonamenti	91.960	73.728	73.728	73.728
Altre componenti di spesa	56.932	64.185	64.128	64.128
Interessi e altri	11.244	10.759	10.759	10.759
Oneri straordinari	25.822	14.656	14.667	14.667
Totale costi	2.386.558	2.418.855	2.386.349	2.386.349

I risparmi su "Prodotti farmaceutici" e "Altri beni e servizi" derivano dall'avvio dei percorsi di riconversione. La razionalizzazione della rete di offerta pubblica è condizione necessaria per frenarne l'aumento

Tabella 5: Stima dei costi a Programmatico 2010 e confronto con il Tendenziale 2010 e il Consuntivo 2009⁵

Inoltre, agli effetti economici di cui sopra occorre aggiungere i risparmi che potranno essere realizzati attraverso l'avvio della riconversione di alcuni presidi, così come attualmente pianificato nell'ambito del crono programma⁶ delle riconversioni ad attuazione dell'azione sul "Piano della Rete Ospedaliera", la cui realizzazione è oggetto proprio del presente Programma Operativo.

⁴ Relativamente alle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale, a valle della manovra sui tetti per gli erogatori privati è richiesta una correzione delle entrate per mobilità in compensazione extra-regionale a Conto Economico Tendenziale per circa -0,3 €/mln. Ai fini della stima del risultato di esercizio per il Tavolo di Monitoraggio, tuttavia, tale correzione risulta neutralizzata.

⁵ L'aggregato beni e servizi ha registrato tra il 2002 ed il 2008 (a valori omogenei) una crescita annua del 7%, tale crescita si è verificata in maniera costante nel periodo. Il Tendenziale 2010 è stato costruito a partire dai valori 2008 per annullare distorsioni legate al sisma e rispetto a questo cresce complessivamente del 6,6% pari al 3,3% annuo.

⁶ Cfr "Disattivazione dei presidi non coerenti con il fabbisogno e cronoprogramma delle loro riconversioni"



In questo modo, sarà possibile realizzare sul secondo semestre 2010 un risparmio di circa 2,6 €/mln e, soprattutto, sarà possibile sfruttare la ricollocazione del personale senza intervenire sulla relativa voce di costo e senza impattare sulla qualità dell'assistenza offerta.

Per quanto riguarda le voci "Prodotti Farmaceutici" e "Altri beni e servizi" i risparmi previsti rispetto al Tendenziale (insufficienti a frenare l'aumento rispetto al 2009) derivano dall'avvio dei percorsi di riconversione dei presidi ospedalieri pubblici di ridotte dimensioni. A partire dal 2011, è ragionevole attendersi impatti su queste nature legati alle attività di razionalizzazione che investirà tutta la rete pubblica.



Asse 1: INTERVENTI DI PROCESSO

Intervento 1: Potenziamento del processo di pianificazione strategica

Azione 1: Costituzione di un "Tavolo per l'Abruzzo"

Il "Tavolo per l'Abruzzo" sarà il "soggetto" responsabile della scelta delle azioni prioritarie da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi definiti dal Programma Operativo 2010.

I compiti del "Tavolo per l'Abruzzo" saranno:

- individuazione degli interventi e delle relative strategie per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Programma
- selezione degli interventi prioritari
- gestione della comunicazione del Programma Operativo al Comitato Guida (di cui all'Azione 2)
- valutazione del grado di raggiungimento dei singoli interventi ed eventuale rimodulazione delle azioni intraprese.

Composizione ed organizzazione del "Tavolo per l'Abruzzo":

- i membri del "Tavolo per l'Abruzzo" saranno il Presidente (Commissario), l'Assessore alla Sanità ed il Sub-Commissario
- le funzioni di supporto operativo, organizzativo e di segreteria saranno svolte dal personale dell'Assessorato alla Sanità della Regione

Risultato programmato

- avvio di tutti gli interventi previsti nel Programma Operativo nei primi 30 giorni dall'approvazione del Programma stesso
- definizione dei meccanismi di *governance* tra "Tavolo per l'Abruzzo" e Comitato Guida (di cui all'Azione 2)
- inserimento degli interventi prioritari previsti dal Programma Operativo negli obiettivi del/dei:
 - Direttore Regionale dell'Assessorato alle Politiche della Salute
 - Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale
 - 4 Direttori Generali delle ASL
- verifica del recepimento degli interventi da atti amministrativi aziendali che identifichino i responsabili operativi per ciascuno degli interventi ed i relativi meccanismi incentivanti legati agli stessi

Indicatori di risultato

- avvenuto invio Programma Operativo 2010 al Ministero dell'Economia e delle Finanze ed al Ministero della Salute
- numero di atti formali di nomina dei responsabili operativi emanati entro i primi 30 giorni dall'approvazione del Programma stesso per ciascun intervento sul totale degli interventi previsti
- avvenuto inserimento con atto formale degli interventi prioritari tra gli obiettivi dei Direttori Generali (di cui all'Azione 3)

Azione 2: Costituzione di un Comitato Guida

Il Comitato Guida recepisce le azioni prioritarie individuate dal "Tavolo per l'Abruzzo" e attiva un percorso di condivisione per declinare le stesse in accordi operativi di carattere aziendale ed interaziendale. Periodicamente i suoi membri presentano lo stato di avanzamento delle singole azioni e valutano se sottoporre al "Tavolo per l'Abruzzo" eventuali loro criticità e/o necessità di rimodulazione. Il "Tavolo per l'Abruzzo" può intervenire in autonomia in ogni momento per rimodulare le azioni identificate.



Oltre ad essere responsabile dell'attuazione delle azioni, il Comitato Guida deve svolgere le seguenti funzioni:

- individuare soluzioni comuni a esigenze e/o criticità emerse a livello aziendale ma considerate di interesse regionale
- formalizzare linee guida su tematiche strategiche, anche in risposta a criticità emerse a livello aziendale
- istituire gruppi di lavoro *ad hoc* per l'approfondimento di tematiche strategicamente rilevanti
- promuovere e diffondere *best practice* aziendali che possano essere riutilizzate da altre ASL

Composizione e organizzazione del Comitato Guida:

- del Comitato Guida dovranno far parte i membri del "Tavolo per l'Abruzzo", il Direttore Generale dell'Assessorato, i Direttori Generali delle 4 ASL, il Direttore dell'ASR
- le funzioni di supporto operativo, tecnico-organizzativo e di segreteria saranno svolte dal personale dell'Assessorato alle Politiche della Salute della Regione e dell'Agenzia Sanitaria Regionale

Risultato programmato

- predisposizione di un regolamento interno sintetico, sottoscritto da tutti i membri del Comitato Guida, con le procedure per la formalizzazione degli accordi operativi relativi agli interventi previsti dal Programma Operativo, sia a livello regionale che a livello di singola ASL
- realizzazione di tutti gli interventi e delle relative azioni previste nel Programma Operativo entro il 31 dicembre 2010
- presa d'atto del Bilancio Annuale di Previsione (di cui all'Azione 3) ed invio dello stesso alla giunta regionale per l'approvazione
- redazione di uno stato avanzamento dei lavori mensile da cui si possa evincere:
 - l'avvio delle singole azioni previste dal Programma
 - i principali atti deliberati dalle singole ASL (tra cui l'assegnazione di obiettivi operativi alle strutture complesse)
 - le eventuali criticità da sottoporre al "Tavolo per l'Abruzzo"
 - i risultati raggiunti.
- la rilevanza strategica del coordinamento tra i Direttori Generali e il "Tavolo per l'Abruzzo" è tale che i suoi membri si impegnano a prender parte al 90% degli incontri

Indicatori di risultato

- avvenuta predisposizione del regolamento di costituzione e organizzazione del Comitato Guida entro 10 giorni dalla costituzione del "Tavolo per l'Abruzzo"
- avvenuta presa d'atto del Bilancio Annuale di Previsione
- numero di progetti sviluppati a livello aziendale riutilizzati in altre ASL al termine del Programma Operativo
- percentuale di interventi conclusi rispetto agli interventi previsti da Programma Operativo 2010 entro il 31 dicembre 2010
- percentuale dei documenti di stato avanzamento lavori mensile predisposti

Azione 3: Processo di budget

In coerenza con le decisioni prese dal "Tavolo per l'Abruzzo" e condivise con il Comitato Guida dovrà essere predisposto un processo che consenta di declinare sul fronte operativo tali decisioni, responsabilizzando a cascata i Direttori Generali delle ASL e le strutture semplici e complesse competenti.

Il processo di budget sarà così strutturato:

- declinazione per singola ASL, da parte dell'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo, degli interventi riportati nel presente Programma Operativo 2010, nell'ambito degli strumenti di programmazione e controllo regionali
- avvio, da parte dei Direttori Generali nelle singole ASL, della negoziazione degli obiettivi operativi dei responsabili aziendali (con relativa valorizzazione economica)
- consolidamento a livello di ASL dei valori contenuti nei *budget* che alimentano il Bilancio Annuale di Previsione (il quale, per ogni voce di Conto Economico, esporrà una previsione dei parametri economico-finanziari nonché l'indicazione dei criteri in base ai quali la medesima è stata calcolata)
- formalizzazione del risultato della negoziazione e comunicazione dello stesso alla Regione



- presa d'atto da parte del Comitato Guida del Bilancio Annuale di Previsione come previsto sopra
- monitoraggio del budget e del Bilancio Annuale di Previsione

Risultato programmato

- avvio del processo di budget sia a livello regionale sia a livello di ASL entro 30 giorni dall'approvazione commissariale del Programma Operativo
- recepimento a livello regionale degli atti formali di negoziazione e definizione dei budget e del Bilancio Annuale di Previsione delle ASL entro ottobre 2010
- adozione coerente con il Programma Operativo 2010 degli strumenti di programmazione e controllo sia a livello di ASL che a livello regionale
- elaborazione di un sistema di *reporting* per il monitoraggio, la verifica e l'analisi degli scostamenti del Bilancio Annuale di Previsione con particolare riferimento agli obiettivi prioritari identificati nel presente Programma Operativo

Indicatori di risultato

- percentuale delle scadenze rispettate per l'istruzione degli atti funzionali alla corretta sequenza cronologica del processo di budget e di monitoraggio
- verifica avvenuta assegnazione delle risorse per la produttività coerente con gli obiettivi di budget raggiunti, sia a livello regionale sia a livello aziendale
- avvenuta redazione di *report* di controllo trimestrale (mensile ove possibile) per la verifica/monitoraggio/analisi della corrispondenza tra le previsioni economiche inserite nel Bilancio di Previsione Annuale ed i Consuntivi a partire dal mese di chiusura del processo di *budget*

Intervento 2: Governo dei flussi istituzionali

Azione 1: Integrazione dei dati di assistenza ospedaliera (SDO), assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale e condivisione degli stessi con i Medici di Medicina Generale

Obiettivo dell'azione è disporre di un'unica banca dati delle prestazioni sanitarie riconducibili al soggetto che ne ha usufruito e al MMG scelto. In particolare, l'esistenza di un tale sistema informativo rappresenta il presupposto per monitorare ed intervenire sul ruolo di "gate keeper" dei MMG.

Si prevedono le seguenti attività:

- integrazione delle banche dati attraverso una chiave univoca che ne permetta la lettura trasversale (codice fiscale dell'assistibile anonimizzato): tale integrazione interesserà prioritariamente i ricoveri ospedalieri, l'assistenza farmaceutica e la specialistica ambulatoriale (esistendo la possibilità, in una fase successiva, di sviluppare il sistema con l'integrazione di RSA, ADI, assistenza protesica, ecc.). Le implementazioni tecnologiche, a sostegno di tale attività, saranno sviluppate attraverso il supporto dell'ARIT. Il Servizio competente definirà, d'intesa con il Sub-Commissario, i percorsi operativi volti alla piena integrazione delle banche dati e delle informazioni ad esse pertinenti
- predisposizione di una reportistica ad alto livello per il Direttore Generale/Sanitario della ASL e per il Direttore dell'Assessorato finalizzata alla pianificazione e al controllo della domanda, e di una reportistica dedicata ai MMG quale supporto al controllo della domanda come "gate keeper". Le reportistiche saranno sviluppate dal Servizio competente attraverso accordi con i Direttori Generali/Sanitari delle ASL
- istituzione di tavoli di lavoro fra i soggetti coinvolti nel governo di sistema e nel controllo della domanda (MMG, Direttori delle ASL, responsabili dei "Servizi Territoriali" aziendali e regionali)

Risultato programmato

- integrazione completa delle banche dati afferenti a ricoveri ospedalieri, assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale
- sviluppo di metodologie per l'analisi della variabilità della domanda soddisfatta *pro capite* standardizzata per MMG (a tal fine, il Servizio competente si propone di predisporre e testare un modello entro il mese di settembre)

Pagina 16



- coordinamento delle attività delle ASL con avvio di incontri di collaborazione con i MMG a partire dal mese di luglio 2010, al fine di:
 - condividere i report periodici (trimestrali) dei consumi sanitari per MMG
 - individuare i prescrittori “alto spendenti” per ciascuna delle tre tipologie di assistenza
 - condividere con questi le motivazioni che hanno originato tali livelli di spesa
 - condividere con i singoli MMG “alto spendenti” obiettivi che consentano una riduzione della spesa generata
- coordinamento delle attività delle ASL con avvio di incontri per condivisione e discussione di report trimestrali con i Direttori Generali a partire dal mese di luglio 2010

Indicatori di risultato

- percentuale di prestazioni sanitarie riconducibili all’assistito e al MMG prescrittore (min 90% a dicembre 2010)
- testing della metodologia per l’analisi della variabilità della domanda soddisfatta *pro capite* standardizzata per MMG entro il 30 settembre 2010
- avvenuta formalizzazione con le ASL di azioni concrete per la riduzione dell’inappropriatezza e della spesa sanitaria per singola azienda a partire da luglio 2010
- numero di incontri con MMG “alto spendenti” sul totale MMG “alto spendenti” individuati pari almeno all’80% nelle singole ASL
- avvenuta pubblicazione trimestrale di *report* con focus *ad hoc* per la categoria dei MMG “alto spendenti” con principali riflessioni ed accordi condivisi con i MMG e con i Direttori Generali delle ASL su azioni concrete per la riduzione dell’inappropriatezza e della spesa sanitaria a partire dal 2010

Azione 2: Gestione delle principali anagrafiche

Tale azione vuole garantire l’effettiva possibilità di integrazione dei dati raccolti a livello regionale. Nello specifico si prevedono le seguenti attività:

- monitoraggio, incentivazione e controllo da parte del Servizio competente delle attività svolte dal SSSIR, a cui oggi è demandata la gestione tecnica delle anagrafiche regionali
- collaborazione con il SSSIR per la verifica dello stato e l’implementazione delle relative azioni di recupero informativo delle principali anagrafiche regionali necessarie all’integrazione dei flussi relativi all’assistenza ospedaliera (SDO), assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale, ovvero:
 - Anagrafe Regionale Assistibili
 - Anagrafe Regionale Prestazioni
 - Anagrafe Regionale Prescrittori
 - Anagrafe Regionale Prescrizioni
 - Anagrafe Regionale Strutture
- identificazione dei domini organizzativi che si occuperanno della gestione del processo di popolamento e aggiornamento delle anagrafiche regionali
- coordinamento e predisposizione di un tavolo di lavoro congiunto con i principali attori interessati (in particolare, con il Ministero della Salute, con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, con SOGEI e con SSSIR) relativamente al popolamento e all’aggiornamento delle anagrafiche chiave

Risultato programmato

- versioni iniziali dell’anagrafe assistibili, dell’anagrafe strutture e dell’anagrafe MMG, uniche a livello regionale
- identificazione dei principali soggetti coinvolti nella gestione delle anagrafiche e relative responsabilità e mansioni entro 30 giorni dall’approvazione del Programma Operativo
- definizione del processo di aggiornamento delle anagrafiche con indicazione dei soggetti coinvolti, delle modalità e delle tempistiche entro il 30 settembre 2010
- predisposizione di un piano di lavoro con SOGEI relativamente all’allineamento delle anagrafiche chiave entro il 31 ottobre 2010



Indicatori di risultato

- riconoscimento di almeno il 90% degli assistiti che hanno avuto contatti con le strutture pubbliche e private regionali entro il 31 dicembre 2010
- avvenuta adozione a livello regionale e sottoscrizione a livello di singola ASL del processo di gestione, alimentazione, aggiornamento delle anagrafiche chiave adeguatamente condiviso con SOGEI (con indicazione dei soggetti responsabili, ruoli, tempistiche, input necessari e output da produrre) entro il 31 ottobre 2010
- certificazione del miglioramento della qualità delle anagrafiche regionali da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze (in collaborazione con il SSSIR) entro il 31 dicembre 2010

Azione 3: Creazione di un dominio organizzativo responsabile per i "Flussi Istituzionali"

La creazione di un dominio organizzativo responsabile per i "Flussi Istituzionali" permetterà alla Regione di potenziare il governo dei sistemi informativi delle ASL e l'integrazione dell'evoluzione degli stessi. Tale dominio non genera costi aggiuntivi che possano ripercuotersi sul costo del personale della Regione e delle ASL.

Si prevedono le seguenti attività:

- identificazione di un dominio organizzativo regionale e di ASL preposto alla gestione dei flussi istituzionali definendone:
 - responsabilità e mansioni
 - numero di unità di personale e relativo profilo di competenze individuali necessarie
- realizzazione di piani di formazione del personale per l'acquisizione di competenze *ad hoc* ove non disponibili.

Il dominio organizzativo responsabile per i "Flussi Istituzionali" avrà il compito di:

- interagire con i referenti dei flussi informativi sanitari sia a livello regionale (SSSIR, ASL) sia a livello nazionale (Ministero della Salute, Agenzie delle Entrate/SOGEI)
- fornire attività di supporto alle aziende sanitarie relativamente ai flussi NSIS
- censire e controllare, in collaborazione con il SSSIR, i flussi informativi sanitari esistenti (tipologia, destinatari, scadenze, ecc.)
- definire nuovi flussi informativi coerentemente con quanto previsto dal livello nazionale
- generare una reportistica standard condivisa con le ASL riguardante la qualità, completezza e tempestività dei dati
- coordinare e promuovere progetti di integrazione delle banche dati esistenti a livello di singola ASL

Risultati programmati

- mappatura dei flussi informativi esistenti, scadenze e relativi referenti di ASL coinvolti
- reportistica standard periodica che evidenzia lo stato dei flussi regionali e di ASL
- avvio di attività di coordinamento e integrazione fra i diversi soggetti coinvolti a livello sia locale sia nazionale

Indicatori di risultato

- avvenuto avvio di tavoli di lavoro fra i diversi soggetti coinvolti ed il dominio organizzativo identificato per la gestione dei "Flussi Istituzionali" entro 20 giorni dall'approvazione del Programma Operativo 2010
- numero *report* periodici realizzati rispetto a quelli previsti tra agosto e dicembre 2010
- certificazione del miglioramento di qualità e tempistiche di invio dei flussi istituzionali da parte del Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze entro il 31 dicembre 2010



Intervento 3: Creazione di un sistema di monitoraggio gestionale del SSR

Azione 1: Avvio progetto di creazione di un modello di monitoraggio gestionale del SSR

Con la presente azione, in linea con quanto previsto per le Regioni in Piano di Rientro all'art. 79, L. 133/2008, la Regione intende attivare un piano d'azione per l'implementazione di un modello di monitoraggio strutturato e continuativo per la raccolta, elaborazione ed interpretazione delle informazioni relative a fattori produttivi impiegati e prestazioni/servizi erogati di tutte le componenti del SSR.

Tale modello dovrà sia supportare le attività di pianificazione e di allocazione delle risorse, sia fornire alle ASL le informazioni necessarie per avviare concrete azioni di ottimizzazione delle modalità di impiego dei propri fattori produttivi.

A tal fine è necessario che la Regione sviluppi un progetto che identifichi le esigenze in termini di raccolta e monitoraggio dati tali da rendere gli obiettivi di cui sopra realizzabili integrando i sistemi esistenti.

Risultato programmato

- identificazione dei requisiti di massima del progetto per la raccolta, elaborazione ed interpretazione dei dati e delle informazioni relative a fattori produttivi impiegati e prestazioni/servizi erogati di tutte le componenti del SSR

Indicatori di risultato

- sottoscrizione dell'Accordo di Programma per l'accesso ai fondi ex art. 79, L. 133/2008, al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze entro il 31 ottobre 2010

Intervento 4: Gestione delle risorse umane a livello regionale

Azione 1: Contenimento del costo del personale

In coerenza con quanto disposto dall'articolo 2, commi 71 e 72, della legge n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), per il 2010 la Regione Abruzzo si pone l'obiettivo di contenere il costo del personale, pur senza pregiudicare la qualità del sistema grazie alla possibilità di "ricollocazione" del personale disponibile in seguito alle riconversioni di cui all'intervento 6 azione 1 del Programma Operativo, definendo altresì una procedura per l'eventuale assunzione di personale, coerentemente con i tetti di spesa.

Risultato programmato

- adozione nell'ambito del presente "Programma Operativo 2010" della presente azione (si veda Allegato 3), coerente con le disposizioni normative previste dalla Finanziaria 2010⁷, contenente indicazioni in ordine a:
 - contenimento del costo del personale per l'anno 2010 e definizione del relativo tetto di spesa
 - definizione della procedura di assunzione con la quale si prevede che le ASL richiederanno il rilascio di un apposito nulla osta formale alla struttura commissariale della Regione, in coerenza con i limiti di spesa fissati nella delibera commissariale ed in conformità con la normativa vigente.

Indicatore di risultato

- avvenuta emanazione della delibera commissariale relativa al Programma Operativo 2010.

⁷ Legge 191/2009, art. 2, comma 71 e 72



Azione 2: Avvio processo di rideterminazione delle dotazioni organiche del personale per ASL

A seguito dell'attuazione degli interventi previsti dall'Asse 2, in particolare dall'Intervento 6, è ragionevole procedere alla ridefinizione del fabbisogno di personale per struttura e per Servizio/Ufficio in modo da ottenere un'allocazione del personale coerente con la nuova organizzazione del SSR. A tal fine, il livello regionale dovrà coordinarsi con le ASL per:

- attuare una ricognizione del numero e della tipologia di personale attualmente in servizio nelle ASL presso i singoli servizi/uffici
- definire criteri per la stima del fabbisogno di personale
- rideterminazione della dotazione organica della ASL, dopo la riformulazione dei nuovi atti aziendali successiva alla razionalizzazione della rete di offerta.

Risultato programmato

- predisposizione di un database a livello regionale del personale attualmente in servizio presso le ASL con specifica indicazione di:
 - servizio/ufficio di assegnazione
 - profilo professionale posseduto
 - anzianità di servizio del personale dipendente e livello di impiego del personale assunto con rapporto di lavoro flessibile e/o in convenzione
- emanazione della delibera di definizione dei criteri per la rideterminazione delle dotazioni organiche, sulla base delle disposizioni della Finanziaria 2010
- rideterminazione delle dotazioni organiche delle ASL, all'esito della riformulazione degli atti aziendali che seguirà la razionalizzazione della rete di offerta
- si mantiene in essere la verifica trimestrale dei costi del personale mediante la tabella 2, secondo le modalità previste nel cap. 2.1.4 del Piano di Rientro dal disavanzo per gli anni 2007-2009
- riconciliazione tra Tabella 2 del Piano di Rientro e Conto Annuale per ASL entro ottobre 2010 e analisi di dettaglio sui dati relativi al personale non incluso nel tempo indeterminato.

Indicatori di risultato

- avvenuta predisposizione del database del personale in servizio entro il 30 settembre 2010
- avvenuta compilazione del database del personale in servizio da parte delle ASL e invio alla Regione entro il 31 ottobre 2010
- avvenuta emanazione della delibera sulle linee guida per la definizione delle dotazioni organiche entro il 30 novembre 2010
- avvenuta riconciliazione tra Tabella 2 del Piano di Rientro e Conto Annuale per ASL entro ottobre 2010 e avvenuta produzione delle analisi di dettaglio sui dati relativi al personale non incluso nel tempo indeterminato.

Azione 3: Regolamento per la mobilità del personale eventualmente in esubero a livello regionale

A valle della definizione del fabbisogno di personale e della riprogettazione delle unità operative, sanitarie e non sanitarie, (come previsto da Intervento 4 – Azione 1, intervento 6 – Azione 3), la Regione redige un Regolamento per la definizione delle modalità e delle procedure per la gestione del personale eventualmente in esubero, facilitando l'incontro tra domanda e offerta di personale per competenze e profilo professionale.

In particolare, il Regolamento per la mobilità del personale in esubero definisce:

- i soggetti a cui il Regolamento si applica
- la procedura per la mobilità del personale eventualmente in esubero



Risultati programmati

- emanazione della delibera contenente il Regolamento per la mobilità del personale in esubero a livello regionale

Indicatori di risultato

- avvenuta emanazione della delibera contenente il Regolamento per la mobilità del personale in esubero a livello regionale entro il 31 ottobre 2010

Azione 4: Rideterminazione dei fondi integrativi aziendali per ASL

In coerenza con la ridefinizione del fabbisogno di personale e delle dotazioni organiche delle ASL occorre prevedere la definizione di linee di indirizzo per la rideterminazione dei fondi integrativi aziendali nel rispetto delle indicazioni previste dai CCNL, e della Finanziaria 2010 precedentemente citata; tale rideterminazione potrà essere attuata in concreto solo successivamente ai provvedimenti di adozione delle nuove dotazioni organiche.

Il livello regionale dovrà intervenire:

- fornendo delle linee di indirizzo, mediante la costituzione di un gruppo di lavoro del quale faranno parte anche le figure competenti in tema di fondi in ambito aziendale
- informando le organizzazioni sindacali firmatarie dei contratti del comparto sanitario (area dirigenza medico-veterinario; area dirigenza SPTA; area comparto)

Risultato programmato

- redazione delle linee di indirizzo per la rideterminazione dei fondi integrativi aziendali da parte delle ASL
- accordo con le rappresentanze sindacali sulle azioni per la rideterminazione dei fondi integrativi aziendali

Indicatori di risultato

- avvenuta emanazione della delibera di definizione delle linee di indirizzo per la rideterminazione dei fondi integrativi aziendali, previa intesa con le rappresentanze sindacali, entro il 30 aprile 2011
- informativa alle rappresentanze sindacali di cui sopra

Intervento 5: Istituzione di un sistema di monitoraggio dell'appropriatezza del SSR**Azione 1: Istituzione dei Nuclei Operativi di Controllo**

In coerenza con quanto previsto dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, la Regione Abruzzo istituirà i "Nuclei Operativi di Controllo" (NOC), la cui costituzione non genera costi aggiuntivi che possano ripercuotersi sul costo del personale della Regione o delle ASL, quale struttura organizzativa regionale responsabile del controllo del funzionamento del sistema e del rispetto delle regole necessarie per il perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale. A tal fine, la Regione Abruzzo:

- nominerà le unità di personale con profili di competenze coerenti con l'attività da svolgere, sulla base delle designazioni effettuate dai Direttori Generali delle ASL
- individuerà le procedure e le linee di indirizzo regionali per la redazione dei nuovi protocolli ispettivi nonché per l'adozione da parte delle ASL dei "Piani Operativi dei Controlli"
- predisporrà un flusso informativo sui controlli programmati ed effettuati, al fine di supportare e monitorare la programmazione dei controlli a livello regionale e aziendale, creando serie storiche sui controlli effettuati e sui comportamenti degli erogatori individuati.

Il sistema dei controlli, parte sostanziale del sistema di verifica della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, mira all'individuazione di fenomeni indicativi di comportamenti potenzialmente inappropriati e/o opportunistici, sulla base



delle informazioni desunte dai flussi informativi, previsti normativamente e contrattualmente, ed attraverso un set di parametri ed indicatori utili al monitoraggio analitico.

L'attività di controllo analitico annuo deve essere effettuata su un campione casuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera (SDO), tenuto conto dei suddetti indicatori e parametri.

Il D.M. 10.12.2009 pubblicato in G.U. il 27.05.2010 definisce i parametri da utilizzare per individuare le prestazioni da sottoporre a controllo, quali l'elevato valore tariffario per singoli ricoveri o per gruppi di ricovero, l'elevato scostamento del volume di ricoveri erogati nelle aree territoriali afferenti alle ASL regionali, la sbilanciata proporzione, per specifici ricoveri, tra i volumi erogati da diverse strutture del territorio delle ASL.

Oltre ai parametri del citato D.M., la Regione Abruzzo utilizza altresì indicatori, di seguito riportati, quali strumenti capaci di evidenziare fenomeni di opportunismo nella codifica delle SDO e di inappropriata erogazione legati al finanziamento prospettico dei ricoveri.

I parametri ed indicatori da utilizzare sono quindi di seguito riepilogati:

- Verifica della coerenza delle prestazioni fornite con quelle accreditate;
- Verifica della corretta applicazione delle tariffe;
- Verifica del prodotto economico delle prestazioni rese rispetto a quello dichiarato e fatturato dalla struttura;
- Verifica dell'appropriatezza del setting assistenziale del ricovero rispetto ad eventuali modalità alternative di assistenza;
- Verifica della congruità tra quanto codificato nella SDO e quanto riportato nella documentazione clinica presente in cartella ai fini della corretta attribuzione del DRG;
- verifica della congruità tra peso economico del DRG e risorse impegnate durante il ricovero.
- Verifica dei tassi di occupazione;
- Verifica della presenza e completezza della documentazione clinica in cartella, in particolare: richiesta di ricovero formulata su modulistica del SSN, completa di data, firma, timbro del prescrittore e motivo del ricovero, e conforme al DM 350/1988, SDO sottoscritta, eventuale verbale di intervento chirurgico, eventuale cartella anestesilogica compilata, referti degli esami indicati come eseguiti in cartella, consenso informato datato e firmato;
- Verifica dei ricoveri brevi: casi di degenze brevi di 0-1 giorno o di 2-3 giorni che possano dissimulare prestazioni di day hospital o ambulatoriali, oppure ricoveri risolvibili in un solo giorno;
- Verifica dei ricoveri anomali: casi di durata della degenza oltre il valore soglia (cosiddetti outliers);
- Verifica dei ricoveri attribuiti a DRG complicati: la produzione di DRG complicati può essere indice di una elevata complessità della casistica trattata e di una buona qualità della codifica della scheda di dimissione, ma può riflettere anche fenomeni di "sovracodifica" delle diagnosi secondarie.
- Verifica dei ricoveri ripetuti: casi di ricovero dello stesso paziente più volte nell'arco dell'anno ed entro 30 giorni dalla precedente dimissione;
- Verifica dei ricoveri eccedenti: ricoveri oltre l'occupazione massima consentita dal numero dei posti letto accreditati;
- Verifica dei ricoveri incoerenti: ricoveri che presentano una discordanza tra diagnosi principale ed intervento chirurgico (solo per DRG chirurgici);
- Verifica dei trasferimenti inappropriati: trasferimenti in merito al passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza e viceversa disciplinati dalla DGR 655/2007; Verifica dei ricoveri relativi ai parti cesarei;
- Verifica dei ricoveri di tipo urgente: si considerano ricoveri ordinari di tipo urgente quei ricoveri dove il carattere d'urgenza sia evidenziabile, ed i pazienti siano transitati dal Pronto Soccorso;
- Verifica dei ricoveri attribuiti ai DRG ad elevato rischio di inappropriata, così come individuati dalla Legge Regionale n. 20/2006, dal DPCM 29 novembre 2001, e successive modificazioni e dalla citata deliberazione del Commissario ad Acta n. 13 del 10.02.2010.

Risultati programmati

- istituzione dei Nuclei Operativi di Controllo entro 20 giorni dall'approvazione del presente Programma Operativo



- definizione dei nuovi protocolli ispettivi entro il 30 novembre 2010
- avvio delle prime attività di controllo sulla base di indirizzi regionali entro il 31 luglio 2010
- predisposizione del flusso informativo dei controlli e produzione prima reportistica dell'attività 2010

Indicatori di risultato

- adozione deliberazione per l'istituzione dei Nuclei Operativi di Controllo
- avvenuta adozione dei nuovi protocolli ispettivi e dei Piani Operativi di Controllo da parte delle ASL per l'anno 2011 entro il 31 dicembre 2010
- avvenuta predisposizione del flusso informativo dei controlli e produzione prima reportistica dell'attività 2010 entro il 31 ottobre 2010.
- percentuale dei controlli eseguiti nel 2010 rispetto al valore programmato a livello regionale



Asse 2: INTERVENTI DI PRODOTTO

Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera

Azione 1: Piano della rete ospedaliera

In ottica di razionalizzazione e di riqualificazione del SSR, occorre individuare le strutture ospedaliere che non risultano coerenti, sotto un profilo sia quantitativo sia qualitativo, con il fabbisogno di prestazioni della popolazione e prevedere una riconversione dell'impiego delle risorse (personale, apparecchiature, ecc.) verso forme di assistenza alternative a quella ospedaliera. Tale azione richiede la definizione di criteri che consentano di:

- stabilire il fabbisogno di prestazioni della popolazione dei vari bacini di utenza per l'assistenza ospedaliera ed individuare lo scostamento rispetto all'offerta esistente
- mappare le strutture ospedaliere esistenti rispetto a:
 - servizi offerti (livello di organizzazione del Pronto Soccorso, discipline attivate, dotazione di grandi apparecchiature, somministrazione di terapie, ecc.)
 - parametri di efficienza organizzativa (numero totale dei posti letto attivati, dimensioni dei reparti, ecc.)
 - appropriatezza delle prestazioni erogate
 - posizionamento rispetto al bacino di utenza.
- riconvertire i presidi non coerenti con il fabbisogno individuato, cercando di:
 - colmare il *gap* assistenziale legato ad altre forme di assistenza (ad es: assistenza territoriale, RSA, ecc.); in particolare, come alternativa all'assistenza degli attuali presidi, il Presidio Territoriale h24 si configura come soluzione assistenziale per fornire risposte di minore criticità e bassa complessità e fronteggiare e stabilizzare temporaneamente le urgenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso di riferimento
 - contenere i costi di investimento (ad es: preservando attività che siano il più possibili coerenti con quelle storicamente condotte nel presidio).

Le scelte di riconversione dovranno inoltre basarsi su un'analisi della variazione dei costi di gestione a fronte delle alternative individuate.

Una volta decise le strutture da riconvertire, occorrerà disegnare un "cronoprogramma delle riconversioni" che consideri:

- il grado di idoneità strutturale degli attuali presidi per le future attività (vd: "Azione 6")
- i meccanismi organizzativi da adottare per avviare i nuovi servizi (vd: "Azione 4" e "Azione 5")
- le iniziative di comunicazione verso i cittadini da attivare (ad es: attraverso il coinvolgimento dei MMG) per informare la popolazione delle modifiche assistenziali introdotte.

Risultati programmati

- metodologia per la definizione del fabbisogno di prestazioni per bacino di utenza
- invio del "cronoprogramma delle riconversioni" al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze

Indicatori di risultato

- invio ai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute della metodologia di definizione del fabbisogno entro il 31 luglio 2010
- avvenuto invio del "cronoprogramma delle riconversioni" ai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute entro il 31 luglio 2010



Azione 2: Piano di trasferimento delle unità operative caratterizzate da produzione appropriata

A valle dell'“Azione 1”, occorre capire se presso i presidi in via di riconversione sussistono delle unità operative che, in quanto dotate di adeguate competenze clinico-assistenziali, erogano prestazioni coerenti sul fronte quantitativo e qualitativo con il fabbisogno regionale (prestazioni appropriate). Occorre verificare che vi sia coerenza tra le risorse disponibili presso le strutture limitrofe e l'afflusso di nuova casistica dai presidi riconvertiti e che la rete ospedaliera sostenga, a livello locale, gli interventi in atto:

- è ragionevole attendersi che, a parità di disciplina, parte della casistica dei presidi in via di riconversione debba essere trasferita ad altro presidio, sulla base dell'analisi dei bacini di utenza e dei plausibili flussi di pazienti
- occorre però verificare che le competenze disponibili presso la struttura in via di riconversione siano da mantenere perché qualitativamente riconosciute e che contribuiscono all'erogazione di prestazioni strategiche (per cui, per esempio, si registra un'elevata mobilità passiva e, pertanto, si rende necessario potenziarle).

Risultati programmati

- adozione di un “Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate”, onde liberare risorse anche presso i presidi non soggetti a riconversione
- istituzione di tavoli *ad hoc* con referenti regionali e delle ASL per la stesura di piani di fattibilità che valutino:
 - il flusso di pazienti tra presidi per tipologia di prestazione e/o disciplina
 - il livello di saturazione delle risorse e l'individuazione dei “colli di bottiglia” per singolo presidio (il sottodimensionamento di servizi quali il blocco operatorio, la terapia intensiva, può generare un prolungamento delle degenze ed il congestionamento dei reparti)
 - le opportunità in termini di mobilità del personale

Indicatori di risultato

- adozione delibera relativa al “Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate” da recepire anche ad aggiornamento degli obiettivi dei Direttori Generali entro il 31 luglio 2010
- incidenza della casistica definita come “inappropriata” (come da piano regionale) sul totale della casistica entro valori soglia definiti a consuntivo 2010 sulla produzione dei presidi pubblici
- avvenuta sottoscrizione tra Direttori Generali e Regione dei piani di fattibilità, che indichino in via eccezionale le unità operative che operano all'interno delle strutture da riconvertire “strategicamente rilevanti”, da allegare al cronoprogramma di cui all'“Azione 1” per l'invio ai Ministeri (entro il 30 settembre 2010)

Azione 3: Razionalizzazione delle unità operative semplici e complesse

Una volta allocato sui vari presidi il volume delle prestazioni appropriato (“Azione 2”), risulta opportuno verificare che la strutturazione delle relative unità operative consenta di erogare prestazioni anche in modo efficiente. La presente azione, infatti, risulta strettamente propedeutica all'implementazione dell'Intervento 4 – Azione 1”.

A tal fine, il livello regionale (nello specifico, il “Servizio Programmazione Sanitaria” ed il “Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane”) deve indirizzare i Direttori Generali attraverso criteri per l'identificazione, come previsti dalla Legge Finanziaria 2010, di:

- livelli minimi di dimensionamento delle unità operative, semplici e complesse, a seconda del livello di intensità delle cure e dell'area di specialità
- modalità organizzative di condivisione delle risorse, ove necessario a causa delle dimensioni delle unità operative o del *layout* degli spazi
- riprogettazione dell'assetto organizzativo delle funzioni *no core* in base alla tipologia di organizzazione sanitaria (ASL, presidi ospedalieri medio grandi, presidi ospedalieri piccoli e territoriali dotati di struttura amministrativa pesante, presidi ospedalieri piccoli e territoriali dotati di struttura amministrativa snella e U.O. semplici e complesse),



individuando le eventuali attività da concentrare/decentrare per tipologia di organizzazione o da duplicare all'interno della medesima ASL.

Risultati programmati

- il livello regionale dovrà emanare una delibera contenente:
 - i criteri per l'individuazione delle unità operative complesse e semplici
 - i tempi e i modi per l'applicazione dei criteri individuali
 - le linee guida per l'adozione degli atti aziendali per attuare le riorganizzazioni aziendali e in particolare la concentrazione del personale delle funzioni *no core*
- i Direttori Generali, sulla scorta delle attività di razionalizzazione e delle relative stime dei fabbisogni di personale, dovranno adottare con atto aziendale il nuovo modello organizzativo aziendale (che costituirà *input* per la ridefinizione delle dotazioni organiche di cui all'"Intervento 4 – Azione 1")

Indicatori di risultato

- avvenuta emanazione della delibera regionale inerente le linee guida per gli atti aziendali contenente la definizione dei criteri per l'individuazione delle unità operative semplici e complesse e l'adozione delle stesse entro il 30 settembre 2010
- numero di unità operative complesse disattivate sul totale delle ASL-Regione
- numero di unità operative semplici disattivate sul totale delle ASL-Regione
- percentuale delle unità operative complesse disattivate sul totale per ASL-Regione

Azione 4: Attuazione di un piano di mobilità del personale

La seguente azione assume carattere di straordinarietà in quanto affronta il problema strategico del ricollocamento massivo del personale che si rende disponibile a fronte della riconversione dei presidi e della conseguente modifica del fabbisogno di personale, in termini numerici e di mix di professionalità richiesto.

Rendere efficace sul fronte economico-finanziario il processo di riqualificazione di cui all'"Azione 1" richiede di integrare/correggere il "cronoprogramma delle riconversioni" con un "Piano di mobilità del personale da ricollocare" che valuti la possibilità di:

- reintegro del personale per superare eventuali sottodimensionamenti/esuberi di personale registrati a valle dell'accorpamento delle unità operative ("Azione 3") nei presidi in via di potenziamento o sul territorio
- minimizzare i costi della mobilità sfruttando il *turn-over* naturale o ricollocando il personale presso sedi di lavoro il più possibile adiacenti a quelle precedenti (entro i 40 km)

Il Piano, infatti, sulla base del *turn-over* e delle tappe del processo di riqualificazione in atto, dovrà simulare il flusso del ricollocamento del personale in esubero rispetto alla riconversione e valutare l'impatto economico-finanziario delle varie alternative.

Risultato programmato

- costituzione di un gruppo di lavoro da parte del Direttore Generale della ASL che si occupa di redigere il "Piano di mobilità del personale da ricollocare":
 - individuando le modalità operative, attivabili a livello aziendale, per la compensazione del fabbisogno e la mobilità del personale, in conformità alle disposizioni legislative e contrattuali vigenti in materia
 - valutando la fattibilità normativa ed economica delle soluzioni proposte
- sottoscrizione del "Piano di mobilità del personale da ricollocare" da parte delle rappresentanze sindacali
- recepimento del "Piano di mobilità del personale da ricollocare" a livello aziendale



Indicatori di risultato

- firma dell'accordo per la gestione del personale da ricollocare tra Direttore Generale e rappresentanze sindacali entro il 30 settembre 2010
- avvenuto invio delibera del "Piano di mobilità del personale da ricollocare" come allegato al "cronoprogramma delle riconversioni" ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze per l'approvazione entro il 30 settembre 2010
- avvenuto recepimento del "Piano di mobilità del personale da ricollocare" a livello di ASL entro il 31 dicembre 2010
- numero di unità di personale in eccesso ricollocate su servizi attualmente sottodimensionati (a dicembre 2010)

Azione 5: Accordi con i Medici di Medicina Generale per la realizzazione dei primi presidi H24

Per rendere operative le riconversioni di cui all'"Azione 1" occorre predisporre i meccanismi organizzativi che consentano di coinvolgere MMG-PLS e MCA nei servizi garantiti nei Presidi Territoriali h24, attraverso i quali la domanda assistenziale, ad oggi soddisfatta in modo inappropriato dall'ospedale, possa trovare adeguata risposta sul territorio.

Di conseguenza, dovranno essere avviati dei tavoli di concertazione tra Regione, ASL e organizzazioni sindacali che regolino la dislocazione presso i Presidi Territoriali h24 di "unità di cure primarie" in termini di:

- caratteristiche dei servizi che i MMG saranno chiamati a gestire per:
 - realizzare sul territorio la continuità dell'assistenza 24h su 24h e l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria di base e di diagnostica di primo livello, onde ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso
 - garantire l'effettiva presa in carico del paziente, in particolare di quello cronico
 - contribuire all'integrazione tra assistenza sanitaria di base e specialistica e sociale nello stesso luogo fisico, con particolare riferimento al servizio ADI
- il sistema di valutazione dei MMG partecipanti all'iniziativa, che dovrà essere orientato a cogliere la capacità della nuova modalità organizzativa di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione inappropriata, di pazienti cronici e non
- il sistema di incentivazione-remunerazione dei MMG (incentivi monetari, dotazione di spazi e strumentazioni, ecc.).

Ai fini del successo dei tavoli, il livello regionale avvierà una serie di attività complementari alla concertazione, quali:

- ricognizione delle iniziative già in essere nelle ASL per evidenziare le forme associative adottate ed individuare i MMG che meglio si prestano ad implementare, come pilota, la nuova modalità assistenziale del Presidio h24
- definizione di protocolli operativi, con il coinvolgimento dei MMG, per il funzionamento ed il coordinamento dei singoli servizi, nonché i criteri per l'accettazione dei pazienti ed il rinvio ad altra struttura
- adozione di un piano di formazione dei MMG per il riallineamento delle competenze e per assicurare il corretto utilizzo degli strumenti a disposizione (ad es: delle tecnologie per la condivisione delle informazioni, cliniche e non, dei pazienti tra i vari MMG e medici specialisti, nonché alle tecnologie per il teleconsulto)
- individuazione un dominio organizzativo regionale responsabile del monitoraggio dell'attuazione degli accordi.

Risultati programmati

- stipula delle convenzioni *ad hoc* con i MMG, necessarie per avviare le prime riconversioni, entro il 31 agosto 2010
- implementazione di un sistema di monitoraggio degli accordi

Indicatori di risultato

- avvenuta stipula delle prime convenzioni con i MMG entro il 31 agosto 2010
- percentuale di accordi stipulati sul totale previsto dal "cronoprogramma delle riconversioni"
- percentuale di MMG che accettano di trasferirsi presso i Presidi H24 sul totale previsto dal "cronoprogramma delle riconversioni"
- avvenuta identificazione del dominio organizzativo regionale responsabile della valutazione dei MMG, attraverso il monitoraggio di fenomeni quali:
 - accessi ai Presidi h24
 - riduzione dell'accesso di codici bianchi (totale e di cui *over-65enni*) al Pronto Soccorso o DEA



- riduzione dell'ospedalizzazione inappropriata (ricoveri 0-1 gg), soprattutto per pazienti *over-65*enni o cronici

Azione 6: Adeguamento dei layout delle strutture da riconvertire/realizzare

La tempistica di riconversione dei presidi (cronoprogramma delle riconversioni) non può prescindere dall'analisi del loro grado di idoneità strutturale ad ospitare le future attività (vd: "Intervento 6 – Azione 1"). Un gruppo di lavoro regionale con competenze in materia di programmazione sanitaria e di edilizia dovrà coinvolgere le ASL per valutare:

- il grado di idoneità dei "presidi da riconvertire" che, se basso, dovrà prevedere un ripensamento da zero del loro *layout* strutturale con impatti sulle scadenze del "cronoprogramma delle riconversioni"
- le tempistiche ed il monte investimenti necessari per modificare gli attuali reparti e servizi offerti (ad es: blocco operatorio) dei "presidi da mantenere", al fine di potenziarne l'assetto tecnologico-strutturale e renderne la struttura più coerente con i nuovi flussi di pazienti ed i nuovi volumi di attività.

A valle di questa attività programmatoria, gli uffici tecnici di Regione ed ASL dovranno predisporre le attività per garantire l'operatività dei lavori (richiesta fondi, istituzioni gare d'appalto, ecc.).

Risultati programmati

- avvio dei tavoli di lavoro tra Regione e ASL per la valutazione dal punto di vista strutturale dei presidi ospedalieri abruzzesi
- individuazione delle alternative strutturali dei presidi di piccole dimensioni (potenzialmente destinati alla riconversione), con stima degli eventuali costi di adeguamento

Indicatori di risultato

- avvenuta istruttoria sulle caratteristiche strutturali dei presidi ospedalieri e le alternative di riprogettazione entro il 30 settembre 2010 per i presidi di piccole dimensioni (potenzialmente destinati alla riconversione)
- avvenuto avvio dei lavori di adeguamento in coerenza con il "cronoprogramma delle riconversioni"

Intervento 7: Razionalizzazione della rete di assistenza territoriale

Azione 1: Piano della rete residenziale e semiresidenziale

Le prestazioni residenziali e semiresidenziali si configurano come un sistema integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di idonei "nuclei" accreditati per la specifica funzione. Nell'ottica di una riqualificazione del SSR, occorre riprogettare la rete di assistenza residenziale e semiresidenziale ridefinendo le diverse tipologie di strutture (anziani non autosufficienti, disabili, persone affette da patologie psichiatriche e cure palliative erogate negli *Hospice*) sulla base della complessità assistenziale definita in modo coerente con i parametri di carico assistenziale e di fragilità dell'assistito e tenendo conto dei principi indicati dalla normativa nazionale vigente.

Tale azione richiede la definizione di criteri che consentano di:

- stabilire il fabbisogno di prestazioni della popolazione dei vari bacini di utenza per l'assistenza residenziale e semiresidenziale
- mappare le strutture residenziali e semiresidenziali esistenti
- riqualificare, ove necessario, l'assistenza erogata
- integrare la rete residenziale e semiresidenziale con tipologie di strutture non presenti sul territorio (ad es: *Hospice*)
- ridefinire il sistema tariffario delle prestazioni residenziali e semiresidenziali
- definire le caratteristiche del flusso informativo coerentemente con quanto previsto da NSIS.



Risultati programmati

- metodologia per la definizione del fabbisogno di prestazioni per bacino di utenza
- formalizzazione analisi delle caratteristiche della rete residenziale e semiresidenziale
- approvazione del nuovo sistema tariffario
- attivazione di un flusso informativo uniforme a livello regionale coerente con quanto previsto dal NSIS

Indicatori di risultato

- approvazione da parte del Ministero della Salute della metodologia di definizione del fabbisogno entro il 31 dicembre 2010
- avvenuto invio ai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute del documento di analisi delle caratteristiche della rete residenziale e semiresidenziale entro il 31 dicembre 2010
- avvenuta adozione con apposito provvedimento regionale del nuovo sistema tariffario entro il 31 dicembre 2010
- avvenuta istituzione con delibera regionale di un flusso informativo uniforme a livello regionale e coerente con quanto previsto dal NSIS entro il 31 luglio 2010

Azione 2: Implementazione e Qualificazione delle Cure Domiciliari

L'obiettivo dell'azione è potenziare l'Assistenza Domiciliare e gli strumenti di supporto alle condizioni di fragilità del paziente mediante l'implementazione e la qualificazione di presa in carico delle cure domiciliari.

Si prevedono le seguenti attività:

- stabilire il fabbisogno delle cure domiciliari
- mappare le caratteristiche dei servizi di assistenza domiciliare presenti sul territorio regionale
- qualificare le cure domiciliari
- implementare piani di azione finalizzati all'aumento del numero di pazienti assistiti in cure domiciliari al fine di diminuire il ricovero ospedaliero per le patologie croniche
- implementare e qualificare le cure palliative all'interno delle cure domiciliari di terzo livello nell'ottica di partecipare in maniera integrata alla rete del dolore evitabile
- attivare il flusso informativo ministeriale delle cure domiciliari coerentemente con quanto previsto da NSIS.

Risultati programmati

- predisposizione di una metodologia per la definizione del fabbisogno delle cure domiciliari
- formalizzazione analisi delle caratteristiche della rete dei servizi domiciliari
- attivazione di un flusso informativo uniforme a livello regionale coerente con quanto previsto dal NSIS
- concertazioni delle attività formative per gli operatori coinvolti nel Sistema delle Cure Domiciliari finalizzate all'implementazione del sistema ed all'applicazione dei protocolli integrativi per la gestione delle problematiche relative all'assistenza

Indicatori di risultato

- avvenuta approvazione da parte del Ministero della Salute della metodologia di definizione del fabbisogno entro il 31 dicembre 2010
- avvenuto invio ai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute del documento di analisi delle caratteristiche della rete residenziale e semiresidenziale entro il 31 dicembre 2010
- avvenuta istituzione con delibera regionale di un flusso informativo uniforme a livello regionale e coerente con quanto previsto dal NSIS entro il 31 luglio 2010
- avvenuta adozione piano formativo del personale entro il 31 dicembre 2010



Intervento 8: Rete emergenza e urgenza

Azione 1: Revisione del ruolo delle strutture all'interno della rete

Tale azione si propone di adottare criteri uniformi per la progettazione strutturale dei nodi e dei rami della rete di emergenza-urgenza, nonché dei meccanismi di interazione e divisione dei compiti, al fine di garantire una risposta assistenziale in sicurezza ed omogenea sul territorio regionale.

La revisione dell'assetto attuale della rete di emergenza-urgenza dovrà progressivamente essere attuata attraverso:

- definizione di requisiti minimi di "sicurezza" necessari per l'attivazione dei diversi livelli della rete di emergenza-urgenza (punto di primo intervento, pronto soccorso, DEA I-II livello) quali:
 - discipline di base necessarie
 - strumentazione richiesta
 - disponibilità minima di risorse di personale (ad es: anestesisti)
 - disponibilità di beni mobili (ambulanze di tipo A e B, unità di rianimazione) e di eventuali altri beni, con indicazione di caratteristiche quali la vetustà
- individuazione, attraverso anche *benchmark* con altre Regioni, di bacini di utenza ottimali per tipologia di servizio (almeno un punto di primo intervento entro x minuti, un centro di una data disciplina ogni z abitanti), di servizi specialistici (ad es: grandi ustionati, centro veleni, eliambulanza, ma anche laboratorio analisi) e strutturazione di reti di patologia (centro specialistico di cardiocirurgia, di neurochirurgia, ecc.)
- mappatura delle strutture esistenti rispetto ai criteri di cui sopra e del loro posizionamento rispetto al bacino di utenza attraverso un sistema di georeferenziazione per valutare come ridisegnare ruoli e funzioni all'interno della rete
- stesura di un cronoprogramma per la riconversione/potenziamento delle strutture individuate che tenga conto delle riconversioni di cui all' "Intervento 6" (soprattutto per quanto riguarda la realizzazione di Presidi Territoriali h24) e contestuale sviluppo di piani di mobilità del personale per la concentrazione delle competenze specialistiche (vd: "Intervento 4 - Azione 1")
- aggiornamento dei protocolli operativi attuali sulla base delle ipotesi del cronoprogramma per:
 - la classificazione del paziente e lo smistamento della casistica tra i rami ed i nodi della rete
 - l'adozione di meccanismi per il teleconsulto e la tele-refertazione.

Risultato programmato

- emanazione di criteri di progettazione della rete dell'emergenza ed urgenza
- invio del cronoprogramma di ristrutturazione della rete dell'emergenza-urgenza ai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute
- riconversione delle strutture che non rispettano i requisiti minimi entro il 2010

Indicatori di risultato

- avvenuta approvazione del cronoprogramma da parte del Ministero della Salute entro il 31 ottobre 2010
- percentuale degli interventi di conversione previsti conclusi entro il 2010

Azione 2: Ricognizione ed aggiornamento dei meccanismi di coordinamento con gli enti convenzionati per il trasporto di emergenza-urgenza

In modo complementare alla precedente, la presente azione mira alla revisione dei meccanismi di coordinamento attualmente in essere tra i punti della rete (soggetti erogatori) e chi gestisce l'accesso dei pazienti ai punti della rete (enti di trasporto), in termini di coerenza tra risorse e competenze, per permettere che già dalla fase di trasporto in urgenza il paziente venga orientato verso la risposta assistenziale più appropriata.

Si prevedono le seguenti attività:



- definizione di criteri per la ricognizione delle convenzioni attualmente in essere tra le ASL e gli enti per il trasporto di emergenza (Croce Rossa, Croce Gialla, ecc.) con particolare attenzione ai protocolli organizzativi adottati e alla disponibilità di risorse umane e di beni mobili (con indicazione di caratteristiche quali la vetustà)
- mappatura delle risorse e competenze disponibili nei servizi attivati per valutarne la coerenza, nonché studiare la possibilità di potenziare alcuni servizi attraverso le risorse e le competenze già disponibili (ad es: potenziamento dei servizi per la stabilizzazione del paziente a domicilio)
- elaborazione di protocolli organizzativi condivisi tra Regione, ASL e enti di trasporto convenzionati circa:
 - il coinvolgimento dei vari attori della “filiera” dell’emergenza/urgenza (quando coinvolgere MCA/auto medica/ trasporto verso struttura di ricovero, ecc.)
 - il corretto smistamento del paziente a seconda del ruolo delle strutture sanitarie all’ interno della rete
 - l’eventuale adozione di sistemi di teleconsulto e, nel tempo, di tele-refertazione
- sperimentazione dell’unione organizzativo/funzionale dei medici del 118 e di Pronto Soccorso, fornendo la possibilità ai medici del 118 di gestire i codici bianchi all’interno dei punti di Pronto Soccorso
- nuova organizzazione del personale in carico alle postazioni del 118 periferiche con bassa frequenza di intervento, che preveda ulteriori compiti territoriali a supporto, ad esempio, dell’attività dei Presidi Territoriali H24 (vedi “Intervento 6 – Azione 5”)
- eventuale aggiornamento delle convenzioni in essere.

Risultato programmato

- adozione di protocolli organizzativi condivisi a livello regionale
- aumento di interventi per la stabilizzazione dei pazienti al di fuori di strutture di ricovero
- riduzione del numero dei casi che accedono alle strutture ospedaliere attraverso 118 per essere immediatamente trasportate ad altra struttura più specializzata
- aumento della saturazione delle risorse disponibili

Indicatori di risultato

- avvenuta sottoscrizione formale dei protocolli operativi tra enti di trasporto convenzionati, Regione e ASL entro il 30 novembre 2010

Azione 3: Istituzione di un dominio organizzativo a livello regionale per il coordinamento degli interventi di emergenza-urgenza

Il seguente intervento si propone di individuare un dominio organizzativo regionale responsabile di attuare nel tempo le attività di cui all’ “Azione 2”, in ottica di monitoraggio e continuo adeguamento. Tale dominio non genera costi aggiuntivi che possano ripercuotersi sul costo del personale della Regione

A tal fine occorrerà definire:

- responsabilità e mansioni
- numero di unità di personale necessario (funzione del numero di servizi di urgenza da coordinare) e del profilo di competenze presenti.

Compiti del dominio organizzativo saranno:

- studiare le scelte organizzative adottate in altre Regioni o a livello internazionale e valutarne la riapplicabilità
- confrontare le scelte organizzative adottate nelle singole ASL per individuare delle *best-practice* da perseguire in ottica anche di omogenea risposta assistenziale a livello regionale.
- proporsi come soggetto facilitatore nei processi di revisione dei meccanismi di coordinamento all’interno della rete, in quanto collettore delle criticità segnalate
- essere responsabile della formalizzazione e del monitoraggio delle azioni correttive proposte da eventuali tavoli di lavoro istituiti *ad hoc* per rispondere alle criticità emerse
- proporre monitorare i piani di formazione del personale afferente



- gestire la comunicazione a livello regionale (ad es: circa modifiche organizzative e strutturali a livello locale).

Risultato programmato

- individuazione del dominio organizzativo
- sviluppo di un sistema di monitoraggio del sistema regionale dell'emergenza-urgenza

Indicatori di risultato

- avvenuta individuazione formale del dominio organizzativo entro il 30 settembre 2010
- creazione di un sistema di raccolta dati condiviso a livello regionale sul servizio di emergenza-urgenza entro il 31 dicembre 2010
- implementazione di un processo di controllo delle azioni basato su indicatori alimentato da ASL ed enti convenzionati entro il 31 dicembre 2010 coerentemente con i modelli di rilevazione NSIS

Intervento 9: Razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati

Azione 1: Identificazione dei laboratori *hub* e *spoke* pubblici

Obiettivo della presente azione è creare una rete di laboratori su scala provinciale mirata a centralizzare la normale attività di *routine*, garantendo presso i presidi ospedalieri periferici solo attività di diagnostica di base o di urgenza in modo tale da:

- creare massa critica per lo sfruttamento di economie di scala nella gestione dell'attività di diagnostica di laboratorio
- minimizzare gli investimenti, soprattutto per quanto riguarda le apparecchiature ad alto investimento tecnologico
- condividere protocolli, tecnologie, controlli ed esperienze nei diversi punti della rete

Coerentemente con i processi di razionalizzazione di cui all'Intervento 6", occorrerà attivare un'attività di ricognizione che consenta di classificare i punti della rete in:

- nodi periferici (*spoke*, tipicamente ospedali convertiti in Presidi Territoriali h24 o ambulatori) attrezzati con punti prelievo o *point of care testing* per attività diagnostica di base
- nodi periferici presso cui attivare, stante il posizionamento rispetto ai centri della rete, attività diagnostica di urgenza a supporto dell'attività chirurgica (per pannelli di prestazioni coerenti con la complessità della casistica trattata)
- nodi centrali presso cui concentrare prestazioni assistenziali *routinarie* confluenti dai nodi periferici
- nodi centrali, a valenza regionale (detti "Laboratori di riferimento"), presso cui concentrare, coerentemente con la loro funzione assistenziale a livello regionale, prestazioni ad alto contenuto tecnologico e specialistiche.

I nodi centrali (*hub*) dovranno essere individuati sulla base di criteri quali:

- volumi di prestazioni storicamente erogati dal laboratorio per branca
- posizionamento logistico rispetto ai nodi *spoke*
- tecnologia disponibile
- livello di complessità delle strutture ospedaliere di riferimento.

Inoltre, nel caso in cui si riterrà fattibile, si potrà prevedere una specializzazione dei diversi *hub* provinciali su determinate branche onde evitare la duplicazione di attività all'interno della rete.

Le diverse alternative di configurazione possibili dovranno essere corredate da un'analisi dei costi di gestione del nuovo assetto.

Risultato programmato

- mappatura e riclassificazione dei laboratori di analisi esistenti rispetto ai criteri indicati
- delibera di riorganizzazione della rete pubblica dei laboratori



Indicatori di risultato

- avvenuta emanazione delibera di riorganizzazione della rete pubblica dei laboratori entro il 31 dicembre 2010

Azione 2: Riconversione dei laboratori *spoke* pubblici

L'operatività di quanto previsto all'"Azione 1" dipende strettamente dall'adozione di un "Piano di riconversione dei laboratori *spoke*" che pianifichi tempi e modalità per la messa a regime delle nuove modalità organizzative.

Per quanto concerne la dismissione degli attuali laboratori presso i futuri *spoke*, il "Piano" dovrà indicare:

- le eventuali tecnologie da mantenere/acquisire per garantire il pannello di prestazioni previste presso la singola struttura
- le tecnologie e le risorse umane che si renderanno disponibili dalla riconversione e le possibilità alternative di impiego
- gli eventuali interventi di potenziamento delle strutture *hub*

Per quanto riguarda l'adozione delle nuove modalità organizzative della rete, il "Piano" dovrà progettare:

- i meccanismi di coordinamento tra nodi, con identificazione dei vari responsabili
- i flussi della logistica tra i nodi *hub* ed i nodi *spoke*
- i meccanismi di condivisione delle richieste, dei risultati e dei referti attraverso la creazione di un unico sistema informativo

Nel caso di collegamento tra strutture *hub*, il "Piano" dovrà contenere una sezione *ad hoc* per descrivere i principali meccanismi organizzativi per il raccordo delle attività.

Risultato programmato

- individuazione degli aspetti operativi per implementare la riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici attraverso un "Piano di riconversione dei laboratori *spoke*"

Indicatori di risultato

- avvio delle attività istruttorie e formulazione prime ipotesi entro il 31 dicembre 2010

Azione 3: Riorganizzazione della rete dei laboratori privati

Per quanto concerne la razionalizzazione della rete dei laboratori privati, alla stessa si provvederà contestualmente alla riorganizzazione della Rete dei laboratori pubblici (di cui all'azione 1 e all'azione 2).

Dal ridisegno dell'assetto pubblico verranno evidenziati punti di forza e punti di debolezza in termini di copertura territoriale ed, eventualmente, prestazioni critiche per cui eventualmente la rete di offerta pubblica non risulta adeguata. Da tale contesto di riferimento sarà necessario studiare l'integrazione tra rete di offerta pubblica e privata.

Per quanto riguarda tale riorganizzazione sarà necessario:

- definire per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private (in termini di qualità e tipologia di prestazioni erogabili rispetto al fabbisogno),
- individuare la dimensione minima di prestazioni per ogni laboratorio privato (a seconda della branca) in modo da garantire il livello minimo di qualità e le relative tempistiche di adeguamento dei livelli di produzione per consentire l'eventuale nascita di consorzi di erogatori privati, coerentemente con le linee guida nazionali disponibili.

Risultato programmato

- definizione di un documento di linee guida che individua, per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private,
- individuazione dei criteri di dimensionamento minimo per branca coerenti con le linee guida regionali,
- definizione dei criteri di dimensionamento dei tetti di prestazioni per il biennio 2011-2012.



Indicatori di risultato

- avvio delle attività di ricognizione dei laboratori privati e delle relative prestazioni entro il 30 Settembre 2010,
- condivisione con gli erogatori privati del documento di linee guida su:
 - criteri minimi di qualità dei laboratori
 - fabbisogno di prestazioni per il 2011-2012
- sottoscrizione dei tetti di spesa per gli erogatori privati entro il 31 Dicembre 2010.

Intervento 10: Determinazione dei tetti di spesa per gli erogatori privati**Azione 1: Determinazione dei tetti di spesa per le strutture ospedaliere**

Il corretto impiego delle risorse disponibili per il SSR richiede di indirizzare l'attività delle strutture private ospedaliere verso l'erogazione di un volume di prestazioni che sia coerente con il fabbisogno regionale. Di conseguenza, occorre:

- individuare vincoli di budget che incentivino l'appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (con riferimento, ad esempio, ai DRG LEA del DPCM 29.11.2001 e del "Patto della Salute 2010-2012")
- stipulare entro il 31 maggio 2010 i relativi contratti di erogazione con le strutture private per limitare il periodo di vacanza contrattuale e le conseguenti incertezze per i fornitori privati, avvalendosi delle clausole di revoca dell'accreditamento per le strutture che non rinunceranno ad attivare contenziosi e/o giudizi relativi ai contratti o contro atti o provvedimenti prodromici o consequenziali.

Risultati programmati

- stipula dei contratti con gli erogatori privati

Indicatori di risultato

- percentuale dei contratti (numero e valore) sottoscritti entro il 31 maggio 2010 rispetto al totale
- importi accantonati a fondo rischi per fatturato extra-budget (valore tendente a zero)

Azione 2: Determinazione dei tetti di spesa per le RSA, RA e strutture ex art. 26

Coerentemente con quanto previsto dall'"Azione 1", anche per le altre forme assistenziali occorre predisporre dei contratti di fornitura con gli erogatori privati per far fronte alle esigenze assistenziali della popolazione e, pertanto:

- stimare vincoli di budget che siano coerenti con la capacità produttiva (in termini di posti letto) delle singole strutture, per quanto riguarda l'assistenza residenziale di RA e di RSA e con la capacità produttiva (in termini di fatturato) delle singole strutture per quanto riguarda la riabilitazione extra-ospedaliera ex art.26
- stipulare entro il 31 maggio 2010 i relativi contratti di erogazione con le strutture private per limitare il periodo di vacanza contrattuale e le conseguenti incertezze per i fornitori privati, avvalendosi delle clausole di revoca dell'accreditamento per le strutture che non rinunceranno ad attivare contenziosi e/o giudizi relativi ai contratti o contro atti o provvedimenti prodromici o consequenziali

Risultati programmati

- stipula dei contratti con gli erogatori privati

Indicatori di risultato

- percentuale dei contratti (numero e valore) sottoscritti entro il 31 maggio 2010 rispetto al totale
- importi accantonati a fondo rischi per fatturato extra-budget (valore tendente a zero)



Azione 3: Determinazione dei tetti di spesa per le strutture ambulatoriali

Infine, analogamente alla precedente "Azione 1" e "Azione 2", per far fronte al fabbisogno di prestazioni ambulatoriali, per la contrattazione con le relative strutture private si prevede di:

- stimare vincoli di budget che siano coerenti con la capacità produttiva (in termini di fatturato) delle singole strutture
- stipulare entro il 31 agosto 2010 i relativi contratti di erogazione con le strutture private, avvalendosi delle clausole di revoca dell'accredimento per le strutture che non rinunceranno ad attivare contenziosi e/o giudizi relativi ai contratti o contro atti o provvedimenti prodromici o consequenziali.

Risultati programmati

- stipula dei contratti con gli erogatori privati

Indicatori di risultato

- percentuale dei contratti (numero e valore) sottoscritti entro il 31 agosto 2010 rispetto al totale
- importi accantonati a fondo rischi per fatturato extra-budget (valore tendente a zero)

Azione 4: Accredimento istituzionale definitivo delle strutture (socio) sanitarie private

A fronte della necessità di concludere entro il 31 Dicembre 2010, come previsto dalla Legge Finanziaria 2010, il processo per l'accredimento istituzionale definitivo delle strutture private avviato sulla base delle istanze pervenute al 06 Ottobre 2009, la Regione Abruzzo dovrà predisporre l'impianto programmatico e gli strumenti operativi che consentano di individuare il proprio "parco fornitori" di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Sul fronte programmatico si prevede:

- avvio di tavoli tra Regione – ASL per pianificare la quota del fabbisogno di prestazioni della popolazione da acquistare dagli erogatori privati nel medio-lungo termine, da definirsi in termini:
 - quantitativi (ad esempio: numero di posti letto per AFO come da L.R. 06/2007,..)
 - qualitativi, inteso come tipologie di prestazioni che occorre incrementare per ridurre la mobilità passiva extra-regionale o gravi carenze della struttura di offerta regionale (ad esempio: attivazione di posti letto residenziali, di servizi domiciliari, ..) in linea con gli interventi dell'Asse 2, in particolare "Intervento 6" e "Intervento 7"
- avvio di tavoli di concertazione con le strutture private per condividere la programmazione di cui sopra ed allineare i comportamenti degli erogatori privati alla strategia di offerta regionale
- il potenziamento della struttura organizzativa preposta alla verifica dei requisiti di accreditamento, con formazione del personale dei nuclei ispettivi (Gruppo Esperti Regionali per l'Accreditamento). Nessun onere farà carico sui Fondi del Servizio Sanitario per l'espletamento dei corsi di formazione in questione atteso che agli stessi si farà fronte con gli oneri economici posti a carico dei soggetti privati, che hanno fatto richiesta di accreditamento

Risultati programmati

- invio ai Ministeri del piano strategico di acquisto di prestazioni dalla rete di offerta privata di medio-lungo termine per approvazione entro il 31 dicembre 2010
- avvio del processo di formazione dei nuclei ispettivi (GERA) entro il 30 settembre 2010
- accreditamento definitivo entro il 31 dicembre 2010

Indicatori di risultato

- avvenuta sottoscrizione da parte delle strutture degli obiettivi programmatici regionali di acquisto di prestazioni dalla rete di offerta privata entro il 31 dicembre 2010
- passaggio da accreditamento istituzionale provvisorio (ex art.8-quarter, comma 7 del DLgs 229/99) a definitivo per tutte le strutture private entro il 31 dicembre 2010



Intervento 11: Razionalizzazione della spesa farmaceutica

Azione 1: Incentivazione prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali di contenimento della spesa

L'obiettivo perseguito è di incrementare la prescrizione di farmaci equivalenti⁸, a parità di volumi di prescrizioni, ed evitare il fenomeno, indotto dalla pressione commerciale delle aziende farmaceutiche, della modifica del mix prescrittivo verso diverse specialità medicinali alla scadenza della copertura brevettuale delle molecole.

Si prevedono le seguenti attività:

- definizione da parte del Servizio Assistenza Distrettuale-Assistenza Farmaceutica degli obiettivi da assegnare ai prescrittori in termini di:
 - incidenza minima dei farmaci equivalenti sul totale delle prescrizioni
 - incidenza dei farmaci equivalenti per classi ATC selezionate
- formalizzazione attraverso delibera commissariale degli obiettivi posti alle ASL entro il 30 luglio 2010
- definizione, nell'ambito dell'accordo integrativo regionale con i MMG ed i PLS, del sistema premiante per i prescrittori (MMG/PLS) che rispettino gli obiettivi definiti dalle ASL, sulla base degli obiettivi ad esse posti dalla Regione
- monitoraggio e verifica da parte della Regione del raggiungimento degli obiettivi aziendali
- monitoraggio e verifica da parte delle ASL del raggiungimento degli obiettivi da parte dei singoli prescrittori sulla base dei flussi aziendali disponibili (in particolare "File D"⁹ e art.50 con compilazione di tutti i campi del tracciato, incluso il codice identificativo del prescrittore) e assegnazione incentivi

Risultato programmato

- avvenuta emanazione delibera regionale degli obiettivi posti alle ASL entro il 30 luglio 2010
- contenimento della spesa grazie al risparmio che si ottiene dall'incremento delle prescrizioni:
 - all'interno di classi terapeutiche equivalenti, di Principi Attivi scaduti in luogo di quelli ancora coperti da brevetto
 - a parità di Principio Attivo, delle forme farmaceutiche di cui esistono generici equivalenti.
- avvio di un sistema di incentivazione dei prescrittori in linea con gli obiettivi della programmazione regionale, basato su un processo strutturato di definizione degli obiettivi e verifica dei risultati conseguiti in relazione ai consumi dei propri assistiti, misurati sulla base dei flussi dei dati disponibili

Il risultato programmato non tiene conto degli impatti derivanti dalle misure introdotte dal Decreto Legge n.78/2010.¹⁰

Indicatori di risultato

- della spesa netta farmaceutica territoriale 2010 vs 2009 con allineamento alla spesa *pro capite* media delle Regioni non in disavanzo

⁸ Medicinali non coperti da brevetto, di cui è stato prodotto un generico, avente uguale composizione in Principio Attivo, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie.

⁹ Del testo unico della compensazione interregionale della mobilità sanitaria, esteso alle prescrizioni dei pazienti residenti, come previsto tra gli altri dalla DGR 1086 del 2 ottobre 2006.

¹⁰ D.L. 78/2010, art. 11, commi da 6 a 11, che dispone:

- il taglio del 12% del prezzo dei generici (esclusi cioè gli *originator*);
- la rideterminazione dei margini sui medicinali di fascia A;
- l'individuazione delle linee guida per incrementare l'efficienza delle aziende sanitarie nelle attività di acquisizione, immagazzinamento e distribuzione interna dei medicinali;



- delta spesa farmaceutica territoriale 2010 vs 2009 per classe ATC inserita negli obiettivi regionali di contenimento della spesa
- completezza dei campi del tracciato relativo al File D e art.50
- percentuale di prescrittori premiati sul totale dei prescrittori

Azione 2: Creazione di un magazzino farmaceutico virtuale per i farmaci ospedalieri

L'obiettivo perseguito è di centralizzare la gestione dei magazzini farmaceutici ospedalieri così da minimizzare le scorte dei reparti. Tale soluzione produrrà dei risparmi legati alla riduzione del valore degli scaduti e dei furti; inoltre, è sinergica rispetto alla previsione di incrementare gli acquisti centralizzati dei farmaci (vd progetto "Unione d'acquisto dei Farmaci", DG7/54 2008) e all'introduzione dell'obbligo di prescrizione conforme al PTOR.

Entro il 31 dicembre 2010 si prevedono le seguenti attività:

- mettere in rete i magazzini farmaceutici ospedalieri di tutte le strutture pubbliche regionali attraverso la condivisione delle informazioni relative, per ogni reparto, al fabbisogno di prodotti farmaceutici e alle giacenze
- implementare procedure uniche per la gestione del farmaco in reparto al fine di tracciare correttamente il suo utilizzo (armadietti informatizzati, palmari di scarico, ecc.)
- definire dei magazzini centrali per ASL (valutando la possibilità di sfruttare i magazzini esistenti) con il compito di accentrare le attività di acquisto, stoccaggio e allestimento di tutti i prodotti farmaceutici necessari alle attività dei reparti
- sensibilizzare i responsabili delle farmacie, attraverso specifici obiettivi di budget, ad una più efficiente gestione delle scorte che consenta una effettiva riduzione del valore in giacenza.

