

Allegato a: **Decreto** del Commissario  
ad ACTA

n. **84** del **09 OTT, 2013**



Regione Abruzzo

# Regione Abruzzo

---

Programma Operativo 2013-2015



# Indice

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Premessa</b>  | <b>1</b>  |
| 1.1      | Tendenziale 2013-2015  | 2         |
| 1.2      | Programmatico 2013-2015  | 4         |
| <b>2</b> | <b>Reti di offerta sanitaria</b>                               | <b>4</b>  |
| 2.1      | INTERVENTO 1: Rete Ospedaliera                                 | 4         |
| 2.2      | INTERVENTO 2: Rete Emergenza Urgenza                           | 5         |
| 2.3      | INTERVENTO 3: Rete territoriale                                | 5         |
| 2.3.1    | AZIONE 1-2: Specialistica ambulatoriale e Rete Laboratoristica | 5         |
| 2.3.2    | AZIONE 3: Residenzialità e Semiresidenzialità                  | 6         |
| 2.3.3    | AZIONE 4: Assistenza Domiciliare                               | 7         |
| 2.3.4    | AZIONE 5: Cure palliative                                      | 8         |
| 2.3.5    | AZIONE 6: Assistenza sanitaria di base                         | 8         |
| 2.4      | INTERVENTO 4: Prevenzione                                      | 9         |
| <b>3</b> | <b>Aree di intervento “core”</b>                               | <b>10</b> |
| 3.1      | INTERVENTO 5: Beni e Servizi                                   | 10        |
| 3.2      | INTERVENTO 6: Assistenza Farmaceutica                          | 11        |
| 3.3      | INTERVENTO 7: Investimenti in conto capitale                   | 12        |
| 3.4      | INTERVENTO 8: Rapporti con gli erogatori privati               | 13        |
| 3.5      | INTERVENTO 9: Personale  | 13        |
| <b>4</b> | <b>Interventi operativi</b>                                    | <b>16</b> |
| <b>5</b> | <b>Interventi di Governo del sistema</b>                       | <b>16</b> |
|          | <b>Appendice 1</b>   | <b>18</b> |
|          | <b>Allegato A</b>  |           |

# 1 Premessa

La Regione intende, per il prossimo triennio, migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria regionale, senza però compromettere il percorso intrapreso per il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario raggiunto nel 2011 e nel 2012 ed in considerazione del fatto che già dal 2010 si è potuto evidenziare un avanzo finanziario. **Obiettivo prioritario sarà la rimodulazione della rete di offerta sanitaria sulla base del fabbisogno di prestazioni stimato al fine di ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di cui ormai ha "certificato" il fabbisogno.**

Nello specifico la Regione negli ultimi 3 anni ha:

- razionalizzato la rete di assistenza ospedaliera pubblica e privata con Deliberazione commissariale n.45 del 2010 e Decreto commissariale n.25 del 2012;
- definito il fabbisogno di strutture residenziali per le cure palliative programmando l'attivazione di 72 posti letto di Hospice da parte delle Aziende pubbliche regionali con Decreto commissariale n.37 del 2012 e definito i criteri di arruolamento per i pazienti malati terminali ed i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per le strutture che fanno parte della rete delle cure palliative residenziale e domiciliare con Decreto commissariale n.51 del 2012,
- determinato il fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale relativo alla non autosufficienza, disabilità-riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche con Decreto commissariale n.52 del 2012;
- determinato il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale 2013-2015: diagnostica per immagini, laboratorio, medicina nucleare, medicina fisica ed FKT, odontoiatria e branche a visita con Decreto commissariale n.67 del 2012;
- avviato, infine, la riorganizzazione della rete dell'Emergenza – Urgenza con Decreto commissariale n.11 del 2013.

Infine la Regione ha avviato il percorso di **accreditamento istituzionale** per le strutture ospedaliere e di specialistica ambulatoriale.

**Con il presente Piano la Regione conclude la fase di riduzione della spesa necessaria per il raggiungimento dell'equilibrio economico e finanziario e mira a reinvestire ogni risparmio realizzato al fine di aumentare la qualità di prestazioni erogate con particolare attenzione all'organizzazione della rete territoriale.**

La programmazione regionale sarà definita attraverso manovre di:

- **Sviluppo;**
- **Contenimento;**
- **Coordinamento**

Per conseguire dei risultati sistemici attraverso il monitoraggio e la verifica degli interventi di sviluppo e contenimento è necessario che la Regione consolidi il proprio ruolo di "holding sanitaria" e che le Aziende Sanitarie Locali consolidino il proprio ruolo di attuatori a livello locale delle indicazioni regionali..

**Parallelamente agli interventi sulle aree core, saranno trattati distintamente gli interventi "Operativi" e gli interventi di "Governare del sistema".**

A tal proposito si rinvia a quanto analiticamente indicato nell'Allegato "A" del presente Programma Operativo laddove, in conformità alle Linee di indirizzo ministeriali del 21.12.2012 si è provveduto ad individuare, per ciascuna area i relativi programmi ed i correlati interventi.

## 1.1 Tendenziale 2013-2015

Il quadro macro-economico attuale di riferimento in cui la Regione Abruzzo deve intervenire per il contenimento della spesa nonché per il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini, è determinato dalle seguenti misure di governo e contenimento della spesa sanitaria in ambito nazionale:

- Decreto Legge 78/2010 “Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di compatibilità economica”, convertito con Legge 30/7/2010 n.122;
- Decreto Legge 98/2011 “Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria” così come convertito con legge 15/07/2011 n. 111;
- Decreto Legge 95/2012 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, convertito con Legge 7/8/2012 n. 135;
- Legge 228/2012 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (Legge di stabilità 2013);
- Legge 98/2013 “Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia” ( cd “Decreto del fare”).

Il CE Tendenziale 2013-2015 è stato costruito sulla base dei dati e/o informazioni che seguono:

- Conti Economici NSIS Consuntivi degli anni 2009-2011;
- Risultato economico al Consuntivo 2012 in cui si evidenzia un avanzo di gestione pari a circa 9 €/mln (al netto della fiscalità aggiuntiva per circa 38 €/mln);
- Bilanci d'esercizio 2012 adottati dalle Aziende ed in attesa di approvazione da parte della Regione;
- Analisi della documentazione regionale (prot. RA/096986/DG22 del 11.04.2013) fornita alle Aziende per le operazioni di chiusura dei Bilanci d'esercizio 2012 e delle informazioni fornite dalle Aziende a seguito di richiesta regionale (prot. RA/163185/DG22 del 25.06.2013);
- Analisi della documentazione prodotta dalla Aziende come risposta al documento di programmazione regionale “ Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie (2013 – 2015)” approvati con Decreto Commissariale 60/2012;
- Conti Economici NSIS relativi al primo e secondo trimestre 2013.

Si specifica, altresì, che il Tendenziale relativo al triennio 2013-2015 è stato calcolato considerando la quota relativa all'addizionale IRPEF ai livelli massimi e costante nel periodo. L'art.1 della legge n°296 del 2006 stabilisce che, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori rispetto ai vincoli minimi, la Regione ha la facoltà di ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto. In relazione a questo aspetto, verrà chiesta al Tavolo la possibilità di aggiornare la Finanziaria regionale con cadenza annuale in modo da poter valutare di volta in volta la presenza di un equilibrio che consenta di ridurre l'addizionale sulla base dei risultati certificati dal tavolo stesso. Le stime che seguono ipotizzano il valore di tale fiscalità pari al valore del Consuntivo 2012 pari a 38 €/mln.

Si riporta di seguito il CE Tendenziale 2013-2015, come consolidamento dei quattro CE Aziendali e della Gestione Sanitaria Accentrata.

Tabella 1 – CE Tendenziali 2013-2015

| 999 Consolidato Regione Abruzzo |   |                         |                          |                          |                          |
|---------------------------------|---|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ID                              | CONTO ECONOMICO<br>€/000  | Consuntivo<br>2012<br>A | TENDENZIALE<br>2013<br>B | TENDENZIALE<br>2014<br>C | TENDENZIALE<br>2015<br>D |
| A1                              | Contributi F.S.R.   | 2.364.369               | 2.325.446                | 2.388.214                | 2.389.119                |
| A2                              | Saldo Mobilità  | (102.698)               | (67.421)                 | (67.421)                 | (67.421)                 |
| A3.1                            | Ulteriori Trasferimenti Pubblici  | 20.415                  | 9.939                    | 9.939                    | 9.939                    |
| A3.2                            | Ticket  | 40.719                  | 41.624                   | 41.624                   | 41.624                   |
| A3.3                            | Altre Entrate Proprie   | 33.169                  | 32.342                   | 32.342                   | 32.342                   |
| A3                              | Entrate Proprie   | 94.303                  | 83.905                   | 83.905                   | 83.905                   |
| A4                              | Saldo Intramoenia   | 1.847                   | 1.847                    | 1.847                    | 1.847                    |
| A5                              | Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti   | 0                       | (6.277)                  | (15.691)                 | (21.968)                 |
| A6                              | Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati   | (16.874)                | (23.090)                 | (23.090)                 | (23.090)                 |
| A                               | Totale Ricavi Netti   | 2.340.947               | 2.314.410                | 2.367.763                | 2.362.391                |
| B1                              | Personale   | 767.984                 | 767.984                  | 767.984                  | 767.984                  |
| B2                              | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati  | 169.214                 | 171.752                  | 174.328                  | 176.943                  |
| B3.1                            | Altri Beni Sanitari   | 190.695                 | 195.646                  | 200.933                  | 206.364                  |
| B3.2                            | Beni Non Sanitari   | 11.551                  | 10.740                   | 11.060                   | 11.389                   |
| B3.3                            | Servizi   | 317.230                 | 292.055                  | 298.527                  | 305.127                  |
| B3                              | Altri Beni e Servizi  | 519.476                 | 498.440                  | 510.520                  | 522.880                  |
| B4                              | Ammortamenti e Costi Capitalizzati  | 13.818                  | 13.818                   | 13.818                   | 13.818                   |
| B5.1                            | Accantonamenti Rischi   | 30.957                  | 22.133                   | 12.989                   | 12.989                   |
| B5.2                            | Accantonamenti Sumai (+TFR)   | 986                     | 986                      | 986                      | 986                      |
| B5.3                            | Accantonamenti per Rinnovi Contrattuali   | 1.264                   | 1.264                    | 1.264                    | 5.983                    |
| B5.4                            | Accantonamenti per Interessi di Mora  | 5.256                   | 5.256                    | 5.256                    | 5.256                    |
| B5.5                            | Altri Accantonamenti  | 2.895                   | 15.466                   | 8.011                    | 556                      |
| B5                              | Accantonamenti  | 41.358                  | 45.105                   | 28.506                   | 25.770                   |
| B6                              | Variazione Rimanenze  | 4.858                   | 0                        | 0                        | 0                        |
| B                               | Totale Costi Interni  | 1.516.708               | 1.497.099                | 1.495.156                | 1.507.396                |
| C1                              | Medicina Di Base  | 151.536                 | 153.453                  | 153.453                  | 153.453                  |
| C2                              | Farmaceutica Convenzionata  | 233.051                 | 227.975                  | 227.975                  | 227.975                  |
| C3.1                            | Prestazioni da Privato - Ospedaliera  | 120.087                 | 125.229                  | 123.964                  | 123.964                  |
| C3.2                            | Prestazioni da Privato - Ambulatoriale  | 53.661                  | 52.676                   | 52.374                   | 52.374                   |
| C3.3                            | Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera   | 73.644                  | 76.341                   | 76.341                   | 76.341                   |
| C3.4                            | Altre Prestazioni da Privato  | 119.954                 | 121.921                  | 121.921                  | 121.921                  |
| C3                              | Prestazioni da Privato  | 367.346                 | 376.167                  | 374.600                  | 374.600                  |
| C                               | Totale Costi Esterni  | 751.933                 | 757.596                  | 756.029                  | 756.029                  |
| D                               | Totale Costi Operativi (B+C)  | 2.268.641               | 2.254.695                | 2.251.185                | 2.263.424                |
| E                               | Margine Operativo (A-D)   | 72.306                  | 59.715                   | 116.578                  | 98.967                   |
| F1                              | Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie  | 1.182                   | 1.182                    | 1.182                    | 1.182                    |
| F2                              | Saldo Gestione Finanziaria  | 2.532                   | 2.532                    | 2.532                    | 2.532                    |
| F3                              | Oneri Fiscali   | 58.262                  | 58.262                   | 58.262                   | 58.262                   |
| F4                              | Saldo Gestione Straordinaria  | 1.214                   | 0                        | 0                        | 0                        |
| F                               | Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie   | 63.190                  | 61.976                   | 61.976                   | 61.976                   |
| G                               | Risultato Economico (E-F)   | 9.116                   | (2.261)                  | 54.602                   | 36.991                   |
| AA0080                          | Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA | 38.292                  | 38.190                   | 38.190                   | 38.190                   |
| H                               | Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA  | 38.292                  | 38.190                   | 38.190                   | 38.190                   |
| I                               | Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva (G+H)   | 47.408                  | 35.929                   | 92.792                   | 75.181                   |

Fonte: Ce NSIS Consuntivo 2011-2012

## 1.2 Programmatico 2013-2015

Sulla base delle manovre aggiuntive previste per il triennio 2013-2015, si stima un risultato programmatico pari a +4,0 €/mln nel 2013, +12,8 €/mln nel 2014 e +1,2 €/mln nel 2015.

Tali manovre saranno dettagliatamente illustrate nei capitoli che seguono.

Tabella 2 – Programmatico 2013-2015

| Sintesi risultato programmatico  |                |                 |                 |
|--|----------------|-----------------|-----------------|
|  | 2013           | 2014            | 2015            |
| <b>G) Risultato economico (al netto di fiscalità aggiuntiva)</b>                               | <b>(2.261)</b> | <b>54.602</b>   | <b>36.991</b>   |
| <b>H) Manovre di sviluppo</b>  | <b>(6.133)</b> | <b>(133)</b>    | <b>5.838</b>    |
| h.1) Minor costo da riconversione strutture ex art.26 vs strutture per anziani                 | -              | 6.000           | 12.000          |
| h.2) Potenziamento personale   | (6.133)        | (6.133)         | (6.162)         |
| <b>I) Manovre di contenimento</b>  | <b>12.355</b>  | <b>3.211</b>    | <b>3.211</b>    |
| i.1) Negoziazione con erogatori privati accreditati ai fini della sottoscrizione dei contratti | 9.144          | 0               | 0               |
| i.2) Riduzione Tetti Psicoriabilitazione -10% (DCA 5/2013)                                     | 1.771          | 1.771           | 1.771           |
| i.3) Riduzione spesa per prestazioni da Sumaisti   | 1.440          | 1.440           | 1.440           |
| <b>J) Ulteriori manovre</b>  | <b>0</b>       | <b>(44.876)</b> | <b>(44.876)</b> |
| j.1) Eventuale Impiego di risorse per incremento fondo (mancato Ticket DL 98/2011)             | 0              | (44.876)        | (44.876)        |
| <b>Risultato economico programmatico (al netto di fiscalità aggiuntiva)</b>                    | <b>3.961</b>   | <b>12.804</b>   | <b>1.164</b>    |

## 2 Reti di offerta sanitaria

### 2.1 INTERVENTO 1: Rete Ospedaliera

#### Contesto di riferimento

Sulla base dei dati sulla popolazione abruzzese censita nell'anno 2011, il numero di posti letto per 1.000 abitanti risulta pari a 3,5, di cui 2,8 posti letto per Acuti e 0,7 posti letto per Post acuti. Nella Figura 1 (Appendice 1) è rappresentata la rete ospedaliera attuale con indicazione per ciascuna struttura pubblica (16) e privata (11) del numero di posti letto per attività (Acuti e Post acuti), per regime di degenza ed il numero dei posti letto per 1.000 abitanti calcolati sui bacini di utenza.

La Regione Abruzzo, in previsione dei vincoli che verranno sanciti dall'emananda normativa nazionale riguardanti il numero minimo di posti letto ospedalieri per struttura, stabilisce di prevedere un piano di riorganizzazione che consenta, senza intaccare il numero di posti letto complessivi, una razionalizzazione ed efficientamento di tutta la rete. Per le strutture che non raggiungeranno tali standards, saranno implementati processi di aggregazione con altre strutture ospedaliere della rete. In ogni caso, a tutela dei livelli essenziali di assistenza, non verrà diminuito il numero complessivo di posti letto.

#### Obiettivi Programmati

La Regione intende rimodulare la rete ospedaliera pubblica e privata prevedendo:

- L'aggregazione dei presidi ospedalieri privati che non raggiungono il limite di posti letto ospedalieri minimi fissato dall'emananda normativa nazionale e calibrare il riadeguamento della rete al fine di non ridurre ulteriormente il numero di posti letto per 1.000 abitanti;
- L'aggregazione dei posti letto per disciplina ospedaliera nei Presidi pubblici e nelle Case di cura private per l'applicazione degli standard minimi e massimi delle unità operative (UO) sulla base della popolazione residente, coerentemente con le indicazioni contenute nella bozza di regolamento in discussione in Conferenza Stato Regioni e con le specificità territoriali regionali;

- Lo sviluppo della vocazione degli erogatori privati, secondo un'ottica di complementarità e non di concorrenza rispetto agli erogatori pubblici, supportando la regione nell'abbattimento delle prestazioni a rischio in appropriatezza ("black list") e nel recupero delle prestazioni a rischio di inadeguatezza ("white list") ed infine nel recupero della mobilità passiva, coerentemente con le competenze dimostrate negli anni precedenti.

#### **Impatto economico**

La remunerazione annuale corrisposta agli erogatori privati per assistenza ospedaliera è fissata al limite massimo pari a 125,2 €/mln per l'anno 2013.

## **2.2 INTERVENTO 2: Rete Emergenza Urgenza**

#### **Contesto di riferimento**

La Regione Abruzzo, con Decreto commissariale n.11/2013, ha definito il Sistema dell'Emergenza-Urgenza regionale al fine di giungere all'integrazione di tutti i nodi della sua rete.

Come indicato nel Decreto commissariale n.11/2013 nella Regione Abruzzo saranno presenti 4 DEA di I livello (con funzione di Hub) corrispondenti ai presidi ospedalieri dei capoluoghi di provincia, 12 sedi di Pronto Soccorso (con funzione di Spoke) corrispondenti ai restanti presidi ospedalieri e 5 Punti di Primo Intervento (PPI) rappresentati dagli ex presidi ospedalieri riconvertiti in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) con Deliberazione commissariale n.45/2010 (Figura 2 Appendice 1).

Nel triennio del presente Piano, la Regione implementerà le reti assistenziali stroke, IMA e trauma-politrauma, delineate con Decreto commissariale n.11/2013, attraverso il coordinamento del Comitato regionale Emergenza-Urgenza Abruzzo (CREA) istituito presso l' ASR Abruzzo.

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende:

- Attuare le disposizioni contenute nel Decreto commissariale n.11/2013:
- Completare l'attivazione, in ciascun pronto soccorso, dei posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) che permettano di evitare il ricorso al ricovero per condizioni cliniche per cui è necessario un inquadramento diagnostico o monitoraggio di terapie di breve durata.

#### **Impatto economico**

Non è previsto impatto economico aggiuntivo

## **2.3 INTERVENTO 3: Rete territoriale**

### **2.3.1 AZIONE 1-2: Specialistica ambulatoriale e Rete Laboratoristica**

#### **Contesto di riferimento**

La Regione Abruzzo, con Decreto commissariale n.67/2012, ha definito il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale per singolo codice prestazione, nei diversi distretti sanitari (Tabella 3 Appendice 1).

