

# **Allegato "A"**

# **Programma Operativo**

# **2011-2012**

Regione Abruzzo

# Indice

<b>1</b>	<b>Programma Operativo 2011-2012</b>	<b>3</b>
1.1	Premessa	3
1.2	Elementi di contesto	4
1.2.1	L'andamento dei conti 2008 - 2010	4
1.2.2	Punti di attenzione	5
1.2.3	Il tendenziale 2011 - 2012	8
1.2.4	Principali aree di intervento	10
1.2.5	Sintesi delle Manovre	12
1.3	Programma regionale esiti	12
1.3.1	Risultati programmati	12
1.3.2	Valorizzazione della manovra	13
1.4	Concentrazione della casistica e del personale	13
1.4.1	Risultati programmati	13
1.4.2	Valorizzazione della manovra	15
1.5	Farmaceutica e MMG	17
1.5.1	Risultati programmati	17
1.5.2	Valorizzazione della manovra	18
1.6	Tetti per le prestazioni ospedaliere	18
1.6.1	Risultati programmati	18
1.6.2	Valorizzazione della manovra	19
1.7	Prestazioni territoriali	20
1.7.1	Risultati programmati	20
1.7.2	Valorizzazione della manovra	21
1.8	Cure palliative	21
1.8.1	Risultati programmati	21
1.9	Applicazione dei commi 3, 7, 8, 12 dell'art. 6 del D.L. 78/2010	22
1.9.1	Risultati programmati	22
1.9.2	Valorizzazione della manovra	22
1.10	Farmaceutica ospedaliera	22
1.10.1	Risultati programmati	22
1.10.2	Valorizzazione della manovra	23
1.11	Tessera sanitaria	24
1.11.1	Risultati programmati	24
1.12	Completamento azioni in corso previste per l'anno 2010	24
1.12.1	Azioni da riprogrammare	24
<b>2</b>	<b>Allegati25</b>	
2.1.1	Tendenziale, manovre e programmatico 2011-2012	25
2.1.2	Stato avanzamento lavori relativo al P.O. 2010	26

# 1 Programma Operativo 2011-2012

## 1.1 Premessa

La Regione Abruzzo intende, nei prossimi due anni, rientrare a pieno titolo tra le Regioni italiane che meritano di esser definite “virtuose” grazie al percorso intrapreso per il raggiungimento dell’equilibrio economico finanziario e per il miglioramento della qualità delle cure.

Intende farlo dimostrando di esser stata capace di perseguire un cammino severo, capace di garantire un elevato livello di servizio anche attraverso la riduzione di sprechi ed eccessi.

È nostra convinzione che una sanità di elevata qualità debba necessariamente costare meno. Riteniamo che la concentrazione della casistica ed il conseguente aumento dei volumi trattati per patologia, siano elementi abilitanti per attivare un “ciclo virtuoso” in grado di aumentare la qualità e ridurre contemporaneamente il costo del servizio.

La concentrazione della casistica, infatti, ed il conseguente aumento dei volumi trattati comportano un aumento di esperienza dei professionisti sanitari che genera una maggiore efficienza, una riduzione dei costi, ma anche e soprattutto migliori risultati in termini di efficacia delle cure. Comunicare ai cittadini l’esito delle cure genera quindi una migliore qualità percepita dei professionisti sanitari regionali da cui deriva un ulteriore aumento dei volumi.

Figura 1: Il circuito virtuoso della qualità



## 1.2 Elementi di contesto

### 1.2.1 L'andamento dei conti 2008 - 2010

Come si evidenzia dai valori riportati nei CE Consuntivi 2010, la Regione Abruzzo prosegue nella severa operazione di risanamento dei conti regionali della sanità. A fronte di un risultato economico programmatico di -85 milioni di euro, il risultato conseguito nel 2010 è stato decisamente inferiore e pari a -32 milioni di euro.

A tale risultato contribuiscono (come si mostra in Tabella 1) sia la tenuta dei costi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati sia una riduzione della crescita per l'acquisto di beni e servizi accompagnata da una migliore gestione delle voci di costo di secondo livello ("Oneri Straordinari", "Altre Componenti Di Spesa" e "Interessi"). Tali conti cominciano, quindi, ad essere in linea con la necessaria stabilità economico finanziaria del Sistema Sanitario Regionale.

Tabella 1: Conti Economici consuntivi 2008 - 2010

ID	CONTO ECONOMICO (€000)	Consuntivo 2008	Consuntivo 2009	Program. 2010	Consuntivo 2010	% sui ricavi
A1	Contributi F.S.R.	2.180.203	2.246.036	2.308.072	2.314.282	100%
A2	Saldo Mobilità	- 24.172	- 54.072	- 49.218	- 77.062	-3%
A3	Entrate Proprie	83.121	113.394	57.898	76.852	3%
<b>A</b>	<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>2.239.152</b>	<b>2.305.358</b>	<b>2.316.753</b>	<b>2.314.072</b>	<b>100%</b>
B1.1	Personale	776.508	776.073	777.590	788.405	34%
B1.2	Irap	53.164	55.314	55.170	56.309	2%
B1	Personale + Irap	829.672	831.387	832.760	844.714	37%
B2	Prodotti Farmaceutici	146.581	156.311	163.919	160.630	7%
B3	Altri Beni E Servizi	407.868	411.101	437.030	414.454	18%
<b>B</b>	<b>Totale Costi Interni</b>	<b>1.384.121</b>	<b>1.398.799</b>	<b>1.433.709</b>	<b>1.419.798</b>	<b>61%</b>
C1	Medicina Di Base	150.750	149.769	155.987	150.917	7%
C2	Farmaceutica Convenzionata	267.497	260.766	257.570	263.937	11%
C3	Prestazioni Da Privato	381.060	390.018	375.955	346.256	15%
C4	Prestazioni Da Pubblico	112	1.889	945	1.371	0%
C5	Saldo Intramoenia	- 1.724	- 931	- 1.298	- 298	0%
<b>C</b>	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>797.695</b>	<b>801.511</b>	<b>789.159</b>	<b>762.183</b>	<b>33%</b>
<b>D</b>	<b>Totale Costi 1° Livello (B+C)</b>	<b>2.181.816</b>	<b>2.200.310</b>	<b>2.222.867</b>	<b>2.181.981</b>	<b>94%</b>
<b>E</b>	<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>57.336</b>	<b>105.048</b>	<b>93.886</b>	<b>132.091</b>	<b>6%</b>
F1	Altre Componenti Di Spesa	43.187	56.932	64.128	52.458	2%
F2	Accantonamenti	94.245	91.950	73.728	85.633	4%
F3	Interessi E Altro	12.909	11.744	10.759	5.474	0%
F4	Ammortamenti e Sterilizzazioni	13.089	15.785	15.785	17.999	1%
F5	Oneri Straordinari	19.448	25.622	14.867	2.907	0%
<b>F</b>	<b>Totale Costi 2° Livello</b>	<b>182.878</b>	<b>202.033</b>	<b>179.267</b>	<b>164.471</b>	<b>7%</b>
<b>G</b>	<b>Totale Costi (D+F)</b>	<b>2.364.694</b>	<b>2.402.343</b>	<b>2.402.134</b>	<b>2.346.452</b>	<b>101%</b>
<b>H</b>	<b>Risultato Economico (A-G)</b>	<b>- 125.542</b>	<b>- 96.985</b>	<b>- 85.381</b>	<b>- 32.380</b>	<b>-1%</b>

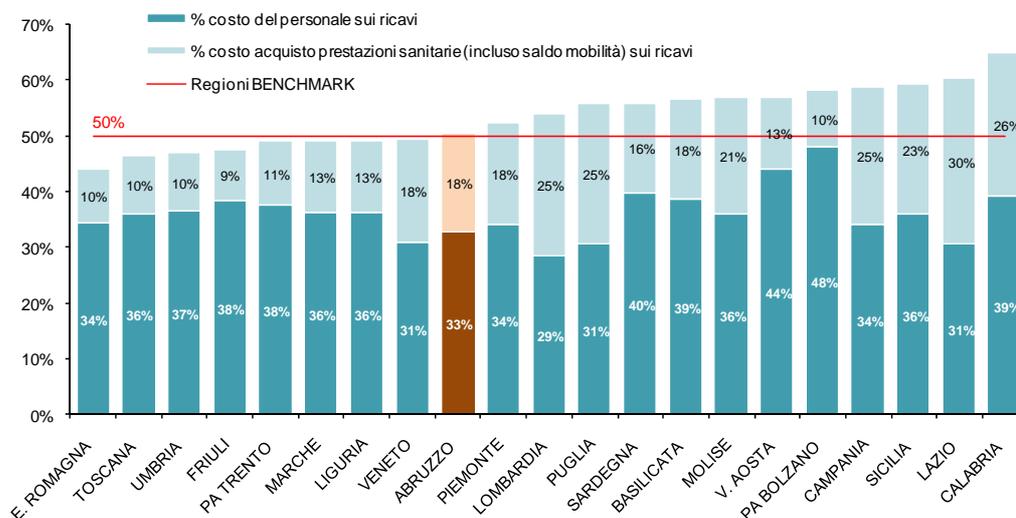
A fronte di tale importante risultato è necessario però segnalare, come emerge dal "Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica" pubblicato dalla Corte dei Conti a maggio del 2010 su dati 2009, che permangono alcune degli aspetti critici che hanno caratterizzato la Regione Abruzzo dalle Regioni non in Piano di Rientro in passato e non sono ancora stati risolti. In particolare:

- permane un costo per il personale dipendente elevato rispetto alla quantità delle prestazioni prodotte dalle strutture pubbliche ed acquistate sia dalle strutture private accreditate sia in mobilità passiva da altre Regioni (vedi Figura 2), il che giustifica il blocco parziale del turn-over previsto per gli anni 2011-2012. La percentuale di costo del personale e per acquisto di prestazioni sanitarie (incluso saldo mobilità) sui ricavi registrata nel 2009 (50,7%), anche se solo leggermente superiore al valore benchmark (49,9%), è ulteriormente cresciuta nel 2010<sup>1</sup> portando tale valore (a causa principalmente dell'ulteriore peggioramento del saldo di mobilità) al 52,5% (vedi Tabella 1);
- continua ad aumentare il saldo di mobilità negativo della Regione a fronte, evidentemente, di una perdita di attrattività sia per i pazienti residenti in regione che fuori regione (vedi Tabella 1) probabilmente principalmente a causa del terremoto del 2009;

<sup>1</sup> Si consideri che il costo del personale nel 2009 non teneva conto dell'incremento per il rinnovo del contratto della dirigenza come in dettaglio rappresentato in Tabella 6, che invece impatta sul 2010

- aumenta nel 2010 anche l'elevata spesa farmaceutica convenzionata nonostante il consistente investimento regionale fatto negli anni sulla medicina generale (vedi Tabella 2).