Risultato programmato

- riduzione della spesa per consumi farmaceutici ospedalieri per effetto di:
 - ottimizzazione delle giacenze
 - riduzione valore scaduti
 - maggior controllo implicito nella gestione centralizzata attraverso il magazzino virtuale (riduzione furti e consumi inappropriati)
 - riduzione degli acquisti di farmaci ospedalieri fuori dal PTOR
- incremento della capacità di monitoraggio dei consumi e di lettura integrata dei consumi rispetto all'attività erogata, con possibilità di attivare dei controlli incrociati consumo-*case mix* prodotto per singolo reparto

Indicatori di risultato

- delta consumi farmaceutici ospedalieri 2010 vs 2009
- delta rimanenze dei magazzini farmaceutici ospedalieri 2010 vs 2009 (di cui % farmaci scaduti rispetto al totale consumato)
- delta consumi e spesa per farmaci fuori PTOR



VALORIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI

Nel seguente paragrafo vengono illustrate le ipotesi con cui è stato costruito il Conto Economico Tendenziale e con cui sono state stimate le manovre delle azioni previste nel Programma Operativo e quindi il Conto Economico Programmatico.

Considerando da un lato il tempo disponibile entro la fine del 2010 e dall'altro la limitata entità del disavanzo non coperto desumibile dal Conto Economico Tendenziale si è provveduto ad identificare le azioni prioritarie coerenti con gli obiettivi finanziari programmati. Tali azioni sono:

- l'Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera – da cui deriva una manovra per il 2010 pari a 2,6 €/mln al netto degli effetti economici sul costo del personale e considerando che le riconversioni stimate riguardano 6 strutture in PTA entro Dicembre 2010;
- l'Azione 3: Riorganizzazione della rete dei laboratori privati
- Per quanto concerne la razionalizzazione della rete dei laboratori privati, alla stessa si provvederà contestualmente alla riorganizzazione della Rete dei laboratori pubblici (di cui all'azione 1 e all'azione 2).

Dal ridisegno dell'assetto pubblico verranno evidenziati punti di forza e punti di debolezza in termini di copertura territoriale ed, eventualmente, prestazioni critiche per cui eventualmente la rete di offerta pubblica non risulta adeguata. Da tale contesto di riferimento sarà necessario studiare l'integrazione tra rete di offerta pubblica e privata.

Per quanto riguarda tale riorganizzazione sarà necessario:

- definire per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private (in termini di qualità e tipologia di prestazioni erogabili rispetto al fabbisogno),
- individuare la dimensione minima di prestazioni per ogni laboratorio privato (a seconda della branca) in modo da garantire il livello minimo di qualità e le relative tempistiche di adeguamento dei livelli di produzione per consentire l'eventuale nascita di consorzi di erogatori privati, coerentemente con le linee guida nazionali disponibili.

Risultato programmato

- definizione di un documento di linee guida che individua, per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private,
- individuazione dei criteri di dimensionamento minimo per branca coerenti con le linee guida regionali,
- definizione dei criteri di dimensionamento dei tetti di prestazioni per il biennio 2011-2012.

Indicatori di risultato

- avvio delle attività di ricognizione dei laboratori privati e delle relative prestazioni entro il 30 Settembre 2010,
- condivisione con gli erogatori privati del documento di linee guida su:
 - criteri minimi di qualità dei laboratori
 - fabbisogno di prestazioni per il 2011-2012
- sottoscrizione dei tetti di spesa per gli erogatori privati entro il 31 Dicembre 2010.
- Intervento 10: Determinazione dei tetti di spesa per gli erogatori privati – da cui deriva una manovra di 21,4 €/mln su un importo pari a 299 €/mln¹¹ di cui si specifica che la contrattazione con gli erogatori privati ad oggi è già stata avviata e si è conclusa con la sottoscrizione di contratti per un importo pari a 215,2 €/mln (72% del totale considerato); a tale manovra, corrisponde una contrazione delle entrate per mobilità in compensazione extraregionale per circa -0,3 €/mln, neutralizzata dalle rettifiche sul saldo di mobilità ai fini della stima del "risultato per il Tavolo di Monitoraggio";

¹¹ Importo riferito alle seguenti tipologie di erogatori: ospedali, strutture di riabilitazione ex art. 26, RSA, RA e strutture di specialistica ambulatoriale e di psicoriabilitazione. Per le altre tipologie di erogatori, invece, è stato mantenuto il valore a tendenziale.



- l'Intervento 11: Razionalizzazione della spesa farmaceutica e nello specifico l'Azione 1: Incentivazione prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali di contenimento della spesa – da cui deriva una manovra di 4,3 €/mln, subordinata alla capacità della Regione di coinvolgere i MMG/PLS in un'azione di controllo delle prescrizioni. Non sono stati valorizzati eventuali impatti derivanti dalle misure introdotte dal D.L. 78/2010, con particolare riferimento alle misure sui prezzi dei farmaci generici.

Infine, si stima una manovra sul costo del personale per effetto della non completa sostituzione del personale cessante pari a 4 €/mln. Tale risparmio potrebbe risultare potenziale poiché la realizzazione dello stesso dipende strettamente dall'avvio degli interventi di prodotto relativi alla riprogettazione dell'offerta che consentiranno di riallocare il personale già presente nel SSR sui servizi.

Ipotesi di costruzione del tendenziale 2010

Nel seguito si riportano le principali ipotesi adottate per la costruzione del Conto Economico Tendenziale per il 2010.

Per quanto riguarda la stima dei ricavi netti (per cui si attende una crescita pari a +11,6 €/mln nel 2010 rispetto al 2009) le assunzioni per singolo aggregato di conto economico risultano le seguenti:

- Contributi Fondo Sanitario Regionale: per l'anno 2010 è stata riportata l'attuale proposta di riparto;
- Mobilità: relativamente alla mobilità extraregionale da pubblico, per l'anno 2010 è stato considerato il trend 2007-2009 (per la mobilità attiva extraregionale ospedaliera si è considerato invece il valore effettivo 2009);
- Entrate proprie: si è considerato il trend 2001-2009 (al netto dei rimborsi assicurativi di 47 €/mln ricevuti dall'Asl de L'Aquila nell'anno 2009) per l'anno 2010;

Sul fronte dei costi, per cui si stima un aumento dal 2009 al 2010 di 32,3 €/mln, alla crescita del costo dei fattori produttivi impiegati per l'erogazione delle prestazioni, si sottendono le seguenti dinamiche:

- Personale: il costo del personale dipendente è stato determinato a partire dal costo del personale da CE 2009 incrementato dei rinnovi contrattuali della dirigenza (biennio 2008-2009) e ipotizzando il mantenimento dei vincoli attuali al turnover e quindi una rotazione del personale in linea con gli ultimi due anni. Per costruzione, infatti, il Tendenziale pone la non variazione delle disposizioni regionali e nazionali in materia. In particolare, ciò significa che il "Conto Economico Tendenziale" sconta al suo interno il blocco del *turn-over* del 40% previsto dal Piano di Rientro come misura di contenimento del costo del personale. I rinnovi contrattuali sono stati accantonati in relazione alla percentuale prevista per la vacanza contrattuale (pari a 0,35% nel 2010);
- Prodotti farmaceutici e altri Beni e Servizi: il costo per l'acquisto di beni e servizi è stato determinato applicando ai dati 2008 il CAGR 2002-2007. Si è scelto di non considerare i valori 2009 per eliminare gli effetti distortivi indotti dal sisma.

Il costo tendenziale delle prestazioni acquistati dall'esterno e dai privati da parte della Regione risulta, invece, così determinato:

- Medicina di base: il costo del personale convenzionato è stato determinato a partire dal costo del personale da CE 2009 incrementato dei rinnovi contrattuali (biennio 2008-2009). I rinnovi contrattuali del biennio 2010-2011 sono stati accantonati in relazione alla percentuale prevista per la vacanza contrattuale (pari a 0,35% nel 2010);
- Farmaceutica convenzionata: si è considerato il trend 2007-2009, corretto prevedendo un graduale ripristino dell'attività svolta dalla ASL de L'Aquila e del relativo costo per assistenza farmaceutica territoriale;
- Prestazioni da privato: il costo per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato è stato determinato applicando ai dati 2009 (pari al valore fatturato dalle strutture private) il tasso di crescita della spesa sanitaria previsto nel DPEF 2010-2013 (pari al 1,6% nel 2010 rispetto al 2009).

Infine, per quanto riguarda le altre voci di costo e le componenti straordinarie e finanziarie, le dinamiche previste risultano:

- Altre componenti di spesa e Interessi: si è considerato il trend 2007-2009, corretto prevedendo un graduale ripristino dell'attività svolta dalla ASL de L'Aquila e dei relativi costi



- Accantonamenti: si è considerato il trend 2007-2009. Gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del 2010 del personale dipendente e convenzionato sono stati calcolati applicando la percentuale prevista per la vacanza contrattuale (pari a 0,35% nel 2010);
- Oneri straordinari: il valore del saldo fra oneri e proventi straordinari è stato posto uguale alla media fra l'anno 2008 e l'anno 2009, al netto delle sopravvenienze per mobilità extraregionale.

Valorizzazione dell'Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera

I risultati dell'analisi condotta nell'ambito della "Metodologia di definizione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere e dei posti letto correlati" (come da Intervento 6 – Azione 1) ha diagnosticato un potenziale eccesso di posti letto per acuti sulla rete di offerta ospedaliera per un numero complessivo di posti letto, tra pubblico e privato, pari a 840 circa il 18% dell'attuale configurazione.

Nell'ambito della definizione del cronoprogramma¹² delle riconversioni ad attuazione del "Piano della Rete Ospedaliera" sono state, pertanto, individuate 6 strutture da riconvertire entro Dicembre 2010 in strutture più snelle, ma più coerenti con il fabbisogno di prestazioni della popolazione quali i Presidi Territoriali H24 (PTA):

- sul fronte dei LEA, la riconversione di questi presidi (caratterizzati da caratteristiche quali-quantitative non coerenti con il fabbisogno) comporterà una potenziale riduzione dei posti letto pubblici dedicati all'attività ospedaliera per circa 338 posti letto di cui circa 170 per acuti;
- sul fronte dei costi, il potenziale impatto è pari a circa **11,4 €/mln¹³** annui al netto della riduzione del costo del personale per effetto dell'efficacia del parziale blocco delle assunzioni.

La riconversione dei presidi di ridotte dimensioni secondo il cronoprogramma indicato in tabella consentirà di realizzare sul secondo semestre 2010 un risparmio di circa **2,6 €/mln** (nel 2011 tale manovra potrà raggiungere **11,4 €/mln**) e, soprattutto, di sfruttare il *turn-over* del personale per intervenire sulla relativa voce di costo senza impattare sulla qualità dell'assistenza offerta.

Struttura	Tipo struttura	PL	Economie/ anno	Data disattivazione	Manovra 2010
130038 - P.O. S. VALENTINO*	Riabilitazione (56)	37	N.D.	31/08/2010	N.D.
130006 - P.O. UMBERTO I° TAGLIACOZZO		57	3.013	30/09/2010	753
130031 - OSPEDALE MARIA SS IMMACOLATA		75	2.819	31/12/2010	-
130004 - P.O. S. RINALDI PESCARA		49	2.070	31/08/2010	690
130033 - OSPEDALE CIVILE CONSALVI		69	1.880	31/08/2010	627
130037 - OSPEDALE CIVILE GISSI		51	1.632	31/08/2010	544
Totale		338	11.414		2.614

Tabella 6: Effetti economici delle riconversioni – economie annue attese

La valorizzazione degli interventi di riconversione si basa sulla stima dei costi cessanti, cioè della quota dei costi (così come desumibili dai "Conto Presidio - CP" per l'anno 2008) che le ASL e, di conseguenza, il SSR non dovranno più sostenere per i presidi ospedalieri in oggetto a seguito delle riconversioni.

Ciò richiede, quindi, di effettuare una distinzione tra i fattori produttivi:

- personale, per cui sussistono vincoli contrattuali-normativi che consentono di realizzare le economie delle eventuali unità in esubero solo seguendo la cadenza del *turn-over*. Si consideri, tuttavia, che la corretta stima del fabbisogno di personale per le strutture oggetto di riconversione permette di individuare quelle unità di personale potenzialmente in

¹² Cf "Disattivazione dei presidi non coerenti con il fabbisogno e cronoprogramma delle loro riconversioni"

¹³ Per quanto riguarda la struttura di riabilitazione (codice 56) "San Valentino" non sono disponibili dati economici strutturati a supporto delle stime.



esuberano, definendo, quindi, un "serbatoio" di unità in esuberanza che permette di sfruttare gli effetti del *turn-over* non solo a livello locale, ma anche regionale rendendo disponibili ai servizi sotto-dimensionati personale che già opera all'interno del SSR (si veda Tabella 7);

- fattori produttivi associati a costi variabili, il cui assorbimento si ritiene possa variare "proporzionalmente" a seconda dei livelli di attività delle strutture e in funzione della tipologia di assistenza erogata e per cui, stante l'assenza di vincoli contrattuali-normativi, i risparmi risultano realizzabili già dal primo anno;
- altri fattori produttivi associati a costi fissi che, in quanto tali, non subiscono variazioni a seconda dei livelli di attività delle strutture e in funzione della tipologia di assistenza erogata (per esempio, gli ammortamenti¹⁴ e altre voci di manutenzione).

13.0037 - OSPEDALE CIVILE GISSI	Dotazione	Fabbisogno	Delta
Personale Sanitario	111	21	90
Medici	26	5	21
Altri medici	0	-	0
Sanitari non medici	1	-	1
Infermieri	70	16	54
Tecnici	7	-	7
Riabilitatori	6	-	6
Altro	1	-	1
Personale Tecnico	64	2	62
Comparto	64	2	62
Personale Amministrativo	6	7	(-1)
Comparto	6	7	(-1)
Personale Professionale	0	0	0
Comparto	0	-	0
Totale complessivo	181	30	151

La riconversione del presidio rende disponibili al SSR 21 medici

... che richiede il trasferimento presso il presidio di 1 amministrativo

Tabella 7: Esempificazione del calcolo del personale da trasferire ad altri servizi a valle delle riconversioni

Di conseguenza, sulla base delle precedenti distinzioni:

- per il personale, è stato valutato lo scostamento tra dotazione di personale ("Tabella 1C") e fabbisogno di personale per ciascuna struttura attraverso la strutturazione di un modello gestionale *ad hoc* per stimare in modo puntuale il fabbisogno di personale per figura professionale per il PTA. Gli eventuali risparmi connessi alla riconversione rientrano nelle economie stimate nell'ambito degli effetti economici legati alla manovra sul personale;
- per i costi variabili è stato individuato, attraverso analisi di *benchmarking*, un costo standard dei fattori produttivi da correlare ai livelli di attività attesi o altre variabili produttive (numero unità di personale in servizio, metratura, eccetera). Sulla base di tali costi standard è, pertanto, possibile stimare la variazione di costi che si origina a fronte della riconversione;
- per i costi fissi è stata individuata una valorizzazione in linea con il valore storico (al netto di alcuni abbattimenti percentuali).

Nel seguito, si illustra in modo sintetico l'entità dei risparmi attesi per anno, distinti per natura di costo. Si sottolinea che nella seguente Tabella 8¹⁵ il dettaglio dei risparmi per natura di costo per presidio è inteso come economia attesa annua realizzabile a partire dal 2011, anno a partire dal quale potrà essere possibile beneficiare completamente (per 12 mensilità) degli effetti economici della riconversione. Per il 2010, la manovra è stimata in proporzione alle mensilità per cui risulterà attivata la nuova configurazione.

¹⁴ Per questi costi, tipicamente legati ad investimenti strutturali e in tecnologia, occorrerà effettuare delle analisi *ad hoc* in sede di implementazione degli interventi di adeguamento, così come previsti in "Azione 6".

¹⁵ Vedi nota 13



Struttura	13 0006 - P.O. UMBERTO 1° TAGLIACOZZO	13 0031 - OSPEDALE MARIA SS IMMACOLATA	13 0004 - P.O. S. RINALDI PESCIANA	13 0033 - OSPEDALE CIVILE CONSALVI	13 0037 - OSPEDALE CIVILE GISSI	Economia/anno
da:	presidio ospedaliero (57 p)	presidio ospedaliero (75 p)	presidio ospedaliero (69 p)	presidio ospedaliero (69 p)	presidio ospedaliero (51 p)	
Costi Interni	3.013	2.819	2.070	1.800	1.632	11.414
Personale	Turn over	Turn over	Turn over	Turn over	Turn over	Turn over
Prodotti farmaceutici	640	343	334	292	178	1.785
Altri beni e servizi	2.374	2.431	1.737	1.621	1.450	9.613
Beni	1.283	1.053	702	792	670	4.510
Altri beni sanitari	1.219	1.048	576	636	522	3.999
Beni non sanitari	64	15	127	156	148	511
Servizi	829	1.325	821	322	396	3.693
Servizi Appalti	490	903	274	78	136	1.982
Servizi Appalti (manutenzione)	73	281	58	66	22	502
Servizi Utente	250	120	368	105	171	1.013
Altre componenti di spesa	16	21	21	71	67	196
Godimento beni di terzi	188	42	110	210	80	630
Altri servizi (oneri diversi di gestione)	74	1	104	297	304	780
Ammortamenti	-	-	-	-	-	-
Oneri straordinari (variazione rimanenze)	-	45	-	33	4	16

Tabella 8: Effetti economici delle riconversioni – economie annue attese per natura di costo

Valorizzazione dell'Azione 3: Riorganizzazione della rete dei laboratori privati

Per quanto concerne la razionalizzazione della rete dei laboratori privati, alla stessa si provvederà contestualmente alla riorganizzazione della Rete dei laboratori pubblici (di cui all'azione 1 e all'azione 2).

Dal ridisegno dell'assetto pubblico verranno evidenziati punti di forza e punti di debolezza in termini di copertura territoriale ed, eventualmente, prestazioni critiche per cui eventualmente la rete di offerta pubblica non risulta adeguata. Da tale contesto di riferimento sarà necessario studiare l'integrazione tra rete di offerta pubblica e privata.

Per quanto riguarda tale riorganizzazione sarà necessario:

- definire per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private (in termini di qualità e tipologia di prestazioni erogabili rispetto al fabbisogno),
- individuare la dimensione minima di prestazioni per ogni laboratorio privato (a seconda della branca) in modo da garantire il livello minimo di qualità e le relative tempistiche di adeguamento dei livelli di produzione per consentire l'eventuale nascita di consorzi di erogatori privati, coerentemente con le linee guida nazionali disponibili.

Risultato programmato

- definizione di un documento di linee guida che individua, per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private,
- individuazione dei criteri di dimensionamento minimo per branca coerenti con le linee guida regionali,
- definizione dei criteri di dimensionamento dei tetti di prestazioni per il biennio 2011-2012.

Indicatori di risultato

- avvio delle attività di ricognizione dei laboratori privati e delle relative prestazioni entro il 30 Settembre 2010,
- condivisione con gli erogatori privati del documento di linee guida su:
 - criteri minimi di qualità dei laboratori
 - fabbisogno di prestazioni per il 2011-2012



- sottoscrizione dei tetti di spesa per gli erogatori privati entro il 31 Dicembre 2010.

Intervento 10: Determinazione dei tetti di spesa per gli erogatori privati

Come si evince da Tabella 9, gli effetti economici della manovra generano un contenimento dei costi rispetto al Tendenziale pari a circa 21,4 €/mln.

	Tendenziale 2010	Programmatico 2010	Manovra
Prestazioni da privato			
Prestazioni ospedali private	147.279	143.400	(3.879)
Prestazioni ambulatoriali da privato	35.697	33.170	(2.527)
Prestazioni di cura	12.237	12.237	-
Prestazioni riabilitazione extra-ospedaliera da privato	78.016	68.706	(9.310)
Assistenza integrata e prestazioni da privato	16.517	16.517	-
Altre prestazioni da privato	91.154	91.421	(5.733)
Totale	397.397	375.956	(21.441)

Tabella 9: Effetti economici della manovra sui tetti per gli erogatori privati - confronto tra Tendenziale e Programmatico

La Regione Abruzzo ha provveduto tra i mesi di Febbraio e Maggio 2010 alla definizione dei tetti di spesa degli erogatori privati. In particolare:

- il tetto per l'ospedalità privata è pari a 143,4 €/mln¹⁶ (45,1 €/mln destinati alle prestazioni rese a pazienti extra-Regione), di cui 28,8 €/mln sono relativi al budget attribuibile alle strutture Villa Pini alla data di definizione dei tetti. La Curatela fallimentare ha firmato nel mese di maggio 2010 il contratto relativo alla Casa di Cura Villa Pini per un importo su base annua di 19,2 €/mln con probabile operatività dal luglio 2010. La Casa di Cura Santa Maria (tetto pari a 5,1 €/mln) con sentenza del luglio 2010 è stata dichiarata fallita (tetto pari a 4,4 €/mln) mentre la Sanatrix risulta inoperativa a causa dei danni del sisma 2009;
- il tetto per le strutture private ex. Art 26 è pari a circa 68,7 €/mln¹⁷, di cui 12,7 €/mln sono relativi al budget attribuito alle strutture del Gruppo Villa Pini per cui sussiste ancora la sospensione dell'accreditamento provvisorio alla data di definizione dei tetti di spesa. Nel mese di giugno 2010 tali strutture (nello specifico Maristella e San Stef.ar) sono state dichiarate fallite ed è stato sottoscritto il relativo contratto con la Curatela Fallimentare;
- il tetto per le strutture RSA private è pari a 17,9 €/mln¹⁸;
- il tetto per le strutture residenziali private (RA) pari a 15,7 €/mln¹⁹, di cui 1,1 €/mln sono relativi al budget attribuibile alla struttura Piccolo Rifugio La Cicala del Gruppo Villa Pini, che con sentenza del luglio 2010 è stata dichiarata fallita;
- il tetto per le strutture psico-riabilitative pari a 19 €/mln²⁰, di cui 7,8 €/mln sono il budget attribuito alle strutture del Gruppo Villa Pini al netto delle strutture "Ex Paolucci" e "Le Villette e Padiglione" a cui è stato revocato l'accreditamento.

Il valore programmatico per tipologia di erogatore è stato, quindi, individuato sulla base del budget assegnato alle strutture.

Inoltre, si ritiene che:

¹⁶ Tutti i contratti sono stati sottoscritti ad eccezione di Sanatrix e Santa Maria.

¹⁷ Non risultano ancora sottoscritti contratti per circa 1,7 milioni di Euro, relativi alle strutture private Anesis e Wellness per le quali è stato sospeso l'accreditamento a causa della mancata sottoscrizione del contratto.

¹⁸ Tutti i contratti sono stati sottoscritti.

¹⁹ Tutti i contratti sono stati sottoscritti ad eccezione di Piccolo Rifugio La Cicala.

²⁰ Tutti i contratti non sono ancora stati sottoscritti.



- per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, il valore programmatico non possa superare l'importo del fatturato registrato per l'anno 2009 (al netto della rettifica delle prestazioni codificate con il codice "T09" e quindi attribuibili al sisma del 6 Aprile 2009) pari a 33,2 €/mln.
- per quanto riguarda le altre prestazioni, il valore programmatico si allinei al valore tendenziale stimato.

Per quanto riguarda l'ospedalità, si segnala come la metodologia adottata abbia generato un abbattimento della produzione di riferimento per il calcolo dei tetti per circa 20 €/mln (da 161,1 €/mln, valore della produzione dell'ospedalità privata nel 2008 così come calcolato dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, a 141,2 €/mln), il che ha consentito di stabilizzare la voce di costo non solo rispetto al tendenziale (contenimento dei costi per circa 7,1 €/mln), ma anche rispetto all'anno 2009 (146 €/mln), anno caratterizzato da contrazione nella produzione.

A fronte della manovra indicata in Tabella 9, avendo aggiornato a Conto Economico Programmatico anche il relativo valore della mobilità attiva per le prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale²¹, occorre effettuare le seguenti rettifiche sul saldo di mobilità in compensazione extraregionale. Tali modifiche impattano sul risultato gestionale dell'anno 2010 per **-0,3 €/mln**, impatto che viene assorbito dalle rettifiche per determinare il risultato di esercizio per il Tavolo di Monitoraggio²².

Ricavi mobilità in compensazione extra	Tendenziale	Programmatico	Delta
.. Da privato ospedaliero	45.346	45.193	(153)
.. Da privato specialistica	1.142	1.038	(104)
Rettifica mobilità da tavolo			(257)

Tabella 10: Effetti della manovra sui tetti sul saldo di mobilità a CE e sulle rettifiche della "mobilità da Tavolo"

Valorizzazione dell'Intervento 11: Razionalizzazione della spesa farmaceutica – Azione 1

L'"Azione 1" dell'intervento in esame ("Incentivazione prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali di contenimento della spesa") si prefigge l'obiettivo specifico di incrementare la prescrizione di farmaci equivalenti, a parità di volumi di prescrizioni, ed evitare il fenomeno della modifica del mix prescrittivo verso diverse specialità medicinali alla scadenza – o in prossimità della scadenza – della copertura brevettuale dei principi attivi.

Le simulazioni condotte, ipotizzando un'efficacia del Programma Operativo limitata al secondo semestre del 2010, stimano una **manovra per la "Farmaceutica convenzionata" pari a 4,3 €/mln**, dovuti allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto o in scadenza nel 2010 per categorie oggetto di monitoraggio (la stima iniziale è stata abbattuta prudenzialmente del 10%).

Le simulazioni sono state condotte in base alle evidenze storiche disponibili e per categorie terapeutiche predefinite, dei principi attivi prescritti in passato anche successivamente alla perdita del brevetto di specifici prodotti. Non sono stati considerati eventuali impatti derivanti dal D.L. 78/2010.

A tal fine sono state individuate:

- le categorie terapeutiche oggetto del monitoraggio in base al volume di prescrizioni registrate per l'anno 2009 e alla scadenza brevettuale dei principi attivi in esse contenute;
- i principi attivi con brevetto scaduto fino a dicembre 2009 e in scadenza nell'anno 2010, contenuti all'interno delle categorie terapeutiche di cui al punto precedente.

²¹ Le variazioni sul saldo di mobilità in compensazione extra rappresentano una stima calcolata sulla base dell'ultimo dato disponibile.

²² Cfr paragrafo "Tendenziale 2010".



È stato, quindi, costruito un indicatore che tiene conto dei volumi prescritti di farmaco generico:

- considerando sia i volumi storici, espressi in DDD (dosi prescritte) sia i volumi di prescrizione attesi in ragione dei prodotti per i quali è prevista la scadenza nel corso dell'esercizio oggetto di programmazione;
- ipotizzando sul consumo dei principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza, un riallineamento dei comportamenti verso le performance di eccellenza costituite dalla ASL *best-in-class* per ogni specifica categoria terapeutica.

La simulazione del risparmio atteso nel 2010 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto o in scadenza nel 2010 per le categorie oggetto di monitoraggio misura, invece, la diminuzione teorica di spesa netta sotto l'ipotesi che tutte le ASL raggiungano i livelli della ASL *best-in-class* nel II semestre 2010 (Tabella 11).

La stima ottenuta è stata abbattuta prudenzialmente del 10% per tenere conto del rischio associato all'ipotesi di allineamento di tutte le ASL al valore della *best-in-class*.

Categoria Terapeutica	Spesa netta 2009	DDD 2009	Risparmi 2010
Inibitori della pompa protonica	16.091	24.174.847	6,71
Antipertensivi	29.068	102.262.441	3,64
Sartani	25.753	38.470.745	2,672
Statine	20.510	21.455.723	1,07
Bifosfonati	6.703	6.675.111	26
Antiepilettici	6.096	5.720.127	3,29
Antipsicotici atipici	7.669	2.022.425	3,1
Antidepressivi	8.712	15.930.527	1,66
Antibiotici	15.974	5.932.361	1,69
Antinfiammatori cortisonici inal.	4.035	6.242.049	5
Broncodilatatori	1.335	2.386.062	9
Totale	143.845	231.472.418	4.370

Tabella 11: Simulazione del risparmio 2010 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con PA scaduto o in scadenza

Nel seguito, si riporta l'incidenza percentuale del consumo (DDD) di principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza all'interno delle categorie terapeutiche oggetto di monitoraggio calcolata per ASL nell'anno 2009 come valore di riferimento per la definizione dei livelli di prescrizione di farmaco generico e per l'individuazione della ASL *best-in-class* per ciascuna categoria terapeutica (Tabella 12).

Categoria Terapeutica	Abruzzo							ITALIA
	Chieti	Lanciano	Teramo	Avellino	Sulmona	Vasto	L'Aquila	
Inibitori della pompa protonica	83,8	82,6	79,2	84	91,3	81,8	88,4	83
Antipertensivi	90	86,8	89,5	90,4	90,7	91	89,7	92
Sartani	11,7	13,1	9,5	8,9	8,8	13,0	12,4	14
Statine	35,7	37,4	32,2	35,9	28	35,9	30	36
Bifosfonati	28,6	25	31,3	31,1	29,6	27,8	27,5	33
Antiepilettici	46,8	44	48,4	46,9	46,8	48,5	46,5	49
Antipsicotici atipici	23,7	21,2	24,9	27,1	26,3	24,4	21,5	20
Antidepressivi	73,2	70,6	76,9	75,9	68,2	71,6	73,7	73
Antibiotici	60,2	59,3	59,5	59,9	65,3	59	62,7	59
Antinfiammatori cortisonici inal.	89,8	87,7	91	90,4	89,8	89,7	90,1	89
Broncodilatatori	85	86,6	79,1	85,3	86,6	82	89,4	87
Totale	65,9	64,6	64,9	65,3	65,6	66	67,7	67

Tabella 12: Incidenza percentuale del consumo (DDD) di principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza per categoria terapeutica

Valorizzazione Intervento 4: Gestione delle risorse umane a livello regionale

Nel 2010 il personale cessante, così come stimato dai dati di Conto Annuale 2006-2009, risulta nell'ordine delle 500 unità (al lordo di eventuali reintegri). Considerando che la stima del "Conto Economico Tendenziale" sconta già un saldo delle



cessazioni intorno a 260 unità come "trascinamento" delle politiche del personale storicamente registrate a livello regionale e considerando le eventuali deroghe al blocco totale del *turn-over* per garantire la qualità dell'assistenza (blocco del *turn-over* del 90%), per il 2010, è prevista un'ulteriore variazione sul personale per un numero di cessazioni pari a 179 unità.

Tale variazione determina una **manovra che genera impatti per 4 €/mln:**

- sul costo del personale di 3,7 €/mln (3,1 €/mln per il personale sanitario e 0,6 €/mln per quello non sanitario)
- sul valore dell'IRAP di 0,3 €/mln.

La valorizzazione si basa sulla stima dei costi del personale che la Regione Abruzzo non dovrà sostenere a seguito delle misure di blocco delle assunzioni, ulteriori a quanto previsto a "tendenziale". Dall'avvio delle azioni di razionalizzazione dei servizi dell'Asse 2, infatti, scaturiranno le azioni di razionalizzazione dell'impiego del personale che consentiranno di distribuire risorse di personale già presenti nel SSR sui servizi, coerentemente con il fabbisogno.

In particolare, a fronte della riconversione di 6 presidi in PTA (come da crono programma delle riconversioni - Intervento 6 Azione 1) si renderanno disponibili al SSR le seguenti unità di personale per ruolo e qualifica (vedi paragrafo sulla relativa valorizzazione). Si segnala, inoltre, che al momento non è ancora stato stimato il numero delle unità che si renderà disponibile a seguito delle operazioni di concentrazione delle unità operative sanitarie.

	130004 - P.O. S. RINALDI PESCHINA	130006 - P.O. UMBERTO I* TAGLIACCOZZO	130031 - OSPEDALE MARIA SS IMMACOLATA	130033 - OSPEDALE CIVILE CONSALVI	130037 - OSPEDALE CIVILE GISSI	Totale
Personale Sanitario	69	91	112	89	90	451
Medici	17	21	28	20	21	107
Altri medici	0	0	1	0	0	1
Sanitari non medici	0	2	2	0	1	5
Infermieri	37	45	68	56	54	260
Tecnici	9	10	10	5	7	41
Fiabulatori	6	13	3	8	6	36
Altro	0	0	0	0	1	1
Personale Tecnico	30	20	37	46	62	195
Comparto	30	20	37	46	62	195
Personale Amministrativo	(1)	0	8	0	(1)	6
Comparto	(1)	0	8	0	(1)	6
Personale Professionale	0	0	10	0	0	10
Comparto	0	0	10	0	0	10
Totale complessiva	99	111	167	135	151	662

Tabella 13: Personale disponibile a seguito delle riconversioni previste per il "Piano della Rete Ospedaliera"

Al fine di determinare la misura con cui attuare un'ulteriore restrizione delle assunzioni per raggiungere un'entità del blocco del *turn-over* pari al 90%, occorre confrontare tra loro il numero di cessazioni attese per l'anno 2010 e il numero di unità di personale che si renderà disponibile a valle delle riconversioni.

Per quanto riguarda il numero delle cessazioni già valorizzate nella stima del "Conto Economico Tendenziale", considerando che tale tendenziale risulta essere per costruzione il "trascinamento" delle misure passate al 2010:

- è stato calcolato, su base storica a partire dal 2005 al 2009, il saldo percentuale medio annuo tra cessanti e assunti (CAGR 2005-2009);
- tale percentuale annua è stata applicata al numero di unità di personale 2009, a tempo indeterminato e determinato (come desumibile da Conto Economico).



Conto Annuale	2005	2006	2007	2008	2009	CAGR 2005-2009	Saldo 2010 stimato
Personale Sanitario							148
Dirigenza	3.338	3.297	3.242	3.222	3.194	-1%	35
Comparto	8.434	8.365	8.191	8.038	7.963	-1%	114
Personale Tecnico							80
Dirigenza	25	25	23	18	18	-8%	1
Comparto	2.093	2.793	2.719	2.600	2.552	-3%	79
Personale Amministrativo							42
Dirigenza	67	68	57	48	41	-12%	5
Comparto	1.727	1.694	1.638	1.624	1.569	-2%	37
Personale Professionale							1
Dirigenza	16	16	18	16	14	-6%	1
Comparto	10	6	6	5	7	-9%	1
Altro personale							14
Contrattisti	57	78	73	70	98	15%	14
Organi Direttivi	14	18	18	18	11	-6%	1
Totale	16.563	16.360	15.985	15.659	15.468		258

Tabella 14: Stima del saldo cessanti-assunti "tendenziale" per il 2010

Come si nota in Tabella 14, "trascinando" le politiche sul personale del passato al 2010 si origina un saldo negativo tra cessanti e assunti pari a 258 unità (272 se si escludono i contrattisti). L'entità negativa del saldo indica che, coerentemente con le misure di contenimento del personale intraprese, annualmente il numero dei cessanti è stato superiore al numero degli assunti.

Analogamente, sulla base della serie storica 2005-2009 del Conto Annuale è stato calcolato il numero dei cessanti attesi per il 2010 come proiezione sul dato del 2009 dell'incidenza media annua dei cessanti tra il 2006 e il 2009. In tal modo, è stato determinato un numero di cessazioni atteso per l'anno 2010 pari a 501 unità²³. Si rimanda all'Allegato 2 per il dettaglio delle cessazioni previste per il 2010 per ASL.

Per capire l'ulteriore manovra da applicare sul personale per attuare un blocco del *turn-over* del 90%, occorre quindi confrontare il numero dei cessanti atteso con il saldo già incluso nel "Tendenziale", che, come anticipato, per le sue modalità di stima, considerando il saldo netto di diminuzione che si registra negli ultimi 5 anni, tiene già conto di una cessazione di personale pari a 258 unità (272 esclusi i contrattisti e organi direttivi). In particolare, a fronte della decisione di limitare al 10% le assunzioni a fronte dei dipendenti a tempo indeterminato cessati:

- si applica la soglia del 90% per capire la quota dei cessanti che non potrà essere reintegrata;
- si confronta il numero relativo a quanto già incluso nella stima del Tendenziale;
- si determina per differenza l'ulteriore manovra sul personale necessaria per attuare un blocco del *turn-over* del 90%;
- si valorizza tale manovra considerando il costo medio per ruolo e qualifica (vedi Allegato 2).

²³ Tale valore non include il personale contrattista e gli organi direttivi.



Qualifiche	Personale 2009	Stima cessazioni	Saldo tendenziale	Possibili assunzioni a tendenziale	% blocco turn over	Ulteriore blocco del personale	Costo medio	Importo Manovra	Possibili assunzioni	Stima personale disponibile da riconversioni	Stima personale disponibile da "concentrazioni"
Personale Sanitario	11.157	316	140	167		136		2.460.648	22	451	
Dirigenza	3.194	89	35	54	90%	45	59.482	1.342.531	0	113	
Comparto	7.963	227	114	113	80%	90	24.919	1.126.118	23	338	
Personale Tecnico	2.570	105	80	26		15		156.605	11	195	
Dirigenza	18	1	1		90%		45.625		0		
Comparto	2.552	104	79	26	90%	15	20.605	156.609	10	195	
Personale Amministrativo	1.610	78	42	35		28		322.840	6	6	
Dirigenza	41	5	5		90%		47.576		1		
Comparto	1.569	72	37	35	90%	28	23.046	322.840	7	6	
Personale Professionale	21	3	1	1		1		12.153	0	10	
Dirigenza	14	2	1	1	80%	1	46.232	12.153	0		
Comparto	7	1	1		80%		24.760		0	10	
Totale complessiva	15.359	501	272	239	90%	179		2.960.288	50	662	

Tabella 15: Stima della manovra per l'attuazione del blocco del *turn-over* al 90%²⁴

La stima dei risparmi rispetto al Tendenziale sui costi del personale è stata corretta dividendo la somma dei costi cessanti delle ASL della Regione Abruzzo per 6/12 per tenere conto della limitata efficacia temporale del Programma Operativo.

Al valore del costo del personale in precedenza calcolato si aggiungono gli oneri sociali, calcolati in percentuale sul costo del personale cessante (27% sul costo del personale cessante²⁵) per un valore complessivo di 0,8 €/mln (di cui 0,65 sul personale sanitario).

In conclusione, la mancata sostituzione di detto personale impatta sulle seguenti voci di costo del Conto Economico Tendenziale:

- costo del personale con una variazione in riduzione di 3,7 €/mln (3,1 €/mln per il personale sanitario e 0,6 €/mln per quello non sanitario);
- IRAP con una riduzione di 0,3 €/mln, calcolata come 8,55% sulla somma del costo del personale e degli oneri sociali per i cessanti nel 2010.

La riduzione dei costi del personale riportata, non è comprensiva delle riduzioni di spesa derivanti dalle ulteriori cessazioni di dipendenti che si stanno verificando nel corso del 2010, e che sono già oggetto di monitoraggio da parte della Regione. In funzione di tali ulteriori cessazioni, la Regione, nel rispetto dei limiti di spesa fissati, potrà rilasciare appositi nulla osta alle ASL per l'assunzione di personale, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente.

²⁴ Si veda nota 23

²⁵ Costo del personale per le sole competenze fisse.

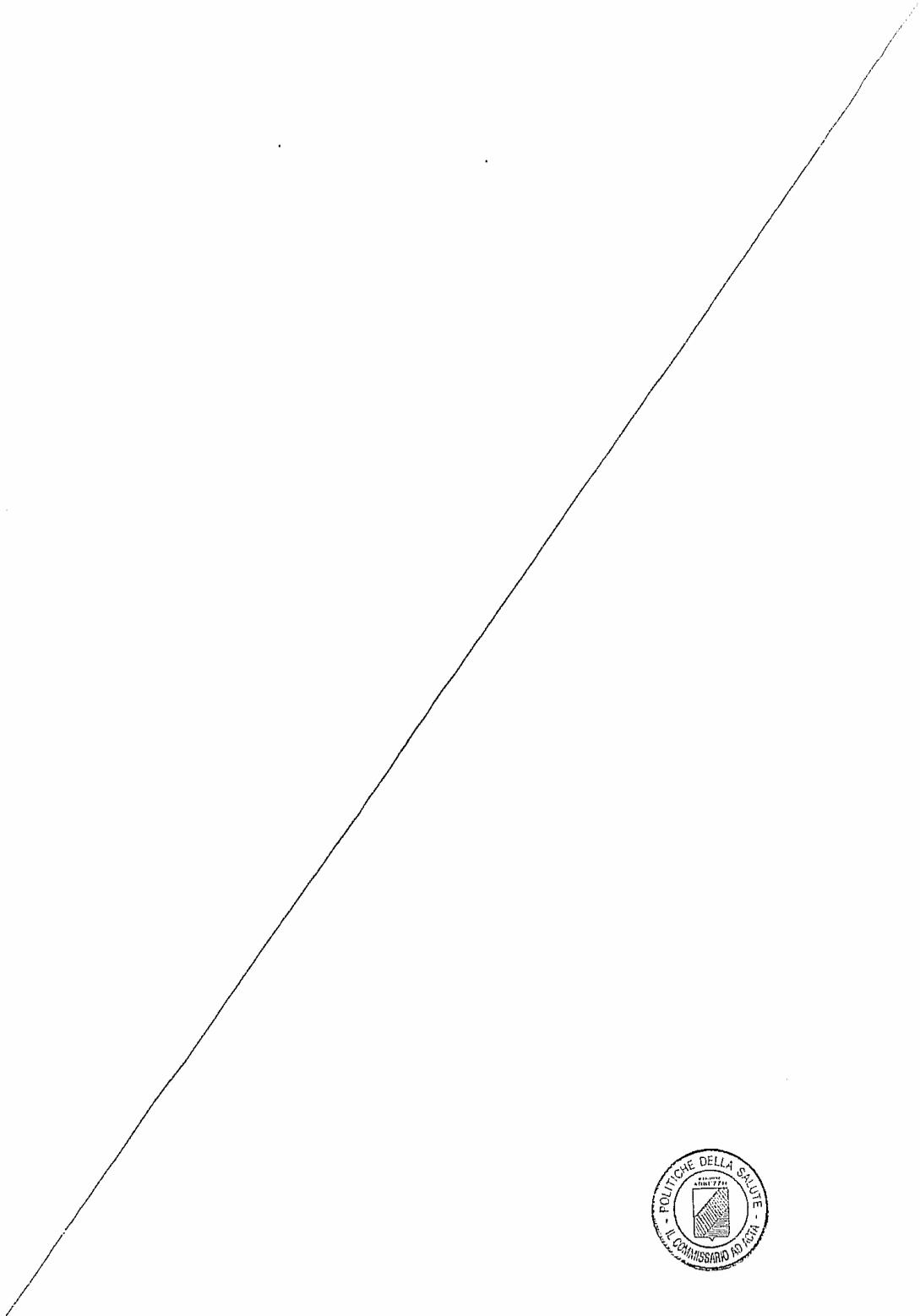


Conto Economico Sintetico Tendenziale e Programmatico 2010

	2009	2010	2010
C/000			
Contributi F.S.R.	2.246.036	2.308.072	2.308.072
Saldo Mobilità	- 54.072	- 48.961	- 49.218
Entrate Proprie	113.394	57.898	57.898
Totale Ricavi Netti	2.305.358	2.317.010	2.316.753
Personale	776.073	781.350	777.590
Irap	55.314	55.491	55.170
Personale + Irap	831.387	836.841	832.760
Prodotti Farmaceutici	156.311	164.346	163.919
Altri Beni E Servizi	411.101	439.169	437.030
Totale Costi Interni	1.398.799	1.440.356	1.433.709
Medicina Di Base	149.769	155.987	155.987
Farmaceutica Convenzionata	260.766	261.940	257.570
Privato-Ospedaliera	144.981	147.279	143.400
Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale	35.140	35.697	33.170
Prestazioni Da Sumaisti	12.538	12.737	12.737
Privato-Ambulatoriale	47.678	48.434	45.907
Privato-Riabilitazione Extra Ospedaliera	76.799	78.016	68.706
Privato-Integrativa E Protesica	26.098	26.512	26.512
Altre Prestazioni Da Privato	94.462	97.156	91.431
Prestazioni Da Privato	390.018	397.397	375.956
Prestazioni Da Pubblico	1.889	945	945
Saldo Intramoenia	- 931	- 1.298	- 1.298
Totale Costi Esterni	801.511	814.970	789.159
Totale Costi 1° Livello	2.200.310	2.255.326	2.222.867
Margine Operativo	105.048	61.684	93.885
Altre Componenti Di Spesa	56.932	64.185	64.128
Accantonamenti	91.950	73.728	73.728
Interessi E Altro	11.744	10.759	10.759
Oneri Straordinari	25.622	14.858	14.867
Totale Costi 2° Livello	186.248	163.529	163.482
Totale Costi	2.386.558	2.418.855	2.386.349
Risultato Economico	- 81.200	- 101.846	- 69.597
Risultato Economico Per Tavolo di Monitoraggio	- 42.631	- 86.378	- 53.872

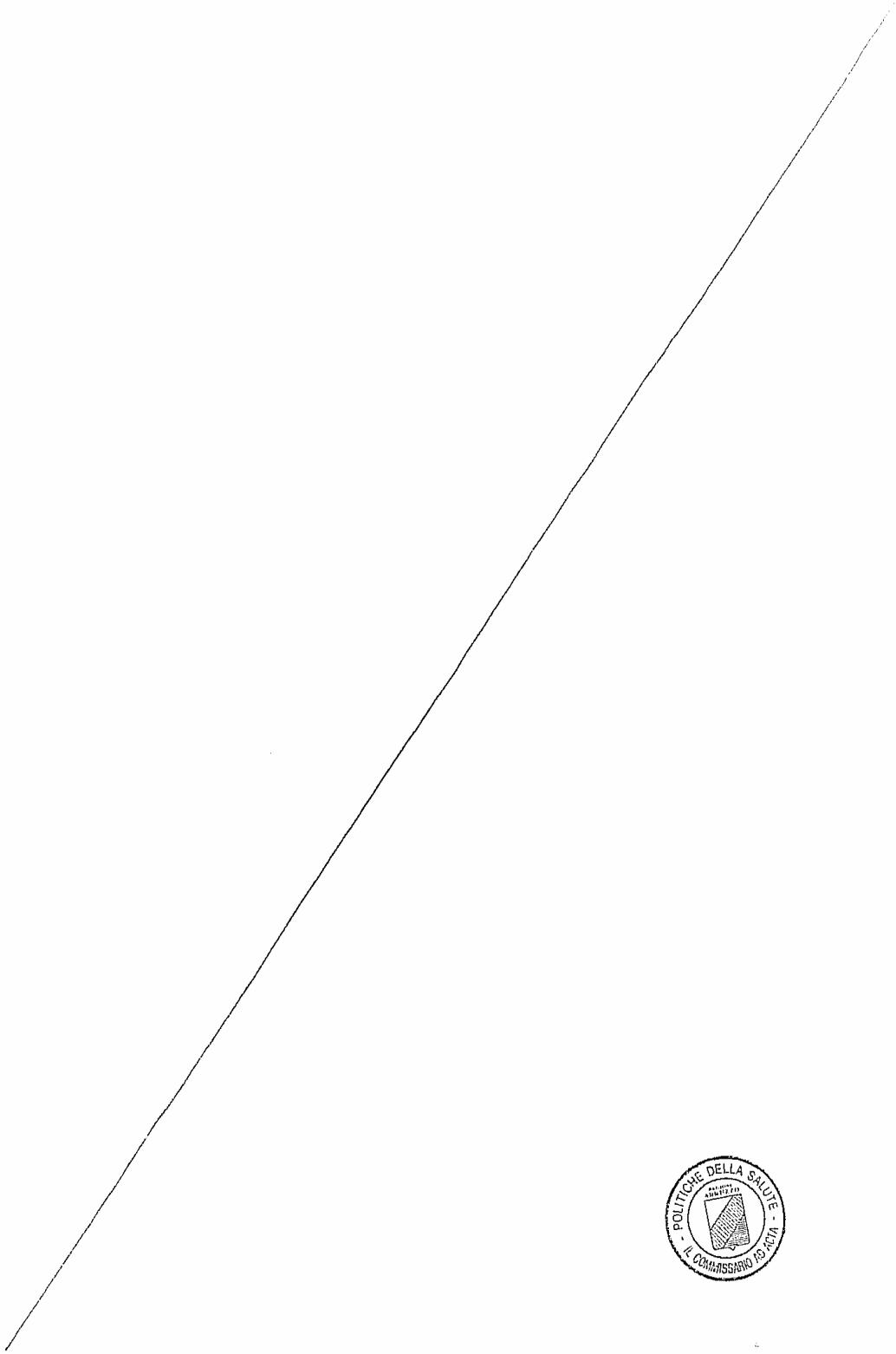
Tabella 16: Conto Economico Sintetico Tendenziale e Programmatico 2010





ALLEGATI





ALLEGATO I - Ulteriori difficoltà causate dagli eventi sismici

La Regione Abruzzo è attualmente impegnata nella gestione dell'emergenza legata al sisma del 6 aprile 2009. Tale evento, che ha generato attività e costi connessi aggiuntivi rispetto all'ordinario nel 2009, sta attualmente generando attività e costi aggiuntivi per il 2010, attualmente considerati nel "Conti Economici Tendenziale" 2010.

Il SSR si è trovato in prima linea nel fronteggiare il sisma del 6 aprile 2009, con attività riconducibili alla gestione dell'emergenza nell'immediato, alla gestione delle popolazioni sfollate ed al ripristino della capacità produttiva della ASL di L'Aquila. Come rendicontato nel Programma Operativo 2009 tale emergenza ha generato costi aggiuntivi per 41€/mln nel corso di quell'esercizio, al netto delle componenti di mobilità extraregionale che verranno valutate in sede di tavolo di compensazione e al netto delle minori entrate regionali legate agli impatti del sisma sul tessuto produttivo locale.

L'emergenza non può tuttavia considerarsi conclusa nel 2009, il percorso di rientro dalla crisi del sisma è legato a due eventi:

- il ritorno a regime dell'offerta di servizi sanitari da parte della ex asl di L'Aquila. Le somme necessarie al ripristino dell'attività verranno reperite nei fondi ex art. 20;
- la riduzione e progressivo azzeramento del numero degli sfollati presenti nelle rimanenti ASL regionali o in RSA.

I costi che si ritiene saranno sostenuti nel 2010 a fronte delle attività residuali sono riportati nella tabella successiva, mentre gli interventi che si prevede vengano posti in essere affinché tali costi aggiuntivi cessino sono declinati nei punti successivi.

Costi (€1000)	Rendicontazione 2009 Rendicontazione 2010	
	T09	T09
Contributi F.S.R.	-	-
Saldo mobilità	N.D.	N.D.
Entrate proprie	(5.450)	(5.450)
Totale flussi	(5.450)	(5.450)
Personale - INAP	3.003	2.836
Prodotti farmaceutici	2	-
Altri beni e servizi	12.816	4.385
Medicina di base	500	820
Farmacologia convenzionata	971	-
Prestazioni di pubblica	-	-
Prestazioni di privato	3.066	1.276
Saldo inzeramento	-	-
Accommodamenti	-	-
Altre componenti di spesa	751	-
Interessi e altre	-	-
Costi straordinari	8.381	-
Totale costi	20.489	9.231
ULTERIORI COSTI NON RENDICONTABILI A CE		
Prestazioni di struttura Pubblica (Valore DRG/Tariffa)	3.375	450
Altre strutture	1.405	-
Totale ulteriori costi	4.780	450
Risultato Economico	(40.729)	(15.230)

Tabella 17: Rendicontazione T09 - Stime 2009 e 2010

Intervento 12: Ulteriori difficoltà causate dagli eventi sismici

Azione 1: Interventi per il potenziamento dei servizi nelle ASL con popolazioni sfollate

Le popolazioni sfollate hanno generato e generano ancora la necessità di utilizzare maggiore manodopera da parte delle ASL accoglienti a fronte di un personale che rimane invariato nella ex ASL di L'Aquila.

Per ripristinare la situazione a livelli di normalità, a seguito del rientro delle popolazioni sfollate è necessario procedere alla cessazione dei contratti di assunzione del personale a tempo determinato, di appalto di servizi e del ripristino della normale



attività di continuità assistenziale cui la Regione Abruzzo ha dovuto ricorrere per far fronte all'emergenza sanitaria del terremoto.

Di seguito si riportano i principali ambiti di azione su cui intervenire:

- **Personale:** il sisma ha reso necessaria l'assunzione di personale a termine per fronteggiare l'aumento di domanda causata dal terremoto. Si ritiene che tale personale debba essere mantenuto in organico fino al 30 settembre 2010
- **Guardia Medica:** immediatamente dopo il sisma è stato potenziato il servizio di continuità assistenziale, tale potenziamento rimarrà in essere fino a settembre 2010
- **Servizi Appaltati:** la gestione degli sfollati ha richiesto il potenziamento delle strutture di *front office* per l'accoglienza e l'assistenza agli sfollati (cup, magazzini, ecc.). Tale potenziamento sarà mantenuto fino a settembre 2010

Risultati programmati

- cessazione dei rapporti di lavoro a tempo determinato collegati al sisma e dei contratti di appalto legati al potenziamento del front office e dell'accoglienza
- ripristino dell'attività ordinaria della Guardia Medica a seguito del potenziamento resosi necessario per gestire il disagio del terremoto

Indicatori di risultato

- avvenuta cessazione dei rapporti di lavoro a tempo determinato collegati al sisma e di appalto legati al potenziamento del front office e dell'accoglienza, entro il 30 settembre 2010
- approvazione atto formale che indichi le modalità e la procedura di ripristino dell'attività ordinaria della Guardia Medica, entro il 30 settembre 2010

Azione 2: Azioni temporanee per il potenziamento della struttura di offerta

Il SSR per gestire l'emergenza ha dovuto ricorrere, nel corso del 2009, ad un maggiore e non previsto ricorso alle strutture private. Le eventuali azioni ancora in essere anche nel 2010 dovranno essere annullate entro il termine massimo di settembre, in particolare:

- **RSA:** verifica delle prestazioni erogate ai pazienti anziani ricoverati in RSA private, cui il SSR ha dovuto ricorrere per inagibilità delle strutture pubbliche e delle abitazioni private e cessazione dei contratti in essere con le strutture private per l'erogazione di tali servizi
- **Blocco chirurgico S. Salvatore:** le sale operatorie del S. Salvatore sono state la parte maggiormente danneggiata dal sisma del 6 aprile. La ASL ha quindi provveduto a stipulare un contratto di affitto delle sale operatorie di una struttura privata locale, tale contratto è previsto in scadenza a settembre 2010

Risultati programmati

- previsione del divieto per gli erogatori privati di fatturare prestazioni extra-tetto riconducibili al terremoto (prestazioni per fini puramente sociali, vedi RSA)
- definizione della procedura e del soggetto attuatore dei controlli sulle prestazioni erogate
- ripristino dell'attività del blocco chirurgico del P.O. S. Salvatore e cessazione del contratto di affitto delle sale operatorie di una struttura privata locale

Indicatori di risultato

- avvenuta emanazione di provvedimento per disporre il divieto per gli erogatori privati di fatturare prestazioni extra-tetto riconducibili al terremoto (prestazioni per fini puramente sociali, vedi RSA) entro il termine massimo del 30 settembre 2010
- avvenuta cessazione del contratto di affitto delle sale operatorie di una struttura privata locale, entro il 30 settembre 2010



Azione 3: Ripristino dell'operatività delle strutture danneggiate

Per ripristinare l'operatività delle strutture danneggiate a seguito del terremoto, la Regione sta predisponendo un "Programma di rimodulazione degli investimenti ex art. 20" che verrà sottoposto a breve al Ministero della Salute, al fine di ottenere i finanziamenti necessari alla ricostruzione e alla messa in funzione di tali strutture.

Gli obiettivi strategici di questo programma, inseriti nell'ambito di una più ampia strategia di razionalizzazione della rete di offerta di servizi sanitari, riguardano la riqualificazione dei presidi ospedalieri di medie e grandi dimensioni facendo fronte alle situazioni di degrado della struttura e degli impianti ed il completamento e potenziamento della rete di assistenza territoriale che garantisca la continuità assistenziale per pazienti anziani e disabili.

In particolare, la Regione ha individuato, quale priorità d'intervento, la ricostruzione del **P.O. San Salvatore all'Aquila**, per rimediare ai danni, anche gravi, alle mura e agli impianti dei diversi fabbricati, causati dal terremoto del 6 Aprile 2009; e per migliorare la capacità produttiva dell'unico presidio che eroga assistenza ospedaliera per un bacino di utenza non garantito da altre strutture della Regione.

Risultati programmati

- invio del "Programma di rimodulazione degli investimenti ex art. 20" della Regione Abruzzo per valutazione istruttoria al Ministero della Salute (Siveas), entro giugno 2010

Indicatori di risultato

- approvazione da parte del Nucleo di Valutazione degli Investimenti Pubblici dei finanziamenti richiesti dalla Regione Abruzzo per la ricostruire il P.O. San Salvatore all'Aquila, entro settembre 2010

Azione 4: Azioni temporanee di supporto alle popolazioni colpite dal sisma

Come agevolazione alle popolazioni colpite dal sisma, la Regione Abruzzo protrae l'esenzione dal pagamento del ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale e sulla farmaceutica possibilmente fino al 30 settembre 2010.

Risultati programmati

- emanazione provvedimento per la revoca dell'esenzione dal pagamento del ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale e sulla farmaceutica

Indicatori di risultato

- avvenuta emanazione provvedimento per la revoca dell'esenzione dal pagamento del ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale e sulla farmaceutica entro il 30 agosto 2010

Valorizzazione dell'Intervento 12: Ulteriori difficoltà causate dagli eventi sismici

Come già riportato nella descrizione dell'intervento, ai costi legati agli interventi descritti che sono riportati in Tabella 17, dovranno essere aggiunti nel momento in cui saranno noti il peggioramento del saldo di mobilità 2009 e le minori entrate fiscali legate al depotenziamento del tessuto produttivo della zona colpita dal sisma.

I valori attesi sono stati determinati sulla base di quanto rendicontato già nel 2009 e sulla base della durata attesa dell'azione. In particolare:

- **Entrate Proprie:** minori entrate legate al mantenimento dell'esenzione dal pagamento del ticket per le popolazioni colpite dal sisma fino al 30 settembre 2010 (minori entrate su base mensile attese: **0,6 C/mln**)
- **Personale:** mantenimento dei contratti di lavoro temporanei in essere e finalizzati alla gestione delle criticità connesse con le popolazioni sfollate fino al 30 settembre 2010 (maggiori costi su base mensile attesi: **0,3 €/mln**)
- **Altri beni e servizi:** sono ricompresi in questa voce:



- interventi di potenziamento delle strutture di front office per la gestione degli sfollati sino al 30 settembre 2010 per 1,2 €/mln (maggiori costi su base mensile attesi: 0,1 €/mln)
- affitti da parte della ASL di L'Aquila delle sale operatorie di una struttura privata fino al 30 settembre 2010 per 2,1 €/mln (maggiori costi su base mensile attesi: 0,4 €/mln)
- **Medicina di base:** Potenziamento del servizio di continuità assistenziale da mantenersi fino al 30 settembre 2010 (maggiori costi su base mensile attesi: 0,1 €/mln)
- **Prestazioni da privato e da pubblico:** i soggetti maggiormente colpiti dal terremoto e dai disagi conseguenti sono stati gli anziani molti dei quali non potendo più essere assistiti in casa sono stati ricoverati in RSA sia pubbliche che private. Tale emergenza è prevista in esaurimento entro il termine massimo di settembre (maggiori costi su base mensile attesi: 0,2 €/mln).



ALLEGATO 2 - Valorizzazione degli interventi: Metodi

Nota metodologica alla valorizzazione dell'Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera

La valorizzazione degli interventi di riconversione si basa sulla stima dei costi cessanti, cioè della quota dei costi (costi desumibili dai Conto Presidio 2008, nel seguito CP) che le ASL e, di conseguenza, il SSR non dovranno più sostenere per i presidi ospedalieri in oggetto a seguito delle riconversioni.

A tal fine, sono stati presi in esame i CP dei presidi ospedalieri abruzzesi individuati per la riconversione e, per una loro migliore elaborazione e rappresentazione, ne è stata eseguita una riclassificazione secondo quanto indicato nella successiva Tabella 18.



Ricevi	
Saldo intramoenia	
B.2) Acquisti di servizi	B0470 - B.2.B) COMPARTECIPAZIONE AL PERSONALE PER ATT. LIBERO-PROF. (INTRAMOENIA)
Costi Interni	
Personale	
B.5) Personale del ruolo sanitario	B0800 - B.5) Personale del ruolo sanitario
B.6) Personale del ruolo professionale	B0810 - B.6) Personale del ruolo professionale
B.7) Personale del ruolo tecnico	B0820 - B.7) Personale del ruolo tecnico
B.8) Personale del ruolo amministrativo	B0830 - B.8) Personale del ruolo amministrativo
Prodotti farmaceutici	
B.1) Acquisti di beni	B0020 - B.1.a) Prodotti farmaceutici
B.1) Acquisti di beni	B0030 - B.1.b) Emoderivati e prodotti dietetici
Altri beni e servizi	
Beni	
Altri beni sanitari	
B.1) Acquisti di beni	B0040 - B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)
B.1) Acquisti di beni	B0050 - B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici
B.1) Acquisti di beni	B0060 - B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.
B.1) Acquisti di beni	B0070 - B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari
B.1) Acquisti di beni	B0080 - B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi
B.1) Acquisti di beni	B0200 - B.1.o) Altro
Beni non sanitari	
B.1) Acquisti di beni	B0110 - B.1.j) Prodotti alimentari
B.1) Acquisti di beni	B0120 - B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere
B.1) Acquisti di beni	B0130 - B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti
B.1) Acquisti di beni	B0140 - B.1.m) Supporti informatici e cancelleria
B.1) Acquisti di beni	B0150 - B.1.n) Materiale per la manutenzione
Servizi	
Servizi Utenze	
B.2) Acquisti di servizi	B0671 - B.2.13.a) Utenze
Servizi Appalti	
B.2) Acquisti di servizi	B0991 - B.2.13.b) Altro
Servizi Appalti (manutenzione)	
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	B0700 - B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)
Altre componenti di spesa	
Consulenze personali non dipendente sanitario	
B.2) Acquisti di servizi	B0510 - B.2.10) Consulenze sanitarie e non sanitarie
Altri servizi sanitari	
B.2) Acquisti di servizi	B0540 - B.2.11) Altri servizi sanitari
Altri servizi non sanitari	
B.2) Acquisti di servizi	B0580 - B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)
Godimento beni di terzi	
B.4) Godimento di beni di terzi	B0750 - B.4) Godimento di beni di terzi
Altri servizi (oneri diversi di gestione)	
B.9) Oneri diversi di gestione	B0840 - B.9) Oneri diversi di gestione
Ammortamenti	
B.10) + B.12) Ammortamenti delle immobilizzazioni	B0801 - B.10) + B.12) Ammortamenti delle immobilizzazioni
Oneri straordinari (variazione rimanenze)	
B.14) Variazione delle rimanenze	B0940 - B.14) Variazione delle rimanenze
Costi esterni	
Prestazioni da privato - ambulatoriale	
B.2) Acquisti di servizi	B0240 - B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale
Altre prestazioni da privato	
B.2) Acquisti di servizi	B0440 - B.2.7) per altra assistenza

Tabella 18: Riclassificazione voci di costo da Conto Presidio

Sulla base della precedente riclassificazione, si giunge alla seguente rappresentazione dei dati di costo, così come desumibili da CP 2008 per i presidi oggetto di riconversione²⁶.

²⁶ Si veda nota 13



Struttura	130006 - P.O. UMBERTO 1° TAGLIACOZZO presidio ospedaliero (67 pl)	130031 - OSPEDALE MARIA SS. IMMACOLATA presidio ospedaliero (75 pl)	130004 - P.O. S. RINALDI PESCIANA presidio ospedaliero (48 pl)	130033 - OSPEDALE CIVILE CONSALVI presidio ospedaliero (59 pl)	130037 - OSPEDALE CIVILE GISSI presidio ospedaliero (61 pl)
Ricavi	46 -	70 -	77 -	26 -	53 -
Saldo intramoenia	46 -	70 -	77 -	26 -	53 -
Costi interni	10.188 -	13.100 -	8.849 -	10.641 -	10.444 -
Personale	6.654 -	9.491 -	6.364 -	8.211 -	8.386 -
Prodotti farmaceutici	640 -	343 -	334 -	292 -	178 -
Altri beni e servizi	2.641 -	3.186 -	1.970 -	1.078 -	1.600 -
Beni	1.284 -	1.064 -	703 -	793 -	671 -
Altri beni sanitari	1.219 -	1.048 -	575 -	636 -	522 -
Beni non sanitari	65 -	16 -	128 -	157 -	149 -
Servizi	1.095 -	2.079 -	1.053 -	578 -	545 -
Servizi Appalti	568 -	981 -	452 -	156 -	214 -
Servizi Appalti (manutenzione)	242 -	938 -	193 -	227 -	74 -
Servizi Utenza	269 -	139 -	387 -	124 -	190 -
Altre componenti di spesa	16 -	21 -	21 -	71 -	67 -
Godimento beni di terzi	188 -	42 -	110 -	210 -	80 -
Altri servizi (oneri diversi di gestione)	74 -	1 -	104 -	297 -	304 -
Ammortamenti	253 -	35 -	181 -	293 -	276 -
Oneri straordinari (variazioni rimanenze)	-	45 -	-	33 -	4 -
Costi esterni	-	-	1 -	4 -	1 -
Protezioni da privato- ambulatoriale	-	-	1 -	4 -	-
Altre protezioni da privato	-	-	-	-	1 -
Totale CP 2008	10.234 -	13.170 -	8.927 -	10.671 -	10.498 -

Tabella 19: Conto Presidio 2008 riclassificato dei presidi da riconvertire (fonte: Regione Abruzzo)²⁷

Per poter pervenire alla stima dei costi cessanti, è stata introdotta la seguente distinzione tra i fattori produttivi per tenere conto della diversa variabilità dei livelli di impiego al variare dei volumi di attività delle strutture:

- personale, per cui sussistono vincoli contrattuali-normativi che consentono di realizzare le economie delle eventuali unità in esubero solo seguendo la cadenza del *turn-over*. Si consideri, tuttavia, che la corretta stima del fabbisogno di personale per le strutture oggetto di riconversione permette di individuare quelle unità di personale potenzialmente in esubero; definisce, così, un "serbatoio" di unità in esubero che permette di sfruttare gli effetti del *turn-over* non solo a

²⁷ Ai fini delle analisi sono state considerate le sole voci di costo classificate come "Costi interni", cioè le nature di costo dei fattori produttivi impiegati per l'erogazione delle prestazioni.



- livello locale, ma anche regionale rendendo disponibili ai servizi sotto-dimensionati personale che già opera all'interno del SSR;
- fattori produttivi associati a costi variabili, il cui assorbimento si ritiene possa variare "proporzionalmente" a seconda dei livelli di attività delle strutture e in funzione della tipologia di assistenza erogata e per cui, stante l'assenza di vincoli contrattuali-normativi, i risparmi risultano realizzabili già dal primo anno;
 - altri fattori produttivi associati a costi fissi che, in quanto tali, non subiscono variazioni a seconda dei livelli di attività delle strutture e in funzione della tipologia di assistenza erogata (per esempio, gli ammortamenti²⁸ e altre voci di manutenzione).

Di conseguenza, per il **personale**, è stato valutato lo scostamento tra dotazione di personale (come da Conto Annuale 2009 "Tabella 1C" - fonte: Regione Abruzzo) e fabbisogno di personale per ciascuna struttura attraverso l'implementazione di un modello gestionale *ad hoc* per il PTA. Gli eventuali risparmi connessi alla riconversione, come illustrato, rientrano nelle economie stimate nell'ambito degli effetti economici legati alla manovra sul personale.

Nel dettaglio, per quanto riguarda il PTA è previsto un fabbisogno complessivo di personale pari a 30 unità (Tabella 20).

	Fabbisogno
Personale Sanitario	21
Medici	5
Altri medici	-
Sanitari non medici	-
Infermieri	16
Tecnici	-
Riabilitatori	-
Altro	-
Personale Tecnico	2
Comparto	2
Personale Amministrativo	7
Comparto	7
Personale Professionale	-
Comparto	-
Totale complessivo	30

Tabella 20: Fabbisogno di personale per Presidio Territoriale H24

Dall'applicazione del modello gestionale ai presidi oggetto di riconversione e dal confronto tra fabbisogno individuato e dotazione del personale (così come desumibile da "Tabella 1C" Conto Annuale 2009), è possibile individuare il numero di unità di personale potenzialmente riallocabile su altri servizi sottodimensionati²⁹.

²⁸ Per questi costi, tipicamente legati ad investimenti strutturali e in tecnologia, occorrerà effettuare delle analisi *ad hoc* in sede di implementazione degli interventi di adeguamento, così come previsti in "Azione 6".

²⁹ Analogamente a quanto si verifica per i dati economici, non sono disponibili i dati di Conto Annuale (2009) per la struttura "San Valentino".



	130006 - P.O. UMBERTO I* TAGLIACOZZO	130031 - OSPEDALE MARIA SS IMMACOLATA	130004 - P.O. S. RINALDI PESCIANA	130033 - OSPEDALE CIVILE CONSALVI	130037 - OSPEDALE CIVILE GISSI	Totale
Personale Sanitario	91	112	69	89	90	451
Medici	21	28	17	20	21	107
Altri medici	0	1	0	0	0	1
Sanitari non medici	2	2	0	0	1	5
Infermieri	45	68	37	56	54	260
Tecnici	10	10	9	5	7	41
Riabilitatori	13	3	6	8	6	36
Altro	0	0	0	0	1	1
Personale Tecnico	20	37	30	46	62	195
Comparto	20	37	30	46	62	195
Personale Amministrativo	0	8	(1)	0	(1)	6
Comparto	0	8	(1)	0	(1)	6
Personale Professionale	0	10	0	0	0	10
Comparto	0	10	0	0	0	10
Totale complessivo	111	167	98	135	151	602

Tabella 21: Scostamento tra dotazione e fabbisogno di personale - presidi da riconvertire

Per quanto riguarda gli altri costi, la successiva tabella riporta le ipotesi formulate. Come si osserva in Tabella 22:

- per i costi individuati come fissi, è stato mantenuto un valore in linea con quello storicamente osservato al netto (eventualmente) di alcuni abbattimenti percentuali;
- per i costi definiti come variabili, invece, non essendo disponibili *benchmark* consolidati sulla realtà gestionale del PTA sono state elaborate delle stime a partire da valori di *benchmark* disponibili per altre tipologie di assistenza:
 - sono stati individuati dei parametri di assorbimento delle risorse;
 - in seguito ad analisi di *benchmarking*, sono stati calcolati i costi *standard* unitari per unità di parametro.

In particolare, nell'ambito dei parametri di assorbimento (di cui in Tabella 22):

- per quanto riguarda i fattori produttivi variabili che in altre realtà assistenziali dipendono dal volume delle giornate di degenza, è stato ipotizzato che un consumo giornaliero nel PTA analogo ai fattori produttivi variabili richiesti in altre strutture per l'erogazione di una giornata di degenza;
- il personale (sanitario e non) è stato derivato dall'applicazione del modello gestionale precedentemente descritto;
- è stata ipotizzata una metratura pari a 1.000 mq da destinare alla attività del PTA.

Natura	Parametro di assorbimento
Beni sanitari	Giornate di degenza
Beni non sanitari	Giornate di degenza
Prodotti farmaceutici	Giornate di degenza
Servizi Appalti	
Lavanderia degenze	N.A.
Lavanderia dipendenti (sanitari)	Personale Sanitaria
Pulizia	Metri quadrati
Mensa degenti	N.A.
Mensa dipendenti	Personale * gg lavorate
Riscaldamento	Metri quadrati
Elaborazione dati	In carico alla ASL
Servizi trasparti (non sanitari)	In carico alla ASL
Smaltimento rifiuti	Metri quadrati
Servizi Utenze	
Utenze telefoniche	Personale
Utenze elettricità	Metri quadrati
Servizi Appalti (manutenzione)	% Valori cfd
Ammortamenti	% Valori cfd
Voci residue	% Valori cfd

Tabella 22: Parametri di assorbimento dei fattori produttivi



Sulla base delle ipotesi fino a qui illustrate, è ricostruito il conto economico prospettico riclassificato dei presidi riconvertiti. In tal modo, risulta possibile valutare lo scostamento tra i costi storicamente registrati (come da CP 2008) e la nuova struttura dei costi a valle della riconversione. Stante la limitata efficacia temporale del Programma Operativo 2010, i potenziali risparmi per l'anno 2010 sono individuati come frazione dell'annualità, in proporzione al numero di mensilità 2010 per cui verrà attivato il PTA e non includono i risparmi sul costo del personale (realizzabili solo al tasso del *turn-over* sulla base di quanto previsto dalla manovra sul personale).

In sintesi, a valle della riconversione

- la struttura dei costi del Presidio "Umberto I" di Tagliacozzo (per cui è prevista la riconversione entro il 30 Settembre 2010) vedrà, nel lungo termine, una riduzione di circa 8,5 €/mln (di cui 5,5 sul personale), mentre per il 2010 potrà essere realizzata una manovra pari a circa 3/12 del risparmio potenziale e pertanto nell'intorno di 0,75 €/mln (Tabella 23);

Natura	"CP" post-riconversione				Manovra 2010
	CP 2008	riconversione	Delta	Delta %	
Costi Interni	10.160	1.676	8.513	-84%	753
Personale	5.654	1.155	5.499	-97%	Turn-over
Prodotti farmaceutici	640	0	640	-100%	160
Altri beni e servizi	2.641	267	2.374	-90%	593
Beni	1.284	1	1.283	-100%	321
Altri beni sanitari	1.219	0	1.219	-100%	305
Beni non sanitari	65	1	64	-99%	16
Servizi	1.095	266	829	-76%	207
Servizi Appalti	568	78	490	-86%	123
Servizi Appalti (manutenzione)	242	169	73	-30%	18
Servizi Utenze	269	19	250	-93%	62
Altre componenti di spesa	16	-	16	-100%	4
Consulenze personale non dipendente sanitario	0	-	0	-00%	2
Altri servizi sanitari	0	-	0	-00%	2
Altri servizi non sanitari	-	-	-	-	-
Godimento beni di terzi	188	-	188	-100%	47
Altri servizi (oneri diversi di gestione)	74	-	74	-100%	19
Ammortamenti	253	253	-	0%	-
Oneri straordinari (variazione rimanenze)	-	-	-	-	-

Tabella 23: Manovra 2010 su riconversioni – dettaglio presidio ospedaliero "Umberto I" di Tagliacozzo³⁰

A valle della riconversione, per quanto riguarda lo scostamento tra dotazione di personale attuale e il fabbisogno futuro si verificherà quanto illustrato in Tabella 24.

³⁰ Ai fini delle analisi sono state considerate le sole voci di costo classificate come "Costi interni", cioè le nature di costo dei fattori produttivi impiegati per l'erogazione delle prestazioni.