La rilevazione puntuale della domanda di prestazioni consentirà, inoltre, di correlare il fabbisogno al budget assegnato a ciascuna ASL e quindi di definire i tetti di spesa a livello di singola struttura pubblica e privata, riferibile a ciascuna prestazione e/o tipologia di prestazione.



Tabella 3 – Confronto fabbisogno vs Offerta – Specialistica Ambulatoriale

| Regione Abruzzo          |                   |                   |               |
|--------------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Tipo struttura           | Offerta (A)       | Fabbisogno (B)    | Delta (C=B-A) |
| Medicina Nucleare        | 103.745           | 110.238           | 6.494         |
| Diagnostica per immagini | 673.584           | 998.811           | 325.226       |
| Laboratorio              | 14.715.809        | 13.631.926        | (1.083.883)   |
| Medicina Fisica e FKT    | 684.758           | 892.537           | 207.779       |
| Odontoiatria             | 25.742            | 57.995            | 32.253        |
| Branche a visita         | 2.714.437         | 3.288.417         | 573.980       |
| <b>Totale</b>            | <b>18.918.075</b> | <b>18.979.924</b> | <b>61.849</b> |

Il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori sia privati accreditati che pubblici della Regione Abruzzo è ormai in avanzata fase di realizzazione.

#### Obiettivi Programmati

La Regione intende potenziare la rete di offerta di specialistica ambulatoriale al fine di adeguare l'offerta al fabbisogno stimato attraverso:

- Il potenziamento dell'attuale offerta pubblica promuovendo l'aumento della produttività nei presidi ospedalieri e negli ambulatori pubblici poiché, con la dotazione di personale e apparecchiature attuali è ragionevole attendersi livelli di assistenza maggiori degli attuali;
- In relazione al punto precedente, la realizzazione di un censimento, da parte di ciascuna Azienda sanitaria, di tutte le variabili produttive impiegate presso ciascun presidio e ambulatorio pubblico per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Si specifica che in caso di mancata realizzazione del censimento entro la suddetta scadenza, il Servizio Assistenza Ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa protesica e termale della Direzione delle Politiche della Salute, procederà alla diffida formale del Direttore Generale inadempiente;
- L'ampliamento dell'attuale offerta privata, laddove il su richiamato aumento di produttività non arrivi a coprire il fabbisogno stimato, secondo quanto definito con Decreto Commissariale n.67/2012;
- Azioni che portino i laboratori privati a raggiungere una soglia minima annua di attività pari a 200.000 esami, al fine di un miglioramento continuo della qualità dei laboratori.

#### Impatto economico

L'impatto relativo all'incremento della produttività nei presidi e ambulatori pubblici ed al conseguenziale incremento delle entrate da ticket e quota di compartecipazione 10 € a ricetta non è al momento valorizzabile.

Le nuove attivazioni non avranno alcun costo per il SSR in quanto si tratterà esclusivamente di nuove autorizzazioni e non di accreditamenti.

La remunerazione annuale corrisposta agli erogatori privati per assistenza specialistica ambulatoriale è fissata al limite massimo pari a 29,9 €/mln per l'anno 2013 e 29,6 €/mln per gli anni 2014 e 2015.

### 2.3.2 AZIONE 3: Residenzialità e Semiresidenzialità

#### Contesto di riferimento

Al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti e di potenziare la rete esistente, la Regione Abruzzo, con Decreto commissariale n.52/2012, ha determinato il fabbisogno assistenziale residenziale e semiresidenziale regionale relativo alle aree degli anziani e demenze, disabilità-riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche, pari a 6.936 posti letto complessivi.

Nell'Appendice 1 alla Figura 3 e Figura 4 sono riportate le mappe, con la georeferenziazione delle strutture RSA e Residenze Protette che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali ad anziani non autosufficienti e affetti da demenza e delle strutture di riabilitazione ex art.26 che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali per la disabilità – riabilitazione con indicazione per ciascun erogatore del numero di posti letto per tipologia di assistenza ed indicazione del numero di posti letto per 1.000 abitanti anziani.

Dal confronto tra i dati del fabbisogno ed i posti letto provvisoriamente accreditati ed autorizzati emergono delle condizioni eterogenee tra i singoli livelli di assistenza. In particolare si sottolineano le seguenti evidenze:

- Una maggiore offerta di posti letto per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale;
- Una minore offerta di posti letto per l'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti;
- L'assenza di posti letto per le dipendenze patologiche a fronte di un fabbisogno pari a 425 posti letto.

#### **Obiettivi Programmati**

La razionalizzazione della rete di assistenza territoriale proseguirà con la riorganizzazione dell'attuale rete di offerta relativa alle prestazioni residenziali e semiresidenziali sulla base del fabbisogno determinato attraverso le seguenti procedure riportate in ordine di priorità:

- Rivalutazione, da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale, mediante l'utilizzo della S.Va.M.Di, dei pazienti ospitati presso le strutture provvisoriamente accreditate e successivo piano di trasferimento dei pazienti presso strutture in grado di erogare prestazioni appropriate rispetto al *setting* richiesto;
- Riconversione di strutture di assistenza territoriale in eccesso rispetto al fabbisogno di cui sopra in strutture per l'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti od in strutture per le dipendenze patologiche;
- Riconversione di strutture per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale in strutture per l'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti o in strutture per le dipendenze patologiche;
- Attivazione ex novo di strutture per l'assistenza territoriale per la parte di fabbisogno non coperto attraverso il processo di riconversione e dall'attività erogata dalle strutture pubbliche.

#### **Impatto economico**

La Regione stima che, a seguito del processo di riconversione delle strutture e/o di rimodulazione di strutture per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale, in strutture territoriali atte alla cura di pazienti anziani non autosufficienti, possa realizzarsi un risparmio sulla spesa per circa 12 €/mln annui dovuti all'aggiornamento delle tariffe ed allo *shift* tra tariffe che non prevedono quota di compartecipazione a tariffe in cui è presente.

Considerando che tale processo sarà completato solo nel 2015, si stima un risparmio parziale nel 2014 (6,0 €/mln) ed un risparmio a regime nel 2015 (12,0 €/mln).

### **2.3.3 AZIONE 4: Assistenza Domiciliare**

#### **Contesto di riferimento**

La riorganizzazione ed il potenziamento del sistema cure domiciliari è senza dubbio necessaria in quanto stiamo assistendo all'aumento delle patologie croniche ed alla diminuzione della popolazione "attiva" che è in grado di prendersi cura del paziente cronico. Si prevede, infatti, che nel lungo periodo questa situazione potrebbe generare un aumento di pazienti che, se non potranno essere curati nel *setting* assistenziale appropriato, porteranno un aumento della domanda verso la rete ospedaliera e territoriale assistenziale portando a saturazione, inappropriatamente, il sistema assistenziale.

### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende riorganizzare le cure domiciliari, ponendo in essere azioni volte alla garanzia della continuità dell'assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, specialistica a domicilio e che, allo stesso tempo, vengano strutturati percorsi integrati di sostegno alle famiglie coinvolte.

### **Impatto economico**

La sostenibilità economico – finanziaria di tutti gli interventi che scaturiranno dal piano di attuazione e qualificazione dell'assistenza domiciliare saranno valutati dai Servizi competenti della Direzione Politiche della Salute. Le risorse umane, finanziarie e tecnologiche da destinare all'ADI saranno autorizzate nel rispetto dell'equilibrio economico – finanziario aziendale.

## **2.3.4 AZIONE 5: Cure palliative**

### **Contesto di riferimento**

La Regione Abruzzo ha stimato, sulla base di analisi dei registri tumori di altre regioni italiane e sulla base della popolazione abruzzese, che il numero di pazienti neoplastici sia pari a 54.720, e di questi il 60% è rappresentato da pazienti con più di 65 anni; pertanto, sulla base di tali informazioni, circa 2.900 pazienti terminali oncologici necessitano di cure palliative.

Rispetto ai progetti ammessi a finanziamento per l'attivazione di complessivi 72 PL, allo stato attuale risultano attivati il 70% dei posti letto previsti.

### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende:

- Terminare l'attivazione dei posti letto in Hospice (12 posti letto presso il Presidio Ospedaliero di L'Aquila e 10 posti letto presso l'Hospice di Avezzano di cui attualmente risultano attivati provvisoriamente 5 posti letto nel PTA di Pescina nelle more di completamento dei lavori di completamento della struttura di Avezzano);
- Potenziare l'attività domiciliare per le cure palliative, passando dai circa 860 pazienti assistiti nel 2010, a circa 2.000 nel 2014;
- Introdurre, in tempi brevi, a cura dell'Agenzia Sanitaria Regionale, un "Registro Tumori".

### **Impatto economico**

Il costo per gli investimenti strutturali per le attivazioni relative ai restanti posti letto di Hospice sono stati ammessi a finanziamento fondi ex art.20; pertanto non sono previsti ulteriori costi per il triennio 2013-2015.

Le eventuali assunzioni di personale, come previsto con DCA 37/2012, saranno valutate dall' Organo Commissariale nell'ambito dell'inderogabile vincolo del rispetto dell'equilibrio economico – finanziario aziendale e nell'ambito di quanto descritto nell'intervento sul personale.

## **2.3.5 AZIONE 6: Assistenza sanitaria di base**

### **Contesto di riferimento**

La Rete delle cure primarie è costituita da 4 Aziende sanitarie (Avezzano-Sulmona-L'Aquila, Lanciano-Vasto-Chieti, Pescara e Teramo) e da 25 distretti come stabilito dal Decreto commissariale n.05/2011 (Figura 5 Appendice 1).

La Regione ha anche configurato, con Deliberazione commissariale n.45/2010, la riconversione di cinque Presidi Ospedalieri in i Presidi Territoriali di Assistenza H24. Tali riconversioni risultano completate per Casoli, Gissi, Pescina e Tagliacozzo, anche se per quest'ultimo con obbligo di Pronto Soccorso per effetto delle sentenze della giustizia amministrativa, mentre non si è ancora potuto procedere alla riconversione di Guardiagrele a causa del contenzioso ancora in atto.

### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende ultimare, nel triennio, l'organizzazione dei servizi territoriali di Assistenza Primaria promuovendo l'integrazione con il sociale al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini anche nel rispetto delle direttive stabilite dal D.L. 135/2012, portando a conclusione le disposizioni stabilite dai citati Decreti commissariali n. 24/2012, n. 40/2012 e n. 45/2012.

### **Impatto economico**

Mantenimento dei livelli retributivi fissati dai vigenti AA.CC.NN. dei Medici convenzionati di Base sul rilievo che il comma 6 art. 1 L. 189/2012 e il comma 2 art. 16 del DL 98/2011, che dispongono la limitazione della crescita degli adeguamenti economici anche accessori delle PP.AA., si applicano, in quanto compatibili, anche al personale convenzionato con il SSN fin dalla loro entrata in vigore.

## **2.4 INTERVENTO 4: Prevenzione**

### **Contesto di Riferimento**

A seguito delle rilevate basse percentuali di copertura e difficoltà organizzative aziendali con Deliberazione di Giunta regionale n.346 del 23 maggio 2011 sono state ridefinite le modalità organizzative degli screening regionali mammografico, della cervice uterina e del colon retto demandando a ciascuna Azienda la gestione, organizzazione e la erogazione degli screening oncologici regionali, superando il sistema esistente di gestione accentrata degli stessi presso Asl capofila.

In considerazione delle caratteristiche del mondo del lavoro nella Regione Abruzzo e delle prospettive di sviluppo di alcuni ambiti lavorativi, fra i quali il settore dell'edilizia che sarà fortemente interessato anche nel triennio 2013 – 2015 alla ricostruzione post-terremoto, le AUSL devono sviluppare programmi nell'ottica del miglioramento delle attività e nel rispetto degli obiettivi fissati dal patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM del 1° Agosto 2007) e del PNP e PRP.

### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende:

- Innalzare le coperture regionali di screening oncologici nei programmi organizzati per cervice uterina, mammella e colon retto, così come previsti ai fini LEA. Precisamente la percentuale di persone che ha effettuato il test di screening deve essere almeno pari o superiore al 65% del target previsto nei programmi organizzati, in linea con le indicazioni nazionali;
- Ridurre i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, mantenendo il trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica del 15% (quantificabili dai dati annuali INAIL) attraverso il miglioramento dell'efficacia e della quantità degli interventi sul territorio definendo e realizzando piani di prevenzione e interventi di vigilanza.

### **Impatto economico**

Non è previsto alcun impatto economico in quanto le risorse programmate sono quelle rientranti nell'ambito delle risorse pari al 5% destinate alla Prevenzione.

## 3 Aree di intervento “core”

### 3.1 INTERVENTO 5: Beni e Servizi

#### Contesto di Riferimento

L'aggregato di costo “Altri beni e servizi” ha rappresentato per il 2012 per la Regione Abruzzo circa il 22% dei costi rapportati ai ricavi ed è cresciuto ad un tasso medio annuo del 3,9% ogni anno dal 2008 al 2012, facendo registrare un incremento di circa +73 €/mln tra il 2008 ed il 2012. Rispetto al 2011, nel 2012 la voce di spesa è aumentata di 33,7 €/mln pari ad un incremento di +6,9% (di cui +26,6 €/mln per Servizi, +6,9 €/mln per Beni Sanitari e +0,3 €/mln per Beni non Sanitari).

Si sottolinea che l'incremento di spesa tra il 2011 ed il 2012 relativo all'aggregato si è verificato nonostante che, già a partire dal secondo semestre del 2012, la normativa nazionale avesse imposto specifiche riduzioni della spesa già a partire dal secondo semestre del 2012.

#### Obiettivi Programmati

La Regione si pone come obiettivo principale la riduzione del 10% degli importi e delle connesse prestazioni relative ai contratti in essere di appalti di servizi e di fornitura di beni e servizi nel rispetto dei vincoli imposti dalla normativa Nazionale.

Le ASL dovranno fornire un Conto Economico programmatico contenente il dettaglio delle voci d'interesse e ciascun Direttore Generale dovrà comunicare direttamente alla Direzione Politiche della Salute Servizio Programmazione economico – finanziaria e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie l'eventuale intenzione e motivazioni per “derogare” dalla riduzione del 10% sopra richiamata, specificando altresì le modalità con le quali l'Azienda intende garantire il medesimo risparmio su specifiche voci di Conto economico alternative al macroaggregato “Beni e Servizi” per il raggiungimento e/o mantenimento dell'equilibrio economico- finanziario della gestione aziendale.

Si specifica che il raggiungimento degli obiettivi programmati relativamente alla razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi - attraverso riduzioni della suddetta voce o garantendo il medesimo risparmio su altre voci - viene posto come uno dei vincoli all'autorizzazione alle assunzioni di personale, come sarà meglio descritto nell'azione relativa al Personale.

Le Aziende dovranno:

- ricognire i contratti aziendali in essere per l'acquisto di beni e servizi entro il 31.12.2013, specificando per ciascun contratto i seguenti dettagli:
  - valore del contratto;
  - durata del contratto;
  - tipologia del contratto;
  - volumi contrattualizzati (*driver*) e prezzi unitari (costi standard) alla base del contratto (es: metri quadrati e €/metro quadrato, ... );
  - in caso di contratto rinegoziato indicare i nuovi volumi contrattualizzati (*driver*) e i nuovi prezzi unitari (costi standard) alla base del nuovo contratto (es: metri quadrati e €/metro quadrato, ...);
  - previsioni di risparmio per il triennio 2013-2015 con indicazione delle voci di dettaglio nel CE NSIS aziendale e delle modalità e leve di azione che saranno utilizzate;
- rinegoziare i contratti con i fornitori in ottemperanza alla normativa nazionale;
- fornire un prospetto riepilogativo di ricognizione delle seguenti voci:
  - “Altri Servizi non sanitari da privato”;
  - “Assistenza protesica”;
  - “Contratti di *global service* e *facility management*”, con indicazione relativa all'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto.

- monitorare la spesa dei contratti e rendicontare semestralmente le azioni di contenimento e riduzione spesa per l'acquisto di beni e servizi con il Servizio Programmazione economico – finanziaria e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie della Direzione Politiche della Salute.

Si prevede, altresì, di individuare le categorie merceologiche per le quali attivare meccanismi di acquisto centralizzato, secondo parametri che privilegino l'omogeneità e la capacità di risparmio delle stesse, in una logica di costante interazione con le Aziende per la definizione dei fabbisogni e delle specifiche tecniche e contrattuali.

#### **Impatto economico**

A livello regionale, la riduzione del 10% degli importi e delle connesse prestazioni relative ai contratti in essere di appalti di servizi e di fornitura di beni e servizi è valorizzato pari a 22,4 €/mln per gli anni 2013-2015, per un risparmio cumulato di 67,1 €/mln.

## **3.2 INTERVENTO 6: Assistenza Farmaceutica**

#### **Contesto di Riferimento**

La Regione negli anni passati, ha intrapreso un percorso volto al contenimento della spesa ed al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva al fine di garantire un elevato livello assistenziale ed il contemporaneo rispetto dei tetti di spesa. Questo ha portato ad una riduzione tra il 2011 ed il 2012 della spesa farmaceutica complessiva pari -26 €/mln (-6%). La Regione intende quindi proseguire il percorso intrapreso anche per il triennio 2013-2105.

#### **Obiettivi Programmati**

A tal proposito la Regione intende:

- Attivare la distribuzione per conto per agevolare l'accesso al cittadino alle terapie utilizzando la rete capillare delle farmacie convenzionate presenti sul territorio;
- Regolamentare l'acquisto di principi attivi nuovi non previsti dalla gara attualmente in vigore ed avviare delle procedure per l'indizione della nuova gara;
- Potenziare la divulgazione dei contenuti tecnico-scientifici delle decisioni della Commissione Regionale del Farmaco (CRF) e dei provvedimenti del Servizio Farmaceutico Regionale, mediante implementazione di un sito web dedicato;
- Individuare/aggiornare i centri di riferimento abilitati alla prescrizione di medicinali autorizzati AIFA con tale vincolo;
- Definire specifici percorsi per le categorie di farmaci "alto spendenti" e sviluppare linee guida di indirizzo dell'attività prescrittiva nella Medicina Generale o in ambito specialistico;
- Razionalizzare la prescrizione e dell'utilizzazione di medicinali biosimilari;
- Portare a completa e puntuale attuazione il sistema di monitoraggio dell'appropriatezza d'uso dei farmaci di recente immissione in commercio, sia in ambito ospedaliero che al domicilio del paziente, il cui profilo di sicurezza ed efficacia necessita di un monitoraggio attento e costante sia nell'ottica della tutela del paziente che dell'utilizzo delle risorse a disposizione del SSN;
- Incrementare le prescrizioni di farmaci equivalenti ottenuto mediante molteplici iniziative;
- Aggiornare gli obiettivi di spesa per i MMG tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente per poter pervenire ad una riduzione della spesa lorda pro-capite pesata e aumento dell'appropriatezza prescrittiva.

#### **Impatto economico**

Il valore dell'impatto economico, definito in termini di risparmio, per la maggior parte delle azioni che verranno poste in essere, potrà essere quantificato unicamente a consuntivo.

Le simulazioni condotte per valutare l'impatto del raggiungimento l'obiettivo specifico di incrementare la prescrizione di farmaci equivalenti 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, tenendo conto soltanto dell'impatto per l'anno 2013, hanno portato, per la voce "Farmaceutica convenzionata", a valutare una riduzione massima teorica pari a 6,14 €/mln, di cui:

- 3,75 €/mln dovuti alla scadenza brevettuale dei principi attivi secondo la lista dei CCP (Certificati complementari di protezione);
- 2,39 €/mln dovuti allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto nel 2012 per categorie oggetto di monitoraggio (la stima iniziale è stata abbattuta prudenzialmente del 20%).