Figura 2: Personale e acquisto di prestazioni sanitarie (incluso saldo mobilità) sui ricavi (2009)



Nota: Per quanto riguarda la Regione Lombardia si segnala che a fronte della rappresentata percentuale di costo del personale e per acquisto di prestazioni sanitarie (incluso saldo mobilità) sui ricavi si riscontra una bassa percentuale di altri costi interni ("Beni e Servizi" e "Costi Straordinari e Variazione delle rimanenze")

Fonte: Analisi Regione Abruzzo su elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute. Dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), 4° trimestre alla data del 22 marzo 2010

Tabella 2: Costo grezzo pro-capite per Farmaceutica Convenzionata e Medicina Generale (2009)

	Popolazione residente 2009	Costo della Farmaceutica convenzionata	Costo della Medicina Generale	Euro pro capite Farmaceutica convenzionata	Euro pro capite Medicina Generale
LOMBARDIA	9.642.406	1.562	904	161,99	93,75
LIGURIA	1.609.822	319	156	198,16	96,91
FRIULI	1.222.061	222	125	181,66	102,29
UMBRIA	884.450	157	91	177,51	102,89
LAZIO	5.561.017	1.170	575	210,39	103,40
PIEMONTE	4.401.266	812	459	184,49	104,29
PA BOLZANO	493.910	61	52	123,50	105,28
TOSCANA	3.677.048	609	389	165,62	105,79
VENETO	4.832.340	751	519	155,41	107,40
SICILIA	5.029.683	1.016	547	202,00	108,75
PA TRENTO	513.357	78	56	151,94	109,09
MARCHE	1.553.063	288	171	185,44	110,10
CAMPANIA	5.811.390	1.110	652	191,00	112,19
SARDEGNA	1.665.617	339	187	203,53	112,27
<b>ABRUZZO</b>	<b>1.323.987</b>	<b>262</b>	<b>149</b>	<b>197,89</b>	<b>112,54</b>
E. ROMAGNA	4.275.802	719	483	168,16	112,96
PUGLIA	4.076.546	876	464	214,89	113,82
CALABRIA	2.007.707	457	233	227,62	116,05
V. AOSTA	125.979	21	16	166,69	127,01
BASILICATA	591.001	115	84	194,59	142,13
MOLISE	320.838	63	50	196,36	155,84
<b>TOTALE</b>	<b>59.619.290</b>	<b>11.007</b>	<b>6.362</b>	<b>184,62</b>	<b>106,71</b>
Totale Altre Regioni	31.807.873	6.424	3.472	201,96	109,16
Regioni Benchmark	27.811.417	4.583	2.890	164,79	103,91

Fonte: Analisi Regione Abruzzo su elaborazioni Corte dei conti su dati Ministero della salute. Dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), 4° trimestre alla data del 22 marzo 2010

### 1.2.2 Punti di attenzione

La Regione ha certamente intrapreso nel corso del 2010 un percorso di concentrazione della casistica per aumentare la qualità e l'appropriatezza del Servizio Sanitario Regionale. È stato già adottato, altresì, il Decreto Commissariale afferente le linee guida per la rimodulazione delle Unità Operative Complesse e dei Dipartimenti che stabilisce un drastico ridimensionamento rispetto a quelli in essere.

Tuttavia, nonostante lo sforzo profuso in questi anni, probabilmente a causa del terremoto che nel 2009 ha colpito tra gli altri anche l'ospedale della città de L'Aquila, il SSR continua a perdere in termini di attrattività e forse anche in termini di qualità percepita da parte degli assistibili, come dimostra l'andamento del saldo di mobilità (vedi Tabella 1). A tal fine la Regione ha intrapreso un percorso interregionale per la sottoscrizione di accordi di confine.

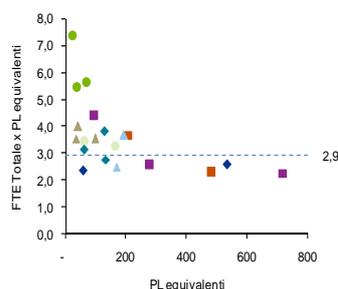
Concentrare in sanità è spesso sinonimo di razionalizzare. La rimodulazione delle unità operative contribuirà a garantire un più efficiente e ragionevole utilizzo delle risorse attualmente non correttamente allocate tra i punti di erogazione regionali ed in eccesso rispetto al fabbisogno teorico.

Come si mostra in Figura 3, la distribuzione del personale tra i presidi ospedalieri è assolutamente disomogenea: non solo i grandi ospedali mostrano *Full Time Equivalent* (FTE) per posto letto occupato inferiori rispetto al valore medio regionale, ma le differenze sono evidenti anche tra ospedali di dimensioni simili.

Per quanto riguarda i dati utilizzati sono state analizzate le tabelle 1C del Conto annuale 2009. Pertanto tali dati:

- includono sia il personale a tempo determinato che il personale a tempo indeterminato;
- non includono il personale universitario;
- includono nelle analisi anche gli ospedali oggetto di riconversione;
- non considerano gli effetti del blocco del turnover del 2010.

Figura 3: Personale ospedaliero<sup>(a)</sup> per posto letto<sup>(b)</sup> e presidio



Nota: <sup>(a)</sup> Per FTE (Full Time Equivalent) si intende il tempo disponibile al giorno per una data tipologia di personale (es. 8 ore giornaliere), il FTE si calcola dividendo il tempo impiegato per una specifica attività per il tempo disponibile. <sup>(b)</sup> Per PL (posti letto) equivalenti si intende il numero di posti letto occupati sulla base delle giornate di degenza rilevate dal flusso SDO.

Al fine di confrontare la dotazione di personale attuale con il fabbisogno di medici ed infermieri, la Regione Abruzzo ha definito dei valori attesi teorici per stimare l'incidenza percentuale del tempo dedicato allo svolgimento delle singole attività nei presidi ospedalieri pubblici (vedi Figura 4).

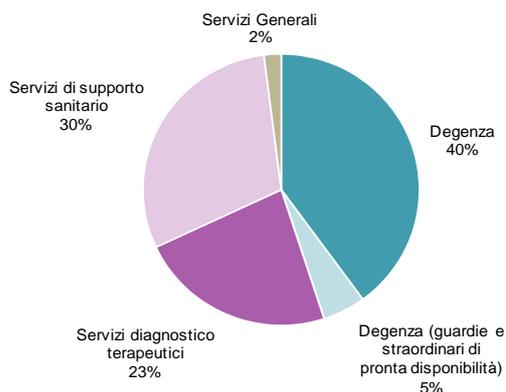
Premesso che nei presidi ospedalieri l'attività a maggior assorbimento relativo di FTE per medici ed infermieri è quella di degenza<sup>2</sup>, i valori teorici identificati per definire il fabbisogno per tale tipologia di attività sono:

- per il personale medico il 40% del totale dei medici del presidio ( $FTE_{med} ToBe$ );
- per gli infermieri il 65% del totale degli infermieri del presidio ( $FTE_{inf} ToBe$ ).

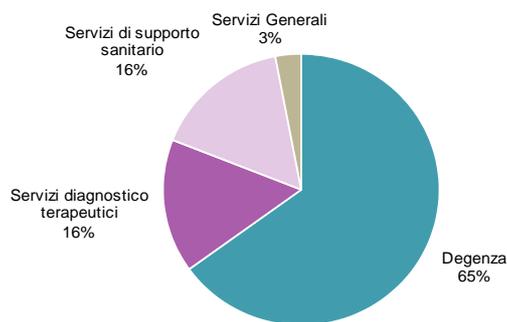
<sup>2</sup> Nel totale ore lavorate nei reparti di degenza sono state considerate anche le ore lavorate nelle terapie intensive e in *Day Surgery*

Figura 4: Incidenza percentuale per tipologia delle attività svolte da medici ed infermieri nei presidi ospedalieri pubblici (Valori attesi teorici elaborati dalla Regione Abruzzo)

#### Personale medico



#### Infermieri



Calcolando per le due tipologie di personale il fabbisogno teorico di personale sulla base delle giornate di degenza erogate nel 2010 risulta che complessivamente il personale medico e gli infermieri coinvolti nell'attività di degenza in Regione è pari al 39% ( $FTE_{med}AsIs = FTE_{inf}AsIs$ ).

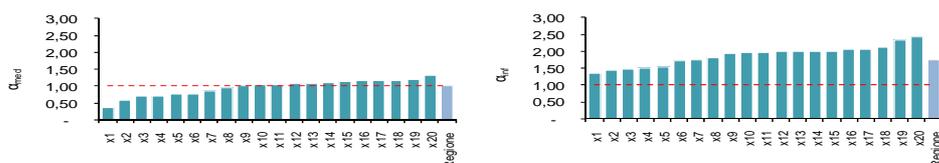
Per valutare l'eventuale eccesso o difetto di personale è stato definito un indicatore

$$\alpha_i = \frac{1 - FTE_i AsIs}{1 - FTE_i ToBe}$$

Se  $\alpha_i$  è maggiore di 1 possiamo assumere che la Regione registra un eccesso di personale rispetto al fabbisogno teorico se invece  $\alpha_i$  è minore di 1 possiamo assumere che la Regione registra un difetto di personale. In entrambi i casi la Regione Abruzzo a livello complessivo presenta valori superiori all'unità, si rileva infatti:

- per i medici un valore di  $\alpha_{med}$  pari ad 1,02. Tale valore essendo vicino all'unità lascerebbe ipotizzare una difficoltà di alcuni presidi ospedalieri legata prevalentemente all'allocazione del personale tra i presidi;
- per gli infermieri un valore  $\alpha_{inf}$  è pari a 1,74 con un valore minimo di 1,34.

Figura 5: Valori indicatore  $\alpha$  per singolo presidio e per Regione



Infine si registra un eccesso di posti letto pubblici occupati (pari a 3.933) rispetto al numero di posti letto obiettivo (pari a 3.688) previsti dalla deliberazione del commissario ad *acta* n. 45 del 5 Agosto 2010 (Allegato A - Tabella 12: Posti letto complessivi per ASL).

Nel 2010 parte del risparmio conseguito rispetto al programmatico è dovuta all'inattività di alcune strutture private per le quali era stato previsto un tetto alla produzione che non è stato erogato. Nel 2011 tali strutture torneranno operative il che peggiora la percentuale di costo del personale e di acquisto di prestazioni sanitarie (incluso saldo mobilità) sui ricavi che passerebbe dal 50,7% del 2009 (di cui i dati in Figura 2) al 53,7% del tendenziale per l'anno 2011 (vedi paragrafo II tendenziale 2011 - 2012).

### 1.2.3 Il tendenziale 2011 - 2012

I tendenziali 2011 e 2012 sono stati costruiti sulla base dei Conti Economici NSIS Consuntivi degli anni 2006-2010.

Tabella 3: Tendenziali 2011 e 2012

ID	CONTO ECONOMICO (€000)	Consuntivo 2008	Consuntivo 2009	Consuntivo 2010	Tendenziale 2011	Tendenziale 2012
A1	Contributi F.S.R.	2.180.203	2.246.036	2.314.282	2.327.172	2.376.390
A2	Saldo Mobilità	- 24.172	- 54.072	- 77.062	- 77.062	- 91.323
A3	Entrate Proprie	83.121	113.394	76.852	77.733	78.530
<b>A</b>	<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>2.239.152</b>	<b>2.305.358</b>	<b>2.314.072</b>	<b>2.327.843</b>	<b>2.363.598</b>
B1.1	Personale	776.508	776.073	788.405	788.405	788.405
B1.2	Irap	53.164	55.314	56.309	56.309	56.309
B1	Personale + Irap	829.672	831.387	844.714	844.714	844.714
B2	Prodotti Farmaceutici	146.581	156.311	160.630	171.534	183.636
B3	Altri Beni E Servizi	407.868	411.101	414.454	421.408	432.703
<b>B</b>	<b>Totale Costi Interni</b>	<b>1.384.121</b>	<b>1.398.799</b>	<b>1.419.798</b>	<b>1.437.656</b>	<b>1.461.052</b>
C1	Medicina Di Base	150.750	149.769	150.917	155.721	155.721
C2	Farmaceutica Convenzionata	267.497	260.766	263.937	265.663	265.500
C3.1	Privato-Ospedaliera	138.051	144.981	113.480	139.167	141.603
C3.2	Privato-Ambulatoriale	46.235	47.678	47.932	50.116	50.781
C3.3	Privato-Riabilitazione Extra Ospedaliera	81.008	76.799	70.634	73.380	74.664
C3.4	Privato-Integrativa E Protesica	28.974	26.098	26.272	26.666	27.133
C3.5	Altre Prestazioni Da Privato	86.792	94.462	87.938	94.278	98.159
C3	Prestazioni Da Privato	381.060	390.018	346.256	383.608	392.340
C4	Prestazioni Da Pubblico	112	1.889	1.371	1.371	1.371
C5	Saldo Intramoenia	- 1.724	- 931	- 298	- 298	- 298
<b>C</b>	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>797.695</b>	<b>801.511</b>	<b>762.183</b>	<b>806.065</b>	<b>814.634</b>
<b>D</b>	<b>Totale Costi 1° Livello (B+C)</b>	<b>2.181.816</b>	<b>2.200.310</b>	<b>2.181.981</b>	<b>2.243.721</b>	<b>2.275.686</b>
<b>E</b>	<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>57.336</b>	<b>105.048</b>	<b>132.091</b>	<b>84.122</b>	<b>87.912</b>
F1	Altre Componenti Di Spesa	43.187	56.932	52.458	51.916	53.874
F2	Accantonamenti	94.245	91.950	85.633	78.723	86.571
F3	Interessi E Altro	12.909	11.744	5.474	5.472	5.446
F4	Ammortamenti e Sterilizzazioni	13.089	15.785	17.999	17.999	17.999
F5	Oneri Straordinari	19.448	25.622	2.907	0	0
<b>F</b>	<b>Totale Costi 2° Livello</b>	<b>182.878</b>	<b>202.033</b>	<b>164.471</b>	<b>154.111</b>	<b>163.891</b>
<b>G</b>	<b>Totale Costi (D+F)</b>	<b>2.364.694</b>	<b>2.402.343</b>	<b>2.346.452</b>	<b>2.397.832</b>	<b>2.439.577</b>
<b>H</b>	<b>Risultato Economico (A-G)</b>	<b>- 125.542</b>	<b>- 96.985</b>	<b>- 32.380</b>	<b>- 69.988</b>	<b>- 75.979</b>
<b>I</b>	<b>Risultato Economico Per Tavolo di Monitoraggio</b>	<b>- 107.656</b>	<b>- 43.358</b>	<b>- 2.976</b>	<b>- 62.905</b>	<b>- 68.896</b>

Si ricorda che tale schema sintetico gestionale è costruito sulla base dei Conti Economici NSIS e rappresenta i risultati d'esercizio in base agli ultimi dati ufficiali a sistema.