130006 - P.O. UMBERTO I* TAGLIACOZZO			
	Dotazione	Fabbisogno	Delta
Personale Sanitario	112	21	91
Medici	26	5	21
Altri medici	0	-	0
Sanitari non medici	2	-	2
Infermieri	61	16	45
Tecnici	10	-	10
Riabilitatori	13	-	13
Altro	0	-	0
Personale Tecnico	22	2	20
Comparto	22	2	20
Personale Amministrativo	7	7	0
Comparto	7	7	0
Personale Professionale	0	0	0
Comparto	0	0	0
Totale complessivo	141	30	111

Tabella 24: Scostamento tra dotazione e fabbisogno di personale – dettaglio presidio ospedaliero “Umberto I” di Tagliacozzo

- la struttura dei costi del presidio “SS Immacolata” di Guardiagrele vedrà, nel lungo termine, una riduzione di circa 11,1 €/mln (di cui 8,3 sul personale), ma tale risparmio non si concretizza come manovra per il 2010 poiché la riconversione è attesa entro il 31 Dicembre 2010 (Tabella 25);

Nature	CP 2008		"CP" post-riconversione		Delta	Delta %	Manovra 2010
Costi Interni	-	13.100	-	1.945	11.155	-85%	-
Personale	-	9.491	-	1.155	8.336	-88%	Turn-over
Prodotti farmaceutici	-	343	-	0	343	-100%	-
Altri beni e servizi	-	3.166	-	755	2.411	-76%	-
Beni	-	1.064	-	1	1.063	-100%	-
Altri beni sanitari	-	1.049	-	0	1.049	-100%	-
Beni non sanitari	-	16	-	1	15	-94%	-
Servizi	-	2.079	-	754	1.325	-64%	-
Servizi Appalti	-	981	-	78	903	-92%	-
Servizi Appalti (manutenzionale)	-	938	-	657	281	-30%	-
Servizi Utente	-	139	-	19	120	-86%	-
Altre componenti di spesa	-	21	-	-	21	-100%	-
Consulenze personale non dipendente contratto	-	0	-	0	0	-100%	-
Altri servizi sanitari	-	-	-	-	-	-	-
Altri servizi non sanitari	-	0	-	0	0	-100%	-
Godimento beni di terzi	-	42	-	-	42	-100%	-
Altri servizi (oneri diversi di gestione)	-	1	-	-	1	-100%	-
Ammortamenti	-	35	-	35	-	0%	-
Oneri straordinari (variazione rimanenze)	-	45	-	-	45	-100%	-

Tabella 25: Manovra 2010 su riconversioni – dettaglio presidio ospedaliero “SS.Immacolata” di Guardiagrele

Nel 2011, a valle della riconversione, per quanto riguarda lo scostamento tra dotazione di personale attuale e il fabbisogno futuro si verificherà quanto illustrato in Tabella 26.



130031 - OSPEDALE MARIA SS IMMACOLATA			
	Dotazione	Fabbisogno	Delta
Personale Sanitario	133	21	112
Medici	33	5	28
Altri medici	1	-	1
Sanitari non medici	2	-	2
Infermieri	84	16	68
Tecnici	10	-	10
Radioterapisti	3	-	3
Altro	0	-	0
Personale Tecnico	39	2	37
Comparto	39	2	37
Personale Amministrativo	15	7	8
Comparto	15	7	8
Personale Professionale	10	0	10
Comparto	10	-	10
Totale complessivo	197	30	167

Tabella 26: Senstamento tra dotazione e fabbisogno di personale - dettaglio presidio ospedaliero "SS. Immacolata" di Guardiagrele

- la struttura dei costi del presidio "S. Rinaldi" di Pescara vedrà, nel lungo termine, una riduzione di circa 7,3 €/mln (di cui 5,2 sul personale), mentre per il 2010, essendo prevista la data del 31 Agosto 2010 come termine ultimo per la riconversione, potrà essere realizzata una manovra pari 4/12 del risparmio annuale atteso per circa 0,7 €/mln (Tabella 27).

Natura	*CP* post-		Delta	Delta %	Manovra 2010
	CP 2008	riconversione			
Costi Interni	8.849	1.569	7.280	-82%	690
Personale	6.364	1.155	5.209	-82%	Turn-over
Prodotti farmaceutici	334	0	334	-100%	111
Altri beni e servizi	1.970	233	1.737	-88%	579
Beni	703	1	702	-100%	234
Altri beni sanitari	575	0	575	-100%	192
Beni non sanitari	128	1	127	-99%	42
Servizi	1.053	232	821	-78%	274
Servizi Appalti	452	76	374	-83%	125
Servizi Appalti (manutenzione)	193	135	58	-30%	19
Servizi Utenza	387	19	366	-95%	123
Altre componenti di spesa	21	-	21	-100%	7
Consulenza personale non dipendente sanitario	0	-	0	-00%	3
Altri servizi sanitari	0	-	0	-00%	3
Altri servizi non sanitari	5	-	5	-00%	2
Godimento beni di terzi	110	-	110	-100%	37
Altri servizi (oneri diversi di gestione)	104	-	104	-100%	35
Ammortamenti	181	181	-	0%	-
Oneri straordinari (variazione rimanenze)	-	-	-	-	-

Tabella 27: Manovra 2010 su riconversioni - dettaglio presidio ospedaliero "S. Rinaldi" di Pescara

Nel seguito, si evidenzia lo scostamento che si registrerà tra dotazione e fabbisogno di personale a valle delle riconversioni (Tabella 28). Nel dettaglio, la riconversione renderà disponibile al SSR 99 unità di personale, ma richiederà il trasferimento presso la struttura di 1 unità di personale amministrativo.



13 0004 - P.O. S. RINALDI PESCIANA			
	Dotazione	Fabbisogno	Delta
Personale Sanitario	90	21	69
Medici	22	5	17
Altro medici	0	-	0
Sanitari non medici	0	-	0
Infermieri	53	16	37
Tecnici	9	-	9
Riabilitatori	6	-	6
Altro	0	-	0
Personale Tecnico	32	2	30
Comparto	32	2	30
Personale Amministrativo	6	7	(-1)
Comparto	6	7	(-1)
Personale Professionale	0	0	0
Comparto	0	-	0
Totale complessivo	128	30	98

Tabella 28: Scostamento tra dotazione e fabbisogno di personale – dettaglio presidio ospedaliero “S. Rinaldi” di Pescara

- la struttura dei costi del presidio “Consalvi” di Casoli vedrà, nel lungo termine, una riduzione di circa 8,9 €/mln (di cui 7 €/mln sul personale), mentre per il 2010, essendo prevista la data del 31 Agosto 2010 come termine ultimo per la riconversione, potrà essere realizzata una manovra pari 4/12 del risparmio annuale atteso per circa 0,6 €/mln (Tabella 27).

Natura	"CP" post-		Delta	Delta %	Manovra 2010
	CP 2008	riconversione			
Costi Interni	10.641	1.705	6.936	-84%	627
Personale	8.211	1.155	7.056	-86%	Turn-over
Prodotti farmaceutici	292	0	292	-100%	97
Altri beni e servizi	1.678	257	1.621	-86%	540
Beni	793	1	792	-100%	264
Altri beni sanitari	636	0	636	-100%	212
Beni non sanitari	157	1	156	-100%	52
Servizi	578	256	322	-56%	107
Servizi Appalti	156	78	78	-50%	26
Servizi Appalti (manutenzione)	227	159	68	-30%	23
Servizi Utenze	124	19	105	-84%	35
Altre componenti di spesa	71	-	71	-100%	24
Consulenza personale non dipendente sanitario	-	-	-	-	-
Altri servizi sanitari	71	-	71	-100%	24
Altri servizi non sanitari	-	-	-	-	-
Godimento beni di terzi	210	-	210	-100%	70
Altri servizi (onari diversi di gestione)	297	-	297	-100%	99
Ammortamenti	293	293	-	0%	-
Oneri straordinari (variazione rimanenze)	33	-	33	-100%	11

Tabella 29: Manovra 2010 su riconversioni – dettaglio presidio ospedaliero “Consalvi” di Casoli

Nel seguito, si evidenzia lo scostamento che si registrerà tra dotazione e fabbisogno di personale a valle delle riconversioni (Tabella 28).



	Dotazione	Fabbisogno	Delta
130033 - OSPEDALE CIVILE CONSALVI			
Personale Sanitario	110	21	89
Medici	25	5	20
Altri medici	0	-	0
Sanitari non medici	0	-	0
Infermieri	72	16	56
Tecnici	5	-	5
Riabilitatori	8	-	8
Altro	0	-	0
Personale Tecnico	46	2	46
Comparto	46	2	46
Personale Amministrativo	7	7	0
Comparto	7	7	0
Personale Professionale	0	0	0
Comparto	0	0	0
Totale complessivo	163	30	135

Tabella 30: Scostamento tra dotazione e fabbisogno di personale - dettaglio presidio ospedaliero "Consalvi" di Casoli

- la struttura dei costi del presidio di Gissi vedrà, nel lungo termine, una riduzione di circa 8,8 €/mln (di cui 7,2 €/mln sul personale), mentre per il 2010, essendo prevista la data del 31 Agosto 2010 come termine ultimo per la riconversione, potrà essere realizzato una manovra pari 4/12 del risparmio annuale atteso per circa 0,55 €/mln (Tabella 27).

Nature	CP 2009	"CP" post-riconversione	Delta	Delta %	Manovra 2010
Costi Interni	10.444	1.581	8.863	-85%	544
Personale	8.386	1.165	7.231	-86%	Turn-over
Prodotti farmaceutici	178	0	178	-100%	59
Altri beni e servizi	1.660	150	1.450	-81%	483
Beni	671	1	670	-100%	223
Altri beni sanitari	522	0	522	-100%	174
Beni non sanitari	149	1	148	-100%	49
Servizi	545	149	396	-73%	132
Servizi Appalti	214	78	136	-64%	45
Servizi Appalti (in amministrazione)	74	52	22	-30%	7
Servizi Utenze	190	19	171	-90%	57
Altre componenti di spesa	67	-	67	-100%	22
Consulenza personale non dipendente sanitaria	0	-	0	-00%	3
Altri servizi sanitari	56	-	56	-00%	0
Altri servizi non sanitari	1	-	1	-00%	0
Godimento beni di terzi	80	-	80	-100%	27
Altri servizi (oneri diversi di gestione)	304	-	304	-100%	101
Ammortamenti	276	276	-	0%	-
Oneri straordinari (variazione rimanenze)	4	-	4	-100%	1

Tabella 31: Manovra 2010 su riconversioni - dettaglio presidio ospedaliero di Gissi

Nel seguito, si evidenzia lo scostamento che si registrerà tra dotazione e fabbisogno di personale a valle delle riconversioni (Tabella 28). In questo caso, la riconversione metterà a disposizione del SSR 152 unità di personale, ma presso la struttura dovranno essere trasferiti 1 amministrativo.



	Dotazione	Fabbisogno	Delta
130037 - OSPEDALE CIVILE GISSI			
Personale Sanitario	111	21	90
Medici	26	5	21
Altri medici	0	-	0
Sanitari non medici	1	-	1
Infermieri	70	16	54
Tecnici	7	-	7
Riabilitatori	6	-	6
Altro	1	-	1
Personale Tecnico	64	2	62
Comparto	64	2	62
Personale Amministrativo	6	7	(-1)
Comparto	6	7	(-1)
Personale Professionale	0	0	0
Comparto	0	-	0
Totale complessivo	181	30	151

Tabella 32: Scostamento tra dotazione e fabbisogno di personale - dettaglio presidio ospedaliero di Gissi

Infine, la carenza di dati strutturati e sistemici per quanto riguarda il presidio di riabilitazione "San Valentino" non consente di effettuare analoghe stime per tale struttura.



Nota metodologica alla valorizzazione dell'Intervento 11: Razionalizzazione della spesa farmaceutica – Azione I

Tra le politiche di contenimento della spesa farmaceutica, rientrano le azioni finalizzate al mantenimento dei comportamenti prescrittivi - in base alle evidenze storiche disponibili e per categorie terapeutiche predefinite - dei principi attivi prescritti in passato anche successivamente alla perdita del brevetto di specifici prodotti.

A questo proposito è stato costruito un indicatore che tiene conto dei volumi prescritti di farmaco generico costruito considerando sia i volumi storici, espressi in DDD³¹ (*dosi definite die*), sia i volumi di prescrizione attesi in ragione dei prodotti per i quali è prevista la scadenza nel corso dell'esercizio oggetto di programmazione e immaginando sul consumo dei principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza, un riallineamento dei comportamenti verso le performance di eccellenza costituite dalla ASL *best-in-class* per ogni specifica categoria terapeutica.

Il lavoro sopra brevemente descritto si è articolato in 3 fasi:

- individuazione delle categorie terapeutiche oggetto del monitoraggio in base al volume di prescrizioni registrate per l'anno 2009 e alla scadenza brevettuale dei principi attivi in esse contenute (Allegati - Tabella 36);
- individuazione dei principi attivi con brevetto scaduto fino a dicembre 2009 e in scadenza nell'anno 2010, contenuti all'interno delle categorie terapeutiche di cui al punto precedente (Allegati - Tabella 37);
- simulazione del risparmio atteso nel 2010 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto o in scadenza nel 2010 per le categorie oggetto di monitoraggio che misura la diminuzione teorica di spesa netta sotto l'ipotesi che tutte le ASL raggiungano i livelli della ASL *best-in-class* nel II semestre 2010 (Tabella 35).

Si riporta l'incidenza percentuale del consumo (DDD) di principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza all'interno delle categorie terapeutiche oggetto di monitoraggio calcolata per ASL nell'anno 2009 come valore di riferimento per la definizione dei livelli di prescrizione di farmaco generico e per l'individuazione della ASL *best-in-class* (ASL con la % farmaci equivalenti maggiore) per ciascuna categoria terapeutica (Tabella 33).

Fonti dati

Per quanto riguarda le analisi che hanno prodotto il calcolo del risparmio ipotizzato in seguito allo spostamento delle prescrizioni verso specialità equivalenti nel secondo semestre dell'anno 2010, è stato necessario il *record linkage* tra le seguenti banche dati:

- consumi SFERA anno 2009 delle ASL della Regione Abruzzo disaggregati per mese e specialità in termini di n. confezioni, spesa netta e spesa lorda;
- anagrafe farmaci OsMed utilizzata per il calcolo delle DDD (Dosi Definite Die) ossia di un valore standardizzato del numero di giornate di terapia relative alla singola specialità medicinale;
- liste AIFA farmaci equivalenti a partire da dicembre 2001 (scaricabili dal sito AIFA);
- lista dei certificati complementari di protezione (CCP) (legge n. 31 del 28 febbraio 2008) disponibili nel sito del Ministero della Salute.

Metodi e risultati

La percentuale di farmaci equivalenti sul totale dei farmaci della categoria terapeutica (% FE= % farmaci equivalenti) è calcolata nel seguente modo:

³¹ Le DDD (Dosi Definite Die) pubblicate dal WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology di Oslo, rappresentano la dose di mantenimento per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza (si tratta quindi di una unità standard e non della dose raccomandata per il singolo paziente).



- **numeratore:** totale delle giornate di terapia di farmaci i cui principi attivi hanno perso / perderanno il brevetto fino a novembre 2010;
- **denominatore:** totale delle giornate di terapia della categoria terapeutica a cui appartengono i principi attivi al numeratore.

Il calcolo dell'incidenza percentuale dei principi attivi che hanno perso il brevetto sul totale della categoria terapeutica è stato effettuato, visto che nelle liste AIFA vi sono le specialità con un corrispondente generico che non necessariamente coprono tutte le specialità relative ad un determinato principio attivo (ve ne sono alcune che, in termini di dosaggio e forma, non hanno corrispondente generico e quindi non sono contenute nelle liste AIFA), accodando le specialità delle liste AIFA a partire dal 2001 (circa una lista- mese per un totale di 90 liste); di conseguenza è stato possibile risalire ai principi attivi e alla data in cui la prima specialità con corrispondente generico è stata inserita nella lista AIFA prendendo quella come data di scadenza brevettuale del principio attivo (in realtà è la data in cui è stata immessa in commercio la prima specialità con corrispondente generico relativamente al principio attivo considerato). Questo è stato necessario in quanto vi sono stati alcuni principi attivi per cui i CCP riportavano la scadenza ad una data, ma l'immissione in commercio di specialità equivalenti è stata successiva – ad esempio la fluvastatina riportava la scadenza ad agosto 2008, ma le specialità equivalenti sono entrate in commercio soltanto nei primi mesi del 2009. Non si possono dunque considerare nel calcolo degli obiettivi principi attivi scaduti in base alle date di scadenza registrate dall'ufficio brevetti se, di fatto, non vi è una contemporanea produzione di farmaci equivalenti che determina un corrispondente abbassamento del prezzo.

Categorie terapeutiche	% FE - Incidenza Farmaci Equivalenti							
	ABRUZZO	Avezzano - Sulmona	Chieti	Vasto	L'Aquila	Pescara	Teramo	ITALIA
1- IPP	83,9%	82,6%	79,2%	84,0%	91,3%	81,0%	88,4%	83,0%
2 - Antipertensivi_1	90,0%	88,8%	89,5%	90,4%	90,7%	81,0%	89,7%	92,0%
3 - Antipertensivi_2	11,7%	13,1%	9,5%	8,9%	9,8%	13,9%	12,4%	14,0%
4 - Statine	35,7%	37,4%	32,2%	35,9%	28,0%	35,9%	38,0%	36,0%
5 - Bifosfonati	28,6%	25,0%	31,3%	31,1%	29,6%	27,8%	27,5%	33,0%
6 - Antipiretici	48,9%	44,0%	48,4%	46,9%	46,8%	48,5%	46,5%	49,0%
7 - Antipsicotici atipici	23,7%	21,2%	24,9%	27,1%	26,3%	24,4%	21,5%	20,0%
8 - Antidepressivi	73,2%	70,6%	76,9%	75,9%	68,2%	71,6%	73,7%	73,0%
9 - Antibiotici	60,2%	69,3%	58,5%	59,9%	65,3%	59,0%	62,7%	59,0%
10 - Antinfiammatori - cortisonici inal.	89,8%	87,7%	91,0%	90,4%	89,8%	89,7%	90,1%	89,0%
11 - Broncodilatatori	85,0%	86,6%	79,1%	85,3%	86,6%	82,0%	89,4%	87,0%
TOTALE CATEGORIE	65,9%	64,6%	64,9%	65,3%	65,6%	66,0%	67,7%	67,0%

Tabella 33: Incidenza percentuale nel 2009 del consumo (DDD) di principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza all'interno delle categorie terapeutiche oggetto di monitoraggio.³²

Utilizzando il numero di giornate di terapia per specialità è stato possibile costruire il prezzo medio ponderato (PMP) per giornata di terapia e applicarlo al numero di giornate di terapia per effettuare le simulazioni.

I prezzi a livello di una singola specialità sono ottenuti come rapporto tra i valori di spesa (in euro) e le quantità vendute in termini di DDD.

A partire dai prezzi a livello di singola specialità sono stati calcolati per ogni mese i prezzi medi ponderati (PMP), dove i pesi sono costituiti dal numero delle DDD, secondo la seguente formula:

³² In Tabella 33:

- sono evidenziate in azzurro le ASL *best in class*;
- la categoria "Antipertensivi_1" si riferisce a ace inibitori (da soli e in ass), calcio antagonisti e beta bloccanti
- la categoria "Antipertensivi_2" riguarda i sartani (da soli e in ass)



$$PMP_i = \frac{\sum_{j=1}^n p_j q_j}{\sum_{j=1}^n q_j}$$

dove:

n = è il numero delle specialità in commercio nel mese i

p_j = è il prezzo di una DDD della specialità j nel mese i

q_j = è il numero delle DDD della specialità j vendute nel mese i

Una volta calcolato, all'interno di ogni categoria terapeutica, il PMP relativo all'insieme dei principi attivi a brevetto scaduto o in scadenza e il PMP relativo al loro insieme complementare, è stata calcolata la spesa netta che si sarebbe avuta se la % FE fosse stata, per l'intera Regione, quella della ASL con la % FE maggiore (ASL *best-in-class*) moltiplicando il PMP calcolato sulla spesa netta al numero di DDD ottenute simulando, per i due sottoinsiemi della categoria terapeutica, la % FE della ASL *best-in-class*.

Si riporta di seguito un esempio sulla categoria degli inibitori di pompa protonica:

	Spesa netta 2009 [C]	DDD totali 2009	PMP	% FE best- in-class	Spesa netta attesa ⁽¹⁾ [C]	Risparmio II semestre ⁽²⁾ [C]
Inibitori della pompa protonica	16.091.210,22	24.174.847			14.701.944	695.083
PA monitoraggio 2010	10.964.204,30	20.276.994	0,54	91,3%	11.934.605	
Altro	5.127.005,92	3.897.855	1,32	8,7%	2.766.439	

Tabella 34: Dettaglio simulazione del risparmio atteso nel 2010 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con PA scadute o in scadenza

dove:

(1) valore teorico che serve da punto di partenza per il calcolo del risparmio ed esprime la spesa attesa se tutte le ASL, e dunque l'intera Regione, avessero già raggiunto – dal 1 gennaio 2010 - la percentuale della ASL *best-in-class* e avessero mantenuto costanti i loro consumi rispetto al 2009.

(2) risparmio teorico sotto l'ipotesi che tutte le ASL raggiungano i livelli della ASL *best-in-class* nel II semestre.

Utilizzando i dati riportati nelle seguenti tabelle è possibile calcolare l'impatto, per l'anno 2010, di un eventuale spostamento delle prescrizioni verso farmaci equivalenti. Come è noto, nell'anno 2008 e 2009, la Regione Abruzzo si è dotata di uno strumento di valutazione delle performance delle ASL (*Balanced Scorecard*). Tra i vari obiettivi assegnati alle ASL, vi è stato anche l'aumento delle prescrizioni di farmaco generico sul totale per categoria terapeutica. Analizzando il consuntivo 2009, è stato evidenziato come il richiesto processo di spostamento delle prescrizioni verso farmaci equivalenti sia stato minimo in mancanza di specifici fattori che ne incentivassero l'uso, ovvero in assenza di accordi negoziati con i MMG che prevedessero, ad esempio, strumenti quali l'implementazione di sistemi di reportistica condivisa. Si ritiene, pertanto, prudenzialmente di abbattere del 10% il risparmio ipotizzato per il II semestre 2010 per tenere conto del rischio associato all'ipotesi di allineamento di tutte le ASL al valore della *best-in-class*.

A fronte del metodo applicato, è stata stimata una manovra sulla farmaceutica convenzionata pari a 4,3 C/miln da realizzare nel II semestre 2010.



	Spesa netta 2008	DDD totali 2008	%best-in-class	Risparmio teorico II sem 2010	Risparmio II sem 2010
Inibitori della pompa protonica	16.091.210,22	24.174.847		579.236	521.312
PA Monitoraggio 2010	10.964.204,30	20.276.994	91,3		
Altro	5.127.005,92	3.897.855	8,7		
Antipertensivi 1	29.058.224,76	102.262.441		404.113	363.701
PA Monitoraggio 2010	23.956.021,16	92.045.625	91,0		
Altro	5.112.203,60	10.216.819	9,0		
Sartani	25.752.515,23	38.470.745		2.969.243	2.672.319
PA Monitoraggio 2010	3.778.502,79	4.506.365	13,9		
Altro	21.973.912,44	33.962.381	86,1		
Statine	20.510.142,59	21.455.723		152.138	136.925
PA Monitoraggio 2010	3.640.669,35	7.665.226	38,0		
Altro	16.869.473,24	13.790.493	62,0		
Bifosfonati	6.702.537,99	6.875.111		28.429	25.566
PA Monitoraggio 2010	1.394.059,57	1.959.659	31,3		
Altro	5.308.478,42	4.905.449	68,7		
Antipietici	8.095.869,45	5.720.127		365.606	329.045
PA Monitoraggio 2010	4.441.984,07	2.683.675	48,5		
Altro	3.653.884,79	3.036.453	51,5		
Antipsicotici atipici	7.668.630,49	2.022.425		67.353	60.618
PA Monitoraggio 2010	958.596,40	479.230	27,1		
Altro	6.710.034,09	1.543.196	72,9		
Antidepressivi	8.712.226,13	15.930.527		152.989	137.690
PA Monitoraggio 2010	4.426.040,93	11.662.977	76,9		
Altro	4.286.187,20	4.267.551	23,1		
Antibiotici	15.973.639,57	6.932.361		121.183	109.047
PA Monitoraggio 2010	8.248.055,21	3.572.465	65,3		
Altro	7.725.584,36	2.359.897	34,7		
Antinfiammatori cortisonici inal.	4.035.142,87	6.242.049		5.599	5.040
PA Monitoraggio 2010	3.416.547,78	5.505.750	90,4		
Altro	618.595,09	636.298	9,6		
Broncodilatatori	1.334.586,11	2.386.062		9.939	8.945
PA Monitoraggio 2010	1.065.316,47	2.026.861	89,4		
Altro	269.269,64	357.202	10,6		
TOTALE CATEGORIE MONITORAGGIO	143.944.727,41	231.472.418		4.855.809	4.370.228

Tabella 35: Simulazione del risparmio atteso nel 2010 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto o in scadenza nel 2010 per le categorie oggetto di monitoraggio

Allegati

Gruppo	Categoria terapeutica	ATC
Inibitori di pompa		A02BC
Antipertensivi	Beta bloccanti	C07A
	Calcio-antagonisti	C08CA
	Ace inibitori non associati	C09AA
	Ace inibitori associati con diuretici	C09BA
Sartani da soli o in ass.	Angio II antagon.	C09CA
	Angio II antagon. e diuretici	C09DA
Statine		C10AA, C10BA
Bifosfonati		M05BA, M05BB
Antipietici		N03
Antipsicotici atipici		N05AH, N05AX
Antidepressivi	Inibitori selettivi della serotonina	N05AB
	Altri antidepressivi	N05AX
Antibiotici	Cefalosporine	J01D
	Macrolidi	J01FA
	Chinoloni	J01M
Antinfiammatori - cortisonici inal.		R01AD, R03BA
Broncodilatatori		R03AC

Tabella 36: Classificazione delle categorie terapeutiche oggetto del monitoraggio per l'anno 2010.



Categoria terapeutica	ATC5	Principio attivo	Data
Inibitori di pompa	A02B C01	Omeprazolo	11-2007
Inibitori di pompa	A02B C02	Pantoprazolo	07-2009
Inibitori di pompa	A02B C03	Lansoprazolo	03-2006
Beta bloccanti	C07A A07	Setalolo	12-2001
Beta bloccanti	C07A B02	Metoprololo	12-2001
Beta bloccanti	C07A B03	Atenololo	12-2001
Beta bloccanti	C07A B07	Bisoprololo	03-2007
Beta bloccanti	C07A G02	Carvedilolo	10-2004
Beta bloccanti	C07A B12	Nebivololo	10-2010
Calcio antagon. (diidro.)	C08C A01	Amiodipina	01-2008
Calcio antagon. (diidro.)	C08C A02	Felodipina	05-2009
Calcio antagon. (diidro.)	C08C A04	Nicardipina	12-2001
Calcio antagon. (diidro.)	C08C A05	Nifedipina	12-2001
Calcio antagon. (diidro.)	C08C A07	Nisoldipina	07-2010
Calcio antagon. (diidro.)	C08C A12	Barnidipina	04-2010
Ace inibitori	C09A A01	Captopril	12-2001
Ace inibitori	C09A A02	Enalapril	01-2005
Ace inibitori	C09A A03	Lisinopril	09-2007
Ace inibitori	C09A A04	Perindopril	07-2008
Ace inibitori	C09A A05	Ramipril	01-2008
Ace inibitori	C09A A06	Quinapril	06-2007
Ace inibitori	C09A A07	Benazepril	04-2009
Ace inibitori	C09A A09	Fosinopril	06-2009
Ace inibitori	C09A A10	Trandolapril	03-2009
Ace inibitori e diur. (ass)	C09B A01	Captopril + Idroclorotiazide	11-2006
Ace inibitori e diur. (ass)	C09B A02	Enalapril + Idroclorotiazide	12-2007
Ace inibitori e diur. (ass)	C09B A03	Lisinopril + Idroclorotiazide	05-2009
Ace inibitori e diur. (ass)	C09B A04	Perindopril + indopamide	10-2009
Ace inibitori e diur. (ass)	C09B A05	Ramipril + Idroclorotiazide	01-2008
Ace inibitori e diur. (ass)	C09B A06	Quinapril + Idroclorotiazide	07-2007
Ace inibitori e diur. (ass)	C09B A07	Benazepril + Idroclorotiazide	05-2009
Ace inibitori e diur. (ass)	C09B A09	Fosinopril + Idroclorotiazide	01-2009
Angio II antagon.	C09D A01	Losartan	02-2010
Angio II antagon. e diur. (ass)	C09D A01	Losartan e diuretici	02-2010
Statine	C10A A01	Sinvastatina	04-2007
Statine	C10A A03	Pravastatina	01-2008
Statine	C10A A04	Fluvastatina	10-2009
Cefalosporine im/ev I gen	J01D B04	Cefazolina	11-2009
Cefalosporine im/ev III-IV gen	J01D D01	Cefotaxima	01-2005
Cefalosporine im/ev III-IV gen	J01D D02	Ceftriaxone	05-2005
Cefalosporine im/ev III-IV gen	J01D D04	Ceftriaxone	01-2005
Macrolidi	J01F A01	Eritromicina	12-2001
Macrolidi	J01F A02	Spiramicina	01-2003
Macrolidi	J01F A07	Josamicina	12-2001
Macrolidi	J01F A09	Clarithromicina	01-2008
Macrolidi	J01F A10	Azitromicina	06-2009

Tabella 37: Principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza oggetto del monitoraggio nell'anno 2010³³ (segue)

³³In Tabella 37, l'anno e il mese indicano la lista AIFA in cui - per la prima volta - è presente una specialità equivalente relativa al principio attivo. Le date evidenziate indicano quelle riportate dalla lista CCP per l'anno 2010.



Categoria terapeutica	ATC5	Principio attivo	Data
Chinoloni	J01MA02	Ciprofloxacina	04-2007
Chinoloni	J01MA06	Norfloxacina	12-2001
Chinoloni	J01MB04	Acido piparidico	10-2003
Bifosfonati orali e iniettabili	M05B A02	Acido clodronico	12-2001
Bifosfonati orali e iniettabili	M05B A04	Acido alendronico	11-2006
Antiepilettici	N03AF01	Carbamazepina	12-2001
Antiepilettici	N03AG01	Acido valproico (sale di sodio)	12-2001
Antiepilettici	N03AX09	Lamotrigina	07-2006
Antiepilettici	N03AX12	Gabapentin	07-2004
Antiepilettici	N03AX14	Levetiracetam	01-2010
Altri antipsicotici	N05AH02	Clozapina	01-2003
Altri antipsicotici	N05AX08	Risperidone	01-2008
Antidepressivi-SSRI	N06AB03	Fluoxetina	12-2001
Antidepressivi-SSRI	N06AB04	Citalopram	07-2004
Antidepressivi-SSRI	N06AB05	Paroxetina	01-2003
Antidepressivi-SSRI	N06AB06	Sertralina	12-2005
Antidepressivi-SSRI	N06AB08	Fluvoxamina	11-2007
Antidepressivi-Altri	N06AX11	Mirtazapina	05-2005
Antidepressivi-Altri	N06AX16	Venlafaxina	03-2009
Broncodilatatori - beta2 agonisti	R03AC02	Salmeterolo	12-2001
Broncodilatatori - beta2 agonisti	R03AC13	Formoterolo	12-2006
Antinfiammatori - cortisonici inal.	R03BA01	Beclometasone	12-2001
Antinfiammatori - cortisonici inal.	R03BA02	Budesonide	10-2004
Antinfiammatori - cortisonici inal.	R03BA03	Flunisolide	10-2003

Tabella 37 - Principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza oggetto del monitoraggio nell'anno 2010



Nota metodologica alla valorizzazione Intervento 4: Gestione delle risorse umane a livello regionale

Il presente paragrafo chiarifica, sul fronte metodologico, gli input impiegati per il calcolo della manovra sul parziale blocco del personale che determinerà, nel 2010, una riduzione di 179 unità di personale (ulteriore alle 258 unità cessanti già individuate in fase di stima del "Conto Economico Tendenziale" che genererà impatti sul costo del personale per 3,7 €/mln (3,1 €/mln per il personale sanitario e 0,6 €/mln per quello non sanitario) e sul valore dell'IRAP per 0,3 €/mln.

Fonte dati

Ai fini delle analisi, è stata impiegata come fonte la serie storica 2005-2009 del "Conto Annuale" (fonte: Regione Abruzzo), con particolare riferimento alle seguenti tabelle:

- "Tabella 1" per la rilevazione delle unità di personale a tempo indeterminato in servizio al 31/12 e "Tabella 2" per la rilevazione delle unità di "uomo/anno" a tempo determinato al 31/12;
- "Tabella 1C" per la rilevazione delle unità di personale a tempo indeterminato in servizio al 31/12 presso i presidi a gestione diretta della rete di offerta ospedaliera;
- "Tabella 5" per la rilevazione delle unità di personale a tempo indeterminato cessanti al 31/12;
- "Tabella 12" per la stima del costo medio per qualifica (vedi successivo paragrafo).

Nella seguente tabella, si confrontano le serie storiche 2005-2009 di "Tabella 1" e "Tabella 2" la serie storica della cosiddetta "Tabella 2" del Piano di Rientro per valutarne la coerenza.

Come si rileva, si registra uno scostamento tra Conto Annuale e Tabella 2 sulle unità di personale a tempo indeterminato nell'intorno del 4% di quanto rilevato in Tabella 2: tale fenomeno risulta principalmente giustificato dalla mancata rilevazione delle "categorie protette" in Tabella 2.

Per quanto riguarda le altre unità di personale (sulle quali però non è stata conteggiata la manovra) lo scostamento tra le due fonti (probabilmente riconducibile alle diverse unità di rilevazione, uomo/anno e teste) risulta più consistente: la relativa riconciliazione risulta obiettivo del presente Programma Operativo (vd: Intervento 4).

Conto Annuale	al 31.12.05	al 31.12.06	al 31.12.07	al 31.12.08	al 31.12.09
Personale a tempo indeterminato (T1)	15.796	15.556	15.229	14.933	14.491
Personale a tempo determinato (T2)	787	604	756	726	977
Totale CA	16.583	16.160	15.985	15.659	15.468
Tabella 2	al 31.12.05	al 31.12.06	al 31.12.07	al 31.12.08	al 31.12.09
Personale dipendente a tempo indeterminato		15.033	14.651	14.327	13.869
Personale a tempo determinato		726	613	586	973
Restante personale		503	437	370	212
Totale Tabella 2		16.262	15.701	15.283	15.054
Delta tempo indeterminato		523	578	606	622
Delta % tempo determinato		3,5%	3,9%	4,2%	4,6%

Tabella 38: Confronto tra Conto Annuale e Tabella 2 Pdr (2005-2009)

Stima del numero dei cessanti per il 2010

Per quanto riguarda il numero delle cessazioni già valorizzate nella stima del "Conto Economico Tendenziale", considerando che tale tendenziale risulta essere per costruzione il "trascinamento" delle misure passate al 2010:

- è stato calcolato, su base storica a partire dal 2005 al 2009, il saldo percentuale medio annuo tra cessanti e assunti (CAGR 2005-2009 sul totale delle unità di personale del SSR stimate come somma di "Tabella 1" e "Tabella 2" del Conto Annuale);



- tale percentuale annua è stata applicata al numero di unità di personale 2009, a tempo indeterminato e determinato (come desumibile da Conto Economico).

Conto Annuale	2005	2006	2007	2008	2009	CAGR 2005-2009	Saldo 2010 stimato
Personale Sanitario							140
Dirigenza	3.336	3.297	3.242	3.222	3.194	-1%	35
Comparto	8.434	8.365	8.191	8.038	7.963	-1%	114
Personale Tecnico							80
Dirigenza	25	25	23	18	18	-0%	1
Comparto	2.893	2.793	2.719	2.600	2.552	-3%	79
Personale Amministrativo							42
Dirigenza	67	68	57	46	41	-12%	5
Comparto	1.727	1.694	1.638	1.624	1.569	-2%	37
Personale Professionale							1
Dirigenza	18	16	18	16	14	-6%	1
Comparto	10	6	6	5	7	-9%	1
Altro personale							14
Contrattisti	57	78	73	70	98	15%	14
Organi Direttivi	14	18	18	18	11	-6%	1
Totale	16.583	16.300	15.985	15.659	15.468		258

Tabella 39: Stima del saldo cessanti-assunti "tendenziale" per il 2010

Come si nota in Tabella 14, "trascinando" le politiche sul personale del passato al 2010 si origina un saldo negativo tra cessanti e assunti pari a 258 unità. L'entità negativa del saldo indica che, coerentemente con le misure di contenimento del personale intraprese, annualmente il numero dei cessanti è stato superiore al numero degli assunti.

Analogamente, sulla base della serie storica 2005-2009 del Conto Annuale ("Tabella 1" e "Tabella 5") è stato calcolato il numero dei cessanti attesi per il 2010 come proiezione sul dato del 2009 dell'incidenza media annua dei cessanti (come da "Tabella 5") tra il 2006 e il 2009. In tal modo, è stato determinato un numero di cessazioni atteso per l'anno 2010 pari a 504 unità (501 se si escludono contrattisti e organi direttivi).

Di seguito, il dettaglio dei cessanti per ASL.

130101 - AVEZZANO/SULMONA	2005	2006	2007	2008	2009	Cessati medi anno ('06 - '09)	Saldo stimato
Personale Sanitario	1.609	1.666	1.631	1.606	1.565		45
Dirigenza	521	522	513	501	488	3%	12
Comparto	1.088	1.144	1.118	1.105	1.077	3%	33
Personale Tecnico	478	477	460	437	418		18
Dirigenza	1	1	1	1	-	0%	-
Comparto	477	476	459	436	418	4%	16
Personale Amministrativo	296	288	290	263	256		9
Dirigenza	15	15	13	6	3	46%	0
Comparto	281	283	277	257	253	4%	9
Personale Professionale	4	4	3	2	2		-
Dirigenza	3	3	3	2	2	0%	-
Comparto	1	1	-	-	-	0%	-
Altro personale	22	25	22	21	21		1
Contrattisti	20	20	18	18	18	5%	1
Organi Direttivi	2	5	3	3	3	50%	-
Totale complessivo	2.409	2.470	2.406	2.329	2.262		71



130102 - CHIETI	2005	2006	2007	2008	2009	Cessati medi anno ('06 - '09)	Saldo stimato
Personale Sanitario	1.835	1.690	1.896	1.883	1.811		46
Dirigenza	509	516	510	498	487	3%	12
Comparto	1.326	1.374	1.386	1.365	1.324	3%	34
Personale Tecnico	422	423	393	354	338		16
Dirigenza	2	2	2	2		0%	-
Comparto	420	421	391	352	338	5%	16
Personale Amministrativo	285	299	285	305	288		14
Dirigenza	7	9	8	8	7	7%	0
Comparto	278	290	287	297	281	5%	14
Personale Professionale	1	1	1	1	1		-
Dirigenza	1	1	1	1	1	0%	-
Altro personale	8	11	11	11	13		-
Contrattisti	8	8	8	8	8	0%	-
Organi Direttivi	3	3	3	3	5	0%	-
Totale complessivo	2.551	2.624	2.596	2.534	2.451		76

130103 - LANCIANO/VASTO	2005	2006	2007	2008	2009	Cessati medi anno ('06 - '09)	Saldo stimato
Personale Sanitario	1.776	1.814	1.759	1.738	1.701		43
Dirigenza	540	553	537	527	518	3%	16
Comparto	1.236	1.261	1.222	1.211	1.183	2%	27
Personale Tecnico	594	605	567	544	509		22
Dirigenza	1	1	1	1	2	0%	-
Comparto	593	604	566	543	507	4%	22
Personale Amministrativo	240	240	241	232	222		12
Dirigenza	12	17	13	11	9	22%	2
Comparto	228	223	228	221	213	5%	10
Personale Professionale	3	4	2	2	2		0
Dirigenza	2	3	2	2	2	25%	0
Comparto	1	1				0%	-
Altro personale	3	25	25	25	25		-
Contrattisti		22	22	22	22	0%	-
Organi Direttivi	3	3	3	3	3	25%	-
Totale complessivo	2.616	2.698	2.594	2.541	2.459		77

130104 - L'AQUILA	2005	2006	2007	2008	2009	Cessati medi anno ('06 - '09)	Saldo stimato
Personale Sanitario	1.042	1.071	1.069	1.042	1.009		39
Dirigenza	298	308	309	309	296	4%	11
Comparto	744	763	769	733	713	4%	29
Personale Tecnico	218	217	207	225	213		10
Dirigenza	3	3	3	3	2	6%	0
Comparto	215	214	204	222	211	5%	10
Personale Amministrativo	183	185	175	183	155		9
Dirigenza	8	9	6	6	7	14%	1
Comparto	175	176	169	157	148	6%	8
Personale Professionale	4	5	4	4	5		1
Dirigenza	3	4	4	4	5	15%	1
Comparto	1	1				0%	-
Altro personale	11	12	11	10	13		1
Contrattisti	8	8	8	7	8	3%	0
Organi Direttivi	3	4	3	3	5	33%	1
Totale complessivo	1.458	1.499	1.465	1.444	1.395		60



130105 - PESCARA	2005	2006	2007	2008	2009	Cessanti medi anno ('06 - '09)	Saldo stimato
Personale Sanitario	2.379	2.442	2.413	2.371	2.301		61
Dirigenza	698	714	711	696	679	3%	18
Comparto	1.681	1.728	1.702	1.675	1.622	3%	43
Personale Tecnico	536	560	531	511	510	r	19
Dirigenza	6	6	6	5	5	15%	1
Comparto	530	554	525	506	505	4%	18
Personale Amministrativo	387	405	399	391	379	r	19
Dirigenza	12	14	14	13	10	15%	1
Comparto	375	391	385	378	369	5%	18
Personale Professionale	11	11	10	9	7	r	1
Dirigenza	6	6	5	5	4	13%	1
Comparto	5	5	5	4	3	11%	0
Altro personale	16	17	17	14	13	r	1
Contrattisti	13	14	14	11	10	8%	1
Organi Direttivi	3	3	3	3	3	0%	-
Totale complessivo	3.329	3.435	3.370	3.296	3.210		100

130106 - TERAMO	2005	2006	2007	2008	2009	Cessanti medi anno ('06 - '09)	Saldo stimato
Personale Sanitario	2.450	2.469	2.465	2.367	2.311		81
Dirigenza	642	651	643	636	618	3%	21
Comparto	1.808	1.818	1.822	1.731	1.693	4%	61
Personale Tecnico	575	574	568	529	507	r	23
Dirigenza	12	12	12	11	10	2%	0
Comparto	563	562	554	518	497	5%	22
Personale Amministrativo	392	393	380	365	357	r	15
Dirigenza	13	13	12	12	15	8%	1
Comparto	379	380	368	353	342	4%	14
Personale Professionale	5	5	4	4	4	r	0
Dirigenza	3	3	3	3	3	8%	0
Comparto	2	2	1	1	1	13%	0
Altro personale	11	11	11	9	9	r	0
Contrattisti	8	8	8	6	6	6%	0
Organi Direttivi	3	3	3	3	3	0%	-
Totale complessivo	3.433	3.452	3.426	3.274	3.188		120

Stima del costo medio del personale

Per quantificare la manovra sui costi del personale si determina il costo medio del personale dipendente e si moltiplica tale valore al numero di cessanti stimato per il 2010 (escludendo i cessanti già inclusi a "Tendenziare"). L'analisi per la stima del costo medio del personale dipendente, assunto con contratto a tempo indeterminato e determinato 15 septies, si basa sul rapporto fra le componenti fisse del costo del personale (fonte dati: Conto Annuale 2008 - Tabella 12) e il numero di mensilità in cui le unità di personale dipendente sono state in servizio (fonte dati: Conto Annuale 2008 - Tabella 12).

Di seguito, il costo medio 2008 del personale dipendente, assunto con contratto a tempo indeterminato e determinato 15 septies, distinto per ruolo e per area contrattuale della Regione Abruzzo.



Personale Sanitario	
Dirigenza	59.482
Comparto	24.919
Personale Tecnico	
Dirigenza	45.625
Comparto	20.505
Personale Amministrativo	
Dirigenza	47.576
Comparto	23.046
Personale Professionale	
Dirigenza	46.232
Comparto	24.700
Altro personale	
Contrattisti	16.632
Organi Direttivi	144.183

Tabella 40: Costo medio del personale dipendente distinto per ruolo e per area contrattuale (Conto Annuale 2008)



ALLEGATO 3 – Intervento 4 – Azione 1 - Contenimento del costo del personale

In relazione a quanto previsto dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009, ove si prevede che "gli enti del Servizio sanitario nazionale concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando, anche nel triennio 2010-2012, misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%", specificandosi ulteriormente che "a tal fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni" e che "ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma, le spese per il personale sono considerate al netto: a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro; b) per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004", le Aziende USL regionali per le spese di personale non potranno comunque superare i tetti di spesa come risultanti dalla seguente tabella:

Azienda	Spesa 2004 (€/mln)	1,4% spesa 2004 (€/mln)	Tetto di spesa 2010 (€/mln)
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	181,7	2,5	179,1
Chieti-Lanciano-Vasto	225,3	3,2	222,2
Pescara	157,0	2,2	154,8
Teramo	152,1	2,1	149,9
Totale Regionale	716,1	10,0	706,1

Tabella 41: Tetti di spesa ai sensi della legge 191/2009

Considerato, inoltre, che - in base a quanto disposto con il presente Programma Operativo in ordine alla manovra di contenimento del costo del personale - per l'anno 2010 è previsto un tetto di spesa complessivo regionale da C/E programmatico pari a € 832.747 (personale + IRAP) al netto dell'indennità di vacanza contrattuale, si prevede che ciascuna Azienda USL regionale in termini di conto economico programmatico dovrà attestarsi entro i seguenti limiti di spesa:

Azienda	Personale (€/mln)	IRAP (€/mln)	Limite di spesa da	
			CE	CE
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	153,1	13,7	206,8	206,8
Chieti-Lanciano-Vasto	246,5	17,1	263,6	263,6
Pescara	166,0	11,9	180,8	180,8
Teramo	169,0	12,6	181,6	181,6
Totale Regionale	777,6	55,2	832,7	832,7

Tabella 42: Tetti di spesa da CE programmatico

Al fine di assicurare il rispetto dei riferiti limiti di spesa, le Aziende USL regionali predispongono per il 2010 un programma di revisione delle proprie consistenze organiche mediante compilazione della tabella di seguito riportata. Si tenga conto, tuttavia, che nell'anno 2010 le Aziende USL regionali non possono procedere ad assunzioni a tempo determinato ovvero a conferimenti di altri incarichi (restante personale) superiori a quanto consuntivato da ciascuna Azienda per l'anno 2009 e riportato nella verifica trimestrale dei costi del personale, secondo le modalità previste nel cap. 2.1.4 del Piano di Rientro dal disavanzo per gli anni 2007-2009. Il costo complessivo a livello regionale, pertanto, prevede la soglia massima di 42,4 milioni di euro (di cui 36,0 milioni inclusi nei 832,7 milioni del costo del personale riportato nella tabella "Tetti di spesa da CE programmatico" sopra riportata e 7,2 milioni relativi al restante personale il cui costo è invece incluso nelle "altre componenti di spesa" del Conto economico sintetico riportato nel presente Programma Operativo 2010).



AZIENDA USL											
Periodo di rilevazione 01/01/10-31/12/10											
	Totale programmato 31/12/2010 (1)	Spese per competenzia (2)	Spese per competenzia o cessione (3)	Totale spese fisse + accensione (4) = (2) + (3)	IRAP (5)	Spese per condotte a carico dell'azienda (6)	Altre voci di spesa (7)	Totale (8) = (4) + (5) + (6) + (7)	di cui: derivante da invio contistrukt quorum successivamente a fine 2004 (9)	Totale al netto del rimborso (10) = (8) - (9)	Totale Spesa da CE programmatico al netto dell'indennità di vacanza contrattuale
Personale dipendente a tempo indeterminato											
Medici											
Dirigente non medico											
Personale non dirigente											
Personale contratto											
Personale a tempo determinato											
Restante personale											
Totale											
Categorie protette											
(valori in migliaia di euro)								Totale rimborsi (11)		Totale rimborsi al netto del rimborsi	
Indennità De Miano											

Tabella 43: Consistenze organiche programmate per l'anno 2010

Detta programmazione va approvata con apposito provvedimento del Direttore generale entro il 15.9.2010 garantendo che la stessa si attesti entro i tetti di spesa 2010 riportati nelle tabelle di cui sopra, cui si aggiungono i 7,2 milioni relativi al restante personale (costo incluso nelle "altre componenti di spesa" del Conto economico sintetico riportato nel presente Programma Operativo 2010). Il riferito provvedimento programmatico aziendale dovrà essere inviato alla Direzione Politiche della Salute entro 15 giorni dalla sua adozione e fatto oggetto di specifica e formale approvazione da parte del Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Abruzzo.

Nell'ambito della riferita programmazione delle consistenze di personale per l'anno 2010 le Aziende USL provvedono a definire anche un piano delle assunzioni del personale a tempo indeterminato per l'anno 2010 (da allegare al riferito atto programmatico), con riferimento specifico e limitato:

- agli incarichi di dirigente medico - direttore di struttura complessa, a condizione che gli stessi afferiscano a strutture che trovano conferma nel piano di ristrutturazione della rete ospedaliera;
- alle assunzioni di dirigenti medici, anche mediante l'istituto della mobilità interregionale, relativamente a situazioni di particolare carenza di personale che pongano a serio rischio la possibilità di garantire i livelli essenziali di assistenza e alle quali non si riesca a far fronte mediante l'adozione di provvedimenti organizzativi aziendali;
- alle assunzioni, anche mediante l'istituto della mobilità interregionale, di personale infermieristico, di tecnici sanitari di radiologia medica, di tecnici sanitari di laboratorio biomedico e di operatori socio-sanitari;

Inoltre, nel descritto piano di assunzioni, le Aziende USL possono prevedere anche ipotesi di assunzioni mediante mobilità infraregionale, comunque a parità di costo per il SSR coerentemente con il tetto di spesa programmato per il 2010.

Con riferimento alle assunzioni di cui ai punti 2) e 3), al fine di migliorare la qualità del sistema a fronte di un incremento del personale a tempo determinato nell'ultimo anno del 35% rispetto al precedente (726 teste equivalenti nel 2008 e 977 teste equivalenti nel 2009), si prevede la possibilità di convertire la tipologia di contratto da tempo determinato a tempo indeterminato: in tal caso le assunzioni potranno essere autorizzate solo allorché l'Azienda provveda alla contestuale riduzione della spesa di personale a tempo determinato per un importo corrispondente ai nuovi costi da sostenere per tali assunzioni a tempo indeterminato.

Al di fuori delle ipotesi appena descritte afferenti la sola modifica giuridica del rapporto di lavoro (da tempo determinato a tempo indeterminato) che non comporta alcun aumento di spesa, eventuali ulteriori assunzioni potranno effettuarsi nel



limite massimo del 10% del turn-over rispetto alle cessazioni di personale che si verificano nell'anno 2010 e sempre nel rispetto dei limiti di spesa di cui alle sopra riportate tabelle 1 e 2.

Tale limitato piano di assunzioni deve porsi comunque in una prospettiva di continuità ed omogeneità logica e funzionale rispetto ai provvedimenti di razionalizzazione della rete ospedaliera (Asse 2, Intervento 6) e a tal fine si prevede che, per poter procedere alle assunzioni relative alle singole figure professionali programmate, le Aziende USL devono chiedere preventivamente, in relazione ad ogni specifica assunzione da effettuare (sia a tempo determinato che a tempo indeterminato), il rilascio di un apposito nulla-osta formale da parte del Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Abruzzo, che ne valuterà la coerenza e l'opportunità rispetto alla ristrutturazione della rete ospedaliera oltre che rispetto all'andamento dei costi del personale aziendale rilevati in corso d'anno.

Inoltre, si mantiene in essere la verifica trimestrale dei costi del personale, secondo le modalità previste nel cap. 2.1.4 del Piano di Rientro dal disavanzo per gli anni 2007-2009.

In relazione, poi, al disposto dell'art. 2, comma 72, della legge n. 191/2009, ove si prevede che gli enti del Servizio sanitario nazionale "nell'ambito degli indirizzi fissati dalle Regioni, anche in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa di cui al comma 71: a) predispongono un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato, che presta servizio con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni (...) con conseguente ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa (...); b) fissano parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente, delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa (...)", si evidenzia che, nelle more dell'attuazione del procedimento di razionalizzazione della rete ospedaliera regionale (intervento 6), appare opportuno rinviare l'adozione dei provvedimenti volti a rideterminare i fondi della contrattazione integrativa atteso che solo a seguito dei provvedimenti di revisione delle dotazioni organiche che saranno posti in essere successivamente all'attuazione della riferita razionalizzazione della rete ospedaliera potrà definirsi e determinarsi una riduzione permanente della consistenza del personale aziendale e, conseguentemente, si potrà provvedere al ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa (Intervento 4, Azione 4).

Per quanto riguarda la fissazione dei parametri *standard* per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, si provvede al riguardo nell'ambito dei provvedimenti inerenti la razionalizzazione della rete ospedaliera (intervento 6), attesa la stretta correlazione che lega le due fattispecie.

Con riferimento, invece, all'emanazione degli indirizzi regionali ai fini della fissazione di parametri standard aziendali per l'individuazione delle posizioni organizzative e di coordinamento del personale del comparto, si ritiene opportuno provvedere al riguardo, oltre che per le richiamate finalità complessive di risparmio sulla spesa, anche per una più generale esigenza di omogeneità applicativa tra le Aziende USL regionali in relazione ad istituti contrattuali che hanno un evidente riflesso sulla spesa del personale. Pertanto, vengono fissati i seguenti indirizzi regionali - a cui i relativi regolamenti aziendali dovranno adeguarsi e conformarsi - fatta salva la possibilità di provvedere alla loro revisione qualora, nell'ambito del riferito procedimento di razionalizzazione della rete ospedaliera, dovesse sorgere la necessità o l'opportunità e precisandosi, altresì, che restano fermi - fino alla loro naturale scadenza - gli incarichi attualmente conferiti:

■ per le posizioni organizzative:

- ciascuna Azienda USL può prevedere un numero di posizioni organizzative non superiore, al massimo, al 3% delle unità di personale di categoria D/Ds in servizio al 31.12.2009; per l'Azienda USL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila e l'Azienda USL 2 Chieti-Lanciano-Vasto si fa temporaneamente riferimento al personale in servizio alla riferita data presso le Aziende USL accorpate;
- al finanziamento delle posizioni organizzative non può comunque essere destinata una quota superiore al 3% del fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, del valore comune dell'ex



indennità di qualificazione professionale e dell'indennità professionale specifica (la percentuale del 3% del fondo rappresenta un abbattimento dello 0,42% rispetto alla media della percentuale di fondo destinata al finanziamento delle posizioni organizzative nelle Aziende USL dove le posizioni organizzative sono state assegnate, pari al 3,42%);

- in ogni caso non possono essere attribuite posizioni organizzative per cui non sussista la necessaria disponibilità economica nel fondo che le finanzia.
- per le posizioni di coordinamento:
- ciascuna Azienda USL regionale può prevedere, al massimo, una posizione di coordinamento per ogni struttura complessa aziendale; in relazione a particolari esigenze organizzative aziendali possono essere individuate posizioni di coordinamento, fino ad un massimo di 10 per Azienda, al di fuori delle strutture complesse aziendali, ferma restando comunque l'esigenza del numero minimo di persone da coordinare fissato al successivo punto 2;
 - la posizione di coordinamento può essere attribuita solo allorché, all'interno della struttura in cui l'incarico viene affidato, vi sia un numero minimo di almeno otto unità di personale, appartenente allo stesso o ad altro profilo anche di pari categoria, da coordinare;
 - in ogni caso non possono essere attribuite funzioni di coordinamento nelle ipotesi in cui il fondo che le finanzia non presenti la necessaria disponibilità economica.



DELIBERAZIONE 05.08.2010, n. 45:

PROGRAMMA OPERATIVO 2010 EX L. N. 191/2009 E SS.MM. ASSE 2 – INTERVENTO 6: RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE DI ASSISTENZA OSPEDALIERA APPROVAZIONE DEI PROVVEDIMENTI TECNICI ATTUATIVI DELLE AZIONI 1 E 3: -METODOLOGIA DI DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE E DEI POSTI LETTO CORRELATI; - DISATTIVAZIONE DEI PRESIDI PER ACUTI NON COERENTI COL FABBISOGNO INDIVIDUATO E CRONOPROGRAMMA DELLE LORO RICONVERSIONI; - CRITERI DI DEFINIZIONE DELLA RETE INTEGRATA DI SERVIZI, DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO E DEL DIMENSIONAMENTO DELLE UNITÀ OPERATIVE, DELLE FUNZIONI E DELLE PRINCIPALI RETI CLINICHE, HUB E SPOKE.

DELIBERAZIONE
DEL COMMISSARIO AD ACTA
PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI
RIENTRO DAI DISAVANZI
DEL SETTORE SANITARIO
DELLA REGIONE ABRUZZO
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

Pescara, 5.08.2010, N. 45 del Registro delle
deliberazioni

IL COMMISSARIO AD ACTA

Vista la deliberazione di Giunta Regionale n. 159 del 24.02.2007 con la quale è stato approvato il Programma Operativo di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale redatto ai sensi dell'art. 1, c. 180 della L. 30.12.2004 n. 311 e ss.mm.ii.;

Vista la deliberazione n. 189 del 01.03.2007 con la quale la Giunta Regionale, ai fini della stipula dell'Accordo di cui all'art. 8 dell'Intesa Stato Regioni, ha approvato, nella sua nuova

formulazione, il documento denominato "*Programma Operativo di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, redatto ai sensi dell'art.1, c. 180 della L. 30.12.2004 n. 311 e ss.mm.ii. – testo emendato*" predisposto dalla Direzione Sanità e dall'Agenzia Sanitaria Regionale che sostituisce il testo precedentemente approvato con la menzionata deliberazione G.R. n. 159/'07;

Vista la deliberazione di Giunta Regionale n. 224 del 13 marzo 2007 con la quale è stato approvato l'Accordo sottoscritto in data 06 marzo 2007 tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo per l'approvazione del "*Piano di Rientro e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1 c. 180 della L. 30.12.2004 n. 311*";

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009 con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente *Piano di Rientro*;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 13 gennaio 2010 con la quale la dott.ssa Giovanna Baraldi è stata nominata Sub-Commissario per l'attuazione del *Piano di Rientro della Regione Abruzzo* con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, individuando, tra gli interventi di competenza, "*iniziative connesse all'adozione del Piano di Riassetto della Rete Ospedaliera*";

Visto l'art. 2, c.88 della L. 23.12.2009 n. 191 a tenore del quale per le Regioni già sottoposte ai *Piani di Rientro* e già commissariate alla data di entrata in vigore della medesima legge resta fermo l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione dei *Piani di Rientro*, secondo *Programmi Operativi* coerenti con gli obiettivi finanziari, predisposti dal Commissario ad Acta, oltre alle relative

azioni di supporto contabile e gestionale;

Vista la deliberazione commissariale n. 44 del 03 agosto 2010 con la quale è stato approvato il *Programma Operativo 2010 per la prosecuzione del Piano di Rientro 2007/2009* che, conformemente a quanto previsto dall'Accordo concluso dalla Regione Abruzzo per l'attuazione del *Piano di Rientro*, è stato trasmesso, per la relativa validazione, al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze;

Considerato che il menzionato *Programma Operativo 2010* nell'Asse 2: Interventi di prodotto - Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera - prevede, quali Risultati Programmati dell'*Azione 1: Piano della Rete Ospedaliera*:

- a) metodologia per la definizione del fabbisogno di prestazioni per bacino di utenza;
- b) "cronoprogramma delle riconversioni" (dei presidi non coerenti con il fabbisogno individuato);

Considerato, inoltre, che il medesimo *Programma Operativo 2010*, in riferimento all'*Azione 3: Razionalizzazione delle unità operative complesse e semplici del citato Intervento 6 - Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera*- prevede che "il livello regionale (...) deve indirizzare i Direttori Generali attraverso criteri per l'identificazione (...) di:

- livelli minimi di dimensionamento delle unità operative, semplici e complesse, a seconda del livello di intensità delle cure e dell'area di specialità;
- modalità organizzative di condivisione delle risorse, ove necessario a causa delle dimensioni delle unità operative o del layout degli spazi;
- riprogettazione dell'assetto organizzativo delle funzioni no core in base alla tipologia di organizzazione sanitaria(...) individuando

do le eventuali attività da concentrare/decentrare per tipologia di organizzazione o da duplicare all'interno della medesima AASSLL;

Visti i provvedimenti tecnici di seguito indicati attuativi delle menzionate Azioni 1 e 2 - Intervento 6 - del Programma Operativo 2010, che, in data 15 luglio 2010, sono stati trasmessi al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze, per la preventiva approvazione ed acquisiti dal SIVEAS con prot. n. 180/2010:

- Programma Operativo 2010 - Intervento 6: Razionalizzazione della Rete di Assistenza Ospedaliera. Azione 1: Piano della Rete Ospedaliera. *Metodologia di definizione del Fabbisogno di prestazioni ospedaliere e dei posti letto correlati;*
- Programma Operativo 2010 - Intervento 6: Razionalizzazione della Rete di Assistenza Ospedaliera. Azione 1: Piano della Rete Ospedaliera. *Disattivazione dei Presidi per acuti non coerenti col Fabbisogno individuato e cronoprogramma delle loro riconversioni;*
- Programma Operativo 2010 - Intervento 6: Razionalizzazione della Rete di Assistenza Ospedaliera. Azione 3: Razionalizzazione delle unità operative complesse e semplici. *Criteri di definizione della rete Integrata di Servizi, dell'assetto organizzativo e del dimensionamento delle unità operative, delle funzioni e delle principali reti cliniche, hub e spoke;*

Visto il verbale relativo alla riunione congiunta Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e Comitato Permanente per la verifica dei L.E.A del 29 luglio 2010 a tenore del quale il Tavolo ed il Comitato, nell'esaminare i menzionati provvedimenti tecnici attuativi delle Azioni 1 e 3 - Intervento 6 - Programma Operativo 2010 hanno evidenziato che:

“la manovra di riassetto strutturale ospedaliero appare ben impostata con le seguenti precisazioni:

- i provvedimenti relativi al fabbisogno ed alle riconversioni ospedaliere sono già valutati positivamente;
- il provvedimento relativo al riassetto della rete ospedaliera, pur giudicato positivamente nella sua impostazione, necessita di ulteriori dettagli ed approfondimenti che la gestione commissariale si impegna a produrre entro il 15 settembre”;

Ritenuto, pertanto, di dover provvedere all’approvazione dei menzionati provvedimenti tecnici di Riassetto strutturale ospedaliero attuativi delle richiamate Azioni 1 e 3 Intervento 6 - Asse 2 - del Programma Operativo 2010, rinviando ad un ulteriore provvedimento, da produrre entro il 15 settembre 2010, la definizione dei dettagli e degli approfondimenti richiesti dal Tavolo Tecnico e dal Comitato Permanente in occasione della seduta congiunta del 29 luglio 2010.

TUTTO CIÒ PREMESSO

per le motivazioni

e precisazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente trascritte ed approvate

DELIBERA

- di approvare i provvedimenti tecnici di seguito elencanti, di cui agli allegati A), B) e C) che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, attuativi, rispettivamente: dell’Azione 1 (All. A e B) e dell’Azioni 3 (All.C) – Intervento 6 – Asse 2 del Programma Operativo 2010:
 - Programma Operativo 2010 – Intervento 6: Razionalizzazione della Rete di Assistenza Ospedaliera. Azione 1: Piano della Rete Ospedaliera. *Metodologia di definizione del Fabbisogno di prestazioni*

ospedaliera e dei posti letto correlati (All.A);

- Programma Operativo 2010 – Intervento 6: Razionalizzazione della Rete di Assistenza Ospedaliera. Azione 1: Piano della Rete Ospedaliera. *Disattivazione dei Presidi per acuti non coerenti col Fabbisogno individuato e cronoprogramma delle loro riconversioni (All.B);*
- Programma Operativo 2010 – Intervento 6: Razionalizzazione della Rete di Assistenza Ospedaliera. Azione 3: Razionalizzazione delle unità operative complesse e semplici. *Criteri di definizione della rete Integrata di Servizi, dell’assetto organizzativo e del dimensionamento delle unità operative, delle funzioni e delle principali reti cliniche, hub e spoke (All C).*
- di rinviare ad un successivo provvedimento, da produrre ai Ministeri della Salute e dell’Economia e delle Finanze entro il 15 settembre 2010, la definizione dei dettagli e degli approfondimenti richiesti dal Comitato Permanente e dal Tavolo Tecnico in occasione della seduta congiunta del 29 luglio 2010.
- trasmettere, per la relativa validazione, il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell’Economia e delle Finanze, come previsto dall’Accordo con la Regione Abruzzo per l’attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi ed individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico.
- di pubblicare il presente provvedimento sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.*

IL SUB COMMISSARIO
Dr.ssa Giovanna Baraldi

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dr. Giovanni Chiodi

Segue allegato

Allegato "A"

Regione Abruzzo

Programma Operativo 2010

**Intervento 6: Razionalizzazione della Rete di Assistenza Ospedaliera
Azione 1: Piano della Rete Ospedaliera**

*Metodologia di definizione del Fabbisogno di prestazioni ospedaliere e
dei posti letto correlati*

Allegato alla Deliberazione del Commissario
ad ACTA

n. 15/2010 del 05/08/2010



Materiali e Metodi

La metodologia ha l'obiettivo di analizzare la domanda di ricoveri ordinari, di day hospital e di prestazioni ambulatoriali e permette di progettare le strutture e le funzioni ad esse correlate tenendo presente il bacino di utenza della popolazione della Regione e i ricoveri dei residenti. Le informazioni contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) sono lo strumento che ci permette di individuare:

- le caratteristiche della popolazione residente che trova risposta nelle strutture della nostra regione
- le cause, in termini clinici, che spingono i nostri residenti a recarsi in altre strutture di altre regioni (mobilità passiva extra regione).

Attraverso l'analisi dei dati contenuti nelle SDO, è possibile ottenere, sulla base di opportune elaborazioni, informazioni sulle differenti modalità di attivazione di processi omogenei di ricovero e cura rivolti a gruppi omogenei di pazienti e svolti nelle diverse strutture e funzioni ospedaliere.

Individuata questa domanda attraverso i ricoveri ordinari e di day hospital si ammette che essa rappresenti il "consumo necessario" della popolazione residente (vedi Tabella 1).

A tale valore si devono introdurre delle "correzioni" e cioè degli elementi che qualificano ulteriormente tale domanda per renderla più appropriata in considerazione di elementi normativi (Patto per la Salute 2009), elementi organizzativi (il concetto di "rete integrata di servizi" e di ospedale "modello"), elementi di appropriatezza organizzativa e clinica (l'innovazione tecnologica che modifica il processo clinico), elementi sociali e culturali che caratterizzano l'evoluzione delle abitudini della popolazione.

Nella valutazione del Fabbisogno si è tenuto conto di tutti i ricoveri dei residenti erogati presso altre Regioni e si è ammesso che nei prossimi anni trovino risposta all'interno del Sistema Sanitario della Regione Abruzzo.

Le correzioni che verranno descritte successivamente non modificano assolutamente il dato iniziale di partenza della domanda ospedaliera che sono i ricoveri effettuati, ma lo qualificano e lo declinano nelle sue differenti necessità assistenziali. In tal modo è possibile identificare caratteristiche qualitative come severità, complessità e appropriatezza con l'obiettivo di progettare le strutture e le funzioni ad essa correlate.

Criteri della rimodulazione

Sulla base delle criticità rilevate nella Analisi della Domanda e dell'Offerta che si riferiscono all'anno 2008, le correzioni che si ritiene possano essere correttamente applicate alla Regione Abruzzo, sono le seguenti:

- individuazione dei ricoveri ordinari ad elevato rischio di inappropriata (Patto per la Salute 2009) e trasferimento di circa il 70% in regime di day hospital o ambulatoriale;
- individuazione dei ricoveri day hospital di tipo chirurgico con procedura non appropriata (Patto per la Salute 2009) e trasferimento del 50% in regime ambulatoriale;
- individuazione dei ricoveri in regime di day hospital con 1 accesso di tipo medico e trasferimento del 80% in regime ambulatoriale;



- individuazione dei ricoveri ordinari di tipo Medico con una giornata di degenza e trasferimento del 70% in regime di day hospital o ambulatoriale;
- individuazione dei ricoveri ordinari di tipo medico di soggetti ultra 65, nella maggior parte ripetuti, dimessi dalle unità operative mediche con una degenza superiore a 12 giorni;
- individuazione dei ricoveri corrispondenti ai codici 56, 75 e 60 di lungodegenza e riabilitazione da trasferire in strutture dedicate;
- esclusione dei ricoveri afferenti al DRG 391 Neonato Normale.

Infine, è stata compiuta un'analisi dei ricoveri ordinari con peso superiore a 2,5 (patologie rare degli adulti e bambini, grandi ustionati, trapianti, ecc.) effettuati in mobilità passiva e si è ipotizzato che tale migrazione sia ammissibile (vedi Tabella 2).

Definizione del Fabbisogno di prestazioni ospedaliere e dei posti letto correlati

Dopo le correzioni descritte il totale dei ricoveri per acuti risulta inferiore rispetto ai dati iniziali, ma anche rimodulato qualitativamente, nel senso che diminuiscono i ricoveri ordinari e aumentano i ricoveri diurni e le prestazioni ambulatoriali di tipo chirurgico e medico.

Inoltre, l'analisi ha permesso identificare il Fabbisogno di ricoveri di riabilitazione e lungodegenza della popolazione residente.

La somma di questi dati rappresenta il Fabbisogno complessivo di prestazioni ospedaliere della Regione (vedi Tabella 3) che viene successivamente declinato per ogni Azienda Sanitaria Locale (vedi Tabelle 4,5,6,7).

Attraverso l'individuazione del Fabbisogno di ricoveri e prestazioni ospedaliere per acuti si possono calcolare i posti letto regionali per acuti, mediante correzioni orientate all'efficienza dell'offerta come: tasso di occupazione (T.O.) non inferiore al 80% e durata media della degenza (DMD) pari a 7 giornate. Per quanto riguarda invece il dimensionamento dei posti letto diurni si è utilizzato lo standard di 1,5 accessi/die per 5 giorni la settimana per 46 settimane (vedi Tabella 8).

Allo stesso modo sono stati definiti i posti letto regionali di riabilitazione e di lungodegenza, attraverso l'applicazione dei seguenti indicatori:

- T.O. del 95% e DMD 25 giornate (vedi Tabella 8)

In conclusione il numero di prestazioni ospedaliere da erogare ai residenti della Regione Abruzzo, per quanto riguarda le acuzie, riabilitazione e lungodegenza, genera un tasso di ospedalizzazione pari al 189 per mille rispetto al tasso di 209 per mille del 2008.

Inoltre sono stati individuati i posti letto per acuzie, di riabilitazione e lungodegenza che dovranno erogare le prestazioni sopraindicate.



Per quanto riguarda gli acuti, il numero di posti letto è pari al 2.9 per mille che, rispetto a quello attuale di 3.5 per mille, comporta una riduzione di 840 posti letto.

La riduzione dei posti letto per acuti, prevista dal Fabbisogno, è pari a circa il 18%; valore percentuale che è stato preso come riferimento per l'individuazione dei posti letto da diminuire sia nel Pubblico che nel Privato.

Pertanto, la riduzione dei posti letto per acuti che ne deriva è pari a 718 nelle Strutture Pubbliche e 122 posti letto nelle Strutture Private.

Per quanto riguarda la lungodegenza e la riabilitazione, il Fabbisogno complessivo individuato è pari allo 0.66 per mille e in linea con le indicazioni del Patto per la Salute 2009.

In particolare il Fabbisogno di lungodegenza, rispetto alla situazione attuale, ha determinato una rimodulazione di posti letto con un aumento di 19 unità nel Pubblico e una riduzione di 21 nel Privato.

Mentre per quanto riguarda il Fabbisogno di posti letto di riabilitazione è necessaria l'attribuzione di 24 posti letto nel Pubblico.

La declinazione puntuale del numero di posti letto Pubblici e Privati per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza è descritta per ogni singola ASL nelle Tabelle 9a, 9b, 10a, 10b, 11a, 11b e complessivamente per l'intera Regione nella Tabella 12.