Prudenzialmente, per gli anni 2014 e 2015, questo valore è stimato costante.

### **3.3 INTERVENTO 7: Investimenti in conto capitale**

#### **Contesto di riferimento**

Risulta necessario, sia in termini di contenimento della spesa che di possibile potenziamento dei servizi, giungere ad una puntuale conoscenza della presenza sia in termini quantitativi che qualitativi, delle grandi "apparecchiature" e degli spazi aziendali sia di proprietà che non di proprietà.

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione Abruzzo intende avviare un'attività di ricognizione delle grandi "apparecchiature" di proprietà e non di proprietà (leasing, comodato, service...) aziendale per poter rimodulare le tariffe ed i canoni annui e valutare l'eventuale necessità di reperimento di macchine aggiuntive per soddisfare il fabbisogno definito per ciascuna rete di assistenza regionale (ospedaliera, ambulatoriale, residenziale).

A tal proposito sarà prevista, da parte delle Aziende sanitarie, la stesura di un piano triennale degli investimenti che, successivamente all'approvazione dei Servizi competenti della Direzione Politiche della Salute, costituirà la base di partenza per la definizione dei vincoli di spesa per investimenti da rispettare nell'arco di tutto il triennio. Si specifica che il fabbisogno di apparecchiature dovrà essere soggetto a verifica e conferma e/o rettifica con cadenza annuale.

La Regione intende inoltre effettuare una ricognizione attenta e puntuale delle singole realtà aziendali, che porti ad un piano di riorganizzazione degli spazi utilizzati e permetterà di trarre benefici in varie aree:

- razionalizzazione del costo di locazione passiva ed aumento dei ricavi derivanti dalla locazione attiva;
- individuazione di spazi male o non utilizzati che potrebbero essere destinati ad altre attività o dismessi mediante alienazione per il reperimento di risorse utili ad incrementare gli investimenti sanitari;
- programmazione dell'utilizzazione dei proventi provenienti da eventuali alienazioni delle strutture e/o spazi aziendali.

#### **Impatto economico**

L'effetto economico della ricognizione delle apparecchiature e degli immobili non è al momento stimabile in quanto la rilevazione dei dati non è stata ancora completata, ed i suoi effetti sono legati alla durata pluriennale dei contratti già posti in essere.

Si ribadisce che per tutti i nuovi investimenti sarà valutata la sostenibilità economico – finanziaria all'interno del vincolo di spesa definito per ciascuna azienda e nel rispetto dell'equilibrio della gestione aziendale.



## 3.4 INTERVENTO 8: Rapporti con gli erogatori privati

### Contesto di riferimento

L'indicazione dei tetti di spesa stabiliti dalla regione per ciascuna struttura privata accreditata è lo strumento mediante il quale la Regione alloca le risorse del SSR per orientare la produzione delle strutture private verso le prestazioni maggiormente rispondenti al fabbisogno della popolazione, nel rispetto di criteri di appropriatezza ed efficienza.

A questo fine la Regione intende remunerare gli erogatori privati afferenti le prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale secondo le modalità stabilite dalle disposizioni di cui all'Art.15 del DL 95/2012, come già avvenuto negli anni 2012 e 2013 e pertanto intende confermare tale tempestivo recepimento con Decreto Commissariale per l'anno 2014.

### Obiettivi Programmati

La Regione intende individuare:

- l'iter procedurale per la sottoscrizione dei budget, tenendo conto delle peculiarità che caratterizzano le strutture della rete di offerta, specificando passi procedurali e tempistiche per la sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate;
- gli eventuali ulteriori aspetti critici da sottoporre a clausola contrattuale al fine della liquidazione delle prestazioni. In particolare, in raccordo con la disciplina dei controlli e dell'accreditamento, dovranno essere identificati i debiti informativi da rispettare in modo tale che la remunerazione della singola prestazione sia garantita solo nel caso in cui siano state rispettate le tempistiche e dei livelli qualitativi stabiliti per l'invio dei dati, così come previsto dagli accordi contrattuali 2013.

### Impatto economico

Per l'anno 2013, stante la non sottoscrizione dei contratti da parte di alcuni erogatori alla data del 30.09.2013 ed in attesa dell'esito dei contenziosi in atto, la Regione riteneva di accantonare una quota pari a 9,1 €/mln pari al valore registrato al Consuntivo 2012 per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato (in Tendenziale). Considerando il processo di negoziazione in corso che la Regione sta portando avanti con gli erogatori privati al fine di addivenire alla sottoscrizione dei contratti, si stima che gli erogatori privati verranno remunerati entro il livello delle remunerazioni massime decretate per l'anno; viene così prevista come manovra la non sussistenza del rischio sulla overproduzione dei privati per 9,1 €/mln per l'anno 2013.

## 3.5 INTERVENTO 9: Personale

### Contesto di Riferimento

La Regione, pur avendo raggiunto ottimi risultati nell'ambito della riduzione e razionalizzazione della spesa per il personale nel corso degli ultimi anni, presenta nel Conto Economico 2012, così come nei precedenti anni, alla voce Costo del Personale, la voce di spesa con la maggiore incidenza sul totale dei costi (35% nel CE al Consuntivo 2012). Per questo motivo la Regione Abruzzo si impegna ad implementare interventi, siano essi di sviluppo che di contenimento, con la massima attenzione, coerentemente con tutte le altre azioni descritte nel presente piano e ponendo particolare attenzione all'obiettivo del mantenimento/raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende.

Nella prospettiva del completamento dell'azione di razionalizzazione del SSR attuata in coerenza con quanto stabilito dapprima nel Programma Operativo 2010 e successivamente nel Programma Operativo 2011-2012, è necessario che le Aziende regionali muovano verso l'obiettivo di una riprogrammazione complessiva dei propri fabbisogni di personale.

Tale obiettivo di riprogrammazione, da realizzarsi mediante la rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali porterà, a regime, il limite di spesa cui le Aziende dovranno attenersi per gli anni futuri. In questo modo la Regione potrà monitorare l'effettivo rispetto delle disposizioni regionali in tema di autorizzazione all'assunzione di personale e di rispetto dei tetti di spesa fissati per il personale.



## Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Procedere a verificare la conformità delle dotazioni organiche, redatte dalle Aziende sanitarie, alle linee di indirizzo regionali stabilite con Decreto commissariale n.49/2012 formulando, ove nel caso, eventuali rilievi. Al termine della procedura sopra descritta si procederà alla rideterminazione dei fondi contrattuali da ricalibrare in relazione alle nuove dotazioni organiche aziendali;
- Completare il processo, già avviato, di razionalizzazione delle unità operative complesse e semplici (in attuazione degli standard stabiliti dal c.d. Comitato LEA nella seduta del 26.3.2012) e degli incarichi di coordinamento e delle posizioni organizzative (in attuazione di quanto stabilito nell'Allegato 3 al P.O. 2010) anche al fine dell'aggiornamento degli atti aziendali;
- Garantire la possibilità alle ASL di sostituire il personale che cessa dal servizio nel corso del triennio di riferimento, previo nulla-osta da parte dell'Organo Commissariale, con personale dirigenziale anche di altro ruolo e profilo, per quanto attiene al personale dirigenziale, e con personale di analoga categoria, per quanto riguarda il personale del comparto;
- Consentire alle ASL di procedere alla copertura di posti vacanti in organico, che attualmente risultano occupati da personale a tempo determinato, mediante assunzioni di personale a tempo indeterminato per quelle figure professionali che svolgono funzioni e compiti indispensabili per le esigenze aziendali ed i cui posti durante tutto l'anno 2012 siano stati coperti da personale a tempo determinato e la cui spesa, pertanto, risulta già consolidata nei costi del bilancio 2012;
- Correlare le autorizzazioni di assunzione del personale al raggiungimento degli obiettivi programmati relativamente alla razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi attraverso la riduzione del 10% degli importi e delle connesse prestazioni relative ai contratti in essere di appalti di servizi e di fornitura di beni e servizi o adottando misure alternative purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario (L 228/2012) e di stabilire che, il mancato raggiungimento degli stessi per l'anno 2013, determinerà già dal 2014 il blocco totale o parziale (nelle percentuali che saranno specificatamente individuate) del turnover;
- Monitorare l'adempimento delle Aziende agli obblighi informativi secondo le modalità ed i tempi stabiliti dal competente Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane della Direzione Politiche della Salute, al fine di garantire i flussi informativi necessari all'attività di coordinamento delle politiche del personale del servizio sanitario regionale. A tal fine le Aziende dovranno continuare ad alimentare il database regionale sul personale in servizio, la rilevazione mensile degli assunti e cessati e ad attuare gli adempimenti relativi alla rilevazione trimestrale dei costi del personale;
- Assicurare il rispetto dei vincoli di bilancio riconducendo la spesa della voce CE (B.2.A.3.4 -da privato – Medici SUMAI) entro i limiti previsti dall'art. 15 D.L. n. 95/2012 con modalità e tempi tesi a garantire il rispetto delle prescrizioni normative e l'erogazione appropriata delle prestazioni specialistiche;
- Limitare, così come previsto dalla normativa vigente, il ricorso a consulenze ed incarichi di lavoro autonomo, oltre che il ricorso a forme di esternalizzazione di servizi per lo svolgimento di attività istituzionali connesse all'erogazione dei LEA. A tal fine si individuano una serie di obiettivi specifici per le ASL regionali.

Le varie possibilità di assunzione sopra descritte potranno essere attuate sempre a patto che si garantisca l'inderogabile rispetto dei seguenti tetti di spesa in termini di conto economico (Tabella 4).

Tabella 4 – Conto Economico per Azienda 2012-2015

| Conto Economico 2012 - 2015 (€/000) |                 |                   |
|-------------------------------------|-----------------|-------------------|
| ASL                                 | Consuntivo 2012 | Tendenziale 13-15 |
| <b>Personale</b>                    |                 |                   |
| Avezzano Sulmona L'Aquila           | 192.304         | 192.304           |
| Lanciano Vasto Chieti               | 240.170         | 240.170           |
| Pescara                             | 169.042         | 169.042           |
| Teramo                              | 166.468         | 166.468           |
| <b>Totale Spesa Personale</b>       | <b>767.984</b>  | <b>767.984</b>    |
| <b>IRAP</b>                         |                 |                   |
| Avezzano Sulmona L'Aquila           | 13.571          | 13.571            |
| Lanciano Vasto Chieti               | 16.772          | 16.772            |
| Pescara                             | 12.020          | 12.020            |
| Teramo                              | 11.890          | 11.890            |
| <b>Totale IRAP</b>                  | <b>54.253</b>   | <b>54.253</b>     |
| <b>Totale Personale + IRAP</b>      | <b>822.237</b>  | <b>822.237</b>    |

Si precisa che l'Organo Commissariale procederà ad autorizzare le assunzioni nelle Aziende in considerazione della reale esigenza di ciascuna Azienda di reperire nuovo personale.

A tal proposito, i dati della Tabella 2 del Piano di Rientro relativi al Personale (tempo indeterminato, tempo determinato e Restante personale) mostrano una distribuzione disomogenea del personale tra le quattro Aziende in relazione ai posti letto pubblici assegnati con DCA 45/2010 (Tabella 5).

Tabella 5 – Rapporto Personale vs Posti letto DCA 45/2010

| Rapporto personale vs PL DCA 45/2010 |                  |                  |                        |                            |                    |                        |                                   |  |
|--------------------------------------|------------------|------------------|------------------------|----------------------------|--------------------|------------------------|-----------------------------------|--|
| ASL                                  | Personale TI (A) | Personale TD (B) | Restante Personale (C) | Totale Tab 2 PdR (D=A+B+C) | PL DCA 45/2010 (E) | Rapporto TI/PL (F=A/E) | Rapporto Tot Personale/PL (G=D/E) |  |
| Avezzano Sulmona L'Aquila            | 3.307            | 187              | 47                     | 3.541                      | 870                | 3,80                   | 4,07                              |  |
| Lanciano Vasto Chieti                | 4.396            | 132              | 37                     | 4.565                      | 1.075              | 4,09                   | 4,25                              |  |
| Pescara                              | 3.016            | 62               | 39                     | 3.117                      | 798                | 3,78                   | 3,91                              |  |
| Teramo                               | 2.956            | 51               | -                      | 3.007                      | 945                | 3,13                   | 3,18                              |  |
| <b>Totale</b>                        | <b>13.675</b>    | <b>432</b>       | <b>123</b>             | <b>14.230</b>              | <b>3.688</b>       | <b>3,71</b>            | <b>3,86</b>                       |  |

#### Impatto economico

Non è possibile procedere al momento ad una definizione dell'impatto economico connesso al processo di rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali in quanto non ancora concluso; si può comunque assicurare che lo stesso garantirà il rispetto del limite di spesa stabilito dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009 (pari alla spesa personale 2004 diminuita dell'1,4%).

In considerazione del blocco del turnover applicato nel primo semestre del 2013, le Aziende hanno sopperito alla necessità di personale necessario a far fronte delle esigenze assistenziali, anche attraverso il ricorso al tempo determinato. Sono inoltre avvenute nei primi mesi del 2013, assunzioni a tempo indeterminato relative al turnover del 2012. L'impatto di questi fenomeni comprensivo di IRAP, è stato stimato pari a 6,1 €/mln per il 2013. Fermi restando i limiti di spesa stabiliti dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009 e di tutti i vincoli sopra determinati, la Regione intende confermare tale previsione di spesa anche per gli anni 2014-2015 (6,1 €/mln per ciascun anno) sulla base delle reali necessità delle aziende, da verificarsi con l'approvazione definitiva delle dotazioni organiche.

Si evidenzia inoltre che l'aver correlato la possibilità di effettuare assunzioni di personale per turnover al raggiungimento annuale degli obiettivi fissati nell'intervento Beni e Servizi potrà ragionevolmente e presumibilmente fungere da leva e da stimolo per il conseguimento degli obiettivi in questione.

Anche per quanto attiene all'azione di rideterminazione dei fondi contrattuali, l'impatto economico della stessa potrà quantificarsi solo in sede di adozione dei riferiti atti, di seguito all'avvenuta rideterminazione delle dotazioni organiche.

Quanto all'impatto economico connesso alla definizione dei processi di razionalizzazione delle unità operative complesse e semplici e delle posizioni organizzative e degli incarichi di coordinamento nonché dal contenimento delle forme di lavoro flessibile, consulenze e altro, si evidenzia che essendo un processo ancora in atto ed essendo soggetto a diverse variabili non è possibile, allo stato, quantificarlo esattamente.

L'impatto economico della riduzione della spesa per prestazioni da summaisti rispetto all'andamento tendenziale 2013-2015 è pari a 1,4 €/mln per ogni anno.

## 4 Interventi operativi

La Regione intende:

- **INTERVENTO 10 Sanità penitenziaria:** Portare a completa attuazione il trasferimento delle funzioni inerenti l'attività di medicina penitenziaria attraverso la presa in carico dei bisogni sanitari della popolazione detenuta della Regione Abruzzo e completare la riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza sanitaria ai pazienti con misura di sicurezza detentiva provenienti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, presenti negli istituti penitenziari, negli istituti penali per minori, nelle CT e nei CPA.
- **INTERVENTO 11 Sanità veterinaria e sicurezza alimentare:** Rilanciare la prevenzione predisponendo gli atti di riattivazione dell'Osservatorio Epidemiologico Veterinario regionale, assicurare un livello elevato di salute pubblica e salute animale e promuovere la sicurezza alimentare su tutta la filiera.
- **INTERVENTO 12 Formazione comunicazione ai cittadini:** Realizzare la Carta dei Servizi Sanitari Regionale per gli anni 2014-2015, proseguire l'attività di *Audit* e di *Empowerment* e realizzare un sito web conforme al Progetto Ministero/Regione Abruzzo.
- **INTERVENTO 13 Sicurezza e rischio clinico:** Potenziare gli strumenti necessari alla gestione del rischio clinico, verificare l'adozione della *check list* in tutte le sale operatorie, realizzare indicazioni condivise ed uniformi per la prevenzione degli errori in corso di terapia oncologica e per tutti i farmaci ad "alto rischio o ad alto livello di attenzione" ed infine coordinare e monitorare il sistema regionale dei controlli sull'appropriatezza legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dagli Erogatori accreditati, ai sensi del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i., art. 8 – octies.

## 5 Interventi di Governo del sistema

La Regione intende:

- **INTERVENTO 14 Governance del Piano:**
  - Proseguire le attività di raccordo tecnico amministrativo tra l'organo commissariale inteso sia nella figura del Commissario ad Acta che in quella del Subcommissario, i Servizi della Direzione Politiche della Salute, l'Agenzia Sanitaria Regionale nonché dei Servizi "Bilancio" e "Ragioneria Generale" della Direzione "Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive" ed i ed attuare gli interventi necessari per la copertura dei posti vacanti;
  - Istituire un Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali al fine di valutare e verificare gli effetti degli interventi che saranno previsti e concordati con i Direttori Generali per il controllo della spesa delle 4 Asl regionali.

- **INTERVENTO 15 Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011:** Armonizzazione i sistemi contabili e gli schemi di bilancio degli enti del SSR, facilitare la riconciliazione tra la contabilità regionale con la contabilità economico-patrimoniale della Gestione Sanitaria accentrata, pianificare il flusso dei pagamenti dei fornitori delle aziende e della GSA del SSR e monitorare la progressiva riduzione dei tempi medi di pagamento.
- **INTERVENTO 16 Certificabilità dei bilanci del SSR:** Attuare il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) per la progettazione e l'attuazione di un sistema di contabilità analitica regionale su cui alimentare un modello di monitoraggio del SSR volto a garantire, a livello locale, la raccolta sistematica e continuativa di tutti i dati necessari per un miglior governo economico/finanziario del sistema e il monitoraggio dei LEA.
- **INTERVENTO 17 Flussi informativi:**
  - Migliorare la tempestività e la qualità dei dati contenuti nei flussi attraverso la messa a regime dei cosiddetti “nuovi flussi ministeriali”, condividere ed integrare le attività connesse alla gestione dei flussi con i servizi regionali e aziendali di riferimento per le specifiche materie di competenza, attraverso l'istituzione di Gruppi di Lavoro Permanenti;
  - Pervenire alla completa esecuzione degli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di Tessera Sanitaria.
- **INTERVENTO 18 Autorizzazione ed accreditamento:** Completare i procedimenti di accreditamento istituzionale ed aggiornare, in linea con la nuova normativa, i requisiti di autorizzazione e le relative procedure.
- **INTERVENTO 19 Contabilità analitica:**
  - Attuare l'Accordo di Programma Quadro attraverso la realizzazione di un modello di monitoraggio del SSR volto a garantire l'omogeneizzazione delle procedure, la raccolta sistematica e continuativa e l'adozione di adeguate metodologie di elaborazione, analisi e interpretazione dei dati;
  - Svolgere una costante azione di supporto alle AASSLL, in grado di mettere in campo risorse competenti, metodologie e strumenti indispensabili per perseguire stabilmente nel tempo gli obiettivi di seguito descritti, anche tramite adeguati interventi di formazione sul campo.
- **INTERVENTO 20 Attuazione del piano dei pagamenti:**
  - Predisporre un Piano dei Pagamenti dei debiti commerciali al 31.12.2012 certi, liquidi ed esigibili e, eventualmente, nei limiti delle risorse disponibili e in via residuale rispetto ai primi, dei debiti certi sorti entro il 31 dicembre 2012 ed individuare le misure di copertura annuale del rimborso dell'anticipazione con successiva sottoscrizione del contratto con il MEF.
  - Completare il procedimento di riconciliazione e certificazione dei debiti pregressi, procedendo, nel contempo, a trasferire alle Asl le risorse correlate ai debiti definitivamente certificati quali “certi, liquidi ed esigibili”, nonché a completare la certificazione dei debiti non certi, non esigibili o non sussistenti.