Si riporta di seguito il dettaglio per le principali voci di CE.

#### 1.2.3.1 Ricavi

- **Contributi FSR** (Contributi in conto esercizio da Regione e Province Autonome per la quota di Fondo Sanitario Regionale indistinto e vincolato) - Per l'anno 2011 sono stati considerati i valori delle disponibilità finanziarie (2.284 €/mln) e delle quote vincolate agli obiettivi di Piano (36 €/mln) riportati nella proposta di riparto del FSN per il CIPE presentata dal Ministero della Salute il 22 dicembre 2010. Il valore tendenziale della quota corrente dell'anno 2012 è stato calcolato applicando il trend storico di crescita media (in seguito CAGR) 2008-2011 ai Contributi 2011, mentre i contributi vincolati sono stati posti uguali al 2011.
- **Saldo di Mobilità** - Il saldo di mobilità in compensazione extraregionale per il 2011 è stato posto uguale a quello riportato nel CE Consuntivo 2010, che aggiorna il saldo di mobilità accertato 2009 con i valori 2010 di mobilità attiva, rappresentando di conseguenza la migliore stima del valore di competenza 2011 per il Tavolo. Per il 2012 è stato considerato il CAGR 2008-2010 applicato al 2011 per tutte le voci con le eccezioni dei valori legati ai tetti da privato che sono stati posti uguali ai tetti 2011.
- **Entrate Proprie** - sono composte da:

- Ulteriori trasferimenti pubblici: questa voce comprende principalmente gli utilizzi dei progetti obiettivo degli anni precedenti, i valori 2011 e 2012 sono stati posti uguali alla media degli utilizzi 2008-2010.
- Ticket: i valori tendenziali per gli anni 2011 e 2012 sono stati posti uguali al 2010. Per la sola Asl di Avezzano Sulmona L'Aquila, il valore 2010 è stato aumentato del 50% nel 2011 e di un ulteriore 10% nel 2012, in relazione al fatto che il dato 2010 è influenzato dalla esenzione dal pagamento del ticket ambulatoriale disposta a favore dei cittadini colpiti dal sisma.
- Altre entrate proprie: il valore tendenziale per gli anni 2011 e 2012 è stato calcolato applicando il CAGR 2008-2010 rispettivamente ai dati 2010 e 2011.

### 1.2.3.2 Costi

#### Costi interni:

- **Personale:** il valore tendenziale per gli anni 2011 e 2012 del costo per il personale dipendente, comprensivo degli oneri riflessi è stato posto pari a quello registrato nel CE Consuntivo 2010 (ipotesi di fuoriuscite nette pari a 0).
- **IRAP:** il valore tendenziale per gli anni 2011 e 2012 del costo per l'IRAP è stato posto pari a quello registrato nel CE Consuntivo 2010.
- **Prodotti farmaceutici e altri Beni e Servizi:** il valore tendenziale per gli anni 2011 e 2012 è stato calcolato applicando il CAGR 2008-2010 rispettivamente ai dati 2010 e ai dati 2011 per singolo conto di CE NSIS; per le ASL di Avezzano Sulmona L'Aquila e di Chieti Lanciano Vasto, che hanno riconvertito alcuni presidi ospedalieri nel corso del 2010, è stato tenuto in considerazione l'effetto trascinarsi dei risparmi da riconversione.

#### Costi Esterni

- **Medicina di base:** il valore tendenziale degli anni 2011 e 2012 del costo per il personale convenzionato è stato posto uguale al valore dell'Accordo 2010 incrementato dell'indennità di vacanza contrattuale.
- **Farmaceutica convenzionata:** il valore tendenziale degli anni 2011 e 2012 del costo della farmaceutica territoriale, al netto del *payback*, è stato calcolato applicando il CAGR 2008-2010 rispettivamente ai dati 2010 e 2011. Il *payback* è stato posto pari al 2,5% (dato storico) del costo lordo.
- **Prestazioni da privato:** il costo tendenziale per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato è stato determinato nei modi seguenti.
  - Per l'assistenza Ospedaliera i valori 2011 e 2012 sono stati posti pari rispettivamente al tetto 2010 deliberato incrementato per il solo anno 2012 dell'inflazione programmata (1,75%). Ciò implica che rispetto al 2010 le strutture che non sono state operative o pienamente operative per ragioni giudiziarie o per inagibilità ritornino a produrre in linea con gli obiettivi regionali 2010.
  - Per l'assistenza Specialistica Ambulatoriale i valori 2011 sono stati calcolati sommando al tetto 2010 deliberato, il fatturato 2010 per le "prestazioni fuori contratto", i valori per il 2012 sono stati posti pari al valore 2011 accresciuto dell'inflazione programmata (1,75%). Ciò implica che rispetto al 2010 le strutture che non sono state operative o pienamente operative per ragioni giudiziarie o per inagibilità ritornino a produrre in linea con gli obiettivi regionali 2010.
  - Per le prestazioni da Sumaisti il valore tendenziale degli anni 2011 e 2012 è stato posto uguale al valore riportato nel CE Consuntivo 2010 atteso che lo stesso era già stato incrementato della vacanza contrattuale.
  - Per l'assistenza Riabilitativa ex art.26 i valori 2011 sono stati calcolati sommando al tetto 2010 deliberato, il fatturato 2010 per le "prestazioni fuori contratto", i valori per il 2012 sono stati posti pari al valore 2011 accresciuto dell'inflazione programmata (1,75%), ciò implica che rispetto al 2010 le strutture che non sono state operative o pienamente operative per ragioni giudiziarie o per inagibilità ritornino a produrre in linea con gli obiettivi regionali 2010.
  - Per l'assistenza Integrativa e Protesica il valore 2011 è stato calcolato applicando il Tasso di Inflazione Programmato per il 2011 (pari all'1,5%) ai dati 2010 mentre il valore 2012 è stato calcolato applicando il Tasso di Inflazione Programmato per il 2012 (pari all'1,75%) ai dati tendenziali 2011.

- Per le “Altre prestazioni da privato” :  
i valori 2011 e 2012 delle prestazioni soggette a tetto (assistenza psicosociale, assistenza termale, assistenza in RSA e RA) sono stati calcolati sommando al tetto 2010 deliberato, il fatturato 2010 per le “prestazioni fuori contratto” ciò implica che rispetto al 2010 le strutture che non sono state operative o pienamente operative per ragioni giudiziarie o per inagibilità ritornino a produrre in linea con gli obiettivi regionali 2010;  
i valori 2011 e 2012 delle prestazioni non soggette a tetto sono stati calcolati applicando la crescita 2008-2009 ai dati 2010 nel caso dei trasporti sanitari e sono stati posti in linea al valore 2010 nel caso delle prestazioni in ADI o per tossicodipendenti.
- **Prestazioni da pubblico:** i valori tendenziali per gli anni 2011 e 2012 sono stati posti uguali al costo 2010.
- **Saldo intramoenia:** i valori tendenziali per gli anni 2011 e 2012 sono stati posti uguali a quelli registrati nel CE Consuntivo 2010.

### Costi di secondo livello

- **Altre componenti di spesa:** i valori tendenziali per gli anni 2011 e 2012 del costo per rimborsi e contributi, per consulenze sanitarie e amministrative, per personale assunto con contratti di co.co.co., per servizi interinali e per la formazione sono stati calcolati applicando il CAGR 2008-2010 rispettivamente ai dati 2010 e ai dati 2011.
- **Accantonamenti:** il valore tendenziale degli accantonamenti è stato determinato nei modi seguenti.
  - Accantonamenti per rinnovi contrattuali: non è stato effettuato alcun accantonamento per rinnovo contrattuale. La c.d. vacanza contrattuale è stata considerata nei costi di competenza del personale.
  - Accantonamenti rischi: i valori 2011 e 2012 sono stati posti pari alla media 2008-2010. Si è inoltre proceduto ad inserire per il solo esercizio 2010 un un accantonamento aggiuntivo pari a 13,1 €/mln pari allo 0,5% del totale costi della produzione (Voce CE B99999)
  - Accantonamenti Sumai: i valori 2011 e 2012 sono stati calcolati applicando il valore medio 2008-2010 della percentuale TFR ai valori tendenziali rispettivamente del 2011 e 2012.
  - Altri Accantonamenti: i valori 2011 e 2012 sono stati calcolati sommando al valore medio 2008-2010 degli accantonamenti generici e per interessi di mora, l'accantonamento relativo ai contributi vincolati dell'anno (ipotesi di non effettuazione dei progetti obiettivo correnti in corso di anno).
- **Interessi:** i valori tendenziali per gli anni 2011 e 2012 sono stati posti uguali a quelli registrati nel CE Consuntivo 2010.
- **Ammortamenti e Sterilizzazioni:** i valori tendenziali 2011 e 2012 sono stati posti uguali al 2010.
- **Oneri straordinari:** il valore tendenziale 2011 e 2012 è per definizione nullo (la componente straordinaria è stata considerata come accantonamenti per rischi)

### 1.2.4 Principali aree di intervento

La Regione Abruzzo, partendo dagli interventi previsti nel Piano Operativo 2010 che, avviati nel corso del 2010 o in corso di attivazione, comunque saranno operativi e dispiegheranno i loro effetti nel biennio 2011-2012, a fronte del tendenziale 2011 - 2012 di cui al capitolo precedente intende per i prossimi due anni porre in essere le seguenti manovre:

- **inserire nel proprio processo di pianificazione, programmazione e controllo degli appositi indicatori di *outcome*** al fine di favorire un processo di misura della qualità dell'assistenza prestata:
  - inserendo il monitoraggio sistematico degli indicatori di *outcome* tra gli obiettivi dei Direttori Generali sin dal 2011 ed il miglioramento di alcuni tra questi tra gli obiettivi del 2012;
  - condividendo gli indicatori con i MMG che rappresentano per la Regione una risorsa importante per il corretto orientamento dei pazienti all'interno della rete dei servizi sanitari regionali;
  - inserendo il monitoraggio ed il miglioramento degli indicatori tra i criteri di attribuzione dei tetti alle case di cura private dal 2012 in poi;

- **proseguire nella strategia di concentrazione del personale e dei volumi di prestazioni per patologia** con l'attuazione dei Decreti Commissariali sulle linee guida per la razionalizzazione delle unità operative e quelle sugli atti aziendali. La riferita azione di razionalizzazione determinerà degli effetti anche in termini di riduzione del complessivo costo del personale in conseguenza del fatto che la riduzione del numero delle unità operative complesse comporta la riduzione dell'ammontare del relativo fondo contrattuale (fondo per l'indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento o indennità per i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa) in relazione alle quote di fondo inerenti l'indennità di struttura complessa e l'indennità di posizione per gli incarichi di struttura complessa che vengono meno. Tale azione, quindi, consentirà alla Regione di continuare nella politica di riallineamento del costo del personale rispetto ai livelli delle Regioni "virtuose", tenendo conto anche di quanto disposto dall'art. 9 comma 2 bis D.L. 78/2010;
- **intervenire con il supporto dei MMG per allineare la spesa per farmaci alle "soglie di appropriatezza prescrittiva basate sul comportamento prescrittivo registrato nelle regioni con il miglior risultato in riferimento alla percentuale di medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore rispetto al totale dei medicinali appartenenti alla medesima categoria terapeutica equivalente"** (come previsto dal D.L. 78/2010, Art. 11, comma 7b). A tal fine la Regione intende collegare il 50% della retribuzione variabile dei MMG al raggiungimento di un risparmio pari all'80% dell'importo indicato per il 2010 dal sistema Tessera Sanitaria;
- **ridefinire i tetti per le prestazioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza coerentemente rispetto al ridefinito numero di posti letto attribuiti alle case di cura private** in seguito alla deliberazione del commissario ad *acta* n. 45 del 5 Agosto 2010;
- **ridefinire, coerentemente con la necessaria riduzione dei tetti della ospedalità, i tetti per le prestazioni territoriali**, in particolare la ridefinizione delle tariffe per le prestazioni e della relativa quota di compartecipazione progressiva per le strutture residenziali e semiresidenziali extra ospedaliere;
- **applicare quanto stabilito ai commi 3, 7, 8 e 12 dell'art. 6 del D.L. 78/2010 a decorrere dal 01.01.2011 relativamente a:**
  - riduzione dei compensi degli Organi Collegiali del 10% rispetto ai compensi risultanti alla data del 30.04.2010;
  - contenimento dei costi per consulenze non sanitarie dell' 80% di quella sostenuta nell'anno 2009 e per consulenze sanitarie che non potranno essere superiore al 70% di quelle sostenute nell'anno 2009
  - contenimento dei costi per relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità e di rappresentanza ad un ammontare non superiore al 20% della spesa sostenuta nell'anno 2009
  - contenimento delle spese per missioni, anche all'estero, entro un ammontare non superiore al 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009 per analoghe finalità.