Tabella 1 - Regione Abruzzo - Ricoveri erogati ai residenti in Regione e fuori Regione, anno 2008

	Ricoveri Ordinari	Ricoveri ordinari per 1.000 ab.	Ricoveri day hospital	Ricoveri day hospital per 1.000 ab.	Ricoveri di riab e lungo	Ricoveri riab e lungo per 1.000 ab.	Ricoveri totali	Ricoveri totali per 1.000 ab.
Residenti in Regione	168,607	127	67,853	51	9,006	7	236,460	179
Residenti fuori Regione	27,554	21	12,354	9	1,160	1	39,908	30
Totale	196,161	148	80,207	61	10,166	8	276,368	209

Tabella 2 - Regione Abruzzo - Caratteristiche dei ricoveri erogati ai residenti in Regione e fuori Regione, anno 2008

	Ricoveri Ordinari	Ricoveri day hospital	Ricoveri riab e lungo	Ricoveri LEA Patto per la Salute 2009	Ricoveri 1gg medico escluso LEA	Ricoveri day hospital non appropriati	Ricoveri di tipo medico UU,OO Mediche >12gg escluso LEA	Ricoveri con peso superiore a 2,5
Residenti in Regione	168,607	67,853	9,006	44,708	5,843	2,269	10,135	8,128
Residenti fuori Regione	27,554	12,354	1,160	9,667	635	211	998	1,549
Totale	196,161	80,207	10,166	54,375	6,478	2,480	11,133	9,677



Tabella 3 - Regione Abruzzo - Valutazione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere e sua rimodulazione appropriata

	Ricoveri Ordinari	Ricoveri day hospital	Ricoveri totali	Ricoveri totali per 1.000 ab.	Ricoveri di riab e lungo	Ricoveri riab e lungo per 1.000 ab.	Ricoveri totali (Ord+Dh+Riab e lungo)	Ricoveri totali per 1.000 ab. (Ord+Dh+Riab e lungo)	Amb. osp
Ricoveri pubblici attuali	166,999	74,246	241,245	182	5,915	4,5	247,160	187	
Ricoveri pubblici corretti	127,429	83,226	210,656	159	5,915	4,5	216,571	164	23,125
Variatione	-39,570	8,980	-30,589	-23	0	0	-30,589	-23	23,125
Ricoveri privati attuali	29,162	5,961	35,123	27	4,251	3,2	39,374	30	
Ricoveri privati corretti	19,784	9,819	29,603	22	4,251	3,2	33,854	26	1,269
Variatione	-9,378	3,858	-5,520	-4	0	0	-5,520	-4	1,269
Ricoveri totali attuali	196,161	80,207	276,368	209	10,166	7,7	286,534	216	
Ricoveri totali corretti	147,213	93,046	240,259	181	10,166	7,7	250,425	189	24,394
Variatione	-48,948	12,839	-36,109	-27	0	0	-36,109	-27	24,394



Tabella 4 - ASL L'Aquila - Valutazione del Fabbisogno di prestazioni ospedaliere e sua rimodulazione appropriata

	Ricoveri Ordinari	Ricoveri day hospital	Ricoveri totali	Ricoveri totali per 1.000 ab.	Ricoveri di riab e lungo	Ricoveri riab e lungo per 1.000 ab.	Ricoveri totali (Ord+Dh+Riab e lungo)	Ricoveri totali per 1.000 ab. (Ord+Dh+Riab e lungo)	Amb. osp
Ricoveri totali attuali	45,837	19,934	65,771	214	2,276	7.4	68,047	221	.
Ricoveri totali corretti	34,830	22,568	57,418	187	2,276	7.4	59,694	194	5,686
Variatione	-11,007	2,654	-8,353	-27	0	0	-8,353	-27	5,686

Tabella 5 - ASL Chieti - Valutazione del Fabbisogno di prestazioni ospedaliere e sua rimodulazione appropriata

	Ricoveri Ordinari	Ricoveri day hospital	Ricoveri totali	Ricoveri totali per 1.000 ab.	Ricoveri di riab e lungo	Ricoveri riab e lungo per 1.000 ab.	Ricoveri totali (Ord+Dh+Riab e lungo)	Ricoveri totali per 1.000 ab. (Ord+Dh+Riab e lungo)	Amb. osp
Ricoveri totali attuali	56,746	21,444	78,190	198	3,428	8.7	81,618	207	
Ricoveri totali corretti	42,998	26,405	69,403	176	3,428	8.7	72,831	185	4,904
Variatione	-13,748	4,961	-8,787	-22	0	0	-8,787	-22	4,904



Tabella 6 - ASL Pescara - Valutazione del Fabbisogno di prestazioni ospedaliere e sua rimodulazione appropriata

	Ricoveri Ordinari	Ricoveri day hospital	Ricoveri totali	Ricoveri totali per 1.000 ab.	Ricoveri di riab e lungo	Ricoveri riab e lungo per 1.000 ab.	Ricoveri totali (Ord+Dh+Riab e lungo)	Ricoveri totali per 1.000 ab. (Ord+Dh+Riab e lungo)	Amb. osp
Ricoveri totali attuali	49,148	20813	69,961	222	2,389	7.6	72,350	229	
Ricoveri totali corretti	36,100	24,441	60,540	192	2,389	7.6	62,929	199	6,772
Variazione	-13,048	3,628	-9,421	-30	0	0	-9,421	-30	6,772

Tabella 7 - ASL Teramo - Valutazione del Fabbisogno di prestazioni ospedaliere e sua rimodulazione appropriata

	Ricoveri Ordinari	Ricoveri day hospital	Ricoveri totali	Ricoveri totali per 1.000 ab.	Ricoveri di riab e lungo	Ricoveri riab e lungo per 1.000 ab.	Ricoveri totali (Ord+Dh+Riab e lungo)	Ricoveri totali per 1.000 ab. (Ord+Dh+Riab e lungo)	Amb. osp
Ricoveri totali attuali	44,430	18,016	62,446	204	2,073	6.8	64,519	211	
Ricoveri totali corretti	33,285	19,612	52,897	173	2,073	6.8	54,970	180	7,033
Variazione	-11,145	1,596	-9,549	-31	0	0	-9,549	-31	7,033



Tabella 8 - Regione Abruzzo - Valutazione del Fabbisogno complessivo di posti letto

	Ordinari	Dh	Totale	p.l. 1000 (Ord + Dh)	Riab e Lungo	p.l. 1000 (Riab e Lungo)	Totale (Ord + Dh + Riab e Lungo)	p.l. 1000 (Ord + Dh + Riab e Lungo)
Posti letto pubblici attuali	3,329	635	3,964	3.0	399	0.30	4,363	3.3
Posti letto pubblici corretti	3,015	231	3,246	2.5	442	0.33	3,688	2.8
Variazione	-314	-404	-718	-0.5	43	0.03	-675	-0.5
Posti letto privati attuali	624	51	675	0.5	457	0.35	1,132	0.9
Posti letto privati corretti	514	39	553	0.4	436	0.33	989	0.7
Variazione	-110	-12	-122	-0.1	-21	-0.02	-143	-0.1
Posti letto totali attuali	3,953	686	4,639	3.5	856	0.65	5,495	4.2
Posti letto totali corretti	3,529	270	3,799	2.9	878	0.66	4,677	3.5
Variazione	-424	-416	-840	-0.6	22	0.02	-818	-0.6



Tabella 9a – Valutazione del Fabbisogno dei posti letto per acuti nelle ASL

ASL	Pubblico	Privato	Totale	Pubblico per 1,000 ab	Privato per 1,000 ab	Totale per 1,000 ab
L'Aquila	750	212	962	2.44	0.69	3.13
Chieti	955	131	1,086	2.42	0.33	2.75
Pescara	698	210	908	2.21	0.66	2.88
Teramo	843	-	843	2.75	-	2.75
Totale	3,246	553	3,799	2.45	0.4	2.9

Tabella 9b – Variazione dei posti letto per acuti per ASL rispetto alla situazione attuale

ASL	var posti letto pubblico	var posti letto privato	var posti letto totale	var % Pubblico	var % Privato	var % Totale
L'Aquila	-148	-47	-195	-16	-18	-17
Chieti	-228	-29	-257	-19	-18	-19
Pescara	-231	-46	-277	-25	-18	-23
Teramo	-111	-	-111	-12	-	-12
Totale	-718	-122	-840	-18	-18	-18



Tabella 10a – Valutazione del Fabbisogno posti letto di lungodegenza per ASL

ASL	Pubblico	Privato	Totale	Pubblico per 1,000 ab	Privato per 1,000 ab	Totale per 1,000 ab
L'Aquila	60	10	70	0.20	0.03	0.23
Chieti	80	-	80	0.20	0.00	0.20
Pescara	30	37	67	0.09	0.12	0.21
Teramo	60	-	60	0.20	-	0.20
Totale	230	47	277	0.17	0.04	0.21

Tabella 10b – Variazione dei posti letto di lungodegenza per ASL rispetto alla situazione attuale

ASL	var posti letto pubblico	var posti letto privato	var posti letto totale	var % Pubblico	var % Privato	var % Totale
L'Aquila	19	0	19	46	0	37
Chieti	-20	-21	-41	-20	-100	-34
Pescara	2	0	2	7	0	3
Teramo	18	0	18	43	-	43
Totale	19	-21	-2	9	-31	-1



Tabella 11a – Valutazione del Fabbisogno dei posti letto di riabilitazione per ASL

ASL	Pubblico	Privato	Totale	Pubblico per 1,000 ab	Privato per 1,000 ab	Totale per 1,000 ab
L'Aquila	60	108	168	0.20	0.35	0.55
Chieti	40	126	166	0.15	0.28	0.43
Pescara*	70	155	225			
Teramo	42	-	42	0.14		
Totale	212	389	601	0.16	0.29	0.45

Tabella 11b - Variazione dei posti letto di riabilitazione per ASL rispetto alla situazione attuale

ASL	var posti letto pubblico	var posti letto privato	var posti letto totale	var % Pubblico	var % Privato	var % Totale
L'Aquila	7	0	7	13	-	4
Chieti	8	0	8	25	-	5
Pescara	0	0	0	0	-	0
Teramo	9	0	9	27	-	27
Totale	24	0	24	13	-	4

Tabella 12 - Posti letto complessivi per ASL

ASL	Pubblico	Privato	Totale	Pubblico per 1,000 ab	Privato per 1,000 ab	Totale per 1,000 ab
L'Aquila	870	330	1,200	2.83	1.07	3.90
Chieti	1,075	257	1,332	2.73	0.65	3.38
Pescara	798	402	1,200	2.53	1.27	3.80
Teramo	945	-	945	3.09	-	3.09
Totale	3,688	989	4,677	2.8	0.7	3.5



Allegato "B"

Regione Abruzzo

Programma Operativo 2010

Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera

Azione 1: Piano della rete ospedaliera

*Disattivazione dei Presidi per acuti non coerenti col Fabbisogno individuato e
cronoprogramma delle loro riconversioni*

Allegato alla Deliberazione del Commissario
ad ACTA

n. 45/7610 del 05/08/2010



Indice

Identificazione dei Presidi Ospedalieri non coerenti con il Fabbisogno e caratterizzati da inefficienza e inappropriatazza	3
Criticità della Domanda e dell'Offerta di Pescara e Tagliacozzo.....	5
Criticità della Domanda e dell'Offerta di Casoli.....	6
Criticità della Domanda e dell'Offerta di Guardiagrele	7
Criticità della Domanda e dell'Offerta di Gissi	8
La riconversione.....	17
Il Cronoprogramma delle riconversioni.....	19



Identificazione dei Presidi Ospedalieri non coerenti con il Fabbisogno e caratterizzati da inefficienza e inappropriatezza

L'analisi della domanda e dell'offerta ha permesso di definire, secondo una metodologia basata sulla riduzione dell'inappropriatezza, il fabbisogno di prestazioni ospedaliere della Regione, con l'obiettivo di portare il tasso di ospedalizzazione dei residenti ai livelli di 180 per mille. Tasso da raggiungere come indicato dal Patto della Salute, attraverso uno spostamento di numerose prestazioni in regime diurno e ambulatoriale e una rimodulazione e riduzione dei posti letto.

L'analisi ha anche permesso di individuare 5 strutture ospedaliere che non presentano più le caratteristiche dell'ospedale per acuti e che richiedono una riconversione a forme alternative di assistenza attualmente necessarie a fornire risposte nei processi clinico assistenziali sul territorio.

L'individuazione di queste strutture è avvenuta attraverso una valutazione dei seguenti parametri:

- efficienza (tasso di occupazione, durata media della degenza, complessità dei casi trattati);
- tassi operatività delle unità operative chirurgiche;
- appropriatezza (secondo il DPCM 2001 e il Patto della Salute 2009);
- analisi delle caratteristiche dei ricoveri (età, sesso, diagnosi principale e secondarie);
- posizionamento rispetto al bacino di utenza;
- flussi e tipologie dei ricoveri della popolazione residente nel Comune e nel Distretto di riferimento
- confronto tra l'attività delle unità operative dei Presidi in oggetto e gli *standard* di efficienza per disciplina considerate "buone pratiche".

Vengono descritte nel paragrafo seguente l'analisi della domanda e dell'offerta di ciascun Presidio (tabella 1,2, 3, 4, 5, 6, 7,8), della domanda e dei flussi dei ricoveri della popolazione del Comune in cui insiste il Presidio e della popolazione dei Comuni del Distretto di riferimento e, inoltre, delle attuali percorrenze rispetto a ciascun Comune del territorio del Distretto.

A queste analisi è seguita la valutazione delle relative criticità che sono state le motivazioni poste alla base alla scelta di riconversione di questi Presidi in Presidi Territoriali di Assistenza h24 (PTA) indispensabili e necessari alla popolazione che vive in questi Distretti.

Inoltre, in seguito alla rimodulazione e razionalizzazione della Rete Ospedaliera e relative riconversioni, si è valutata la stima dei tempi di percorrenza delle popolazioni dei Distretti coinvolti nelle riconversioni dei Presidi per raggiungere il Presidio per acuti di riferimento.

Infine, stato individuato anche un Presidio Ospedaliero che presenta 37 posti letto di Riabilitazione codice 56 che viene disattivato in quanto di dimensioni non ottimali per garantire un equilibrio sostenibile tra qualità e costo.

I presidi da disattivare da Ospedali per acuti sono i seguenti:

ASL	Distretto	Presidio
L'Aquila	Distretto 2	Pescina
L'Aquila	Distretto 2	Tagliacozzo
Chieti	Distretto 6	Casoli
Chieti	Distretto 7	Guardiagrele
Chieti	Distretto 8	Gissi
Pescara	Distretto 4	San Valentino cod.56



Tabella 1 – Presidi da disattivare - Ricoveri Ordinari. Dati di struttura e attività, anno 2008

Presidio	Posti Letto	Ricoveri	Degenza Media	Tasso occupazione	Peso Medio	% Peso inferiore a 1	% Peso superiore a 2	% Over 65	% Ricoveri Chirurgici	% Ricoveri Medici	% 43 DRG LEA	% 65 DRG LEA	% Ric. Medici 1 gg escluso LEA (43 DRG)
GUARDIAGRELE	72	1.916	9,5	66%	0,85	70%	0%	67%	0%	100%	14%	7%	7%
CASOLI	55	1.425	13,2	79%	0,88	70%	1%	85%	2%	98%	11%	4%	2%
GISSI	43	942	12,1	73%	0,93	63%	0%	91%	0%	100%	7%	10%	2%
PESCINA	45	1.883	7,7	89%	0,90	66%	1%	76%	8%	92%	48%	12%	6%
TAGLIACOZZO	52	1.243	14,4	84%	0,89	68%	1%	71%	13%	87%	19%	7%	3%
SAN VALENTINO IN ABRUZZO CITE	37	242	17,1	31%	0,74	96%	0%	76%	0%	100%	0%	0%	4%

Tabella 2 – Presidi da disattivare - Ricoveri Day Hospital. Dati di struttura e attività, anno 2008

Presidio	Posti Letto	Ricoveri	accessi medi	Peso Medio	% over 65	% ricoveri chirurgici	% ricoveri con 1 accesso	% ricoveri medici con 1 accesso
GUARDIAGRELE	3	1.687	1,8	0,72	63%	81%	80%	10%
CASOLI	4	428	1,2	0,91	38%	90%	93%	3%
GISSI	8	811	1,1	0,89	73%	95%	98%	3%
PESCINA	4	928	1,0	0,97	45%	91%	100%	9%
TAGLIACOZZO	5	960	1,6	0,90	31%	86%	78%	13%
SAN VALENTINO IN ABRUZZO CITE	-	2	10,0	0,77	100%	0%	0%	0%



Criticità della Domanda e dell'Offerta di Pescara e Tagliacozzo

Il Distretto 2 dell'Aquila si compone di 26 comuni in cui risiedono circa 71.000 abitanti. 17 comuni (pari al 65% dei comuni del Distretto) presentano una popolazione inferiore ai 2.500 abitanti (6 comuni inferiori ai 1.000), mentre i comuni di Tagliacozzo e Pescara, ove sono situate le 2 strutture pubbliche del Distretto, hanno rispettivamente 6.800 e 4.400 abitanti. Sul territorio del Distretto insistono anche 2 strutture private. Nelle strutture del Distretto trova risposta il 26% dei ricoveri dei residenti, mentre si evidenzia che il 50% dei casi trova soddisfacimento presso le strutture del Distretto 3 dove sono situati il Presidio di Avezzano e altre due case di cura di questa città.

Si sottolinea che il 20% dei ricoveri dei residenti del comune di Tagliacozzo utilizza il proprio il presidio e il 38% dei residenti di Pescara si rivolge al proprio ospedale.

Il 95% della popolazione del Distretto dista meno di 40 minuti da una struttura ospedaliera della propria o di un'altra ASL (tabella A e grafico 1) mentre si segnala che i comuni di Villavallelonga, Pereto, Colledara e Rocca di Botte, che hanno percorrenze superiori a 40 minuti, si rivolgono per l'assistenza ospedaliera esclusivamente ai presidi di Avezzano, dell'Aquila e alle case di cura collocate in queste città.

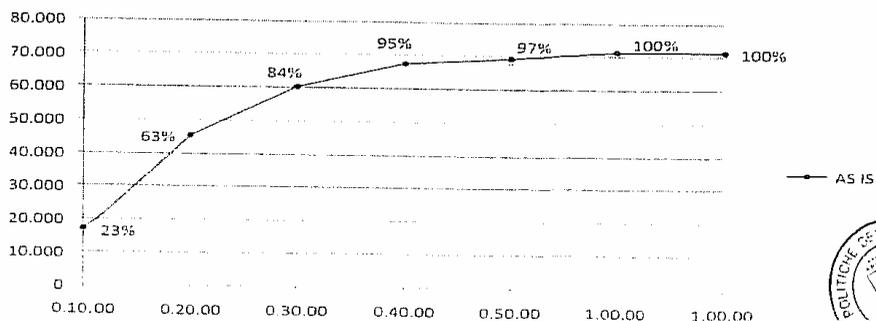
Per quanto riguarda le caratteristiche dei presidi di Pescara e Tagliacozzo, rappresentate nelle tabelle 1, 2, 3 e 4, presentano rispettivamente 45 e 52 letti ordinari, con unità operative di chirurgia e medicina generale, riabilitazione e lungodegenza. Le discipline di chirurgia si caratterizzano per elevata inapproprietezza, con valori superiori anche al 40%, al di sopra dei valori standard delle unità operative che presentano pratiche migliori. I tassi operatori sono rispettivamente del 34% e 23% contro lo standard che supera il 75%.

I ricoveri dei soggetti ultra 65 anni sono superiori al 70%, di bassa complessità e nella maggior parte di tipo medico. La maggior parte delle diagnosi principali di ricovero di tipo medico sono, così come rappresentato nelle tabelle 9 e 10, per patologie cardiovascolari, respiratorie e neurologiche dell'anziano.

Tabella A – Distretto 2 L'Aquila – Popolazione e tempi di percorrenza

Tempi di percorrenza			AS IS	%	
da	0.00.00	a	0.10.00	16.737	23,4
da	0.10.00	a	0.20.00	28.529	39,9
da	0.20.00	a	0.30.00	15.071	21,1
da	0.30.00	a	0.40.00	7.256	10,2
da	0.40.00	a	0.50.00	1.543	2,2
da	0.50.00	a	1.00.00	2.332	3,3
		oltre	1.00.00	-	-
				71.468	100

Grafico 1 – Distretto 2 L'Aquila – Percentuale cumulata della popolazione in funzione della distanza dalla prima struttura pubblica intra ed extra regionale



Criticità della Domanda e dell'Offerta di Casoli

Il Distretto 6 di Chieti è composto da 37 comuni in cui risiedono circa 54.000 abitanti. 33 comuni presentano una popolazione inferiore ai 2.500 abitanti (19, pari al 51%, inferiore ai 1.000), mentre i comuni di Atesa e Casoli, ove sono situate le 2 strutture pubbliche del Distretto, hanno rispettivamente 10.700 e 6.000 abitanti. In queste strutture trova risposta il 29% dei ricoveri dei residenti del Distretto, mentre il 29% dei casi viene assistito presso il Presidio di Lanciano (Distretto 5), un altro 29% presso altri distretti e il 13%, infine, fuori regione.

L'analisi dei ricoveri dei residenti nel comune di Casoli mostra che il 19% trova risposta nel presidio cittadino, a cui si rivolge il 6% dei ricoveri dei residenti del Distretto.

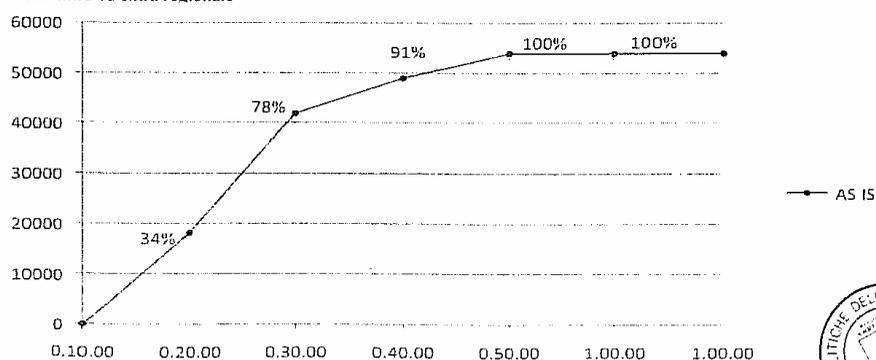
Il 9% della popolazione, afferente a 8 comuni, sempre del Distretto 6, dista dal presidio ospedaliero più vicino più di 40 minuti e presenta nelle strutture di Lanciano e Atesa i propri punti di riferimento (Tabella B- grafico 2).

Il Presidio di Casoli, le cui caratteristiche sono rappresentate nelle tabelle 1, 2 e 5, presenta 65 posti letto ordinari con unità operative di medicina generale, geriatria, lungodegenti e riabilitazione. Si caratterizza per un'occupazione inferiore all'80% e per l'età media particolarmente elevata dei pazienti (la percentuale degli over 65 anni è pari circa al 90%). Per quanto riguarda la complessità, circa il 70% dei ricoveri è caratterizzato da bassa complessità (peso medio DRG inferiore a 1), mentre con riferimento all'inappropriatezza si evidenziano valori elevati nelle unità operative di geriatria e medicina generale che sono il doppio rispetto allo standard. La maggior parte delle diagnosi principali di ricovero di tipo medico sono, così come rappresentato in Tabella 11, per patologie cardiovascolari, respiratorie e neurologiche dell'anziano.

Tabella B – Distretto 6 Chieti – Popolazione e tempi di percorrenza

Tempi di percorrenza				AS IS	%
da	0.00.00	a	0.10.00	-	-
da	0.10.00	a	0.20.00	18.092	33,5
da	0.20.00	a	0.30.00	23.719	43,9
da	0.30.00	a	0.40.00	7.123	13,2
da	0.40.00	a	0.50.00	4.952	9,2
da	0.50.00	a	1.00.00	86	0,2
		oltre	1.00.00	-	-
				53.972	100

Grafico 2 – Distretto 6 Chieti – Percentuale cumulata della popolazione in funzione della distanza dalla prima struttura pubblica intra ed extra regionale



Criticità della Domanda e dell'Offerta di Guardiagrele

Presso il Distretto 7 di Chieti, composto da 13 comuni, risiedono circa 34.000 abitanti (9 comuni presentano una popolazione inferiore ai 2.500 abitanti). In questo distretto è situata la struttura pubblica di Guardiagrele (comune di circa 9.600 abitanti), ove trova risposta il 23% dei ricoveri dei residenti, mentre gli altri ricoveri della popolazione del Distretto sono erogati prevalentemente presso le strutture del Distretto 2 di Chieti (48%), negli altri distretti (23%) e fuori regione (7%).

L'analisi dei ricoveri dei residenti nel comune di Guardiagrele mostra che il 32% viene erogato presso il presidio cittadino.

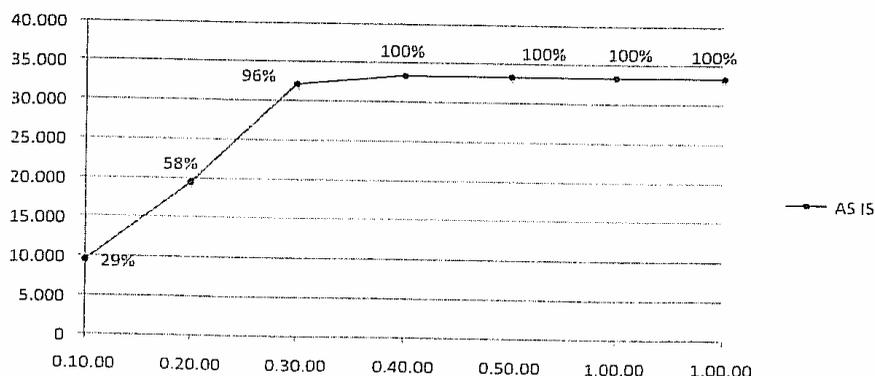
Si sottolinea che l'intera popolazione del distretto ha nel raggio di 40 minuti la possibilità di raggiungere un presidio ospedaliero (vedi tabella C e grafico 3).

A **Guardiagrele** (72 posti letto ordinari, le cui caratteristiche sono rappresentate nelle tabelle 1, 2 e 6) sono presenti letti di psichiatria, oltre a medicina generale, geriatria e lungodegenza. Anche in questo caso, come per Casoli, si sottolinea l'elevata percentuale degli over 65 anni (circa 70%), unita a bassa occupazione dei letti (inferiore al 70%) e bassa complessità (70% dei ricoveri è con peso medio DRG inferiore a 1). Inoltre si osserva un elevato tasso di inappropriatazza nelle medicina generale che è superiore allo standard di più di 10 punti.

Tabella C – Distretto 7 Chieti – Popolazione e tempi di percorrenza

Tempi di percorrenza				AS IS	%
da	0.00.00	a	0.10.00	9.574	28,6
da	0.10.00	a	0.20.00	9.933	29,7
da	0.20.00	a	0.30.00	12.672	37,9
da	0.30.00	a	0.40.00	1.243	3,7
		oltre	0.40.00	-	-
				33.422	100

Grafico 3 – Distretto 7 Chieti – Percentuale cumulata della popolazione in funzione della distanza dalla prima struttura pubblica intra ed extra regionale



Criticità della Domanda e dell'Offerta di Gissi

Il Distretto 8 si compone di 19 comuni, dove risiedono circa 19.000 abitanti (tutti i comuni presentano una popolazione inferiore ai 2.100 abitanti, ad eccezione di Gissi che ne ha circa 3.000). In questo distretto si trova la struttura pubblica di Gissi, dove trova risposta l'11% della domanda di ricovero dei residenti, mentre gli altri ricoveri sono erogati prevalentemente presso le strutture del Distretto 1 di Chieti, presso il Presidio di Vasto per il 27% dei casi, per il 29% negli altri distretti e per il 33% fuori regione.

Il 20% dei ricoveri dei residenti nel comune di Gissi si rivolge al presidio cittadino.

Il 9% della popolazione del Distretto, afferente a tre comuni, dista oltre 40 minuti dal presidio ospedaliero più vicino (vedi tabella D e grafico 4). Per le popolazioni di questi comuni si osserva che le strutture ospedaliere di riferimento sono rappresentate dal Presidio di Vasto e da quelli fuori regione. Circa il 13% dei ricoveri dei residenti in questi comuni viene erogato nella struttura di Gissi.

Il presidio di Gissi, le cui caratteristiche sono identificate nelle tabelle 1,2 e 7, presenta le unità operative di geriatria, medicina generale e lungodegenza.

Si sottolinea l'elevata percentuale degli over 65 anni (circa il 90%), unita a bassa occupazione dei letti (73% complessivo con 47% Medicina Generale) e bassa complessità (il 53% dei ricoveri presenta un peso medio DRG inferiore a 1). La maggior parte delle diagnosi principali di ricovero di tipo medico sono per patologie cardiovascolari, respiratorie e neurologiche dell'anziano (vedi tabella 13).

Tabella D – Distretto 8 Chieti – Popolazione e tempi di percorrenza

Tempi di percorrenza				AS IS	%
da	0.00.00	a	0.10.00	3.018	16
da	0.10.00	a	0.20.00	6.112	32,4
da	0.20.00	a	0.30.00	3.394	18
da	0.30.00	a	0.40.00	4.596	24,4
da	0.40.00	a	0.50.00	1.717	9,1
		oltre	0.50.00	-	-
				18.837	100

Grafico 4 – Distretto 8 Chieti – Percentuale cumulata della popolazione in funzione della distanza dalla prima struttura pubblica intra ed extra regionale

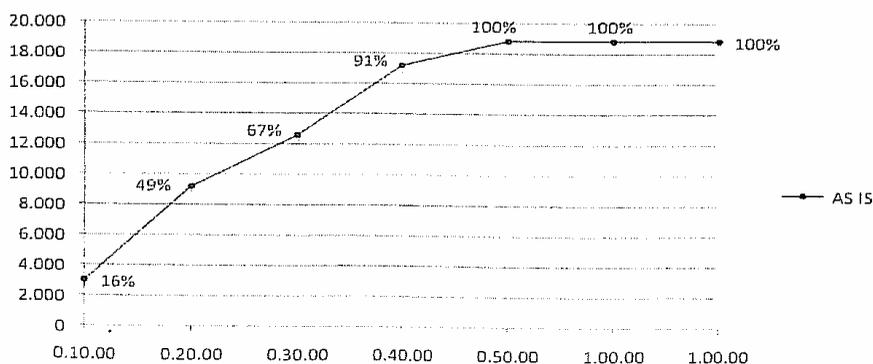


Tabella 3 – Presidio di Pescara. distribuzione dei ricoveri ordinari per Unità Operativa, anno 2008

uu.oo.	Posti Letto	Ricoveri	Dmd	Tasso Occupazione	Peso Medio	% Medici	% Chirurghi	% peso < 1	% peso > 2	% 43Lea	% 65Lea
08 - Chirurgia generale	5	375	6,2	128%	0,78	66%	34%	81%	1%	38%	14%
36 - Ortopedia (PO Avezzano)	-	2	1,0	-	0,69	100%	0%	100%	0%	0%	0%
21 - Geriatria	10	775	6,8	145%	0,93	99%	1%	63%	1%	14%	15%
26 - Medicina generale	5	452	6,3	158%	0,91	98%	2%	62%	1%	17%	11%
30 - Neurochirurgia (PO Avezzano)	2	12	7,0	12%	1,11	25%	75%	83%	17%	25%	0%
56 - Riabilitazione (geriatrica)	12	147	17,2	58%	0,92	98%	2%	69%	1%	0%	0%
60 - Lungodagenti	11	120	12,5	37%	1,08	99%	1%	51%	2%	0%	0%
TOTALE	45	1.883	7,7	89%	0,90	92%	8%	66%	1%	18%	12%

Tabella 4 – Presidio di Tagliacozzo. distribuzione dei ricoveri ordinari per Unità Operativa, anno 2008

uu.oo.	Posti Letto	Ricoveri	Dmd	Tasso Occupazione	Peso Medio	% Medici	% Chirurghi	% peso < 1	% peso > 2	% 43Lea	% 65Lea
08 - Chirurgia generale	2	114	6,2	128%	0,81	77%	23%	78%	5%	40%	5%
09 - Chirurgia generale	-	1	1,0	-	0,62	0%	100%	100%	0%	100%	0%
26 - Medicina generale	12	477	8,4	92%	0,83	98%	1%	73%	1%	37%	14%
36 - Ortopedia e traumatologia	3	147	7,7	103%	1,45	13%	87%	32%	0%	10%	13%
56 - Riabilit. neuromuscolari	21	229	16,8	50%	0,78	100%	0%	55%	0%	32%	0%
58 - Riabilit. cardiologica	11	179	33,1	147%	0,77	98%	1%	96%	0%	0%	72%
58 - Recupero e riabilitazione funzionale	-	30	33,8	-	0,77	100%	0%	87%	0%	0%	47%
60 - Lungodagenti	3	66	15,1	91%	0,95	98%	2%	62%	2%	24%	12%
TOTALE	52	1.243	14,4	94%	0,89	97%	13%	68%	1%	26%	19%



Tabella 5 – Presidio di Casoli, distribuzione dei ricoveri ordinari per Unità Operativa, anno 2008

uu.oo.	Posti Letto	Ricoveri	Dmd	Tasso Occupazione	Peso Medio	% Medici	% Chirurgici	% peso < 1	% peso > 2	% 43Lea	% 65Lea
21 - Geriatria	5	337	6,7	123%	0,77	100%	0%	75%	0%	32%	12%
26 - Medicina generale	8	188	8,7	56%	0,87	89%	1%	64%	0%	22%	11%
56 - Recupero e riabilitazione funzionale	22	253	22,3	70%	0,80	100%	0%	97%	2%	0%	0%
80 - Lungodegenti	30	647	14,4	86%	0,97	97%	3%	56%	3%	0%	0%
TOTALE	65	1.425	13,2	79%	0,88	93%	2%	70%	1%	11%	4%

Tabella 6 – Presidio di Guardiagrele, distribuzione dei ricoveri ordinari per Unità Operativa, anno 2008

uu.oo.	Posti Letto	Ricoveri	Dmd	Tasso Occupazione	Peso Medio	% Medici	% Chirurgici	% peso < 1	% peso > 2	% 43Lea	% 65Lea
21 - Geriatria	17	537	7,2	83%	0,88	100%	0%	81%	0%	12%	9%
26 - Medicina generale	20	797	7,7	84%	0,89	89%	0%	82%	0%	22%	10%
40 - Psichiatria	15	452	10,8	89%	0,73	89%	1%	89%	1%	5%	1%
80 - Lungodegenti	20	130	25,4	45%	0,94	100%	0%	53%	1%	0%	0%
TOTALE	72	1.916	9,5	69%	0,85	100%	0%	70%	0%	14%	7%

Tabella 7 – Presidio di Gissi, distribuzione dei ricoveri ordinari per Unità Operativa, anno 2008

uu.oo.	Posti Letto	Ricoveri	Dmd	Tasso Occupazione	Peso Medio	% Medici	% Chirurgici	% peso < 1	% peso > 2	% 43Lea	% 65Lea
26 - Medicina generale	5	127	6,8	47%	0,87	100%	0%	56%	0%	3%	17%
21 - Geriatria	20	558	10,7	82%	0,93	100%	0%	54%	0%	11%	13%
80 - Lungodegenti	18	257	17,7	69%	0,97	99%	1%	47%	1%	0%	0%
TOTALE	43	942	12,1	73%	0,93	100%	0%	53%	0%	7%	10%

Tabella 8 – Presidio di San Valentino, distribuzione dei ricoveri ordinari per Unità Operativa, anno 2008

uu.oo.	Posti Letto	Ricoveri	Dmd	Tasso Occupazione	Peso Medio	% Medici	% Chirurgici	% peso < 1	% peso > 2	% 43Lea	% 65Lea
56 - Recupero e riabilitazione funzionale	37	242	17,1	31%	0,74	100%	0%	96%	0%	0%	0%



Tabella 9 - Ospedale di Pescara - Primi 30 DRG ricoveri ordinari, anno 2008

n	tipo	drg	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	%	%cum	dind	dststd	peso
1	M	14	Malattia cerebrovascolare specifica eccetto attacco ischemico transit	110	6%	6%	977	7%	7%	7%	7%	6,9	8,23	1,17
2	M	166	Malattia polmonare cronica ostruttiva	103	5%	11%	755	5%	16%	12%	12%	7,4	8,32	0,91
3	M	127	Insufficienza cardiaca e shock	97	5%	16%	717	5%	21%	17%	17%	7,4	3,27	0,51
4	M	183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza c	81	4%	21%	378	3%	24%	3%	3%	4,7	3,45	0,56
5	M	132	Aterosclerosi con cc.	55	3%	24%	425	3%	27%	22%	22%	7,7	4,70	0,65
6	M	246	Terminale infarto miocardico	54	3%	27%	660	4%	31%	1%	1%	11,5	11,09	0,82
7	M	15	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	47	2%	29%	269	2%	33%	2%	2%	5,7	3,12	0,73
8	M	395	Anomalia dei globuli rossi, età > 17	44	2%	31%	371	3%	34%	3%	3%	8,4	4,29	0,82
9	M	138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con cc.	39	2%	33%	228	2%	36%	2%	2%	5,8	2,92	0,82
10	M	99	Segni e sintomi respiratori con cc.	34	2%	35%	218	1%	37%	1%	1%	6,4	5,34	0,70
11	M	316	Insufficienza renale	34	2%	37%	295	2%	39%	3%	3%	6,7	4,98	1,37
12	M	203	Neoplasie maligne dell'apparato epalobiliare o del pancreas	32	2%	39%	279	2%	41%	2%	2%	6,7	8,58	1,35
13	M	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con cc.	30	2%	40%	198	1%	42%	1%	1%	6,6	4,39	1,20
14	M	294	Diabete età > 35	29	2%	42%	225	2%	44%	1%	1%	7,8	3,79	0,76
15	M	134	Iperensione	29	2%	43%	196	1%	45%	1%	1%	6,8	5,54	0,58
16	M	202	Cirrosi ed epatite alcolica	27	1%	45%	252	2%	47%	2%	2%	9,3	7,70	1,33
17	M	182	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 con cc.	26	1%	46%	170	1%	48%	1%	1%	6,5	4,00	0,79
18	M	89	Polemite semplice e pleurite, età > 17 con cc.	26	1%	48%	227	2%	49%	2%	2%	8,7	5,20	1,06
19	M	183	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 senza cc.	25	1%	49%	693	1%	50%	1%	1%	3,3	2,59	0,58
20	M	12	Malattie degenerative del sistema nervoso	25	1%	50%	413	3%	51%	3%	3%	16,5	15,31	0,90
21	M	16	Malattia cerebrovascolare aspecifiche con cc.	24	1%	52%	162	1%	53%	1%	1%	6,8	3,81	1,19
22	M	166	Altre alterazioni della conduzione cardiaca senza cc.	24	1%	53%	121	1%	54%	1%	1%	5,0	3,32	0,50
23	M	204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	23	1%	54%	143	1%	55%	1%	1%	6,2	3,48	1,20
24	M	205	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne, cirrosi epatiche alcolica, con cc	22	1%	55%	151	1%	56%	1%	1%	7,3	6,53	1,22
25	M	235	Fratture del femore	22	1%	56%	397	3%	57%	3%	3%	18,0	14,40	0,75
26	M	87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	22	1%	58%	142	1%	58%	1%	1%	6,5	4,58	1,43
27	C	162	Interventi per emia inguinale e femorale, età > 17 senza cc.	21	1%	59%	119	1%	59%	1%	1%	5,7	3,44	0,61
28	M	236	Fratture dell'anca e della pelvi	20	1%	60%	264	2%	60%	2%	2%	12,7	10,27	0,69
29	M	208	Malattia delle vie biliari senza cc.	19	1%	61%	106	1%	61%	1%	1%	5,6	3,45	0,64
30	M	320	Infezioni renne e vie urinarie, età > 17 con cc.	16	1%	62%	125	1%	62%	1%	1%	7,6	7,41	0,65
Totale				1.160	62%		9.056	62%				7,8		0,91
Altro				723	38%		5.632	38%				7,7		
Totale				1.883	100%		14.688	100%				7,7	6,71	0,90

Le informazioni sono identificate i 43 DRG ad elevato rischio di inappropriatazze se erogati in regime ordinario afferenti al DPCM 2001, in sede i 66 DRG aggiunti del Piano della Salute 2009



Tabella 10 - Ospedale di Tagliacozzo - Primi 30 DRG ricoveri ordinari, anno 2008

n	tipo	diag	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdiag	%	%cum	dmd	dststd	peso
1	M	134	ipertensione	155	12%	12%	1.356	8%	8%	8,7	5,12	0,59
2	M	127	insufficienza cardiaca e shock	136	11%	23%	2.034	11%	19%	15,0	7,64	1,01
3	M	256	Altre malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	84	7%	30%	2.124	12%	31%	26,3	12,65	0,82
4	M	132	Arteriosclerosi con cc.	73	6%	36%	97,9	5%	36%	13,4	6,80	0,65
5	M	133	Arteriosclerosi senza cc.	67	5%	41%	1.059	6%	42%	15,5	7,27	0,55
6	C	209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	63	5%	47%	648	4%	46%	10,3	5,95	1,99
7	M	248	Assistenza habitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	58	5%	51%	2.173	12%	56%	37,5	16,85	0,88
8	M	247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	28	2%	53%	75,4	4%	62%	26,9	17,84	0,95
9	M	12	Malattie degenerative del sistema nervoso	26	2%	56%	95,4	5%	67%	32,8	25,52	0,90
10	M	183	Esologie, gastroenterite e, miscelanea di malattie dell'apparato digerente, ele > 17 senza c	24	2%	57%	205	1%	68%	8,6	8,31	0,55
11	M	186	Malattie polmonari croniche sistemiche	20	2%	59%	165	1%	69%	8,5	4,83	0,69
12	M	67	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	22	2%	61%	220	1%	70%	10,0	5,33	1,43
13	C	219	Intervento su ano inferiore e omero eccetto anca, piede e femore ele > 17 senza cc	15	1%	62%	89	0%	71%	5,9	5,19	1,00
14	M	159	Altre alterazioni della psichiche senza cc	14	1%	63%	65	0%	71%	4,6	3,45	0,50
15	M	202	Cirrosi ed epatite alcolica	13	1%	64%	124	1%	72%	9,5	6,08	1,33
16	M	244	Malattie del sistema circolatorio senza cc	13	1%	65%	129	1%	73%	9,9	4,33	0,63
17	M	243	Altezioni mediche del dorso	13	1%	67%	139	1%	74%	10,7	7,79	0,73
18	M	136	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con cc.	12	1%	67%	104	1%	74%	8,7	4,08	0,82
19	M	145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza cc.	12	1%	68%	177	1%	75%	14,8	8,19	0,59
20	M	136	Malattie cardiache congenite e valvolari, ele > 17 senza cc.	12	1%	69%	203	1%	76%	16,9	8,76	0,55
21	M	130	Malattie vascolari periferiche con cc.	11	1%	70%	129	1%	77%	11,7	7,24	0,84
22	C	503	Interventi su ginocchio senza dia, principale di infezione	10	1%	71%	16	0%	77%	1,8	0,92	1,23
23	M	246	Malattie del collo e dell'epalle specifiche senza cc	10	1%	72%	69	0%	77%	6,9	4,16	0,47
24	M	35	Altre malattie del sistema nervoso senza cc.	10	1%	73%	470	3%	80%	47,0	19,17	0,59
25	M	182	Esologie, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, ele > 17 con cc.	9	1%	73%	56	0%	80%	6,2	4,84	0,75
26	C	211	Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, ele > 17 senza cc	9	1%	74%	99	1%	81%	11,0	6,87	1,22
27	M	203	Neoplasie maligne dell'apparato epaloblitare o del pancreas	8	1%	75%	141	1%	82%	17,6	10,10	1,35
28	M	82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	8	1%	75%	98	1%	82%	12,3	9,22	1,43
29	M	248	Febbricitate febbricitate	8	1%	75%	205	1%	83%	25,5	24,45	0,82
30	M	34	Altre malattie del sistema nervoso con cc.	8	1%	77%	277	2%	85%	34,6	19,58	1,01
Totale				954	77%		15.175	85%		15,9		0,85
Altro				289	23%		2.685	15%		9,3		
Totale				1.243	100%		17.860	100%		14,4	13,04	0,89

* in grassetto sono stati identificati i 43 DRG ad elevato rischio di inappropriata cura se erogati in regime ordinario differenti al DPC-M 2008, in verde i 66 DRG aggiunti dal Piano della Salute 2009



Tabella 11 - Ospedale di Casoli - Primi 30 DRG ricoveri ordinari, anno 2008

n	tipo	drgr	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdteq	%	%cum	dmd	dvstd	peso
1	M	127	Insufficienza cardiaca e shock	182	13%	13%	2.283	17%	17%	17,5	8,40	1,01
2	M	188	Malattie delmiocardio croniche peripativa	93	7%	20%	2.165	16%	33%	13,4	6,71	0,91
3	M	12	Malattie degenerative del sistema nervoso	93	7%	26%	2.109	11%	30%	22,7	14,45	0,90
4	M	249	Assenza di infarto per malattia del sistema muscolo-scheletrico e del sistema circolatorio	91	6%	32%	2.103	11%	41%	22,3	10,57	0,68
5	M	132	Arteriosclerosi con cc.	66	5%	37%	803	4%	45%	42,2	6,77	0,65
6	M	134	Iperensione	65	5%	41%	431	2%	47%	6,6	4,11	0,58
7	M	133	Arteriosclerosi senza cc.	49	3%	45%	442	2%	49%	9,0	6,60	0,56
8	M	156	Alterazioni del sistema circolatorio e del sistema muscolo-scheletrico e del sistema circolatorio	45	3%	48%	440	2%	50%	10,2	6,82	0,82
9	M	395	Anomalie dei globuli rossi, eta' > 17	34	2%	50%	421	2%	52%	12,4	8,44	0,82
10	M	296	Disturbe della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, eta' > 17 con cc.	25	2%	52%	367	2%	58%	14,7	9,12	0,86
11	M	89	Pneumonia semplice e pleurite, eta' > 17 con cc.	25	2%	54%	374	2%	60%	15,0	5,58	1,06
12	M	202	Cirrosi ed epatite alcolica	23	2%	56%	259	1%	61%	11,3	6,35	1,33
13	M	397	Altre malattie del sistema circolatorio e del sistema muscolo-scheletrico e del sistema circolatorio	21	1%	57%	322	1%	62%	11,8	6,35	1,50
14	M	15	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	21	1%	58%	237	1%	63%	11,3	9,77	0,73
15	M	429	Disturbi organici e ritardo mentale	20	1%	60%	207	1%	64%	10,4	5,50	0,84
16	M	143	Dolore toracico	20	1%	61%	67	0%	65%	3,4	1,76	0,52
17	M	14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transit.	19	1%	62%	257	1%	66%	13,5	8,60	1,17
18	M	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta' > 17 senza cc.	19	1%	63%	359	1%	67%	8,4	9,86	0,55
19	M	130	Malattie vascolari periferiche con cc.	19	1%	65%	131	1%	68%	6,9	6,71	0,94
20	M	138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con cc.	16	1%	66%	142	1%	68%	8,9	6,56	0,82
21	M	294	Diabete eta' > 35	16	1%	68%	159	1%	69%	9,9	5,65	0,76
22	M	82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	14	1%	68%	205	1%	70%	14,6	6,49	1,43
23	M	136	Malattie cardiache congenite e valvolari, eta' > 17 senza cc.	13	1%	69%	84	0%	71%	6,5	4,10	0,56
24	M	131	Malattie vascolari periferiche senza cc.	12	1%	70%	113	1%	71%	9,4	10,88	0,57
25	M	140	Angina pectoris	12	1%	71%	98	1%	72%	8,2	5,91	0,53
26	M	463	Segni e sintomi con cc.	12	1%	73%	179	1%	73%	14,9	10,81	0,68
27	M	135	Malattie cardiache congenite e valvolari, eta' > 17 con cc.	11	1%	73%	117	1%	74%	10,6	5,95	0,91
28	M	35	Altre malattie del sistema nervoso senza cc.	11	1%	75%	217	1%	75%	19,7	17,74	0,59
29	M	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con cc.	10	1%	76%	69	0%	75%	6,9	3,07	1,20
30	M	464	Segni e sintomi senza cc.	10	1%	76%	185	1%	76%	18,5	8,09	0,46
Totale				1.067	75%		14.326	75%		13,4		0,82
Altro				390	25%		4.619	24%		12,6		0,82
Totale				1.425	100%		18.845	100%		13,2	9,79	0,88

*in giallo sono stati identificati i 43 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza se erogati in regime ordinario afferenti al DPCM 2001, in verde i 66 DRG aggiunti dal Piano della Salute 2009



Tabella 12 - Ospedali di Guardiagrele - Primi 30 DRG ricoveri ordinari, anno 2008

n	tipo	drq	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dimd	divstd	peso
1	M	330	Psicosi	346	18%	18%	4.705	23%	23%	12,2	9,88	0,77
2	M	127	Insufficienza cardiaca e shock	186	10%	28%	1.709	9%	32%	9,2	8,18	1,01
3	M	87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	85	4%	32%	725	4%	36%	8,5	5,29	1,43
4	M	395	Anomalia dei globuli rossi, età > 17	55	3%	35%	393	2%	38%	6,4	3,83	0,82
5	M	15	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	47	3%	38%	343	2%	40%	7,3	5,28	0,73
6	M	432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	43	2%	40%	401	1%	41%	9,5	2,22	0,50
7	M	13a	Ipertensione	43	2%	42%	222	1%	42%	5,2	2,95	0,58
8	M	13b	Malattie cerebrovascolari con conseguenze	43	2%	44%	393	2%	44%	9,3	2,40	0,91
9	M	14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transit.	37	2%	46%	377	2%	47%	10,2	11,12	1,17
10	M	183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza c	34	2%	48%	190	1%	48%	5,6	5,74	0,56
11	M	316	Insufficienza renale	34	2%	50%	387	2%	50%	11,4	8,03	1,37
12	M	132	Arteriosclerosi con cc	33	2%	51%	408	2%	52%	12,4	12,80	0,65
13	M	523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	29	2%	53%	206	1%	53%	7,1	3,42	0,40
14	M	143	Dolore toracico	28	1%	54%	123	1%	54%	4,4	2,25	0,53
15	M	138	Artimia e alterazioni della conduzione cardiaca con cc	28	1%	56%	39	0%	54%	1,4	1,20	0,71
16	M	142	Sincope e collasso senza cc	26	1%	57%	130	1%	55%	5,0	2,99	0,82
17	M	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con cc	23	1%	60%	166	1%	56%	7,2	6,25	1,20
18	M	65	Allergiazioni dell'equilibrio	20	1%	62%	332	1%	58%	6,6	4,12	0,53
19	M	174	Emorragia gastrointestinale con cc	20	1%	63%	166	1%	59%	8,3	4,69	0,99
20	M	97	Bronchite e asma, età > 17 senza cc	19	1%	64%	128	1%	60%	6,7	2,98	0,56
21	M	89	Polemite semplice e pleurite, età > 17 con cc	18	1%	65%	241	1%	61%	13,4	7,17	1,06
22	M	423	Disturbi organici e ritardo mentale	18	1%	66%	241	1%	62%	13,4	12,15	0,81
23	M	17	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza cc	17	1%	67%	160	1%	63%	9,4	7,15	0,67
24	M	141	Sincope e collasso con cc	17	1%	67%	85	0%	64%	5,0	2,29	0,72
25	M	416	Setticemia, età > 17	16	1%	68%	143	1%	65%	8,9	5,03	1,63
26	M	425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	16	1%	69%	85	0%	65%	5,3	4,22	0,68
27	M	12	Malattie degenerative del sistema nervoso	16	1%	70%	275	2%	67%	17,2	13,26	0,90
28	M	25	Convulsioni e cefalea, età > 17 senza cc	16	1%	71%	112	1%	67%	7,0	3,44	0,59
Totale				1.356	71%		12.236	67%		9,0		
Altro				580	29%		5.978	33%		10,7		
Totale				1.916	100%		18.214	100%		9,5	9,24	0,85

*In questo sono stati identificati i 43 DRG ad elevato rischio di inappropriata se erogati in regime ordinario offrendo al DPCM 2001, in verde i 166 DRG aggiunti dal Piano della Salute 2009



Tabella 13 - Ospedale di Cissi - Primi 30 DRG ricoveri ordinari, anno 2008

n	tipo	drg	descrizione	Ordinari	%	%cum	ggdrg	%	%cum	dmnd	divstd	peso
1	M	127	Insufficienza cardiaca e shock	217	23%	23%	2.534	22%	22%	11,7	7,72	1,01
2	M	388	Malattie polmonari croniche ostruttive	85	9%	32%	1.880	8%	50%	10,4	6,51	0,91
3	M	425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicossiale	45	5%	37%	375	3%	33%	8,3	5,39	0,68
4	M	89	Pneumonia semplice e pleurite, età > 17 con cc.	42	4%	41%	538	5%	38%	12,8	6,79	1,06
5	M	87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	41	4%	46%	487	4%	42%	11,9	8,34	1,43
6	M	15	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precebrali	34	4%	49%	247	2%	44%	7,3	3,43	0,73
7	M	14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transit.	26	3%	52%	382	3%	48%	14,7	11,58	1,17
8	M	12	Malattie degenerative del sistema nervoso	22	2%	54%	399	4%	51%	18,1	16,28	0,90
9	M	296	Disturbe della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo,età >17 con cc.	20	2%	56%	259	2%	54%	13,0	8,32	0,86
10	M	143	Dolore toracico	17	2%	58%	72	1%	54%	4,2	2,22	0,52
11	M	245	Malattie dell'osso e articolazioni	16	2%	60%	364	3%	57%	22,8	11,26	0,47
12	M	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	14	1%	61%	256	2%	60%	18,3	14,17	1,36
13	M	294	Diabete età > 35	13	1%	63%	132	1%	61%	10,2	5,40	0,76
14	M	463	Segni e sintomi con cc.	13	1%	64%	165	1%	62%	12,7	6,70	0,68
15	M	429	Disturbi organici e ritardo mentale	13	1%	66%	130	1%	63%	10,0	5,73	0,84
16	M	287	Disturbe della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo,età >17 senza cc.	13	1%	67%	111	1%	64%	8,5	4,93	0,50
17	M	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17	12	1%	68%	163	1%	66%	13,6	12,43	0,82
18	M	243	Afezioni mediche del dorso	12	1%	70%	197	2%	68%	16,4	11,19	0,73
19	M	395	Attinenze mediche del sistema circolatorio	11	1%	71%	158	1%	69%	5,3	3,47	0,50
20	M	202	Cirrosi ed epatite alcolica	9	1%	72%	83	1%	69%	9,2	5,78	1,33
21	M	236	Fratture dell'anca e della pelvi	9	1%	73%	280	2%	71%	31,1	17,41	0,69
22	M	244	Malattie dell'osso e articolazioni specifiche con cc	9	1%	74%	238	2%	73%	26,4	13,88	0,72
23	M	130	Malattie vascolari periferiche con cc.	9	1%	75%	93	1%	74%	10,3	8,38	0,94
24	M	138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con cc.	9	1%	75%	75	1%	75%	8,3	5,45	0,82
25	M	82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	8	1%	76%	85	1%	76%	10,6	6,03	1,43
26	M	172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con cc.	8	1%	77%	125	1%	77%	15,6	6,44	1,40
27	M	240	Malattie del tessuto connettivo con cc.	8	1%	78%	125	1%	78%	15,6	5,15	1,37
28	M	316	Insufficienza renale	8	1%	79%	78	1%	78%	9,8	5,99	1,37
29	M	90	Pneumonia semplice e pleurite, età > 17 senza cc.	7	1%	80%	86	1%	79%	13,3	5,22	0,63
30	M	140	Angina pectoris	6	1%	80%	62	1%	80%	10,3	9,50	0,53
Totale				756	80%		9.079	80%		12,0		0,94
Altro				186	20%		2.305	20%		12,4		
Totale				942	100%		11.384	100%		12,1		0,93

*in giallo sono stati identificati i 43 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza se erogati in regime ordinario afferenti al DPCN 3001, in verde i 66 DRG afferenti dal Piano della Salute 2009



Tabella 14 - Ospedale di San Valentino - Primi 30 DRG ricoveri ordinari, anno 2008

n	tipo	drg	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmhd	dmstd	peso
1	M	12	Malattie degenerative del sistema nervoso	46	5%	5%	980	9%	9%	21.3	16.14	0.90
2	M	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	35	4%	9%	677	6%	15%	19.3	7.80	0.82
3	M	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza cc	26	3%	11%	297	3%	17%	11.4	2.87	0.47
4	M	235	Fratture del femore	25	3%	14%	619	5%	23%	24.8	15.59	0.76
5	M	236	Fratture dell'anca e della pelvi	19	2%	16%	377	3%	26%	19.8	9.11	0.69
6	M	243	Affezioni mediche del dorso	17	2%	18%	195	2%	28%	11.5	3.76	0.73
7	M	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio - gamba, eccetto piede, età > 17 senza	17	2%	20%	267	2%	30%	15.7	7.09	0.43
8	M	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	8	1%	20%	76	1%	31%	9.5	6.02	0.66
9	M	19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza cc.	5	1%	21%	54	0%	31%	10.8	6.18	0.68
10	M	241	Malattie del tessuto connettivo senza cc	4	0%	21%	46	0%	32%	11.8	1.26	0.63
11	M	239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	4	0%	22%	46	0%	32%	11.5	2.38	1.00
12	M	464	Segni e sintomi senza cc.	4	0%	22%	57	1%	32%	14.3	3.59	0.46
13	M	487	Altri traumi multipli rilevanti	4	0%	23%	81	1%	33%	20.3	15.24	1.96
14	M	463	Segni e sintomi con cc.	3	0%	23%	57	1%	34%	19.0	3.51	0.68
15	M	11	Neoplasie del sistema nervoso senza cc.	3	0%	23%	40	0%	34%	13.3	14.98	0.85
16	M	23	Sclerosi multiple e atassia cerebellare	2	0%	24%	27	0%	34%	13.5	4.95	0.81
17	M	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio - mano - piede, età > 17 senza cc.	2	0%	24%	23	0%	34%	11.5	3.54	0.46
18	M	247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	2	0%	24%	37	0%	35%	18.5	6.36	0.56
19	M	133	Arteriosclerosi senza cc.	2	0%	24%	26	0%	35%	13.0	2.83	0.56
20	M	244	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con cc	2	0%	24%	23	0%	35%	11.5	0.71	0.72
21	M	248	Tendinite, iniosite e borsite	2	0%	25%	17	0%	35%	8.5	3.54	0.82
22	M	237	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e caviglia	1	0%	25%	12	0%	35%	12.0	-	0.53
23	M	93	Malattia polmonare interstiziale senza cc.	1	0%	25%	12	0%	36%	12.0	-	0.74
24	M	336	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 senza cc.	1	0%	25%	11	0%	36%	11.0	-	0.41
25	M	445	Traumatismi, età > 17 senza cc.	1	0%	25%	12	0%	36%	12.0	-	0.47
26	M	253	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio - gamba, eccetto piede, età > 17 con c	1	0%	25%	10	0%	36%	10.0	-	0.74
27	M	276	Patologie non maligne della mammella	1	0%	25%	1	0%	36%	1.0	-	0.70
28	M	284	Malattie minori della pelle senza cc.	1	0%	25%	11	0%	36%	11.0	-	0.42
29	M	84	Traumi maggiori torace senza cc.	1	0%	25%	22	0%	36%	22.0	-	0.55
30	M	240	Malattie del tessuto connettivo con cc.	1	0%	26%	11	0%	36%	11.0	-	1.37
Totale				241	26%		4,125	36%		17.1	-	0.74
Altro				1	0%		15	0%		15.0	-	
Totale				242	26%		4,140	36%		17.1	11.16	0.74



La riconversione

L'analisi della domanda del territorio ha evidenziato la presenza di numerosi fabbisogni non completamente soddisfatti che corrispondono alle "Fasi" di seguito descritte e si possono così articolare:

- di medicina di famiglia, che sono il presupposto della conoscenza delle necessità dei singoli cittadini e quindi garanzia di indirizzo della specifica risposta ai loro bisogni e, al tempo stesso, di coordinamento e continuità tra tutte le istituzioni coinvolte nell'assistenza (Fase promozione della salute e prevenzione di base su popolazione sana);
- pre e post ospedalieri di prevenzione, diagnosi precoce, diagnosi, terapia e riabilitazione (visite di controllo, accertamenti, interventi) che non necessitano di degenza ospedaliera ma più propriamente di assistenza ambulatoriale (Fase prevenzione dei soggetti a rischio e Fase diagnostica o di controllo);
- per condizioni croniche o cronicizzanti rappresentate da pazienti con diversi livelli di non autosufficienza psicofisica che necessitano di operatori specializzati che non necessitano temporaneamente di degenza ospedaliera ma assistenza ambulatoriale (Fase riabilitazione e di mantenimento del paziente consolidato);
- per controllo e mantenimento dei fattori che influenzano la salute in gruppi ampi di popolazione attraverso la promozione alla salute e a comportamenti e stili di vita corretti (Fase di controllo e di educazione della popolazione complessiva).

Alla luce dell'analisi dei Fabbisogni descritti le 5 strutture disattivate da ospedali per acuti vengono riconvertite in una organizzazione territoriale idonea a rispondere in modo adeguato a tali necessità che viene definita **Presidio Territoriale di Assistenza H.24 (PTA)** e che presenta le seguenti caratteristiche:

- assistenza medica e infermieristica h12;
- punto unico di accesso alla rete dei servizi, collegato al centro unico di prenotazione;
- spazi dedicati per l'attività ambulatoriale specialistica con particolare riferimento alle discipline di base: medicina interna, cardiologia, ortopedia, oculistica, ginecologia ma anche ad altre discipline specialistiche, attraverso l'integrazione con gli operatori dei Dipartimenti ospedalieri della ASL.
- servizi di accoglienza alla persona;
- servizi sanitari di base e specialistici;
- punto prelievi;
- servizi di diagnostica specialistica; ecografia, Radiodiagnostica tradizionale, elettrocardiogramma, ecc.
- consultori e servizi socio sanitari integrati, ivi compresi i servizi a favore dei minori e delle famiglie, da realizzarsi attraverso l'integrazione professionale degli operatori provenienti da altri servizi delle ASL (Dipartimento Materno Infantile, Igiene Mentale, ecc.);
- forme di associazionismo dei MMG e PLS che, oltre alle attività assistenziali di base e/o specialistiche nonché in collaborazione con la Guardia Medica che ha sede nel PTA, assicurano l'importante funzione di continuità assistenziale (anche assistenza notturna e/o a chiamata);



- i servizi di coordinamento per le cure domiciliari secondo i diversi livelli di intensità.

Tabella 19 - Caratteristiche del PTA

1 Medico 7 Infermieri	<u>Visite specialistiche</u> - Internista - Cardiologo - Ortopedico - Oculista - Ginecologo	2,5 teste equivalenti	<u>CUP</u> 6 Amministrativi		
	<u>MMG h12</u> - 8-11 - 11-14 - 14-17 - 17-20	8 MMG 1 PLS	Guardia Medica	4 medici della continuità assistenziale	RETE 118 - Ambulanza - Auto medica 1 Medico + 1 Infermiere + 1 Autista
Responsabile di struttura	- Punto Prelievi - Point of care		1 Medico 2 Tecnici		
		6 Infermieri	1 Amministrativo		
	Coordinamento assistenza domiciliare	N Operatori di distretto + 3 infermieri	1 Amministrativo		
	Coordinamento assistenza sociale	Assistenti sociali	Servizio messo a disposizione dal Comune		

La Regione ha compiuto una ricognizione per rendere operative le riconversioni e predisporre i meccanismi operativi che consentano di attivare i PTA in tempi brevi e ha valutato il grado di idoneità degli attuali presidi ad accogliere le attività descritte.

Tali attività di valutazione del grado di idoneità strutturale degli attuali Presidi per le future attività, nonché l'individuazione dei meccanismi operativi da adottare per avviare i nuovi servizi, con particolare riferimento alla comunicazione verso i cittadini e al coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, sono puntualmente descritti nelle azioni 4 e 5 del Programma Operativo ed implementati entro il 31 agosto. Inoltre verrà valutata la possibilità di mantenere un Punto di Primo Intervento operativo H.24 a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie che verranno puntualmente monitorate nei mesi successivi alla riconversione in modo da garantire equità ed omogeneità degli interventi su tutto il territorio (Rete Ospedaliera e Rete dell'Emergenza Urgenza).

Le attività, con particolare riferimento ai tavoli di concertazione avviati tra Regione, ASL e le organizzazioni sindacali per l'individuazione e regolamentazione dei meccanismi che regolano l'avvio di unità di cure primarie e forme di associazionismi adeguate al PTA, saranno definite e descritte nella Azione 4 e 5 del Programma Operativo ed attuate entro il 31 agosto con la stipula delle convenzioni e avvio delle prime riconversioni.



Inoltre le istruttorie sulle caratteristiche strutturali dei presidi da riconvertire e le stime degli eventuali costi di adeguamento verranno descritte nella Azione 6 del Programma Operativo.

Per quanto riguarda la unità operativa di riabilitazione codice 56 di Tagliacozzo che ha una vocazione cardiologica oltre che neuro motoria ed è nella Asl dell'Aquila l'unico punto pubblico di riabilitazione, si ritiene che sia opportuno il mantenimento di tali funzioni e posti letto con la riconversione del presidio a queste attività specifiche.

Infine per quanto riguarda il Presidio di San Valentino i posti letto e il personale dell'unità operativa di riabilitazione (codice 56) verranno trasferiti presso il presidio di Popoli che, entro il 2011, sarà qualificato come Presidio di riabilitazione a valenza regionale.

Il Cronoprogramma delle riconversioni

Il cronoprogramma prevede la disattivazione degli ospedali con le tempistiche descritte nella Tabella 20 e l'avvio entro il 31 agosto delle attività territoriali del PTA H.24 che non richiedono particolari accordi e investimenti o rimodulazioni ma possono e devono essere immediatamente svolte negli spazi esistenti e con le attrezzature presenti.

Inoltre nell'immediato verrà garantita la presenza degli operatori della continuità assistenziale e del personale adeguato come previsto dall'organico descritto nella Tabella 17 attraverso gli operatori attualmente in servizio nel Presidio in attesa di redigere il Piano di mobilità del personale da ricollocare e che verrà definito entro il 30 settembre.

Mentre la presenza delle associazioni di Medici di Medicina Generale e delle unità di cure primarie è subordinata alle firme degli accordi entro il 31 agosto.

Tabella 20 – Cronoprogramma delle riconversioni

ASL	Distretto	Presidio	Data disattivazione
L'Aquila	Distretto 2	Pescina	Entro 31 agosto
L'Aquila	Distretto 2	Tagliacozzo	Entro 30 settembre
Chieti	Distretto 6	Casoli	Entro 31 agosto
Chieti	Distretto 7	Guardiagrele	Entro 31 dicembre
Chieti	Distretto 8	Gissi	Entro 31 agosto
Pescara	Distretto 4	San Valentino cod.56	Entro 31 agosto

La disattivazione dei 5 presidi da ospedale per acuti è stata accompagnata da una verifica della coerenza tra le risorse disponibili presso le strutture limitrofe e l'afflusso di una nuova casistica dai presidi riconvertiti.



Tale valutazione è stata considerata puntualmente nella definizione dell'assetto organizzativo delle funzioni della Rete Ospedaliera presentati nell'Azione 3.

Inoltre è stato possibile valutare, attraverso l'analisi della domanda e offerta di ciascun Presidio, i presidi attuali di riferimento della popolazione del Distretto (in cui insiste l'ospedale da riconvertire) e l'opportunità di trasferire alcune funzioni dai suddetti ospedali in quelli previsti dalla Rete Ospedaliera.

In particolare la disattivazione completa dell'ospedale per acuti di Guardiagrele è condizionata dal trasferimento di una Unità Operativa di Psichiatria di diagnosi e cura (SPDC) nel Presidio di Chieti dove, più correttamente, deve essere collocata all'interno del processo di assistenza ospedaliera per acuti.

Le ricognizioni e le valutazioni dei layout nonché la necessità di interventi con la stima dei costi di adeguamento del Presidio di Chieti per accogliere tale unità operativa, consentono di ipotizzare che il Presidio di Guardiagrele possa essere completamente disattivato entro il 31 dicembre.

Per quanto riguarda Pescara la unità operativa attualmente presente di Geriatria deve confluire nel Dipartimento Medico dell'Azienda presso un Presidio più idoneo ad ospitare una specialità complessa che, a sua volta, necessita di integrazione e supporto di strutture e funzioni di alta complessità.

Il processo di riconversione viene seguito dalla Regione e dalla ASL di riferimento con un'attività coordinata che consente di avviare i meccanismi operativi da adottare per il funzionamento dei nuovi servizi ma anche di identificare e condividere i percorsi e i processi prioritari da garantire nello start up, nonché successivamente nella messa a regime, attribuendo chiare responsabilità verso precisi risultati da monitorare.

La struttura regionale che si occupa dei Sistemi Informativi è impegnata per l'attivazione degli strumenti e degli applicativi per la messa in rete delle attività, con particolare riferimento all'accesso e al CUP, alla refertazione degli accertamenti dal Laboratorio Analisi di riferimento, alla refertazione degli esami radiologici con il Dipartimento dei Servizi della ASL e alla implementazione del flusso della attività della specialistica ambulatoriale.

I Presidi Territoriali di Assistenza H.24 rappresentano la soluzione organizzativa che la Regione ha individuato per riqualificare l'attività dei Distretti. In ciascun Distretto sono stati individuati punti di erogazione che presentano la maggior parte delle caratteristiche del PTA e che verranno rimodulati al fine di essere sostanzialmente omogenei rispetto al modello di riferimento strutturale e organizzativo rappresentato da quest'ultimo.

Nel Piano della Rete territoriale verrà descritto il posizionamento di questi punti di erogazione territoriali rispetto alla rete di strutture di offerta di ciascun bacino di Distretto, rispetto al bacino di popolazione ad esso afferente per i servizi descritti, ai tempi di percorrenza per il loro raggiungimento da ciascun comune.



Allegato "C"

Regione Abruzzo

Programma Operativo 2010

Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera

Azione: 3 Razionalizzazione delle unità operative complesse e semplici

Criteria di definizione della Rete Integrata di Servizi, dell'assetto organizzativo e del dimensionamento delle unità operative, delle funzioni e delle principali reti cliniche, hub e spoke

Allegato alla Deliberazione del Commissario
ad ACTA

n. 45/2010 del 05/08/2010



Indice

Premessa.....	3
La Rete Integrata di Servizi	4
Le Condizioni per la realizzazione	6
L'assetto organizzativo	8
I Dipartimenti	8
Il dimensionamento delle Unità Operative.....	9
Il dimensionamento delle Funzioni	11
I criteri fondamentali che caratterizzano le 5 principali reti cliniche, hub e spoke	14
Rete Percorso Nascita.....	14
Rete Emergenza Urgenza e funzioni DEA.....	15
Rete di Cardiologia.....	17
Rete per la patologia cerebro-vascolare	18
Rete per l'emergenza-urgenza traumatologica	19
Conclusioni e cronoprogramma	20



Premessa

Le tradizioni locali, la storia delle strutture e le attese delle popolazioni sono certamente la causa delle criticità rilevate nel Servizio Sanitario della Regione Abruzzo che, oltre ad essere espressione di problemi di efficacia e di efficienza sia allocativa che operativa, possono determinare anche problemi di equità.

Pertanto, il Piano di Rientro rappresenta per l'Abruzzo il Piano di Sviluppo per perseguire l'obiettivo di equità e, quindi, di garanzia ai cittadini di maggiore omogeneità rispetto all'accesso ed alla qualità del servizio e, allo stesso tempo, rappresenta l'occasione per compiere una riflessione sul concetto di programmazione.

L'obiettivo principale, infatti, appare quello di garantire uniformità nei servizi offerti ed effettivamente utilizzati e non, viceversa, di uniformità nel numero e nella dimensione delle strutture.

L'eccessiva enfasi sulla disponibilità dei servizi ha rischiato di far passare in secondo piano il fatto che i servizi devono essere accessibili e appropriati, sia da parte dei cittadini che degli operatori, secondo le rispettive responsabilità. Le criticità descritte mostrano, infatti che fino ad oggi i servizi sono stati inappropriati ed eccessivamente frammentati, così come le strutture poco utilizzate, con particolare riferimento alle specialità complesse e molto complesse e soprattutto alle chirurgie che appaiono sovradimensionate rispetto agli standard nazionali.

Le linee "operative" sulla distribuzione dei servizi riguardano:

- i livelli di attività secondo volumi e tipologie di prestazioni e non secondo le dotazioni strutturali. Questo implica il passaggio da una logica di assistenza basata su strutture e posti letto ad una logica basata sulle funzioni che si devono svolgere dentro e fuori le strutture;
- superare la frammentarietà dei servizi che si caratterizzano per essere tendenzialmente dei duplicati e raramente come sostitutivi;
- garantire dimensioni e caratteristiche delle unità operative dal punto di vista della funzionalità e dell'economicità, correlandole, quindi, ad un bacino di utenza sufficiente/necessario per garantirne la qualità in termini di risultati (elevata casistica, elevate prestazioni e, di conseguenza, elevate esperienze professionali);
- una strategia di supporto alla realizzazione della rete nel territorio e criteri di verifica dei risultati per garantire il principio virtuoso della correlazione tra responsabilità e risultati da parte di tutti, dei professionisti, delle Aziende, della Regione nei confronti dello Stato;
- attivare forme di sussidiarietà che prevedono una sinergia, tra l'intervento dell'Istituzione Pubblica, le Imprese Private, il Privato Sociale e la Società Civile per la partecipazione alla gestione dei servizi della collettività, ciascuno secondo le proprie responsabilità.



Lo strumento per rispondere a questi criteri di riprogrammazione e riprogettazione funzionale del sistema e, quindi, di un corretto equilibrio tra:

- diffusione dei servizi e delle strutture,
- definizione delle competenze e delle capacità professionali,
- garanzia di alti volumi di attività,
- obiettivi clinici della continuità e della globalità dell'approccio assistenziale,
- esigenze economiche,

richiede un processo di riprogettazione del Sistema Sanitario Regionale secondo il concetto delle Reti Integrate dei Servizi.

La Rete Integrata di Servizi

Il concetto di Rete Integrata implica, di conseguenza, profondi cambiamenti sia sul piano concettuale che gestionale.

Esso prevede, infatti, che:

- il concetto di localizzazione di una struttura operativa in una rete integrata si giustifichi principalmente in funzione delle esigenze della rete e non in termini di patrimonio esclusivo e particolare della comunità locale, della provincia, della città, dell'università o dei professionisti;
- occorre passare da una logica di efficienza operativa della singola unità operativa e del singolo ospedale, ad una logica di efficienza complessiva del sistema nella sua globalità, ovvero dell'interno del territorio;
- i problemi centrali della funzionalità della rete sono i criteri di accesso, i criteri di scelta e quindi le decisioni relative all'invio dei pazienti fra i diversi punti della rete che sono tutti estremamente importanti e strategici: in una rete non ci sono punti più importanti di altri, ma tutti i punti devono essere eccellenti per garantire la loro funzione;
- la programmazione della rete è incompatibile con la competizione fra le singole unità e richiede, soprattutto, la cooperazione secondo i diversi livelli di complessità dei loro compiti. Cooperazione tra gli ospedali di diversa complessità della rete, ma anche tra ospedali e università, tra MMG e medici ospedalieri, distretti ed ospedali, tra ospedali per acuti e quelli di riabilitazione.

L'organizzazione secondo il modello delle Reti Integrate impone la mobilità degli operatori invece della mobilità dei cittadini-utenti:



- permette di fare l'uso più efficace delle competenze tecniche e professionali e delle risorse tecnologiche necessarie,
- consente soluzioni in cui le potenzialità dell'assistenza si allargano ed escono dai confini di ciascuno dei singoli nodi della rete.

La rete è quindi garanzia di continuità per il cittadino-utente, di potenziamento e valorizzazione delle competenze e delle capacità. Comporta che un servizio o un'unità operativa, sebbene collocato in una specifica azienda e località in quanto necessita di una bacino allargato, debba essere utile a tutta la regione. Ma significa anche che un'eccellenza in Abruzzo possa essere utile ad altre regioni e a tutto il Paese.

L'integrazione è sinonimo della potenzialità e quindi dell'efficacia dei singoli professionisti e delle singole strutture contro i rischi delle duplicazioni, delle dispersioni e, al tempo stesso, dell'insufficienza della casistica e quindi dell'esperienza. Integrazione significa che la priorità da ricercare non è solo nella risposta al singolo bisogno, ma nell'efficacia del servizio complessivo al cittadino-utente e ai suoi molteplici bisogni.

In campo sanitario esistono due modelli operativi per la realizzazione delle Reti Integrate di servizi:

- il modello "hub & spoke", che si riferisce ai servizi afferenti alla medesima linea di produzione; esso prevede che la produzione dell'assistenza di maggiore complessità sia concentrata in centri di eccellenza (hub) e che vi sia un'organizzazione del sistema di invio da centri periferici funzionalmente sotto-ordinati (spoke) con il compito di selezionare ed inviare i cittadini-utenti al centro di riferimento. Si tratta di un modello profondamente centralizzato della produzione delle attività complesse e, quindi, può essere soprattutto utile per concentrare i servizi caratterizzati da bassi volumi di attività ed elevata tecnologia come la rete dell'Emergenza Urgenza, di cardiologia e cardiocirurgia, neurologia e neurochirurgia, ecc.;
- il modello delle "reti cliniche integrate", che prevede di concentrare la gestione del sistema di produzione senza individuare una priorità gerarchica fra i centri sotto-ordinati; tale modello può essere applicato non solo ai servizi ospedalieri ma anche quelli a connotazione sanitaria e sociale.