# Appendice 1

Figura 1 – Rete Ospedaliera AS IS

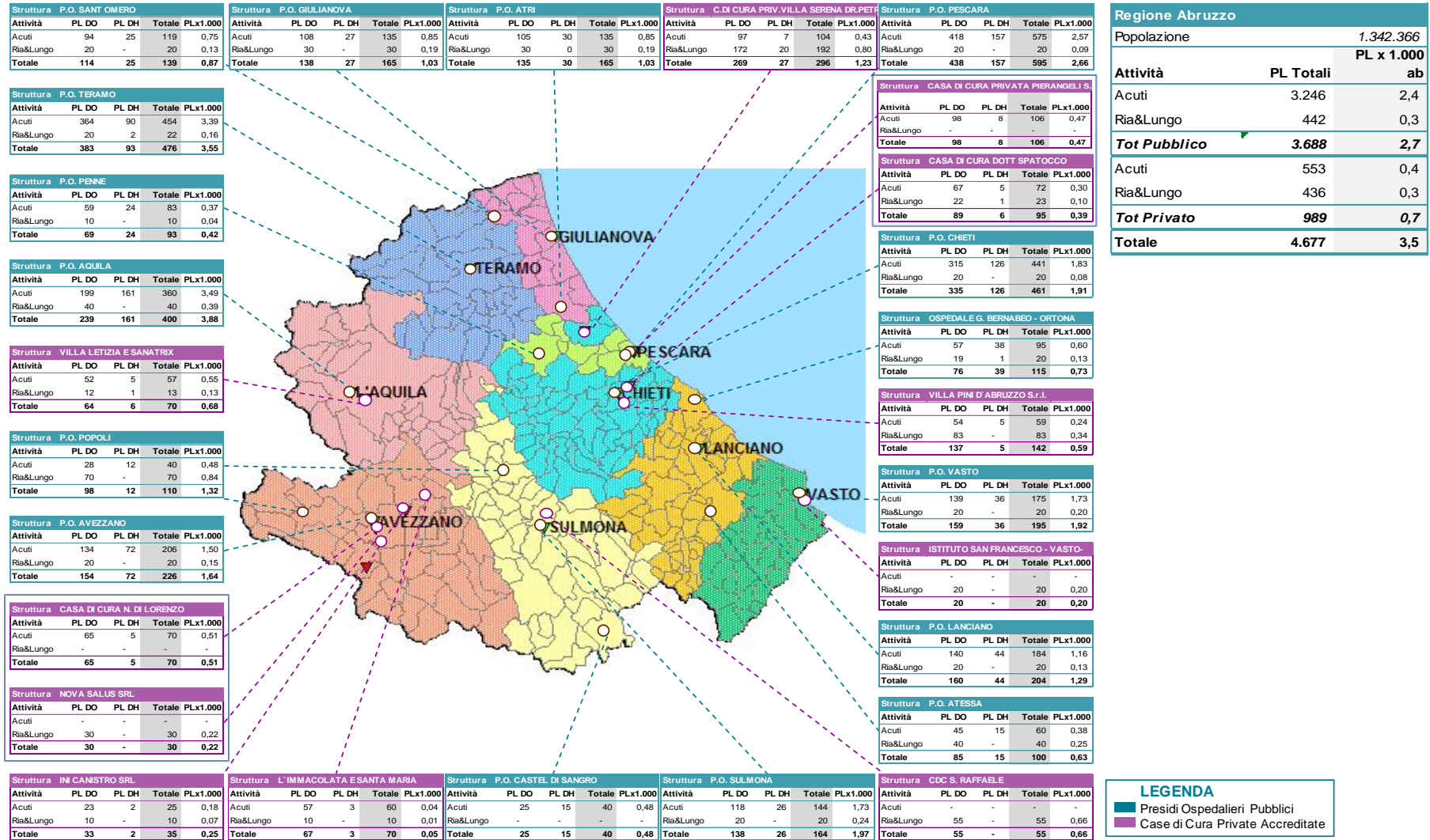




Figura 2 – Rete Emergenza – Urgenza

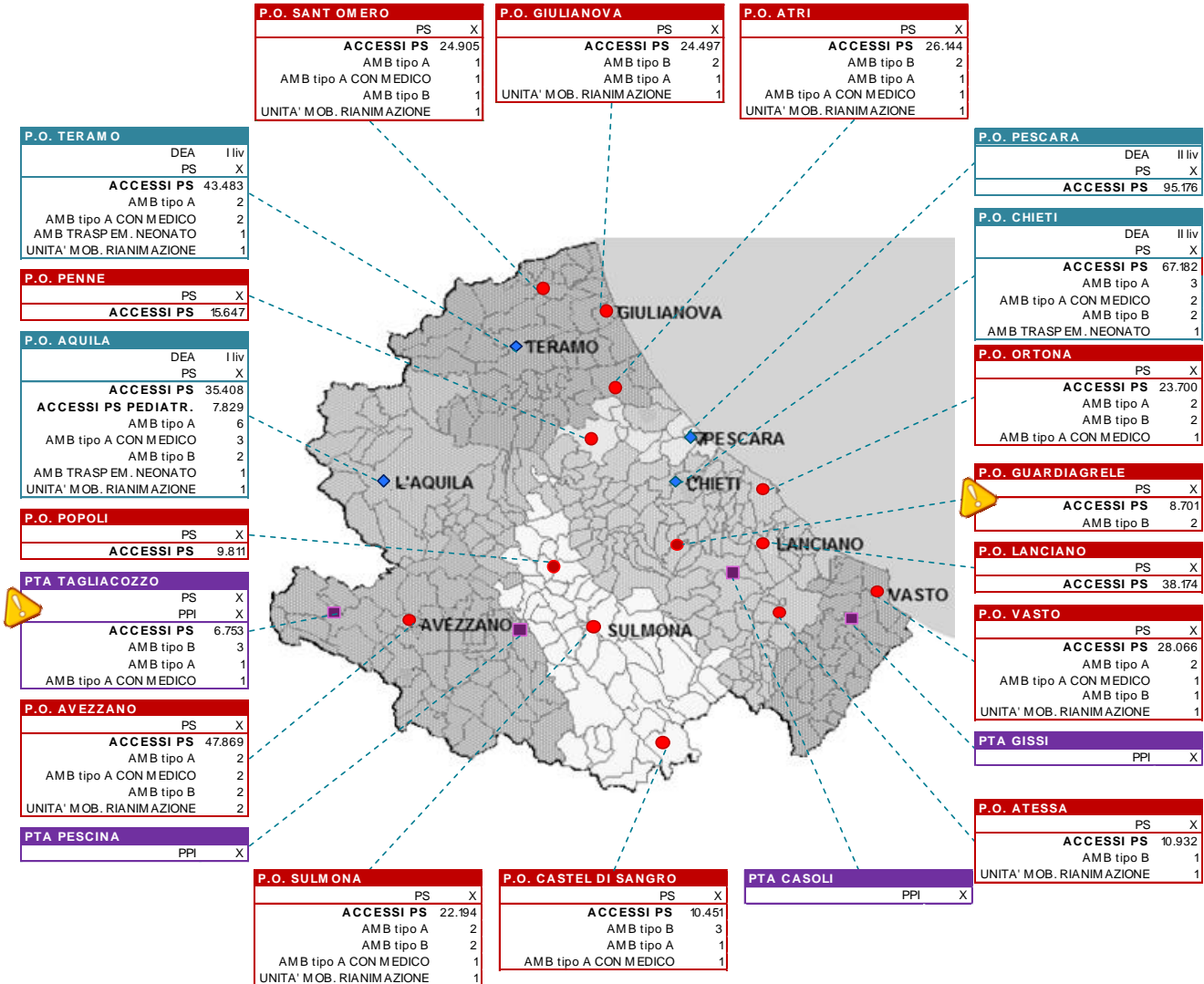
| ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO ANNO 2012 |                   |                |                  |
|--------------------------------------|-------------------|----------------|------------------|
| ASL                                  | STRUTTURE         | ACCESSI        | ACCESSI PEDIATR. |
| 201                                  | P.O. AVEZZANO     | 47.869         | -                |
|                                      | Avezzano          | 35.408         | 7.829            |
|                                      | Sulmona           | 22.194         | -                |
|                                      | L'Aquila          | 10.451         | -                |
|                                      | P.O. TAGLIACOZZO  | 6.753          | -                |
| <b>TOTALE 201</b>                    |                   | <b>122.675</b> | <b>7.829</b>     |
| 202                                  | P.O. CHIETI       | 67.182         | -                |
|                                      | Lanciano          | 38.174         | -                |
|                                      | Vasto             | 28.066         | -                |
|                                      | Chieti            | 23.700         | -                |
|                                      | P.O. ATESSA       | 10.932         | -                |
|                                      | P.O. GUARDIAGRELE | 8.701          | -                |
| <b>TOTALE 202</b>                    |                   | <b>176.755</b> | -                |
| 203                                  | P.O. PESCARA      | 95.176         | -                |
|                                      | Pescara           | 15.647         | -                |
|                                      | P.O. POPOLI       | 9.811          | -                |
| <b>TOTALE 203</b>                    |                   | <b>120.634</b> | -                |
| 204                                  | P.O. TERAMO       | 43.483         | -                |
|                                      | Teramo            | 26.144         | -                |
|                                      | P.O. SANT OMEMO   | 24.905         | -                |
|                                      | P.O. GIULIANOVA   | 24.497         | -                |
| <b>TOTALE 204</b>                    |                   | <b>119.029</b> | -                |
| <b>TOTALE ABRUZZO</b>                |                   | <b>539.093</b> | <b>7.829</b>     |

| MEZZI DELLA RETE         |    |
|--------------------------|----|
| ELISOCORSO               | 2  |
| AMB tipo B               | 25 |
| AMB tipo A               | 24 |
| AMB tipo A CON MEDICO    | 16 |
| UNITA' MOB. RIANIMAZIONE | 10 |
| AMB TRASP EM. NEONATO    | 3  |
| AMB PEDIATRICHE          | 0  |

| Postazioni Territoriali postazioni medicalizzate |           |           |                 |  |
|--|-----------|-----------|-----------------|--|
| ASL  | Att.      | Fabb.     | Δ Att. Vs Fabb. |  |
|  | (A)       | (B)       | (C=B-A)         |  |
| 201 Av-Sulm-L'Aq                                 | 11        | 12        | -1              |  |
| 202 Lan-Va-Chi                                   | 10        | 8         | -2              |  |
| 203 Pescara                                      | 5         | 5         | 0               |  |
| 204 Teramo                                       | 4         | 6         | -2              |  |
| <b>TOT post. Med.</b>                            | <b>30</b> | <b>31</b> | <b>1</b>        |  |

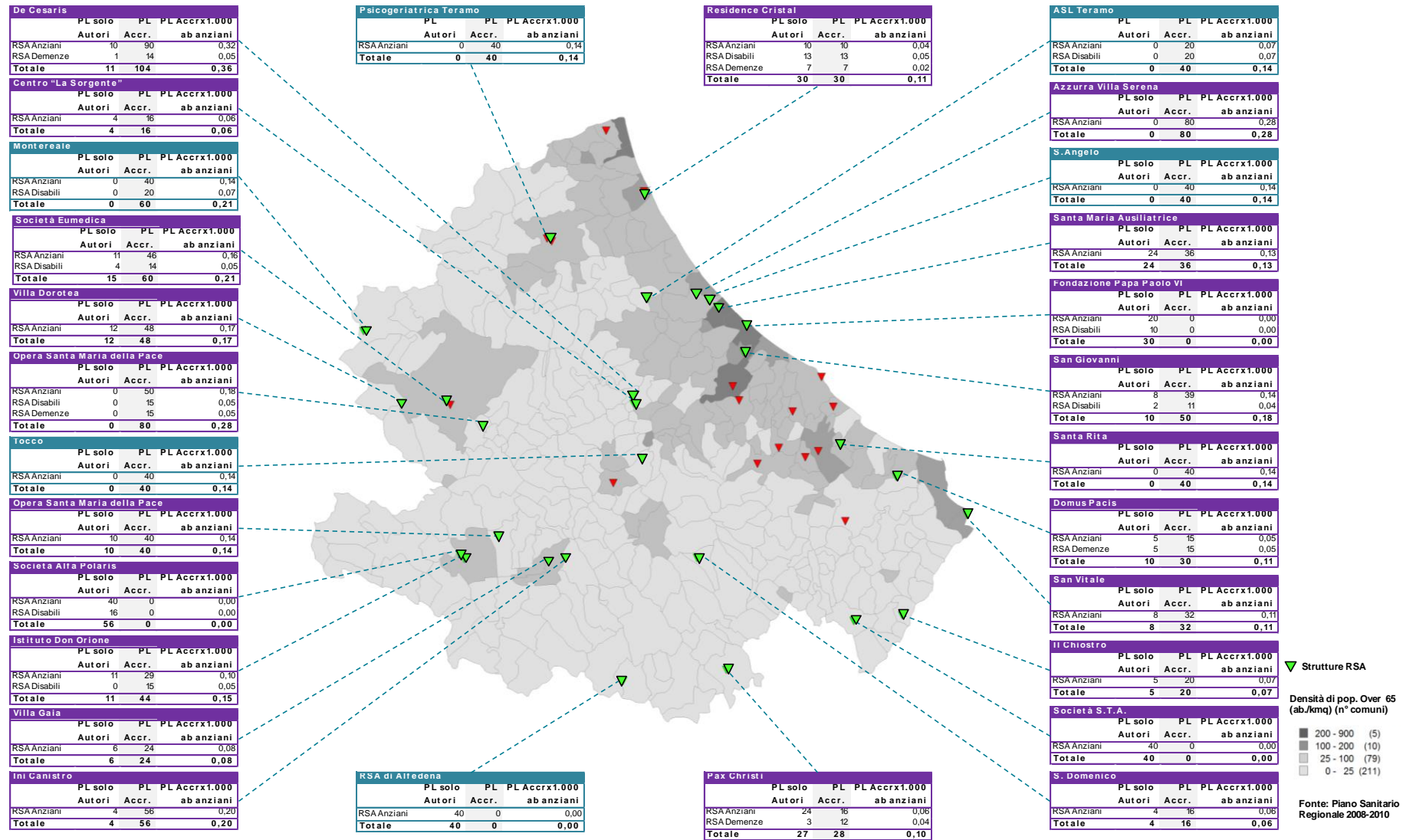
  

| postazioni non medicalizzate |           |           |                 |  |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------------|--|
| ASL                          | Att.      | Fabb.     | Δ Att. Vs Fabb. |  |
|                              | (D)       | (E)       | (F=E-D)         |  |
| 201 Av-Sulm-L'Aq             | 1         | 8         | -7              |  |
| 202 Lan-Va-Chi               | 2         | 5         | -3              |  |
| 203 Pescara                  | 4         | 4         | 0               |  |
| 204 Teramo                   | 12        | 5         | -7              |  |
| <b>TOT post. no Med.</b>     | <b>19</b> | <b>22</b> | <b>3</b>        |  |
| <b>TOTALE</b>                | <b>49</b> | <b>53</b> | <b>4</b>        |  |



Fonte: HSP 11 2012; HSP 24 2012

Figura 3 – Rete residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti o affetti da demenza





| I.P.A.B. Casa di Riposo "De Benedictis" |          |            |               |
|---|----------|------------|---------------|
|   | PL solo  | PL         | PL Accrx1.000 |
|   | Autori   | Accr.      | ab anziani    |
| RA                                      | 0        | 142        | 0,50          |
| <b>Totale</b>                           | <b>0</b> | <b>142</b> | <b>0,50</b>   |

| City Residence |          |           |               |
|----------------|----------|-----------|---------------|
|                | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|                | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA             | 0        | 24        | 0,08          |
| <b>Totale</b>  | <b>0</b> | <b>24</b> | <b>0,08</b>   |

| I.P.A.B. Casa di Riposo "F. Alessandrini" |          |           |               |
|---|----------|-----------|---------------|
|   | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|   | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA  | 0        | 73        | 0,26          |
| <b>Totale</b>                             | <b>0</b> | <b>73</b> | <b>0,26</b>   |

| Il Castello   |          |           |               |
|---------------|----------|-----------|---------------|
|               | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|               | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA            | 0        | 43        | 0,15          |
| <b>Totale</b> | <b>0</b> | <b>43</b> | <b>0,15</b>   |

| Residence Cristal |          |           |               |
|-------------------|----------|-----------|---------------|
|                   | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|                   | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                | 0        | 30        | 0,11          |
| <b>Totale</b>     | <b>0</b> | <b>30</b> | <b>0,11</b>   |

| Casa di sollievo "Figlie di San Camillo" |          |           |               |
|--|----------|-----------|---------------|
|  | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|  | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                                       | 0        | 40        | 0,14          |
| <b>Totale</b>                            | <b>0</b> | <b>40</b> | <b>0,14</b>   |

| I.P.A.B. "San Giovanni Battista" |          |            |               |
|----------------------------------|----------|------------|---------------|
|                                  | PL solo  | PL         | PL Accrx1.000 |
|                                  | Autori   | Accr.      | ab anziani    |
| RA                               | 0        | 198        | 0,69          |
| <b>Totale</b>                    | <b>0</b> | <b>198</b> | <b>0,69</b>   |

| Residence per anziani "La casa del sole" |          |           |               |
|--|----------|-----------|---------------|
|  | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|  | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                                       | 0        | 50        | 0,18          |
| <b>Totale</b>                            | <b>0</b> | <b>50</b> | <b>0,18</b>   |

| T. Berardi    |          |           |               |
|---------------|----------|-----------|---------------|
|               | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|               | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA            | 0        | 80        | 0,28          |
| <b>Totale</b> | <b>0</b> | <b>80</b> | <b>0,28</b>   |

| Residenza Assistenziale Anziani ex ONPI |          |           |               |
|---|----------|-----------|---------------|
|   | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|   | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                                      | 0        | 40        | 0,14          |
| <b>Totale</b>                           | <b>0</b> | <b>40</b> | <b>0,14</b>   |

| Istituto Sacri Cuori R.A. "C. Ciampoli" |          |           |               |
|---|----------|-----------|---------------|
|   | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|   | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                                      | 0        | 25        | 0,09          |
| <b>Totale</b>                           | <b>0</b> | <b>25</b> | <b>0,09</b>   |

| Residenza Il Giardino spa |          |           |               |
|---------------------------|----------|-----------|---------------|
|                           | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|                           | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                        | 0        | 63        | 0,22          |
| <b>Totale</b>             | <b>0</b> | <b>63</b> | <b>0,22</b>   |