## 1.2.5 Sintesi delle Manovre

Di seguito la sintesi delle manovre con impatto economico nel corso del biennio 2011 e 2012.

Tabella 4: Sintesi delle manovre e risultato Programmatico

	€/000	2011	2012
<b>Tendenziale: Risultato per Tavolo di Monitoraggio</b>		<b>-62.905</b>	<b>-68.896</b>
Concentrazione della casistica e del personale		16.859	23.924
Farmaceutica e MMG		5.400	13.400
Tetti per le prestazioni ospedaliere		6.521	8.956
Prestazioni territoriali		9.103	22.758
Applicazione del comma 7 dell'art. 6 del D.L. 78/2010		5.527	6.081
Totale Manovre		43.410	75.119
<b>Programmatico: Risultato per Tavolo di Monitoraggio</b>		<b>-19.496</b>	<b>6.223</b>
Coperture			
Quota parte gettito da aumento delle aliquote IRAP e addizionali IRPEF sui livelli massimi		40.000	40.000
<b>Risultato dopo le coperture</b>		<b>20.504</b>	<b>46.223</b>

Nota: Per le prestazioni territoriali è riportata una stima preliminare dell'importo della compartecipazione legata alle prestazioni erogate dalle strutture private

## 1.3 Programma regionale esiti

### 1.3.1 Risultati programmati

La Regione Abruzzo al fine di promuovere la qualità dei propri servizi sanitari si è chiesta su cosa è giusto che gli erogatori pubblici e privati di prestazioni sanitarie competano. La risposta è stata l'esito della cura.

L'obiettivo della Regione è semplice, riconoscere gli erogatori che erogano le cure migliori per patologia e indirizzare di conseguenza i pazienti affinché questi possano rivolgersi alla migliore struttura disponibile. Affinché questo possa avvenire la Regione Abruzzo intende promuovere la misura degli esiti:

- sia facendosi supportare dall'Age.Na.S. per poter disporre in tempi brevi degli indicatori e delle competenze da questa sviluppati sulla base dei dati attualmente disponibili a livello nazionale;
- sia attraverso l'aumento della disponibilità dei dati (prioritariamente a livello aziendale quindi a livello regionale) relativi ai contenuti informativi identificati dal NSIS con particolare attenzione all'identificazione dell'assistito ed all'integrazione delle banche dati, fatta salva la necessità di garantire la riservatezza dei dati.

I risultati programmati relativi al seguente intervento sono i seguenti:

- attivare entro il mese di ottobre 2011 due sessioni formative per i Direttori Generali e Direttori Sanitari per la presentazione del Programma Nazionale Esiti sviluppato da Age.Na.S. affinché questi possano prendere atto delle evidenze emerse sui dati disponibili rispetto alle strutture pubbliche e private che insistono sul proprio territorio;
- identificare con il supporto di Age.Na.S. le priorità di intervento per singola ASL affinché i Direttori Generali possano porre in essere per tempo adeguate azioni al fine di migliorare i risultati disponibili relativamente alle proprie strutture. Le priorità di azione identificate con Age.Na.S. rientreranno nel 2012 tra i criteri di valutazione dell'operato dei Direttori Generali e Sanitari, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione;
- definire un piano di comunicazione con i MMG verso i MMG entro dicembre 2011, affinché questi possano essere adeguatamente informati sui dati disponibili sugli esiti relativamente alle strutture pubbliche e private abruzzesi e possano in modo opportuno orientare la scelta dei propri assistiti;

- attivare entro il mese di ottobre 2011 due sessioni formative per le case di cura private accreditate per la presentazione del Programma Nazionale Esiti sviluppato da Age.Na.S. affinché questi possano prendere atto delle evidenze emerse sui dati disponibili;
- identificare con il supporto di Age.Na.S. le priorità di intervento per singola struttura affinché queste possano porre in essere per tempo adeguate azioni al fine di migliorare i risultati disponibili.

### 1.3.2 Valorizzazione della manovra

La manovra identificata ha l'obiettivo di promuovere la qualità dei servizi sanitari regionali e non comporta ulteriori costi per il SSR.

## 1.4 Concentrazione della casistica e del personale

### 1.4.1 Risultati programmati

Il personale rappresenta certamente la prima risorsa del SSR sia in termini di rilevanza strategica sia in termini di costo, pertanto la corretta gestione dello stesso è da ritenersi la leva strategica prioritaria sia per azzerare gli sprechi sia per garantire una qualità migliore dell'assistenza erogata ai pazienti.

Gli interventi di riqualificazione della rete ospedaliera prevista nel programma operativo 2010 sono attualmente in corso. Le linee guida per la definizione delle unità operative complesse e dipartimentali, come anche le linee guida per la redazione degli atti aziendali sono state già adottate rispettivamente con i Decreti del Commissario ad Acta n.15/2011 e n.5/2011.

A fronte di tali linee guida sarà necessario procedere alla riorganizzazione della rete ospedaliera volta a garantire un utilizzo più efficace ed efficiente delle risorse e ad assicurare, all'interno dei diversi bacini di utenza, qualità dei servizi, equità di accesso a fronte della necessaria concentrazione della casistica più complessa in pochi centri altamente qualificati.

Come sottolineato nel paragrafo "Punti di attenzione", la distribuzione del personale tra i presidi ospedalieri è assolutamente disomogenea e quello sanitario, nello specifico medici ed infermieri, sembrerebbe a livello regionale consentire ancora margini di efficientamento. Tali osservazioni sono state fatte sui dati del conto annuale 2009, escludendo dalle analisi il personale universitario (che si stima al 50% possa essere impiegato nelle attività di degenza), non tenendo conto delle cessazioni del 2010, tra l'altro condizionate - come si mostra in Tabella 5 - dall'applicazione dell'art. 22 legge 4 nov. 2010 n.183.

In Tabella 5 inoltre si riporta anche l'effetto delle sostituzioni avvenute nel 2010 di rapporti di lavoro a tempo determinato con rapporti di lavoro a tempo indeterminato. Avendo la possibilità di assumere grazie al blocco del *turnover* al 90% solo 50 persone, le ASL ne hanno assunte di fatto solo 21 "nuove", ed hanno preferito concentrarsi sulla modifica del rapporto giuridico del personale già disponibile, a sostanziale parità di costo.

80 persone, di cui 33 medici, sono state assunte a tempo indeterminato secondo le modalità previste dalla normativa vigente (già vincitori di pubblico concorso, utilizzazione di graduatorie di concorsi a tempo indeterminato ancora valide in base alla normativa vigente nel rispetto del relativo ordine di graduatoria, ovvero attraverso l'istituto della mobilità)".

Tabella 5: Personale a tempo indeterminato: cessati 2007 - 2010 per ruolo ed area contrattuale

Ruolo e Qualifica	Pers. 2006	Pers. 2007	Cess. 2007	Pers. 2008	Cess. 2008	Pers. 2009	Cess. 2009	% cess. medi annui	Cess. da rilev. ad hoc	Assunti da rilev. ad hoc	... di cui trasformazioni da tempo det. a indet.	Saldo 2010	Personale 2010
Tot. Pers. Ruolo Sanitario	10.983	10.839	393	10.715	272	10.406	291		340	92	80	- 248	10.158
Comparto	7.813	7.721	288	7.627	193	7.417	195	3%	202	54	47	- 148	7.269
Dirigenza*	3.170	3.118	105	3.088	79	2.989	96	3%	138	38	33	- 100	2.889
Tot. Pers. Ruolo Tecnico	2.713	2.591	133	2.473	127	2.430	65		93	4	-	- 89	2.341
Comparto	2.688	2.568	131	2.455	122	2.412	64	4%	93	4	-	- 89	2.323
Dirigenza	25	23	2	18	5	18	1	12%	-	-	-	-	18
Tot. Pers. Ruolo Amministrativo	1.742	1.685	95	1.637	82	1.556	101		109	4	-	- 105	1.451
Comparto	1.676	1.629	85	1.590	73	1.516	90	5%	100	4	-	- 96	1.420
Dirigenza	66	56	10	47	9	40	11	18%	9	-	-	- 9	31
Tot. Pers. Ruolo Professionale	22	23	1	20	2	18	3		5	1	-	- 4	14
Comparto	6	5	1	4	1	4	-	12%	2	1	-	- 1	3
Dirigenza	16	18	-	16	1	14	3	8%	3	-	-	- 3	11
Tot. Altro Personale	96	91	6	88	2	81	13		-	-	-	-	81
<b>Totale</b>	<b>15.556</b>	<b>15.229</b>	<b>628</b>	<b>14.933</b>	<b>485</b>	<b>14.491</b>	<b>473</b>	<b>3%</b>	<b>547</b>	<b>101</b>	<b>80</b>	<b>- 446</b>	<b>14.045</b>

Nota: I dati sono stati estratti dal Conto Annuale Tabella 1, che a differenza di quanto riportato nelle Tabelle 2 di monitoraggio della spesa del personale considera anche il personale delle categorie protette, della medicina penitenziaria e gli organi direttivi (+640 unità nel 2009). La dirigenza del ruolo sanitario comprende i dirigenti medici, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi

I risultati programmati relativi all'intervento sono i seguenti:

- blocco del turnover per il personale infermieristico pari al 60% per l'anno 2011 e al 50% per l'anno 2012 operando in via prioritaria alla ricollocazione del personale in servizio tra i diversi presidi; le assunzioni relative al personale infermieristico dovranno essere soggette a nulla-osta da parte del Commissario ad acta;
- blocco del turnover per il personale dirigente del ruolo sanitario pari al 10%, operando in via prioritaria alla ricollocazione del personale in servizio tra i diversi presidi. Inoltre, le assunzioni relative al personale medico dovranno essere soggette a nulla-osta da parte del Commissario ad acta, che ne valuterà la coerenza e l'opportunità sia rispetto alla ristrutturazione in atto della rete ospedaliera e, più in generale, al riordino complessivo del sistema sanitario regionale (ivi compresa la razionalizzazione delle unità operative complesse), sia rispetto all'andamento dei costi del personale aziendale rilevati in corso d'anno;
- blocco del turnover per il personale dirigente dell'area amministrativa, tecnica e professionale pari al 10% (come mostrato in Tabella 7, le cessazioni attese risultano così contenute, 2-3 unità, da non permettere la generazione di effetti al blocco fissato che comunque permane);
- blocco del turnover per le altre tipologie di personale pari al 60% per l'anno 2011 e al 50% per l'anno 2012;
- oltre alle assunzioni sopra descritte, è possibile procedere nel corso del biennio 2011-2012, nell'inderogabile rispetto dei limiti complessivi di spesa per il personale (Voce personale + IRAP da CE Programmatico) previsti nel presente Programma Operativo per gli anni 2011 (€/mln 827,9) e 2012 (€/mln 820,8), alla copertura di posti vacanti in organico, che attualmente risultano occupati da personale a tempo determinato mediante assunzioni di personale a tempo indeterminato secondo le modalità previste dalla vigente normativa. La copertura di detti posti può essere effettuata esclusivamente con riferimento a quelle figure professionali che svolgono funzioni e compiti indispensabili per le esigenze aziendali ed i cui posti durante l'anno 2010 sono stati coperti e, pertanto, la relativa spesa risulta già consolidata nei costi del bilancio 2010. Le Aziende USL regionali, nell'operare le riferite assunzioni a tempo indeterminato, devono provvedere alla contestuale riduzione sia della spesa del personale a tempo determinato per un importo corrispondente ai nuovi costi da sostenere per tali assunzioni, sia del contingente numerico del personale a tempo determinato. Alla luce di quanto specificato nel punto 1.2.2 "Punti di attenzione" del presente Programma Operativo, le riferite assunzioni afferenti il profilo professionale degli infermieri dovranno essere oggetto di attenta valutazione e considerazione da parte delle Direzioni Aziendali. Si evidenzia che è possibile procedere alle assunzioni in questione solo nella misura atta a consentire comunque il conseguimento dell'obiettivo di contenimento della spesa per il personale con rapporto di lavoro flessibile definito al punto successivo;
- fermo restando quanto previsto al punto precedente, ciascuna Azienda USL regionale, al fine di dare attuazione a quanto previsto dal combinato disposto dell'art.9, comma 28, del D.L. n.78/2010 (convertito in legge n.122/2010) e dell'art.6 del D.L. n. 34/2011 (convertito in legge n.75/2011), si impegna a risparmiare il 4% della spesa 2010 sostenuta per personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o relativa a contratti di formazione lavoro, ad altri rapporti formativi, alla somministrazione di

lavoro nonché al lavoro accessorio. Tale misura di contenimento, pari complessivamente a livello regionale a 2,5 €/mln, deve realizzarsi attraverso una riduzione effettiva della spesa in questione, non compensata cioè da un aumento della spesa a tempo indeterminato per effetto delle possibilità di assunzioni previste al punto precedente (Tabella 6). Tale risparmio dovrà essere mantenuto anche per il 2012;

Tabella 6: Personale a tempo determinato: obiettivo 2011-2012

Tipologia di personale	Spesa 2010	Risparmio 2011 (4% 2010)
Personale a tempo determinato	57.849	2.314
Restante personale	5.370	215
<b>TOTALE (valori in migliaia di euro)</b>	<b>63.219</b>	<b>2.529</b>

Fonte: Dati da Tabella 2 IV Trimestre 2010

- per l'anno 2012, fermo restando quanto previsto nei punti precedenti, ivi compreso il risparmio effettivo di Euro/000 2.529 a livello regionale sulla spesa per rapporti di lavoro flessibili, in ogni caso la spesa per il personale a tempo determinato o con convenzione ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o relativa a contratti di formazione lavoro, ad altri rapporti formativi, alla somministrazione di lavoro nonché a lavoro accessorio dovrà attestarsi entro il limite del 90% della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009 (pari a 38,7 €/mln, corrispondente al 90% delle voci di spesa relative a "tempo determinato" e "restante personale" di cui alla "Tabella 2" consuntivo 2009, che ammonta a complessivi 43 €/mln);
- emanazione del decreto di definizione dei criteri per la rideterminazione della dotazione organica entro ottobre 2011, sulla base delle disposizioni del Patto per la Salute 2010-2012, del Decreto Commissariale 5/2011 (linee guida Atti Aziendali) e del Decreto Commissariale n. 15/2011 (razionalizzazione unità operative);
- a decorrere dal 1° gennaio 2011, ai sensi dell'art. 9, comma 2 bis, del D. L. 78/2010 - convertito in Legge n. 122/2010 -, l'ammontare delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, deve essere automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio e non può superare il corrispondente importo dell'anno 2010;
- applicazione, a decorrere dal 1° gennaio 2011, delle ulteriori misure di contenimento della spesa relative al trattamento economico del personale di cui all'articolo 9 del D.L. n. 78/2010 (convertito in legge n. 122/2010);
- conferma della verifica trimestrale dei costi del personale mediante la Tabella 2, secondo le modalità previste nel capitolo 2.1.4 del Piano di Rientro dal disavanzo per gli anni 2007-2009, ai fini di un costante monitoraggio della spesa del personale delle Aziende USL regionali, anche per gli anni 2011 e 2012.

#### 1.4.2 Valorizzazione della manovra

Sulla base dei dati disponibili e del turnover previsto si è stimato il valore delle cessazioni 2011 e 2012 secondo la seguente metodologia. Applicando ai dati 2010 le percentuali medie di cessazione per ruolo ed area contrattuale si stimano i cessati del 2011 e sul valore risultante si stimano i cessati del 2012. Nella percentuale media di cessazione non si tiene conto dell'anno 2010, ma solo degli anni 2006-2009 per i quali si dispone di dati di dettaglio nel Conto annuale. In Tabella 7 è riportato in dettaglio quanto sopra.

Tabella 7: Stima cessati per anno

Qualifica	Cessati medi annui	2010			2011		2012	
		Cessati	Assunti	personale al 31.12.2010	Stima cessati	Stima assunti	Stima cessati	Stima assunti
<b>Personale Sanitario</b>	<b>0%</b>	<b>340</b>	<b>92</b>	<b>10.158</b>	<b>289</b>	<b>158</b>	<b>285</b>	<b>176</b>
Comparto	3%	202	54	7.269	206	83	202	101
Dirigenza	3%	138	38	2.889	83	75	83	75
<b>Personale Tecnico</b>	<b>0%</b>	<b>93</b>	<b>4</b>	<b>2.341</b>	<b>94</b>	<b>39</b>	<b>91</b>	<b>47</b>
Comparto	4%	93	4	2.323	92	37	89	45
Dirigenza	12%	-	-	18	2	2	2	2
<b>Personale Amministrativo</b>	<b>0%</b>	<b>109</b>	<b>4</b>	<b>1.451</b>	<b>70</b>	<b>30</b>	<b>68</b>	<b>36</b>
Comparto	5%	100	4	1.420	67	27	65	33
Dirigenza	18%	9	-	31	3	3	3	3
<b>Personale Professionale</b>	<b>0%</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Comparto	12%	2	1	3	-	-	-	-
Dirigenza	8%	3	-	11	-	-	-	-
<b>Totale</b>	<b>3%</b>	<b>547</b>	<b>101</b>	<b>14.045</b>	<b>453</b>	<b>227</b>	<b>444</b>	<b>259</b>

Nota: Nella colonna relativa al personale al 31.12.2010 non è ricompreso la tipologia "Altro Personale" (81 unità) su cui non si calcola il Turnover (Organi Direttivi e Contrattisti)

Considerando il costo medio per ruolo ed area contrattuale (vedi Tabella 8) si è quindi proceduto a calcolare il valore della manovra sul saldo calcolato come differenza tra cessati ed assunti per anno come riportato in Tabella 9.

Tabella 8: Costo medio annuo 2009

Qualifica	Costo medio annuo
Personale Sanitario	48.314
Comparto	32.990
Dirigenza	85.848
Personale Tecnico	25.358
Comparto	25.117
Dirigenza	60.009
Personale Amministrativo	28.242
Comparto	26.930
Dirigenza	75.549
Personale Professionale	60.355
Comparto	31.416
Dirigenza	69.755
Altro Personale	40.432
Contrattisti	20.245
Organi Direttivi	129.527
<b>Totale</b>	<b>42.292</b>

Nota: Il costo medio annuo è stato calcolato dividendo la sommatoria delle competenze fisse ed accessorie per il numero di unità di personale in servizio. Tali valori sono comprensivi di tutti i rinnovi contrattuali legati al biennio economico 2008-2009, prudenzialmente al netto degli oneri previdenziali e assistenziali

Fonte: Conto Annuale 2009

Tabella 9: Stima impatto manovra

	2010	2011	2012	2013
Stima unità di personale al 01.01	14.491	14.045	13.819	13.634
Stima unità di cessati	547	453	444	
Stima unità di assunti	101	227	259	
Stima saldo	446	226	185	-
<b>Valorizzazione saldo</b>	<b>19.208.705</b>	<b>7.203.230</b>	<b>5.985.716</b>	
Valorizzazione 2010	9.604.353	9.604.353		
Valorizzazione 2011		3.601.615	3.601.615	
Valorizzazione 2012			2.992.858	2.992.858
<b>Valorizzazione</b>	<b>9.604.353</b>	<b>13.205.968</b>	<b>6.594.473</b>	<b>2.992.858</b>

Complessivamente, quindi, la manovra sul personale, considerando anche l'intervento di contenimento della spesa a tempo determinato, nonché la riduzione connessa nel costo dell'IRAP, comporta una contrazione complessiva del costo Tendenziale di 23,9 €/mln al 2012 (Tabella 10)

Tabella 10: Sintesi manovra sul personale

	2011	2012
Manovra/risparmio su Tempo indeterminato	13.206	19.800
Manovra/risparmio su rapporti di lavoro flessibili	2.529	2.529
<b>Totale tempo indeterminato/lavoro flessibile</b>	<b>15.735</b>	<b>22.329</b>
Risparmio su IRAP	1.124	1.595
<b>Totale Manovra (cumulata)</b>	<b>16.859</b>	<b>23.924</b>

La manovra sopra descritta garantisce altresì ampiamente il rispetto dei limiti di spesa stabiliti, con riferimento al triennio 2010/2012, per gli enti del Servizio sanitario nazionale dall'articolo 2, comma 71, della legge n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), vale a dire l'ammontare della spesa per il personale registrato nell'anno 2004 diminuito dell'1,4%, come riportato in Tabella 11.

Tabella 11: Limiti massimi da Legge 191/2009

Azienda	Spesa 2004	- 1,4% spesa 2004	Limite massimo da L 191/2009 per gli anni 2011-2012	Valori riportati nelle Tabelle 2 al IV Trimestre 2010
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	181.680	2.544	179.136	173.075
Chieti-Lanciano-Vasto	225.346	3.155	222.191	214.220
Pescara	157.015	2.198	154.817	151.738
Teramo	152.052	2.129	149.923	146.970
<b>TOTALE REGIONALE</b>	<b>716.093</b>	<b>10.026</b>	<b>706.067</b>	<b>686.003</b>

Si precisa al riguardo 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 le spese per il personale sono considerate al netto delle spese derivanti dai rinnovi contrattuali successivi all'anno 2004. Inoltre, si fa presente che a tale scopo non si considera la spesa relativa al personale appartenente alle categorie protette.

Si evidenzia che, in base ai riepiloghi delle verifiche trimestrali 2010 effettuati mediante tabella 2, la spesa complessiva regionale per il personale registrata al 31.12.2010 risulta pari a € 686.003.000 e, dunque, inferiore di € 20.064.000 rispetto al riferito limite di spesa previsto dalla legge n. 191/2009 (finanziaria 2010).

In relazione alla manovra prevista con il presente Programma Operativo, nel corso degli anni 2011-2012 si prevede una ulteriore diminuzione della spesa sostenuta al 31.12.2010, atteso che il tetto di spesa per il personale fissato nel presente Programma Operativo (voce aggregato CE B1 Personale comprensiva di IRAP) è di €/000 827.855 per l'anno 2011 e di €/000 820.790 per l'anno 2012, a fronte di una spesa consuntiva 2010 pari ad €/000 844.714.

## 1.5 Farmaceutica e MMG

### 1.5.1 Risultati programmati

Come precisato in premessa la Regione Abruzzo è caratterizzata da un'elevata spesa farmaceutica pro capite. Tale spesa è condizionata anche dal fatto che si rileva un'elevata "inappropriatezza prescrittiva". In particolare, infatti, si registra un'elevata percentuale di prescrizioni relative a medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto, o a prezzo superiore rispetto ai medicinali appartenenti alla medesima categoria terapeutica equivalente.

Nel programma operativo 2010 la Regione si era impegnata nell'integrazione dei dati di assistenza ospedaliera, assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale e condivisione degli stessi con i Medici di Medicina Generale. I flussi informativi sono stati integrati attraverso il "Cruscotto Integrato" del "Portale Tessera Sanitaria", ed è stato predisposto un primo esempio di sistema di *reporting* ed una metodologia per l'analisi della domanda soddisfatta per medico.