Le Condizioni per la realizzazione

L'organizzazione a livello operativo richiede le seguenti condizioni:

- le condizioni di autosufficienza degli ambiti territoriali, come quelli della provincia e dell'Azienda corrispondente, per la maggior parte dei servizi, oltre i quali sono i cittadini-utenti a muoversi per alte e complesse specialità di livello regionale;
- lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze necessarie per la creazione e la gestione di reti professionali;
- l'organizzazione dei professionisti attorno ai processi assistenziali Dipartimentali all'interno del Presidio, tra diversi Presidi della ASL e tra ospedale e territorio, ma anche in Dipartimenti Interaziendali, al di fuori delle linee di autorità gerarchiche separate e distinte per ciascuna professione specialistica;
- lo sviluppo di meccanismi di comunicazione e coordinamento per la trasmissione a distanza di informazioni, dati, immagini e per la progettazione e la condivisione di Linee Guida e di percorsi assistenziali;
- la definizione di un sistema chiaro e trasparente di autonomia e responsabilità, sia dal punto di vista gestionale che tecnico professionale.

Una condizione fondamentale per garantire l'equità di accesso e, al tempo stesso, la qualità, è quella dell'autosufficienza degli ambiti territoriali in cui si articola il Sistema Sanitario Regionale e che descrive l'insieme delle caratteristiche relative a dimensione e funzionalità dei servizi necessari per soddisfare la domanda di assistenza attesa dalla popolazione residente in un territorio.

I criteri da adottare per definire le condizioni di autosufficienza devono tenere conto di:

- frequenza delle patologie di interesse ospedaliero nel territorio, tenendo conto delle principali variabili demografiche ed epidemiologiche, ma anche orografiche che agiscono sulla domanda;
- modalità di trattamento e di presa in carico dell'episodio di ricovero ritenuto più appropriato;
- livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili.

Dal punto di vista quantitativo il mix di servizi che concretizza la condizione di autosufficienza dovrà comunque fare riferimento a una dotazione di posti letto non superiore a 3 per acuti ogni 1.000 abitanti, di cui non oltre il 10% in regime diurno, e non superiore a 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per le funzioni di lungodegenza e riabilitazione, come indicato dal Patto della Salute nel dicembre 2009.



L'Abruzzo presenta un bacino provinciale e aziendale che deve essere autosufficiente per la maggior parte dei servizi e, al tempo stesso, è caratterizzato da una dimensione ottimale del bacino regionale per le specialità che richiedono volumi più elevati.

L'autosufficienza territoriale rappresenta, quindi, il ridimensionamento ottimale di servizi che operano a livelli efficienti di funzionalità, escluse le funzioni di terzo livello la cui pianificazione ed organizzazione rientra in un ambito extraregionale (patologie rare, trapianti, grandi ustionati, cliniche pediatriche, ecc.).

L'organizzazione a livello operativo richiede inoltre le seguenti condizioni:

- concentrazione della casistica presso strutture ed operatori che garantiscano volumi di attività sufficienti e correlati ad un miglioramento della qualità e alla razionalizzazione delle risorse per numerosi settori di attività. Quest'aspetto, sia per motivi epidemiologici che economici, determina una visione programmatica più ampia dei confini e del bacino di utenza sia dal punto di vista provinciale che regionale;
- le condizioni di autosufficienza degli ambiti territoriali dell'Azienda per i servizi di bassa, media, alta complessità ospedaliera e del territorio del Distretto per i processi di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione che non richiedono la degenza;
- lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze necessarie per la creazione e la gestione di reti cliniche e professionali che rappresentano il modello assistenziale e tecnico scientifico di riferimento;
- moduli minimi di degenza ospedaliera dei posti letto ordinari e diurni correlati ai minuti di assistenza necessari alla complessità dei casi trattati.

L'analisi e la valutazione dell'inappropriatezza è stato lo strumento fondamentale utilizzato nella metodologia di definizione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere che ha permesso la definizione anche dei posti letto necessari per lo svolgimento di tali prestazioni.

Una volta definite le prestazioni ed i ricoveri appropriati e necessari alla Regione, alle Aziende e, al loro interno, alle strutture pubbliche e private da cui è scaturito il fabbisogno di posti letto totale correlato, si è passati a identificare l'assetto organizzativo attraverso il quale raggiungere gli obiettivi ed i valori di riferimento descritti.

Di seguito, vengono presentate le modalità organizzative di condivisione delle risorse, le tipologie di presidi ospedalieri di diversa complessità, i livelli minimi di dimensionamento per unità operative per le diverse tipologie di attività, ma anche le attività da concentrare per disciplina e quelle da decentrare, sia rispetto al bacino di utenza dell'Azienda che a quello della Regione dove le discipline necessitano di bacini più ampi. Il fine ultimo è quello di giungere a definire i principi e i parametri di riferimento della Rete Integrata di strutture e funzioni ospedaliere pubbliche e private.



L'assetto organizzativo

I Dipartimenti

Allo scopo di realizzare i principi fondamentali dichiarati, le Aziende si devono avvalere del Dipartimento quale modello organizzativo ordinario (come previsto dalla DLgs 502/92 e s.m.i) e di tutte le articolazioni organizzative di rilevanza aziendale, sia che facciano riferimento a unità operative ospedaliere che universitarie.

Il modello tradizionale per "funzioni", tipicamente verticale e a forte gerarchia all'interno delle singole aree specialistiche, non è adatto a garantire l'interdisciplinarietà e l'integrazione indispensabile alla gestione del processo clinico assistenziale nella moderna medicina a tecnologia avanzata.

Il Dipartimento, al contrario, è idoneo a superare l'odierna suddivisione delle competenze contribuendo a rendere esplicite e condivise le finalità del lavoro di operatori che afferiscono a discipline e professionalità diverse e, in tal modo, favorisce e facilita l'uso ottimale dei posti letto, del personale, di tutte le risorse strutturali, tecnologiche ma anche culturali disponibili. Rappresenta la struttura di coordinamento per lo svolgimento dell'attività ospedaliera nei Presidi aziendali e ne garantisce l'efficienza e l'ottimizzazione delle risorse disponibili, operando e lavorando per processi e condividendo le risorse finalizzate ad uno stesso obiettivo.

Il Dipartimento assistenziale al suo interno è articolato in unità operative complesse e semplici a valenza dipartimentale che perseguono finalità comuni e risultano interdipendenti tra loro, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Dalla loro aggregazione derivano risposte unitarie, flessibili, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. A tal fine, vengono adottate regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico ed economico.

Il Dipartimento si propone i seguenti obiettivi: convergenza di competenza ed esperienza, interdisciplinarietà, garanzia di continuità dei processi assistenziali eliminando costi inutili e prestazioni non necessarie con l'accorpamento di attività secondo criteri di efficienza ed efficacia clinica e gestionale.

Nell'ambito dei Dipartimenti si procede all'applicazione e verifica dei sistemi per garantire massima omogeneità clinica e organizzativa attraverso l'uso di protocolli, linee guida, percorsi assistenziali, criteri di accesso dei pazienti; inoltre, viene incentivata l'individuazione e la costante implementazione di modelli operativi per migliorare la qualità della pratica clinica in ciascun specifico campo di competenza.

Sarà previsto un apposito regolamento per l'attività Dipartimentale funzionale allo svolgimento organizzativo dell'attività, degli organismi e delle responsabilità, di un sistema di pianificazione e controllo dei risultati.

Secondo i principi dichiarati dai Protocolli d'Intesa Università - Regione, le ASL prevedono che i Dipartimenti integrino sempre tra loro le unità operative complesse ospedaliere e quelle universitarie.



Per raggiungere obiettivi di sicurezza ed efficacia delle reti cliniche, hub e spoke, è possibile attivare anche i Dipartimenti Interaziendali che aggregano unità operative complesse e semplici appartenenti a diverse Aziende. Tali Dipartimenti, a seconda delle branche, dei bacini di utenza interaziendali, degli standard di efficacia della risposta assistenziale rispetto ai tempi di percorrenza della popolazione, devono operare in sedi idonee per garantire sicurezza e tempestività.

Essi vengono costituiti, in particolare, per concentrare le funzioni di discipline di alta specialità per tutta la Regione che necessitano di un bacino di utenza più ampio per garantire le curve di esperienza.

Il sistema di Emergenza territoriale 118 viene organizzato in Dipartimento Regionale Interaziendale, al fine di garantire l'omogeneità delle prestazioni, la gestione razionale delle risorse e delle interfacce tra cure primarie e Dipartimenti di Emergenza ospedaliera.

Sulla base di specifici programmi di attività, specialmente orientati ai processi di diagnosi precoce, diagnosi, terapia diurna ed ambulatoriale, si sviluppano Dipartimenti misti con l'obiettivo di coordinare le attività ospedaliere a valenza territoriale e le attività extraospedaliere per una integrazione dei servizi del territorio con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta (MMG e PLS), in particolare nei Presidi Territoriali di Assistenza del Distretto; in questo modo, vengono favoriti i percorsi assistenziali specialmente con riferimento alle patologie croniche.

Il dimensionamento delle Unità Operative

Le unità operative complesse, ospedaliere e universitarie, aggregate nel Dipartimento assistenziale hanno un dimensionamento di posti letto ordinari non inferiore, di norma, a 20 per le specialità mediche e chirurgiche e di norma di 8 posti letto per l'alta specialità (terapia intensiva, terapia intensiva neonatale, unità terapia intensiva cardiologica).

Inoltre, all'interno di un modulo di degenza di 20 posti letto si possono aggregare, a loro volta, più unità operative complesse e semplici, appartenenti alla stessa area funzionale, allo scopo di superare la frammentarietà esistente.

Negli ospedali di bassa complessità, le unità operative complesse, per raggiungere il modulo di degenza definito, si aggregano in Aree Mediche o Chirurgiche Indistinte dove operano in maniera integrata con gli obiettivi e i risultati attesi dell'approccio dipartimentale e con il fine di ottimizzare le risorse e garantire la qualità. In particolare, vengono attivati protocolli e percorsi assistenziali con i Dipartimenti dei Presidi di media e alta complessità in modo da garantire la continuità della cura in tutto l'intero territorio della ASL.

Le Aree Indistinte di Medicina o Chirurgia sono coordinate rispettivamente da un dirigente di un'unità operativa complessa di Medicina Generale o Chirurgia Generale.

I posti letto diurni sono aggregati per tipo medico o chirurgico e sono disponibili in modo indistinto per i pazienti assistiti dalle diverse unità operative complesse e semplici a valenza dipartimentale, al fine di garantire



un'organizzazione deputata a questa tipologia di attività che verrà organizzata dal Dipartimento a cui afferiscono le relative unità operative, sulla base dei volumi di attività.

I posti letto diurni non superano il 10% di tutti i posti letto del Presidio.

Inoltre, ciascun Dipartimento ed Area Indistinta, sulla base della ricognizione degli spazi, organizza anche l'attività di prestazioni ambulatoriali in pacchetti ambulatoriali medici e chirurgici sempre da realizzare in reparti indistinti.

La ricognizione delle strutture indicherà specifiche soluzioni ottimali compatibilmente con i layout attuali o da rimodulare con eventuali interventi. Questa modalità ha l'obiettivo di accelerare ed ottimizzare il processo di organizzazione dell'attività diurna ed ambulatoriale anche con sale operatorie, attrezzature, spazi dedicati e una organizzazione del lavoro specifica caratterizzata da tempi di svolgimento settimanale e diurni diversificati, ampi e flessibili.

I professionisti lavorano nelle unità operative complesse e semplici, ospedaliere e universitarie, a loro volta aggregate nei Dipartimenti e nelle Aree Indistinte dei piccoli ospedali e rispondono alle logiche organizzative dipartimentali per quanto riguarda l'attività assistenziale.

Il personale infermieristico ed ausiliario, insieme a quello tecnico e amministrativo, normalmente di supporto alle unità operative, sono gestiti dal Dipartimento e vengono affidati ai moduli di degenza e alle Aree Indistinte nonché ai moduli di degenza diurna e a quelli ambulatoriali, sulla base del carico di lavoro dei minuti di assistenza correlati al set assistenziale, ai volumi di attività attesi, alle competenze e alle tipologie di disciplina.

L'analisi dei ricoveri dei residenti in Regione e fuori Regione ha permesso di individuare ricoveri caratterizzati da una durata di degenza superiore a 12 giorni di tipo medico in particolare per DRG di cardiologia, oncologia, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia, nella maggior parte dei casi soggetti ultra 65 che presentano ricoveri ripetuti durante l'anno e che sono pari a circa 11.000.

Si ritiene che tali ricoveri rappresentino una fase di sub acuzie che, pur richiedendo un ambiente sicuro e tecnicamente avanzato, necessita di un'assistenza organizzata diversamente dai reparti per acuti, per quantità e qualità di risorse e intensità di cura.

Il Fabbisogno di lungodegenza è pari a circa 270 posti letto per tutta la Regione e, peraltro, pari allo 0,2 per 1000, come quello previsto dal Patto della Salute 2009.

Alla luce di queste considerazioni si prevede che tale attività sia organizzata all'interno dell'apposito Dipartimento in un modulo di 20 posti letto da collocare, in particolare, nei Presidi per acuti affinché, superata la fase acuta di scompenso, i soggetti che necessitano di un periodo di convalescenza, comunque sotto controllo, vengano trasferiti in un ambiente più idoneo al loro stato clinico e possano liberare posti letto per soggetti in fase acuta di scompenso che necessitano di un'assistenza più continua ed intensa.

Per quanto riguarda la Riabilitazione, il calcolo del Fabbisogno ha confermato una necessità della Regione pari a circa 0,5 per 1000 che corrispondono a circa 550 posti letto. Tuttavia, come si evince dalle criticità dell'offerta, è necessaria una riduzione dell'inappropriatezza, una rimodulazione dell'attività ma soprattutto una riqualificazione della stessa con un sistema di regole e una chiara definizione dei ruoli tra pubblico e privato.



Inoltre la rete delle strutture di riabilitazione è attualmente profondamente frammentata, in grande prevalenza di proprietà privata e con gravi squilibri tra i diversi territori.

Pertanto, il problema è stato affrontato cercando di omogeneizzare la distribuzione dei posti letto nei territori delle ASL e concentrare le unità operative verso moduli di degenza con un minimo di 20 posti letto.

Inoltre, è stato previsto un centro di Riabilitazione regionale che affronti anche riabilitazione dei cerebrolesi (codice 75) per i quali la Regione attualmente non ha strutture dedicate.

Il dimensionamento delle Funzioni

Il Fabbisogno di posti letto è stato calcolato attraverso la metodologia orientata alla riduzione dell'inappropriatezza di tutti i ricoveri dei residenti sia in Regione che in mobilità passiva ed ha determinato la necessità di un numero di ricoveri ordinari, diurni e prestazioni ambulatoriali per raggiungere l'obiettivo del 180 per mille.

Inoltre, ha permesso di identificare un Fabbisogno di posti letto per acuti pari a circa il 3 per 1000 e di riabilitazione e lungodegenza di circa lo 0.7 per mille; obiettivo indicato anche dal Patto della Salute.

Da tale calcolo è scaturito il numero di posti letto necessari per lo svolgimento delle prestazioni considerate appropriate nelle varie tipologie di ricovero per ciascun territorio aziendale, ammettendo un grado di efficienza delle strutture pubbliche e private.

La Regione intende promuovere l'efficienza proprio con gli strumenti della Rete Integrata, col modello Dipartimentale descritto e con il livello di dimensionamento del modulo di degenza, di norma, di 20 posti letto, oltre che con le reti cliniche e le reti hub e spoke che verranno descritte successivamente.

La riprogettazione dell'assetto organizzativo delle funzioni e delle unità operative di degenza prevede di declinare puntualmente i posti letto per disciplina e la metodologia utilizzata si basa sull'utilizzo di *standard* che si riferiscono alle strutture che nel Paese presentano le pratiche migliori in questo momento storico.

Il riferimento alle pratiche migliori delle Regioni che hanno raggiunto risultati di equilibrio nel bilanciamento tra qualità e costi, è indicato come raccomandazione dal Patto della Salute stesso.

Pertanto, attraverso le informazioni messe a disposizione dal Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute sulle medie dei posti letto per disciplina utilizzati nelle Regioni di riferimento e definite *gold standard*, si è identificato il Fabbisogno di posti letto complessivo per disciplina della Regione e di ciascuna ASL.

In tal modo è stato possibile prevedere il numero di posti letto per disciplina delle strutture pubbliche, a loro volta aggregati nei Dipartimenti, nei moduli di degenza nonché nelle Aree Indistinte.

Infine, è stato riprogettato il numero massimo di unità operative complesse e semplici a valenza dipartimentale per disciplina sulla base di un "algoritmo" che tiene conto del bacino di utenza, dei ricoveri appropriati, dei tassi di operatività delle unità operative chirurgiche, del modulo minimo di degenza per discipline di alta, media e bassa complessità, attraverso il quale è stato possibile individuare il numero di unità operative necessarie per disciplina sul territorio.



Tale metodo è orientato a concentrare le specialità chirurgiche e quelle caratterizzate da bassi volumi di prestazioni e a decentrare, invece, le specialità di base come Medicina Generale e Chirurgia Generale.

Con la medesima metodologia saranno identificate le necessarie unità operative semplici a valenza dipartimentale che, all'interno dei Dipartimenti, svolgono l'assistenza nei moduli di degenza delle discipline delle medesime aree funzionali nonché nei posti letto diurni e ambulatori indistinti.

Da tale riprogettazione scaturiscono anche le discipline che necessitano di un bacino di popolazione interaziendale e regionale (vedi Dipartimenti Interaziendali) ma anche le specialità che sono uniche per tutta la Regione e devono essere collocate in strutture baricentriche raggiungibili equamente da tutta la popolazione utilizzando l'analisi delle percorrenze.

Attraverso tale attività e con l'applicazione dei parametri sopra descritti è stato possibile definire, con puntualità, anche il Fabbisogno di posti letto per acuti, riabilitazione e lungodegenza per ciascuna Azienda delle strutture private e il loro ruolo all'interno del sistema della Rete che rappresenta il Fabbisogno di posti letto da accreditare definitivamente.

Le strutture private entrano nel Piano di riduzione dell'inappropriatezza avendo contratto i Tetti di Spesa definiti proprio attraverso la metodologia descritta per la definizione del Fabbisogno di prestazioni che indirettamente misura il Fabbisogno di posti letto correlati per lo svolgimento di quest'attività.

Pertanto, la riprogettazione che la Regione si propone, tiene conto del ruolo che le strutture sia pubbliche che private hanno nel contesto del miglioramento della qualità dell'assistenza, della qualificazione delle prestazioni e della riduzione della mobilità passiva, delle garanzie dei LEA ma anche dell'economia occupazionale sostenibile.

Il numero minimo e massimo di unità operative pubbliche per disciplina da distribuire nel territorio regionale e in quello aziendale sono i seguenti:

- Le unità operative di Cardiologia con Terapia Intensiva Cardiologica sono 12, di cui 4 con Emodinamica per tutta la Regione;
- In tutti i Presidi è presente un Servizio di Cardiologia;
- Le unità operative complesse di Ortopedia non possono essere superiori a tre per ciascuna Azienda;
- Le unità operative complesse di Urologia non possono essere superiori a due per ciascuna Azienda;
- Le unità operative complesse e semplici, a valenza dipartimentale, di Ostetricia possono essere solo pubbliche e svolgere non meno di 500 parti/anno;
- Le unità operative complesse di Neurochirurgia non possono essere più di 3 in tutta la Regione, di cui 2 sono collocate nei due bacini baricentrici rispetto alla popolazione e nei due Presidi di alta complessità sede di Centro hub della rete di Emergenza Urgenza; inoltre, è prevista una unità operativa per l'elezione;
- Le unità operative complesse di Radioterapia non hanno posti letto e organizzano la propria attività a livello ambulatoriale. Sono 4 per tutta la Regione collocate una per ogni Azienda nei presidi di alta complessità;



- Per quanto riguarda le seguenti unità operative: Chirurgia Vascolare, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Geriatria, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Malattie Infettive, Laboratorio Analisi e Anatomia Patologica, Riabilitazione e recupero funzionale si tenderà ad unità operativa complessa per ASL e alla trasformazione delle attuali unità operative complesse in strutture semplici, a valenza dipartimentale, al momento del collocamento a riposo degli attuali direttori.

Inoltre, come verrà definito nella Rete dei Laboratori, si sottolinea che è prevista la disattivazione dei Laboratori Analisi nei presidi disattivati da acuti e nei Presidi che presentano bassi volumi di attività con il contestuale sviluppo di Punti Prelievo sia nei Presidi Territoriali di Assistenza (PTAh24), attivati dai Presidi riconvertiti, sia in numerosi punti di erogazione di servizi collocati nei Distretti.

Lo stesso vale per i servizi di Radiodiagnostica che avranno un punto di accesso per i servizi di base (Radiologia tradizionale, Ecografia) presso il Presidio Territoriale di Assistenza ed i punti di erogazione dei Distretti.

Per quanto riguarda altre discipline e funzioni che nella clinica attuale operano esclusivamente in regime diurno ed ambulatoriale come Diabetologia, Allergologia, Angiologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Chirurgia Plastica, si prevede di organizzarle in un numero di unità operative correlato ai volumi di prestazioni attese e collocate nei punti più idonei della rete regionale.

Infine, le seguenti discipline: Maxillo Facciale, Chirurgia Pediatrica, Ematologia, Riabilitazione cardiologica (codice 56) e Neuro riabilitazione (codice 75) sono dimensionate a livello regionale e collocate presso il Presidio di alta complessità preferibilmente baricentrico rispetto a tutto il territorio.

In conclusione nelle Tabelle 1, 2, 3 e 4 vengono riassunti i posti letto totali individuati per ciascuna Azienda in una sintesi per Presidio, per Area funzionale e per alcune specifiche unità operative.

Attraverso l'applicazione dei principi organizzativi delle Reti Integrate e dei Dipartimenti, dei parametri e degli standard di dimensionamento delle unità operative e delle funzioni definiti in questo documento, nonché delle linee guida regionali per l'adozione degli Atti Aziendali, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali procederanno a definire, nell'ambito dell'Atto aziendale, i Dipartimenti e le unità operative complesse con i relativi posti letto.



I criteri fondamentali che caratterizzano le 5 principali reti cliniche, hub e spoke

Rete Percorso Nascita

Il Percorso Nascita è la rete principale tracciante ed è gestita dai Dipartimenti Materno Infantili che aggregano unità operative di diversa complessità a seconda della casistica e della complessità dei casi trattati ed opera con i servizi territoriali dei Distretti e dei consultori.

Si prevede che l'attività ospedaliera presenti tre livelli di complessità sulla base della classificazione dell'assistenza di base, sub intensiva ed intensiva, riferita sia all'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatale, che corrisponde ai tre livelli di assistenza dei presidi ospedalieri previsti.

Attraverso i tre livelli di complessità della domanda ostetrica di non meno di:

- 500 parti/anno con un tasso di cesarei inferiore al 10% ;
- 800 parti/anno con un bacino di utenza aziendale complessivo non inferiore ad almeno 2.500-3.000 parti;
- 1.000 parti/anno con un bacino complessivo aziendale di almeno 5.000 parti.

A questi livelli di attività corrispondono i seguenti livelli di complessità dell'assistenza: parti fisiologici con neonati sani, gravidanze a rischio con parti prematuri inferiori a 31 settimane e gravidanze a elevato rischio con parti prematuri indipendentemente dall'età gestazionale, a cui si correlano i livelli di organizzazione necessaria.

Le unità operative dei Presidi di base presentano assistenza ostetrico-ginecologica H.24, assistenza anestesiologicala in pronta reperibilità e consulenza pediatra/neonatalogo in pronta disponibilità.

Negli altri Presidi che affrontano quantità e complessità più elevate si garantisce assistenza ostetrico-ginecologica H.24, assistenza anestesiologicala H.24, assistenza pediatrico-neonatalogica H.24 con culle per patologia neonatale "sub intensiva".

Le unità operative di terapia intensiva neonatale di secondo livello sono collocate in due punti della rete regionale e presentano le stesse caratteristiche organizzative descritte per i presidi precedenti, oltre a culle per terapia "intensiva" per affrontare volumi inferiori di prestazioni ma di elevata complessità.

Il funzionamento della rete di assistenza deve essere garantito attraverso i percorsi del Servizio di Trasporto Assistito Materno e Neonatale (Stam e Sten) e dalla forma organizzativa del Dipartimento che garantisce l'integrazione tra i diversi livelli complessità di assistenza.

Questi percorsi sono gestiti attraverso il Dipartimento di Emergenza Urgenza che sulla base delle percorrenze e del territorio definirà le modalità operative per supportare i percorsi nei Presidi di diverso livello e che verrà esplicitato nel Piano della Rete dell'Emergenza Urgenza; fermo restando la priorità del trasporto in utero, il 118 garantirà il trasporto neonatale con l'accompagnamento degli specialisti.



Rete Emergenza Urgenza e funzioni DEA

Si tratta di una rete tipicamente hub e spoke e viene descritta nelle sue principali caratteristiche e nei parametri indispensabili alla definizione della Rete Ospedaliera definita in questo documento e che verranno maggiormente esplicitati nella definizione della Rete Emergenza Urgenza prevista dall'Intervento 8 del Programma Operativo entro il 31 ottobre.

Per quanto riguarda la Rete Ospedaliera, dal punto di vista dei criteri generali organizzativi, si è stabilito un Centro hub ogni 600.000- 800.000 abitanti (in generale: per la Regione Abruzzo possono essere 2, ciascuno anche su più Presidi) e si deve prevedere uno spoke in ogni ambito territoriale corrispondente ad un bacino di utenza che supera i 200.000-250.000 abitanti o qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di spoke superasse i 60 minuti, tenendo conto che il Centro hub funge anche da spoke per il bacino di competenza. Nel ribadire la funzione interdisciplinare dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) come asse portante dell'organizzazione del soccorso, il modello organizzativo deve prevedere l'individuazione di un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza).

In questo contesto gli organici dedicati e specifici per l'emergenza ospedaliera devono divenire una vera e propria Rete di risorse professionali che secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, sia messa in grado di spalmare le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza; dai centri di eccellenza caratterizzati da elevati livelli tecnologici e da competenze di alto livello, deve svilupparsi una funzione vasta di Pronto Soccorso in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di DEA e dei punti di primo intervento che dovranno essere direttamente collegati allo spoke o all'hub di competenza.

Le funzioni previste per i Centri hub possono essere erogate in due centri per tutto l'Abruzzo secondo gli standard descritti in precedenza, anche ciascuno su più Presidi purché non vi siano duplicazioni.

L'ospedale deve essere dotato di tutte le strutture previste per il Centro spoke descritte successivamente e, inoltre, devono essere presenti le altre strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nel Centro spoke o comunque non in tutti i Centri spoke: Cardiologia con emodinamica interventistica H.24, Neurochirurgia, Cardiocirurgia e Rianimazione Cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Endoscopia Digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia Interventistica, Radiologia Interventistica, Rianimazione Pediatrica e Neonatale. Devono essere presenti o disponibili H.24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale e deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva

Il Pronto Soccorso del Centro hub deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione.

Il Pronto Soccorso che eroga funzioni di spoke è previsto nei 4 Presidi di alta complessità e deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al Centro hub secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità. E' ubicato in un



Presidio Ospedaliero che presenta una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio e alta, ma diffusi nella Rete Ospedaliera e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza. Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva.

L'ospedale deve essere, di norma, dotato di unità operative complesse di Medicina Generale, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Psichiatria, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Cardiologia con Terapia Intensiva Cardiologica, di Neurologia, Dialisi per acuti, Endoscopia in Urgenza, Oculistica, O.R.L., Urologia, con servizio medico di Guardia Attiva o di Reperibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista.

Devono essere presenti o disponibili H.24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Alcuni Centri Spoke sulla base della definizione ed implementazione della rete delle patologie complesse sono dotati di funzioni specifiche quale, ad esempio, l'Emodinamica.

Per la rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente presso i Centri hub, con i Dipartimenti Interaziendali gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

La funzione di Pronto Soccorso Semplice può essere svolta dai Presidi di un livello di complessità per cui si preveda un'evoluzione a spoke nel tempo in attesa di eventi programmati a lunga scadenza oppure in particolari situazioni critiche. Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva proporzionali al bacino di utenza e alla media dei passaggi e devono essere funzionanti 24 ore le attività di Radiologia, Laboratorio, Emoteca.

Il bacino d'utenza deve comportare, di norma, un numero di accessi superiore a 20.000 unità e una percorrenza superiore a 60 minuti da uno spoke.

Il Pronto Soccorso Semplice deve compiere interventi diagnostico-terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al Centro spoke o hub di riferimento, secondo i protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate.

E' ubicato in un ospedale della rete e dotato di funzioni di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia, Ortopedia, Ostetricia, Pediatria, e servizi come sotto specificati di guardia attiva o in regime di pronta disponibilità secondo le esigenze del bacino d'utenza ed il numero dei passaggi.

Nei Presidi di bassa complessità, dove sussistono Aree Indistinte di Medicina e Chirurgia, è presente il Punto di Primo Intervento per il quale sono necessari unicamente ambienti e dotazioni tecnologiche atti al trattamento delle urgenze minori ed a una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato.

I Punti di Primo Intervento (PPI) si distinguono in:

- Punti di Primo Intervento mobili (allestiti per esigenze estemporanee) o fissi (con numero di accessi < 6.000 se attivi 24 ore o < 3.000 se attivi 12 ore, assegnati al 118).
- Punti di Primo Intervento con numero di accessi >6.000 se attivi 24 ore o > 3.000 se attivi 12 ore.



Le notevoli differenze tra zone a popolazione dispersa e grossi centri urbani e, d'altra parte, la necessità di garantire interventi equi ed omogenei su tutto il territorio regionale impongono una corretta programmazione dei servizi di emergenza anche nelle zone più svantaggiate che verranno esplicitati puntualmente nel Piano specifico.

I PPI in zona disagiata richiedono una particolare attenzione da parte di P.S. dello spoke o dell'hub a cui si riferiscono, con gestione diretta da parte degli stessi medici operanti nel DEA di riferimento e con la particolare implementazione di attività qualora i numeri lo richiedano. Nel Punto di Primo Intervento resta sempre prioritaria la garanzia del trasferimento protetto del paziente stabilizzato al centro più idoneo.

A seguito della riconversione dell'attività dei 5 ospedali per acuti descritta nell'Azione 1, potrebbe rendersi necessario il mantenimento di un Punto di Primo Intervento, operativo 12 o 24 ore a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie.

E' molto importante il lavoro di integrazione tra hub, spoke, PPI ed 118 che insieme devono garantire una costante collaborazione nella gestione dei percorsi clinici dei pazienti, garantendo un costante presidio medico unitamente alla corretta stabilizzazione e trasporto dei malati con codici rossi e gialli ed afferenti alle reti delle patologie complesse.

Analoga collaborazione sarà possibile con i Distretti delle cure primarie per i codici a bassa gravità.

Rete di Cardiologia

La Rete di Cardiologia è composta di funzioni e strutture di vario livello di complessità che operano come unità operative semplici e complesse di Cardiologia e UTIC aggregate in moduli di degenza e del Dipartimento Medico di Presidio di grande e media complessità, sede di hub, spoke della Rete di Emergenza Urgenza.

Nei Presidi di bassa complessità sede di Punto di Primo Intervento la Cardiologia opera come unità operativa semplice all'interno dell'Area Indistinta Medica.

Nei Presidi Territoriali di Assistenza e nei punti avanzati di erogazione di assistenza dei Distretti sono previste le funzioni ambulatoriali di Cardiologia che operano con piani e programma integrati attraverso i Dipartimenti con i MMG, PLS e altri specialisti con la funzione di garantire tutti i processi di prevenzione, diagnosi, terapia riabilitazione controllo per diversi percorsi assistenziali per patologia tra ospedale e territorio. Pertanto, in questo caso come nel Percorso Nascita è necessario prevedere un'attività Dipartimentale mista tra ospedale e territorio specifica.

Per le fasi acute di alta complessità che prevedono la partecipazione delle funzioni di Emodinamica e Cardiocirurgia è indispensabile attivare due Dipartimenti Interaziendali per tutta la Regione che gestiscono i Laboratori di Emodinamica periferici e ne stabiliscono modalità operative e di accesso nella rete correlate attraverso il personale del Dipartimento e che sono situati nei due Centri hub di Emergenza Urgenza. Tale modalità indicata dalle raccomandazioni e *best practice* internazionali prevede che un Laboratorio di emodinamica debba svolgere almeno 1.200 prestazioni diagnostiche all'anno di cui almeno 600 coronarografie e almeno 300 angioplastiche interventistiche. Inoltre, tali Laboratori non possono essere più di 4 per tutta la Regione complessivamente tra pubblico e privato, collocati correttamente rispetto alle percorrenze di sicurezza. I



Laboratori di Emodinamica Interventistica devono essere collegati strutturalmente con le unità operative complesse di Cardiocirurgia per garantire la sicurezza dell'intervento al bisogno.

Si sottolinea che nelle sindromi coronariche acute la mortalità e la morbilità, sia precoce che a distanza, sono in rapporto lineare con la precocità del trattamento ripercussivo effettuato sia mediante trombolisi sia con angioplastica primaria (PTCA) che, se la ripercussione avviene entro 1-6 ore, ottiene una riduzione della mortalità dal 47% al 10%.

Inoltre, dai dati dei più recenti studi randomizzati, si evince che l'efficacia della trombolisi è pari a quella della PTCA primaria se effettuata entro i primi 90 minuti di insorgenza dei sintomi, mentre dopo la terza ora, nei pazienti in shock, l'efficacia della PTCA primaria è superiore a quella della trombolisi.

Pertanto, obiettivi primari della rete per il trattamento dell'infarto acuto del miocardio sono:

- riduzione dei tempi di accesso dei pazienti al trattamento;
- maggior diffusione della trombolisi precoce;
- aumento del numero di rivascularizzazioni coronariche, in particolare garantendo l'accesso alla PTCA primaria sia ai pazienti in shock o con controindicazioni alla trombolisi sia ai pazienti ad alto rischio.

Tale obiettivo è subordinato a:

- attivazione effettiva della rete, intesa come trasmissione dell'elettrocardiogramma della scheda dati dall'ambulanza 118 alla Terapia Intensiva Cardiologica di riferimento territoriale;
- espletamento dei corsi di formazione cardiologica per gli operatori del 118;
- attivazione dei trasferimenti secondari, in particolare per i pazienti che giungano con mezzi propri ai Pronto Soccorso/Punti di Primo Intervento.

Rete per la patologia cerebro-vascolare

L'ictus cerebrale (inteso come deficit focale o globale delle funzioni cerebrali di durata superiore alle 24 ore attribuibile a patologia cerebrale acuta) ha un'incidenza in Italia di 2,5 nuovi casi/anno per mille abitanti ed interessa prevalentemente la popolazione anziana. Il 25% dei colpiti da ictus muore entro tre mesi ed il 45% perde definitivamente la propria autonomia.

L'esito è fortemente condizionato dalla possibilità di trattamento entro le tre ore dall'insorgenza per i soggetti ischemici e dal trattamento neurochirurgico o neuro radiologico interventista.

Criteri generali per affrontare l'assistenza di tale patologia sono i seguenti:

- attivazione della trasmissione dei dati clinici dal luogo del soccorso alla Centrale Operativa 118 e da qui invio del paziente alla struttura idonea dotata di TAC e neurologia.
- identificazione tra i DEA di I° e II° livello delle strutture con i requisiti essenziali di minima per il trattamento dell'ictus acuto mediante trombolisi secondo un approccio multidisciplinare (neurologo, medico d'urgenza, fisiatra, fisioterapista, infermiere, ecc.) e dei centri dotati di strutture più complesse, secondo quanto previsto dalla D.G.R. n.44-2861/2006:



- attivazione dei trasferimenti secondari tra i P.S. degli ospedali sprovvisti di Centro Ictus e quelli con Centro Ictus di 1° o 2° livello.

Nei DEA devono essere impiegati protocolli diagnostici-terapeutici condivisi e periodicamente aggiornati in collaborazione con i medici dei Centri Ictus, inoltre si deve garantire il collegamento telematico tra i Centri della rete con possibilità di teleconsulto specialistico e qualora si istituisse una rete per il trattamento interventistico dell'ictus, sarebbe auspicabile che coincidesse con alcuni dei centri di emodinamica interventistica.

Rete per l'emergenza-urgenza traumatologica

Il trauma è la primaria causa di morte sotto i 40 anni e produce un elevato numero di decessi ed invalidità permanenti, specialmente tra le fasce più produttive della popolazione. Il modello di assistenza raccomandato prevede:

- una rete di Ospedali per la fase acuta detti Centri di riferimento per il Trauma, identificati tra i DEA di II° livello, tra loro funzionalmente connessi e coordinati con il Trauma Center e strettamente interconnessi da reti telematiche, attraverso le Centrali Operative 118, anche per il coordinamento di eventuali trasporti secondari;
- Trauma Center di riferimento, anche in regione limotrofa, per Centro Grandi Ustionati, Microchirurgia, Unità Spinale Unipolare;
- Centro Traumi di Zona, dotato di un team dedicato (trauma team/trauma service), presso cui sono disponibili tutte le risorse organizzative e strutturali necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo le lesioni, tranne quelle connesse con le specialità non presenti (DEA di II° livello hub);
- Presidio di Pronto Soccorso per Traumi, in grado di garantire il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni determinanti instabilità prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore (DEA di I° livello spoke).

La rete di teleconsulto, inoltre, rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle centrali Operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i Centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto.

Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di dati ed immagini, è necessaria la presenza di un operatore, preferibilmente l'infermiere di triage, al quale affidare la gestione e la responsabilità fino alla presa in carico del paziente (accettazione ed indirizzo su protocolli concordati) sulla base delle richieste di consulenza e l'invio allo specialista.

Inoltre, è necessaria una revisione e un potenziamento della rete dei trasporti secondari, con adeguamento delle risorse da parte delle Centrali 118, dal momento che è prevedibile un notevole incremento dei trasporti da strutture a bassa complessità verso strutture ad elevata complessità.



E' altresì necessaria la definizione di precisi protocolli che consentano, dopo il trattamento della fase acuta nel centro ad elevata specializzazione, il ritorno in continuità assistenziale del paziente alla sede di provenienza.

Conclusioni e cronoprogramma

In conclusione, la Rete Ospedaliera Pubblica della Regione Abruzzo prevede la disattivazione di 6 ospedali da acuti a Presidio Territoriale di Assistenza e la realizzazione della Rete di 16 Presidi, di cui 4 di alta complessità e 12 di media e bassa complessità. A proposito di questi ultimi Presidi, si sottolinea che entro il 2011 uno di essi verrà riconvertito in Presidio di Riabilitazione a valenza regionale e un altro sarà caratterizzato da una gestione pubblico privato.

Pertanto si delinea una Rete Ospedaliera di diversa complessità e, di conseguenza, una organizzazione delle risorse correlata a diversi bacini di utenza che presenta, nel contempo, una concentrazione delle funzioni, in particolare, quelle chirurgiche e quelle che presentano bassi volumi di attività, con il risultato di garantire maggiori prestazioni per struttura e per operatore e, con esse, maggiori curve di esperienza.

Inoltre, l'organizzazione descritta prevede concentrazioni dell'attività complessa, favorisce comportamenti integrati e multidisciplinari, procedure più trasparenti di organizzazione del lavoro e dell'accesso dei pazienti, responsabilità verso il processo clinico assistenziale nella sua integrazione e unitarietà e, quindi, verso i risultati complessivi di efficienza e di efficacia del servizio alla persona.

Si delineano dei punti della rete fortemente attrezzati per la diagnosi ed il trattamento della fase acuta che garantiscono a tutta la popolazione il raggiungimento di discipline di alta specialità nei Presidi di alta e media complessità, in tempi di percorrenza appropriati rispetto alla sicurezza e alla tempestività dell'accesso che sono stati puntualmente valutati per la popolazione di ciascun comune. Tali Presidi sono supportati dai Presidi di bassa complessità con un ruolo strategico di diagnosi e trattamento appropriati verso numerose patologie che richiedono livelli di assistenza diversi.

Tuttavia la rete delineata è condizionata, nella possibilità di dimostrare risultati di efficienza e di efficacia, dalle condizioni strutturali ed edilizie di cinque Presidi che presentano caratteristiche particolarmente critiche e richiedono, in alcuni casi, anche un rinnovamento edilizio completo.

Inoltre, si sottolinea che tutti i Presidi, alla luce della attuale definizione della Rete ospedaliera, hanno il compito di soddisfare la quantità e la qualità dei servizi assistenziali necessari e definiti dal fabbisogno e di garantirne tempestività, sicurezza e appropriatezza.

Pertanto, ne consegue che la realizzazione della Rete ospedaliera delineata in questo documento, necessita della progettazione strutturale immediata dei Presidi critici, attraverso le metodologie e gli strumenti collegati all'Articolo 20.

I tempi ed i modi per l'applicazione di principi, criteri e parametri indicati nella definizione della Rete Integrata di Servizi, dell'assetto organizzativo, della razionalizzazione delle unità operative e delle principali reti cliniche, verranno implementati entro la data del 31 dicembre 2010.



L'analisi delle strutture e la ricognizione dei layout indicherà eventuali specifiche deroghe all'implementazione della nuova organizzazione dovute esclusivamente a problemi strutturali, da valutare e verificare puntualmente e da concordare tra ASL e Regione.



Tab. 1 - ASL L'Aquila - Rete Ospedaliera 2010 - Sintesi dei posti letto per Presidio, Area Funzionale e alcune specifiche Unità operative

AREA FUNZIONALE	L'AQUILA	SULMONA	AVEZZANO	CASTEL DI SANGRO	TAGLIACOZZO	TOTALE
AREA FUNZIONALE MEDICA	171	46	71	20		308
AREA FUNZIONALE CHIRURGICA	126	65	82	20		293
AREA FUNZIONALE MATERNO INFANTILE	38	25	30			93
TERAPIA INTENSIVA	8	8	8			24
PSICHIATRIA SPDC	15		15			30
DETENUTI	2					2
TOTALE ACUTI	360	144	206	40	-	760
RIABILITAZIONE	20				40	60
LUNGODEGENZA	20	20	20			60
TOTALE	400	20	20	-	40	120
TOTALE STRUTTURA	400	164	226	40	40	870



Tab. 2 - ASL Chieti - Rete Ospedaliera 2010 - Sintesi dei posti letto per Presidio, Area Funzionale e alcune specifiche Unità operative

AREA FUNZIONALE	CHIETI	LANCIANO	VASTO	ATESSA	ORTONA	TOTALE
AREA FUNZIONALE MEDICA	205	71	80	30	28	414
AREA FUNZIONALE CHIRURGICA	143	58	60	30	40	331
AREA FUNZIONALE MATERNO INFANTILE	65	30	30		25	150
TERAPIA INTENSIVA	12	8	6			26
PSICHIATRIA SPDC	15	15	4			34
TOTALE ACUTI	440	182	180	60	93	955
RIABILITAZIONE				20	20	40
LUNGODEGENZA	20	20	20	20		80
TOTALE	20	20	20	40	20	120
TOTALE STRUTTURA	460	202	200	100	113	1,075



Tab. 3 - ASL Pescara - Rete Ospedaliera 2010 - Sintesi dei posti letto per Presidio, Area Funzionale e alcune specifiche Unità operative

AREA FUNZIONALE	PESCARA	PENNE	POPOLI	TOTALE
AREA FUNZIONALE MEDICA	256	45	20	321
AREA FUNZIONALE CHIRURGICA	194	24	20	238
AREA FUNZIONALE MATERNO INFANTILE	86	14		100
TERAPIA INTENSIVA	24			24
PSICHIATRIA SPDC	15			15
TOTALE ACUTI	575	83	40	698
RIABILITAZIONE			70	70
LUNGODEGENZA	20	10		30
TOTALE	20	10	70	100
TOTALE STRUTTURA	595	93	110	798



Tab. 4 - ASL Teramo - Rete Ospedaliera 2010 - Sintesi dei posti letto per Presidio, Area Funzionale e alcune specifiche Unità operative

AREA FUNZIONALE	TERAMO	GIULIANOVA	ATRI	SANTOMERO	TOTALE
AREA FUNZIONALE MEDICA	185	72	51	45	353
AREA FUNZIONALE CHIRURGICA	186	44	50	40	320
AREA FUNZIONALE MATERNO INFANTILE	50		30	30	110
TERAPIA INTENSIVA	18	4	4	4	30
PSICHIATRIA SPDC	15	15			30
TOTALE ACUTI	454	135	135	119	843
RIABILITAZIONE	22			20	42
LUNGODEGENZA		30	30		60
TOTALE	22	30	30	20	102
TOTALE STRUTTURA	476	165	165	139	945



DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 23.06.2010, n. 498:

Rettifica deliberazione Giunta regionale 5 marzo 2007, n. 219 e Patto di stabilità 2006.

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso:

- che l'articolo 1, comma 138, della legge 266 del 23.12.2005 (Legge finanziaria 2006) dispone che *“Ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica e a modifica di quanto stabilito per il patto di stabilità interno ... le regioni ... concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2006-2008 con il rispetto delle disposizioni di cui ai commi da 139 a 150 che costituiscono principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica ai sensi degli articoli 117, terzo comma e 119, secondo comma della Costituzione”*;
- che il successivo comma 139 definisce gli obiettivi di finanza pubblica per l'anno 2006 di ciascuna regione, indicando i limiti della spesa massima erogabile nell'anno 2006, determinando obiettivi annuali distinti per le spese correnti e per le spese di parte capitale, calcolati come segue:
 - a. il complesso delle spese correnti, sia per la gestione di competenza sia per quella di cassa, non può essere superiore, per l'anno 2006, al corrispondente ammontare di spese correnti dell'anno 2004 diminuito del 3,8 per cento;
 - b. il complesso delle spese in conto capitale non può essere superiore, per l'anno 2006, al corrispondente ammontare di spesa in conto capitale dell'anno 2004 aumentato del 4,8 per cento;

- che il decreto del Ministero dell'Economia n. 0116588 del 12 settembre 2006, recante le istruzioni da seguire per fornire le informazioni di cui all'articolo 1, commi da 138 a 150, della citata L. 266/2005, stabilisce che *“per compilare i modelli n. 2/06/CS e n. 2/06/CP, si deve far riferimento, rispettivamente, ai pagamenti totali (in conto competenza e in conto residui) e agli impegni di competenza sostenuti in ciascun trimestre del 2004 e 2006, sia in relazione alle spese correnti, che a quelle in conto capitale”*;

Dato atto:

- che la Giunta regionale, con deliberazione 5 marzo 2007 n. 219, allegata al presente atto per formarne parte integrante (Allegato I), ha, tra l'altro, dato atto del fatto che *“alla data del 27.02.2007 la situazione contabile degli impegni e dei pagamenti riferita al patto di stabilità interno 2006, impegni e pagamenti anni 2004 e 2006, è quella risultante dall'allegato prospetto contrassegnato con la lettera “A”*”;
- che tale allegato riporta risultanze gestionali di parte corrente e di parte capitale contenute nei limiti degli obiettivi programmatici predeterminati, risultando, così, rispettato il patto di stabilità 2006;
- che il Servizio Bilancio, in sede di predisposizione del rendiconto generale per l'esercizio finanziario 2006, ha riscontrato, nel suddetto prospetto allegato alla deliberazione della Giunta Regionale 219/2007, una incongruenza tra i dati relativi ai pagamenti di spesa corrente (esposti per Euro 226.753,33) e i dati relativi ai medesimi pagamenti risultanti dal rendiconto in corso di predisposizione (pari invece a Euro 277.652,88), eccedenti l'obiettivo programmatico per l'anno 2006;
- che gli approfondimenti condotti hanno consentito di acclarare un errore causato dal software utilizzato per l'attività di monito-

raggio del patto di stabilità interno 2006, che ha tenuto conto dei pagamenti disposti in conto competenza e non anche di quelli eseguiti in conto residui;

- che con deliberazione n. 1286/C del 12.12.2007, la Giunta regionale ha proposto al Consiglio regionale l'approvazione del rendiconto generale per l'esercizio finanziario 2006, intervenuta con la legge regionale 31 dicembre 2007, n. 46;
- che, alla luce di quanto sopra riportato, emerge il superamento del predetto obiettivo programmatico 2006 per i pagamenti relativi alle spese di parte corrente e, dunque, il mancato rispetto del patto di stabilità per l'anno 2006;

Visti:

- l'articolo 1, comma 150, della citata L. 266/2005, che stabilisce l'applicabilità delle disposizioni di cui all'articolo 1, commi da 30 a 37 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, recanti sanzioni per il mancato rispetto del patto di stabilità;
- l'articolo 1, comma 701, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Legge finanziaria per l'anno 2007), con il quale, modificando le disposizioni del citato comma 150, articolo 1, della L. 266/2005, si mantengono le disposizioni previste dai commi 30, 32 e 37 della citata L. 311/2004;
- l'articolo 1, comma 561, della citata L. 296/2006, che dispone che *"Gli enti che non abbiano rispettato per l'anno 2006 le regole per il patto di stabilità interno non possono procedere ad assunzioni di personale a qualsiasi titolo e con qualsiasi contratto"*;
- l'articolo 2, comma 49, della legge 24 di-

cembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), che dispone che *"In presenza della sottoscrizione dell'accordo con lo Stato per il rientro dai deficit sanitari, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, alle regioni interessate che non hanno rispettato il patto di stabilità interno in uno degli anni precedenti il 2007 spetta l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato previsto per l'anno di riferimento dalla legislazione vigente, nei termini stabiliti dal relativo piano"*. Pertanto, stanti le disposizioni testé riportate, il mancato rispetto del patto di stabilità interno per l'anno 2006 non ha avuto ripercussioni negative rispetto all'acquisizione di risorse destinate alla attuazione del Piano di rientro dai deficit sanitari, di cui all'Accordo sottoscritto in data 6 marzo 2007 tra la Regione Abruzzo e i Ministeri dell'Economia e della Sanità;

Ritenuto:

- di dover procedere alla rettifica di quanto esposto relativamente al rispetto del patto di stabilità 2006 nella citata deliberazione della Giunta Regionale del 5 marzo 2007 n. 219, e, in particolare, nel prospetto ad essa allegato sotto la lettera "A";
- di dover conseguentemente procedere alla approvazione del prospetto dimostrativo delle risultanze del patto di stabilità 2006 (costituito dai modelli 2/06/CS e 2/06/CP, ed allegato alla presente deliberazione, per formarne parte integrante e sostanziale, come "Allegato II"), ricompilato alla luce delle rettifiche operate e con le seguenti risultanze contabili:

Patto di stabilità 2006	Importi conseguiti (in mln)	Obiettivo programmatico (in mln)
Spese correnti nette – Impegni di spesa	275.351,22	277.199,38
Spese in conto capitale nette – Impegni di spesa	202.734,17	259.051,04
Spese correnti nette – Pagamenti	277.652,88	246.788,29
Spese in conto capitale nette – Pagamenti	154.975,70	187.320,17

- di dover dare atto del mancato rispetto del patto di stabilità per l'anno 2006 da parte della Regione Abruzzo, a causa del superamento del limite per i pagamenti relativo alle "Spese correnti nette", precisando che risultano comunque rispettati gli obiettivi programmatici riferiti ai pagamenti in conto capitale e agli impegni sia di parte corrente

che di parte capitale;

Constatato:

- che i pagamenti complessivi rilevati ai fini della verifica del rispetto del patto di stabilità 2006 risultano comunque inferiori al totale dei pagamenti consentiti dagli obiettivi programmatici dell'anno, come evidenziato nel prospetto che segue:

Patto di stabilità 2006	Importi conseguiti (in mln)	Obiettivo programmatico (in mln)
Spese correnti nette – Pagamenti	277.652,88	246.788,29
Spese in conto capitale nette – Pagamenti	154.975,70	187.320,17
Pagamenti complessivi	432.628,58	434.108,46
Disponibilità residua dell'obiettivo programmatico		1.479,88

- che la suddetta circostanza, seppure non consenta di sostenere che il patto di stabilità sia stato rispettato (stanti le norme che lo hanno disciplinato per l'anno 2006), evidenzia il sostanziale rispetto degli impegni di contenimento della spesa pubblica valutati alla luce delle norme che, a partire dall'anno 2007 (articolo 1, comma 658, della citata L. 296/2006), disciplinano ad oggi le modalità di calcolo del patto, facendo riferimento ad un unico obiettivo programmatico costituito dalla somma degli impegni e dei pagamenti, senza dar rilievo a subtotali distinti tra spese correnti e spese di parte capitale;

Vista la legge Regionale 25 marzo 2002, n. 3, recante "Ordinamento contabile della Regione Abruzzo";

Dato atto che il Dirigente del Servizio Bilancio e il Direttore regionale della Direzione Riforme Istituzionali, Enti locali, Bilancio, Attività sportive, hanno espresso parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa, nonché alla legittimità del presente

provvedimento;

Udito il Relatore;

A voti unanimi e palesi resi nelle forme di legge;

DELIBERA

per le motivazioni suindicate, che qui si intendono integralmente riportate:

1. -di procedere alla rettifica di quanto esposto relativamente al rispetto del patto di stabilità 2006 nella deliberazione della Giunta Regionale 5 marzo 2007 n. 219, e, in particolare, nel prospetto ad essa allegato sotto la lettera "A";
- di approvare, pertanto, il prospetto dimostrativo delle risultanze del patto di stabilità 2006 (costituito dai modelli 2/06/CS e 2/06/CP ed allegato alla presente deliberazione, per formarne parte integrante e sostanziale, come "Allegato II"), ricompilato alla luce delle rettifiche operate e con le seguenti risultanze contabili:

Patto di stabilità 2006	Importi conseguiti (in mln)	Obiettivo programmatico (in mln)
Spese correnti nette – Impegni di spesa	275.351,22	277.199,38
Spese in conto capitale nette – Impegni di spesa	202.734,17	259.051,04
Spese correnti nette – Pagamenti	277.652,88	246.788,29
Spese in conto capitale nette – Pagamenti	154.975,70	187.320,17

3. -di dare atto del mancato rispetto del patto di stabilità per l'anno 2006 da parte della Regione Abruzzo, a causa del superamento del limite per i pagamenti relativo alle "Spese correnti nette", precisando che risultano comunque rispettati gli obiettivi programmatici riferiti ai pagamenti in conto capitale e agli impegni sia di parte corrente che di

parte capitale;

4.- di far constare che i pagamenti complessivi rilevati ai fini della verifica del rispetto del patto di stabilità 2006 risultano comunque inferiori al totale dei pagamenti consentiti dagli obiettivi programmatici dell'anno, come evidenziato nel prospetto che segue:

Patto di stabilità 2006	Importi conseguiti (in mln)	Obiettivo programmatico (in mln)
Spese correnti nette – Pagamenti	277.652,88	246.788,29
Spese in conto capitale nette – Pagamenti	154.975,70	187.320,17
Pagamenti complessivi	432.628,58	434.108,46
Disponibilità residua dell'obiettivo programmatico		1.479,88

5. -di far constare, altresì, che quanto riportato al punto 4., seppure non consenta di sostenere che il patto di stabilità sia stato rispettato (stanti le norme che lo hanno disciplinato per l'anno 2006), evidenzia il sostanziale rispetto degli impegni di contenimento della spesa pubblica, valutati alla luce delle norme che, a partire dall'anno 2007 (articolo 1, comma 658, della citata L. 296/2006), disciplinano ad oggi le modalità di calcolo del patto, facendo riferimento ad un unico obiettivo programmatico costituito dalla somma degli impegni e dei pagamenti, senza dar rilievo a subtotali distinti tra spese correnti e spese di parte capitale;

zione alla Direzione Attività Amministrativa del Consiglio Regionale e alla Direzione Risorse Umane e Strumentali della Giunta Regionale, per quanto di rispettiva competenza;

7. -di inviare la presente deliberazione alla Direzione Affari della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazione ambientali, Energia - Servizio Affari della Giunta - Ufficio *B.U.R.A.*, per la pubblicazione della medesima sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*, ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 9 agosto 1999, n. 63.

6. -di trasmettere copia della presente delibera-

Seguono allegati

- che il Consiglio Regionale dell'Abruzzo ha deliberato nella seduta del 09.12.2006 con verbale 54/3, che si allega e costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, riconoscimento dei debiti fuori bilancio originati da sentenze esecutive, lodi arbitrali e decreti ingiuntivi, i cui oneri hanno trovato copertura nel corso dell'anno 2006, e riportati analiticamente nell'elenco allegato "A" predisposto dall'avvocatura Regionale ai sensi della lettera g), comma 14 della L. 266/2005;

CONSIDERATO che la lettera c) del comma 142 della citata legge n. 266 del 2005 esclude dal calcolo, sia per la gestione di competenza sia per quella di cassa, le spese per trasferimenti correnti destinati alle amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato e individuato dall'Istituto nazionale di Statistica (ISTAT);

CONSIDERATO che gli Enti per il Diritto allo Studio rientrano tra le Amministrazioni locali riportate nell'elenco delle Amministrazioni Pubbliche inserite nel conto economico consolidato individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 5, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

RAVVISATA quindi la possibilità di escludere dalla base di calcolo del complesso delle spese per l'anno 2004 gli oneri derivanti dalla erogazione alle aziende per il diritto agli studi universitari quale gettito della tassa regionale per il diritto allo studio universitario ai sensi dell'art. 3, comma 23 della legge 28 dicembre 1995 n. 549 e L.R. 04.11.1997, n. 110, capitolo di spesa 41512/S;

CONSIDERATO che si è provveduto altresì ad escludere dalla base di calcolo per l'anno 2004 alcuni impegni di spesa in quanto rientranti nella tipologia della lettera a) del citato comma 142, 266/2005;

VISTO l'articolo 4 della legge regionale 31 dicembre 2005, n. 46 "disposizioni finanziarie per la redazione del bilancio annuale 2006 e pluriennale 2006-2008 della regione Abruzzo (legge finanziaria regionale 2006)";

VISTA la nota n. 897 del 21.02.2007, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto con la quale la Direzione Riforme Istituzionali Enti Locali - Servizio Riforme Istituzionali e Rapporti con gli Enti Locali - ha comunicato i dati relativi alla quantificazione delle risorse che sono state erogate alle Province per l'esercizio delle funzioni conferite dalla Regione ai sensi della L.R. 72/1997 e D.G.R. 593/2002, riferite ai capitoli di spesa 291531/S e 11540/S - 12340/S;

VISTA la L.R. 14 settembre 1999, n. 77 e successive modifiche ed integrazioni;

RITENUTO di dover individuare negli allegati elenchi contrassegnati con le lettere "B") e "C" ridefiniti dal Servizio Bilancio, i capitoli di spesa sottoposti ai limiti di cui all'art. 1, comma 142, lettere b), della citata legge n. 266 del 2005;

DATO atto che gli obiettivi annuali programmati di competenza e cassa per il rispetto della normativa sul patto di stabilità, definito sulla base dell'art. 1 - commi da 138 a 150 della legge n. 266/2005 sono stati determinati in:

	Impegni (migliaia di euro)	Pagamenti (migliaia di euro)
Spesa corrente	277.199,38	246.788,00
Spesa in conto capitale	259.051,14	187.320,00

DATO atto altresì che alla data del 27.02.2007 la situazione contabile degli impegni e dei pagamenti riferita al patto di stabilità è quella risultante dall'allegato prospetto contrassegnato con la lettera "A" quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

DATO atto che il Direttore Regionale della Direzione Programmazione, Risorse Umane, Finanziarie e Strumentali ed il Dirigente del Servizio Bilancio hanno espresso, con l'apposizione della propria

firma, parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa, nonché sulla legittimità del presente provvedimento, ognuno per quanto di competenza;

A VOTI unanimi, espressi nei modi e con le forme di legge,

DELIBERA

per le motivazioni riportate in narrativa che qui si intendono integralmente richiamate:

- a) escludere dalla base di calcolo del complesso delle spese per l'anno 2004 gli oneri derivanti dalla erogazione alle aziende per il diritto agli studi universitari quale gettito della tassa regionale per il diritto allo studio universitario ai sensi dell'art. 3, comma 23 della legge 28 dicembre 1995 n. 549 e L.R. 04.11.1997, n. 110, capitolo di spesa 41512/S;
- b) di individuare negli allegati elenchi contrassegnati con le lettere "B" e "C", predisposti dal Servizio Bilancio, i capitoli di spesa sottoposti ai limiti di cui all'art. 1, comma 142, lett. b, della citata legge n. 266 del 2005;
- c) di dare atto che alla data del 27.02.2007 la situazione contabile degli impegni e dei pagamenti riferita al patto di stabilità interno 2006, impegni e pagamenti anni 2004 e 2006, è quella risultante dall'allegato prospetto contrassegnato con la lettera "A";
- d) di notificare copia del presente atto alla Direzione Programmazione, Risorse Finanziarie e Strumentali e al Servizi Ragioneria e Credito;
- e) di inviare la presente deliberazione al Servizio Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo (B.U.R.A.), pubblicità ed accesso della Direzione Affari della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Rapporti Esterni per la pubblicazione della medesima sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

L.R. 14.9.1999, n. 77, art. 23

DIREZIONE REGIONALE/STRUTTURA SPECIALE SUPPORTO (Art. 4 L.R. 77/99):
PROGRAMMAZIONE, RISORSE UMANE, FINANZIARIE E STRUMENTALI

SERVIZIO/POSIZIONE DI STAFF: **BILANCIO**

UFFICIO: **GESTIONE DEL BILANCIO N. 1**

L'Estensore
Sergio Iovenitti
(firma)

Il Responsabile dell'Ufficio
Sergio Iovenitti
(firma)

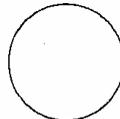
Il Dirigente del Servizio
Dott. Paolo Costanzi
(firma)

Il Direttore Regionale
Dott. Ing. Antonio Macera
(firma)

Il Componente la Giunta
Dott. Giovanni D'Amico
(firma)

Approvato e sottoscritto:

Il Segretario della Giunta
[Firma]
(firma)



Il Presidente della Giunta
[Firma]
(firma)

Copia conforme all'originale per uso amministrativo

- 6 MAR 2007

L'Aquila, li _____



Il Dirigente del Servizio Affari della Giunta
(Anna Maria Balassone)
[Firma]
(firma)

PATTO DI STABILITA' INTERNO 2006 (Legge n. 266 del 2005)

REGIONI A STATUTO ORDINARIO

Monitoraggio delle risultanze del patto per l'anno 2006

Allegato "A"

SPESA		Impiegni		Pagamenti		
		(in migliaia di euro)		(in migliaia di euro)		
		anno 2004	anno 2006	anno 2004	anno 2006	
TITOLO I -	SPESE CORRENTI					
SCor	TOTALE TITOLO I					
		2.175.721,52	2.520.603,14	2.054.720,75	2.396.579,80	
a detrarre:	S1	Spese per il personale (comma 142, lettera a, legge n. 266/2005)	84.663,87	90.003,37	82.209,90	71.137,46
	S2	Spese per la sanità (comma 142, lettera b, legge n. 266/2005)	1.672.973,61	2.001.254,52	1.604.547,55	1.969.976,72
	S3	Spese per trasferimenti correnti ad Amministrazioni pubbliche (comma 142, lettera c, legge n. 266/2005)	90.586,61	110.042,60	72.144,91	84.195,43
	S4	Spese per interessi passivi (comma 142, lettera e, legge n. 266/2005)	38.156,00	44.516,86	38.156,00	44.516,86
	S5	Spese per calamità naturali (comma 142, lettera f, legge n. 266/2005)				
	S7	Spese per funzioni trasferite o delegate dal 1° gennaio 2005 (comma 142, lettera h, legge n. 266/2005)	1.192,38		1.125,71	
R Scor 06	SPESE CORRENTI NETTE (Scor-S1-S2-S3-S4-S5-S7)					
		288.149,05	274.785,79	256.536,68	226.753,33	
OP Scor 06	OBBIETTIVO ANNUALE SPESE CORRENTI (comma 139, 1° periodo, legge n. 266/2005) - 3,8%					
		277.199,38		246.788,29		
D Scor 06	DIFFERENZA TRA OBBIETTIVO E RISULTATO ANNUALE SPESE CORRENTI (OP Scor 06- Scor 06)					
			-7.413,56		-26.834,96	
TITOLO II	SPESE IN CONTO CAPITALE					
SCap	TOTALE TITOLO II					
		713.153,81	855.730,22	521.769,66	309.812,24	
a detrarre:	S8	Spese per la sanità (comma 142, lettera b, legge n. 266/2005)	82.173,46	60.949,37	26.276,80	6.458,55
	S9	Spese per trasferimenti in conto capitale ad Amministrazioni pubbliche (comma 143, lettera a, legge n. 266/2005)	315.335,21	424.524,28	238.388,27	152.023,58
	S10	Spese per concessioni crediti (comma 143, lettera b, legge n. 266/2005)	1.187,85	1.187,85	1.131,89	510,00
	S11	Spese per calamità naturali (comma 143, lettera c, legge n. 266/2005)	3.365,73	4.222,65	1.573,14	3.432,07
	S12	Spese in conto capitale derivanti da interventi cofinanziati dalla U.E., ivi comprese le corrispondenti quote di parte nazionale - solo per il 2006 - (comma 147, legge n. 266/2005)	60.764,40	164.458,16	72.536,03	66.977,15
	S14	Spese per funzioni trasferite o delegate dal 1° gennaio 2005 (comma 143, lettera d, legge n. 266/2005)	3.141,05		3.122,91	
SCapN	SPESE IN CONTO CAPITALE NETTE (SCap-S8-S9-S10-S11-S12-S14)					
		247.186,11	200.387,91	178.740,62	80.410,89	
	S15	Eventuali spese in conto capitale impegnate nel 2006 e finanziate da proventi 2006 derivanti da erogazioni a titolo gratuito e liberalità (comma 145 legge n. 266/2005)		0,00		0,00
	S16	Eventuali spese in conto capitale finanziate da riduzioni di spesa corrente rispetto al corrispondente obiettivo programmatico (comma 144 legge n. 266/2005)		0,00		0,00
R Scap 06	RISULTATO SPESE IN CONTO CAPITALE (SCapN-S15-S16)					
		247.186,11	200.387,91	178.740,62	80.410,89	
OP Scap 06	Obiettivo annuale spese in conto capitale (comma 139, 2° periodo, legge n. 266/2005) - spesa sostenuta nel 2004 aumentata del 4,8%					
		259.051,04		187.320,17		
D Scap 06	DIFFERENZA TRA OBBIETTIVO E RISULTATO ANNUALE SPESE IN CONTO CAPITALE (OP Scap 06- R Scap 06)					
			-58.663,13		-106.909,23	

Le spese riguardanti gli oneri relativi a sentenze che originano debiti fuori bilancio, delibera G.R. 1364/C del 27.11.06 sono state allocate nel rigo S3 e riguardano: a) anno 2004 impegni per euro 505.974,14, pagamenti di euro 582.485,81; b) anno 2006 impegni per euro 2.335.506,93, pagamenti di euro 757.764,00.

219



GIUNTA REGIONALE

Seduta del 12 DICEMBRE 2007 Deliberazione N. 1286/C

L'anno 2007 il giorno DODICI del mese di DICEMBRE
 negli uffici della Regione Abruzzo, si è riunita la Giunta Regionale presieduta dal Presidente
 Sig. Ottaviano DEL TURCO

con l'intervento dei componenti:

1. <u>BIANCHI</u> Assente	6. <u>MAZZOCCA</u>	
2. <u>CARAMANICO</u>	7. <u>MURA</u>	
3. <u>D'AMICO</u>	8. <u>PAOLINI</u> Assente	
4. <u>FABBIANI</u>	9. <u>SROUR</u>	
5. <u>GINOBLE</u> Assente	10. <u>VERTICELLI</u>	

Svolge le funzioni di Segretario Walter GARIANI

OGGETTO

Rendiconto generale per l'esercizio 2006. Conto Finanziario, Conto Generale del Patrimonio e Nota Preliminare
 - Disegno di legge.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il disegno di legge riguardante l'approvazione del rendiconto generale della Regione per l'esercizio 2006, i relativi elaborati e riepiloghi, nonché la nota preliminare redatta ai sensi dell'art. 69 della L.R. 29 dicembre 1977, n. 81 e successive modificazioni e integrazioni e l'art. 59 della L.R. 25 marzo 2002, n. 3;

CONSIDERATO che il suddetto art. 59 della L.R. 25 marzo 2002, n. 3, rinvia alle disposizioni contenute nella L.R. 29 dicembre 1977, n. 81, le quali continuano a trovare applicazione, ove compatibili, fino all'entrata in vigore dei necessari regolamenti di attuazione;

VISTI gli articoli 67 e seguenti della L.R. dicembre 1977, n. 81 e gli articoli 39 e seguenti della L.R. 25 marzo 2002, n. 3;

CONSIDERATO che il conto finanziario si chiude con l'esposizione dei seguenti risultati finali:

Fondo di cassa al 1° gennaio 2006	€	572.218.327,07
Riscossioni 2006	€	5.023.553.900,69
Pagamenti 2006	€	5.275.187.425,20
Fondo di cassa al 31.12.2006	€	320.584.802,56
Residui attivi al 31.12.2006	€	5.208.793.169,75
Residui passivi al 31.12.2006	€	<u>4.239.194.403,50</u>
Saldo finanziario positivo al 31.12.2006	€	1.290.183.568,81

DATO ATTO:

- che ai fini della determinazione dell'effettivo risultato di amministrazione, occorre depurare la predetta somma di € 1.290.183.568,81 dei fondi a destinazione vincolata eliminati quali economie e perent ammontanti a complessivi € 1.584.940.215,27 risultanti dall'apposito elenco "Residui perenti ed economie vincolate esercizio 2006" allegato al presente rendiconto. Ne deriva che il risultato effettivo al termine dell'esercizio 2006 è stato negativo per l'importo di € 294.756.646,46 incrementando lo stesso rispetto a 2005 di € 7.093.747,83;
- che è stata puntualmente effettuata la ripresa del fondo di cassa determinato al 31 dicembre 2005 nonché dei residui attivi e passivi emersi alla stessa data;
- che il conto evidenzia una regolare contabilizzazione delle entrate accertate e delle spese impegnate durante la gestione 2006;
- che il conto evidenzia, altresì, il regolare carico e discarico delle riscossioni e dei pagamenti disposti nell'esercizio, il tutto in base al complesso della normazione vigente ed alle metodologie giuridico-contabili in vigore;
- che con precedente deliberazione n. 1093 del 12/11/2007 sono state approvate le rettifiche finanziarie derivanti dalla ricognizione dei residui attivi e passivi, perenzione amministrativa ed economie vincolate anno 2006, riportate nella tabella allegata al rendiconto;

CONSIDERATO:

- che è necessario dare atto della circostanza per la quale, rispetto ai valori nominali espressi nel conto quali movimenti complessivi di accertamento, impegno, riscossione e pagamento, per pervenire ai movimenti effettivi, necessita tener conto delle cifre riportate ai capitoli 61200, 61201 e 61202 per l'entrate e 441200, 441201 e 441202 per la spesa, cifre utilizzate per contabilizzare figurativamente i prelevamenti di fondi dal conto corrente acceso, in base alle norme vigenti, presso la Tesoreria Unica;
- che il Tesoriere Regionale è tenuto a rendere il conto della sua gestione per l'esercizio finanziario 2006, ai sensi dell'art. 75 della legge regionale 29 dicembre 1977, n. 81 e successive modificazioni e che i movimenti di cassa di siffatto conto debbono coincidere, agli effetti del medesimo articolo, con quelli esposti nel rendiconto in oggetto;

CONSIDERATO, altresì, che il conto generale del patrimonio, alla data del 31 dicembre 2006 presenta le seguenti risultanze:

- Totale attività	€	5.727.509.934,07
- Totale passività	€	7.330.636.968,77
- Passivo patrimoniale	€	1.603.127.034,70

PRECISATO, inoltre, che apposita nota illustrativa preliminare, redatta a termini dell'art. 69 della L.R. 29 dicembre 1977, n. 81, contiene in allegato gli ultimi bilanci approvati dalle società nelle quali la Regione ha una partecipazione al capitale sociale;

DATO ATTO che al rendiconto regionale, sono stati allegati, ai sensi dell'art. 50 della L.R. 25 marzo 2002, n. 3, i corrispondenti documenti dei seguenti Enti, sempre inerenti alla gestione 2006:

- Aziende per il Diritto allo Studio Universitario di Chieti, L'Aquila e Teramo
- Agenzia Regionale per i Servizi di Sviluppo Agricolo - A.R.S.S.A.
- Agenzia Regionale per l'Informatica e la Telematica - A.R.I.T.
- Ente Abruzzo Lavoro
- Azienda di Promozione Turistica Regionale - A.P.T.R.
- Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente - A.R.T.A.

PRECISATO, sempre, per quel che riguarda gli Enti, che compete alle relative Amministrazioni di verificare la regolarità della gestione di cassa svolta dai rispettivi Tesorieri;

RITENUTO, pertanto, che il disegno di legge, il conto finanziario, il conto generale del patrimonio e la nota preliminare possono essere fatti propri e trasmessi al Consiglio Regionale per il seguito di competenza;

DATO ATTO che per la redazione del conto generale del patrimonio è stata effettuata la ripresa della situazione patrimoniale determinata al 31.12.2005;

DATO ATTO che il Direttore della Direzione Programmazione, Risorse Umane, Finanziarie e Strumentali ha espresso parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa nonché sulla legittimità del documento contabile oggetto del presente provvedimento;

UDITO il Relatore.

A voti unanimi, resi nelle forme di legge,

DELIBERA

- 1) di fare proprio il disegno di legge afferente al rendiconto generale della Regione per l'esercizio 2006 unitamente ai relativi elaborati, riepiloghi e rendiconti degli Enti dipendenti;
- 2) di approvare, ad ogni effetto, le varie partite contabilizzate, nonché le risultanze finali del conto nei termini specificati in narrativa;
- 3) di approvare, per la parte di propria competenza, i rendiconti 2006 degli Enti individuati in narrativa;
- 4) di approvare la nota illustrativa preliminare;
- 5) di trasmettere tutti i documenti annessi ed il disegno di legge al Consiglio Regionale per il seguito di competenza.