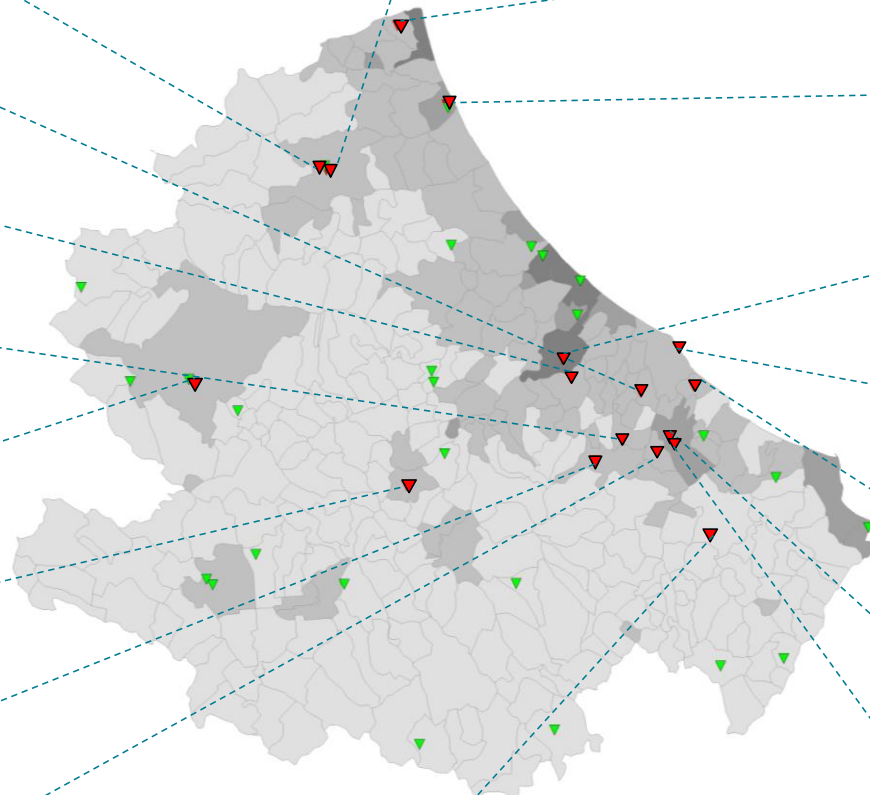
| Istituto Sacri Cuori R.A. "M. Assunta" |          |           |               |
|--|----------|-----------|---------------|
|  | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|  | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                                     | 0        | 35        | 0,12          |
| <b>Totale</b>                          | <b>0</b> | <b>35</b> | <b>0,12</b>   |

| Centro residenziale anziani "Sen. G. Borrelli" |          |           |               |
|--|----------|-----------|---------------|
|  | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|  | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA   | 0        | 25        | 0,09          |
| <b>Totale</b>                                  | <b>0</b> | <b>25</b> | <b>0,09</b>   |

| Coop. Sociale Ari Fraternitas |          |           |               |
|-------------------------------|----------|-----------|---------------|
|                               | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|                               | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                            | 0        | 30        | 0,11          |
| <b>Totale</b>                 | <b>0</b> | <b>30</b> | <b>0,11</b>   |

| Piccolo rifugio La Cicala |          |           |               |
|---------------------------|----------|-----------|---------------|
|                           | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|                           | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                        | 0        | 48        | 0,17          |
| <b>Totale</b>             | <b>0</b> | <b>48</b> | <b>0,17</b>   |

| Casa religiosa Antoniano |          |           |               |
|--------------------------|----------|-----------|---------------|
|                          | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|                          | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                       | 0        | 60        | 0,21          |
| <b>Totale</b>            | <b>0</b> | <b>60</b> | <b>0,21</b>   |



▼ Strutture RA

Densità di pop. Over 65 (ab./kmq) (n° comuni)

- 200 - 900 (5)
- 100 - 200 (10)
- 25 - 100 (79)
- 0 - 25 (211)

Fonte: Piano Sanitario Regionale 2008-2010

Figura 4 – Rete disabilità – riabilitazione (Riab. ex art.26)

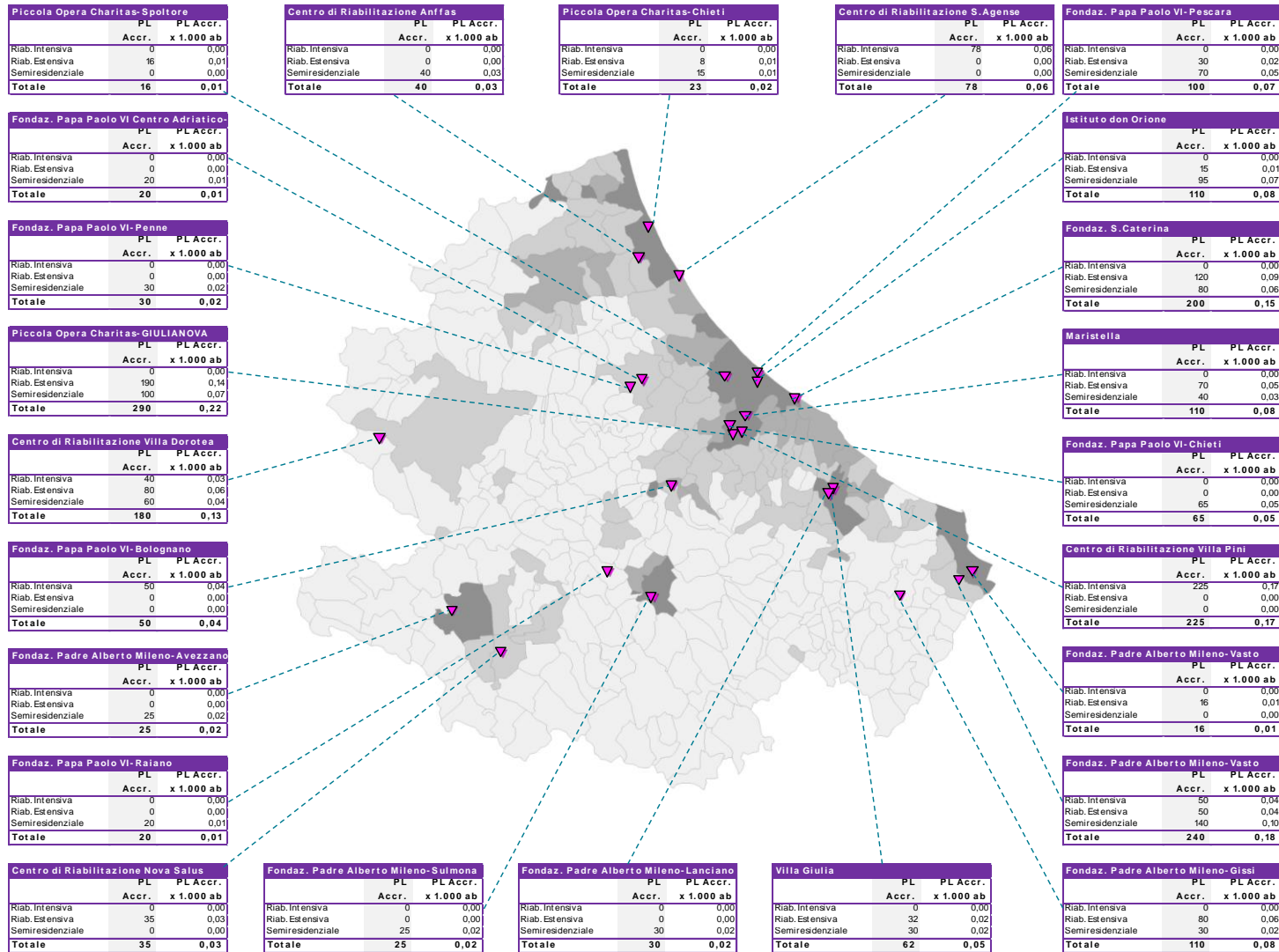
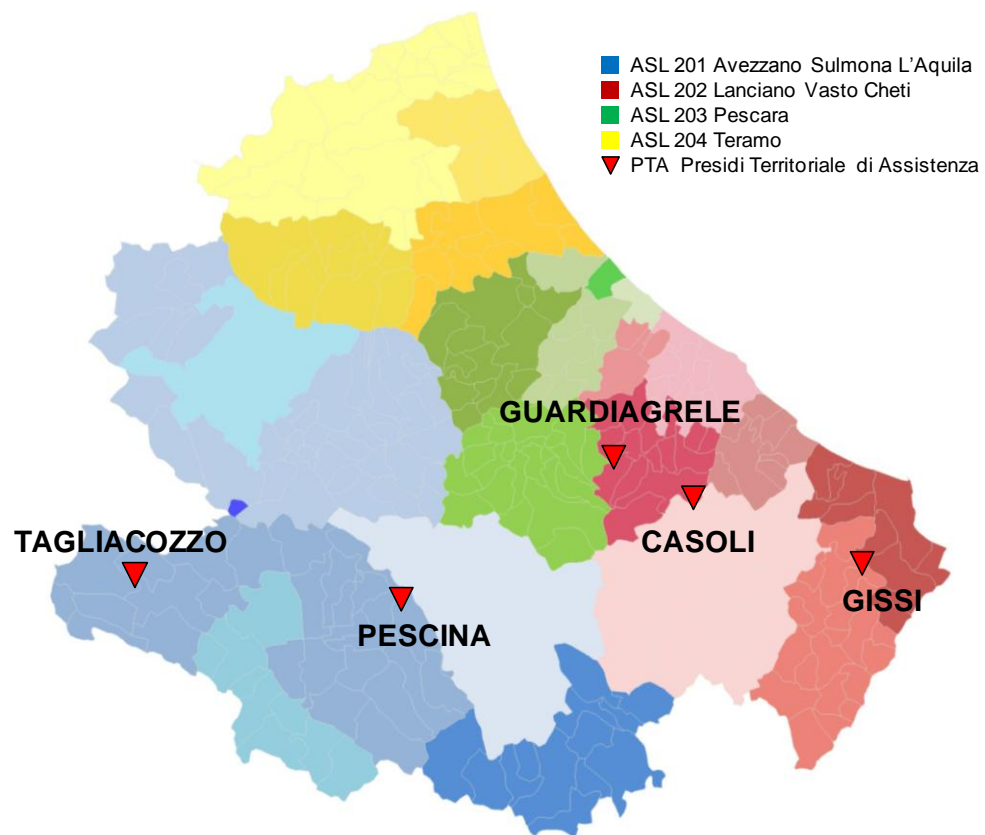


Figura 5 – Mappa delle ASL, distretti e PTA Regione Abruzzo





# Allegato A



Regione Abruzzo

## Regione Abruzzo

---

Programma Operativo 2013-2015



# Indice

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Premessa</b>   | <b>1</b>  |
| <b>2</b> | <b>Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale</b>   | <b>2</b>  |
| 2.1      | Indicatori demografici, sociosanitari, struttura della popolazione ed epidemiologici  | 2         |
| 2.2      | <b>Il SSR</b>   | <b>7</b>  |
| 2.2.1    | L'evoluzione dei costi del SSR  | 7         |
| 2.2.2    | L'evoluzione delle variabili gestionali del SSR   | 9         |
| 2.2.3    | Le manovre nazionali  | 11        |
| 2.2.4    | Punti di attenzione   | 12        |
| 2.3      | <b>Tendenziale 2013-2015</b>  | <b>13</b> |
| 2.4      | <b>Programmatico 2013-2015</b>  | <b>22</b> |
| <b>3</b> | <b>Reti di offerta sanitaria</b>  | <b>23</b> |
| 3.1      | <b>INTERVENTO 1: Rete Ospedaliera</b>   | <b>23</b> |
| 3.1.1    | AZIONE 1: Riorganizzazione della rete ospedaliera   | 23        |
| 3.2      | <b>INTERVENTO 2: Rete Emergenza Urgenza</b>   | <b>27</b> |
| 3.2.1    | AZIONE 1: Programma attuativo per la rete di emergenza urgenza  | 27        |
| 3.3      | <b>INTERVENTO 3: Rete territoriale</b>  | <b>31</b> |
| 3.3.1    | AZIONE 1: Specialistica ambulatoriale   | 31        |
| 3.3.2    | AZIONE 2: Rete Laboratoristica  | 33        |
| 3.3.3    | AZIONE 3: Residenzialità e Semiresidenzialità   | 35        |
| 3.3.4    | AZIONE 4: Assistenza Domiciliare  | 50        |
| 3.3.5    | AZIONE 5: Cure palliative   | 52        |
| 3.3.6    | AZIONE 6: Assistenza sanitaria di base  | 55        |
| 3.4      | <b>INTERVENTO 4: Prevenzione</b>  | <b>58</b> |
| 3.4.1    | AZIONE 1: Azioni coerenti con il Programma Nazionale di Prevenzione   | 58        |
| 3.4.2    | AZIONE 2: Qualificazione dei programmi di screening oncologici e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali                    | 59        |
| 3.4.3    | AZIONE 3: Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro  | 61        |
| <b>4</b> | <b>Aree di intervento "core"</b>  | <b>63</b> |
| 4.1      | <b>INTERVENTO 5: Beni e Servizi</b>   | <b>63</b> |
| 4.1.1    | AZIONE 1: Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi  | 63        |
| 4.1.2    | AZIONE 2: Gare centralizzate  | 66        |
| 4.2      | <b>INTERVENTO 6: Assistenza Farmaceutica</b>  | <b>68</b> |
| 4.2.1    | AZIONE 1: Distribuzione diretta e per conto   | 68        |
| 4.2.2    | AZIONE 2: Modalità di approvvigionamento farmaci  | 70        |
| 4.2.3    | AZIONE 3: Commissione Terapeutica Regionale   | 71        |
| 4.2.4    | AZIONE 4: Individuazione/aggiornamento dei centri di riferimento abilitati alla prescrizione di medicinali autorizzati dall'AIFA con tale vincolo | 73        |

|            |   |            |
|------------|---|------------|
| 4.2.5      | AZIONE 5: Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci “alto spendenti” - Sviluppo di linee guida di indirizzo dell’attività prescrittiva nella Medicina Generale o in ambito specialistico | 74         |
| 4.2.6      | AZIONE 6: Razionalizzazione della prescrizione e dell’utilizzazione di medicinali biosimilari   | 75         |
| 4.2.7      | AZIONE 7: Razionalizzazione dell’uso del farmaco in ospedale – Monitoraggio dell’appropriatezza prescrittiva nello specifico di medicinali autorizzati dall’AIFA  | 77         |
| 4.2.8      | AZIONE 8: Iniziative di efficientamento organizzativo nel monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici e incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti                                     | 78         |
| 4.2.9      | AZIONE 9: Budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria   | 81         |
| <b>4.3</b> | <b>INTERVENTO 7: Investimenti in conto capitale</b>   | <b>83</b>  |
| 4.3.1      | AZIONE 1: Razionalizzazione degli investimenti e modalità di accesso al finanziamento regionale   | 83         |
| 4.3.2      | AZIONE 2: Razionalizzazione degli spazi aziendali   | 85         |
| 4.3.3      | AZIONE 3: Pianificazione acquisti apparecchiature   | 86         |
| <b>4.4</b> | <b>INTERVENTO 8: Rapporti con gli erogatori privati</b>   | <b>87</b>  |
| 4.4.1      | AZIONE 1: Stipula accordi e contratti con gli erogatori accreditati   | 87         |
| <b>4.5</b> | <b>INTERVENTO 9: Personale</b>  | <b>90</b>  |
| 4.5.1      | AZIONE 1: Definizione del fabbisogno di personale   | 91         |
| 4.5.2      | AZIONE 2: Vincoli per le assunzioni di personale  | 93         |
| 4.5.3      | AZIONE 3: Monitoraggio consistenza e costi del personale  | 97         |
| 4.5.4      | AZIONE 4: Ulteriori interventi di contenimento dei costi del personale per recepimento di normativa nazionale   | 99         |
| 4.5.5      | AZIONE 5: Rapporti con Università pubbliche e protocolli  | 103        |
| <b>5</b>   | <b>Interventi Operativi</b>   | <b>104</b> |
| <b>5.1</b> | <b>INTERVENTO 10: Sanità Penitenziaria</b>  | <b>104</b> |
| 5.1.1      | AZIONE 1: Ricognizione delle procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento amministrazione penitenziaria al SSR  | 104        |
| 5.1.2      | AZIONE 2: Disattivazione O.P.G. ed individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti   | 105        |
| 5.1.3      | AZIONE 3: Tutela della salute in carcere  | 107        |
| <b>5.2</b> | <b>INTERVENTO 11: Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare</b>   | <b>109</b> |
| 5.2.1      | AZIONE 1: Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare  | 109        |
| <b>5.3</b> | <b>INTERVENTO 12: Formazione e comunicazione ai cittadini</b>   | <b>111</b> |
| 5.3.1      | AZIONE 1: Promozione nelle AASSLL della Carta dei Servizi Sanitari  | 111        |
| 5.3.2      | AZIONE 2: Attivazione azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita da utenti/cittadini e realizzazione dei siti web aziendali  | 112        |
| <b>5.4</b> | <b>INTERVENTO 13: Sicurezza e Rischio clinico</b>   | <b>113</b> |
| 5.4.1      | AZIONE 1: Programma regionale per la gestione del rischio clinico e monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle Aziende   | 114        |
| 5.4.2      | AZIONE 2: Monitoraggio sistemico dell’uso della <i>check list</i> in Sala Operatoria  | 116        |
| 5.4.3      | AZIONE 3: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica e per la gestione delle terapie farmaceutiche ad “alto rischio”                                  | 116        |
| 5.4.4      | AZIONE 4: Programma dei controlli di appropriatezza e dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO  | 118        |
| <b>6</b>   | <b>Interventi di Governo del sistema</b>  | <b>120</b> |
| <b>6.1</b> | <b>INTERVENTO 14: Governance del Piano</b>  | <b>120</b> |
| 6.1.1      | AZIONE 1: Struttura regionale che sovrintende all’attuazione del Programma Operativo  | 120        |



|            |  |            |
|------------|--|------------|
| 6.1.2      | AZIONE 2: Potenziamento della Direzione Politiche della Salute   | 121        |
| 6.1.3      | AZIONE 3: Istituzione del Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali     | 124        |
| <b>6.2</b> | <b>INTERVENTO 15: Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011</b>                                       | <b>126</b> |
| 6.2.1      | AZIONE 1: Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011   | 126        |
| <b>6.3</b> | <b>INTERVENTO 16: Certificabilità dei Bilanci del SSR</b>  | <b>128</b> |
| 6.3.1      | AZIONE 1: Certificabilità dei Bilanci del SSR  | 128        |
| <b>6.4</b> | <b>INTERVENTO 17: Flussi informativi</b>   | <b>129</b> |
| 6.4.1      | AZIONE 1: Azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi | 129        |
| 6.4.2      | AZIONE 2: Tessera Sanitaria  | 131        |
| <b>6.5</b> | <b>INTERVENTO 18: Autorizzazione ed Accredimento</b>   | <b>132</b> |
| 6.5.1      | AZIONE 1: Procedure per l'autorizzazione e l'accredimento istituzionale                                    | 132        |
| <b>6.6</b> | <b>INTERVENTO 19: Contabilità analitica</b>  | <b>134</b> |
| 6.6.1      | AZIONE 1: Contabilità analitica  | 134        |
| <b>6.7</b> | <b>INTERVENTO 20: Attuazione del Piano dei pagamenti</b>   | <b>136</b> |
| 6.7.1      | AZIONE 1: Attuazione del Piano dei pagamenti   | 136        |
| 6.7.2      | AZIONE 2: Trasferimenti da attività di riconciliazione e certificazione dei debiti pregressi               | 138        |

# 1 Premessa

La Regione intende, per il prossimo triennio, migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria regionale, senza però compromettere il percorso intrapreso per il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario raggiunto nel 2011 e nel 2012 ed in considerazione del fatto che già dal 2010 si è potuto evidenziare un avanzo finanziario. **Obiettivo prioritario sarà la rimodulazione della rete di offerta sanitaria sulla base del fabbisogno di prestazioni stimato al fine di ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di cui ormai ha "certificato" il fabbisogno.**

Nello specifico la Regione negli ultimi 3 anni ha:

- razionalizzato la rete di assistenza ospedaliera pubblica e privata con Deliberazione commissariale n.45 del 2010 e Decreto commissariale n.25 del 2012;
- definito il fabbisogno di strutture residenziali per le cure palliative programmando l'attivazione di 72 posti letto di Hospice da parte delle Aziende pubbliche regionali con Decreto commissariale n.37 del 2012 e definito i criteri di arruolamento per i pazienti malati terminali ed i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per le strutture che fanno parte della rete delle cure palliative residenziale e domiciliare con Decreto commissariale n.51 del 2012,
- determinato il fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale relativo alla non autosufficienza, disabilità-riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche con Decreto commissariale n.52 del 2012;
- determinato il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale 2013-2015: diagnostica per immagini, laboratorio, medicina nucleare, medicina fisica ed FKT, odontoiatria e branche a visita con Decreto commissariale n.67 del 2012;
- avviato, infine, la riorganizzazione della rete dell'Emergenza – Urgenza con Decreto commissariale n.11 del 2013.