È stata avviata la condivisione della metodologia con le Asl, che a loro volta condivideranno i report di analisi con i medici (è stato redatto un calendario degli incontri della Regione con le Asl e di queste ultime con i MMG), al fine di portare a regime il sistema di monitoraggio.

L'obiettivo che la Regione intende perseguire è incrementare la prescrizione di farmaci equivalenti appartenenti alle classi/categorie terapeutiche alto spendenti definite da AIFA, in ottemperanza all'Art. 11 comma 7b del D.L. 78/2010, nelle " *tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni sulla base dei migliori risultati in termini di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore rispetto al totale della medesima categoria terapeutica equivalente*" in particolare per le classi ATC:

- Sartani (C09CA);
- Statine (C10AA);
- Inibitori di pompa (A02BC);
- Inibitori serotonina (N06AB);
- Ace Inibitori e sartani non associati (C09A + C09C);

- Ace inibitori e sartani associati (C09B + C09D).

I risultati programmati relativi al seguente intervento sono i seguenti:

- **revisione dell'Accordo Integrativo Regionale con i MMG entro Luglio 2011** affinché il 50% della retribuzione variabile di questi sia collegata al raggiungimento nel 2011 del 30% dei risparmi ottenibili sulla base delle analisi messe a disposizione dal sistema Tessera Sanitaria (TS) per il 2010 e dell'ulteriore 50% nel 2012 portandosi a livelli di spesa in linea con le Regioni "virtuose".

## 1.5.2 Valorizzazione della manovra

Per procedere alla valorizzazione dell'intervento in questione è stato necessario individuare per l'anno 2010 la *best practice* regionale rappresentata dalla ASL con il consumo maggiore per classe/categoria terapeutica di farmaci equivalenti.

La simulazione del risparmio atteso nel 2011 per le categorie oggetto di monitoraggio misura la diminuzione teorica di spesa nell'ipotesi che tutte le ASL regionali raggiungano i livelli della ASL *best in class* a livello nazionale (vedi Tabella 12).

Tabella 12: Sintesi dei possibili risparmi ottenibili (DL 78 GIUGNO 2010 / Art. 11, comma 7b)

Classi ATC	Spesa netta 2010	Possibili risparmi ottenibili	% risparmio su spesa netta
Inibitori di pompa	19.670.213,36	6.833.687,02	35%
Ace inibitori e sartani non associati	21.179.351,64	4.422.498,18	21%
Ace inibitori e sartani associati	19.676.542,97	2.363.775,65	12%
Statine	19.132.308,74	1.429.120,06	7%
Inibitori serotonina	5.805.614,88	1.173.485,18	20%
Sartani <sup>(a)</sup>	13.707.642,17	510.121,92	4%
<b>TOTALE</b>	<b>99.171.673,76</b>	<b>16.732.688,00</b>	<b>17%</b>

Nota: Incidenza per losartan pari alla regione con valore più alto

Fonte: Sistema TS

La stima ottenuta è stata abbattuta prudenzialmente del 20% (pari a 3,3 milioni di euro) per tenere conto del rischio associato all'ipotesi di allineamento di tutte le ASL al valore della *best in class*. Pertanto si stima che la manovra pari a 13,4 milioni di euro a fronte del presente intervento possa attuarsi come segue:

- il 40% nell'anno 2011 per un valore pari a 5,4 milioni di euro
- il 60% nell'anno 2012 per un valore pari a 8,0 milioni di euro

## 1.6 Tetti per le prestazioni ospedaliere

### 1.6.1 Risultati programmati

Il SiVeAS, nella sua funzione di affiancamento alle Regioni che hanno sottoscritto un accordo per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, ha tra i suoi obiettivi il monitoraggio dell'evoluzione dei Sistemi Sanitari Regionali al fine di verificare l'attuazione delle manovre previste dai Piani sia sui LEA sia sul contenimento dei costi, evitando una riduzione indiscriminata delle giornate di degenza che non tenga conto del fabbisogno di prestazioni dei cittadini.

A tal fine, il Ministero della Salute si è dotato di metodologie e strumenti di analisi del patrimonio informativo disponibile presso le banche dati del NSIS, che risultano necessari per valutare l'efficacia degli interventi previsti dalla Regione nell'ambito del Piano di Rientro e utili anche come supporto ai fini della programmazione regionale.

Il SiVeAS, nella riunione del 15 Giugno 2010, in seguito al confronto tra i dati della Regione ed il *benchmark*, ha segnalato alla Regione che per l'anno 2008 si è rilevato un eccesso di ricoveri ospedalieri per acuti:

- sia in degenza ordinaria (138 dimessi contro 117 dimessi attesi);
- sia in *Day Hospital* (59 dimessi contro 44 dimessi attesi).

L'eccesso di giornate di degenza riscontrabile in degenza ordinaria appariva interamente riconducibile al numero di ricoveri (superiori al *benchmark* del 18%) e non alla degenza media. Inoltre, tale eccesso appare riconducibile prevalentemente ai ricoveri medici (+28% rispetto al *benchmark*).

Anche per quanto riguarda il *Day Hospital* l'elevato numero di accessi per 1.000 abitanti riscontrabile appare interamente riconducibile ai ricoveri (superiori al benchmark del 34%) ed è tra l'altro attribuibile sia ai ricoveri chirurgici (+36% rispetto al benchmark), sia ai ricoveri medici (+32% rispetto al benchmark).

A fronte di tali evidenze, la Regione intende definire i livelli di produzione sia per la rete pubblica sia per la rete privata al fine di concentrare la capacità produttiva degli ospedali sulla corretta tipologia di ricoveri anche a fronte dell'importante presenza in regione delle strutture residenziali e semiresidenziali extra ospedaliere.

I risultati programmati relativi al seguente intervento sono i seguenti:

- aggiornamento degli obiettivi dei Direttori Generali per le strutture pubbliche in termini di riduzione della domanda soddisfatta potenzialmente inappropriata identificata dal Ministero della Salute ed in termini di riduzione della degenza media e della degenza pre-operatoria. La riduzione di attività deve quindi generare, in termini di minor fabbisogno, il decremento nei consumi per beni e servizi, prodotti farmaceutici ed emoderivati; deve essere altresì volta a garantire il conseguimento delle economie derivanti dal blocco del turnover. In tal senso l'efficientamento organizzativo ha impatto anche sulla razionalizzazione dell'entità delle collaborazioni e del personale interinale.
- predisposizione entro il 31 luglio 2011, dei contratti con le case di cura private identificando, per ciascuna struttura, la quantità e la tipologia di prestazioni potenzialmente inappropriata erogate a residenti nel 2010 che le strutture non dovrebbero più erogare.

### 1.6.2 Valorizzazione della manovra

Al fine di valorizzare l'intervento è necessario distinguere i risparmi legati alla valorizzazione dello stesso sugli erogatori pubblici dalla valorizzazione sugli erogatori privati.

Per la prima tipologia di erogatori, infatti, ci si aspetta, come precisato nella parte relativa ai risultati programmati, una riduzione del fabbisogno di beni e di servizi nonché un contributo alla gestione attiva del blocco del turnover di cui alla manovra specifica .

Per la seconda tipologia di erogatori, invece, la valorizzazione, di cui al presente paragrafo, dovrà concretizzarsi con la sottoscrizione dei relativi contratti nell'ambito dei quali sarà definito per ciascun erogatore un relativo budget.

Coerentemente con le indicazioni del Ministero della Salute la Regione ha:

- adottato le indicazioni di dettaglio date dal Ministero della Salute stesso per quanto riguarda la potenziale inappropriata;
- ricalcolato sulle strutture pubbliche e private in proporzione rispetto alla domanda soddisfatta per singola prestazione la produzione obiettivo appropriata.

A partire dai dati di produzione 2008, l'applicazione della metodologia ha comportato la definizione del numero di ricoveri appropriati per DRG e per ASL, questi sono stati poi attribuiti alle singole strutture sulla base della quota di produzione erogata dalle strutture stesse, tenendo altresì conto della produzione erogata nel 2010 e del relativo tetto.

Il valore appropriato della produzione è, per definizione, considerato costante negli anni 2011 e 2012.

Sono state escluse, e non rientrano pertanto nelle valutazioni effettuate sul calcolo del fabbisogno, le SDO relative ai parti e ai trapianti, così come sono state escluse le SDO erogate dalla disciplina 60 - Lungodegenza e dalle discipline 22- Residuale Manicomiale, 28 - Unità Spinale, 56 - Recupero e

Riabilitazione Funzionale, 75 - Neuro-Riabilitazione, in quanto attività di riabilitazione; per queste fattispecie si conferma per singola struttura (e quindi per l'intera Regione) la produzione del 2010.

Sono stati esclusi, e non rientrano pertanto nelle valutazioni effettuate sul calcolo del fabbisogno, i ricoveri effettuati a cittadini non residenti in Regione Abruzzo, ed anche per questi si conferma per singola struttura (e quindi per l'intera Regione) la produzione del 2010.

Sulla base delle metodologie utilizzate per la valorizzazione, il valore complessivo delle prestazioni da privato delle strutture abruzzesi è riportato nella tabella seguente, :

Tabella 13: Prestazioni Ospedaliere Tetti 2011-2012

<b>Prestazioni da privato - Acuti, Riabilitazione e Lungodegenza (€000)</b>	
Tetti 2010	139.167
Produzione 2010	124.840
A - Tendenziale 2011	139.167
B - Programmatico 2011	132.646
C - Tendenziale 2012	141.603
D - Programmatico 2012	132.646
<b>E = A - B Manovra 2011</b>	<b>6.521</b>
<b>F = C - D Manovra 2012</b>	<b>8.956</b>

Nota: Si tenga conto che nella produzione 2010 si è considerato lo sfioramento dei tetti contrattuali

## 1.7 Prestazioni territoriali

### 1.7.1 Risultati programmati

Nel PSR 2008-2010 la Regione Abruzzo ha definito il fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali per il trattamento delle disabilità fisiche e psichiche e degli anziani della popolazione abruzzese e ha declinato i requisiti organizzativo-gestionali per l'accreditamento delle strutture, pubbliche e private, che erogano tali prestazioni. Inoltre, sulla base delle tariffe die per tipologia di assistenza previste dal suddetto atto, la Regione ha fissato i tetti alla produzione di prestazioni residenziali e semiresidenziali per le strutture private.

Nel Piano Operativo 2010, la Regione si è impegnata ad avviare un percorso di razionalizzazione della rete di assistenza territoriale (vedi Intervento: 7: Razionalizzazione della rete di assistenza territoriale). Negli ultimi mesi del 2010, la Regione si è occupata della riorganizzazione della rete di offerta delle prestazioni residenziali e semiresidenziali e ha predisposto, il "Piano della Rete Residenziale e Semiresidenziale", inviato per preventiva approvazione al Ministero della Salute il 3 marzo 2011.

Nel documento, la Regione definisce il fabbisogno obiettivo per il 2013, data a partire dalla quale è previsto l'accreditamento istituzionale per le strutture residenziali e semiresidenziali, e si pone l'obiettivo di prevedere nel periodo intercorrente:

- l'attribuzione e i tempi di adeguamento ai nuovi *setting* assistenziali;
- i criteri di accesso dei pazienti alle strutture e ai trattamenti;
- i modelli organizzativo-gestionali per l'offerta di servizi;
- i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture;
- le tariffe *die* per la remunerazione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale;
- i tetti di spesa annui per le strutture private.

In aggiunta, vista la natura anche sociale delle prestazioni, la Regione decide di introdurre per alcune tipologie di struttura la compartecipazione del cittadino o del Comune di residenza, a seconda del reddito, con percentuali che variano rispetto alla tariffa individuata per tipologia di struttura, come previsto dal DPCM 29 novembre 2001.

Pertanto, i risultati programmati dall'adozione del "Piano della Rete Residenziale e Semiresidenziale" sono:

- l'emanazione del decreto commissariale di adeguamento delle tariffe delle prestazioni residenziali e semiresidenziali per il trattamento delle disabilità fisiche e psichiche e degli anziani e di definizione della quota sociale entro luglio 2011;
- l'adozione di un Decreto Commissariale che definisce i tetti 2011-2012 per le strutture private e propone lo schema di contratto entro luglio 2011;
- la stipula degli accordi contrattuali con le strutture private entro luglio 2011.