L.R. 14.9.1999, n. 77, art. 23

DIREZIONE REGIONALE/STRUTTURA SPECIALE SUPPORTO (Art. 4 L.R. 77/99):
PROGRAMMAZIONE, RISORSE UMANE, FINANZIARIE E STRUMENTALI

BILANCIO

SERVIZIO/POSIZIONE DI STAFF:

UFFICIO:

L'Estensore

Antonella Molino
(firma)

Il Responsabile dell'Ufficio

Carla Pesciallo
(firma)

Il Dirigente del Servizio

Carminè Cipollone
(firma)

Il Direttore Regionale

Dott. Ing. Antonio Macera
(firma)

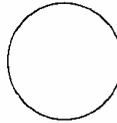
Il Componente la Giunta

Dott. Giovanni D'Amico
(firma)

Approvato e sottoscritto:

Il Segretario della Giunta

Fto Cariani
(firma)



Il Presidente della Giunta

Fto Del Turco
(firma)

Copia conforme all'originale per uso amministrativo

L'Aquila, li

12 DIC. 2007



Il Dirigente del Servizio Affari della Giunta

Paloncu
(firma)

Allegato II: Modello 2/06/CP

PATTO DI STABILITA' INTERNO 2006 (Legge n. 266 del 2005)			
REGIONI A STATUTO ORDINARIO: REGIONE ABRUZZO			
MONITORAGGIO TRIMESTRALE DELLE RISULTANZE DEL PATTO PER L'ANNO 2006			
(migliaia di euro)			
SPESA CORRENTE		Impegni	
		a tutto il 4 trimestre 2004	a tutto il 4 trimestre 2006
TITOLO I - SPESE CORRENTI			
SCor	TOTALE TITOLO 1°	2.175.721,52	2.527.668,56
a detrarre:	S1 Spese per il personale (comma 142, lettera a, legge n. 266/2005)	84.663,87	90.003,36
	S2 Spese per la sanità (comma 142, lettera b, legge n. 266/2005)	1.672.973,61	2.001.254,52
	S3 Spese per trasferimenti correnti ad Amministrazioni pubbliche (comma 142, lettera c, legge n. 266/2005)	90.586,61	116.542,60
	S4 Spese per interessi passivi (comma 142, lettera e, legge n. 266/2005)	38.156,00	44.516,86
	S5 Spese per calamità naturali (comma 142, lettera f, legge n. 266/2005)	-	-
	S7 Spese per funzioni trasferite o delegate dal 1° gennaio 2005 (comma 142, lettera h, legge n. 266/2005)	1.192,38	-
R SCor 06	RISULTATO TRIMESTRALE SPESE CORRENTI (SCor-S1-S2-S3-S4-S5-S7)	288.149,05	275.351,22
OP SCor 06	OBIETTIVO ANNUALE SPESE CORRENTI (comma 139, 1° periodo, legge n. 266/2005)	-3,8%	277.199,38
D SCor 06	DIFFERENZA TRA OBIETTIVO E RISULTATO ANNUALE SPESE CORRENTI (OP SCor 06-R SCor 06)		1.848,16

SPESA IN CONTO CAPITALE		Impegni	
		a tutto il 4 trimestre 2004	a tutto il 4 trimestre 2006
TITOLO II - SPESE IN CONTO CAPITALE			
SCap	TOTALE TITOLO II	713.153,81	861.394,22
a detrarre:	S8 Spese per la sanità (comma 142, lettera b, legge n. 266/2005)	82.173,46	60.949,37
	S9 Spese per trasferimenti in conto capitale ad Amministrazioni pubbliche (comma 143, lettera a, legge n. 266/2005)	315.335,21	427.842,02
	S10 Spese per concessione di crediti (comma 143, lettera b, legge n. 266/2005)	1.187,85	1.187,85
	S11 Spese per calamità naturali (comma 143, lettera c, legge n. 266/2005)	3.365,75	4.222,65
	S12 Spese in conto capitale derivanti da interventi cofinanziati dalla U.E., ivi comprese le corrispondenti quote di parte nazionale -solo per il 2006- (comma 147, legge n. 266/2005)	60.764,40	164.458,16
	S14 Spese per funzioni trasferite o delegate dal 1° gennaio 2005 (comma 143, lettera d, legge n. 266/2005)	3.141,05	-
SCapN	SPESE IN CONTO CAPITALE NETTE (SCap-S8-S9-S10-S11-S12-S14)	247.186,09	202.734,17
	S15 Eventuali spese in conto capitale impegnate nel 2006 e finanziare da proventi 2006 derivanti da erogazioni a titolo gratuito e liberalità (comma 145 legge n. 266/2005)	-	-
	S16 Eventuali spese in conto capitale finanziare da riduzioni di spesa corrente rispetto al corrispondente obiettivo programmatico (comma 144 legge n. 266/2005)	-	-
R SCap 06	RISULTATO TRIMESTRALE SPESE IN CONTO CAPITALE (SCapN-S15-S16)		202.734,17
OP SCap 06	OBIETTIVO ANNUALE SPESE IN CONTO CAPITALE (comma 139, 2° periodo, legge n. 266/2005)	+4,8%	259.051,04
D SCap 06	DIFFERENZA TRA OBIETTIVO E RISULTATO ANNUALE SPESE IN CONTO CAPITALE (OP SCap 06-R SCap 06)		56.316,87

(1) Da compilare solo con riferimento all'obiettivo annuale programmatico al 31 dicembre 2006

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 698 del 23 GIU 2010

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)



Allegato II: Modello 2/06/CS

PATTO DI STABILITA' INTERNO 2006 (Legge n. 266 del 2005)			
REGIONI A STATUTO ORDINARIO: REGIONE ABRUZZO			
MONITORAGGIO TRIMESTRALE DELLE RISULTANZE DEL PATTO PER L'ANNO 2006			
(migliaia di euro)			
SPESA CORRENTE		Pagamenti (competenza + residui)	
		a tutto il 4 trimestre 2004	a tutto il 4 trimestre 2006
TITOLO I - SPESE CORRENTI			
SCor	TOTALE TITOLO 1°	2.054.720,75	2.573.966,62
a detrarre:	S1 Spese per il personale (comma 142, lettera a, legge n. 266/2005)	82.209,90	93.823,28
	S2 Spese per la sanità (comma 142, lettera b, legge n. 266/2005)	1.604.547,56	2.056.218,38
	S3 Spese per trasferimenti correnti ad Amministrazioni pubbliche (comma 142, lettera c, legge n. 266/2005)	72.144,91	101.755,22
	S4 Spese per interessi passivi (comma 142, lettera e, legge n. 266/2005)	38.156,00	44.516,86
	S5 Spese per calamità naturali (comma 142, lettera f, legge n. 266/2005)	-	-
	S7 Spese per funzioni trasferite o delegate dal 1° gennaio 2005 (comma 142, lettera h, legge n. 266/2005)	1.125,71	-
R SCor 06	RISULTATO TRIMESTRALE SPESE CORRENTI (SCor-S1-S2-S3-S4-S5-S7)	256.536,67	277.652,88
OP SCor 06	OBIETTIVO ANNUALE SPESE CORRENTI (comma 139, 1° periodo, legge n. 266/2005)	→ -3,8% ⁽¹⁾	246.788,29
D SCor 06	DIFFERENZA TRA OBIETTIVO E RISULTATO ANNUALE SPESE CORRENTI (OP SCor 06-R SCor 06)	↑	-30.864,59

SPESA IN CONTO CAPITALE		Pagamenti (competenza + residui)	
		a tutto il 4 trimestre 2004	a tutto il 4 trimestre 2006
TITOLO II - SPESE IN CONTO CAPITALE			
SCap	TOTALE TITOLO II	521.769,66	641.056,26
a detrarre:	S8 Spese per la sanità (comma 142, lettera b, legge n. 266/2005)	26.276,80	88.635,12
	S9 Spese per trasferimenti in conto capitale ad Amministrazioni pubbliche (comma 143, lettera a, legge n. 266/2005)	238.388,27	283.096,24
	S10 Spese per concessione di crediti (comma 143, lettera b, legge n. 266/2005)	1.131,89	1.181,39
	S11 Spese per calamità naturali (comma 143, lettera c, legge n. 266/2005)	1.573,14	4.639,94
	S12 Spese in conto capitale derivanti da interventi cofinanziati dalla U.E., ivi comprese le corrispondenti quote di parte nazionale -solo per il 2006- (comma 147, legge n. 266/2005)	72.536,03	108.527,87
	S14 Spese per funzioni trasferite o delegate dal 1° gennaio 2005 (comma 143, lettera d, legge n. 266/2005)	3.122,91	-
SCapN	SPESE IN CONTO CAPITALE NETTE (SCap-S8-S9-S10-S11-S12-S14)	178.740,62	154.975,70
	S15 Eventuali spese in conto capitale pagate nel 2006 e finanziate da proventi 2006 derivanti da erogazioni a titolo gratuito e liberalità (comma 145 legge n. 266/2005)	-	-
	S16 Eventuali spese in conto capitale finanziate da riduzioni di spesa corrente rispetto al corrispondente obiettivo programmatico (comma 144 legge n. 266/2005)	-	-
R SCap 06	RISULTATO TRIMESTRALE SPESE IN CONTO CAPITALE (SCapN-S15-S16)	-	154.975,70
OP SCap 06	OBIETTIVO ANNUALE SPESE IN CONTO CAPITALE (comma 139, 2° periodo, legge n. 266/2005)	→ +4,8% ⁽¹⁾	187.320,17
D SCap 06	DIFFERENZA TRA OBIETTIVO E RISULTATO ANNUALE SPESE IN CONTO CAPITALE (OP SCap 06-R SCap 06)	↑	32.344,47

(1) Da compilare solo con riferimento all'obiettivo annuale programmatico al 31 dicembre 2006

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 698 del 23 GIUGNO 2010
 IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
 (Dott. Walter Bariani)



GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 12.07.2010, n. 556:

Variazione al bilancio di previsione 2010 ai sensi dell'art. 25, comma 2, della L.R. 25 marzo 2002 n. 3. Capp. 21040/01/E, 21043/01/E, 22036/01/E, 22037/01/E, 22055/01/E, 23187/01/E, 23264/01/E, 23290/01/E, 24002/01/E, 43062/01/E. Capp.: 11065/01/S, 11065/02/S, 11069/01/S, 11069/02/S, 71003/01/S, 81008/01/S, 151423/01/S, 162334/01/S, 182440/01/S, 282451/01/S.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

A voti unanimi e palesi resi nelle forme di legge;

DELIBERA

a) di apportare nel bilancio per l'esercizio finanziario 2010, le variazioni, per compe-

tenza e per cassa riportate negli elenchi acclusi alla presente deliberazione che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto;

- b) di invitare i dirigenti, nello svolgimento dei procedimenti di spesa che si attengano rigorosamente ai limiti costituiti dalle fonti di finanziamento garantendo che all'impegno della spesa, di cui all'art. 33, L.R. 25.03.02, n. 3 corrisponda preventivamente l'accertamento dell'entrata - art. 29 della L.R. 25.03. 2002, n. 3;
- c) di inviare la presente deliberazione all'Ufficio *B.U.R.A.* del Servizio Affari della Giunta - Direzione Affari della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia della Regione Abruzzo - per la pubblicazione della medesima sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*, quale provvedimento di variazione al bilancio di previsione del corrente esercizio finanziario.

Segue allegato

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA

Unità previsionale di base	capitolo entrata	descrizione	In aumento	Capitolo di spesa correlato	centro di costo (solo per capitoli di nuova istituzione o privi di assegnazione)
02.01.001	21040/01	Assegnazione quota U.E. per la realizzazione di progetti comunitari programma INTERREG IV C -	116.171,25	11065/01	
02.01.001	21043/01	Assegnazione quota UE per la realizzazione di progetti comunitari - programma MED (capitolo di nuova istituzione)	75.000,00	11069/01	DA.02.00
02.02.009	22036/01	Assegnazione quota Stato per la realizzazione di progetti comunitari - programma INTERREG IV C -	38.723,75	11065/02	
02.02.005	22037/01	Assegnazione dello Stato di fondi per interventi finalizzati alle politiche della famiglia - art. 1 c. 1250 e 1251 lett. B) e C) L. 296/06	2.990.428,78	71003/01	
02.02.009	22055/01	Assegnazione quota Stato per la realizzazione di progetti comunitari - programma MED (capitolo di nuova istituzione)	25.000,00	11069/02	DA.02.00
04.03.007	23187/01	Assegnazione dello Stato per le agevolazioni alle imprese - D.Lgs. 112/98	365.968,97	282451/01	
04.03.011	23264/01	Assegnazione dello Stato per interventi di escavazione dei fondali dei porti abruzzesi da espletare in conseguenza della soppressione del servizio escavazione porti statali (sep) d.p.c.m. 12.10.2000	125.896,81	182440/01	
02.02.002	23290/01	Assegnazioni dello Stato per la Sezione Regionale dell'Osservatorio dei Lavori Pubblici art. 5, comma 7 bis, della L. 109/94.	51.799,35	151423/01	
02.04.001	24002/01	Trasferimenti da parte delle Aziende farmaceutiche delle richieste pay back - L. 296 del 27.12.06 art. 1, comma 796, lett. G) -	2.172.464,68	81008/01	
04.03.006	43062/01	Assegnazioni dello Stato per realizzare un programma finalizzato alla gestione del servizio idrico integrato - art. 144, co. 17 legge 23 dicembre 2000 n. 388 -	20.323,68	162334/01	
		Totale variazioni in aumento dell'entrata	5.981.777,27		

STATO DI PREVISIONE DELLA SPESA

Unità previsionale di base	capitolo	descrizione	In aumento	Capitolo di entrata correlato	centro di costo (solo per capitoli di nuova istituzione o privi di assegnazione)
02.01.015	11065/01	Realizzazione di progetti comunitari - programma INTERREG IV C mezzi U.E. -	116.171,25	21040/01	
02.01.015	11065/02	Realizzazione di progetti comunitari - programma INTERREG IV C mezzi Statali -	38.723,75	22036/01	
02.01.015	11069/01	Realizzazione di progetti comunitari - programma MED - mezzi UE (capitolo di nuova istituzione)	75.000,00	21043/01	DA.02.00
02.01.015	11069/02	Realizzazione di progetti comunitari - programma MED - mezzi Statali (capitolo di nuova istituzione)	25.000,00	22055/01	DA.02.00
13.01.003	71003/01	Interventi finalizzati alle politiche della famiglia per la realizzazione di progetti sperimentali ai sensi dell'art. 1 c. 1250 e 1251 lett. B) e C) L. 27.12.2006, n. 296 - mezzi statali -	2.990.428,78	22037/01	
12.01.001	81008/01	Trasferimenti alle Aziende Sanitarie locali per richieste pay back delle aziende farmaceutiche - L. 296 del 27.12.06 art. 1, comma 796, lett. G) -	2.172.464,68	24002	

ALLEGATO come parte Integrante alla deli-
berazione n. 526 del 12 LUG 2010

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Dott. Carlo Gariani)

STATO DI PREVISIONE DELLA SPESA

Unità previsionale di base	capitolo	descrizione	In aumento	Capitolo di entrata correlato	centro di costo (solo per capitoli di nuova istituzione o privi di assegnazione)
05.01.007	151423/0	Spese per la Sezione Regionale dell'Osservatorio dei lavori pubblici art.5, comma 7 bis, L.109/94	51.799,35	23290/01	
05.02.003	162334/0	Interventi per funzioni trasferite dal D. Lgs. n. 112/1998 in materia di ambiente - tutela ed epurazione delle acque - d.p.c.m. 22.12.2000.	20.323,68	43062/01	
06.02.004	182440/0	Interventi di escavazione dei fondali dei porti abruzzesi da espletare in conseguenza della soppressione del servizio di escavazione porti statale (sep) - d.p.c.m.12.10.2000	125.896,81	23264/01	
08.02.002	282451/0	Fondo unico per le agevolazioni alle imprese -D. Lgs. 112/98	365.968,97	23187/01	
		Totale variazioni in aumento della spesa	5.981.777,27		

Il Dirigente Servizio Bilancio
dott. Carmine Cipollone

Carmine Cipollone



GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 12.07.2010, n. 557:

Variazione al bilancio di previsione 2010 ai sensi dell'art. 25, comma 2, della L.R. 25 marzo 2002 n. 3. Capp.: 22054/01/E, 22054/02/E, 23187/01/E, 24003/01/E, 24007/03/E, 43002/01/E, 45001/01/E. Capp.: 11044/01/S, 81011/01/S, 82381/01/S, 150102/01/S, 150102/02/S, 152190/01/S, 282451/01/S.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

A voti unanimi e palesi resi nelle forme di legge;

DELIBERA

- a) di apportare nel bilancio per l'esercizio finanziario 2010, le variazioni, per competenza e per cassa riportate negli elenchi ac-

clusi alla presente deliberazione che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto;

- b) di invitare i dirigenti, nello svolgimento dei procedimenti di spesa che si attengano rigorosamente ai limiti costituiti dalle fonti di finanziamento garantendo che all'impegno della spesa, di cui all'art. 33, L.R. 25.03.02, n. 3 corrisponda preventivamente l'accertamento dell'entrata - art. 29 della L.R. 25.03. 2002, n. 3;
- c) di inviare la presente deliberazione all'Ufficio *B.U.R.A.* del Servizio Affari della Giunta - Direzione Affari della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia della Regione Abruzzo - per la pubblicazione della medesima sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*, quale provvedimento di variazione al bilancio di previsione del corrente esercizio finanziario.

Segue allegato

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 557 del 12 LUG 2010

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Vito Gariani)

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA

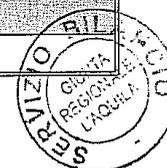
Unità previsionale di base	capitolo entrata	descrizione	In aumento	Capitolo di spesa correlato	centro di costo (solo per capitoli di nuova istituzione o privi di assegnazione)
02.02.007	22054/01	Assegnazione del Dipartimento Nazionale di Protezione Civile per la commemorazione del 30° anniversario del terremoto del Friuli - art. 9 D.P.R. 194/2001- (capitolo di nuova istituzione)	2.571,32	150102/01	DR.00.00
02.02.007	22054/02	Contributi assegnati dal Dipartimento Nazionale di Protezione Civile per le spese sostenute dai volontari di protezione civile nell'evento sismico del 6 aprile 2009 - art. 9 e 10 D.P.R. 194/01- (capitolo di nuova istituzione)	75.376,40	150102/02	DR.00.00
04.03.007	23187/01	Assegnazione dello Stato per le agevolazioni alle imprese - D.Lgs. 112/98	126.127,49	282451	
02.04.001	24003/01	Assegnazioni dello Stato per la realizzazione del progetto regionale per il sostegno alle funzioni di interfaccia tra le Regioni e le Province Autonome e il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle malattie	184.466,00	81011/01	
02.04.001	24007/03	Recupero somme erogate su capitoli di spesa corrente finanziati da fondi a destinazione vincolata da riprogrammare - Direzione Riforme Istituzionali, Enti Locali, Attività Sportive" (capitolo di nuova istituzione)	3.000,00	11044/01	DB.00.00
04.03.001	43002/01	Assegnazione dello Stato di fondi per le attività amministrative conferite alle regioni art. 108 comma 1 lettera a) D. Lgs. 31.03.98, n° 112	245.387,13	152190	
04.05.001	45001/01	Trasferimento delle ASL per iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori delle aree tsal - art. 29 L.R. 10.05.2002, n. 7	187.236,71	82381	
		Totale variazioni in aumento dell'entrata	824.165,05		

STATO DI PREVISIONE DELLA SPESA

Unità previsionale di base	capitolo	descrizione	In aumento	Capitolo di entrata correlato	centro di costo (solo per capitoli di nuova istituzione o privi di assegnazione)
12.02.003	82381	Iniziativa di formazione e aggiornamento degli operatori delle aree tsal - art. 29 L.R. 10.05.2002, n. 7	187.236,71	45001/01	
05.02.010	152190	Funzioni amministrative conferite alle Regioni art. 108 comma 1 lettera a) D. Lgs. 31.03.98, n° 112	245.387,13	43002/01	
08.02.002	282451	Fondo unico per le agevolazioni alle imprese -D. Lgs. 112/98	126.127,49	23187/01	
14.01.002	11044/01	Sostegno per l'associazionismo comunale ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 - mezzi statali	3.000,00	24007/03	DB.00.00
05.01.003	150102/01	Rimborso spese per la commemorazione del 30° anniversario del terremoto del Friuli - art. 9 D.P.R. 194/2001- (capitolo di nuova istituzione)	2.571,32	22054/01	DR.00.00
05.01.003	150102/02	Rimborso spese sostenute dai volontari di protezione civile nell'evento sismico del 6 aprile 2009 - art. 9 e 10 D.P.R. 194/01- (capitolo di nuova istituzione)	75.376,40	22054/02	
12.01.001	81011/01	Interventi per la realizzazione del progetto regionale per il sostegno alle funzioni di interfaccia tra le Regioni e le Province Autonome e il Centro Nazionale per la Prevenzione per il controllo delle malattie - mezzi statali -	184.466,00	24003/01	
		Totale variazioni in aumento della spesa	824.165,05		

Il Dirigente Servizio Bilancio
dott. Carmine Cipollone

Carmine Cipollone



GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 05.07.2010, n. 558:

Variazione al bilancio di previsione 2010 ai sensi dell'art. 25, comma 2, della L.R. 25 marzo 2002 n. 3. Capp.: 12622/01/E, 23125/01/E, 23177/01/E, 24007/01/E, 31110/01/E, 42310/01/E, 43062/01/E, 43066/01/E. Capp.: 12357/01/S, 71582/01/S, 81542/01/S, 81544/01/S, 150202/01/S, 150203/01/S, 172334/01/S, 181004/01/S, 281440/01/S.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

A voti unanimi e palesi resi nelle forme di legge;

DELIBERA

a) di apportare nel bilancio per l'esercizio finanziario 2010, le variazioni, per competenza e per cassa riportate negli elenchi ac-

clusi alla presente deliberazione che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto;

- b) di invitare i dirigenti, nello svolgimento dei procedimenti di spesa che si attengano rigorosamente ai limiti costituiti dalle fonti di finanziamento garantendo che all'impegno della spesa, di cui all'art. 33, L.R. 25.03.02, n. 3 corrisponda preventivamente l'accertamento dell'entrata - art. 29 della L.R. 25.03.2002, n. 3;
- c) di inviare la presente deliberazione all'Ufficio *B.U.R.A.* del Servizio Affari della Giunta - Direzione Affari della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia della Regione Abruzzo - per la pubblicazione della medesima sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*, quale provvedimento di variazione al bilancio di previsione del corrente esercizio finanziario.

Segue allegato

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 558 del 12 LUG 2010

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Dott. Galvan Geriani)

Galvan

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA

Unità previsionale di base	capitolo entrata	descrizione	In aumento	Capitolo di spesa correlato	centro di costo (solo per capitoli di nuova istituzione o privi di assegnazione)
01.02.001	12622/01	Trasferimento dello Stato di ulteriore compartecipazione al gettito accisa sul gasolio per autotrazione da destinare ai servizi di trasporto pubblico locale - art. 1, co. 298 L. 24 dicembre 2007, n. 244 -	548.723,64	181004/01	
02.02.005	23125/01	Assegnazione dello Stato di fondi in materia di animali da affezione e prevenzione del randagismo - legge 14.8.1991, n. 281 - L.R. 11.2.1992, n. 15 -	172.093,20	71582/01	
02.01.003	23177/01	Assegnazione dello Stato di fondi per l'istituzione della banca dati ed anagrafe del bestiame - leggi n. 81/1997 e n. 3/2001	11.232,78	81544/01	
02.04.001	24007/01	Recupero somme erogate su capitoli di spesa corrente finanziati da fondi a destinazione vincolata da riprogrammare - Direzione Politiche della Salute	1.198,60	81542/01	
03.04.001	31110/01	Entrate derivanti da diritti di istruttoria per il rilascio dell'autorizzazione ai sensi del decreto legislativo 387/2003 e successive modifiche ed integrazioni - l.r. 9.8.2006, n.27.	140.755,32	281440/01	
03.04.001	31110/01	Entrate derivanti da diritti di istruttoria per il rilascio dell'autorizzazione ai sensi del decreto legislativo 387/2003 e successive modifiche ed integrazioni - l.r. 9.8.2006, n.27.	49.857,13	281440/01	
04.02.003	42310/01	Recupero somme erogate su capitoli di spesa finanziati da fondi a destinazione vincolata da riprogrammare - Direzione Trasporti e Mobilità	97.444,46	12357/01	
04.02.003	42310/01	Recupero somme erogate su capitoli di spesa finanziati da fondi a destinazione vincolata da riprogrammare - Direzione Trasporti e Mobilità	11.438,37	172334/01	
04.03.006	43062/01	Assegnazioni dello Stato per realizzare un programma finalizzato alla gestione del servizio idrico integrato - art. 144, co. 17 legge 23 dicembre 2000 n. 388 -	1.136.299,63	150202/01	
04.03.001	43066/01	Assegnazioni dello Stato per conseguire l'adeguamento strutturale ed antisismico degli edifici del sistema scolastico - art. 32-bis L. 326 del 24.12.2003 e O.P.C.M. 3728 del 29.12.08 - (capitolo di nuova istituzione)	722.500,00	150203/01	DR.03.00
Totale variazioni in aumento dell'entrata			2.891.543,13		

STATO DI PREVISIONE DELLA SPESA

Unità previsionale di base	capitolo	descrizione	In aumento	Capitolo di entrata correlato	centro di costo (solo per capitoli di nuova istituzione o privi di assegnazione)
02.02.009	12357/01	Intesa Istituzionale di Programma - Accordo di programma quadro delibere CIPE 84/00, 138/00, 36/02, 17/03. 20/04	97.444,46	42310/01	
05.02.003	150202/01	Finanziamento progetto finalizzato alla gestione del servizio idrico integrato - art. 144, co. 17 legge 23 dicembre 2000 n. 388 - mezzi statali	1.136.299,63	43062/01	
05.02.001	150203/01	Interventi per l'adeguamento strutturale ed antisismico degli edifici del sistema scolastico - art. 32-bis L. 326 del 24.12.2003 e O.P.C.M. 3728 del 29.12.08 - (capitolo di nuova istituzione -	722.500,00	43066/01	DR.03.00
06.02.002	172334/01	Interventi in conto capitale per funzioni trasferite dal D.Lgs.112/98 in materia di viabilità'	11.438,37	42310/01	

STATO DI PREVISIONE DELLA SPESA

Unità previsionale di base	capitolo	descrizione	In aumento	Capitolo di entrata correlato	centro di costo (solo per capitoli di nuova istituzione o privi di assegnazione)
06.01.002	181004/01	Interventi per l'adeguamento delle risorse destinate ai servizi di trasporto pubblico locale, comprese quelle di cui all'art. 8 del D. Lgs. N. 422/1997 - mezzi statali - art. 1, co. 298 L. 24 dicembre 2007, n. 244 -	548.723,64	12622/01	
05.01.016	281440/01	Spese per le attività connesse al rilascio dell'autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 387/2003	140.755,32	31110/01	
05.01.016	281440/01	Spese per le attività connesse al rilascio dell'autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 387/2003	49.857,13	31110/01	
12.01.012	71582/01	Istituzione anagrafe canina e provvedimenti a tutela degli animali da affezione - L.R. 11 febbraio 1992, n.15	172.093,20	23125/01	
12.01.001	81542/01	Funzioni e compiti in materia di indennizzi a favore di soggetti danneggiati da complicanze a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati	1.198,60	24007/01	
12.02.001	81544/01	Finanziamento Statale per l'istituzione della banca dati ed anagrafe del bestiame - L. n. 81/97e n. 3/2001	11.232,78	23177/01	
		Totale variazioni in aumento della spesa	2.891.543,13		

Il Dirigente Servizio Bilancio
dott. Carmine Cipollone




GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 26.07.2010, n. 586:

Approvazione “Programma di riqualificazione professionale e reinserimento occupazionale dei collaboratori a progetto” in attuazione del Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 03.12.2008.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

A voti unanimi espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

per le motivazioni e per tutto quanto espresso in narrativa di:

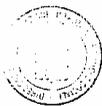
1. Approvare il **“Programma di riqualificazione professionale e reinserimento occupazionale dei collaboratori a progetto”** in attuazione del Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 03.12.2008.”, costituente l’Allegato n. 3,

il cui onere finanziario complessivo ammonta ad €. 463.988,00= (quattrocentsessantatremilanovecentottantotto/00).

2. Dare atto che, per l’attuazione del programma di che trattasi, saranno utilizzate le risorse finanziarie di provenienza statale a destinazione vincolata, discendenti dal richiamato D.M. 03.12.2008, allo scopo allocate sul cap. 21635/2 della spesa, relativo al bilancio regionale, esercizio finanziario anno corrente.
3. Delegare il Dirigente del Servizio Programmazione e gestione delle politiche passive del lavoro della Direzione “Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali” agli adempimenti conseguenti, tra i quali rientra quello di predisporre ed approvare i relativi bandi/avvisi, in ragione delle risorse finanziarie effettivamente trasferite dal competente Ministero, da pubblicare sul sito internet della Regione e delle Province.
4. Disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul *B.U.R.A.*.

Segue allegato

La presente copia, composta di n° 4 fascicoli, è riferita all'originale esistente in questo Ufficio.



ALLEGATO 3

[Handwritten signature]
DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE,
POLITICHE SOCIALI



REGIONE ABRUZZO

*Direzione Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione,
Politiche Sociali*

**PROGRAMMA DI RIQUALIFICAZIONE PROFESSIONALE E
REINSERIMENTO OCCUPAZIONALE DEI COLLABORATORI A PROGETTO**
*in attuazione del Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali
del 3 dicembre 2008*

Pescara, 29 ottobre 2009

Documento composto da n. 4 fascicoli, facciate,
ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 586 del 26 LUG. 2010
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Garfani)
[Handwritten signature]



Contesto e finalità del programma

Il presente Programma riguarda le azioni previste dal Decreto emanato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali il 3 dicembre 2008, riguardante l'assegnazione alle Regioni e alle Province autonome di risorse destinate ai "Programmi di riqualificazione professionale ed al reinserimento occupazionale dei collaboratori a progetto che hanno prestato la propria opera presso le aziende interessate da situazioni di crisi".

Le risorse assegnate alla Regione Abruzzo sono pari ad € 463.988.

Il presente Programma si colloca nell'ambito di misure messe in campo dalla Regione Abruzzo per fronteggiare l'attuale crisi congiunturale attraverso interventi volti alla tutela dell'occupazione ed alla ricollocazione, con particolare attenzione ai soggetti più deboli, maggiormente esposti alle ricadute della crisi.

Le azioni che saranno realizzate in Abruzzo contribuiranno alla messa a sistema di politiche e servizi nei confronti dei lavoratori espulsi o a rischio di espulsione dai processi produttivi - anche in ottemperanza agli impegni assunti con l'Accordo Stato-Regioni del 12 febbraio 2009 e con l'intesa sottoscritta fra il Ministero del Lavoro e la Regione Abruzzo in data 17 aprile 2009 - e al miglioramento dei servizi di re-impiego rivolti agli inoccupati e ai disoccupati di lunga durata. Le stesse, attraverso specifiche linee di intervento, sono state finalizzate anche a sostenere l'area interessata dal sisma, in considerazione della situazione venutasi a creare in conseguenza dell'evento disastroso del 6 aprile scorso che ha creato notevoli difficoltà nella implementazione delle misure adottate a favore delle persone che hanno perso il lavoro o il reddito.

La collocazione del presente Programma nel quadro della strategia regionale consente di accelerare il processo di transizione occupazionale e di sostenere le persone nell'individuazione di una collocazione lavorativa, anche alternativa, adeguata al proprio potenziale professionale.

I dati della rilevazione delle Forze di lavoro ISTAT del 2° trimestre 2009 evidenziano, per la regione Abruzzo, i seguenti risultati:

Le **forze di lavoro** sono in totale 529.000, in diminuzione di 29.000 unità rispetto al 2° trimestre 2008.

La **popolazione occupata** ammonta a 487.000 unità ed evidenzia un calo di 31.000 occupati su base annuale, pari ad una diminuzione del 6,0%.

Relativamente alla classe di età 15-64 anni, il tasso di attività regionale scende di 3,9 punti rispetto al 2° trimestre 2008, da 63,4% a 59,5%; il tasso di occupazione, invece, scende di 4,2 punti (da 58,9% a 54,7%).

Il **tasso di disoccupazione** sale di 0,9 punti (da 7,1% a 8,0%), posizionandosi ancora una volta, diversamente dal passato, al di sopra del dato nazionale (7,4%).





il risultato sintetizza il protrarsi della caduta dell'occupazione delle piccole imprese, l'accentuarsi del calo dei dipendenti a termine e una ulteriore riduzione del numero dei collaboratori.

La situazione risente pienamente non soltanto della crisi economica nazionale ed internazionale ma anche delle condizioni drammatiche di stallo economico dettate dall'evento sismico dell'Aquila.

I dati derivanti dalle **Comunicazioni Obbligatorie**, relativi agli avviamenti e cessazioni marzo-giugno 2009, indicano che il tipo di rapporto di lavoro più ricorrente, nel periodo considerato, è quello di lavoro a tempo determinato in senso stretto con il 41,1% del totale degli avviamenti; segue in ordine decrescente, il rapporto a tempo indeterminato in senso stretto (20,9%), quindi a notevole distanza, il lavoro in agricoltura a tempo determinato (6,9%), il lavoro a progetto/collaborazione coordinata e continuativa (6,6%).

Obiettivi specifici

I collaboratori a progetto, destinatari degli interventi previsti dal presente Programma, verranno assistiti in percorsi di politica attiva finalizzati alla ricollocazione e riqualificazione coerenti con i processi di ristrutturazione/riconversione aziendale.

Il modello di intervento si fonderà sugli stessi principi che hanno contraddistinto i percorsi metodologici già sperimentati nell'ambito dei Programmi PARI e trasferiti nel Welfare to work, la cui progettazione esecuzione regionale è stata approvata dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali con nota n. 14/0020165 del 14.10.09, ossia:

- centralità della persona: le azioni sono programmate e organizzate tenendo in considerazione la singola persona che ne è beneficiaria, il suo status nel mercato del lavoro e le sue caratteristiche oggettive e soggettive;
- stipula del Patto di servizio: a fronte dei servizi e del sistema di doti percepito dal lavoratore, questi offre la propria disponibilità ad assumere un comportamento attivo rispetto al percorso disegnato, sia in direzione della ricerca di una nuova occupazione che in direzione della partecipazione a percorsi di adeguamento delle competenze;
- attivazione della persona: le azioni sono organizzate a partire dal comportamento attivo del beneficiario che è impegnato in prima persona nella ricerca di una nuova occupazione.

Profilo attuativo

L'art. 19 comma 2 della legge 28 gennaio 2009 n. 2 ha previsto in via sperimentale per il biennio 2009-2010 un ammortizzatore sociale riservato ai collaboratori coordinati a progetto. A detti lavoratori la legge prevede di riconoscere una somma pari al 20% del reddito percepito l'anno precedente.

Tale disposizione è stata resa attuativa con il D.M. 19.05.2009 N. 46441 "Accesso all'indennità di disoccupazione per sospensioni dell'attività lavorativa".





Rilevato che i dati di fonte INPS regionale, evidenziano che, sino alla data della predisposizione del presente Programma, sono state presentate n. 355 domande dirette a conseguire l'indennità una tantum di cui alla normativa in riferimento, la Regione Abruzzo, in considerazione dell'ammontare complessivo delle risorse finanziarie attribuite dal Ministero del Lavoro, della Salute e Politiche Sociali con il DM del 3 dicembre 2008, assicurerà in favore dei **collaboratori a progetto**, che ne faranno richiesta, interventi di politica attiva destinati alla qualificazione/riqualificazione professionale ai fini del reinserimento occupazionale.

Le misure progettuali saranno realizzate a cura delle competenti Amministrazioni Provinciali, attraverso i rispettivi Centri per l'Impiego, secondo modalità attuative da definirsi successivamente all'approvazione del presente Programma da parte del competente Dicastero.

Azioni di politica attiva erogabili

Il Centro per l'Impiego erogherà i seguenti servizi rivolti al collaboratore:

- ricostruzione del profilo professionale;
- colloqui di orientamento finalizzati alla attivazione del lavoratore;
- individuazione delle azioni da intraprendere, mediante l'elaborazione di un Piano di Azione Individuale;
- assistenza nella attuazione del Piano d'azione Individuale.

A ciascun lavoratore sarà assegnata una **dote finanziaria** del valore massimo di € 1.000,00 da utilizzare nelle seguenti fattispecie:

- per percorsi formativi da realizzare presso Enti di Formazione riconosciuti e/o accreditati dalla Regione;
- come contributo per sostenere spese accessorie (rimborso spese per viaggi, pranzi, etc..) inerenti alla partecipazione a percorsi formativi e/o tirocini, finanziati a valere su altri progetti regionali o provinciali.

Realizzazione e valutazione del Programma

Per la realizzazione del Programma, il competente Servizio della Direzione Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali procederà all'emanazione di apposito Avviso pubblico per la selezione dei beneficiari delle misure di politica attiva e al successivo trasferimento delle risorse in favore delle Province.

Sia in itinere che al termine del Programma le Province trasferiranno alla Regione un monitoraggio degli interventi attuati al fine della riproducibilità dell'esperienza e della trasferibilità anche in altri contesti.

La Regione, in esito ai risultati in itinere ed ex-post, valuterà la possibilità di integrare le risorse di cui all'art. 19 comma 2 della legge 28 gennaio 2009 n. 2 per l'erogazione di sostegni al reddito in favore di lavoratori che operavano in regime di monocommitenza con contratto di collaborazione coordinata a progetto e che sono rimasti privi di lavoro.



GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 26.07.2010, n. 587:

Legge Regionale 29 novembre 1999, n. 122, articolo 4 – Istituzione Comitato Regionale per l'Educazione Ambientale. Designazione componenti.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

Per le motivazioni illustrate in premessa e che qui si intendono integralmente riportate e trascritte:

- 1) di accogliere le proposte di designazione indicate nelle premesse del presente atto, effettuate dagli Enti e soggetti interessati, ai fini della composizione del Comitato Regionale per l'Educazione Ambientale, di cui all'articolo 4 della Legge Regionale n. 122/1999;
- 2) di designare, pertanto, oltre il Direttore dell'Area Protezione Civile e Ambiente che lo presiede, quali Componenti il Comitato anzidetto, i Sigg.ri:

Carlo Visca	Presidente	Direttore della Direzione Protezione Civile e Ambiente
Dario Ciamponi	Componente	Rappresentante della Regione Abruzzo al tavolo tecnico permanente Stato-Regioni costituito per l'espletamento delle attività istruttorie in materia INFEA
Lorelay D'Amico	Componente	A.R.T.A. Abruzzo
Annabella Pace	Componente	Direzione Affari della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia
Aldo Ruggieri	Componente	Ufficio Scolastico Regionale per l'Abruzzo – Direzione Generale
Bruno Cicolani	Componente	Ente Parco Naturale Regionale Sirente Velino
Filomena Ricci Patrizio Schiazza Pierantonio Tetè Franco Moroni	Componenti esperti	Componente esperto nominato dall'assessore Componente esperto nominato dall'assessore Componente esperto nominato dall'assessore Componente esperto nominato dall'U.P.A.

Le funzioni di Segreteria Tecnica sono svolte dalla Sig.ra Emanuela Guaraladi in servizio presso la Direzione Protezione Civile e Ambiente – Servizio Politiche per lo Sviluppo Sostenibile;

- 3) di dare atto che si provvederà alla nomina dei Componenti del Comitato in esame con successivo atto, di competenza del Presidente della Giunta Regionale, ai sensi dell'articolo 5 della Legge Regionale n. 122/1999;

- 4) di pubblicare il presente atto, per estratto, sul *B.U.R.A.*

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 26.07.2010, n. 589:

ADOZIONE DOTAZIONE ORGANICA DELLA SALA OPERATIVA E DEL CEN-

TRO FUNZIONALE DELLA REGIONE ABRUZZO ED AUTORIZZAZIONE ALL'ESPLETAMENTO DELLE PROCEDURE PER L'ASSUNZIONE DI PERSONALE A TEMPO DETERMINATO.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

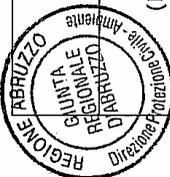
A VOTI UNANIMI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE

DELIBERA

Per tutto quanto espresso in premessa che qui si intende trascritto e riportato:

1. di adottare la dotazione organica della Sala Operativa e del Centro Funzionale della Regione Abruzzo (Allegato 1) la cui istituzione è stata prevista dall'art. 22 della L.R. n. 4/2007;
2. di dare atto che la dotazione organica che si approva con il presente atto, riguardante la Sala Operativa ed il Centro Funzionale della Regione Abruzzo, consta di 30 unità di personale avente le caratteristiche ed i profili meglio esplicitati nell'allegato 1;
3. di stabilire che, sotto il coordinamento del Direttore Regionale competente, la direzione delle quattro aree del Centro Funzionale e della Sala Operativa, ai fini del contenimento della spesa pubblica, farà capo, come specificato nell'allegata dotazione organica, ai dirigenti responsabili dei servizi della Direzione Protezione Civile e che tale mansione sarà svolta dagli stessi nell'ambito delle abituali attività d'ufficio;
4. di autorizzare, nelle more dell'espletamento dei concorsi a tempo indeterminato l'avvio delle procedure per l'assunzione di personale a tempo determinato avente le caratteristiche professionali compatibili con i profili previsti nella dotazione organica di cui all'allegato 1) e di seguito sintetizzati:
 - 15 specialisti tecnici (cat. D1)
 - 3 specialisti amministrativi (cat. D1)
 - 4 assistenti tecnici (cat. C 1)
 - 6 assistenti amministrativi (cat. C 1)
 - 1 esperto in comunicazione (cat. D1)
 - 1 operatore (cat. A)
5. di prendere atto che le risorse economiche e finanziarie necessarie a garantire la copertura della spesa derivante dalla stipula dei sopra citati contratti a tempo determinato derivano dal finanziamento statale per il Fondo Regionale di Protezione Civile – art. 138 – comma 16 – della L. n. 338/2000;
6. di dare mandato al Servizio Organizzazione e Sviluppo delle Risorse Umane della Regione Abruzzo, di concerto con la Direzione Protezione Civile e Ambiente, di porre in essere, nel più breve tempo possibile, tutte le procedure necessarie all'espletamento delle prove selettive per l'assunzione del personale a tempo determinato di cui sopra;
7. di disporre la pubblicazione, per estratto, del presente atto sul *B.U.R.A.*

Segue allegato



Direttore		
Dirigente (Previsione e Prevenzione dei Rischi)	Dirigente (Programm. Attività della Protezione Civile)	Dirigente (Emergenze, Interventi e Volontariato)
Responsabile d'ufficio	Responsabile d'ufficio	Responsabile d'ufficio
Area Modellazione, Previsione e Pianificazione	Area Amministrazione, Giur. e Rapporti Istituzionali	Area Comunicazione e Allertamento
8. Specialista Tecnico Architetto	13. Specialista Amm.vo	21. Specialista Tecnico - Fisico Meteorologo
9. Specialista Tecnico Informatico	14. Specialista Amm.vo	22. Esperto in comunicazione
10. Specialista Tecnico Ingegnere	15. Specialista Amm.vo	23. Specialista Tecnico Ingegnere
11. Specialista Tecnico Ingegnere	16. Assistente Amm.vo	24. Specialista Tecnico Ingegnere
12. Assistente Tecnico	17. Assistente Amm.vo	25. Specialista Tecnico Informatico
6. Specialista Tecnico Geologo	18. Assistente Amm.vo	26. Assistente Tecnico - Inserimento dati
7. Specialista Tecnico Geologo	19. Assistente Amm.vo	27. Assistente Tecnico Sala Operativa
	20. Cat. A	28. Assistente Tecnico Sala Operativa
		29. Assistente Amm.vo Sala Operativa
		30. Assistente Amm.vo Sala Operativa
<p>ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. <u>589</u> del 26 LUG. 2010</p> <p>IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA (Dott. <i>Valter Garzanti</i>)</p>		

Allegato 1

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 02.08.2010, n. 599:

Legge Regionale 18 maggio 2000, n. 95 recante: “Nuove norme per lo sviluppo delle zone montane”- articoli 5, comma 4, lett. b) e 48 - Progetti pilota per la valorizzazione dell’ambito montano - Progetti Pilota per l’adozione del Piano territoriale dei tempi e degli orari in ambito montano.-

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Legge 31 gennaio 1994, n. 97 concernente “Nuove disposizioni per le zone montane”, il cui fine è la salvaguardia e la valorizzazione delle zone montane stesse;

altresi, la Legge Regionale 18 maggio 2000, n. 95 e s.m.i. recante: “Nuove norme per lo sviluppo delle zone montane” avente quale finalità la valorizzazione e la tutela del territorio montano nonché lo sviluppo culturale, sociale ed economico della popolazione ivi residente;

Visto in particolare, l’articolo 5 della predetta legge, relativo al “Fondo regionale della montagna per gli interventi speciali” il quale, al comma 3, prevede che le dotazioni del Fondo sono costituite, tra l’altro, da una quota di competenza regionale del Fondo Nazionale per la montagna di cui all’articolo 2 della predetta legge 31 gennaio 1994, n. 97;

Tenuto conto che, ai sensi del successivo comma 4, lettera b) come modificato dall’articolo 16 della L.R. 08.11.2006, n. 32, il 10% delle risorse finanziarie del Fondo è destinato al finanziamento dei progetti pilota di cui all’articolo 48 della legge medesima;

Richiamata la determinazione DB4/25 del 15.02.2010 del dirigente del Servizio “Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano” della Direzione Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive con cui

si è proceduto ad una ricognizione delle risorse statali complessivamente disponibili sul capitolo 122343, denominato “Fondo regionale per la montagna di cui all’art. 2 L. 31.01.1994, n. 97 – L. R. 18.05.2000, n. 95” da utilizzare per il finanziamento dei Progetti Pilota ed ammontanti ad € **611.252,78 (seicentoundicimiladuecentocinquantadue/78)**;

Dato atto che, a seguito dell’adozione delle precedenti Deliberazioni n. 144 e 146 del 08.03.2010 le risorse disponibili sul predetto capitolo da utilizzare per il finanziamento dei Progetti Pilota ammontano ad € **71.252,78 (settantunomiladuecentocinquantadue/78)**;

Atteso che il sopra richiamato articolo 48 prevede che “*la Giunta Regionale approva ogni anno progetti pilota di carattere regionale, aventi lo scopo di promuovere iniziative ed azioni coordinate volte a valorizzare la montagna abruzzese, secondo le finalità e gli obiettivi della legge stessa, da finanziarsi con le somme derivanti dall’attribuzione suindicata, utilizzando opportune risorse aggiuntive destinate allo sviluppo delle zone montane e le quote non attribuite alle Comunità Montane*”;

Considerato che, ai sensi del medesimo articolo, “*i progetti pilota possono essere predisposti dalla Regione, dagli Enti pubblici ovvero presentati da una o più Amministrazioni provinciali, oppure da almeno due Comunità montane o da almeno due Comuni appartenenti a due diverse Comunità montane o da aziende ed enti regionali che operano nelle zone montane*”;

Ravvisata l’opportunità di favorire e sostenere la realizzazione di progetti pilota volti all’adozione da parte dei Comuni delle Comunità Montane dei “Piani territoriali dei tempi e degli orari” di cui alla Legge Regionale 8 marzo 2000, n. 53, recepita dalla Regione Abruzzo con la L.R. 40/2005;

Ritenuto a tal fine opportuno, da un alto, promuovere un’attività di informazione/divul-

gazione in favore delle amministrazioni locali, circa gli strumenti previsti dalla normativa sopra richiamata per la realizzazione di politiche temporali, mediante lo svolgimento di due giornate seminariali a tema, previo affidamento in economia del relativo servizio, secondo le previsioni di cui alla normativa vigente;

dall'altro, disciplinare criteri e modalità per la presentazione e valutazione dei progetti pilota per l'adozione di Piani dei tempi e degli orari da parte dei Comuni appartenenti alle Comunità Montane, così come indicato nell'allegato "A" alla presente deliberazione, costituente parte integrante e sostanziale della stessa;

di destinare, conseguentemente, una quota delle risorse disponibili, pari ad € 15.000,00 (quindicimila/00), alla realizzazione dell'attività di informazione/divulgazione in favore delle amministrazioni locali e la somma di € 55.000,00 al finanziamento dei suddetti progetti pilota;

Dato atto che nella seduta della Conferenza Regione – Enti Locali svoltasi il 23.07.2010, ove l'adottando provvedimento è stato illustrato al fine di acquisire il previsto parere di competenza, è stato espresso all'unanimità parere favorevole allo stesso, come risultante dal verbale che si allega in copia conforme all'originale (All. 1);

Ritenuto di incaricare il Servizio Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano della Direzione Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive, degli adempimenti connessi e conseguenti di competenza;

Vista la L.R. n. 77/1999 e s.m.i.;

Considerato che il Direttore della Direzione Riforme Istituzionali - Enti Locali - Bilancio - Attività Sportive ed il Dirigente del Servizio Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano hanno espresso parere favorevole in ordine alla legittimità del presente provvedimento;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa

1. di dare atto che, a seguito dell'adozione delle precedenti Deliberazioni n. 144 e 146 del 08.03.2010, le risorse statali disponibili sul capitolo 122343, denominato "Fondo regionale per la montagna di cui all'art. 2 L. 31.01.1994, n. 97 – L. R. 18.05.2000, n. 95" da utilizzare per il finanziamento dei Progetti Pilota, ammontano ad € **71.252,78 (settantunomiladuecentocinquantadue/78)**;
2. di stabilire che i progetti pilota da realizzare ai sensi e per gli effetti di cui alla L.R. 18.05.2000, n. 95, siano volti all'adozione da parte dei Comuni delle Comunità Montane dei "Piani territoriali dei tempi e degli orari" di cui alla Legge Regionale 8 marzo 2000, n. 53;
3. di realizzare, al fine della presentazione dei suddetti progetti pilota, un'attività di informazione/divulgazione in favore delle amministrazioni locali circa gli strumenti previsti dalla normativa sopra richiamata per la realizzazione di politiche temporali, mediante lo svolgimento di due giornate seminariali a tema, previo affidamento in economia del relativo servizio, secondo le previsioni di cui alla normativa vigente;
4. di disciplinare i criteri e le modalità per la presentazione e valutazione dei progetti pilota per l'adozione di Piani dei tempi e degli orari da parte dei Comuni appartenenti alle Comunità montane, così come indicato nell'allegato "A" alla presente deliberazione, costituente parte integrante e sostanziale della stessa;
5. di destinare, conseguentemente, una quota delle risorse disponibili, pari ad € 15.000,00 (quindicimila/00), alla realizzazione dell'attività di informazione/divulgazione in favore delle amministrazioni locali e la somma

- di € 55.000,00 al finanziamento dei suddetti progetti pilota, per un totale di € 70.000,00 (settantamila/00);
6. di incaricare il Servizio “Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano” della Direzione Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive, degli a-
- dempimenti connessi e conseguenti di competenza;
7. di pubblicare la presente deliberazione sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* e sul sito INTERNET della medesima.

Segue allegato

Documento composto da n. 16 facciate
 ALLEGATO come parte integrante alla del
 deliberazione n. 599 del 2 AGO. 2010

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Dot. Alfredo Gariani)

REGIONE ABRUZZO

DIREZIONE RIFORME ISTITUZIONALI - ENTI LOCALI - BILANCIO - ATTIVITA' SPORTIVE
 SERVIZIO SISTEMI LOCALI E PROGRAMMAZIONE DELLO SVILUPPO MONTANO



LEGGE REGIONALE 18 MAGGIO 2000, N. 95 e s.m.i. Artt. 5 e 48 -
 "PROGETTI PILOTA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO DEI TEMPI E DEGLI ORARI
 IN AMBITO MONTANO"

La Legge Regionale 18 maggio 2000, n. 95 e s.m.i. recante: "Nuove norme per lo sviluppo delle zone montane" ha come obiettivi fondamentali la valorizzazione e la tutela del territorio montano nonché lo sviluppo culturale, sociale ed economico delle popolazioni ivi residenti; essa in particolare prevede, all'articolo 48, che la Giunta Regionale approvi annualmente progetti pilota di carattere regionale con lo scopo di promuovere iniziative ed azioni coordinate volte alla valorizzazione dell'ambito montano.

L'iniziativa che si intende promuovere muove dalla considerazione che, al fine di migliorare la qualità della vita della popolazione residente in tali contesti, riducendo il gap con le zone costiere e nello stesso tempo cercando di accrescere l'attrattività delle zone interne, può essere promossa, accanto ai consueti strumenti di politiche di sviluppo, una progettualità innovativa con lo scopo di avvicinarsi ai bisogni dei cittadini.

E' questo l'obiettivo cui tende il "Piano territoriale dei tempi e degli orari" (P.T.O.), strumento introdotto dalla Legge 8 marzo 2000, n. 53 recante "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città" la quale, tra i principi generali, pone la promozione dell'equilibrio tra tempi di lavoro, di cura, di formazione e di relazione, da conseguirsi anche mediante il coordinamento dei tempi di funzionamento delle città.

Si tratta di uno strumento unitario per finalità ed indirizzi, articolato in progetti, anche sperimentali, relativi al funzionamento dei diversi sistemi orari dei servizi urbani e alla loro graduale armonizzazione e coordinamento.

Finalità specifica, ma non unica, del Piano è il miglioramento della qualità della vita dei cittadini in ragione dei bisogni temporali delle diverse età, nel quadro dello sviluppo economico locale e della solidarietà sociale.

In tale materia, in attuazione del principio sopra richiamato e degli articoli 22 e seguenti della legge, la Regione Abruzzo è intervenuta dettando norme per il coordinamento da parte dei Comuni degli orari degli esercizi commerciali, dei servizi pubblici e degli uffici periferici delle amministrazioni pubbliche, dapprima contenute nella L.R. 19 novembre 2003, n. 20 e poi ricondotte nella legge regionale del 16 dicembre 2005, n. 40 recante "Politiche regionali per il coordinamento e l'amministrazione dei tempi delle città".

Beneficiari di tali politiche, la cui attuazione è rimessa agli enti locali, sono gli abitanti residenti e temporanei, in diverse età della vita, rispetto alle opzioni di uso del tempo personale di vita.

La qualità può essere variamente conseguita agendo sia sul miglioramento dell'accesso ai servizi d'interesse generale sul territorio urbano (scuola, commercio, trasporto, sanità, pubblica amministrazione, attività culturali e di intrattenimento), che sulla qualità architettonica, degli arredi e sulla sicurezza degli spazi pubblici di prossimità, ma anche cercando nelle trasformazioni di orari e calendari una bilancia di risultati socialmente equi e incisivi sul piano delle pari opportunità all'accesso dei beni pubblici.

E' evidente che le problematiche connesse alla conciliazione dell'uso del tempo si pongono in misura maggiore nei centri urbani di maggiori dimensioni demografiche, ragione per cui il legislatore nazionale ha previsto l'obbligo dell'adozione del Piano Territoriale dei Tempi e

degli orari per i Comuni con popolazione superiore a 30.000 abitanti; tuttavia, esse sono avvertite anche nei contesti abitativi minori.

E' proprio in quest'ottica ed in considerazione del fatto che nelle aree montane la gestione della vita quotidiana si deve confrontare anche con lo svantaggio geografico e con condizioni di marginalità e di svantaggio che, interessando il territorio riverberano i loro effetti sulla persona, che si possono e si devono cercare risposte adeguate, sperimentando nuovi strumenti e modalità.

La necessità di gestire politiche economiche e sociali coerenti con le specificità del territorio implica infatti una diversa valutazione delle risorse e delle soluzioni adottabili in modo da rispondere ad esigenze e problematiche localmente definite.

L'elaborazione di Piani Territoriali degli Orari in queste aree nasce dunque dalla considerazione di ripensare la condizione della popolazione montana con rilevanza all'interno del contesto sociale locale.

Le politiche temporali possono quindi diventare volano di sviluppo anche per le aree interne - montane della Regione.

Tanto premesso e considerato, la Giunta Regionale intende favorire la presentazione di progetti pilota aventi ad oggetto l'adozione del Piano Territoriale degli Orari da parte dei Comuni facenti parte della Comunità Montane, chiamati in tal modo ad attivarsi per l'avvio di un progetto diffuso di ricomposizione dei tempi della vita quotidiana che dia una dimensione più umana al vivere e al produrre.

A tal fine si prevedono due fasi: l'una, tendente all'informazione/divulgazione in favore delle amministrazioni locali, degli strumenti previsti dalla normativa sopra richiamata per la realizzazione di politiche temporali, sarà rivolta ad amministratori, dirigenti e funzionari dei Comuni appartenenti alle Comunità Montane della Regione e realizzata mediante lo svolgimento di due giornate seminariali a tema da tenersi in concomitanza alla pubblicazione del bando, in modo da favorire la più ampia partecipazione allo stesso. Tale attività, sarà realizzata previo affidamento in economia del relativo servizio, secondo le previsioni di cui alla normativa vigente.

La seconda fase attiene alla presentazione da parte dei Comuni appartenenti alle Comunità montane dei progetti pilota aventi ad oggetto la predisposizione di Piani dei tempi e degli orari, da presentarsi e valutarsi secondo le modalità ed i criteri di cui all'allegato "A".

La copertura finanziaria del presente bando è assicurata dall'articolo 5, comma 4, lett. b) della legge regionale 95/2000 ai sensi del quale il 10% del "Fondo regionale della montagna per gli interventi speciali" è destinato al finanziamento dei progetti pilota.

La somma disponibile ammonta a complessivi € 70.000,00 di cui € 15.000 destinati alla realizzazione della fase informativa - divulgativa ed € 55.000,00 destinati al finanziamento di progetti pilota aventi ad oggetto la predisposizione del Piano dei Tempi e degli orari.





ALLEGATO "A"

Criteri e modalità per la presentazione e valutazione dei progetti pilota.

Art. 1
Finalità

1. La Regione Abruzzo concede contributi per la realizzazione di progetti pilota finalizzati alla predisposizione ed adozione del Piano territoriale dei tempi e degli orari di cui alla Legge Regionale 16 dicembre 2005, n. 40.
2. La Regione si riserva di finanziare, con le modalità di cui al successivo articolo 6, comma 6, i progetti previsti nei Piani territoriali dei tempi e degli orari predisposti ed adottati ai sensi del presente bando, con le risorse che eventualmente residueranno dal finanziamento dei progetti pilota di cui al precedente comma o che si renderanno comunque disponibili per il finanziamento dei medesimi.
3. Le idee progettuali previste nei Piani territoriali dei tempi e degli orari potranno essere utilizzate dalla Regione Abruzzo per promuoverne la ripetizione in altri territori.

Art. 2
Piano dei Tempi e degli Orari

1. Il Piano territoriale dei tempi e degli orari è lo strumento di indirizzo strategico volto a definire e sperimentare politiche, strategie e linee d'azione finalizzate a coordinare i tempi e gli orari sia a livello comunale che sovracomunale; può essere articolato in progetti, anche sperimentali, relativi al funzionamento dei diversi sistemi orari dei servizi urbani e alla loro graduale armonizzazione e coordinamento.

Art. 3
Soggetti proponenti

1. I progetti pilota sono predisposti, ai sensi dell'articolo 48 della L.R. 18.05.2000, n. 95, da almeno due Comuni appartenenti a due diverse Comunità Montane della Regione Abruzzo.

Art. 4
Termini e modalità di presentazione

1. La domanda di finanziamento del progetto pilota, redatta esclusivamente secondo il modello 1 allegato, sottoscritta dal rappresentante legale del Comune capofila e corredata di tutta la documentazione richiesta, deve essere inoltrata, esclusivamente mediante raccomandata con avviso di ricevimento, entro il sessantesimo giorno successivo alla pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.A., alla Regione Abruzzo – Direzione Riforme Istituzionali - Enti Locali – Bilancio – Attività Sportive - Servizio Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano - Via Raffaello - 65100 – Pescara, che ne cura l'istruttoria.
2. Ai fini della presentazione nei termini fa fede il timbro a data apposto dall'ufficio postale accettante.



3. Sulla busta deve essere indicato il riferimento a “Progetti pilota per la predisposizione ed adozione del Piano territoriale dei tempi e degli orari nell’ambito montano”.
4. La presentazione della domanda oltre il termine indicato e la mancata sottoscrizione del legale rappresentante del Comune capofila, comportano l’esclusione della domanda.



Art. 5 Documentazione

1. Alla domanda di finanziamento del progetto pilota deve essere allegata la seguente documentazione:
 - a) delibera di Giunta esecutiva adottata dai Comuni partecipanti:
 - di approvazione della proposta di progetto pilota,
 - di impegno a cofinanziare il progetto pilota con risorse proprie nella misura complessiva non inferiore al 10%,
 - di designazione del Comune capofila ed autorizzazione alla presentazione della domanda di finanziamento.Nella delibera deve essere indicata la popolazione complessiva servita dal Piano, aggiornata al 31.12.2009.
 - b) relazione illustrativa del territorio di riferimento del Piano Territoriale degli Orari, da redigersi evidenziando i punti di forza, di debolezza, le opportunità e le minacce a cui il contesto territoriale è esposto; le caratteristiche della popolazione, le attività economiche divise in settori, i flussi di mobilità più significativi, la presenza o vicinanza di poli attrattori, le dinamiche future di sviluppo, la presenza di servizi rilevanti nei Comuni ed ogni altra informazione utile per la conoscenza del contesto territoriale e delle esigenze cui si intende dare soddisfazione mediante l’adozione del Piano territoriale dei tempi e degli orari;
 - c) scheda tecnico – finanziaria, redatta secondo l’allegato modello 2;
 - d) elenco delle spese per cui si chiede il contributo in relazione alle categorie indicate all’art. 10, comma 1 del presente bando;
 - e) dichiarazione sottoscritta dal responsabile dei servizi finanziari di cui all’art. 6, comma 3 (solo nel caso di cofinanziamento del progetto con risorse derivanti da altra normativa regionale, statale o comunitaria).
2. In caso di incompletezza della documentazione di cui al comma precedente, il Servizio competente provvederà a richiedere a mezzo raccomandata a.r. l’integrazione della stessa, assegnando il termine perentorio di 15 giorni decorrente dalla ricezione della richiesta. Decorso inutilmente tale termine o qualora le integrazioni risultino insufficienti ai fini dell’istruttoria, la domanda sarà dichiarata non ammissibile.

Art. 6 Contributi

1. La somma disponibile per il finanziamento dei progetti pilota ammonta a complessivi € 55.000,00; possono essere concessi contributi nella misura massima di € 11.000,00 per ciascun progetto pilota.
2. Il progetto deve prevedere il cofinanziamento con risorse proprie da parte dei Comuni partecipanti nella misura complessiva minima del 10 %.





3. I Comuni proponenti il progetto pilota possono prevedere il cofinanziamento con risorse derivanti da altra normativa regionale, statale o comunitaria, nel rispetto delle singole normative. Farà fede specifica dichiarazione sottoscritta dal responsabile dei servizi finanziari del Comune capofila.
4. Qualora si verificano ipotesi di rinuncia, revoca o riduzione del contributo concesso, possono essere ammessi a finanziamento ulteriori progetti pilota, seguendo l'ordine fissato dalla graduatoria. Qualora il fabbisogno relativo al progetto pilota finanziabile sia solo in parte coperto dalle economie, il contributo concesso è pari alla somma disponibile; in tal caso, unitamente all'accettazione da parte del Comune capofila, dovrà essere acquisita dichiarazione di accollarsi la spesa eccedente il contributo concesso.

Art. 7

Valutazione dei progetti e graduatoria

1. La "Direzione Riforme Istituzionali - Enti locali - Bilancio - Attività Sportive" per il tramite del "Servizio Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano", verificata l'ammissibilità formale delle domande, provvede a valutare, entro 30 giorni dalla scadenza del termine di cui all'articolo 4, i progetti pilota pervenuti predisponendo apposita graduatoria da approvarsi con provvedimento del dirigente del Servizio competente.
2. La valutazione è compiuta attribuendo ai progetti pilota il punteggio secondo i seguenti criteri:

A) Contenuti del Piano

1. qualità della descrizione e dell'approccio di genere nella individuazione della strategia del Piano e nella definizione delle azioni proposte
fino a punti 10
2. strumenti e metodologie scelte per la definizione del Piano (ricerche, indagini, rilevazioni statistiche, piani e documenti di programmazione approvati, partecipazione a reti e programmi comunitari, ecc.)
fino a punti 10
3. congruità e qualità degli strumenti di informazione e comunicazione previsti a supporto del Piano
fino a punti 10
4. congruità e qualità degli strumenti di valutazione e monitoraggio previsti a supporto del Piano
fino a punti 10

Totale punteggio: max 40



**B) Trasversalità del Piano**

1. coerenza interna tra le diverse azioni previste nel Piano
fino a punti 5
2. modalità di raccordo con gli strumenti generali e settoriali di programmazione e pianificazione comunali e sovracomunali (piano urbano del traffico, piano regolatore generale, piano territoriale di coordinamento provinciale, ecc.)
fino a punti 5
3. soggetti coinvolti nelle diverse fasi del Piano (soggetti pubblici e privati, comitati, associazioni, parti sociali o altri organismi)
fino a punti 5
4. sinergie con altre iniziative intraprese da soggetti pubblici o privati nel medesimo territorio o nei territori limitrofi
fino a punti 5

Totale punteggio: max 20**C) Fattibilità economico- gestionale**

1. presenza o previsione nei Comuni associati di un ufficio dei tempi oppure di una articolazione organizzativa tale da garantire una efficace gestione del Piano
fino a punti 10
2. cofinanziamento del progetto pilota con risorse derivanti da altra normativa regionale, statale o comunitaria
fino a punti 10

Totale punteggio: max 20**D) Beneficiari**

1. Popolazione servita dal Piano
fino a punti 10
2. Numero di Comuni associati
fino a punti 10

Totale punteggio: max 20

3. In caso di parità di punteggio, viene data precedenza in graduatoria ai progetti pilota che prevedano l'adozione del Piano dei tempi e degli orari a vantaggio della maggiore popolazione.



Art. 8
Ammissione a contributo

1. Il Comune capofila, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di utile collocazione nella graduatoria provvisoria trasmette, pena la decadenza, alla "Direzione Riforme



- Istituzionali - Enti locali - Bilancio - Attività Sportive”, “Servizio Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano”, la seguente documentazione:
- a) dichiarazione di accettazione, redatta secondo l’allegato modello 3;
 - b) copia della convenzione sottoscritta tra i Comuni proponenti, con gli estremi di approvazione;
 - c) dichiarazione del legale rappresentante del Comune capofila, controfirmata dal responsabile dei servizi finanziari, recante la specificazione delle modalità di copertura finanziaria della quota di cofinanziamento.
2. Il “Servizio Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano”, acquisita la suddetta documentazione, provvede ad approvare la graduatoria definitiva ed a comunicare l’ammissione a contributo.

Art. 9

Tempi di realizzazione

1. Il Piano dei Tempi e degli Orari deve essere approvato dai competenti organi dei Comuni partecipanti entro un anno dalla data di ricevimento della comunicazione di ammissione a contributo.
2. Il Dirigente del Servizio Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano può concedere una proroga dei termini di cui al precedente comma, fino ad un massimo di mesi sei, su richiesta debitamente motivata dell’Ente capofila, trasmessa, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, almeno 30 giorni prima della predetta scadenza.

Art. 10

Spese ammissibili

1. Sono ammissibili le seguenti spese, purchè strettamente finalizzate al conseguimento degli obiettivi del progetto pilota:
 - a) costi relativi ad azioni di indagine e ricerca finalizzate alla rilevazione dell’uso del tempo ed alla individuazione dei bisogni ed esigenze dei cittadini che risiedono, anche temporaneamente, nelle aree interessate dal progetto;
 - b) prestazioni di consulenza o professionali per la definizione del P.T.O.;
 - c) acquisto di software e servizi informatici per l’acquisizione, la gestione e l’elaborazione di dati su tempi ed orari, nonché per la cronomappatura del territorio;
 - d) costi relativi alla progettazione e realizzazione di azioni di informazione e comunicazione connessi alla definizione del Piano dei Tempi e degli Orari.
2. Nel computo delle spese ammissibili, relativamente alle singole voci di spesa, può essere inclusa l’IVA, qualora la stessa non possa essere recuperata, rimborsata o compensata dal soggetto beneficiario.



Art. 11

Modalità di erogazione

1. Il Dirigente del Servizio Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano provvede con proprio atto alla liquidazione del contributo concesso ad avvenuta adozione del Piano territoriale dei tempi e degli orari ed a seguito di trasmissione di:
 - a) deliberazioni consiliari dei Comuni associati di approvazione del Piano dei Tempi e degli Orari esecutive ai sensi di legge, corredate del Piano dei Tempi e degli Orari approvato;

- b) rendicontazione delle spese sostenute corredata dei documenti giustificativi; qualora l’IVA non possa essere recuperata, rimborsata o compensata dall’ente beneficiario, attestazione del responsabile dei servizi finanziari del Comune capofila;
 - c) relazione finale che evidenzi, in coerenza con il progetto pilota approvato, i risultati raggiunti e le eventuali criticità emerse.
2. Qualora le spese rendicontate siano inferiori a quelle preventivate, il contributo concesso viene proporzionalmente ridotto.

Art. 12
Responsabile del procedimento

1. Responsabile del procedimento, ai sensi della Legge 241/90, è il responsabile dell’Ufficio Politiche della Montagna del Servizio Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano, Pescara, tel. 085-7672158.

Art. 13
Vigilanza

1. La Regione Abruzzo, Direzione “Riforme Istituzionali - Enti Locali – Bilancio – Attività Sportive” per i tramite del Servizio “Sistemi locali e Programmazione dello Sviluppo Montano”, può, in qualsiasi momento del procedimento, disporre opportune verifiche circa lo stato di attuazione del progetto pilota ammesso a finanziamento.

Art. 14
Revoche

1. Il contributo è revocato con determinazione del dirigente del Servizio “Sistemi locali e Programmazione dello Sviluppo Montano” quando:
 - a) il progetto non venga realizzato nei termini indicati dall’articolo 9;
 - b) non siano state rispettate le condizioni previste in sede di concessione, ivi compreso il cofinanziamento.



MODELLO 1



Alla Regione Abruzzo
Direzione Riforme Istituzionali - Enti Locali - Bilancio - Attività Sportive
Servizio Sistemi locali e Programmazione dello Sviluppo Montano
Via Raffaello, n.137
PESCARA

OGGETTO: Legge Regionale 18 maggio 2000 n.95 - artt. 5 e 48 - Progetti pilota per la predisposizione ed adozione del Piano territoriale dei tempi e degli orari nell'ambito montano.

Il sottoscritto..... nato a
il, residente a, Prov....., Via
....., nella sua qualità di legale rappresentante del Comune
..... con sede in alla
via.....tel.....,fax..... e-mail.....
ed appartenente alla Comunità Montana
capofila dell'associazione con il Comune di:

- 1) appartenente alla C.M.
2) appartenente alla C.M.

CHIEDE

l'ammissione al contributo del progetto pilota finalizzato alla predisposizione ed adozione del Piano territoriale dei tempi e degli orari nel territorio dei Comuni proponenti per il quale si prevede una spesa complessiva pari a Euro..... così finanziata:



Table with 2 columns and 4 rows: Contributo regionale, Risorse proprie, Altre risorse, TOTALE

A tal fine

DICHLARA

- 1. che le spese per le quali si richiede il contributo in relazione alle categorie indicate all'art. 10 comma 1 delle direttive regionali, sono così esposte:

VOCI DI SPESA	costi previsti
a) azioni di indagine e ricerca	
b) prestazioni di consulenza o professionali	
c) software e servizi informatici	
d) progettazione e realizzazione di azioni di informazione e comunicazione	
Totale	
IVA	
Importo complessivo del progetto	



2. che per la realizzazione del progetto pilota **saranno/non saranno** utilizzate risorse economiche derivanti da altra normativa regionale, statale o comunitaria (cancellare la voce che non interessa);
3. che il responsabile del procedimento è il sig. ruolo ricoperto nell'ente tel fax.. posta elettronica

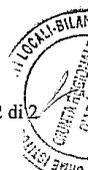
Allega alla domanda:

- a) delibera di Giunta esecutiva adottata dai Comuni partecipanti, di approvazione della proposta di progetto pilota, di impegno a cofinanziare il progetto pilota con risorse proprie nella misura complessiva non inferiore al 10%, di designazione del Comune capofila ed autorizzazione alla presentazione della domanda di finanziamento;
- b) relazione, di cui all'art. 5 comma 1 lett. b) del bando, illustrativa del territorio di riferimento del Piano Territoriale degli Orari;
- c) scheda tecnico – finanziaria, redatta secondo il modello 2;
- d) elenco delle spese per cui si chiede il contributo in relazione alle categorie indicate all'art. 10, comma 1 del bando;
- e) dichiarazione sottoscritta dal responsabile dei servizi finanziari di cui all'art. 6, comma 3 del bando (solo nel caso di cofinanziamento del progetto con risorse derivanti da altra normativa regionale, statale o comunitaria).

Data.....

.....
*Firma del legale rappresentante del Comune capofila**

*La firma apposta in calce alla domanda deve essere autenticata a i sensi dell'art.38, commi 2 e 3 del DPR 445 del 28.12.2000, allegando copia fotostatica di valido documento di identità



Modello 2

SCHEDA TECNICO - FINANZIARIA



1) SCHEDA PIANO

1. CONTENUTI DEL PIANO**1.1 - Qualità della descrizione e dell'approccio di genere nella individuazione della strategia del Piano e nella definizione delle azioni proposte**

(descrivere, evidenziando l'approccio di genere, i problemi e le criticità alle quali si intende dare risposta attraverso la predisposizione del Piano; precisare il numero di Comuni serviti dal Piano e la relativa popolazione al 31.12.2009. L'analisi deve essere supportata da dati e informazioni che permettano in fase di valutazione di verificare l'adeguatezza della strategia scelta rispetto ai problemi individuati; descrivere gli obiettivi generali ed operativi del Piano, specificando i soggetti che si intende coinvolgere);

1.2 - Strumenti e metodologie scelte per la definizione del Piano

(ricerche, indagini, rilevazioni statistiche, piani e documenti di programmazione approvati, partecipazioni a reti e programmi comunitari, ecc., correlati al piano e/o funzionali e necessari al raggiungimento degli obiettivi)

1.3 - Congruità e qualità degli strumenti di informazione e comunicazione del Piano

(descrivere le modalità e gli strumenti previsti nelle diverse fasi del Piano, evidenziando le modalità di pubblicizzazione e sensibilizzazione finalizzate alla partecipazione del Piano ai diversi soggetti pubblici e privati interessati, indicando, ove possibile i linguaggi informativi, i mezzi e gli strumenti di comunicazione ed i supporti ad essi correlati)

1.4 - Congruità e qualità degli strumenti di valutazione e monitoraggio del Piano

(descrivere le modalità e gli strumenti con i quali si intende verificare periodicamente l'attuazione del Piano. L'attività di verifica dovrà essere impostata in modo tale che siano confrontabili le analisi e le informazioni della valutazione ex ante (obiettivi/risultati attesi) con la valutazione intermedia e le attività finalizzate alla valutazione ex post. La valutazione dovrà dar conto dell'uso delle risorse, focalizzarsi sull'efficacia e sull'efficienza degli interventi e sulla misura e modalità con cui sono stati raggiunti gli obiettivi attesi. Le modalità di verifica dovranno inoltre prevedere i criteri e i parametri che si intendono utilizzare per determinare il successo delle azioni da intraprendere, e la sostenibilità degli interventi. Gli indicatori previsti e utilizzati nel corso delle tre fasi possono essere aggiornati durante l'attuazione del progetto.)

2. TRASVERSALITÀ DEL PIANO**2.1 - Coerenza interna tra le diverse azioni previste nel Piano**

(descrivere le azioni che saranno attivate e messe in campo per la definizione del Piano, ivi compresi i provvedimenti, gli eventuali accordi e strumenti di programmazione che si intendono sottoscrivere e/o adottare)

2.2 - Modalità di raccordo con gli strumenti generali e settoriali di programmazione e pianificazione comunali e sovracomunali (piano urbano del traffico, piano regolatore generale, piano territoriale di coordinamento provinciale, ecc.)