Infine la Regione ha avviato il percorso di **accreditamento istituzionale** per le strutture ospedaliere e di specialistica ambulatoriale.

**Con il presente Piano la Regione conclude la fase di riduzione della spesa necessaria per il raggiungimento dell'equilibrio economico e finanziario e mira a reinvestire ogni risparmio realizzato al fine di aumentare la qualità di prestazioni erogate con particolare attenzione all'organizzazione della rete territoriale.**

La programmazione regionale sarà definita attraverso manovre di:

- **Sviluppo;**
- **Contenimento;**
- **Coordinamento**

Per conseguire dei risultati sistemici attraverso il monitoraggio e la verifica degli interventi di sviluppo e contenimento è necessario che la Regione consolidi il proprio ruolo di "holding sanitaria" e che le Aziende Sanitarie Locali consolidino il proprio ruolo di attuatori a livello locale delle indicazioni regionali.

**Parallelamente agli interventi sulle aree core, saranno trattati distintamente gli interventi "Operativi" e gli interventi di "Governo del sistema".**

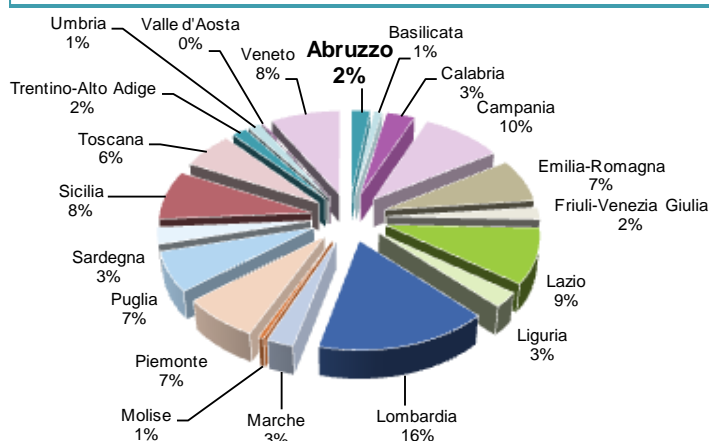
## 2 Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale

### 2.1 Indicatori demografici, sociosanitari, struttura della popolazione ed epidemiologici

Dall'analisi della Tabella 1 emerge che la popolazione residente in Regione Abruzzo al 2011 è pari a circa 1,342 mln (ca. il 2,21% dell'intera popolazione italiana).

Tabella 1 – Popolazione residente in Italia al 2011 ripartita per Regione (Fonte ISTAT)

| REGIONE               | Maschi            | Femmine           | Totale            | % su Tot Italia |
|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| <b>Abruzzo</b>        | <b>652.286</b>    | <b>690.080</b>    | <b>1.342.366</b>  | <b>2,21%</b>    |
| Basilicata            | 287.618           | 299.899           | 587.517           | 0,97%           |
| Calabria              | 980.112           | 1.031.283         | 2.011.395         | 3,32%           |
| Campania              | 2.829.162         | 3.004.894         | 5.834.056         | 9,62%           |
| Emilia-Romagna        | 2.151.133         | 2.281.285         | 4.432.418         | 7,31%           |
| Friuli-Venezia Giulia | 598.109           | 637.699           | 1.235.808         | 2,04%           |
| Lazio                 | 2.754.318         | 2.974.370         | 5.728.688         | 9,45%           |
| Liguria               | 767.898           | 848.890           | 1.616.788         | 2,67%           |
| Lombardia             | 4.844.524         | 5.073.190         | 9.917.714         | 16,36%          |
| Marche                | 759.397           | 805.938           | 1.565.335         | 2,58%           |
| Molise                | 155.675           | 164.105           | 319.780           | 0,53%           |
| Piemonte              | 2.158.445         | 2.298.890         | 4.457.335         | 7,35%           |
| Puglia                | 1.984.310         | 2.106.949         | 4.091.259         | 6,75%           |
| Sardegna              | 821.189           | 854.222           | 1.675.411         | 2,76%           |
| Sicilia               | 2.441.599         | 2.609.476         | 5.051.075         | 8,33%           |
| Toscana               | 1.805.132         | 1.944.681         | 3.749.813         | 6,19%           |
| Trentino-Alto Adige   | 509.415           | 527.699           | 1.037.114         | 1,71%           |
| Umbria                | 436.259           | 470.227           | 906.486           | 1,50%           |
| Valle d'Aosta         | 62.803            | 65.427            | 128.230           | 0,21%           |
| Veneto                | 2.413.890         | 2.523.964         | 4.937.854         | 8,14%           |
| <b>Totale</b>         | <b>29.413.274</b> | <b>31.213.168</b> | <b>60.626.442</b> | <b>100,00%</b>  |



Rispetto al 2010 la popolazione residente in Regione Abruzzo (1.338.898 abitanti) è aumentata di una percentuale pari a ca. lo 0,26% (+3.468 individui) a fronte di un aumento medio in Italia di ca. lo 0,47% (+286.114 individui).

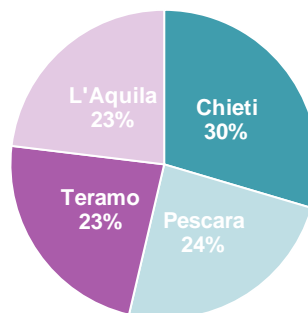
Tabella 2 – Popolazione residente in Italia e in Abruzzo, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

|         | 2008       | 2009       | 2010       | 2011       | Delta%<br>09-08 | Delta%<br>10-09 | Delta%<br>11-10 |
|---------|------------|------------|------------|------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Italia  | 59.619.290 | 60.045.068 | 60.340.328 | 60.626.442 | 0,71%           | 0,49%           | 0,47%           |
| Abruzzo | 1.323.987  | 1.334.675  | 1.338.898  | 1.342.366  | 0,81%           | 0,32%           | 0,26%           |

Dall'analisi della Tabella 3 si evince che la provincia più popolosa è quella di Chieti con 397.123 residenti (pari al 53% del totale) al 1° Gennaio 2011, mentre la provincia meno popolosa risulta essere quella di L'Aquila con 309.820 abitanti.

Tabella 3 – Popolazione residente in Abruzzo ripartita per provincia al 2011 (Fonte ISTAT)

| Provincia           | Uomini         | Donne          | Popolazione      |
|---------------------|----------------|----------------|------------------|
| Chieti              | 193.265        | 203.858        | 397.123          |
| Pescara             | 155.435        | 167.749        | 323.184          |
| Teramo              | 152.345        | 159.894        | 312.239          |
| L'Aquila            | 151.241        | 158.579        | 309.820          |
| <b>Tot. Regione</b> | <b>652.286</b> | <b>690.080</b> | <b>1.342.366</b> |



La Tabella 4 riporta la ripartizione della popolazione per fasce d'età, secondo la stima effettuata per l'anno 2012 l'Abruzzo si caratterizza per una percentuale di popolazione tra 0 – 14 anni pari al 13,0% (l'Italia si trova al 13,6%), tra i 15-64 anni pari al 65,5% (l'Italia si trova al 64,5%) e oltre i 65 anni pari al 21,5% (l'Italia si trova al 21,8%). La distribuzione tra i tre cluster è pressoché invariata negli anni 2009 – 2012, presentando caratteristiche di distribuzione analoghe al dato nazionale.

Tabella 4 – Composizione percentuale della popolazione in fasce d'età, per compartimento geografico, anni 2009-2012 (Fonte ISTAT)

|                | 2009        |             |             | 2010        |             |             | 2011        |             |             | 2012*       |             |             |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                | 0-14 anni   | 15-64 anni  | >=65 anni   | 0-14 anni   | 15-64 anni  | >=65 anni   | 0-14 anni   | 15-64 anni  | >=65 anni   | 0-14 anni   | 15-64 anni  | >=65 anni   |
| <b>Abruzzo</b> | <b>13,1</b> | <b>65,7</b> | <b>21,2</b> | <b>13,0</b> | <b>65,7</b> | <b>21,3</b> | <b>13,0</b> | <b>65,8</b> | <b>21,2</b> | <b>13,0</b> | <b>65,5</b> | <b>21,5</b> |
| Sud            | 15,4        | 66,9        | 17,7        | 15,2        | 67,0        | 17,8        | 15,1        | 67,0        | 18,0        | 14,9        | 66,7        | 18,4        |
| Isole          | 14,7        | 66,9        | 18,4        | 14,6        | 66,9        | 18,6        | 14,4        | 66,8        | 18,8        | 14,3        | 66,6        | 19,1        |
| Centro         | 13,3        | 65,3        | 21,4        | 13,4        | 65,2        | 21,5        | 13,4        | 65,1        | 21,5        | 13,5        | 64,8        | 21,8        |
| Nord           | 13,5        | 65,3        | 21,2        | 13,6        | 65,0        | 21,3        | 13,7        | 65,0        | 21,3        | 13,8        | 64,6        | 21,7        |
| <b>ITALIA</b>  | <b>13,4</b> | <b>65,2</b> | <b>21,4</b> | <b>13,5</b> | <b>65,0</b> | <b>21,5</b> | <b>13,6</b> | <b>64,9</b> | <b>21,5</b> | <b>13,6</b> | <b>64,5</b> | <b>21,8</b> |

\*Dato Stimato

Dall'analisi dei diversi indicatori di crescita riportati nelle tabelle sottostanti, in Abruzzo per il 2011 si stima un tasso di natalità pari a circa il 8,7% rispetto ad un tasso di mortalità pari a circa il 10,5%. La Regione presenta quindi un tasso di crescita negativo (pari a -1,8), maggiore rispetto al tasso medio italiano che presenta anch'esso un valore negativo (-0,6). Il tasso di nuzialità è pari a 3,3 x 1000 abitanti, di poco inferiore alla media italiana di 3,5 x 1000 abitanti.

Tabella 5 – Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1000 ab.) per compartimento geografico, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

| NATALITA'     | 2008       | 2009       | 2010       | 2011*      | MORTALITA'    | 2008       | 2009       | 2010       | 2011*      |
|---------------|------------|------------|------------|------------|---------------|------------|------------|------------|------------|
| Abruzzo       | 8,8        | 8,5        | 8,8        | 8,7        | Abruzzo       | 10,3       | 10,9       | 10,6       | 10,5       |
| Sud           | 9,6        | 9,5        | 9,3        | 9,2        | Sud           | 8,8        | 9,1        | 8,9        | 9          |
| Isole         | 9,4        | 9,3        | 9,2        | 9          | Isole         | 9,3        | 9,6        | 9,3        | 9,6        |
| Centro        | 9,7        | 9,3        | 9,1        | 9          | Centro        | 10,3       | 10,3       | 10,2       | 10,2       |
| Nord          | 9,7        | 9,5        | 9,4        | 9,2        | Nord          | 10,2       | 10,1       | 10         | 10         |
| <b>ITALIA</b> | <b>9,6</b> | <b>9,5</b> | <b>9,3</b> | <b>9,1</b> | <b>ITALIA</b> | <b>9,8</b> | <b>9,8</b> | <b>9,7</b> | <b>9,7</b> |

\*Dato Stimato, fonte ISTAT

| CRESCITA NATURALE |             |             |             |             | NUZIALITA'    |            |            |            |            |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|------------|------------|------------|------------|
|                   | 2008        | 2009        | 2010        | 2011*       |               | 2008       | 2009       | 2010       | 2011*      |
| Abruzzo           | -1,5        | -2,4        | -1,8        | -1,8        | Abruzzo       | 3,7        | 3,5        | 3,3        | 3,3        |
| Sud               | 0,8         | 0,4         | 0,4         | 0,2         | Sud           | 4,9        | 4,6        | 4,4        | 4,2        |
| Isole             | 0,1         | -0,3        | -0,1        | -0,6        | Isole         | 4,7        | 4,5        | 4,2        | 4,1        |
| Centro            | -0,6        | -1,0        | -1,1        | -1,2        | Centro        | 4          | 3,7        | 3,4        | 3,2        |
| Nord              | -0,5        | -0,6        | -0,6        | -0,8        | Nord          | 3,6        | 3,3        | 3,1        | 3          |
| <b>ITALIA</b>     | <b>-0,2</b> | <b>-0,3</b> | <b>-0,4</b> | <b>-0,6</b> | <b>ITALIA</b> | <b>4,1</b> | <b>3,8</b> | <b>3,6</b> | <b>3,5</b> |

\*Dato Stimato, fonte ISTAT

Nella Tabella 6 sono riportati gli stessi indici della tabella precedente, analizzando la situazione regionale per singola provincia. Limitando l'analisi al 2011 (valore stimato) Pescara presenta il tasso di natalità più alto (9,1 x 1000 ab.), seguita da Teramo (8,9 x1000 ab.), mentre in coda troviamo Chieti e L'Aquila entrambe con un valore pari a 8,4 x 1000 abitanti. Prendendo in considerazione il tasso di mortalità invece la situazione si ribalta; i valori più alti, infatti, si registrano presso L'Aquila (11,3 x1000 ab.) e Chieti (11,0 x1000 ab.), mentre Teramo e Pescara presentano i valori più bassi. Tra le 4 province, nessuna presenta un tasso di crescita positivo.

Tabella 6 – Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1000 ab.) per provincia, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

| NATALITA'      |            |            |            |            | MORTALITA'     |             |             |             |             |
|----------------|------------|------------|------------|------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                | 2008       | 2009       | 2010       | 2011*      |                | 2008        | 2009        | 2010        | 2011*       |
| L'Aquila       | 8,1        | 8,0        | 8,5        | 8,4        | L'Aquila       | 11,2        | 12,5        | 11,5        | 11,3        |
| Teramo         | 9,2        | 8,8        | 8,8        | 8,9        | Teramo         | 9,9         | 10,1        | 10,1        | 9,7         |
| Pescara        | 9,5        | 8,9        | 9,2        | 9,1        | Pescara        | 9,4         | 10,3        | 10,0        | 10,1        |
| Chieti         | 8,6        | 8,4        | 8,6        | 8,4        | Chieti         | 10,7        | 10,9        | 10,8        | 11,0        |
| <b>Abruzzo</b> | <b>8,8</b> | <b>8,5</b> | <b>8,8</b> | <b>8,7</b> | <b>Abruzzo</b> | <b>10,3</b> | <b>10,9</b> | <b>10,6</b> | <b>10,5</b> |

\*Dato Stimato, fonte ISTAT

| CRESCITA NATURALE |             |             |             |             | NUZIALITA'     |            |            |            |            |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|------------|------------|------------|------------|
|                   | 2008        | 2009        | 2010        | 2011*       |                | 2008       | 2009       | 2010       | 2011*      |
| L'Aquila          | -3,1        | -4,5        | -3,0        | -2,9        | L'Aquila       | 3,4        | 3,1        | 3,3        | 3,1        |
| Teramo            | -0,7        | -1,3        | -1,3        | -0,8        | Teramo         | 4,0        | 4,0        | 3,7        | 3,8        |
| Pescara           | 0,1         | -1,4        | -0,8        | -1,0        | Pescara        | 3,3        | 3,2        | 2,8        | 2,9        |
| Chieti            | -2,1        | -2,4        | -2,2        | -2,6        | Chieti         | 3,9        | 3,6        | 3,5        | 3,5        |
| <b>Abruzzo</b>    | <b>-1,5</b> | <b>-2,4</b> | <b>-1,8</b> | <b>-1,8</b> | <b>Abruzzo</b> | <b>3,7</b> | <b>3,5</b> | <b>3,3</b> | <b>3,3</b> |

\*Dato Stimato, fonte ISTAT

Nella Tabella 7 sono riportati gli indicatori di struttura, ripartiti per compartimento geografico. L'Abruzzo presenta un andamento in linea con quello del resto di Italia, caratterizzato però da un indice di vecchiaia e da un'età media della popolazione più alti di quelli del resto del paese. In particolare si evidenzia come mentre l'Italia ha un indice di vecchiaia stimato per il 2012 pari al 147%, lo stesso indicatore per la Regione Abruzzo ha un valore pari al 165%, l'età media è pari a 44,4 anni, mentre nel resto del paese ha un valore pari a 43,7.

Tabella 7 – Indicatori di struttura della popolazione per compartimento geografico, anni 2009-2012 (Fonte ISTAT)

| DIPENDENZA STRUTTURALE |            |            |            |            | DIPENDENZA ANZIANI |            |            |            |            |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|--------------------|------------|------------|------------|------------|
|                        | 2009       | 2010       | 2011       | 2012*      |                    | 2009       | 2010       | 2011       | 2012*      |
| Abruzzo                | 52%        | 52%        | 52%        | 53%        | Abruzzo            | 32%        | 32%        | 32%        | 33%        |
| Sud                    | 49%        | 49%        | 49%        | 50%        | Sud                | 26%        | 27%        | 27%        | 28%        |
| Isole                  | 49%        | 50%        | 50%        | 50%        | Isole              | 28%        | 28%        | 28%        | 29%        |
| Centro                 | 53%        | 53%        | 54%        | 54%        | Centro             | 33%        | 33%        | 33%        | 34%        |
| Nord                   | 53%        | 54%        | 54%        | 55%        | Nord               | 33%        | 33%        | 33%        | 34%        |
| <b>ITALIA</b>          | <b>52%</b> | <b>52%</b> | <b>52%</b> | <b>53%</b> | <b>ITALIA</b>      | <b>31%</b> | <b>31%</b> | <b>31%</b> | <b>32%</b> |

\*Dato Stimato - fonte ISTAT

| VECCHIAIA     | 2009        | 2010        | 2011        | 2012*       | ETA' MEDIA    | 2009         | 2010         | 2011         | 2012*        |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Abruzzo       | 162%        | 163%        | 163%        | 165%        | Abruzzo       | 44,00        | 44,04        | 44,00        | 44,40        |
| Sud           | 115%        | 117%        | 119%        | 123%        | Sud           | 41,00        | 41,38        | 42,00        | 41,90        |
| Isole         | 125%        | 128%        | 130%        | 133%        | Isole         | 42,00        | 42,01        | 42,00        | 42,50        |
| Centro        | 161%        | 161%        | 160%        | 162%        | Centro        | 44,00        | 44,24        | 44,00        | 44,50        |
| Nord          | 157%        | 157%        | 156%        | 157%        | Nord          | 44,00        | 44,20        | 44,00        | 44,50        |
| <b>ITALIA</b> | <b>143%</b> | <b>144%</b> | <b>145%</b> | <b>147%</b> | <b>ITALIA</b> | <b>43,00</b> | <b>43,30</b> | <b>43,00</b> | <b>43,70</b> |

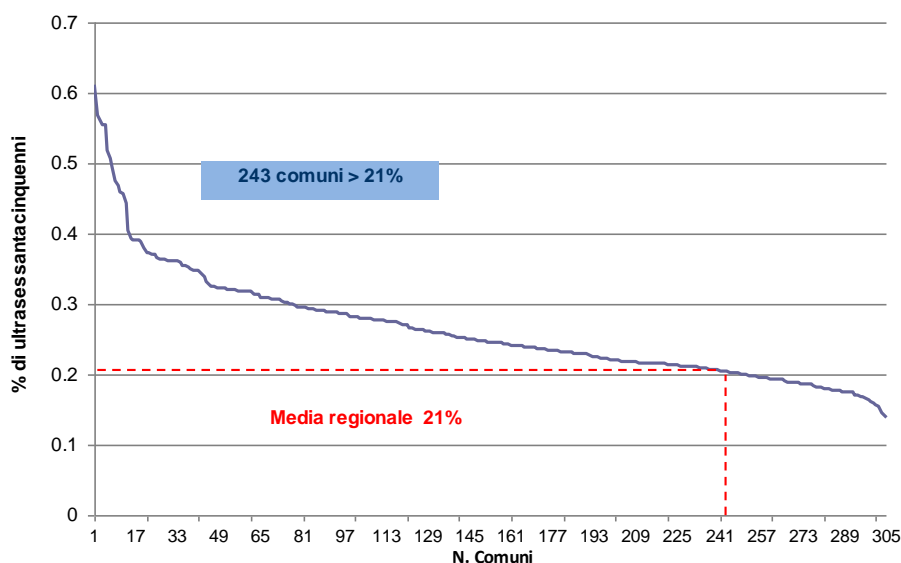
\*Dato Stimato - fonte ISTAT

Si riporta di seguito per completezza la definizione delle metriche sopra esposte:

- **Indice di dipendenza strutturale:** rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva;
- **indice di dipendenza anziani:** rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni);
- **indice di vecchiaia:** rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione 0-14 anni.