## 1.7.2 Valorizzazione della manovra

L'introduzione del meccanismo di compartecipazione della spesa consente un risparmio rispetto al Tendenziale per gli anni 2011 e 2012 in termini di maggiori entrate legate sia alle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche sia minori costi per quelle erogate dalle strutture private.

Nel dettaglio:

- nel 2011 si stima un risparmio di 9,1 mln €;
- nel 2012, invece, si prevede un risparmio di 22,7 mln €.

Per stimare il valore della quota sociale per gli anni 2011 e 2012, è stato moltiplicato il numero di posti letto medi attivi per struttura e per anno (4.224 posti letto regionali, circa il 20% in meno del fabbisogno obiettivo al 1 gennaio 2013) per il numero di giorni di apertura del servizio (365 giorni se si tratta di assistenza residenziale e 240 giorni se si tratta di semiresidenziale) per la tariffa die per tipologia di assistenza, per la percentuale di compartecipazione prevista dal DPCM 2001.

Il valore totale della quota sociale, così calcolata, ammonta a 45,5 mln €, il cui valore mensile è pari a 3,7 mln €. Si ipotizza che la Regione possa introdurre la compartecipazione in modo graduale (40% nel 2011 e 50% nel 2012) e che nel primo anno si possa quantificare il valore solo per gli ultimi 6 mesi (introduzione della compartecipazione dal 1 luglio 2011).

## 1.8 Cure palliative

### 1.8.1 Risultati programmati

In attuazione della L. 39/99, del Decreto 28/09/99, del Piano Sanitario 2008/2010 e della L. 38/2010, la Regione Abruzzo sta realizzando le strutture come di seguito elencate:

ASL	STRUTTURA	Stato dei lavori
<b>Avezzano-Sulmona-L'Aquila</b>	Struttura per le Cure Palliative da 10 posti letto nel presidio ospedaliero "SS Filippo e Nicola" di Avezzano	Progetto esecutivo da aggiornare o in alternativa attivazione di una "riproposta" dell'iter procedimentale per garantire l'appaltabilità dell'opera.
	Centro residenziale di Cure Palliative da 12 posti letto presso il Presidio Ospedaliero S. Salvatore a L'Aquila	Progetto approvato, ma al momento non realizzabile per trasferimento di alcuni reparti ospedalieri dopo il sisma del 2009 nell'edificio destinato all'hospice.
<b>Lanciano-Vasto-Chieti</b>	Unità Operativa da 10 posti letto per le Cure Palliative nel Presidio Ospedaliero "SS Annunziata" di Chieti	Progetto annullato. Attualmente in fase di valutazione per convogliare i fondi destinati alla struttura di Chieti sull'Hospice di Torrecchia Teatina con eventuale ampliamento dei posti letto in tale sede.
	Centro residenziale per le Cure Palliative Hospice da 12 posti letto nell'edificio ex IPAB di Lanciano	Operativo dal mese di giugno 2011.
	Realizzazione di una nuova struttura Hospice presso il Comune di Torrecchia Teatina da 18 posti letto	Lavori in esecuzione, riconsegna prevista entro il 2012. A seguire gare per arredi, attrezzature, personale. Operatività prevista entro il 1° semestre del 2013.
<b>Pescara</b>	Struttura per la terapia palliativa e di supporto, da 10 posti letto, nel presidio ospedaliero di Pescara	Struttura realizzata, non ancora funzionante. Attualmente in fase di gara d'appalto per gestione a soggetto esterno qualificato. Operatività prevista entro il 2012.
<b>Teramo</b>	Ristrutturazione dell'ex Sanatorio dell'Ospedale Civile "Mazzini" di Teramo, con la realizzazione di 10 posti letto	Attualmente in fase di gara d'appalto per lavori di ristrutturazione post-sisma 2009. Seguiranno altre gare per acquisto arredi, attrezzature e formazione del personale.

A tal proposito si precisa che, a giugno 2011, è stata attivata la struttura Hospice afferente alla ASL di Chieti, presso l'edificio ex IPAB di Lanciano (CH) con n. 12 posti letto.

Entro il 2012, la struttura Hospice della ASL di Pescara, ubicata presso una parte di uno stabile dell'ex ospedale di Pescara, sarà funzionante con n. 10 posti letto.

In precedenza non è stato possibile attivare dette strutture stante il blocco totale delle assunzioni che non ha consentito il reperimento delle risorse umane necessarie per il funzionamento delle stesse.

## 1.9 Applicazione dei commi 3, 7, 8, 12 dell'art. 6 del D.L. 78/2010

### 1.9.1 Risultati programmati

In applicazione di quanto stabilito dal comma 3 dell'art. 6 del DL 78/2010, a decorrere dall'anno 2011 i compensi degli Organi Collegiali devono essere ridotti del 10% rispetto ai compensi risultanti alla data del 30.04.2010.

In applicazione del comma 7 dell'art. 6 del DL 78/2010, a decorrere dall'anno 2011 la spesa annua per incarichi di consulenza dovrà essere ridotta dell'80% per cento rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009, tenuto, comunque, conto delle scadenze contrattuali. All'interno dei limiti economici sopra indicati, le nuove consulenze afferenti l'anno 2011 potranno essere attivate esclusivamente previa espressa autorizzazione commissariale.

A decorrere dall'anno 2011, le Aziende Sanitarie Locali, in attuazione di quanto stabilito dal comma 8 dell'art. 6 del DL 78/2010, non possono effettuare spese per relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità e di rappresentanza, per un ammontare superiore al 20 per cento della spesa sostenuta per analoghe finalità nell'anno 2009. In ogni caso gli eventi, che non devono comportare aumento delle spese destinate in bilancio alle predette finalità, si devono svolgere al di fuori dall'orario di ufficio. Il personale che vi partecipa non ha diritto a percepire compensi per lavoro straordinario ovvero indennità a qualsiasi titolo. Tale disposizione può essere derogata solo nel caso in cui le spese da sostenere siano totalmente coperte da contributi "ad hoc" a carico di fondi privati.

A decorrere dall'anno 2011, le Aziende Sanitarie Locali, in attuazione di quanto stabilito dal comma 12 dell'art. 6 del DL 78/2010, non possono effettuare spese per missioni, anche all'estero, per un ammontare superiore al 50 per cento della spesa sostenuta per analoghe finalità nell'anno 2009.

### 1.9.2 Valorizzazione della manovra

Dai valori evidenziati nei CE, è possibile determinare l'impatto della manovra di contenimento delle consulenze per un importo di 4,7 mln € nel 2011 e di 4,5 mln € 2012

Tabella 14: Possibili risparmi ottenibili (D.L. 78 GIUGNO 2010 Art. 6, comma 7)

Codice Voce		Consuntivo 2009	Consuntivo 2010	Tendenziale 2011	Tendenziale 2012	Programmatico 2011	Programmatico 2012	Manovra 2011	Manovra 2012
B02415	B.2.A.14.2) Consulenze sanitarie e sociosanit. da Terzi - Altri enti pubblici	398	262	258	257	80	80	178	178
B02425	B.2.A.14.3.A) Consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	4.342	4.392	4.652	5.100	868	868	3.784	4.232
B02605	B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri enti pubblici	9	39	-	-	2	2	2	2
B02615	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	2.782	2.115	2.123	2.230	556	556	1.566	1.673
<b>Totale Costo delle consulenze</b>		<b>7.531</b>	<b>6.808</b>	<b>7.033</b>	<b>7.587</b>	<b>1.506</b>	<b>1.506</b>	<b>5.527</b>	<b>6.081</b>

## 1.10 Farmaceutica ospedaliera

### 1.10.1 Risultati programmati

Per contenere il trend crescente della spesa farmaceutica ospedaliera registrato nel corso degli ultimi anni, la Regione intende attuare una serie di interventi volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa per prodotti farmaceutici.

Tabella 15: Spesa farmaceutica ospedaliera nel periodo gennaio-ottobre 2010 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 2,4%, per Regione

Regione	FSN Gen-Ott 2010	Tetto 2,4%	Spesa Ospedaliera*	Scostamento assoluto	Inc. %
SARDEGNA	2.380.356.924	57.128.566	156.369.778	99.241.211	6,6%
FRIULI V.G.	1.811.807.931	43.483.390	91.101.868	47.618.478	5,0%
ABRUZZO	1.967.004.552	47.208.109	98.693.537	51.485.428	5,0%
LIGURIA	2.576.528.999	61.836.696	128.618.621	66.781.925	5,0%
PIEMONTE	6.614.770.365	158.754.489	330.089.908	171.335.420	5,0%
UMBRIA	1.350.206.050	32.404.945	65.996.888	33.591.943	4,9%
E. ROMAGNA	6.473.981.084	155.375.546	306.945.456	151.569.910	4,7%
TOSCANA	5.577.455.743	133.858.938	259.878.754	126.019.816	4,7%
CALABRIA	2.903.336.159	69.680.068	134.420.339	64.740.271	4,6%
MARCHE	2.340.782.288	56.178.775	106.845.924	50.667.149	4,6%
PUGLIA	5.837.735.333	140.105.648	265.052.258	124.946.610	4,5%
VENETO	7.102.140.921	170.451.382	305.179.375	134.727.993	4,3%
V. AOSTA	183.682.694	4.408.385	7.865.129	3.456.744	4,3%
LAZIO	8.185.098.880	196.442.373	328.833.347	132.390.973	4,0%
LOMBARDIA	14.220.253.740	341.286.090	553.085.064	211.798.974	3,9%
TRENTO	740.278.902	17.766.694	27.257.209	9.490.515	3,7%
BOLZANO	697.278.106	16.734.675	24.833.709	8.099.035	3,6%
BASILICATA	871.824.542	20.923.789	31.040.322	10.116.533	3,6%
CAMPANIA	8.183.966.732	196.415.202	280.754.259	84.339.057	3,4%
SICILIA	7.158.501.299	171.804.031	224.335.610	52.531.578	3,1%
MOLISE	475.510.742	11.412.258	13.900.463	2.488.205	2,9%
<b>TOTALE</b>	<b>87.652.501.986</b>	<b>2.103.660.048</b>	<b>3.741.097.816</b>	<b>1.637.437.768</b>	<b>4,3%</b>

Fonte: AIFA: Monitoraggio mensile della spesa farmaceutica effettuato ai sensi della Legge 222/2007 utilizzando i dati di spesa convenzionata ottenuti dall'OsMed e dalle DCR ed i dati della tracciabilità (DM 15 luglio 2004) e della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007)

Gli obiettivi prioritari che la Regione intende perseguire sono i seguenti:

- **Riduzione della spesa per i farmaci biotecnologici di cui esiste un biosimilare**, prevedendo l'attivazione di specifiche attività di formazione e informazione rivolte ai farmacisti ospedalieri e al personale medico interessato (es. oncologi, nefrologi), al fine di migliorare l'utilizzo dei farmaci biotecnologici e/o biosimilari.
- **Gestione dei farmaci sottoposti al Registro AIFA**, responsabilizzando gli operatori in merito alla corretta gestione di tali farmaci. Al fine di operare gli opportuni controlli sarà necessario integrare i dati di acquisto e tracciabilità provenienti dal NSIS con tutti i dati regionali presenti nel Registro AIFA e con i dati del sistema PROMOFIA. L'attività prevede:
  - adozione di un Decreto Commissariale che impedisca l'utilizzo *off-label* dei suddetti farmaci;
  - inserimento di tale azione negli obiettivi dei Direttori Generali;
  - formazione degli operatori medici e farmacisti in relazione all'utilizzo appropriato dei farmaci e alla corretta gestione del Registro AIFA;
  - valutazione della possibilità di istituire un'unità UFA (Unità Farmaci Antiblastici) presso ciascuna Azienda al fine di consentire il puntuale monitoraggio informatizzato delle richieste di prodotto per ciascun paziente (a garanzia che le quantità prescritte coincidano con le quantità dispensate, evitando comportamenti non conformi), nonché il conseguimento di economie di scala sia in termini di processo che in termini di diminuzione degli scarti dovuti al frazionamento delle unità posologiche.
- **Recupero economico del *payment by results***, prevedendo la richiesta, da parte dei Direttori Generali tramite le farmacie aziendali, alle aziende farmaceutiche del *payment by results* e della restituzione delle somme previste sulla base degli accordi negoziali di AIFA con le Aziende farmaceutiche. Tali somme saranno destinate al rientro dal disavanzo. L'attività prevede:
  - analisi delle schede esistenti nella banca dati regionale;
  - valutazione dell'efficacia clinica del farmaco;
  - eventuale richiesta di restituzione dei pagamenti effettuati;
  - implementazione della banca dati e del sistema.