(indicare se e quali modalità di raccordo sono previste)

2.3 - Soggetti coinvolti nelle diverse fasi del Piano (soggetti pubblici e privati, comitati, associazioni, parti sociali o altri organismi)

(descrivere l'organigramma, le risorse umane e tecniche, il partenariato coinvolto nel Piano e/o nelle azioni operative, le motivazioni della scelta e le modalità di coinvolgimento degli interlocutori e dei partner territoriali, gli accordi i protocolli di intesa o gli altri atti formali a sostegno delle azioni previste)

2.4 - Sinergie con altre iniziative intraprese da soggetti pubblici e privati nel medesimo territorio o nei territori limitrofi
(indicare se attivabili e con quali modalità)

3. FATTIBILITÀ ECONOMICO- GESTIONALE

3.1 - Presenza o previsione nei Comuni Associati dell'Ufficio dei tempi oppure di una articolazione organizzativa tale da garantire un'efficace gestione del Piano
(descrivere la struttura dell'Ufficio dei tempi o la struttura di coordinamento presente o che si intende attivare per l'attuazione del piano)

3.2 - Cofinanziamento del progetto pilota con risorse derivanti da altra normativa regionale, statale o comunitaria
(descrivere le modalità di copertura della quota di cofinanziamento)

4. BENEFICIARI

4.1 - Popolazione servita dal Piano
(Indicare la popolazione complessiva servita dal Piano, secondo i dati dell'anagrafe comunale aggiornati al 31.12.2009)

4.2 - Numero di Comuni associati
(Indicare il numero di Comuni coinvolti nella predisposizione ed adozione del Piano)

B) QUADRO FINANZIARIO

Relativamente a ciascuna voce di spesa inserire il dettaglio secondo l'articolazione prevista dall'articolo 6 del Bando. La tabella deve essere compilata in ogni sua parte.

VOCI DI SPESA	costi previsti	quota cofinanziamento regionale, statale comunitario	quota a carico dell'Ente	quota di contributo richiesta
a) azioni di indagine e ricerca				
b) prestazioni di consulenza o professionali				
c) software e servizi informatici				
d) progettazione e realizzazione di azioni di informazione e comunicazione				
Totale				
IVA				
Importo complessivo del progetto				
Contributo richiesto				

C) TABELLA DI SINTESI DELLE AZIONI DEL PROGETTO

Per ciascuna azione dovranno essere indicati il Comune o i Comuni responsabili dell'attuazione e le rispettive quote di contributo richiesto.

a) azioni di indagine e ricerca							
azione	comune responsabile	tempi previsti di realizzazione		modalità di realizzazione e procedure previste ¹	costo previsto	quota di contributo	prodotti previsti ²
		Avvio	conclusione				
Totale							

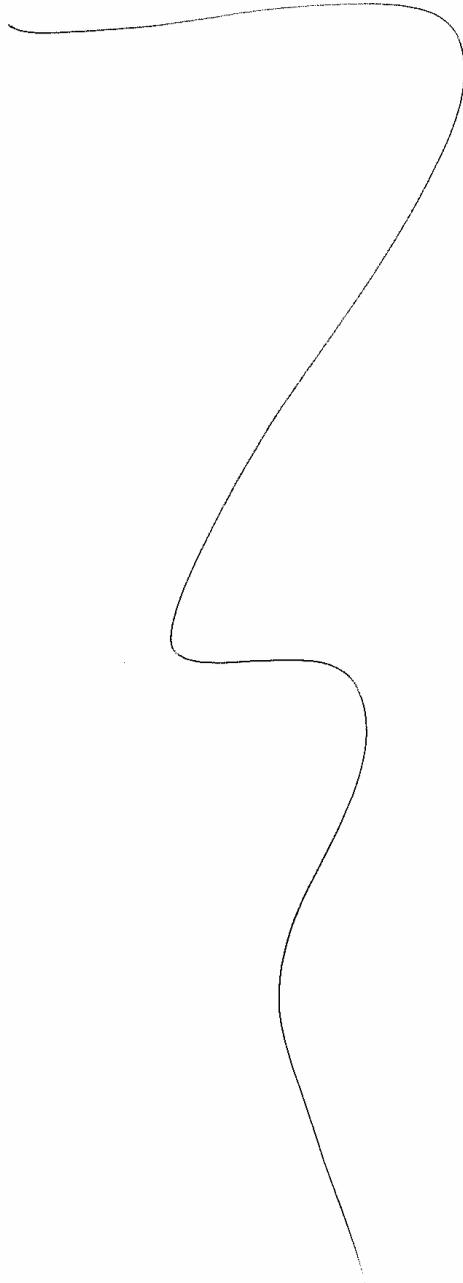
b) prestazioni di consulenza o professionali							
azione	comune responsabile	tempi previsti di realizzazione		modalità di realizzazione e procedure previste ¹	costo previsto	quota di contributo	prodotti previsti ²
		avvio	conclusione				
Totale							

c) software e servizi informatici							
azione	comune responsabile	tempi previsti di realizzazione		modalità di realizzazione e procedure previste ¹	costo previsto	quota di contributo	prodotti previsti ²
		Avvio	conclusione				
Totale							

d) progettazione e realizzazione di azioni di informazione e comunicazione							
azione	comune responsabile	tempi previsti di realizzazione		modalità di realizzazione e procedure previste ¹	costo previsto	quota di contributo	prodotti previsti ²
		Avvio	conclusione				
Totale							

¹ Descrivere le modalità con cui le singole azioni verranno realizzate: convenzioni, affidamento di incarichi, costituzione di tavoli di partenariato o gruppi di lavoro.....

² Esempio : rapporto di ricerca, accordo tra i partecipanti ai tavoli di partenariato, pubblicazione, corsi di formazione ecc..



Mod. 3



REGIONE ABRUZZO
DIREZIONE RIFORME ISTITUZIONALI
ENTI LOCALI, BILANCIO, ATTIVITA'
SPORTIVE
Servizio Sistemi Locali e Programmazione
dello Sviluppo Montano
via Raffaello, 137
65100 PESCARA

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE

Il/la sottoscritto/ain qualità di legale rappresentante
del Comune di.....capofila dell'associazione con i Comuni di
di.....

VISTA

la nota della Regione Abruzzo prot. n. del con la quale è stata comunicata ai sensi della
D.G.R. n. del l'utile collocazione nella graduatoria provvisoria del contributo di €
..... per la realizzazione del progetto pilota avente ad oggetto la predisposizione ed
adozione del Piano Territoriale dei tempi e degli orari,

PREMESSO

che l'accettazione del contributo comporta il rispetto della normativa statale e regionale nonché delle
condizioni e procedure previste nel Bando di cui alla suddetta D.G.R..

DICHIARA

- 1) di accettare il contributo assegnato in via provvisoria dalla Regione, alle condizioni e modalità stabilite
nel "Bando", comprese le clausole di revoca in esso previste;
2) che per la realizzazione del progetto pilota saranno/non saranno utilizzate risorse economiche derivanti
da altra normativa regionale, statale o comunitaria;

SI IMPEGNA

- 1) ad approvare il Piano territoriale degli orari entro un anno dal ricevimento della comunicazione di
ammissione a contributo, salvo proroga;
2) a dare immediata comunicazione alla Regione Abruzzo qualora intenda rinunciare al progetto

Data.....

Firma del legale rappresentante del Comune capofila*

*La firma apposta in calce alla domanda deve essere autenticata a i sensi dell'art.38, commi 2 e 3 del DPR 445 del 28.12.2000, allegando copia
fotostatica di valido documento di identità



GIUNTA REGIONALE
Direzione Riforme Istituzionali
Enti locali - Bilancio - Attività Sportive
Per copia conforme all'originale

Composto di n. 8... fogli e n. 14... fasciate
PESCARA

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO

Dott.ssa Gabriella Bassiani

DECRETI

**COMMISSARIO DELEGATO PER LA RICOSTRUZIONE
PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO**

DECRETO 02.08.2010, n. 16:

Modifiche al decreto commissariale n. 3 del 9 marzo 2010.**Il Commissario Delegato per la Ricostruzione
Presidente della Regione Abruzzo**

DECRETO N. 16

(Modifiche al decreto commissariale n. 3 del 9 marzo 2010)

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 aprile 2009, pubblicato sulla G.U. n° 87 del 7 aprile 2009, recante ad oggetto *"Dichiarazione dello stato d'emergenza in ordine agli eccezionali eventi sismici che hanno interessato la provincia di L'Aquila ed altri comuni della regione Abruzzo il giorno 6 aprile 2009"*;

VISTO l'art. 1 del decreto legge 30 dicembre 2009, n. 195, convertito con modifiche dalla legge 26 febbraio 2010, n. 26, e l'art. 1 dell'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 dicembre 2009, n. 3833, con cui si dispone che il Presidente della regione Abruzzo, già Commissario delegato per le attività di cui all'art. 4, comma 2 del decreto legge 28 aprile 2009, n. 39, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 giugno 2009 n. 77, assume le funzioni di Commissario delegato per la ricostruzione dei territori colpiti dal sisma del 6 aprile 2009, a decorrere dal 1° febbraio 2010 e per l'intera durata dello stato di emergenza, operando con i poteri e le deroghe di cui alle ordinanze del Presidente del Consiglio adottate per superare il contesto emergenziale;

VISTO il decreto legge 28 aprile 2009, n. 39, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 giugno 2009 n. 77, recante *"Interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dagli eventi sismici nella regione Abruzzo nel mese di aprile 2009 e ulteriori interventi urgenti di protezione civile"*;

VISTO, in particolare, l'art. 2, comma 12 bis del citato decreto legge, che prevede che *"i comuni di cui all'articolo 1, comma 2, predispongono, d'intesa con il presidente della Regione Abruzzo – Commissario delegato ai sensi dell'articolo 4, comma 2, sentito il presidente della provincia, e d'intesa con quest'ultimo nelle materie di sua competenza, la ripianificazione del territorio comunale definendo*

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized 'G' or similar character.



Il Commissario Delegato per la Ricostruzione Presidente della Regione Abruzzo

le linee di indirizzo strategico per assicurarne la ripresa socio-economica, la riqualificazione dell'abitato e garantendo un'armonica ricostituzione del tessuto urbano abitativo e produttivo, tenendo anche conto degli insediamenti abitativi realizzati ai sensi del comma 1”;

VISTO, altresì, l'articolo 14, comma 5 bis del medesimo decreto legge che prevede che *“i sindaci dei comuni di cui all'articolo 1, comma 2, predispongono, d'intesa con il presidente della Regione Abruzzo – Commissario delegato ai sensi dell'articolo 4, comma 2, d'intesa con il presidente della provincia nelle materie di sua competenza, piani di ricostruzione del centro storico delle città, come determinato ai sensi dell'articolo 2, lettera a), del decreto del Ministro dei lavori pubblici 2 aprile 1968, n. 1444, definendo le linee di indirizzo strategico per assicurarne la ripresa socio-economica e la riqualificazione dell'abitato, nonché per facilitare il rientro delle popolazioni sfollate nelle abitazioni danneggiate dagli eventi sismici del 6 aprile 2009”;*

VISTO l'Avviso pubblico del sindaco del comune di L'Aquila per la presentazione delle proposte di intervento nelle 6 aree A BREVE (ambito B della perimetrazione di cui al co. 2, art. 6, Decreto Commissario delegato alla Ricostruzione n. 3, 9 marzo 2010);

VISTA la motivazione di cui alla nota n. 2201 del 23 luglio 2010 del sindaco dell'Aquila;

DECRETA

Articolo unico

Con riferimento all'Avviso pubblico del sindaco del comune di L'Aquila per la presentazione delle proposte di intervento nelle 6 aree A BREVE (ambito B della perimetrazione del Centro Storico dell'Aquila, di cui al comma 2, art. 6, Decreto Commissario delegato alla Ricostruzione n. 3, 9 marzo 2010), la data di scadenza, conseguente all'applicazione del termine di trenta giorni di cui all'art. 6, comma 2, del decreto del Commissario Delegato per la Ricostruzione Presidente della Regione Abruzzo n. 3 del 9 marzo 2010, è differita al 15 settembre 2010.

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized 'F' or similar character.



Il Commissario Delegato per la Ricostruzione Presidente della Regione Abruzzo

Il presente decreto è pubblicato nel *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* e nella sezione "Ricostruzione" del sito internet della Regione Abruzzo.

Le disposizioni del presente decreto hanno decorrenza dalla data di pubblicazione nella sezione "Ricostruzione" della Regione Abruzzo.

L'Aquila, 02 ago 2010

Il Commissario Delegato per la Ricostruzione
Presidente della Regione Abruzzo
(Giovanni Chiodi)

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to read 'G. Chiodi'.

A small, handwritten mark or signature in the bottom left corner of the page.

Presidente della Giunta Regionale

DECRETO 02.08.2010, n. 84:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell'ambito territoriale "Montagna di L'Aquila" e nomina Commissario.

IL PRESIDENTE

Omissis

DECRETA

Art. 1
Costituzione

E' costituita la Comunità Montana denominata "Montagna di L'Aquila" tra i Comuni di: Barete, Barisciano, Cagnano Amiterno, Calascio, Campotosto, Capestrano, Capitignano, Caporciano, Carapelle Calvisio, Castel del Monte, Castelvechio Calvisio, Collepietro, Fossa, Lucoli, Montereale, Navelli, Ofena, Pizzoli, Poggio Picenze, Prata d'Ansidonia, San Pio delle Camere, Sant'Eusanio Forconese, Santo Stefano di Sessanio, Scoppito, Tornimparte, Villa Santa Lucia degli Abruzzi, Villa Sant'Angelo.

Art. 2
Nomina Commissario

Al fine di pervenire alla definizione dei rapporti successori tra le Comunità Montane Amiternina e Campo Imperatore e la nuova Comunità Montana denominata "Montagna di L'Aquila" nonché, tra i Comuni di Ocre e San Benedetto in Perillis e la nuova Comunità Montana "Sirentina" è nominato Commissario, a decorrere dalla data di notifica del presente decreto, il Dr LIBEROTTI Giovanni.

Per l'incarico di Commissario non viene attribuito alcun compenso e sono riconosciute esclusivamente le spese effettivamente sostenute per l'espletamento dello stesso che faranno

carico sul bilancio delle Comunità Montane Amiternina e Campo Imperatore.

Il Commissario per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale degli uffici delle predette Comunità Montane.

Art. 3
Competenze del Commissario
e Piano di successione

Il Commissario assume i poteri degli organi delle Comunità Montane Amiternina e Campo Imperatore necessari per gestire tutti i rapporti giuridici pendenti.

Dalla data di assunzione dell'incarico da parte del Commissario, gli organi delle Comunità Montane Amiternina e Campo Imperatore decadono dalle loro funzioni ed i componenti degli organi cessano dalle rispettive cariche.

Il Commissario provvede a svolgere tutte le attività necessarie per la definizione di tutti i rapporti successori, ivi compresi quelli relativi al personale, ponendo in essere i relativi provvedimenti.

In particolare spetta al Commissario predisporre un documento ricognitivo:

- a) delle risorse umane, strumentali e patrimoniali delle Comunità Montane alla data di assunzione dell'incarico;
- b) di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi in essere alla data di assunzione dell'incarico;
- c) delle funzioni e dei servizi gestiti in forma associata dalle Comunità Montane, direttamente o indirettamente, unitamente al quadro economico finanziario degli stessi.

Il Commissario individua il personale dipendente a tempo indeterminato delle Comunità Montane appartenente alla dirigenza ed alle categorie del comparto regioni e autonomie locali, nonché i rapporti di lavoro a tempo determinato e gli altri contratti di lavoro atipici.

Definisce la dotazione organica della Comunità Montana "Montagna di L'Aquila" te-

nendo conto, in particolare, delle funzioni e dei servizi che la stessa dovrà svolgere e delle risorse di cui potrà disporre, adoperandosi per il contenimento dei costi e la razionalizzazione della spesa e configurando una struttura organizzativa sostenibile.

Predisporre, nel rispetto della normativa vigente e tenuto conto delle previsioni di cui all'articolo 20 comma 6 della L.R. 10/2008 come modificato dall'articolo 27 della L.R. 6/2009, una proposta di ricollocazione del personale a tempo indeterminato mediante assegnazione alla Comunità Montana "Montagna di L'Aquila", fino a concorrenza del numero di unità lavorative strettamente necessarie al funzionamento della stessa. In caso di impossibilità di assorbimento di alcuni lavoratori, il Commissario propone la ricollocazione dei medesimi presso enti terzi, facendo conoscere l'esito di eventuali accordi espressi assunti con gli stessi anche in esito all'espletamento delle procedure previste dalla normativa vigente.

Predisporre ed adotta altresì i documenti amministrativi e contabili per l'avvio della Comunità Montana "Montagna di L'Aquila".

Entro il 30 novembre 2010 il Commissario trasmette al Presidente della Giunta Regionale, per il tramite della Direzione Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive, la proposta di ricollocazione del personale ed una relazione acclarante i rapporti giuridici, attivi e passivi, da trasferire alla Comunità Montana "Montagna di L'Aquila".

Il Commissario provvede in particolare ad accertare, dandone indicazione nella relazione anzidetta, l'esistenza di rapporti giuridici, attivi e passivi, riguardanti i Comuni di Ocre e San Benedetto in Perillis, da trasferire alla nuova Comunità Montana "Sirentina" nel cui ambito risultano inclusi; pone in essere, coordinandosi con i competenti organi della Comunità Montana "Sirentina", tutti i provvedimenti necessari al fine di garantire la più rapida successione negli stessi della nuova Comunità Montana Sirentina,

assicurando la continuità amministrativa fino all'adozione del decreto di cui al successivo articolo 4.

La Direzione Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive può indicare eventuali adempimenti da porre in essere per l'integrazione o modifica del Piano di successione.

Il Commissario relaziona mensilmente al Presidente della Giunta Regionale per il tramite dell'Assessore alle Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive, sull'attività svolta, trasmettendo copia degli atti adottati.

Il Commissario può essere sostituito in caso di inerzia o di inadempimento agli obblighi previsti dal presente decreto.

Articolo 4

Disciplina dei rapporti successori

Il Presidente della Giunta Regionale, con successivo decreto, approva il Piano di successione e disciplina i rapporti successori, ai sensi dell'articolo 20, comma 6 della L.R. 10/2008, fra le Comunità Montane Amiternina e Campo Imperatore e la nuova Comunità Montana "Montagna di L'Aquila" nonché, tra i Comuni di Ocre e San Benedetto in Perillis e la nuova Comunità Montana "Sirentina".

Il decreto indica la data dalla quale cessano di esistere le Comunità Montane Amiternina e Campo Imperatore e si avvia la costituita Comunità Montana "Montagna di L'Aquila".

Articolo 5

Organi

I Comuni facenti parte della Comunità Montana denominata "Montagna di L'Aquila" procedono entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente decreto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*, all'elezione dei propri rappresentanti in seno al Consiglio della Comunità Montana medesima, secondo le modalità previste nei propri statuti.

Trascorso inutilmente tale termine, si consi-

dera rappresentante del Comune inadempiente il Sindaco.

Articolo 6 Statuto

Il termine assegnato per l'approvazione dello statuto della Comunità Montana "Montagna di L'Aquila", è fissato in 60 giorni decorrenti dalla data fissata dal decreto di cui all'articolo 4 del presente provvedimento.

Qualora il Consiglio comunitario alla suddetta data non abbia approvato lo statuto, trova applicazione l'articolo 9, commi 5 e 6 della L.R. 27.06.2008, n. 10.

Articolo 7 Disposizioni transitorie

Nelle more dell'approvazione dello Statuto della Comunità Montana "Montagna di L'Aquila", la sede provvisoria della stessa è individuata nell'attuale sede della Comunità Montana Amiternina che, nell'assetto territoriale di cui alla tabella B allegata alla L.R. 27.06.2008, n. 10, risulta avere la maggiore superficie.

Fino all'elezione dei nuovi organi, alla Comunità Montana "Montagna di L'Aquila" si applica lo statuto della Comunità Montana Amiternina che nell'assetto territoriale di cui alla tabella B allegata alla L.R. 27.06.2008, n. 10, risulta avere la maggiore superficie.

Articolo 8 Notifica

Il presente decreto è notificato, a cura del Servizio "Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano" della Direzione "Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive", al Commissario ed ai legali rappresentanti di tutti gli enti interessati dal medesimo.

Articolo 9 Pubblicazione

Il presente decreto è pubblicato per estratto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* a

cura della Direzione Affari della Presidenza.

L'Aquila, li 2.8.2010

IL PRESIDENTE
Giovanni Chiodi

DECRETO 02.08.2010, n. 85:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell'ambito territoriale "Sirentina".

IL PRESIDENTE

Omissis

DECRETA

Art. 1
Costituzione

E' costituita la Comunità Montana denominata "Sirentina" tra i Comuni di: Acciano, Castel di Ieri, Castelvecchio Subequo, Fagnano Alto, Fontecchio, Gagliano Aterno, Goriano Sicoli, Molina Aterno, Ocre, Ovindoli, Rocca di Cambio, Rocca di Mezzo, San Benedetto in Perillis, San Demetrio ne' Vestini, Secinaro, Tione degli Abruzzi.

Articolo 2
Disciplina dei rapporti successori

Con successivo decreto del Presidente della Giunta Regionale sono disciplinati, ai sensi dell'articolo 20, comma 6 della L.R. 10/2008, i rapporti successori tra i Comuni di Ocre e San Benedetto in Perillis e la nuova Comunità Montana "Sirentina".

Il predetto decreto indica, altresì, la data dalla quale si avvia la costituita Comunità Montana "Sirentina".

Nelle more dell'emanazione del suddetto decreto, gli organi della Comunità Montana "Sirentina" operano nell'attuale costituzione ai fini della predisposizione ed adozione solo di

atti di ordinaria amministrazione.

Articolo 3 Organi

I Comuni di Ocre e San Benedetto in Perillis inclusi nella nuova Comunità Montana denominata "Sirentina" procedono entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente decreto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*, all'elezione dei propri rappresentanti in seno al Consiglio della Comunità Montana medesima, secondo le modalità previste nei propri statuti.

Trascorso inutilmente tale termine, si considera rappresentante del Comune inadempiente il Sindaco.

Articolo 4 Statuto

Il termine assegnato per l'approvazione dello statuto della Comunità Montana "Sirentina", è fissato in 60 giorni decorrenti dalla data fissata dal decreto di cui all'articolo 2 del presente provvedimento.

Qualora il Consiglio comunitario alla suddetta data non abbia approvato lo statuto, trova applicazione l'articolo 9, commi 5 e 6 della L.R. 27.06.2008, n. 10.

Articolo 5 Notifica

Il presente decreto è notificato, a cura del Servizio "Sistemi Locali e Programmazione dello sviluppo Montano" della Direzione "Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive", ai legali rappresentanti di tutti gli enti interessati dal medesimo.

Articolo 6 Pubblicazione

Il presente decreto è pubblicato per estratto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* a cura della Direzione Affari della Presidenza.

L'Aquila, li 2.8.2010

IL PRESIDENTE
Giovanni Chiodi

DECRETO 02.08.2010, n. 86:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell'ambito territoriale "Montagna Marsicana" e nomina Commissario.

IL PRESIDENTE

Omissis

DECRETA

Art. 1
Costituzione

E' costituita la Comunità Montana denominata "Montagna Marsicana" tra i Comuni di: Aielli, Balsorano, Bisegna, Canistro, Capistrello, Cappadocia, Carsoli, Castellafiume, Celano, Cerchio, Civita d'Antino, Civitella Roveto, Collarmente, Collelongo, Gioia dei Marsi, Lecce nei Marsi, Luco dei Marsi, Magliano dei Marsi, Massa D'Albe, Morino, Oricola, Ortona dei Marsi, Ortucchio, Pereto, Pescina, Rocca di Botte, San Benedetto dei Marsi, San Vincenzo Valle Roveto, Sante Marie, Scurcola Marsicana, Tagliacozzo, Trasacco, Villavallelonga.

Art. 2
Nomina Commissario

Al fine di pervenire alla definizione dei rapporti successori tra le Comunità Montane Marsica 1, Valle del Giovenco e Valle Roveto e la nuova Comunità Montana denominata "Montagna Marsicana" è nominato Commissario, a decorrere dalla data di notifica del presente decreto, il Dr. DI ROCCO Stefano.

Per l'incarico di Commissario non viene attribuito alcun compenso e sono riconosciute esclusivamente le spese effettivamente sostenute per l'espletamento dello stesso che faranno carico sul bilancio delle Comunità Montane Marsica 1, Valle del Giovenco e Valle Roveto.

Il Commissario per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale degli uffici delle predette Comunità Montane.

Art. 3
Competenze del Commissario
e Piano di successione

Il Commissario assume i poteri degli organi delle Comunità Montane Marsica 1 e Valle Roveto e del Commissario della Comunità Montana Valle del Gioenco, necessari per gestire tutti i rapporti giuridici pendenti.

Dalla data di assunzione dell'incarico da parte del Commissario, gli organi delle Comunità Montane Marsica 1 e Valle Roveto ed il Commissario della Comunità Montana Valle del Gioenco nominato con decreto del Presidente della Giunta Regionale n 122 del 15.12.2009 decadono dalle loro funzioni ed i componenti degli organi delle Comunità Montane Marsica 1 e Valle Roveto cessano dalle rispettive cariche.

Il Commissario provvede a svolgere tutte le attività necessarie per la definizione di tutti rapporti successori, ivi compresi quelli relativi al personale, ponendo in essere i relativi provvedimenti.

In particolare spetta al Commissario predisporre un documento ricognitivo:

- a) delle risorse umane, strumentali e patrimoniali delle Comunità Montane alla data di assunzione dell'incarico;
- b) di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi in essere alla data di assunzione dell'incarico;
- c) delle funzioni e dei servizi gestiti in forma associata dalle Comunità Montane, direttamente o indirettamente, unitamente al quadro economico finanziario degli stessi.

Il Commissario individua il personale dipendente a tempo indeterminato delle Comunità Montane appartenente alla dirigenza ed alle categorie del comparto regioni e autonomie locali, nonché i rapporti di lavoro a tempo determinato e gli altri contratti di lavoro atipici.

Definisce la dotazione organica della Co-

munità Montana "Montagna Marsicana" tenendo conto, in particolare, delle funzioni e dei servizi che la stessa dovrà svolgere e delle risorse di cui potrà disporre, adoperandosi per il contenimento dei costi e la razionalizzazione della spesa e configurando una struttura organizzativa sostenibile.

Predisporre, nel rispetto della normativa vigente e tenuto conto delle previsioni di cui all'articolo 20 comma 6 della L.R. 10/2008 come modificato dall'articolo 27 della L.R. 6/2009, una proposta di ricollocazione del personale a tempo indeterminato mediante assegnazione alla Comunità Montana "Montagna Marsicana", fino a concorrenza del numero di unità lavorative strettamente necessarie al funzionamento della stessa. In caso di impossibilità di assorbimento di alcuni lavoratori, il Commissario propone la ricollocazione dei medesimi presso enti terzi, facendo conoscere l'esito di eventuali accordi espressi assunti con gli stessi anche in esito all'espletamento delle procedure previste dalla normativa vigente.

Predisporre ed adotta altresì i documenti amministrativi e contabili per l'avvio della Comunità Montana "Montagna Marsicana".

Entro il 30 novembre 2010 il Commissario trasmette al Presidente della Giunta Regionale, per il tramite della Direzione Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive, la proposta di ricollocazione del personale ed una relazione acclarante i rapporti giuridici, attivi e passivi, da trasferire alla Comunità Montana "Montagna Marsicana".

Il Commissario, in relazione al Comune di Avezzano, non incluso nell'ambito territoriale della nuova Comunità Montana "Montagna Marsicana" in quanto avente popolazione superiore a quarantamila abitanti, provvede ad accertare l'esistenza di rapporti giuridici, attivi e passivi, da trasferire al Comune medesimo, dandone indicazione nella relazione anzidetta ed assicurando la continuità amministrativa fino

all'adozione del decreto di cui al successivo articolo 4.

La Direzione Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive può indicare gli eventuali adempimenti da porre in essere per l'integrazione o modifica del Piano di successione.

Il Commissario relaziona mensilmente al Presidente della Giunta Regionale per il tramite dell'Assessore alle Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive, sull'attività svolta, trasmettendo copia degli atti adottati.

Il Commissario può essere sostituito in caso di inerzia o di inadempimento agli obblighi previsti dal presente decreto.

Articolo 4

Disciplina dei rapporti successori

Il Presidente della Giunta Regionale, con successivo decreto, approva il Piano di successione e disciplina, ai sensi dell'articolo 20, comma 6 della L.R. 10/2008, i rapporti successori fra le Comunità Montane Marsica 1, Valle del Giovenco e Valle Roveto e la nuova Comunità Montana "Montagna Marsicana" nonché, fra la Comunità Montana Marsica 1 ed il Comune di Avezzano.

Il medesimo decreto indica la data dalla quale cessano di esistere le Comunità Montane Marsica 1, Valle del Giovenco e Valle Roveto e si avvia la costituita Comunità Montana "Montagna Marsicana".

Articolo 5

Organi

I Comuni facenti parte della Comunità Montana denominata "Montagna Marsicana" procedono entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente decreto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*, all'elezione dei propri rappresentanti in seno al Consiglio della Comunità Montana medesima, secondo le modalità previste nei propri statuti.

Trascorso inutilmente tale termine, si consi-

dera rappresentante del Comune inadempiente il Sindaco.

Articolo 6

Statuto

Il termine assegnato per l'approvazione dello statuto della Comunità Montana "Montagna Marsicana", è fissato in 60 giorni decorrenti dalla data fissata dal decreto di cui all'articolo 4 del presente provvedimento.

Qualora il Consiglio comunitario alla suddetta data non abbia approvato lo statuto, trova applicazione l'articolo 9, commi 5 e 6 della L.R. 27.06.2008, n. 10.

Articolo 7

Disposizioni transitorie

Nelle more dell'approvazione dello Statuto della Comunità Montana "Montagna Marsicana", la sede provvisoria della stessa è individuata nell'attuale sede della Comunità Montana Marsica 1 che, nell'assetto territoriale di cui alla tabella B allegata alla L.R. 27.06.2008, n. 10, risulta avere la maggiore superficie.

Fino all'elezione dei nuovi organi, alla Comunità Montana "Montagna Marsicana" si applica lo statuto della Comunità Montana Marsica 1 che, nell'assetto territoriale di cui alla tabella B allegata alla L.R. 27.06.2008, n. 10, risulta avere la maggiore superficie.

Articolo 8

Notifica

Il presente decreto è notificato, a cura del Servizio "Sistemi Locali e Programmazione dello sviluppo Montano" della Direzione "Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive", al Commissario ed ai legali rappresentanti di tutti gli enti interessati dal medesimo.

Articolo 9

Pubblicazione

Il presente decreto è pubblicato per estratto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* a

cura della Direzione Affari della Presidenza.

L'Aquila, li 2.8.2010

IL PRESIDENTE
Giovanni Chiodi

DECRETO 02.08.2010, n. 87:

Conferma della Comunità Montana costituita tra i Comuni inclusi nell'ambito territoriale "Peligna".

IL PRESIDENTE

Omissis

DECRETA

Art. 1
Costituzione

La Comunità Montana "Peligna" costituita tra i Comuni di: Anversa degli Abruzzi, Bugnara, Campo di Giove, Cansano, Cocullo, Corfinio, Introdacqua, Pacentro, Pettorano sul Gizio, Pratola Peligna, Prezza, Raiano, Roccacasale, Scanno, Villalago e Vittorito è confermata nell'attuale ambito territoriale.

Art. 2
Organi

Gli organi della Comunità Montana Peligna rinnovati ai sensi dell'articolo 28 della L.R. 30.04.2009, n. 6, restano in carica fino al rinnovo conseguente alla tornata elettorale ordinaria dei Consigli Comunali, secondo quanto disposto dall'art 14 della L.R. n. 10/2008.

Art. 3
Statuto

Il termine assegnato per l'approvazione di nuovo statuto della Comunità Montana "Peligna", è fissato in 60 giorni decorrenti dalla data di pubblicazione sul *B.U.R.A.* del presente provvedimento.

Qualora il Consiglio comunitario alla sud-

detta data non abbia approvato lo statuto, trova applicazione l'articolo 9, commi 5 e 6 della L.R. 27.06.2008, n. 10.

Art. 4
Rapporti successori

La Comunità Montana "Peligna" conserva la titolarità del proprio patrimonio e di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi e si adopera affinché si configuri una struttura organizzativa sostenibile operando, in generale, la razionalizzazione della spesa ed il contenimento dei costi.

Art 5
Notifica

Il presente decreto è notificato, a cura del Servizio "Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano" della Direzione "Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive", ai legali rappresentanti di tutti gli enti interessati dal medesimo.

Art. 6
Pubblicazione

Il presente decreto è pubblicato per estratto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* a cura della Direzione Affari della Presidenza.

L'Aquila, li 2.8.2010

IL PRESIDENTE
Giovanni Chiodi

DECRETO 02.08.2010, n. 88:

Conferma della Comunità Montana costituita tra i Comuni inclusi nell'ambito territoriale "Alto Sangro".

IL PRESIDENTE

Omissis

DECRETA

Art. 1
Costituzione

La Comunità Montana “Alto Sangro” costituita tra i Comuni di: Alfedena, Ateleta, Barrea, Castel di Sangro, Civitella Alfedena, Opi, Pescasseroli, Pescocostanzo, Rivisondoli, Rocca Pia, Roccaraso, Scontrone, Villetta Barrea è confermata nell’attuale ambito territoriale.

Art 2
Organi

Gli organi della Comunità Montana “Alto Sangro” rinnovati ai sensi dell’articolo 28 della L.R. 30.04.2009, n. 6, restano in carica fino al rinnovo conseguente alla tornata elettorale ordinaria dei Consigli Comunali, secondo quanto disposto dall’art 14 della L.R. n. 10/2008.

Art. 3
Statuto

Il termine assegnato per l’approvazione del nuovo statuto della Comunità Montana “Alto Sangro” è fissato in 60 giorni decorrenti dalla data di pubblicazione sul *B.U.R.A.* del presente provvedimento.

Qualora il Consiglio comunitario alla suddetta data non abbia approvato lo statuto, trova applicazione l’articolo 9, commi 5 e 6 della L.R. 27.06.2008, n. 10.

Art. 4
Rapporti successori

La Comunità Montana “Alto Sangro” conserva la titolarità del proprio patrimonio e di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi e si adopera affinché si configuri una struttura organizzativa sostenibile operando, in generale, la razionalizzazione della spesa ed il contenimento dei costi.

Art. 5
Notifica

Il presente decreto è notificato, a cura del Servizio “Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano” della Direzione “Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive”, ai legali rappresentanti di tutti

gli enti interessati dal medesimo.

Art. 6
Pubblicazione

Il presente decreto è pubblicato per estratto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* a cura della Direzione Affari della Presidenza.

L’Aquila, li 2.8.2010

IL PRESIDENTE
Giovanni Chiodi

DECRETO 02.08.2010, n. 89:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell’ambito territoriale “Montagna Pescara” e nomina Commissario.

IL PRESIDENTE

Omissis

DECRETA

Art. 1
Costituzione

E’ costituita la Comunità Montana denominata “Montagna Pescara” tra i Comuni di: Abbateggio, Bolognano, Brittoli, Bussi sul Tirino, Caramanico Terme, Carpineto della Nora, Castiglione a Casauria, Civitaquana, Civitella Casanova, Corvara, Farindola, Letto-manoppello, Montebello di Bertona, Pescosanesco, Pietranico, Roccamorice, Salle, San Valentino in Abruzzo Citeriore, Sant’Eufemia a Maiella, Serramonacesca, Tocco da Casauria, Turrialignani, Vicoli, Villa Celiera.

Art. 2
Nomina Commissario

Al fine di pervenire alla definizione dei rapporti successori tra le Comunità Montane Vestina e Maiella e Morrone e la nuova Comunità Montana denominata “Montagna Pescara”

nonché, tra la Comunità Montana Vestina ed il Comune di Penne e la Comunità Montana Maiella e Morrone ed i Comuni di Manoppello, Popoli e Scafa è nominato Commissario, a decorrere dalla data di notifica del presente decreto, il Dr PIZZONE Paolo.

Per l'incarico di Commissario non viene attribuito alcun compenso e sono riconosciute esclusivamente le spese effettivamente sostenute per l'espletamento dello stesso che faranno carico sul bilancio delle Comunità Montane Vestina e Maiella e Morrone.

Il Commissario per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale degli uffici delle predette Comunità Montane.

Art. 3

Competenze del Commissario e Piano di successione

Il Commissario assume i poteri degli organi delle Comunità Montane Vestina e Maiella e Morrone necessari per gestire tutti i rapporti giuridici pendenti.

Dalla data di assunzione dell'incarico da parte del Commissario, gli organi delle Comunità Montane Vestina e Maiella e Morrone decadono dalle loro funzioni ed i componenti degli organi cessano dalle rispettive cariche.

Il Commissario provvede a svolgere tutte le attività necessarie per la definizione di tutti i rapporti successori, ivi compresi quelli relativi al personale, ponendo in essere i relativi provvedimenti.

In particolare spetta al Commissario predisporre un documento ricognitivo:

- a) delle risorse umane, strumentali e patrimoniali delle Comunità Montane alla data di assunzione dell'incarico;
- b) di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi in essere alla data di assunzione dell'incarico;
- c) delle funzioni e dei servizi gestiti in forma associata dalle Comunità Montane, diretta-

mente o indirettamente, unitamente al quadro economico finanziario degli stessi.

Il Commissario individua il personale dipendente a tempo indeterminato delle Comunità Montane appartenente alla dirigenza ed alle categorie del comparto regioni e autonomie locali, nonché i rapporti di lavoro a tempo determinato e gli altri contratti di lavoro atipici.

Definisce la dotazione organica della Comunità Montana "Montagna Pescara" tenendo conto, in particolare, delle funzioni e dei servizi che la stessa dovrà svolgere e delle risorse di cui potrà disporre, adoperandosi per il contenimento dei costi e la razionalizzazione della spesa e configurando una struttura organizzativa sostenibile.

Predisporre, nel rispetto della normativa vigente e tenuto conto delle previsioni di cui all'articolo 20 comma 6 della L.R. 10/2008 come modificato dall'articolo 27 della L.R. 6/2009, una proposta di ricollocazione del personale a tempo indeterminato mediante assegnazione alla Comunità Montana "Montagna Pescara", fino a concorrenza del numero di unità lavorative strettamente necessarie al funzionamento della stessa. In caso di impossibilità di assorbimento di alcuni lavoratori, il Commissario propone la ricollocazione dei medesimi presso enti terzi, facendo conoscere l'esito di eventuali accordi espressi assunti con gli stessi anche in esito all'espletamento delle procedure previste dalla normativa vigente.

Predisporre ed adotta altresì i documenti amministrativi e contabili per l'avvio della Comunità Montana "Montagna Pescara".

Entro il 30 novembre 2010 il Commissario trasmette al Presidente della Giunta Regionale, per il tramite della Direzione Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive, la proposta di ricollocazione del personale ed una relazione acclarante i rapporti giuridici, attivi e passivi, da trasferire alla Comunità Montana "Montagna Pescara".

Il Commissario, in relazione ai Comuni di Penne, Popoli, Manoppello e Scafa, non inclusi nell'ambito territoriale della nuova Comunità Montana "Montagna Pescara" né in ambiti territoriali di altre Comunità Montane, provvede ad accertare l'esistenza di rapporti giuridici, attivi e passivi, da trasferire ai Comuni medesimi, dandone indicazione nella relazione anzidetta ed assicurando la comunità amministrativa fino all'adozione del decreto di cui al successivo articolo 4.

La Direzione Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive può indicare eventuali adempimenti da porre in essere per l'integrazione o modifica del Piano di successione.

Il Commissario relaziona mensilmente al Presidente della Giunta Regionale per il tramite dell'Assessore alle Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive, sull'attività svolta, trasmettendo copia degli atti adottati.

Il Commissario può essere sostituito in caso di inerzia o di inadempimento agli obblighi previsti dal presente decreto.

Art. 4

Disciplina dei rapporti successivi

Il Presidente della Giunta Regionale, con successivo decreto, approva il Piano di successione e disciplina, ai sensi dell'articolo 20, comma 6 della L.R. 10/2008, i rapporti successivi fra le Comunità Montane e Maiella e Morrone e la nuova Comunità Montana "Montagna Pescara" nonché, tra la Comunità Montana Vestina ed il Comune di Penne e la Comunità Montana Maiella e Morrone ed i Comuni di Manoppello, Popoli e Scafa.

Il decreto indica la data dalla quale cessano di esistere le Comunità Montane Vestina e Maiella e Morrone e si avvia la costituita Comunità Montana "Montagna Pescara".

Art. 5 Organi

I Comuni facenti parte della Comunità Montana denominata "Montagna Pescara" procedono entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente decreto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*, all'elezione dei propri rappresentanti in seno al Consiglio della Comunità Montana medesima, secondo le modalità previste nei propri statuti.

Trascorso inutilmente tale termine, si considera rappresentante del Comune inadempiente il Sindaco.

Art. 6 Statuto

Il termine assegnato per l'approvazione dello statuto della Comunità Montana "Montagna di Pescara", è fissato in 60 giorni decorrenti dalla data fissata dal decreto di cui all'articolo 4 del presente provvedimento.

Qualora il Consiglio comunitario alla suddetta data non abbia approvato lo statuto, trova applicazione l'articolo 9, commi 5 e 6 della L.R. 27.06.2008, n. 10.

Art. 7 Disposizioni transitorie

Nelle more dell'approvazione dello Statuto della Comunità Montana "Montagna Pescara", la sede provvisoria della stessa è individuata nell'attuale sede della Comunità Montana Maiella e Morrone che, nell'assetto territoriale di cui alla tabella B allegata alla L.R. 27.06.2008, n. 10, risulta avere la maggiore superficie.

Fino all'elezione dei nuovi organi, alla Comunità Montana "Montagna Pescara" si applica lo statuto della Comunità Montana Maiella e Morrone che, nell'assetto territoriale di cui alla tabella B allegata alla L.R. 27.06.2008, n. 10, risulta avere la maggiore superficie.

Art. 8 Notifica

Il presente decreto è notificato, a cura del

Servizio "Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano" della Direzione "Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive", al Commissario ed ai legali rappresentanti di tutti gli enti interessati dal medesimo.

Art. 9
Pubblicazione

Il presente decreto è pubblicato per estratto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* a cura della Direzione Affari della Presidenza.

L'Aquila, li 2.8.2010

IL PRESIDENTE
Dr. Giovanni Chiodi

DECRETO 02.08.2010, n. 90:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell'ambito territoriale "Laga".

IL PRESIDENTE

Omissis

DECRETA

Art. 1
Costituzione

La Comunità Montana "Della Laga" costituita tra i Comuni di: Campoli, Civitella del Tronto, Cortino, Rocca Santa Maria, Torricella Sicura, Valle Castellana è confermata nell'attuale ambito territoriale.

Art 2
Organi

Gli organi della Comunità Montana "Della Laga" rinnovati ai sensi dell'articolo 28 della L.R. 30.04.2009, n. 6, restano in carica fino al rinnovo conseguente alla tornata elettorale ordinaria dei Consigli Comunali, secondo quanto disposto dall'art. 14 della L.R. n. 10/2008.

Art. 3
Statuto

Il termine assegnato per l'approvazione del nuovo statuto della Comunità Montana "Della Laga", è fissato in 60 giorni decorrenti dalla data di pubblicazione sul *B.U.R.A.* del presente provvedimento.

Qualora il Consiglio comunitario alla suddetta data non abbia approvato lo statuto, trova applicazione l'articolo 9, commi 5 e 6 della L.R. 27.06.2008, n. 10.

Art. 4
Rapporti successori

La Comunità Montana "Della Laga" conserva la titolarità del proprio patrimonio e di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi e si adopera affinché si configuri una struttura organizzativa sostenibile operando, in generale, la razionalizzazione della spesa ed il contenimento dei costi.

Art. 5
Notifica

Il presente decreto è notificato, a cura del Servizio "Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano" della Direzione "Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive", al Commissario ed ai legali rappresentanti di tutti gli enti interessati dal medesimo.

Art. 6
Pubblicazione

Il presente decreto è pubblicato per estratto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* a cura della Direzione Affari della Presidenza.

L'Aquila, li 2.8.2010

IL PRESIDENTE
Giovanni Chiodi

DECRETO 02.08.2010, n. 91:

Scioglimento Comunità Montana "Vo-

mano Fino Piomba” e nomina Commissario.

IL PRESIDENTE

Omissis

DECRETA

Art. 1

Scioglimento

La Comunità Montana “Vomano, Fino, Piomba” costituita dai Comuni di Arsita, Atri, Basciano, Bisenti, Canzano, Castellalto, Castiglione Messer Raimondo, Castilenti, Cellino Attanasio, Cermignano, Montefino, Notaresco, Penna Sant'Andrea, è sciolta ed il Comune di Arsita è contestualmente incluso nella nuova Comunità Montana “Gran Sasso” costituita con apposito decreto in data odierna.

Art. 2

Nomina Commissario

Al fine di pervenire alla definizione dei rapporti successori tra le Comunità Montane “Vomano, Fino, Piomba” ed i Comuni facenti parte della medesima è nominato Commissario, a decorrere dalla data di notifica del presente decreto, il dr. BORGIA Antonio.

Per l'incarico di Commissario non viene attribuito alcun compenso e sono riconosciute esclusivamente le spese effettivamente sostenute per l'espletamento dello stesso che faranno carico sul bilancio della Comunità Montana “Vomano, Fino, Piomba”.

Il Commissario per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale degli uffici della predetta Comunità Montana.

Art. 3

Competenze del Commissario
e Piano di successione

Il Commissario assume i poteri degli organi della Comunità Montana “Vomano, Fino, Piomba” necessari per gestire tutti i rapporti

giuridici pendenti.

Dalla data di assunzione dell'incarico da parte del Commissario, gli organi della Comunità Montana “Vomano, Fino, Piomba” decadono dalle loro funzioni ed i componenti degli organi cessano dalle rispettive cariche.

Il Commissario provvede a svolgere tutte le attività necessarie per la definizione di tutti rapporti successori, ivi compresi quelli relativi al personale, ponendo in essere i relativi provvedimenti.

In particolare spetta al Commissario predisporre un documento ricognitivo:

- a) delle risorse umane, strumentali e patrimoniali della Comunità Montana alla data di assunzione dell'incarico;
- b) di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi in essere alla data di assunzione dell'incarico;
- c) delle funzioni e dei servizi gestiti in forma associata dalla Comunità Montana, direttamente o indirettamente, unitamente al quadro economico finanziario degli stessi.

Il Commissario individua il personale dipendente a tempo indeterminato della Comunità Montana appartenente alla dirigenza ed alle categorie del comparto regioni e autonomie locali, nonché i rapporti di lavoro a tempo determinato e gli altri contratti di lavoro atipici.

Predisporre, nel rispetto della normativa vigente e tenuto conto delle previsioni di cui all'articolo 20 comma 6 della L.R. 10/2008 come modificato dall'articolo 27 della L.R. 6/2009, una proposta di ricollocazione del personale a tempo indeterminato mediante assegnazione ai Comuni che subentrano alla Comunità Montana ovvero, in caso di impossibilità di assorbimento di alcuni lavoratori, ad enti terzi, previo espletamento delle procedure previste dalla normativa vigente.

Il Commissario provvede inoltre alla definizione, nel rispetto delle specifiche norme di

settore, dei rapporti di lavoro a tempo determinato e di quelli atipici.

Entro il 30 novembre 2010 il Commissario trasmette al Presidente della Giunta Regionale, per il tramite della Direzione Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive, la proposta di ricollocazione del personale ed una relazione acclarante i rapporti giuridici, attivi e passivi, da trasferire ai Comuni subentranti.

Il Commissario provvede in particolare ad accertare, dandone indicazione nella relazione anzidetta, l'esistenza di rapporti giuridici, attivi e passivi, riguardanti il Comune di Arsita, da trasferire alla nuova Comunità Montana "Gran Sasso" nel cui ambito risulta incluso; pone in essere, coordinandosi con i competenti organi della Comunità Montana "Gran Sasso", tutti i provvedimenti necessari al fine di garantire la più rapida successione negli stessi della nuova Comunità Montana "Gran Sasso", assicurando la continuità amministrativa fino all'adozione del decreto di cui al successivo articolo 4.

La Direzione Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive può indicare eventuali adempimenti da porre in essere per l'integrazione o modifica del Piano di successione.

Il Commissario relaziona mensilmente al Presidente della Giunta Regionale per il tramite dell'Assessore alle Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive, sull'attività svolta, trasmettendo copia degli atti adottati.

Il Commissario può essere sostituito in caso di inerzia o di inadempimento agli obblighi previsti dal presente decreto.

Art. 4

Disciplina dei rapporti successori

Il Presidente della Giunta Regionale, con successivo decreto, approva il Piano di successione e disciplina, ai sensi dell'articolo 20, comma 6 della L.R. 10/2008, i rapporti successori fra la Comunità Montana "Vomano, Fino, Piomba" ed i Comuni subentranti.

Il decreto rende il Piano di successione trasmesso dal Commissario giuridicamente efficace ed indica la data dalla quale cessano di esistere la Comunità Montana "Vomano, Fino, Piomba".

Art. 5 Notifica

Il presente decreto è notificato, a cura del Servizio "Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano" della Direzione "Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive", al Commissario ed ai legali rappresentanti di tutti gli enti interessati dal medesimo.

Art. 6 Pubblicazione

Il presente decreto è pubblicato per estratto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* a cura della Direzione Affari della Presidenza.

L'Aquila, li 2.8.2010

IL PRESIDENTE
Dr. Giovanni Chiodi

DECRETO 02.08.2010, n. 92:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell'ambito territoriale "Gran Sasso".

IL PRESIDENTE

Omissis

DECRETA

Art. 1
Costituzione

E' costituita la Comunità Montana denominata "Gran Sasso" tra i Comuni di Arsita, Castel Castagna, Castelli, Colledara, Crognaleto, Fano Adriano, Isola del Gran Sasso d'Italia, Montorio al Vomano, Pietracamela, Tossicia.

Art. 2

Disciplina dei rapporti successori

Con successivo decreto del Presidente della Giunta Regionale sono disciplinati, ai sensi dell'articolo 20, comma 6 della L.R. 10/2008, i rapporti successori tra il Comune di Arsita e la nuova Comunità Montana "Gran Sasso".

Il decreto indica la data da cui si avvia la costituita Comunità Montana "Gran Sasso".

Art. 3

Organi

Il Comune di Arsita incluso nella nuova Comunità Montana denominata "Gran Sasso" procede entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente decreto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*, all'elezione dei propri rappresentanti in seno al Consiglio della Comunità Montana medesima, secondo le modalità previste nei propri statuti.

Trascorso inutilmente tale termine, si considera rappresentante del Comune inadempiente il Sindaco.

Art. 4

Statuto

Il termine assegnato per l'approvazione del nuovo statuto della Comunità Montana "Gran Sasso", è fissato in 60 giorni decorrenti dalla data fissata dal decreto di cui all'articolo 2 del presente provvedimento.

Qualora il Consiglio comunitario alla suddetta data non abbia approvato lo statuto, trova applicazione l'articolo 9, commi 5 e 6 della L.R. 27.06.2008, n. 10.

Art. 5

Notifica

Il presente decreto è notificato, a cura del Servizio "Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano" della Direzione "Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive", al Commissario ed ai legali

rappresentanti di tutti gli enti interessati dal medesimo.

Art. 6

Pubblicazione

Il presente decreto è pubblicato per estratto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* a cura della Direzione Affari della Presidenza.

L'Aquila, li 2.8.2010

IL PRESIDENTE

Dr. Giovanni Chiodi

DECRETO 02.08.2010, n. 93:

Conferma della Comunità Montana costituita tra i Comuni inclusi nell'ambito territoriale "Maielletta".

IL PRESIDENTE

Omissis

DECRETA

Art. 1

Ambito territoriale

La Comunità Montana "Maielletta" costituita tra i Comuni di: Fara San Martino, Guardagrele, Palombaro, Pennapiedimonte, Pretoro, Rapino e Roccamontepiano è confermata nell'attuale ambito territoriale.

Art 2

Organi

Gli organi della Comunità Montana "Maielletta" rinnovati ai sensi dell'articolo 28 della L.R. 30.04.2009, n. 6, restano in carica fino al rinnovo conseguente alla tornata elettorale ordinaria dei Consigli Comunali, secondo quanto disposto dall'art. 14 della L.R. n. 10/2008.

Art. 3

Statuto

Il termine assegnato per l'approvazione del nuovo statuto della Comunità Montana "Maielletta", è fissato in 60 giorni decorrenti dalla data di pubblicazione sul *B.U.R.A.* del presente provvedimento.

Qualora il Consiglio comunitario alla suddetta data non abbia approvato lo statuto, trova applicazione l'articolo 9, commi 5 e 6 della L.R. 27.06.2008, n. 10.

Art. 4
Rapporti successori

La Comunità Montana "Maielletta" conserva la titolarità del proprio patrimonio e di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi e si adopera affinché si configuri una struttura organizzativa sostenibile operando, in generale, la razionalizzazione della spesa ed il contenimento dei costi.

Art. 5
Notifica

Il presente decreto è notificato, a cura del Servizio "Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano" della Direzione "Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive", al Commissario ed ai legali rappresentanti di tutti gli enti interessati dal medesimo.

Art. 6
Pubblicazione

Il presente decreto è pubblicato per estratto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* a cura della Direzione Affari della Presidenza.

L'Aquila, lì 2.8.2010

IL PRESIDENTE
Giovanni Chiodi

DECRETO 02.08.2010, n. 94:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell'ambito territoriale "Aventino-Medio Sangro".

IL PRESIDENTE

Omissis

DECRETA

Art. 1
Costituzione

E' costituita la Comunità Montana denominata "Aventino Medio Sangro" tra i Comuni di: Casoli, Civitella Messer Raimondo, Colledimacine, Gessopalena, Lama dei Peligni, Lettopalena, Palena, Roccasalegna, Taranta Peligna, Torricella Peligna.

Art. 2
Disciplina dei rapporti successori

Con successivo decreto del Presidente della Giunta Regionale sono disciplinati, ai sensi dell'articolo 20, comma 6 della L.R. 10/2008, i rapporti successori tra il Comune di Pennadomo e la nuova Comunità Montana "Montagna Sangro Vastese".

Il predetto decreto indica, altresì, la data dalla quale si avvia la costituita Comunità Montana "Aventino Medio Sangro".

Nelle more dell'attuazione del suddetto decreto, gli organi della Comunità Montana "Aventino Medio Sangro" operano nell'attuale costituzione ai fini della predisposizione ed adozione solo di atti di ordinaria amministrazione.

Art. 3
Organi

Gli organi della Comunità Montana "Aventino Medio Sangro" rinnovati ai sensi dell'art. 28 della L.R. 30.04.2009, n. 6 e modificati a seguito dell'emanazione del decreto di cui all'articolo 2 del presente provvedimento, restano in carica fino al rinnovo conseguente alla tornata elettorale ordinaria dei Consigli Comunali, secondo quanto disposto dall'art 14 della L.R. n. 10/2008.

Art. 4
Statuto

Il termine assegnato per l'approvazione del

nuovo statuto della Comunità Montana “Aventino Medio Sangro”, è fissato in 60 giorni decorrenti dalla data fissata dal decreto di cui all’articolo 2 del presente provvedimento.

Qualora il Consiglio comunitario alla suddetta data non abbia approvato lo statuto, trova applicazione l’articolo 9, commi 5 e 6 della L.R. 27.06.2008, n. 10.

Art. 5
Notifica

Il presente decreto è notificato, a cura del Servizio “Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano” della Direzione “Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive”, al Commissario ed ai legali rappresentanti di tutti gli enti interessati dal medesimo.

Art. 6
Pubblicazione

Il presente decreto è pubblicato per estratto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* a cura della Direzione Affari della Presidenza.

L’Aquila, li 2.8.2010

IL PRESIDENTE
Dr. Giovanni Chiodi

DECRETO 02.08.2010, n. 95:

Costituzione della Comunità Montana tra i Comuni inclusi nell’ambito territoriale “Montagna Sangro Vastese” e nomina Commissario.

IL PRESIDENTE

Omissis

DECRETA

Art 1
Costituzione

E’ costituita la Comunità Montana denominata “Montagna Sangro Vastese” tra i Comuni

di: Borrello, Castelguidone, Castiglione Messer Marino, Civitaluparella, Fallo, Fraine, Gamberrale, Montazzoli, Montebello sul Sangro, Monteferrante, Montelapiano, Montenerodomo, Pennadomo, Pizzoferrato, Quadri, Roccaspinalveti, Roio del Sangro, Rosello, Schiavi d’Abruzzo e Torrebruna.

Art 2
Nomina Commissario

Al fine di pervenire alla definizione dei rapporti successori tra le Comunità Montane Medio Sangro, Valsangro, Medio Vastese, Alto Vastese ed il Comune di Pennadomo e la Comunità Montana denominata “Montagna sangro Vastese” nonché, tra la Comunità Montana Valsangro ed i Comuni di Archi, Atessa, Bomba, Colledimezzo, Pietraferrazzana, Tornareccio e Villa Santa Maria; la Comunità Montana Medio Vastese ed i Comuni di Carpineto Sinello, Casalanguida, Cupello, Dogliola, Fresagrandinaria, Furci, Gissi, Guilmi, Lentella, Liscia, Monteodorisio, Palmoli, San Buono, Scerni e Tuffillo; la Comunità Montana Alto Vastese ed i Comuni di Carunchio, Celenza sul Trigno e San Giovanni Lipioni è nominato Commissario, a decorrere dalla data di notifica del presente decreto, il Dr. INFANTINO Antonio.

Per l’incarico di Commissario non viene attribuito alcun compenso e sono riconosciute esclusivamente le spese effettivamente sostenute per l’espletamento dello stesso che faranno carico sul bilancio delle Comunità Montane Medio Sangro, Valsangro, Medio Vastese ed Alto Vastese.

Il Commissario per l’esercizio delle proprie funzioni si avvale degli uffici delle predette Comunità Montane.

Art. 3
Competenze del Commissario
e Piano di successione

Il Commissario assume i poteri degli organi delle Comunità Montane Medio Sangro, Valsangro, Medio Vastese ed Alto Vastese neces-

sari per gestire tutti i rapporti giuridici pendenti.

Dalla data di assunzione dell'incarico da parte del Commissario, gli organi delle Comunità Montane Medio Sangro, Valsangro, Medio Vastese ed Alto Vastese decadono dalle loro funzioni ed i componenti degli organi cessano dalle rispettive cariche.

Il Commissario provvede a svolgere tutte le attività necessarie per la definizione di tutti rapporti successori, ivi compresi quelli relativi al personale, ponendo in essere i relativi provvedimenti.

In particolare spetta al Commissario predisporre un documento ricognitivo:

- a) delle risorse umane, strumentali e patrimoniali delle Comunità Montane alla data di assunzione dell'incarico;
- b) di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi in essere alla data di assunzione dell'incarico;
- c) delle funzioni e dei servizi gestiti in forma associata dalle Comunità Montane, direttamente o indirettamente, unitamente al quadro economico finanziario degli stessi.

Il Commissario individua il personale dipendente a tempo indeterminato delle Comunità Montane appartenente alla dirigenza ed alle categorie del comparto regioni e autonomie locali, nonché i rapporti di lavoro a tempo determinato e gli altri contratti di lavoro atipici.

Definisce la dotazione organica della Comunità Montana "Montagna Sangro Vastese" tenendo conto, in particolare, delle funzioni e dei servizi che la stessa dovrà svolgere e delle risorse di cui dovrà disporre, adoperandosi per il contenimento dei costi e la razionalizzazione della spesa configurando una struttura organizzativa sostenibile.

Predisporre, nel rispetto della normativa vigente e tenuto conto delle previsioni di cui all'articolo 20 comma 6 della L.R. 10/2008 come modificato dall'articolo 27 della L.R.

6/2009, una proposta di ricollocazione del personale a tempo indeterminato mediante assegnazione alla Comunità Montana "Montagna Sangro Vastese", fino a decorrenza del numero di unità lavorative strettamente necessarie al funzionamento della stessa. In caso di impossibilità di assorbimento di alcuni lavoratori, il Commissario propone la ricollocazione dei medesimi presso enti terzi, facendo conoscere l'esito di eventuali accordi espressi assunti con gli stessi anche in esito all'espletamento delle procedure previste dalla normativa vigente.

Predisporre ed adotta altresì i documenti amministrativi e contabili per l'avvio della Comunità Montana "Montagna Sangro Vastese".

Entro il 30 novembre 2010 il Commissario trasmette al Presidente della Giunta Regionale, per il tramite della Direzione Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive, la proposta di ricollocazione del personale ed una relazione aclarante i rapporti giuridici, attivi e passivi, da trasferire alla Comunità Montana "Montagna Sangro Vastese".

Il Commissario, in relazione ai Comuni di Archi, Atesa, Bomba, Colledimezzo, Pietraferazzana, Tornareccio e Villa Santa Maria, Carpineto Sinello, Casalanguida, Cupello, Dogliola, Fresagrandinaria, Furci, Gissi, Guilmi, Lentella, Liscia, Monteodorisio, Palmoli, San Buono, Scerni, Tuffillo, Carunchio, Celenza sul Trigno e San Giovanni Lipioni, non inclusi nell'ambito territoriale della nuova Comunità Montana "Montagna Sangro Vastese" né in ambiti territoriali di altre Comunità Montane, provvede ad accertare l'esistenza di rapporti giuridici, attivi e passivi, da trasferire ai Comuni medesimi, dandone indicazione nella relazione anzidetta ed assicurando la continuità amministrativa fino all'adozione del decreto di cui al successivo articolo 4.

La Direzione Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive può indicare eventuali adempimenti da porre in essere per l'in-

tegrazione o modifica del Piano di successione.

Il Commissario relaziona mensilmente al Presidente della Giunta Regionale per il tramite dell'Assessore alle Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive, sull'attività svolta, trasmettendo copia degli atti adottati.

Il Commissario può essere sostituito in caso di inerzia o di inadempimento agli obblighi previsti dal presente decreto.

Art. 4

Disciplina dei rapporti successori

Il Presidente della Giunta Regionale, con successivo decreto, approva il Piano di successione e disciplina i rapporti successori, ai sensi dell'articolo 20, comma 6 della L.R. 10/2008, fra le Comunità Montane Medio Sangro, Valsangro, Medio Vastese, Alto Vastese ed il Comune di Pennadomo e la Comunità Montana denominata "Montagna sangro Vastese" nonché, tra la Comunità Montana Valsangro ed i Comuni di Archi, Atessa, Bomba, Colledimezzo, Pietraferazzana, Tornareccio e Villa Santa Maria; la Comunità Montana Medio Vastese ed i Comuni di Carpineto Sinello, Casalanguida, Cupello, Dogliola, Fresagrandinaria, Furci, Gissi, Guilmi, Lentella, Liscia, Monteodorisio, Palmoli, San Buono, Scerni e Tuffillo; la Comunità Montana Alto Vastese ed i Comuni di Carunchio, Celenza sul Trigno e San Giovanni Lipioni.

Il medesimo decreto indica la data dalla quale cessano di esistere le Comunità Montane Medio Sangro, Valsangro, Medio Vastese, Alto Vastese e si avvia la costituita Comunità Montana "Montagna Sangro Vastese".

Art. 5

Organi

I Comuni facenti parte della Comunità Montana denominata "Montagna Sangro Vastese" procedono entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente decreto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*, all'elezione dei propri rappresentanti in seno al Consiglio della Comu-

nità Montana medesima, secondo le modalità previste nei propri statuti.

Trascorso inutilmente tale termine, si considera rappresentante del Comune inadempiente il Sindaco.

Art. 6

Statuto

Il termine assegnato per l'approvazione dello statuto della Comunità Montana "Montagna Sangro Vastese", è fissato in 60 giorni decorrenti dalla data fissata dal decreto di cui all'articolo 2 del presente provvedimento.

Qualora il Consiglio comunitario alla suddetta data non abbia approvato lo statuto, trova applicazione l'articolo 9, commi 5 e 6 della L.R. 27.06.2008, n. 10.

Art. 7

Disposizioni transitorie

Nelle more dell'approvazione dello Statuto della Comunità Montana "Montagna Sangro Vastese", la sede provvisoria della stessa è individuata nell'attuale sede della Comunità Montana Medio Sangro che, nell'assetto territoriale di cui alla tabella B allegata alla L.R. 27.06.2008, n. 10, risulta avere la maggiore superficie inclusa nella nuova Comunità Montana "Montagna Sangro Vastese".

Fino all'elezione dei nuovi organi, alla Comunità Montana "Montagna Pescaraese" si applica lo statuto della Comunità Montana Maiella e Morrone che, nell'assetto territoriale di cui alla tabella B allegata alla L.R. 27.06.2008, n. 10, risulta avere la maggiore superficie.

Art. 8

Notifica

Il presente decreto è notificato, a cura del Servizio "Sistemi Locali e Programmazione dello Sviluppo Montano" della Direzione "Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive", al Commissario ed ai legali

rappresentanti di tutti gli enti interessati dal medesimo.

Art. 9
Pubblicazione

Il presente decreto è pubblicato per estratto

sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* a cura della Direzione Affari della Presidenza.

L'Aquila, li 2.8.2010

IL PRESIDENTE
Dr. Giovanni Chiodi

DETERMINAZIONI

Direttoriali

**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA,
POLITICHE LEGISLATIVE E
COMUNITARIE, PROGRAMMAZIONE,
PARCHI, TERRITORIO, VALUTAZIONI
AMBIENTALI, ENERGIA
SERVIZIO POLITICA ENERGETICA,
QUALITA' DELL'ARIA E SINA**

**AUTORIZZAZIONE AVENTE VALORE DI
AIA 30.06.2010, n. 63/132:**

**Comma 1 art. 9 Decreto Legislativo 18
Febbraio 2005, n. 59 – “Autorizzazione aven-
te valore di Autorizzazione Integrata Am-
bientale”. DITTA: Dell’Aventino srl – Sede
impianto: SP Pedemontana n. 8 – Fossacesia
(CH) – Attività svolta: produzione mangimi
per uso zootecnico – Codice IPPC: 6.4 b).**

**L’AUTORITA’ COMPETENTE
D.G.R. n. 58 del 13 febbraio 2004**

Omissis

RILASCIA

per tutto quanto esposto in premessa che qui
si intende integralmente riportato e trascritto, ed
in particolare della dichiarazione della ditta
nota prot. reg. n. 3739/EN/AIA

Art. 1

**AUTORIZZAZIONE AVENTE VALORE DI
AUTORIZZAZIONE INTEGRATA AMBIENTALE**
Comma 1 art. 9 del D.Lgs. 18 febbraio 2005 n. 59

alla Ditta Dell’Aventino srl nella persona del Legale Rappresentante pro-tempore, per
l’esercizio dell’impianto di produzione di mangimi per uso zootecnico sito in via SP
Pedemontana n.8 del Comune di Fossacesia (CH).

Art. 2

L’autorizzazione ha la durata massima di 1 anno a decorrere dalla data di emanazione del
presente provvedimento ovvero fino al rilascio dell’autorizzazione integrata ambientale, nel
caso in cui questa venga rilasciata prima dello scadere dell’anno.

Art. 3

La presente “Autorizzazione avente valore di AIA” proroga le autorizzazioni
precedentemente rilasciate nel rispetto di tutte le prescrizioni, condizioni, obblighi e limiti ivi
previsti.

Art. 4

La presente “Autorizzazione avente valore di AIA” è vincolata all’esito delle procedure di
valutazione ambientale, pertanto la ditta è tenuta al rispetto di tutte le prescrizioni ivi
contenute che si intendono ricomprese nell’Autorizzazione Integrata Ambientale.

Art. 5

Il Gestore è tenuto al rispetto di tutte le prescrizioni, condizioni, obblighi e limiti o altro
adempimento comunque denominato, contenuto nelle autorizzazioni precedentemente
rilasciate e nel piano di monitoraggio e controllo allegato.

Art. 6

La violazione degli obblighi di cui agli artt. 3 e 4 comporta l’adozione dei provvedimenti
riportati all’art.11 comma 9 e delle sanzioni di cui all’art. 16 del D. Lgs. 59/2005.

Art. 7

- In caso di modifica dell’impianto si applica quanto disposto ai commi da 1, 2 e 3 dell’art. 10
del D. Lgs 59/05;
- Decorati i 60 giorni dalla ricezione della dichiarazione di non sostanzialità delle modifiche
all’impianto richieste, fermo restando quanto disposto al comma 2 art.10 del D.lgs 59/05, il
Gestore può procedere alla realizzazione delle opere stesse, previa comunicazione all’autorità
competente;
- Resta fermo che l’attivazione di nuove emissioni deve essere autorizzata nel rispetto della
normativa vigente e che pertanto l’autorizzazione avente valore di AIA rilasciata sarà
integrata e/o modificata;
- Nel caso di variazione della titolarità della Gestione dell’Impianto deve essere data
comunicazione all’Autorità Competente secondo le modalità previste dalla DGR n. 862 del
13.08.2007;

Art. 8

Sono fatte salve le norme, i regolamenti comunali, le autorizzazioni in materia di urbanistica e
paesaggistica prevenzione incendi, sicurezza e tutte le altre disposizioni di pertinenza, anche
se non espressamente indicate nel presente atto e previste dalle normative vigenti.
Il gestore deve rispettare le vigenti normative in materia di tutela ambientale per tutti gli
aspetti, le prescrizioni e le disposizioni non altrimenti regolamentate dal presente atto.

Art. 9

L’Autorità Competente per tutti gli aspetti ambientali ricompresi dalla presente autorizzazione
è la Direzione Affari Della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie,
Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia via Passolanciano 75 –
65124 Pescara così come previsto dalla D.G.R. n. 310 del 29 giugno 2009.

Art. 10

Il presente provvedimento proroga ai sensi dell’art. 9 comma 1 del D.Lgs 59/05 le
autorizzazioni elencate nell’Allegato II del D.Lgs 59/05.

Art. 11

L’Autorità preposta al controllo ai sensi del comma 3 art. 11 D.Lgs. 59/05 è l’ARTA
Abruzzo.

Art. 12

- a) Il presente provvedimento viene trasmesso alla ditta Dell’Aventino srl sede legale SP
Pedemontana n.8 del Comune di Fossacesia (CH) nella persona del Legale Rappresentante
pro-tempore;
- b) Il Responsabile del Procedimento mette a disposizione per la consultazione da parte del
pubblico, copia del presente provvedimento e copia degli esiti dei controlli analitici delle
emissioni, presso l’Ufficio Attività Tecniche Ecologiche del Servizio “Servizio Politica
Energetica, Qualità dell’Aria e SINA” della Direzione Affari Della Presidenza, Politiche
Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali,
Energia, con sede in Pescara, Via Passolanciano n. 75, come da art. 5 comma 15 e art. 11
comma 8 del D.Lgs. 59/05;
- c) Il Responsabile del Procedimento trasmette copia conforme del presente provvedimento ai
soggetti coinvolti nel procedimento autorizzatorio e provvede ad inviare la BURA
l’avviso relativo all’autorizzazione rilasciata ai fini della pubblicazione;

Contro il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale al competente Tribunale
Amministrativo Regionale entro sessanta giorni o ricorso straordinario al Capo dello Stato
entro centoventi giorni dalla data di rilascio dello stesso.

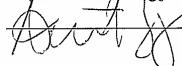
L’ESTENSORE
(Dott.ssa Iris Flacco)



IL RESPONSABILE DEL
PROCEDIMENTO
(Dott.ssa Iris Flacco)



L’AUTORITA’
COMPETENTE
(Arch. Antonio Sofri)



Pescara, 30 luglio 2010

Novo D. A. E. T.

DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA,
POLITICHE LEGISLATIVE E
COMUNITARIE, PROGRAMMAZIONE,
PARCHI, TERRITORIO, VALUTAZIONI
AMBIENTALI, ENERGIA
*SERVIZIO POLITICA ENERGETICA,
QUALITA' DELL'ARIA E SINA*

PROVVEDIMENTO/A.I.A. 30.06.2010, n. 164/118:

Decreto Legislativo 18 Febbraio 2005, n. 59 – Autorizzazione Integrata Ambientale.
DITTA: Trigno Energy srl. Sede impianto: Zona Industriale Piane Sant'Angelo – San Salvo, 66050 (CH). Attività svolta: impianto di cogenerazione. Codice IPPC: 1.1 – Impianti di combustione con una potenza termica di combustione di oltre 50 MW.

**L'AUTORITA' COMPETENTE
D.G.R. n. 310 del 29 giugno 2009**

Omissis

RILASCIA

per tutto quanto esposto in premessa che qui si intende integralmente riportato e trascritto,

Art. 1

AUTORIZZAZIONE INTEGRATA AMBIENTALE
art. 5 del D.Lgs. 18 febbraio 2005 n. 59

alla Ditta **Trigno Energy srl**, di seguito denominata Gestore, con sede legale nel Comune di San Salvo (CH), zona industriale, nella persona del Legale Rappresentante pro-tempore, per l'esercizio dell'impianto di cogenerazione per la produzione di energia, per una potenzialità massima di produzione di 694,56 MWh/giorno di energia elettrica e 289,46 MWh di energia termica.

Art. 2

La presente autorizzazione è concessa, ai sensi dell'art. 9 comma 3 del D.Lgs. 59/05, per un periodo di 6 (sei) anni a decorrere dalla data di comunicazione del presente provvedimento mediante consegna a mano al Legale Rappresentante o suo delegato. Successive modifiche degli impianti, rinnovi e riesame costituiscono modifiche al presente provvedimento;

Omissis

Art. 17

- a) Il presente provvedimento viene redatto in numero due originali, di cui uno viene comunicato, ai sensi di legge, alla ditta **Trigno Energy srl**, di seguito denominata Gestore, con sede legale nel Comune di San Salvo (CH), Zona industriale, nella persona del Legale Rappresentante pro-tempore;
- b) Il Responsabile del Procedimento mette a disposizione per la consultazione da parte del pubblico, copia del presente provvedimento e copia degli esiti dei controlli analitici delle emissioni, presso l'Ufficio Attività Tecniche Ecologiche del Servizio "Politica Energetica, Qualità dell'Aria, SINA" della Direzione Affari Della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia con sede in Pescara, Via Passolanciano n. 75, come da art. 5 comma 15 e art. 11 comma 8 del D.Lgs. 59/05;
- c) Il Responsabile del Procedimento trasmette copia conforme del presente provvedimento ai soggetti coinvolti nel procedimento autorizzatorio e al BURA per la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, relativamente all'oggetto e agli artt. 1 e 2 del dispositivo del presente provvedimento.

Contro il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale al competente Tribunale Amministrativo Regionale entro sessanta giorni o ricorso straordinario al Capo dello Stato entro centoventi giorni dal rilascio del presente provvedimento.