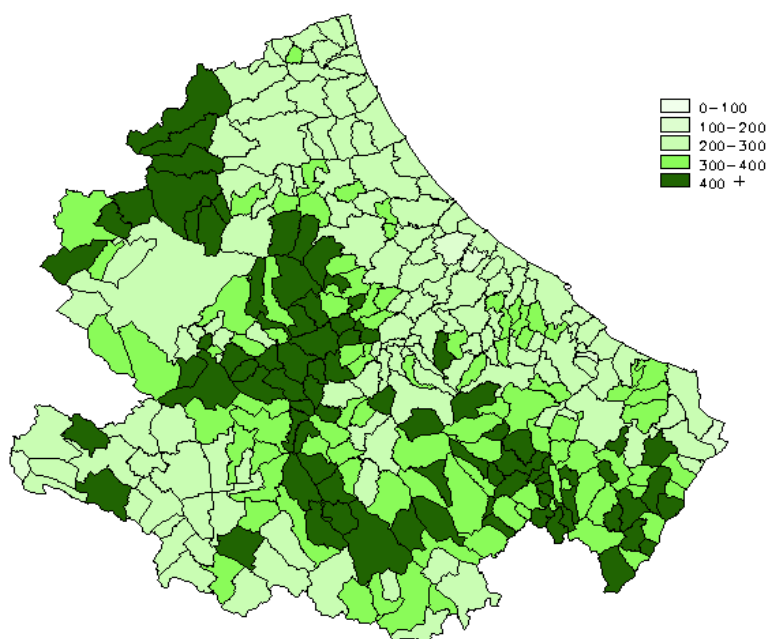
Così come indicato nel Report 2011 “Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo” redatto dall’Agenzia Sanitaria Regionale, sia la quota di anziani che l’indice di vecchiaia possono essere assai diversi anche all’interno di una stessa provincia, ed è quindi importante fornire una panoramica della loro distribuzione sul territorio, come ad esempio quella mostrata nella Figura 1 e Figura 2. Si nota come alcuni comuni dell’entroterra abruzzese presentino percentuali di anziani ed indici di vecchiaia anche elevatissimi (rispettivamente, oltre il 30% e oltre 300), confermando il percepito grave invecchiamento della popolazione in alcune zone collinari o montane.

Figura 1: Percentuale di ultrasessantacinquenni per comune Regione Abruzzo – Anno 2011



Fonte: Report 2011 “Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo”

Figura 2: Indice di Vecchiaia per comune Regione Abruzzo – Anno 2011



Fonte: Report 2011 "Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo"

La speranza di vita alla nascita in Abruzzo, come si evince dalla Tabella 8, risulta essere allineata ai dati nazionali. Il numero medio di figli per donna è in linea con quello degli ultimi anni e con la media italiana.

Tabella 8 – Speranza di vita alla nascita e numero medio di figli per donna anni 2008-2011(Fonte ISTAT)

| VITA ALLA<br>NASCITA A 0 E<br>65 ANNI | 2008        |             |             |             | 2009      |             |             |             | 2010*       |             |             |             | 2011*       |             |             |             |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                                       | M           |             | F           |             | M         |             | F           |             | M           |             | F           |             | M           |             | F           |             |
|                                       | 0           | 65          | 0           | 65          | 0         | 65          | 0           | 65          | 0           | 65          | 0           | 65          | 0           | 65          | 0           | 65          |
| Abruzzo*                              | 78,7        | 18,1        | 84,5        | 22          | 78,6      | 18,1        | 83,9        | 21,7        | 79          | 18,2        | 84,6        | 22          | 79,2        | 18,4        | 84,9        | 22,2        |
| Sud                                   | 78,3        | 17,7        | 83,5        | 21,1        | 78,4      | 17,8        | 83,5        | 21,1        | 78,6        | 18          | 83,8        | 21,3        | 78,8        | 18,1        | 84          | 21,4        |
| Isole                                 | 78,4        | 17,8        | 83,4        | 21          | 78,3      | 17,7        | 83,2        | 20,9        | 78,7        | 18          | 83,8        | 21,3        | 78,7        | 18          | 83,8        | 21,2        |
| Centro                                | 79,2        | 18,2        | 84,3        | 21,7        | 79,4      | 18,3        | 84,4        | 21,9        | 79,5        | 18,4        | 84,6        | 22          | 79,6        | 18,6        | 84,8        | 22,2        |
| Nord                                  | 79          | 17,9        | 84,3        | 21,8        | 79,3      | 18,1        | 84,5        | 21,9        | 79,3        | 18,2        | 84,5        | 22          | 79,7        | 18,5        | 84,7        | 22,1        |
| <b>ITALIA</b>                         | <b>78,8</b> | <b>17,9</b> | <b>84,1</b> | <b>21,6</b> | <b>79</b> | <b>18,1</b> | <b>84,1</b> | <b>21,6</b> | <b>79,1</b> | <b>18,2</b> | <b>84,3</b> | <b>21,8</b> | <b>79,4</b> | <b>18,4</b> | <b>84,5</b> | <b>21,9</b> |

\*Il valore della speranza di vita è relativo all'insieme di Abruzzo e Molise ad eccezione dell'anno 2009 anno per il quale i dati si riferiscono alla singola regione.

| <b>FIGLI PER DONNA</b> | <b>2008</b> | <b>2009</b> | <b>2010</b> | <b>2011*</b> |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| <b>Abruzzo</b>         | <b>1,42</b> | <b>1,38</b> | <b>1,39</b> | <b>1,39</b>  |
| Sud                    | 1,35        | 1,35        | 1,35        | 1,35         |
| Isole                  | 1,35        | 1,35        | 1,35        | 1,35         |
| Centro                 | 1,41        | 1,38        | 1,38        | 1,38         |
| Nord                   | 1,46        | 1,48        | 1,48        | 1,48         |
| <b>ITALIA</b>          | <b>1,42</b> | <b>1,41</b> | <b>1,41</b> | <b>1,42</b>  |

\*Dato Stimato

L'Abruzzo presenta un saldo migratorio interno positivo, con un aumento stimato per il 2011. La stima per il 2011 del saldo migratorio con l'estero risulta essere allineata al dato nazionale.

Tabella 9 – Tassi generali di migratorietà (per 1000 ab.) per compartimento geografico, anni 2008-2011(Fonte ISTAT)

| SALDO MIGRATORIO INTERNO |             |             |             |             | SALDO MIGRATORIO CON L'ESTERO |            |            |            |            |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|
|                          | 2008        | 2009        | 2010        | 2011**      |                               | 2008       | 2009       | 2010       | 2011**     |
| Abruzzo                  | 1,4         | 1           | 0,6         | 0,9         | Abruzzo                       | 7,8        | 5,5        | 5          | 5,4        |
| Sud                      | -3,2        | -2          | -2,3        | -2,6        | Sud                           | 3,7        | 3,2        | 3,8        | 2,7        |
| Isole                    | -1,5        | -1,1        | -0,9        | -1,4        | Isole                         | 3,5        | 2,8        | 3,1        | 2,2        |
| Centro                   | 1,3         | 1,3         | 1,1         | 1,3         | Centro                        | 10,5       | 8,4        | 7,9        | 7,2        |
| Nord                     | 2,1         | 1,3         | 1,3         | 1,3         | Nord                          | 9,3        | 7,2        | 7,6        | 6,6        |
| <b>ITALIA</b>            | <b>0,3*</b> | <b>0,3*</b> | <b>0,2*</b> | <b>0,1*</b> | <b>ITALIA</b>                 | <b>7,6</b> | <b>6,0</b> | <b>6,3</b> | <b>5,3</b> |

\*Il fatto che per l'Italia il saldo migratorio interno non risulti nullo è dovuto allo sfasamento temporale di uno stesso evento che viene contabilizzato da comuni diversi in momenti diversi

\*\*Dato Stimato

| SALDO MIGRATORIO PER ALTRO MOTIVO |             |           |             |             | SALDO MIGRATORIO TOTALE |            |            |            |            |
|-----------------------------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------------------|------------|------------|------------|------------|
|                                   | 2008        | 2009      | 2010        | 2011**      |                         | 2008       | 2009       | 2010       | 2011**     |
| Abruzzo                           | 0,3         | -1        | -1,2        | -1          | Abruzzo                 | 9,5        | 5,5        | 4,4        | 5,3        |
| Sud                               | -0,2        | -0,3      | -0,4        | -0,4        | Sud                     | 0,3        | 0,9        | 1,1        | -0,3       |
| Isole                             | -0,1        | -0,4      | -0,4        | -0,4        | Isole                   | 1,9        | 1,3        | 1,8        | 0,4        |
| Centro                            | -0,7        | -0,9      | -1,5        | -1,3        | Centro                  | 11,1       | 8,8        | 7,6        | 7,2        |
| Nord                              | -0,8        | -1,5      | -1,9        | -1,6        | Nord                    | 10,5       | 7          | 7          | 6,3        |
| <b>ITALIA</b>                     | <b>-0,6</b> | <b>-1</b> | <b>-1,3</b> | <b>-1,1</b> | <b>ITALIA</b>           | <b>7,3</b> | <b>5,3</b> | <b>5,2</b> | <b>4,3</b> |

\*\*Stima

Fonte ISTAT

Di seguito i valori dei tassi di migratori età esposti a livello di provincia.

Tabella 10 – Tassi generali di migratorietà (per 1000 ab.) per provincia, anni 2008-2011(Fonte ISTAT)

| SALDO MIGRATORIO INTERNO |            |          |            |            | SALDO MIGRATORIO CON L'ESTERO |            |            |          |            |
|--------------------------|------------|----------|------------|------------|-------------------------------|------------|------------|----------|------------|
|                          | 2008       | 2009     | 2010       | 2011**     |                               | 2008       | 2009       | 2010     | 2011**     |
| L'Aquila                 | 0,6        | 0,5      | -0,3       | -0,5       | L'Aquila                      | 7,8        | 5,3        | 6,9      | 7,4        |
| Teramo                   | 1,3        | 0,6      | 0          | 0,5        | Teramo                        | 9,9        | 7,2        | 5,1      | 5,4        |
| Pescara                  | 3,3        | 3        | 3,1        | 2,7        | Pescara                       | 7,2        | 5,8        | 4,8      | 5,1        |
| Chieti                   | 0,6        | 0,3      | -0,1       | 0,7        | Chieti                        | 6,8        | 3,9        | 3,7      | 4,1        |
| <b>Abruzzo</b>           | <b>1,4</b> | <b>1</b> | <b>0,6</b> | <b>0,9</b> | <b>Abruzzo</b>                | <b>7,8</b> | <b>5,5</b> | <b>5</b> | <b>5,4</b> |

| SALDO MIGRATORIO PER ALTRO MOTIVO |            |           |             |           | SALDO MIGRATORIO TOTALE |            |            |            |            |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------------|-----------|-------------------------|------------|------------|------------|------------|
|                                   | 2008       | 2009      | 2010        | 2011**    |                         | 2008       | 2009       | 2010       | 2011**     |
| L'Aquila                          | -0,5       | -0,9      | -1,6        | -1,2      | L'Aquila                | 7,9        | 5          | 4,9        | 5,7        |
| Teramo                            | 1,8        | -0,9      | -1,7        | -1,1      | Teramo                  | 13         | 6,9        | 3,4        | 4,8        |
| Pescara                           | 0,1        | -1,2      | -0,9        | -1,3      | Pescara                 | 10,5       | 7,6        | 6,9        | 6,5        |
| Chieti                            | -0,1       | -0,9      | -0,7        | -0,7      | Chieti                  | 7,3        | 3,3        | 2,9        | 4,1        |
| <b>Abruzzo</b>                    | <b>0,3</b> | <b>-1</b> | <b>-1,2</b> | <b>-1</b> | <b>Abruzzo</b>          | <b>9,5</b> | <b>5,5</b> | <b>4,4</b> | <b>5,3</b> |

## 2.2 II SSR

### 2.2.1 L'evoluzione dei costi del SSR

La Regione Abruzzo è riuscita nel difficile compito di risanamento dei propri conti. Tra il 2008 ed il 2012 si è passati da un risultato pari a -125,5 €/mln ad un risultato<sup>1</sup> pari a +9,1 €/mln<sup>2</sup> (**+ 134,7 €/mln in 5 anni**). Tale risultato non è però frutto solo di un contenimento dei costi (-3,1 €/mln), ma anche di un costante aumento dei ricavi (+131,5 €/mln).

<sup>1</sup> I dati riportati si riferiscono ai risultati economici CE NSIS 2008-2012; tali valori, in sede delle riunioni di verifica e monitoraggio del Piano di Rientro, sono stati rettificati dal Tavolo per individuare l'esatto ammontare delle coperture finanziarie per ciascun anno determinando un risultato "da Tavolo".

<sup>2</sup> Tale risultato è da intendersi al netto delle risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA (voce nuovo modello CE AA0080); il risultato del CE consolidato consuntivo 2012 NSIS è pari a 47,4 €/mln.



Relativamente ai Ricavi, si sottolinea che la “Spending review” ha però interrotto questo trend ridefinendo: “il livello del fabbisogno del servizio sanitario nazionale e del correlato finanziamento, previsto dalla vigente legislazione, è ridotto di 900 milioni di euro per l’anno 2012, di 1.800 milioni di euro per l’anno 2013 e di 2.000 milioni di euro per l’anno 2014 e i 2.100 milioni di euro a decorrere dall’anno 2015”. La Legge di stabilità 2013 ha ulteriormente ridotto il fabbisogno del servizio sanitario nazionale di 600 milioni di euro per l’anno 2013 e di 1.000 milioni di euro per gli anni 2014 e 2015.

Nell’anno 2012, l’impatto di tali manovre sulle entrate della Regione Abruzzo è stato pari -19,8 €/mln; mentre per gli anni 2013-15 il potenziale impatto sulle entrate è stimato nell’intorno di - 54 €/mln sul 2013, -67 €/mln sul 2014 e -70 €/mln sul 2015.

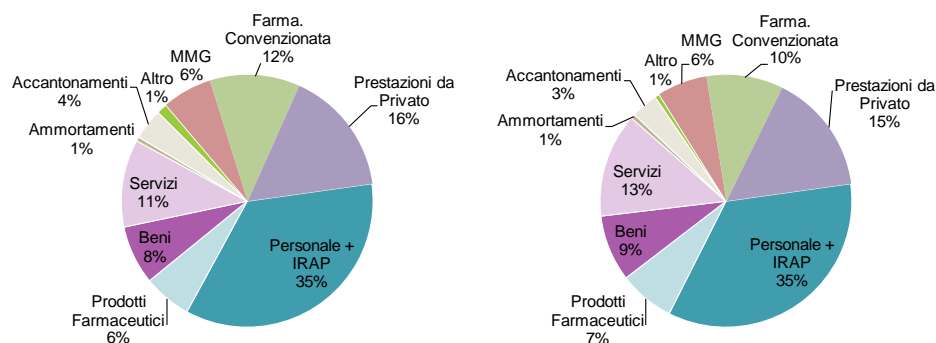
Tabella 11 – Evoluzione CE 2008 - 2012

| 999 Consolidato Regione Abruzzo |   |            |            |            |            |            |                              |                               |
|---------------------------------|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------------------------|-------------------------------|
| ID                              | CONTO ECONOMICO<br>€/000  | Consuntivo | Consuntivo | Consuntivo | Consuntivo | Consuntivo | Delta 2012-<br>2008<br>F=E-A | Delta %<br>2012-2008<br>G=F/A |
|                                 |   | 2008<br>A  | 2009<br>B  | 2010<br>C  | 2011<br>D  | 2012<br>E  |                              |                               |
| A1                              | Contributi F.S.R.   | 2.180.203  | 2.246.036  | 2.314.282  | 2.336.177  | 2.364.369  | 184.166                      | 8,4%                          |
| A2                              | Saldo Mobilità  | (25.832)   | (75.446)   | (95.350)   | (59.571)   | (102.698)  | (76.866)                     | 297,6%                        |
| A3                              | Entrate Proprie   | 88.559     | 72.793     | 85.524     | 105.527    | 94.303     | 5.744                        | 6,5%                          |
| A4                              | Saldo Intramoenia   | 1.724      | 931        | 298        | 1.339      | 1.847      | 123                          | 7,1%                          |
| A5                              | Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti   | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 0                            | 0,0%                          |
| A6                              | Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati   | 0          | 0          | 0          | 0          | (16.874)   | (16.874)                     | 0,0%                          |
| A                               | Totale Ricavi Netti   | 2.244.654  | 2.244.314  | 2.304.754  | 2.383.473  | 2.340.947  | 96.293                       | 4,3%                          |
| B1                              | Personale   | 780.319    | 781.512    | 791.761    | 775.897    | 767.984    | (12.335)                     | (1,6%)                        |
| B2                              | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati  | 146.581    | 156.311    | 160.630    | 171.875    | 169.214    | 22.633                       | 15,4%                         |
| B3                              | Altri Beni e Servizi  | 446.229    | 461.319    | 462.227    | 485.738    | 519.476    | 73.247                       | 16,4%                         |
| B4                              | Ammortamenti e Costi Capitalizzati  | 12.821     | 11.287     | 10.916     | 11.414     | 13.818     | 997                          | 7,8%                          |
| B5                              | Accantonamenti  | 94.245     | 91.950     | 85.633     | 60.064     | 41.358     | (52.887)                     | (56,1%)                       |
| B6                              | Variazione Rimanenze  | (12.023)   | 4.534      | (23)       | (6.055)    | 4.858      | 16.881                       | 140,4%                        |
| B                               | Totale Costi Interni  | 1.468.172  | 1.506.913  | 1.511.144  | 1.498.933  | 1.516.708  | 48.536                       | 3,3%                          |
| C1                              | Medicina Di Base  | 150.750    | 149.769    | 150.917    | 153.060    | 151.536    | 786                          | 0,5%                          |
| C2                              | Farmaceutica Convenzionata  | 273.013    | 267.622    | 272.648    | 256.410    | 233.051    | (39.962)                     | (14,6%)                       |
| C3                              | Prestazioni da Privato  | 381.172    | 391.523    | 347.347    | 370.551    | 367.346    | (13.826)                     | (3,6%)                        |
| C                               | Totale Costi Esterni  | 804.935    | 808.914    | 770.912    | 780.021    | 751.933    | (53.002)                     | (6,6%)                        |
| D                               | Totale Costi Operativi (B+C)  | 2.273.107  | 2.315.827  | 2.282.056  | 2.278.954  | 2.268.641  | (4.466)                      | (0,2%)                        |
| E                               | Margine Operativo (A-D)   | (28.453)   | (71.513)   | 22.698     | 104.519    | 72.306     | 100.759                      | 354,1%                        |
| F1                              | Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie  | 197        | 4.498      | 7.083      | 410        | 1.182      | 985                          | 500,0%                        |
| F2                              | Saldo Gestione Finanziaria  | 9.890      | 7.455      | 2.390      | 1.804      | 2.532      | (7.358)                      | (74,4%)                       |
| F3                              | Oneri Fiscali   | 56.105     | 59.148     | 59.357     | 58.521     | 58.262     | 2.157                        | 3,8%                          |
| F4                              | Saldo Gestione Straordinaria  | 30.897     | (45.633)   | (13.750)   | (4.115)    | 1.214      | (29.683)                     | (96,1%)                       |
| F                               | Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie   | 97.089     | 25.468     | 55.080     | 56.620     | 63.190     | (33.899)                     | (34,9%)                       |
| G                               | Risultato Economico (E-F)   | (125.542)  | (96.981)   | (33.382)   | 47.899     | 9.116      | 134.658                      | 107,3%                        |
| AA0080                          | Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA | 0          | 0          | 3          | 0          | 38.292     | 38.292                       | 0,0%                          |
| H                               | Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA  | 0          | 0          | 3          | 0          | 38.292     | 38.292                       | 0,0%                          |
| I                               | Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva (G+H)   | (125.542)  | (96.981)   | (32.379)   | 47.899     | 47.408     | 172.950                      | 137,8%                        |