### 1.10.2 Valorizzazione della manovra

Tali manovre non comporteranno costi aggiuntivi ed in via cautelativa non viene attribuito ad esse un recupero economico in termini di contenimento del tendenziale.

## 1.11 Tessera sanitaria

### 1.11.1 Risultati programmati

È stata adottata apposita deliberazione giuntale di recepimento della normativa di cui all'art. 79, comma 1 - sexies del DL 112/2008 e DM 11/12/2009 (controllo esenzioni per reddito tramite Tessera Sanitaria) con l'avvio a regime della procedura di certificazione dell'esenzione da reddito a partire dal 01.06.2011. La Regione Abruzzo, attraverso l'attività del Servizio "Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche ed Emergenza Sanitaria", provvederà a verificare ed a monitorare che le Aziende Sanitarie Locali procedano a porre in essere tutti gli adempimenti previsti dal DM 11.12.2009.

Inoltre, in relazione a quanto previsto dall' art. 1, comma 810 L.F. 2007 e DPCM 26/03/2008, si è proceduto alla definizione di uno specifico accordo tra il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero della Salute e la regione Abruzzo per l'avvio a regime del sistema di trasmissione telematica dei dati delle ricette del SSN da parte dei medici prescrittori. A seguito della definizione di detto accordo a decorrere dal 01.07.2011 nella Regione è a regime il sistema di trasmissione telematica dei dati delle ricette del SSN da parte dei medici prescrittori.

## 1.12 Completamento azioni in corso previste per l'anno 2010

### 1.12.1 Azioni da riprogrammare

- **Intervento 3:** Creazione di un sistema di monitoraggio gestionale del SSR. L'intervento si mantiene invariato rispetto al Piano Operativo 2010, tuttavia la scadenza programmata per la 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 deve essere posticipata dal 31 ottobre 2010 al 31 ottobre 2011
- **Intervento 7:** Razionalizzazione della rete di assistenza territoriale
  - Azione 2: Implementazione e qualificazione delle cure domiciliari. L'azione si mantiene invariata rispetto al Piano Operativo 2010, tuttavia si posticipa ad ottobre 2011  
L'approvazione della metodologia di definizione del fabbisogno e del documento di analisi delle caratteristiche della rete dei servizi domiciliari in seguito all'approvazione del piano delle cure primarie.
- **Intervento 8:** Rete emergenza e urgenza
  - Azione 1: Revisione del ruolo delle strutture all'interno della rete. Per l'avvio di tale azione è stata richiesta (Prot. 291 del 29/10/2010) la posticipazione a dopo l'approvazione della rete ospedaliera e del piano delle Unità Operative Semplici e Complesse. Si prevede l'avvio dell'azione entro ottobre 2011
- **Intervento 9:** Razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati
  - Azione 1: Identificazione dei laboratori hub e spoke pubblici. L'azione si mantiene invariata, l'avvenuta emanazione della delibera di riorganizzazione della rete pubblica dei laboratori è posticipata al 31 ottobre 2011.
  - Azione 2: Riconversione dei laboratori spoke pubblici. L'azione si mantiene invariata, il Piano di riconversione dei laboratori spoke pubblici dovrà essere adottato entro il 31 dicembre 2011.

## 2 Allegati

### 2.1.1 Tendenziale, manovre e programmatico 2011-2012

Tabella 16: Tendenziale, manovre e programmatico 2011 e 2012

ID	CONTO ECONOMICO (€000)	Consuntivo 2010	Tendenziale 2011	Manovre 2011	Programmatico 2011	Tendenziale 2012	Manovre 2012	Programmatico 2012
A1	Contributi F.S.R.	2.314.282	2.327.172		2.327.172	2.376.390		2.376.390
A2	Saldo Mobilità	- 77.062	- 77.062		- 77.062	- 91.323		- 91.323
A3	Entrate Proprie	76.852	77.733	2.276	80.009	78.530	5.689	84.220
<b>A</b>	<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>2.314.072</b>	<b>2.327.843</b>	<b>2.276</b>	<b>2.330.119</b>	<b>2.363.598</b>	<b>5.689</b>	<b>2.369.288</b>
B1.1	Personale	788.405	788.405	- 15.735	772.670	788.405	- 22.329	766.076
B1.2	Irap	56.309	56.309	- 1.124	55.185	56.309	- 1.595	54.714
B1	Personale + Irap	844.714	844.714	- 16.859	827.855	844.714	- 23.924	820.790
B2	Prodotti Farmaceutici	160.630	171.534		171.534	183.636		183.636
B3	Altri Beni E Servizi	414.454	421.408	0	421.408	432.703	0	432.703
<b>B</b>	<b>Totale Costi Interni</b>	<b>1.419.798</b>	<b>1.437.656</b>	<b>- 16.859</b>	<b>1.420.798</b>	<b>1.461.052</b>	<b>- 23.924</b>	<b>1.437.128</b>
C1	Medicina Di Base	150.917	155.721		155.721	155.721		155.721
C2	Farmaceutica Convenzionata	263.937	265.663	- 5.400	260.263	265.500	- 13.400	252.100
C3.1	Privato-Ospedaliera	113.480	139.167	- 6.521	132.646	141.603	- 8.956	132.646
C3.2	Privato-Ambulatoriale	47.932	50.116		50.116	50.781		50.781
C3.3	Privato-Riabilitazione Extra Ospedaliera	70.634	73.380	- 6.827	66.553	74.664	- 17.068	57.596
C3.4	Privato-Integrativa E Protesica	26.272	26.666		26.666	27.133		27.133
C3.5	Altre Prestazioni Da Privato	87.938	94.278		94.278	98.159		98.159
C3	Prestazioni Da Privato	346.256	383.608	- 13.349	370.259	392.340	- 26.025	366.315
C4	Prestazioni Da Pubblico	1.371	1.371		1.371	1.371		1.371
C5	Saldo Intramoenia	- 298	- 298		- 298	- 298		- 298
<b>C</b>	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>762.183</b>	<b>806.065</b>	<b>- 18.749</b>	<b>787.316</b>	<b>814.634</b>	<b>- 39.425</b>	<b>775.209</b>
<b>D</b>	<b>Totale Costi 1° Livello (B+C)</b>	<b>2.181.981</b>	<b>2.243.721</b>	<b>- 35.607</b>	<b>2.208.114</b>	<b>2.275.686</b>	<b>- 63.349</b>	<b>2.212.338</b>
<b>E</b>	<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>132.091</b>	<b>84.122</b>	<b>37.883</b>	<b>122.005</b>	<b>87.912</b>	<b>69.038</b>	<b>156.950</b>
F1	Altre Componenti Di Spesa	52.458	51.916	- 5.527	46.390	53.874	- 6.081	47.793
F2	Accantonamenti	85.633	78.723	0	78.723	86.571	0	86.571
F3	Interessi E Altro	5.474	5.472		5.472	5.446		5.446
F4	Ammortamenti e Sterilizzazioni	17.999	17.999		17.999	17.999		17.999
F5	Oneri Straordinari	2.907	0		0	0		0
<b>F</b>	<b>Totale Costi 2° Livello</b>	<b>164.471</b>	<b>154.111</b>	<b>- 5.527</b>	<b>148.584</b>	<b>163.891</b>	<b>- 6.081</b>	<b>157.810</b>
<b>G</b>	<b>Totale Costi (D+F)</b>	<b>2.346.452</b>	<b>2.397.832</b>	<b>- 41.134</b>	<b>2.356.698</b>	<b>2.439.577</b>	<b>- 69.430</b>	<b>2.370.147</b>
<b>H</b>	<b>Risultato Economico (A-G)</b>	<b>- 32.380</b>	<b>- 69.988</b>	<b>43.410</b>	<b>- 26.579</b>	<b>- 75.979</b>	<b>75.119</b>	<b>- 860</b>
<b>I</b>	<b>Risultato Economico Per Tavolo di Monitoraggio</b>	<b>- 7.156</b>	<b>- 62.905</b>	<b>43.410</b>	<b>- 19.496</b>	<b>- 68.896</b>	<b>75.119</b>	<b>6.223</b>

## 2.1.2 Stato avanzamento lavori relativo al P.O. 2010

Sintesi avanzamento Piano Operativo 2010		
Interventi POA	Azioni	Status
<b>Intervento 1: Potenziamento del processo di pianificazione strategica</b>	Azione 1: Costituzione di un "Tavolo per l'Abruzzo"	Operativa
	Azione 2: Costituzione di un Comitato Guida	Operativa
	Azione 3: Processo di budget	Operativa
<b>Intervento 2: Governo dei flussi istituzionali</b>	Azione 1: Integrazione dei dati di assistenza ospedaliera (SDO), assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale e condivisione degli stessi con i Medici di Medicina Generale	Operativa
	Azione 2: Gestione delle principali anagrafiche	Operativa
	Azione 3: Creazione di un dominio organizzativo responsabile per i "Flussi Istituzionali"	Operativa
<b>Intervento 3: Creazione di un sistema di monitoraggio gestionale del SSR</b>	Azione 1: Avvio progetto di creazione di un modello di monitoraggio gestionale del SSR	Riprogrammata
<b>Intervento 4: Gestione delle risorse umane a livello regionale</b>	Azione 1: Contenimento del costo del personale	Integrata PO 11/12
	Azione 2: Avvio processo di rideterminazione delle dotazioni organiche del personale per ASL	Riprogrammata
	Azione 3: Regolamento per la mobilità del personale eventualmente in esubero a livello regionale	Completata
	Azione 4: Rideterminazione dei fondi integrativi aziendali per ASL	Riprogrammata
<b>Intervento 5: Istituzione di un sistema di monitoraggio dell'appropriatezza del SSR</b>	Azione 1: Istituzione dei Nuclei Operativi di Controllo	Operativa
<b>Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera</b>	Azione 1: Piano della rete ospedaliera	Completata
	Azione 2: Piano di trasferimento delle unità operative caratterizzate da produzione appropriata	Completata
	Azione 3: Razionalizzazione delle unità operative semplici e complesse	Operativa
	Azione 4: Attuazione di un piano di mobilità del personale	Completata
	Azione 5: Accordi con i MMG per la realizzazione dei primi presidi H24	Operativa
	Azione 6: Adeguamento dei layout delle strutture da riconvertire/realizzare	Operativa
<b>Intervento 7: Razionalizzazione della rete di assistenza territoriale</b>	Azione 1: Piano della rete residenziale e semiresidenziale	Operativa
	Azione 2: Implementazione e Qualificazione delle Cure Domiciliari	Riprogrammata
<b>Intervento 8: Rete emergenza e urgenza</b>	Azione 1: Revisione del ruolo delle strutture all'interno della rete	Riprogrammata
	Azione 2: Ricognizione ed aggiornamento dei meccanismi di coordinamento con gli enti convenzionati per il trasporto di emergenza-urgenza	Operativa
	Azione 3: Istituzione di un dominio organizzativo a livello regionale per il coordinamento degli interventi di emergenza-urgenza	Riprogrammata
<b>Intervento 9: Razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati</b>	Azione 1: Identificazione dei laboratori hub e spoke pubblici	Riprogrammata
	Azione 2: Riconversione dei laboratori spoke pubblici	Riprogrammata
	Azione 3: Riorganizzazione della rete dei laboratori privati	Operativa
<b>Intervento 10: Determinazione dei tetti di spesa per gli erogatori privati</b>	Azione 1: Determinazione dei tetti di spesa per le strutture ospedaliere	Completata
	Azione 2: Determinazione dei tetti di spesa per le RSA, RA e strutture ex art. 26	Completata
	Azione 3: Determinazione dei tetti di spesa per le strutture ambulatoriali	Completata
	Azione 4: Accredimento istituzionale definitivo delle strutture (socio) sanitarie private	Avviata
<b>Intervento 11: Razionalizzazione della spesa farmaceutica</b>	Azione 1: Incentivazione prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali di contenimento della spesa	Integrata PO 11/12
	Azione 2: Creazione di un magazzino farmaceutico virtuale per i farmaci ospedalieri	Operativa