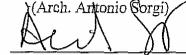
L'ESTENSORE
(Renzo Nicolino Aride)



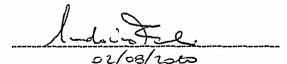
IL RESPONSABILE DEL
PROCEDIMENTO
(Dott.ssa Iris Fallico)



L'AUTORITA'
COMPETENTE
(Arch. Antonio Sorgi)



Firma e data per ricevuta della presente Autorizzazione Integrata Ambientale da parte del Legale Rappresentante pro-tempore o suo delegato:



Dirigenziali

DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA,
POLITICHE LEGISLATIVE E
COMUNITARIE, PROGRAMMAZIONE,
PARCHI, TERRITORIO, VALUTAZIONI
AMBIENTALI, ENERGIA
*SERVIZIO POLITICA ENERGETICA,
QUALITA' DELL'ARIA E SINA*

DETERMINAZIONE 28.07.2010, n. DA13/232,
PROVVEDIMENTO/VOLTURA AUTORIZ-
ZAZIONE UNICA 29.01.2008, n. 15:

**Variazione della parziale titolarità
dell'Autorizzazione Unica n. 15 del 29.01.08
rilasciata alla Società W.T.E. 2 S.r.l. e 8.2
Energia S.r.l., a favore della società Pescina
Wind s.r.l. per la sola parte relativa alla 8.2
Energia S.r.l. Società: Pescina Wind S.r.l. –
Via Gramsci n. 14 – 00197 Roma.**

L'AUTORITA' COMPETENTE
(D.G.R. 351 del 12/04/2007 e s.m.i.)

Omissis

DETERMINA

per tutto quanto esposto in premessa che in
questa sede si intende riportato:

Art. 1

- a) di volturare la parziale titolarità dell'Au-
torizzazione Unica n. 15, rilasciata con De-
terminazione Dirigenziale n. DN2/12 del
29/01/2008, in favore della Pescina Wind
s.r.l. con sede legale in Via Gramsci, 14 a
Roma, fermo restando la titolarità in capo a
W.T.E. 2 s.r.l..

Omissis

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott.ssa Iris Flacco

DIREZIONE LL.PP. - SERVIZIO IDRICO

INTEGRATO - GESTIONE INTEGRATA
DEI BACINI IDROGRAFICI – DIFESA
DEL SUOLO E DELLA COSTA
*SERVIZIO GENIO CIVILE REGIONALE
SEDE L'AQUILA*

DETERMINAZIONE 21.07.2010, n. DC13/71:
**T.U. 11.12.1993, n. 1775 - Fiume Gizio -
Comune di Pettorano sul Gizio - Concessione
di derivazione d'acqua di litri/secondo medi
300 per uso promiscuo (ovvero per consumo
umano e idroelettrico) con potabile uso pre-
valente – ditta: G.I.S.A. S.r.l. – Domanda 30
giugno 2009 prot. n. 23.**

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Vista la domanda, pervenuta in data 6 luglio
2009 della ditta G.I.S.A. S.r.l. con sede in Via
Carrese, n. 32 - 67039 Sulmona, corredata di
progetto a firma dell'Ing. Andrea Fantini, ten-
dente ad ottenere la concessione per derivare
acqua pubblica, dal fiume Gizio in Comune di
Pettorano sul Gizio, nella misura di li-
tri/secondo massimi 400 e medi 300 per uso
promiscuo ovvero per consumo umano e per uso
idroelettrico, con idropotabile uso prevalente;

Preso atto dei seguenti pareri:

1. parere favorevole espresso dall'Autorità dei
Bacini di Rilievo Regionale dell'Abruzzo e
del Bacino Interregionale del fiume Sangro
con nota n. RA/50662 del 18/03/2010;
2. parere favorevole della A.S.L.1 Avezzano-
Sulmona-L'Aquila con nota 27 maggio
2010, n. 0042399;
3. con nota 23/12/2009, n. RA/156616 dello
scrivente Servizio è stato richiesto il parere
dell'Autorità Concedente Regionale (Dire-
zione LL.PP.) ai sensi dell'art.13 del Rego-
lamento emanato con D.P.G.R. 13 agosto
2007, n. 3, considerato che nel termine di
giorni 40 non è intervenuta alcuna pronun-
cia, il parere si intende espresso in senso fa-
vorevole come previsto dal 2° capoverso del

citato art. 13;

Visto l'art. 14 del Regolamento regionale n. 3/Reg del 13.08.2007;

ORDINA

che la domanda pervenuta in data 6 luglio 2009 della G.I.S.A. S.r.l. con sede in Via Carrese b, n. 32 - 67039 Sulmona sia depositata, unitamente agli atti di progetto, presso il Servizio del Genio Civile Regionale di L'Aquila - Via Verzieri loc.tà Preturo - 67100 L'Aquila - per la durata di giorni trenta consecutivi, a decorrere dal **30 luglio 2010** a disposizione di chiunque intenda prenderne visione dalle ore 9 alle ore 12 nei giorni dal Lunedì al Venerdì.

Copia della presente Ordinanza sarà affissa per 30 giorni consecutivi, a decorrere dalla suddetta data, all'Albo Pretorio dei Comuni di Pettorano sul Gizio, Sulmona e Pratola Peligna.

Inoltre la medesima ordinanza sarà pubblicata sul *B.U.R.A.*.

Ai fini dell'ammissione in concorrenzialità di altre domande tecnicamente incompatili con quella in pubblicazione, sono considerate valide tutte quelle acquisite agli atti del Servizio precedente entro trenta giorni dalla data di pubblicazione dell'ordinanza sul *B.U.R.A.*

Le osservazioni e le opposizioni al rilascio della concessione, da parte di titolari di interessi pubblici o privati nonché di portatori di interessi diffusi, costituiti in associazioni o comitati cui possa derivare un pregiudizio, devono pervenire in forma scritta al Servizio Procedente entro trenta giorni dalla data di pubblicazione dell'ordinanza di istruttoria sul *B.U.R.A.*, ovvero entro il termine di trenta giorni decorrente dalla scadenza della data di pubblicazione della predetta ordinanza all'Albo Pretorio dei Comuni interessati, qualora più favorevole all'istante.

Copia della presente ordinanza sarà comunicata:

- al Comando Militare Esercito "Abruzzo"

Ufficio Logistico e Servitù Militari - Caserma Pasquali Campomizzi S.S. 80,n. 1 - 67100 L'Aquila;

- alla Giunta Regionale d'Abruzzo - Direzione Regionale LL.PP. Via Salaria Antica Est n.27 -67100 L'Aquila;
- alla Regione Abruzzo Direzione LL.PP. - Servizio Acque e Demanio Idrico - Via Salaria Antica Est n. 27- 67100 L'Aquila ;
- al Segretario dell'Autorità dei Bacini di Rilievo Regionale dell'Abruzzo e del Bacino Interregionale del Fiume Sangro- Via Verzieri Fraz.ne Preturo - 67100 L'Aquila;
- all'Amministrazione Provinciale di L'Aquila - Settore Politiche Ambientali e Sviluppo Territoriale - Servizio Genio Civile - loc.tà Pile - 67100 L'Aquila;
- al Consorzio di Bonifica Interno "Bacino Aterno e Sagittario" - Via Trieste n. 63 - 67035 Pratola Peligna (Aq);
- alla ditta G.I.S.A. s.r.l. - Via Carrese, n. 32 67039 Sulmona;
- al Comune di Sulmona;
- al Comune di Pettorano sul Gizio;
- al Comune di Pratola Peligna;
- al *B.U.R.A.* - Via Salaria Antica Est n. 27 - 67100 L'Aquila;

La conferenza di servizi, di cui all'art. 19 del Regolamento 3\Reg ed alla quale potrà intervenire chiunque ne abbia interesse, è fissata per il giorno **26 ottobre 2010** alle ore **10.30** con ritrovo presso la sede della G.I.S.A. s.r.l. fissata in Via dell'Industria ex stabilimento Finmek - 67039 Sulmona per poi procedere alla visita locale di istruttoria nei luoghi interessati alla derivazione.

Il procedimento si concluderà entro il termine di cui all'art. 43, con provvedimento espresso a cura dell'Autorità Concedente - Direttore della Direzione Regionale preposta alla gestione e tutela della risorsa acqua. Nel caso di

mancata conclusione del procedimento nei termini previsti il richiedente potrà ricorrere al Tribunale Amministrativo Regionale competente ai sensi dell'art. 2, comma 4 bis, della l. 241/1990 e s.m.i.

Detta pubblicazione, ai sensi e per gli effetti del comma 3 dell'art. 8 della l. 241/90, costituisce comunicazione di avvio del procedimento di rilascio della concessione in oggetto.

Il Responsabile del Procedimento è il Dott. Ing. Mauro Lepidi
tel. 0862/364507 fax 0862/364557
e mail mauro.lepidi @ regione.abruzzo.it.

IL DIRIGENTE
DEL SERVIZIO PROCEDENTE
Dott. Ing. Italo Fabbri

DIREZIONE LL.PP. - SERVIZIO IDRICO
INTEGRATO - GESTIONE INTEGRATA
DEI BACINI IDROGRAFICI - DIFESA
DEL SUOLO E DELLA COSTA
*SERVIZIO GENIO CIVILE REGIONALE
SEDE PESCARA*

DETERMINAZIONE 29.07.2010, n. DC15/103:

Ordinanza di istruttoria. Oggetto: ATO n. 4 Pescara. Ordinanza di istruttoria per la domanda di concessione, ai sensi dell'art. 17 T.U. n.1775/1933, tendente a derivare le acque ad uso potabile provenienti dalla Sorgente "Cigno 1" posta nel Comune di Brittoli per una quantità pari a mod. 0,001 (l/s 0,1).

IL SERVIZIO PROCEDENTE

Vista la domanda di concessione in sanatoria prot. 6012 del 26.11.1999 presentata dall'ACA Val Pescara - Tavo - Foro, ai sensi dell'art. 17 del T.U. 11.12.1933 n. 1775, tendente ad ottenere la concessione per derivare acqua per uso potabile proveniente dalla Sorgente "Cigno 1" posta nel Comune di Brittoli, per una quantità pari a mod.0,001 (l/s 0,1);

Vista la Determina DN16/182 del 25.5.2006 che autorizza l'esercizio provvisorio della derivazione di acqua per uso potabile proveniente dalla Sorgente "Cigno 1", nel Comune di Brittoli, per una quantità pari a mod. 0,001 (l/s 0,1);

Vista la nota presentata in data 25.2.2010, prot. 696, dall'ATO n. 4 Pescara con cui sono stati trasmessi gli elaborati necessari e la ricevuta del versamento delle spese di istruttoria;

Preso atto dei seguenti pareri:

1. parere favorevole espresso ai sensi dell'art. 13 comma 1 del Regolamento regionale n. 3/Reg. del 13.08.2007 dall'Autorità dei Bacini di Rilievo Regionale dell'Abruzzo e del Bacino Interregionale del Fiume Sangro con nota prot. n. RA/127512 del 5.7.2010;
2. parere favorevole dell'Autorità Concedente Regionale (Direzione LL.PP.) ai sensi dell'art. 13 comma 3 lettera b del Regolamento regionale n. 3/Reg. del 13.08.2007 per decorrenza dei termini;

Visto l'art. 14 del Regolamento Regionale n. 3/Reg. del 13.08.2007;

ORDINA

che la domanda dell'ATO n. 4 Pescara, acquisita agli atti di questo Servizio al prot. 476 del 26.2.2010, sia depositata unitamente agli atti di progetto presso il Servizio del Genio Civile Regionale di Pescara, sito nel Comune di Pescara in via Catullo n. 2, per la durata di giorni trenta consecutivi a decorrere dal 09/08/2010, a disposizione di chiunque intenda prenderne visione dalle ore 10.00 alle ore 13.00 nei giorni dal lunedì al venerdì.

Una copia degli elaborati progettuali è depositata anche presso il Comune di Brittoli a disposizione di chiunque intenda prenderne visione.

Copia della presente Ordinanza sarà affissa

per trenta giorni consecutivi, a decorrere dalla suddetta data, all'Albo Pretorio del Comune di Brittoli.

Inoltre la medesima ordinanza sarà pubblicata sul *B.U.R.A.* ed inserita nel sito web della Regione Abruzzo.

Ai fini dell'ammissione in concorrenzialità di altre domande tecnicamente incompatibili con quella in pubblicazione, sono considerate valide tutte quelle acquisite agli atti del Servizio Procedente entro trenta giorni dalla data di pubblicazione dell'ordinanza sul *B.U.R.A.*

Le osservazioni e le opposizioni al rilascio della concessione, da parte di titolari di interessi pubblici o privati nonché di portatori di interessi diffusi costituiti in associazioni o comitati cui possa derivare un pregiudizio, devono pervenire in forma scritta al Servizio Procedente entro trenta giorni dalla data di pubblicazione dell'ordinanza di istruttoria sul *B.U.R.A.*, ovvero entro il termine di trenta giorni decorrente dalla scadenza della data di pubblicazione della predetta ordinanza all'Albo Pretorio dei Comuni interessati, qualora più favorevole all'istante.

Copia della presente ordinanza sarà comunicata:

- al Comando Militare Esercito "Abruzzo";
- alla Giunta Regionale d'Abruzzo - Direzione LL.PP.;
- al Segretario dell'Autorità di Bacino della Regione Abruzzo;
- alla Provincia di Pescara;
- al Comune di Brittoli;
- all'A.T.O. n. 4 Pescara;
- all'A.C.A.

La conferenza di servizi, di cui all'art. 19, comma 3, del Regolamento 3/Reg. del 13.08.2007, alla quale potrà intervenire chiunque ne abbia interesse, è fissata per il giorno 28/09/2010 alle ore 10.00 presso la sede del

Servizio del Genio Civile Regionale di Pescara in Via Catullo 2.

Il procedimento si concluderà entro il termine di cui all'art. 43 del Regolamento n. 3/Reg. del 13.08.2007 con provvedimento espresso a cura dell'Autorità Concedente DIREZIONE LL.PP..

Nel caso di mancata conclusione del procedimento nei termini previsti il richiedente potrà ricorrere al Tribunale Amministrativo Regionale competente ai sensi dell'art. 2, comma 4 bis, della l. 241/1990 e s.m.i..

Detta pubblicazione, ai sensi e per gli effetti del comma 3 dell'art. 8 della l. 241/90, costituisce comunicazione di avvio del procedimento di rilascio della concessione in oggetto.

Il Responsabile del Procedimento è il Sig. Ing. Maurizio Pagliaro tel. 085/65341 int. 124 fax 085/4518770 - email: maurizio.pagliaro@regione.abruzzo.it.

IL DIRIGENTE
DEL SERVIZIO PROCEDENTE
Ing. Emidio Primavera

DIREZIONE LL.PP. - SERVIZIO IDRICO
INTEGRATO - GESTIONE INTEGRATA
DEI BACINI IDROGRAFICI - DIFESA
DEL SUOLO E DELLA COSTA
*SERVIZIO GENIO CIVILE REGIONALE
SEDE PESCARA*

DETERMINAZIONE 29.07.2010, n. DC15/104:

Ordinanza di istruttoria. Oggetto: ATO n. 4 Pescara. Ordinanza di istruttoria per la domanda di concessione, ai sensi dell'art. 17 T.U. n. 1775/1933, tendente a derivare le acque ad uso potabile provenienti dalla Sorgente "Festina" posta nel Comune di Civitella Casanova per una quantità pari a mod. 0,005 (l/s 0,5).

IL SERVIZIO PROCEDENTE

Vista la domanda di concessione in sanatoria prot. 6031 del 26.11.1999 presentata dall'ACA Val Pescara - Tavo - Foro, ai sensi dell'art. 17 del T.U. 11.12.1933 n. 1775, tendente ad ottenere la concessione per derivare acqua per uso potabile proveniente dalla Sorgente "**Festina**" posta nel Comune di Civitella Casanova, per una quantità pari a mod. 0,005 (l/s 0,5);

Vista la Determina DN16/197 del 25.5.2006 che autorizza l'esercizio provvisorio della derivazione di acqua per uso potabile proveniente dalla Sorgente "**Festina**", nel Comune di Civitella Casanova, per una quantità pari a mod. 0,005 (l/s 0,5);

Vista la nota presentata in data 25.2.2010, prot. 690, dall'ATO n. 4 Pescara con cui sono stati trasmessi gli elaborati necessari e la ricevuta del versamento delle spese di istruttoria;

Preso atto dei seguenti pareri:

1. parere favorevole espresso ai sensi dell'art. 13 comma 1 del Regolamento regionale n.3/Reg. del 13.08.2007 dall'Autorità dei Bacini di Rilievo Regionale dell'Abruzzo e del Bacino Interregionale del Fiume Sangro con nota prot. n. RA/127512 del 5.7.2010;
2. parere favorevole dell'Autorità Concedente Regionale (Direzione LL.PP.) ai sensi dell'art.13 comma 3 lettera b del Regolamento regionale n. 3/Reg. del 13.08.2007 per decorrenza dei termini;

Visto l'art. 14 del Regolamento Regionale n. 3/Reg. del 13.08.2007;

ORDINA

che la domanda dell'ATO n.4 Pescara, acquisita agli atti di questo Servizio al prot. 469 del 26.2.2010, sia depositata unitamente agli atti di progetto presso il Servizio del Genio Civile Regionale di Pescara, sito nel Comune di Pescara in via Catullo n. 2, per la durata di giorni trenta consecutivi a decorrere dal

09/08/2010, a disposizione di chiunque intenda prenderne visione dalle ore 10.00 alle ore 13.00 nei giorni dal lunedì al venerdì.

Una copia degli elaborati progettuali è depositata anche presso il Comune di Civitella Casanova a disposizione di chiunque intenda prenderne visione.

Copia della presente Ordinanza sarà affissa per trenta giorni consecutivi, a decorrere dalla suddetta data, all'Albo Pretorio del Comune di Civitella Casanova.

Inoltre la medesima ordinanza sarà pubblicata sul *B.U.R.A.* ed inserita nel sito web della Regione Abruzzo.

Ai fini dell'ammissione in concorrenzialità di altre domande tecnicamente incompatibili con quella in pubblicazione, sono considerate valide tutte quelle acquisite agli atti del Servizio Procedente entro trenta giorni dalla data di pubblicazione dell'ordinanza sul *B.U.R.A.*

Le osservazioni e le opposizioni al rilascio della concessione, da parte di titolari di interessi pubblici o privati nonché di portatori di interessi diffusi costituiti in associazioni o comitati cui possa derivare un pregiudizio, devono pervenire in forma scritta al Servizio Procedente entro trenta giorni dalla data di pubblicazione dell'ordinanza di istruttoria sul *B.U.R.A.*, ovvero entro il termine di trenta giorni decorrente dalla scadenza della data di pubblicazione della predetta ordinanza all'Albo Pretorio dei Comuni interessati, qualora più favorevole all'istante.

Copia della presente ordinanza sarà comunicata:

- al Comando Militare Esercito "Abruzzo";
- alla Giunta Regionale d'Abruzzo - Direzione LL.PP.;
- al Segretario dell'Autorità di Bacino della Regione Abruzzo;
- alla Provincia di Pescara;
- al Comune di Civitella Casanova;

- all'A.T.O. n. 4 Pescara;
- all'A.C.A.

La conferenza di servizi, di cui all'art. 19, comma 3, del Regolamento 3/Reg. del 13.08.2007, alla quale potrà intervenire chiunque ne abbia interesse, è fissata per il giorno 30/09/2010 alle ore 10.00 presso la sede del Servizio del Genio Civile Regionale di Pescara in Via Catullo 2.

Il procedimento si concluderà entro il termine di cui all'art. 43 del Regolamento n. 3/Reg. del 13.08.2007 con provvedimento espresso a cura dell'Autorità Concedente DIREZIONE LL.PP..

Nel caso di mancata conclusione del procedimento nei termini previsti il richiedente potrà ricorrere al Tribunale Amministrativo Regionale competente ai sensi dell'art. 2, comma 4 bis, della l. 241/1990 e s.m.i..

Detta pubblicazione, ai sensi e per gli effetti del comma 3 dell'art. 8 della l. 241/90, costituisce comunicazione di avvio del procedimento di rilascio della concessione in oggetto.

Il Responsabile del Procedimento è il Sig. Ing. Maurizio Pagliaro tel. 085/65341 int. 124 fax 085/4518770 - email: maurizio.pagliaro@regione.abruzzo.it.

IL DIRIGENTE
DEL SERVIZIO PROCEDENTE
Ing. Emidio Primavera

DIREZIONE LL.PP. - SERVIZIO IDRICO
INTEGRATO - GESTIONE INTEGRATA
DEI BACINI IDROGRAFICI - DIFESA
DEL SUOLO E DELLA COSTA
*SERVIZIO GENIO CIVILE REGIONALE
SEDE PESCARA*

DETERMINAZIONE 29.07.2010, n. DC15/105:

Ordinanza di istruttoria. Oggetto: ATO n. 4 Pescara. Ordinanza di istruttoria per

la domanda di concessione, ai sensi dell'art. 17 T.U. n. 1775/1933, tendente a derivare le acque ad uso potabile provenienti dalla Sorgente "S. Anello" posta nel Comune di Civitella Casanova per una quantità pari a mod. 0,005 (l/s 0,5).

IL SERVIZIO PROCEDENTE

Vista la domanda di concessione in sanatoria prot. 6030 del 26.11.1999 presentata dall'ACA Val Pescara - Tavo - Foro, ai sensi dell'art. 17 del T.U. 11.12.1933 n. 1775, tendente ad ottenere la concessione per derivare acqua per uso potabile proveniente dalla Sorgente "S. Anello" posta nel Comune di Civitella Casanova, per una quantità pari a mod. 0,005 (l/s 0,5);

Vista la Determina DN16/198 del 25.5.2006 che autorizza l'esercizio provvisorio della derivazione di acqua per uso potabile proveniente dalla Sorgente "S. Anello", nel Comune di Civitella Casanova, per una quantità pari a mod. 0,005 (l/s 0,5);

Vista la nota presentata in data 25.2.2010, prot 698, dall'ATO n. 4 Pescara con cui sono stati trasmessi gli elaborati necessari e la ricevuta del versamento delle spese di istruttoria;

Preso atto dei seguenti pareri:

1. parere favorevole espresso ai sensi dell'art. 13 comma 1 del Regolamento regionale n. 3/Reg. del 13.08.2007 dall'Autorità dei Bacini di Rilievo Regionale dell'Abruzzo e del Bacino Interregionale del Fiume Sangro con nota prot. n. RA/127512 del 5.7.2010;
2. parere favorevole dell'Autorità Concedente Regionale (Direzione LL.PP.) ai sensi dell'art. 13 comma 3 lettera b del Regolamento regionale n. 3/Reg. del 13.08.2007 per decorrenza dei termini;

Visto l'art. 14 del Regolamento Regionale n. 3/Reg. del 13.08.2007;

ORDINA

che la domanda dell'ATO n. 4 Pescara, acquisita agli atti di questo Servizio al prot. 477 del 26.2.2010, sia depositata unitamente agli atti di progetto presso il Servizio del Genio Civile Regionale di Pescara, sito nel Comune di Pescara in via Catullo n. 2, per la durata di giorni trenta consecutivi a decorrere dal 09/08/2010, a disposizione di chiunque intenda prenderne visione dalle ore 10.00 alle ore 13.00 nei giorni dal lunedì al venerdì.

Una copia degli elaborati progettuali è depositata anche presso il Comune di Civitella Casanova a disposizione di chiunque intenda prenderne visione.

Copia della presente Ordinanza sarà affissa per trenta giorni consecutivi, a decorrere dalla suddetta data, all'Albo Pretorio del Comune di Civitella Casanova.

Inoltre la medesima ordinanza sarà pubblicata sul *B.U.R.A.* ed inserita nel sito web della Regione Abruzzo.

Ai fini dell'ammissione in concorrenzialità di altre domande tecnicamente incompatibili con quella in pubblicazione, sono considerate valide tutte quelle acquisite agli atti del Servizio Procedente entro trenta giorni dalla data di pubblicazione dell'ordinanza sul *B.U.R.A.*

Le osservazioni e le opposizioni al rilascio della concessione, da parte di titolari di interessi pubblici o privati nonché di portatori di interessi diffusi costituiti in associazioni o comitati cui possa derivare un pregiudizio, devono pervenire in forma scritta al Servizio Procedente entro trenta giorni dalla data di pubblicazione dell'ordinanza di istruttoria sul *B.U.R.A.*, ovvero entro il termine di trenta giorni decorrente dalla scadenza della data di pubblicazione della predetta ordinanza all'Albo Pretorio dei Comuni interessati, qualora più favorevole all'istante.

Copia della presente ordinanza sarà comunicata:

- al Comando Militare Esercito "Abruzzo";
- alla Giunta Regionale d'Abruzzo - Direzione LL.PP.;
- al Segretario dell'Autorità di Bacino della Regione Abruzzo;
- alla Provincia di Pescara;
- al Comune di Civitella Casanova;
- all'A.T.O. n. 4 Pescara;
- all'A.C.A.

La conferenza di servizi, di cui all'art. 19, comma 3, del Regolamento 3/Reg. del 13.08.2007, alla quale potrà intervenire chiunque ne abbia interesse, è fissata per il giorno 30/09/2010 alle ore 10.00 presso la sede del Servizio del Genio Civile Regionale di Pescara in Via Catullo 2.

Il procedimento si concluderà entro il termine di cui all'art. 43 del Regolamento n. 3/Reg. del 13.08.2007 con provvedimento espresso a cura dell'Autorità Concedente DIREZIONE LL.PP..

Nel caso di mancata conclusione del procedimento nei termini previsti il richiedente potrà ricorrere al Tribunale Amministrativo Regionale competente ai sensi dell'art. 2, comma 4 bis, della l. 241/1990 e s.m.i..

Detta pubblicazione, ai sensi e per gli effetti del comma 3 dell'art. 8 della l. 241/90, costituisce comunicazione di avvio del procedimento di rilascio della concessione in oggetto.

Il Responsabile del Procedimento è il Sig. Ing. Maurizio Pagliaro tel. 085/65341 int. 124 fax 085/4518770 - email: maurizio.pagliaro@regione.abruzzo.it.

IL DIRIGENTE
DEL SERVIZIO PROCEDENTE
Ing. Emidio Primavera

DIREZIONE LL.PP. - SERVIZIO IDRICO

INTEGRATO - GESTIONE INTEGRATA
DEI BACINI IDROGRAFICI – DIFESA
DEL SUOLO E DELLA COSTA
SERVIZIO GENIO CIVILE REGIONALE
SEDE PESCARA

DETERMINAZIONE 29.07.2010, n. DC15/106:

Ordinanza di istruttoria. Oggetto: ATO n. 4 Pescara. Ordinanza di istruttoria per la domanda di concessione, ai sensi dell'art. 17 T.U. n. 1775/1933, tendente a derivare le acque ad uso potabile provenienti dalla Sorgente "Fonte Madonna" posta nel Comune di Civitella Casanova per una quantità pari a mod. 0,05 (l/s 5,0).

IL SERVIZIO PROCEDENTE

Vista la domanda di concessione in sanatoria prot. 6028 del 26.11.1999 presentata dall'ACA Val Pescara - Tavo - Foro, ai sensi dell'art. 17 del T.U. 11.12.1933 n. 1775, tendente ad ottenere la concessione per derivare acqua per uso potabile proveniente dalla Sorgente "Fonte Madonna" posta nel Comune di Civitella Casanova, per una quantità pari a mod. 0,05 (l/s 5,0);

Vista la Determina DN16/196 del 25.5.2006 che autorizza l'esercizio provvisorio della derivazione di acqua per uso potabile proveniente dalla Sorgente "Fonte Madonna", nel Comune di Civitella Casanova, per una quantità pari a mod. 0,05 (l/s 5,0);

Vista la nota presentata in data 25.2.2010, prot. 694, dall'ATO n. 4 Pescara con cui sono stati trasmessi gli elaborati necessari e la ricevuta del versamento delle spese di istruttoria;

Preso atto dei seguenti pareri:

1. parere favorevole espresso ai sensi dell'art. 13 comma 1 del Regolamento regionale n.3/Reg. del 13.08.2007 dall'Autorità dei Bacini di Rilievo Regionale dell'Abruzzo e del Bacino Interregionale del Fiume Sangro con nota prot. n. RA/127512 del 5.7.2010;

2. parere favorevole dell'Autorità Concedente Regionale (Direzione LL.PP.) ai sensi dell'art. 13 comma 3 lettera b del Regolamento regionale n. 3/Reg. del 13.08.2007 per decorrenza dei termini;

Visto l'art. 14 del Regolamento Regionale n. 3/Reg. del 13.08.2007;

ORDINA

che la domanda dell'ATO n.4 Pescara, acquisita agli atti di questo Servizio al prot. 473 del 26.2.2010, sia depositata unitamente agli atti di progetto presso il Servizio del Genio Civile Regionale di Pescara, sito nel Comune di Pescara in via Catullo n. 2, per la durata di giorni trenta consecutivi a decorrere dal 09/08/2010, a disposizione di chiunque intenda prenderne visione dalle ore 10.00 alle ore 13.00 nei giorni dal lunedì al venerdì.

Una copia degli elaborati progettuali è depositata anche presso il Comune di Civitella Casanova a disposizione di chiunque intenda prenderne visione.

Copia della presente Ordinanza sarà affissa per trenta giorni consecutivi, a decorrere dalla suddetta data, all'Albo Pretorio del Comune di Civitella Casanova.

Inoltre la medesima ordinanza sarà pubblicata sul *B.U.R.A.* ed inserita nel sito web della Regione Abruzzo.

Ai fini dell'ammissione in concorrenzialità di altre domande tecnicamente incompatibili con quella in pubblicazione, sono considerate valide tutte quelle acquisite agli atti del Servizio Procedente entro trenta giorni dalla data di pubblicazione dell'ordinanza sul *B.U.R.A.*

Le osservazioni e le opposizioni al rilascio della concessione, da parte di titolari di interessi pubblici o privati nonché di portatori di interessi diffusi costituiti in associazioni o comitati cui possa derivare un pregiudizio, devono pervenire in forma scritta al Servizio Procedente entro

trenta giorni dalla data di pubblicazione dell'ordinanza di istruttoria sul *B.U.R.A.*, ovvero entro il termine di trenta giorni decorrente dalla scadenza della data di pubblicazione della predetta ordinanza all'Albo Pretorio dei Comuni interessati, qualora più favorevole all'istante.

Copia della presente ordinanza sarà comunicata:

- al Comando Militare Esercito "Abruzzo";
- alla Giunta Regionale d'Abruzzo - Direzione LL.PP.;
- al Segretario dell'Autorità di Bacino della Regione Abruzzo;
- alla Provincia di Pescara;
- al Comune di Civitella Casanova;
- all'A.T.O. n. 4 Pescara;
- all'A.C.A.

La conferenza di servizi, di cui all'art. 19, comma 3, del Regolamento 3/Reg. del 13.08.2007, alla quale potrà intervenire chiunque ne abbia interesse, è fissata per il giorno 30/09/2010 alle ore 10.00 presso la sede del Servizio del Genio Civile Regionale di Pescara in Via Catullo 2.

Il procedimento si concluderà entro il termine di cui all'art. 43 del Regolamento n. 3/Reg. del 13.08.2007 con provvedimento espresso a cura dell'Autorità Concedente DIREZIONE LL.PP..

Nel caso di mancata conclusione del procedimento nei termini previsti il richiedente potrà ricorrere al Tribunale Amministrativo Regionale competente ai sensi dell'art. 2, comma 4 bis, della l. 241/1990 e s.m.i..

Detta pubblicazione, ai sensi e per gli effetti del comma 3 dell'art. 8 della l. 241/90, costituisce comunicazione di avvio del procedimento di rilascio della concessione in oggetto.

Il Responsabile del Procedimento è il Sig. Ing. Maurizio Pagliaro tel. 085/65341

int. 124 fax 085/4518770 -
email: maurizio.pagliaro@regione.abruzzo.it.

IL DIRIGENTE
DEL SERVIZIO PROCEDENTE
Ing. Emidio Primavera

DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL
LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE,
POLITICHE SOCIALI
*SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E
INNOVAZIONE DELLE POLITICHE ATTIVE DEL
LAVORO, FORMATIVE E SOCIALI.
GOVERNANCE. SISTEMA NORMATIVO*

DETERMINAZIONE 05.08.2010, n. DL22/38:

Avviso pubblico per la per la selezione dell'Organismo Intermedio a cui affidare la gestione della Sovvenzione Globale denominata: "Reti per l'accompagnamento all'inserimento socio-lavorativo di soggetti svantaggiati" - FO FSE Abruzzo 2007-2013 Obiettivo "Competitività regionale e Occupazione". Approvazione risultati valutazione di merito delle candidature.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

- 1) DI PRENDERE ATTO dei risultati del lavoro svolto dal Nucleo di valutazione, come da verbale di valutazione di merito del 28.07.2010, trasmesso, con nota prot. n. RA 146004DL/P/int. del 29/07/2010, al Servizio "Programmazione e Innovazione delle Politiche attive del lavoro, formative e sociali. Governance. Sistema Formativo", allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale. (**Allegato "A"**)
- 2) DI APPROVARE la graduatoria finale di merito di seguito riportata:

Graduatoria di merito finale				
N.	Mandataria	Soglia minima di idoneità	Idoneo	Punteggio Valutazione
1	Ernst&Young	700	SI	914
2	Eurobic Abruzzo e Molise SpA		SI	814

- 3) DI PROCEDERE ad Impegnare, con Imputazione sui pertinenti capitoli del bi-lancio 2010, che presentano la disponibilità la somma complessiva di € 8.481.912,00 (IVA inclusa), come di seguito specificato:

ASSE P.O. FSE 2007/2013	Categoria spesa	Importo	Cap. 52002- F.S.E. (40,35%)	Cap.52003- F.d.R. (59,65%)
Adattabilità	62 - 63 - 64	1.300.000,00	524.550,00	775.450,00
Occupabilità	68 - 70	1.200.000,00	484.200,00	715.800,00
Inclusione sociale	71 - 80	5.981.912,00	2.413.701,49	3.568.210,51
TOTALE		8.481.912,00	3.422.451,49	5.059.460,51

- 4) DI PROCEDERE alla notifica dell'avvenuta approvazione del progetto al soggetto posizionato al primo posto in graduatoria ed alla contestuale richiesta di trasmissione, entro dieci giorni, di documentazione idonea ad attestare le dichiarazioni sostitutive, rese ai sensi del DPR n. 445/2000, nonché, trattandosi di costituendo RTI/ATS, dell'atto di costituzione.
- 5) DI PROCEDERE, entro trenta giorni dal ricevimento, alla verifica dell'idoneità della succitata documentazione.
- 6) DI DARE ATTO che all'affidamento dell'intervento si procede successivamente, previa propedeutica stipula dell'Accordo tra Regione Abruzzo (Ad.G.) e Organismo Intermedio, in caso di valutazione positiva della ripetuta documentazione.
- 7) DI PROCEDERE, nel caso in cui il soggetto primo classificato non riesca a comprovare in modo idoneo le dichiarazioni rilasciate ai sensi del DPR n. 445/2000, allo scorrimento della graduatoria, stante la presenza di un ulteriore soggetto utilmente inserito in essa.
- 8) DI DISPORRE la pubblicazione del presente provvedimento nel *B.U.R.A* e nel sito: www.regione.abruzzo.it/fil.
- 9) DI TRASMETTERE copia del presente

provvedimento:

- al Direttore della Direzione P.AL.F.I.P.S., ai sensi dell'art. 16, comma 10, L. R., nr. 7/2002;
- alla Direzione "*Riforme Istituzionali - Enti locali - Bilancio - Attività sportive*" Servizio DB9 "*Ragioneria Generale*";
- al Servizio DL28 - "Coordinamento e Monitoraggio. Vigilanza, Controlli e Verifica Rendicontazione" della Direzione;
- alla Società Ernst&Young mandatari a del costituendo RTI/ ATS, classificatosi al primo posto in graduatoria;

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott. Germano De Sanctis

DIREZIONE PROTEZIONE
CIVILE - AMBIENTE
SERVIZIO GESTIONE DEI RIFIUTI

DETERMINAZIONE 30.07.2010, n. DR4/134:
D. Lgs. 03.04.2006, n. 152 e s.m.i.- D. Lgs. 24.06.2003, n. 209 e s.m.i. - L.R. 19.12.2007, n. 45 e s.m.i. - Centro di autodemolizione, recupero di materiali e rottamazione di veicoli a motore e/o loro parti "F.lli Anello

s.n.c.” -Via Vella n. 42 -66013 Chieti Scalo-
Ordinanza DF3/04 del 08.01.2002, rinnovata
con Determina Dirigenziale DN3/196 del
27.12.2007. APPROVAZIONE DEL PIANO
DI ADEGUAMENTO E MODIFICA
DETERMINAZIONE DN3/196 DEL
27.12.2007.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per le motivazioni espresse in premessa, che
qui si intendono integralmente riportate,

- 1) di approvare, ai sensi dell'art.15 del D. Lgs.
n. 209/03 e s.m.i., il Piano di Adeguamento
del Centro di autodemolizione, recupero di
materiali e rottamazione di veicoli a motore
e/o loro parti “**F.lli Anello s.n.c.**” -Via Vella
n. 42 -66013 Chieti Scalo- Ordinanza
DF3/04 del 08.01.2002, rinnovata con De-
termina Dirigenziale **DN3/196 del**
27.12.2007, e successive modifiche ed inte-
grazioni, così come risultante dalla docu-

mentazione presentata e, specificatamente:

Piano di adeguamento

- 1- *relazione tecnica con i seguenti allegati:*
 - *all. 1)catasto fabbricati e terreni
Comune di Chieti partt. 41 e 4321;*
 - *all. 2)comodato d'uso Fg. di mappa
44 partt. 4426 e 4516;*
 - *all. 3)realizzazione rete raccolta ac-
que ed impianto depurazione;*
 - *all. 4)realizzazione piazzale;*
 - *all. 5)particolari isola di bonifica;*
 - 2- *planimetria catastale;*
 - 3- *planimetria generale;*
 - 4- *dichiarazione di inesistenza vincoli;*
 - 5- *corografia ed elaborati planimetrici;*
 - 6- *certificato iscrizione CCIA;*
 - 7- *valutazione di impatto acustico;*
- 2) di stabilire che l'elenco dei **Codici CER in
ingresso** all'impianto di autodemolizione,
sono quelli di seguito riportati:

Attività di trattamento veicoli fuori uso (CER in ingresso e potenzialità annua):

CODICI CER (All.D,p. IV D.Lgs. n.152/06 e D.Lgs. n. 4/08)	DESCRIZIONE RIFIUTO	POTENZIALITA' Veicoli/anno Tipo di operazione (D15-R13)
16 01 04*	Veicoli fuori uso.	capacità massima di t/anno 2230,20 t (2520 veicoli/anno)
16 01 06	Veicoli fuori uso, non contenente né liquidi né altre componenti pericolose.	

- 3) di ritenere che, ai sensi dell'art. 45 della
L.R. n. 45/07 e delle direttive in materia di
varianti agli impianti di smaltimen-

to/recupero, l'attività di recupero del Codice
CER 16 01 17 non costituisce variante so-
stanziale, non comportando la stessa varia-

zioni gestionali per l'attività di autodemolizione;

- 4) di modificare l'elenco dei **Codici CER in uscita dall'impianto di autodemolizione**, autorizzato dalla Determinazione Dirigenziale n. DN3/196 del 27.12.2007, con il seguente elenco di rifiuti prodotti dalla messa

in sicurezza e dallo smantellamento dei veicoli fuori uso, conformemente all'elenco tipo dei rifiuti, come da Decisione 2000/532/CE del 3 maggio 2000, successivamente modificata dalla Decisione 2001/119/CE del 22 gennaio 2001, **pur ritenendo che lo stesso assuma valenza puramente indicativa e non restrittiva:**

13.01.09*	Oli minerali per circuiti idraulici, clorurati
13.01.10*	Oli minerali per circuiti idraulici, non clorurati
13.01.11*	Oli sintetici per circuiti idraulici
13.01.12*	Oli per circuiti idraulici facilmente biodegradabili
13.01.13*	Altri oli per circuiti idraulici
13.02.05*	Scarti di olio minerale per motori, ingranaggi e lubrificazione, non clorurati
13.02.06*	Scarti di olio sintetico per motori, ingranaggi e lubrificazione
13.02.07*	Olio per motori, ingranaggi e lubrificazione, facilmente biodegradabile
13.02.08*	Altri oli per motori, ingranaggi e lubrificazioni
13.05.06*	Oli prodotti dalla separazione olio/acqua
13.05.07*	Acque oleose prodotte dalla separazione olio/acqua
13.07.03*	Altri carburanti (comprese le miscele)
13.08.02*	Altre emulsioni
15.02.02*	Assorbenti, materiali filtranti (inclusi filtri dell'olio non specificati altrimenti), stracci, indumenti protettivi, contaminati da sostanze pericolose
16.01.03	Pneumatici fuori uso
16.01.07*	Filtri dell'olio
16.01.08*	Componenti contenenti mercurio
16.01.09*	Componenti contenenti PCB
16.01.10*	Componenti esplosivi (ad esempio "air bag")
16.01.11*	Pastiglie per freni, contenenti amianto
16.01.12	Pastiglie per freni, diverse da quelle di cui la voce 16.01.11
16.01.13*	Liquidi per freni
16.01.14*	Liquidi antigelo contenenti sostanze pericolose
16.01.15	Liquidi antigelo diversi da quelli di cui la voce 16.01.14
16.01.16	Serbatoi per gas liquido
16.01.17	Metalli ferrosi
16.01.18	Metalli non ferrosi
16.01.19	Plastica
16.01.20	Vetro
16.01.21*	Componenti pericolosi diversi da quelli di cui le voci da 16.01.07 a 16.01.11, 16.01.13, 16.01.14
16.01.22	Componenti non specificati altrimenti-
16.01.99	Rifiuti non specificati altrimenti
16.06.01*	Batterie al piombo
16.08.01	Catalizzatori esauriti contenenti oro, argento, renio, palladio, iridio o platino (tranne 16.08.07)
16.08.07*	Catalizzatori esauriti contenenti sostanze pericolose
16.10.02	Soluzioni acquose di scarto, diversi da quelli di cui alla voce 16.10.01
16.10.04	Concentrati acquosi, diversi da quelli di cui alla voce 16.10.03
19.10.03*	Fluff - frazione leggera e polveri, contenenti sostanze pericolose
19.10.04	Fluff - frazione leggera e polveri, diversi da quelli di cui alla voce 19.10.03

- 5) di prescrivere che il termine per la conclusione dei lavori previsti dal Piano di Adeguamento, da eseguirsi con le modalità previste nel progetto, non può essere superiore

a **18 mesi**, a decorrere dalla data di approvazione del progetto, riferita a quella di rilascio della presente autorizzazione;

- 6) di prescrivere, inoltre, che il beneficiario

- della presente autorizzazione provveda a comunicare alla Regione Abruzzo (Serv. Gestione Rifiuti), alla A.R.T.A. ed alla Provincia, territorialmente competenti, la conclusione dei lavori, entro e non oltre il termine di gg. **30** dalla conclusione degli stessi;
- 7) di prescrivere, infine, che le operazioni di trattamento, di cui all'art. 3, comma 1, lett.f) del D.Lgs. 209/03 e s.m.i., siano svolte in conformità ai principi generali previsti dal D.Lgs. n. 152/06 ed alle pertinenti prescrizioni dell'All. I del D.Lgs. 209/03 e s.m.i., nonché nel rispetto dei seguenti obblighi:
- a. effettuare al più presto le operazioni per la messa in sicurezza del veicolo fuori uso di cui all'allegato I, punto 5 del D. Lgs. N. 209/03 e s.m.i.;
 - b. effettuare le operazioni per la messa in sicurezza, di cui all'allegato I, punto 5 del D. Lgs. 209/03 e s.m.i., prima di procedere allo smontaggio dei componenti del veicolo fuori uso o ad altre equivalenti operazioni volte a ridurre gli eventuali effetti nocivi sull'ambiente;
 - c. rimuovere preventivamente, nell'esercizio delle operazioni di demolizione, i componenti ed i materiali di cui all'allegato II del D. Lgs. 209/03 e s.m.i., etichettati o resi in altro modo identificabili, secondo quanto disposto in sede comunitaria;
 - d. rimuovere e separare i materiali e i componenti pericolosi in modo da non contaminare i successivi rifiuti frantumati provenienti dal veicolo fuori uso;
 - e. eseguire le operazioni di smontaggio e di deposito dei componenti in modo da non comprometterne la possibilità di reimpiego, di riciclaggio e di recupero.
- 8) di stabilire che, ai sensi dell'art. 15, commi 6, 7 e 8 del D. Lgs. n. 209/03 e s.m.i., richiamati dall'art. 231, commi 10, 11 e 12 del D. Lgs. 152/06, è consentito:
- a. il commercio delle parti di ricambio recuperate in occasione dello svolgimento delle operazioni di trattamento del veicolo fuori uso, ad esclusione di quelle che hanno attinenza con la sicurezza dello stesso veicolo individuate all'All. III dello stesso;
 - b. le parti di ricambio attinenti alla sicurezza del veicolo fuori uso possono essere cedute solo agli iscritti alle imprese esercenti attività di autoriparazione, di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 122, e successive modificazioni e sono utilizzate se sottoposte alle operazioni di revisione singola previste dall'art. 80 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285;
 - c. l'utilizzazione, da parte della ditta, delle parti di ricambio di cui sopra, deve risultare da fatture rilasciate al cliente;
- 9) di prescrivere il rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. 151/05 in materia di rifiuti elettrici ed elettronici (RAEE) per i codici di pertinenza in uscita per le attività di autodemolizione;
- 10) di stabilire, inoltre, che l'esercizio dell'attività prosegua nei limiti e prescrizioni indicate con determina dirigenziale DN3/196 del 27.12.2007, confermando la validità dell'autorizzazione all'esercizio ivi indicata (scadente il 27.12.2017);
- 11) di stabilire che l'impianto deve tener conto e deve essere realizzato secondo le prescrizioni di cui ai verbali del G.d.L., che si intendono nel presente atto interamente riportati;
- 12) di stabilire, ancora, che il presente provvedimento, integra e modifica quanto precedentemente disposto, con richiamo di tutte le condizioni e le prescrizioni già stabilite e compatibili con le modalità realizzative e

gestionali della presente determinazione;

- 13) di richiamare la Ditta agli adempimenti previsti dal SISTRI (Sistema di controllo della rintracciabilità dei rifiuti), di cui al D.M. 17/12/2009 e s.m.i., per quanto applicabili al caso in specie;
- 14) di stabilire, inoltre, per i rifiuti costituiti da parti di autoveicoli provenienti da attività artigianali operanti nel campo della manutenzione e riparazione dei veicoli, ex art. 5, comma 15 del D.Lgs. 209/05 e s.m.i., nonché i veicoli fuori uso non rientranti nelle disposizioni indicate all'art. 231 del D.Lgs. n. 152/06 e s.m.i. al fine di dar luogo al rilascio della relativa autorizzazione, la ditta interessata deve inoltrare istanza in tal senso allegando una relazione tecnica di dettaglio in ordine ai quantitativi relativi ad ogni singolo CER e le relative potenzialità sia annua che istantanea, gestibile nell'impianto di che trattasi, da trasmettere alla Regione Abruzzo, all'A.R.T.A. e alla Provincia di Chieti entro 60 gg. (sessanta) dalla notifica del presente provvedimento, in merito al cui contenuto saranno adottati i provvedimenti consequenziali;
- 15) di stabilire, infine, che l'inosservanza delle prescrizioni del presente provvedimento comporta l'adozione dei provvedimenti previsti dall'art. 208, comma 13 del D. Lgs. 152/06 e s.m.i.;
- 16) di richiamare la Ditta F.Ili all'osservanza di quanto previsto dal D.M. Ambiente 15 febbraio 2010, pubblicato sulla G.U. del 27 febbraio 2010, con il quale il ministero dell'Ambiente è intervenuto a modificare ed integrare il D.M. 17 dicembre 2009 – *“Istituzione del sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti – SISTRI”*;
- 17) di trasmettere copia del presente provvedimento al Comune di Chieti (CH), alla Provincia di Chieti, all'A.R.T.A. - Agenzia Regionale Tutela Ambiente - Direzione Cen-

trale di Pescara, all'A.R.T.A. - Agenzia Regionale Tutela Ambiente - Dipartimento Provinciale di Chieti, all'Albo Nazionale Gestori Ambientali, presso la Camera di Commercio di L'Aquila ed al Pubblico Registro Automobilistico (P.R.A.) di Chieti;

- 18) di redigere il presente provvedimento in n. 2 originali, di cui uno viene notificato, ai sensi di legge, alla Ditta **“F.Ili Anello s.n.c.”** - Via Vella n. 42 - 66013 Chieti Scalo (CH)-;
- 19) di disporre la pubblicazione, limitatamente all'oggetto ed al dispositivo, del presente provvedimento sul *B.U.R.A.*

Contro il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale al competente Tribunale Amministrativo Regionale entro sessanta giorni o ricorso straordinario al Capo dello Stato entro centoventi giorni dalla notifica.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott. Franco Gerardini

DIREZIONE RISORSE UMANE
E STRUMENTALI
SERVIZIO ORGANIZZAZIONE E CONTENZIOSO
DETERMINAZIONE 10/09/2010, n. DD20/152:
Sospensione in via di autotutela, ai sensi dell'art. 21 quater della legge 241/90 e ss.mm.ii, delle procedure di selezione indette con provvedimenti nn. DD3/112, DD3/113 e DD3/114 del 23.07.2010, aventi per oggetto: “Approvazione avviso di selezione pubblica, per titoli ed esami, finalizzata all'approvazione di graduatorie per l'assunzione di personale a tempo determinato di categoria B3-C-D”.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Premesso:

- Che con D.G.R. n. 756 del 14.12.2009 il

Servizio Organizzazione e Sviluppo delle Risorse Umane è stato autorizzato a porre in essere tutti gli atti necessari per l'attivazione delle procedure finalizzate all'espletamento di prove selettive, giusta previsione di cui all'art. 8 dell'Atto di organizzazione approvato con D.G.R. n. 871 del 3.10.2001 e successivamente modificato con D.G.R. n. 569 del 19.07.2010;

- Che, pertanto, il Servizio Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane, ora ridenominato Servizio Organizzazione e Contenzioso, con provvedimenti nn. DD3/112, DD3/113 e DD3/114 del 23.07.2010 ha proceduto all'approvazione degli avvisi di selezione pubblica, per titoli ed esami, finalizzati all'approvazione di graduatorie per l'assunzione di personale a tempo determinato disponendone, nel contempo, le relative indicazioni mediante pubblicazione degli avvisi medesimi sul *BURA* e sul sito internet dell'Ente;
- Che alla data del 13 settembre 2010 è stato fissato il termine per la presentazione delle domande di partecipazione alle procedure concorsuali in parola;

Vista la nota prot. n. 168459/DD dell'8.09.2010, (All.to A) con la quale il Direttore regionale, nel partecipare le decisioni concernenti l'opportunità di sospendere le procedure concorsuali a tempo determinato, concordate nella riunione del 7.09.2010 tra l'Assessore preposto alle Risorse Umane e le OO.SS come da allegato verbale, invita questo Servizio a procedere, con urgenza, all'adozione degli atti consequenziali;

Preso atto delle motivazioni di cui al verbale dell'incontro del 7.09.2010 che per relationem qui di seguito si riportano: *".....omississhanno concordato sulla necessità di sospendere i bandi relativi alle selezioni a tempo determinato per concedere il tempo necessario alla predisposizione di percorsi selettivi più*

rispondenti ad una più ampia partecipazione e soprattutto per verificare tutte le possibilità di percorsi più rispondenti al superamento della situazione del precariato anche sulla scorta dell'annunciato parere della Funzione Pubblica";

Rilevata l'urgenza di procedere all'adozione di uno specifico provvedimento propedeutico alla sospensione degli avvisi di bando di concorso approvati con determinazioni dirigenziali nn DD3/112, DD3/113 e DD3/114 del 23.07.2010, stante l'imminente scadenza del termine fissato per la presentazione delle domande di partecipazione;

Visto l'art. 21 quater della legge 241/90 e ss.mm.ii. che consente la sospensione degli effetti del provvedimento amministrativo per il tempo strettamente necessario alla valutazione della persistenza dell'interesse pubblico sotteso all'atto a cui si riferisce ovvero per l'eventuale rimozione di situazioni non pienamente rispondenti all'ordinamento giuridico;

Ritenuto, pertanto, di disporre, in via di autotutela ed in applicazione del disposto di cui al comma 2 dell'art. 21 quater della Legge 241/90 e ss.mm.ii. la sospensione, fino alla data del 30.09.2010, degli effetti di cui ai provvedimenti dirigenziali nn DD3/112, DD3/113 e DD3/114 del 23.07.2010 aventi ad oggetto le procedure concorsuali per la selezioni di personale a tempo determinato;

Tutto ciò premesso e considerato

DETERMINA

per le motivazioni sopra esposte

- di disporre, ai sensi e per gli effetti dell'art. 21 quater della legge 241/90 e ss.mm.ii, la sospensione fino alla data del 30 settembre 2010 delle procedure concorsuali indette con provvedimenti dirigenziali nn. DD3/112, DD3/113 e DD3/114 del 23.07.2010, aventi ad oggetto *"Approvazio-*

ne avviso di selezione pubblica, per titoli ed esami, finalizzata all'approvazione di graduatorie per l'assunzione di personale a tempo determinato di categoria B3-C-D";

- di ritenere comunque validamente presentate le domande pervenute o che perverranno entro il termine di scadenza;
- di procedere, a cura dell'Ufficio Reclutamento e Incarichi dirigenziali, alla pubblicazione del presente provvedimento sul sito internet della Regione Abruzzo e sul *B.U.R.A* onde consentire agli interessati di venire a conoscenza delle determinazioni assunte da questa Amministrazione.

Per IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott.ssa Giulia Marchetti
(assente)

IL DIRETTORE REGIONALE
Dott. Claudio Di Giampietro

DIREZIONE SVILUPPO DEL TURISMO,
POLITICHE CULTURALI
SERVIZIO POLITICHE CULTURALI

DETERMINAZIONE 11.08.2010, n. DF11/397:
Iscrizione all'Elenco Regionale degli Editori Abruzzesi istituito dall'art. 9 della L.R. 25.11.1998 n. 138.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per quanto detto in narrativa:

- 1) Di autorizzare l'iscrizione all'elenco Regionale degli Editori Abruzzesi, istituito presso la Giunta Regionale ai sensi dell'art. 9 della L.R. 25.11.1998 n. 138 l'Editore in elenco indicato con l'attribuzione del numero d'ordine di iscrizione;
- 2) Di rendere noto che ai sensi e per gli effetti della legge 7.8.1990, n. 241 recante "*nuove norme in materia di procedimento amministrativo*" il responsabile del procedimento è il Sig. Renzo Antonacci Tel. 0862/364432 – Fax 0862/364421;
- 3) Di disporre che il presente provvedimento venga inserito nella raccolta ufficiale delle determinazioni adottate dal Dirigente del Servizio;
- 4) Di inviare copia del presente provvedimento al *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* per la pubblicazione ai sensi dell'art. 26 della legge 7.8.1990 n. 241;

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Avv. Paola Di Salvatore

Segue allegato

Servizio Politiche Culturali

L.R. n° 138 del 25/11/1998

Allegato alla
Determina DF11/ 397
del 21.03.10

LEGGE REGIONALE N. 138 DEL 28.11.1998 - ISCRIZIONE ELENCO REGIONALE DEGLI EDITORI

N.d'ordine di iscrizione	CASA EDITRICE	<u>Sede nel Territorio</u> Regionale e/o iscrizione alla CCIA	<u>Data di registrazione e n. di Prot.</u>	<u>Produzione numero Titoli</u>	<u>Distribuzione</u>	<u>Autocertificazione carico pubblicitario nei limiti di legge</u>	<u>Ammissibilità</u>
	44	ARTEMIA EDIZIONI s.r.l.- Via G. Pascoli Zona Artigianale Ripoli - Mosciano S.Angelo (TE.)	SI	Prot. 1275 del 5.7.2010	11	1) Librerie	SI

PARTE III

AVVISI, CONCORSI, INSERZIONI

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI PESCARA

ESTRATTO ATTO DI DETERMINAZIONE N. 1796 DEL 02.07.2010. Lavori di ripristino viabilità sul tratto di strada al km 3+650 circa della S.P. n. 66 (ex S.P. S.S. 5 Bolognano-Musellaro-Salle-S.Tommaso) – V12.

La Provincia Pescara, con atto di determinazione n. 1796 del 02.07.2010 a firma del Dirigente del Settore V - Opere Pubbliche Ing. Paolo D'Incecco, ha disposto la liquidazione diretta delle indennità di espropriazione e di occupazione alle ditte che hanno accettato e convenuto la cessione volontaria, proprietarie delle porzioni di immobili necessari per la esecuzione dei lavori di ripristino viabilità sul tratto di strada al km 3+650 circa della S.P. n. 66 (ex S.P. S.S. 5 Bolognano-Musellaro-Salle-S.Tommaso) – V12.

... *Omissis* ...

COMUNE DI BOLOGNANO					
N.	DITTA	ES	Part.	Sup. (mq.)	Indennità da Liquidare
1	TIERI Romeo nato il 12.04.1932	11	810	254	€ 6,55
2	IANNUCCI Egilberto nato a il 09.10.1936	11	815	145	€ 439,37
	IANNUCCI Anna Maria nata il 14.03.1935		816	565	€ 439,37
3	RICCI Patrizia nata il 27.05.1954	11	818	87	€ 107,68
TOTALE					€ 992,97

La presente copia per estratto, è conforme all'originale dell'atto di determinazione n. 1796 del 02.07.2010.

Pescara, li 27.07.2010

IL DIRIGENTE DEL SETTORE V - OPERE PUBBLICHE
Ing. Paolo D'Incecco

COMUNE DI CAPPADOCIA (AQ)
Avviso PRG.

Ai sensi dell'art. 11 della L.R. 18/83 e successive modifiche e integrazioni, si informa che con atto di C.C. n. 15 del 08.06.2010 è stato approvato il P.R.G. del Comune.

Cappadocia, 28.07.2010

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
Geom. Mario Ferrazza

COMUNE DI TORTORETO (TE)
Adozione della Variante parziale al Piano Regolatore Esecutivo vigente per regressione aree edificabili.

IL SINDACO

RENDE NOTO

che presso la Segreteria comunale di Tortoreto sono depositati gli atti riferiti alla "*Varianze parziale al Piano Regolatore Esecutivo vigente per regressione aree edificabili*", adottata con delibera di Consiglio Comunale n. 35 in data 30.06.2010.

Chiunque ne abbia interesse potrà prenderne visione presso la Segreteria Comunale di Tortoreto a partire dalla data di pubblicazione del presente avviso e per 45 giorni consecutivi, tutti i giorni dal lunedì al sabato nelle ore d'ufficio e la domenica dalle ore 9,00 alle ore 12,00.

Entro tale termine possono essere presentate osservazioni anche sotto forma di istanze, proposte o contributo.

Tortoreto li 15.09.2010

IL SINDACO
Generoso Monti

CIVITALUPARELLA WIND S.r.l. (RM)

Realizzazione parco eolico D.Lgs. 4/2008, All. III, lettera c bis – pubblicazione estratto giudizio art. 27 D.Lvo 4/2008.

DITTA: CIVITALUPARELLA WIND S.R.L.
OGGETTO: Realizzazione parco eolico D.Lgs. 4/2008, All. III, lettera c bis – pubblicazione estratto giudizio art. 27 D.Lvo 4/2008
LOCALIZZAZIONE: Comune di CIVITALUPARELLA
 Loc. Civitaluparella, Montelapiano e Villa Santa Maria
PROCEDIMENTO: VALUTAZIONE IMPATTO AMBIENTALE di cui agli artt. 23 e seguenti del D.Lgs. N° 4/2008 con annessa VALUTAZIONE DI INCIDENZA ai sensi del D.P.R. 357/97 e s.m.i.

Si comunica che il Comitato di Coordinamento Regionale per la Valutazione di Impatto Ambientale per il progetto specificato in premessa ha espresso il seguente GIUDIZIO N. 1506 del 29/06/2010: FAVOREVOLE CON LE PRESCRIZIONI SEGUE NTI

- con esclusione delle pale eoliche ricardenti sulle particelle percorse da incendi;
- siano messe in atto tutte le misure di mitigazione previste ed indicate nelle relazioni di monitoraggio floro-faunistico presentate;
- vengano effettuati i due anni di monitoraggio successivi alla entrata in esercizio dell'impianto, come indicato nelle linee guida. Ogni sei mesi dovrà essere presentata relazione agli uffici della Regione competenti per la valutazione di incidenza. Qualora al termine del monitoraggio sia verificata l'incidenza dell'impianto sulle specie di uccelli e chiroteri dovrà essere interrotto il funzionamento dell'impianto stesso.
- sia esclusa la pala n. 12 in quanto ricade in

un'area D1 destinata ad Impianti produttivi agricoli; la realizzazione di tale pala precluderebbe l'attuazione delle previsioni urbanistiche del PRG vigente.

Tutta la documentazione oggetto dell'istruttoria e delle valutazioni è in visione presso la Direzione Affari Della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia- Servizio Tutela, Valorizzazione del Paesaggio e Valutazioni Ambientali - Ufficio valutazione impatto ambientale – Via L. Da Vinci 1 L'Aquila – Pal. Silone.

Dalla data di pubblicazione nel *Bollettino Ufficiale della regione* decorrono i termini per eventuali impugnazioni in sede giurisdizionale da parte di soggetti interessati.

CIVITALUPARELLA WIND S.R.L.

Via Gramsci, 14

00197 ROMA

Antonio Russo

LATERIZI F.lli Di Carlantonio (TE)
PROCEDURA DI VERIFICA DI ASSOGGETTABILITA' AMBIENTALE in merito all'apertura di una cava di terra in loc. Pachierno, Comune di Montorio al Vomano (TE).

Avviso al Pubblico Art. 20 del D.Lgs 4/2008, sue modifiche e integrazioni

Si avvisa che è stato trasmesso alla Regione Abruzzo-Direzione Parchi, Territorio, Ambiente - Servizio Tutela ,valorizzazione del paesaggio e valutazioni ambientali – Ufficio valutazione impatto ambientale, Via Leonardo Da Vinci , 67100 L'Aquila, il progetto di seguito specificato:

Oggetto:

Richiesta per apertura di una cava di terra.

Proponente:

Laterizi F.lli Di Carlantonio con sede in S.Nicolò a Tordino (Te), Via Giovanni Fuschi cap. 64020

Normativa di riferimento:

D.Lgs 3 aprile 2006, n. 152 in materia ambientale, Punto 8, lett. I, All.IV (cave e torbiere)

Localizzazione dell'intervento:

Contrada Pachierno, Comune di Montorio al Vomano, Foglio catastale n. 2, p.lle 8,9,11,15,17,20,36,40,41,42,44,45,88,90,91,93, 95,96,98,104,105,115,122,153,163,256,257.

Descrizione dell'intervento:

Il progetto prevede lo scavo di un rilievo collinare per una superficie di ha 3 per un volume di 588.000 mc per un tempo di anni 10.

Ufficio Regionale competente:

Direzione Parchi, Territorio e Ambiente, Energia- Servizio Tutela, Valorizzazione del Paesaggio e Valutazioni Ambientali.

Dalla data di pubblicazione dell'avviso sul *BURA*, decorrono i 45 (quarantacinque) giorni entro i quali chiunque (associazioni, enti, privati cittadini, e portatori di interesse) in conformità alle leggi vigenti, può presentare, in forma scritta, al predetto Servizio, istanze osservazioni o pareri sull'opera.

LDC

Laterizi F.lli Di Carlantonio S.r.l. – unipersonale

IL PRESIDENTE

DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Dott. Giustino Di Carlantonio

LUDOVICI GIOVANNI & FIGLI (AQ)

Progetto di adeguamento/ampliamento di una cava di inerti in loc.tà Aspretta de Comune di San Demetrio N.V. (AQ).

AVVISO AL PUBBLICO

Art. 20 del D.Lgs 4/2008 e s.m. ed int.

Si avvisa che è stato trasmesso alla Regione Abruzzo - Direzione Parchi, Territorio, Ambiente - Servizio Tutela, Valorizzazione del Paesaggio e Valutazioni Ambientali - Ufficio Valutazione Impatto Ambientale, Via Leonardo Da Vinci (Palazzo Silone), 67100 il progetto di seguito specificato:

OGGETTO:

Progetto di adeguamento/ampliamento di una cava esistente, finalizzato ad un miglior recupero ambientale in località Aspretta.

DITTA PROPONENTE:

Ludovici Giovanni e Figli S.r.l. Via S.S Subequana - loc. La Fossa - 67021 Barisciano (AQ) - Tel. 0862/80118, fax 0862/80606, e-mail ludovicisrl@live.com

NORMATIVA DI RIFERIMENTO:

D.Lgs. n. 4/2008 "disposizioni correttive ed integrative al D.Lgs. 03/04/2006 n. 152 recante norme in materia ambientale" Art. 20 - All. IV - art. 8 i (cave e torbiere) recepito dalla Regione Abruzzo con DGR n. 209 del 17/03/2008

LOCALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO:

Comune di S.Demetrio Né Vestini (AQ) - Loc. Aspretta - Fog. 24, p.lle dalla n. 264 alla n. 308, 246, 258, 259, 260, 575, 232, 233, 236, 237, 241, 313, 314, 315, 316.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO:

Adeguamento/ampliamento di una cava di ghiaia esistente (D.P.G.R. n. 844 del 24/09/87); ripristino ambientale con fondo ribassato e scarpate perimetrali a lieve pendenza fino al raccordo col piano di campagna circostante; piantumazione perimetrale e sulle scarpate di essenze autoctone. Superficie precedentemente autorizzata 35000 mq circa; superficie totale (autorizz. + ampliamento) interessata dall'intervento 48000 mq circa. Il volume di materiale da coltivare (ghiaia + sterile) è di circa 150000 mc

UFFICIO REGIONALE COMPETENTE:

Direzione Parchi, Territorio e Ambiente, Energia - Servizio Tutela, Valorizzazione del Paesaggio e Valutazioni Ambientali - Ufficio Valutazione Impatto Ambientale.

Dalla data di pubblicazione dell'avviso sul *BURA* decorrono i 45 (quarantacinque) giorni entro i quali chiunque (associazioni, enti, privati cittadini, e portatori di interesse) in conformità alle leggi vigenti, può presentare, in forma scritta, al predetto Servizio, istanze, osservazioni o pareri sull'intervento.

LUDOVICI GIOVANNI E FIGLI S.R.L.
Via S.S Subequana
loc. La Fossa - 67021 Barisciano (AQ)
Sig. Raffaele Ludovici

SANTALUCIA SERVICE S.R.L.
ORSOGNA (CH)

PROCEDURA DI VERIFICA DI ASSOGGETTABILITÀ per "Realizzazione impianto di deposito preliminare (D15), stoccaggio provvisorio (D15-R13), operazioni di trattamento (selezione, cernita, adeguamento volumetrico), la messa in riserva (R13) e il recupero (R3-R4) di rifiuti urbani e speciali non pericolosi".

AVVISO AL PUBBLICO

Art. 20 del D.Lgs. 4/2008 e s. m.ed i.

SI AVVISA CHE È STATO TRASMESSO ALLA REGIONE ABRUZZO - DIREZIONE PARCHI, TERRITORIO, AMBIENTE, ENERGIA - Servizio Tutela, Valorizzazione del Paesaggio e Valutazioni Ambientali - Ufficio valutazione impatto ambientale, Via Leonardo da Vinci (Palazzo Silone), 67100 L'Aquila, il progetto di seguito specificato:

OGGETTO

Realizzazione impianto di deposito preliminare (D15), stoccaggio provvisorio (D15-R13), operazioni di trattamento (selezione, cernita,

adeguamento volumetrico), la messa in riserva (R13) e il recupero (R3-R4) di rifiuti urbani e speciali non pericolosi.

PROPONENTE

SANTALUCIA SERVICE S.r.l., Via Raffaele Paolucci n. 88, 66036 ORSOGNA (CH), tel 0871 869876, fax 0871 867671, e-mail: santalucia@tiscali.it

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Procedura di Verifica di Assoggettabilità alla V.I.A. ai sensi dell'art. 20, comma 1 del D.Lgs 152/06 e successive modifiche e integrazioni, in quanto l'impianto è riconducibile alla seguente tipologia di progetti elencati nell'Allegato IV alla PARTE SECONDA del suddetto D.Lgs.:

- *punto 7, lettera z.b): "Impianti di smaltimento e recupero di rifiuti non pericolosi, con capacità complessiva superiore a 10 t/giorno, mediante operazioni di cui all'Allegato C, lettere da R1 a R9, della parte quarta del decreto legislativo 3 aprile 2006 n. 152"*
- *punto 7, lettera t): "Impianti di smaltimento di rifiuti speciali non pericolosi mediante operazioni di deposito preliminare con capacità massima superiore a 30.000 m3 oppure con capacità superiore a 40 t/giorno (operazioni di cui all'Allegato B, lettera D15, della parte quarta del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152)"*

LOCALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

L'intervento è localizzato nel Comune di Arielli (CH), in Località Carloni – Fonte del Pero.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

La Società Santalucia Service S.r.l. opera da molti anni nel settore dei rifiuti. Al fine di migliorare la gestione della propria attività e dei servizi offerti la Società Santalucia Service S.r.l. intende realizzare un impianto di deposito

preliminare (D15), stoccaggio provvisorio (D15-R13), operazioni di trattamento (selezione, cernita, adeguamento volumetrico), la messa in riserva (R13) e il recupero (R3-R4) di rifiuti urbani e speciali non pericolosi.

UFFICIO REGIONALE COMPETENTE

Direzione Parchi, Territorio, Ambiente, Energia- Servizio tutela, valorizzazione del paesaggio e valutazioni ambientali -Ufficio valutazione impatto ambientale.

Dalla data di pubblicazione dell'avviso sul *BURA* decorrono i 45 (quarantacinque), giorni entro i quali chiunque (associazioni, Enti, privati cittadini e portatori di interesse) in conformità alle leggi vigenti, può presentare, in forma scritta, al predetto Servizio, istanze, osservazioni o pareri sull'opera.

SANTALUCIA SERVICE S.r.l.
Via Raffaele Paolucci n. 88
66036 ORSOGNA (CH)

TOTO S.p.A

PROCEDURA DI VERIFICA DI ASSOGGETTABILITÀ PER REALIZZAZIONE DI UN CAMPO FOTOVOLTAICO DA 4 MW CONNESSO ALLA RETE ELETTRICA DI DISTRIBUZIONE - Comune di MANOPPELLO (PE) –.

AVVISO AL PUBBLICO

Art. 20 del D.Lgs. 4/2008 e s. m.ed i.

SI AVVISA CHE È STATO TRASMESSO ALLA REGIONE ABRUZZO - Direzione Affari Della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia- Servizio Tutela, Valorizzazione del Paesaggio e Valutazioni Ambientali - Ufficio valutazione impatto ambientale, Via Leonardo da Vinci (Palazzo Silone), 67100 L'Aquila, il progetto di seguito specificato:

OGGETTO

REALIZZAZIONE DI UN CAMPO FOTVOLTAICO DA 4 MW CONNESSO ALLA RETE ELETTRICA DI DISTRIBUZIONE - Comune di MANOPPELLO (PE) -

PROPONENTE

TOTO SpA - Viale Abruzzo, 410 - 66013 Chieti (CH) Italy, Tel. +39 0871 58741, Fax. +39 0871 552624, e-mail: info@totospa.it).

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

L'impianto in argomento si configura come fattispecie indicata alla lettera c) del punto 2 dell'Allegato IV alla Parte II del D.L.vo n. 152/2006 (secondo le modifiche introdotte dal D.L.vo 16/01/2008, n. 4 e dalla Legge n. 99 del 23.07.2009), ovvero "impianti industriali non termici per la produzione di energia, vapore ed acqua calda con potenza complessiva superiore a 1 MW".

LOCALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

L'impianto è previsto in Località Piano della Stazza del Comune di Manoppello, in Provincia di Pescara, nella zona interclusa tra l'asse autostradale A-25 e le strutture dell'Interporto d'Abruzzo. L'elettrodotto, in gran parte interrato, di connessione alla rete elettrica interessa i territori dei Comuni di Manoppello e di Rosciano, fino alla Cabina Primaria di Rosciano.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

L'impianto fotovoltaico sarà composto dall'insieme dei moduli contenenti celle al silicio, in grado di trasformare la radiazione solare in energia elettrica continua, dagli inverter e dai trasformatori elevatori di tensione che saranno collegati tra di loro e, per ultimo, alla rete generale mediante elementi di misura e protezione. La centrale fotovoltaica sarà costituita da 16.830 pannelli in silicio policristallino per una potenza di picco complessiva pari a circa 3,95 MWp.

UFFICIO REGIONALE COMPETENTE

Direzione Affari Della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia- Servizio Tutela, Valorizzazione del Paesaggio e Valutazioni Ambientali - Ufficio valutazione impatto ambientale.

Dalla data di pubblicazione dell'avviso sul *BURA* decorrono i 45 (quarantacinque), giorni entro i quali chiunque (associazioni, Enti, privati cittadini e portatori di interesse) in conformità alle leggi vigenti, può presentare, in forma scritta, al predetto Servizio, istanze, osservazioni o pareri sull'opera.

TOTO COSTRUZIONI GENERALI S.P.A.
Viale Abruzzo 410
66013 - CHIETI
DIVISIONE ENERGIE RINNOVABILI
Ing. Michele Scoppio

AVVISO AGLI ABBONATI

Campagna di abbonamento al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo per l'anno 2010

L'abbonamento decorre dal 1 Gennaio al 31 Dicembre

L'abbonamento al **Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo** può essere rinnovato fino al 31 Dicembre 2009, il canone annuale è di €198,38.

Tuttavia, nel corso dell'anno è possibile attivare nuovi abbonamenti, pagando la rimanente frazione di anno (1 mese, 2 mesi, ecc.) fino al 31 dicembre, calcolata sull'importo annuale di €198,38:12 = €16,54 mensile.

Il canone annuale di abbonamento al bollettino per l'anno 2010 è di €198,38 da versare sul c.c. postale n. 12101671 intestato a : Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - 67100 L'Aquila o con bonifico bancario alle coordinate : Ufficio Postale n. 03001 – L'Aquila Centro IBAN: IT-71-N-07601-03600-000012101671 - Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale.

Gli abbonati per l'anno 2010 riceveranno in omaggio la raccolta su DVD dei BURA pubblicati nell'anno 2009.

Gli abbonati che invece non intendono rinnovare il canone di abbonamento al BURA sono invitati a darne comunicazione all'ufficio del BURA a mezzo tel. 0862 36 4211/4221 o per e-mail bura@regione.abruzzo.it

N.B. Il BURA della Serie "Supplemento" non è compreso nell'abbonamento, in esso sono pubblicati gli atti che riguardano solo il personale regionale.

“L'accesso al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, per via informatica, è consentito gratuitamente a tutti i cittadini, i dati acquisiti non rivestono carattere di ufficialità e legalità”.

Prezzo di vendita del singolo bollettino

Bollettino fino a 190 pagine €1,40, oltre €0,90 per eventuali spese di spedizione

Bollettino superiore a 190 pagine €2,80, oltre €1,40 per eventuali spese di spedizione

AVVISO AGLI UTENTI

La sede del Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo è in
Via Salaria Antica Est - Località S. Antonio - Pile - 67100 L'Aquila
Tel. 0862 36 4211/4221 – fax 0862 36 4219

PALAZZO I. SILONE



**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, RAPPORTI ESTERNI
Servizio Affari della Giunta**

UFFICIO BURA

**DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:
Via Salaria Antica Est - Località S. Antonio - Pile
67100 L'Aquila**

**centralino: 0862 3631
Tel. 0862 36 4211/4221
Fax 0862 36 4219**

**Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it**