Fonte: CE NSIS 2008-2012

La composizione dei costi tra il 2008 ed il 2012 è rimasta pressoché costante; le voci di spesa più rilevanti sono rappresentate da Personale (35% del totale costi), Beni e Servizi (19% nel 2008 e 22% nel 2012); Prestazioni da privato (16% nel 2008 e 15% nel 2012).

Figura 3 – Composizione dei costi 2008 - 2012



In termini assoluti, tra il 2008 ed il 2012 si sono osservate le seguenti variazioni:

- Il costo per il Personale (comprensivo di IRAP) è diminuito di 9,8 €/mln (-1%);
- Il costo per l'acquisto di Prestazioni da Privato è diminuito di 12,2 €/mln (-3%);
- Il costo per l'acquisto di Beni e Servizi<sup>3</sup> è aumentato di 55,1 €/mln (+10%). Si segnala che tale incremento si è osservato, nonostante le misure di contenimento dei prezzi di acquisto adottati nell'ambito degli acquisiti centralizzati e dell'utilizzo degli strumenti forniti dalla piattaforma CONSIP.

## 2.2.2 L'evoluzione delle variabili gestionali del SSR

A fronte delle variazioni osservate sulle voci di spesa, le principali leve di azione sono state le variabili "reali" Personale e Prestazioni da privato.

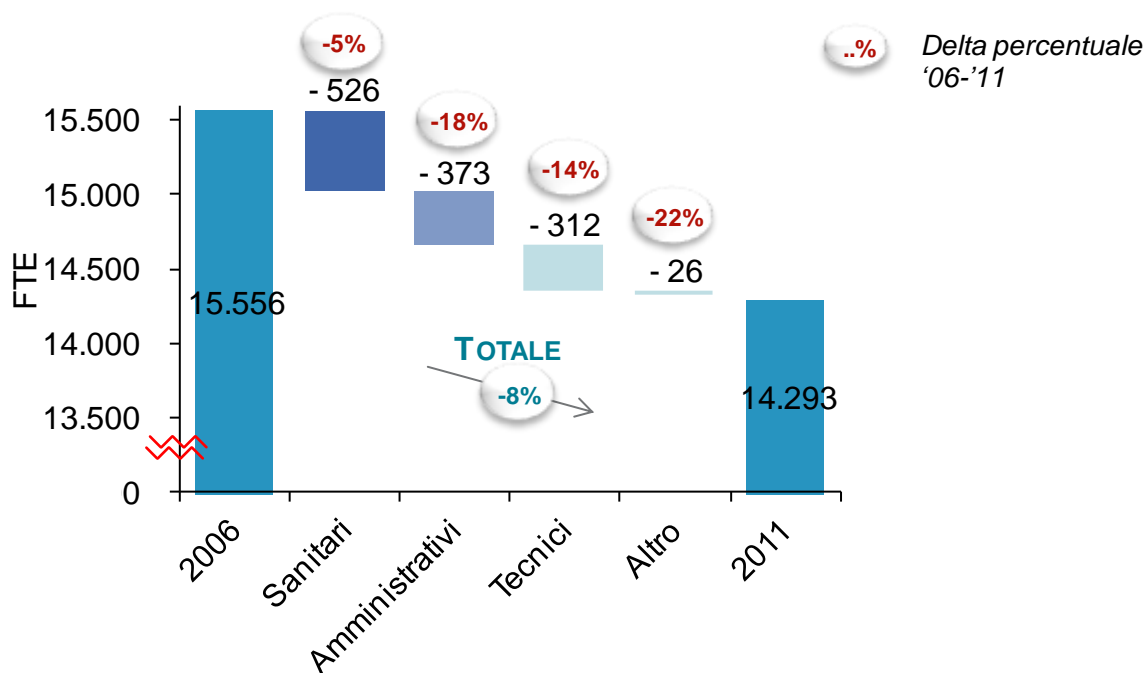
### Il Personale

La Regione Abruzzo ha intrapreso una politica di tagli al personale che ha portato, per il periodo 2006- 2012, ad una riduzione del personale a tempo indeterminato di 1.922 teste (-12%).

I valori assoluti riportati nel grafico di seguito (Conto Annuale 2006-2011) non devono ingannare. Se è vero che il personale sanitario ha avuto la maggior riduzione di teste sul complessivo (-526 su - 1.237 nel 2011), in termini percentuali sul personale sanitario totale è stato invece il comparto più tutelato, registrando una diminuzione del 5% contro la diminuzione del 18% per il personale amministrativo, del 14% per il personale tecnico e del 22% per il personale professionale e altro. Va sottolineato che le fusioni avvenute nel 2009 hanno consentito la riduzione, nel 2010 rispetto al 2009, di 6 figure direttive; complessivamente la riduzione del personale dirigente è significativa e dal 2006 al 2011 si riduce di 298 teste.

<sup>3</sup> Comprensiva del contributo riconosciuto alla Asl di L'Aquila per il ripristino funzionalità del Presidio Ospedaliero pari a 10,5 €/mln

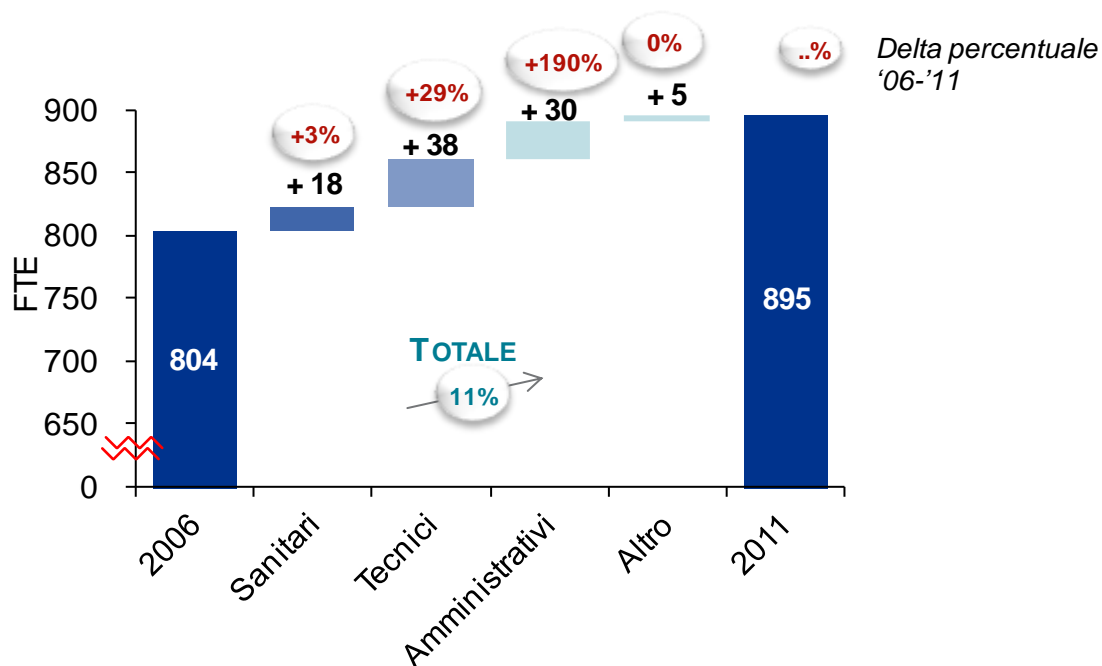
Figura 4: Riduzione nel Personale a tempo indeterminato 31.12.2006 - 31.12.2011



Fonte: Conto Annuale 2006-2011, Tabella 1

La riduzione nel personale a tempo indeterminato è stata compensata da un aumento nel personale a tempo determinato. Infatti, se si osserva il grafico riportato di seguito, si nota che dal 2006 al 2011 il personale a tempo determinato è aumentato con un delta complessivo dell'11%, distribuito soprattutto sul personale amministrativo che registra un incremento del 190%.

Figura 5: Aumento del Personale a tempo determinato 31.12.2006 - 31.12.2010



Fonte: Conto Annuale 2006-2011, Tabella 2

## L'acquisto da privato

La seconda voce di costo su cui la Regione ha attuato una politica di contenimento è l'acquisto di prestazioni da privato, che dal 2006 al 2010 è diminuita di 96 €/mln non solo a causa del disaccreditamento di alcune strutture psicosociali (Paolucci e Le Villette), ma anche di fallimenti e/o inagibilità post terremoto che hanno ridotto il numero di strutture presenti sul territorio.

Negli anni 2011 e 2012, a seguito di un ripristino strutturale della maggior parte delle strutture abruzzesi, il macroaggregato "Prestazioni da privato" è cresciuto rispettivamente di 23,2 €/mln nel 2011 (+7%) e di 20,0 €/mln nel 2012 rispetto al 2010 (+6%), di cui:

- Ospedaliera: +13,2 €/mln nel 2011 (+12%) e +6,6 €/mln nel 2012 (+6%);
- Ambulatoriale: +6,8 €/mln nel 2011 (+14%) e +5,0 €/mln nel 2012 (+10%);
- Altre prestazioni (RSA, Hospice, Tossicodipendenza...): +2,3 €/mln nel 2011 (+3%) e +5,7 €/mln nel 2012 (+6%);
- Riabilitazione extra ospedaliera: +1,3 €/mln nel 2011 (+2%) e +3,0 €/mln nel 2012 (+4%);
- Integrativa e protesica: -0,4 €/mln nel 2011 (-1%) e -0,3 €/mln nel 2012 (-1%).

Si segnala, inoltre, che nel 2012 la Regione Abruzzo ha recepito la riduzione del budget degli erogatori privati accreditati per prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale tali da contrarre la spesa consuntivata 2011 dello 0,5% con i Decreti Commissariali 39/2012 (ospedaliera – riduzione percentuale del 9,9% rispetto al tetto 2012) e 47/2012 (specialistica – riduzione percentuale del 3,82% rispetto al tetto 2012).

### 2.2.3 Le manovre nazionali

Si riportano di seguito per ciascuna delle aree di intervento "core" gli obiettivi programmati dal D.L. 95/2012 – L.135/2012 e successivamente integrati dalla L.228/2012; si specifica che, la maggior parte degli interventi sono stati recepiti a livello regionale con atti regionali e sono valorizzati nell'ambito degli effetti tendenziali che sono valorizzati nel Tendentiale 2013-2015 (Paragrafo 2.3). Si tratta di:

- Rete ospedaliera
  - **Standard di posti letto SSR non superiore a 3,7 per 1.000 abitanti** (comprensivo di 0,7 pl per 1.000 ab. Per post-acuzie);
  - Riduzione dei posti letto allocate per almeno il **50%** sui presidi ospedalieri **pubblici adeguando coerentemente le relative dotazioni organiche**;
  - **Riduzione delle unità operative complesse**;
  - **Valore funzioni** ex art. 8-sexies D.Lgs 502/92 non può superare il 30% della remunerazione assegnato;
- Acquisto da privati
  - **Riduzione dell'importo e dei volumi** dei contratti e degli accordi con gli **erogatori privati** per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale (**-0,5%** per il 2012, **-1%** per il 2013 e **-2%** per il 2014 rispetto alla spesa consuntivata dell'anno 2011);
  - **Aggiornamento tariffari regionali** per l'assistenza **ospedaliera** e **specialistica** sulla base delle tariffe massime nazionali;
- Beni e servizi
  - **Riduzione del 5%** degli importi e delle connesse prestazioni relative a contratti di appalto di servizi e fornitura di beni e servizi in essere e **del 10% a partire dal 2013**;
  - **Recessione senza oneri** da contratti il cui prezzo unitario sia superiore al 20% al prezzo di riferimento;
  - **Tetto di spesa per dispositivi medici** del 4,8% per il 2013 e 4,4% a partire dal 2014; la riduzione per la fornitura di dispositivi medici per l'anno 2012 è pari al 5%;

#### ■ Farmaceutica

- **Sconto** a carico delle **farmacie** dal 1,82% al **2,25%** a partire dal 2012;
- **Tetto farmaceutica ospedaliera** dal 2,4% al **3,5%** a partire dal 2013 e tetto farmaceutica territoriale dal 13,3% al 13,1% nel 2012 e del **11,35%** a partire dal 2013;
- In caso di superamento del tetto il 50% è a carico delle aziende farmaceutiche e il restante 50% a carico delle Regioni (se in disavanzo).

#### 2.2.4 Punti di attenzione

Nel corso delle verifiche dell' 8 Aprile e del 25 luglio 2013 i Ministeri affiancanti, con riferimento allo stato di attuazione del Piano di Rientro e dei Programmi Operativi di prosecuzione dello stesso, hanno individuato una serie di osservazioni. In particolare:

- **Governance:** viene valutata positivamente l'azione commissariale finalizzata alla sospensione e/o abrogazione della normativa regionale in contrasto con il Piano di rientro, secondo la procedura prevista dall'art.2, comma 80 L.191/2009;
- **Pagamenti:** segnalando che i tempi di pagamento regionali risultano superiori ai 6 mesi, viene richiamata la necessità di utilizzare l'anticipazione di liquidità e/o le spettanze del SSR trasferite dal bilancio regionale per il pagamento dei fornitori. A tal proposito, è richiesto alla Regione di prevedere un intervento nel Programma Operativo 2013-15 relativo al trasferimento al SSR delle spettanze trattenute dal bilancio regionale ed un intervento volto al pagamento dei fornitori al fine di ricondurre i tempi di pagamento ai valori previsti dalla apposita Direttiva Europea e dal Decreto Legge 35/2013 – recepito con L. 64 del 6.06.2013 recante "Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della Pubblica Amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento dei tributi degli enti locali" (termine fissato in 60 gg);
- **Rete ospedaliera:** si attende il completarsi delle riconversioni previste con l'attribuzione delle relative funzioni assistenziali e si rimane in attesa di aggiornamenti;
- **Rete residenziale per anziani ed hospice:** valutando positivamente il fabbisogno di prestazioni residenziali per anziani (DCA 52/2012) e di hospice (DCA 37 e 51/2012), viene segnalata la mancata attivazione delle strutture secondo il crono programma presentato e pertanto viene ribadita la necessità di procedere al completamento di tutte le attivazioni programmate;
- **Rete laboratoristica:** viene valutato positivamente lo stato di avanzamento del progetto di riorganizzazione dei laboratori di analisi pubblici secondo le scadenze indicate e si attende il completamento del percorso intrapreso in merito alla rete laboratoristica pubblica;
- **Rete Emergenza – Urgenza:** viene richiamata la necessità di indicare la dislocazione delle strutture afferenti alla rete con i relativi livelli assistenziali ed un crono programma degli interventi necessari per l'attivazione della rete;
- **Cure primarie:** si rimane in attesa di aggiornamenti sui Piani Attuativi Aziendali e sul livello di implementazione dei nuovi livelli organizzativi;
- **Assetto istituzionale (Atti Aziendali):** viene richiamata la necessità di rimodulare le unità organizzative semplici e complesse sulla base degli standard ministeriali e conseguentemente di revisionare gli Atti Aziendali, al fine di completare l'adeguamento delle reti di offerta sanitaria ai parametri nazionali;
- **Accreditamento:** viene sottolineato il ritardo della regione nella conclusione delle procedure di accreditamento, invitando la regione a procedere in tempi rapidi.

Valutando positivamente l'azione regionale, anche con riferimento all'avvenuto trasferimento al SSR dal bilancio regionale di spettanze pregresse (242 €/mln) ed in considerazione dei tempi di pagamento superiori ai 6 mesi e dell'entrata in vigore del D.L. 35/2013; nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013, sono state erogate spettanze residue per l'anno 2010 pari a **118,0 €/mln**.

La programmazione triennale 2013-2015 del presente Programma Operativo intende dare prosecuzione all'azione di risanamento e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, già avviata con i Programmi operativi 2010 e 2011-2012 e sulla base delle indicazioni effettuate dal Tavolo di Monitoraggio nella seduta dell' 8 Aprile 2013.

## 2.3 Tendenziale 2013-2015

Il quadro macro-economico attuale di riferimento in cui la Regione Abruzzo deve intervenire per il contenimento della spesa nonché per il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini, è determinato dalle seguenti misure di governo e contenimento della spesa sanitaria in ambito nazionale:

- Decreto Legge 78/2010 “Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di compatibilità economica”, convertito con Legge 30/7/2010 n.122;
- Decreto Legge 98/2011 “Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria” così come convertito con legge 15/07/2011 n. 111;
- Decreto Legge 95/2012 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, convertito con Legge 7/8/2012 n. 135;
- Legge 228/2012 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (Legge di stabilità 2013);
- Legge 98/2013 “Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia” ( cd “Decreto del fare”).

Il CE Tendenziale 2013-2015 è stato costruito sulla base dei dati e/o informazioni che seguono:

- Conti Economici NSIS Consuntivi degli anni 2009-2011;
- Risultato economico al Consuntivo 2012 in cui si evidenzia un avanzo di gestione pari a circa 9 €/mln (al netto della fiscalità aggiuntiva per circa 38 €/mln);
- Bilanci d'esercizio 2012 adottati dalle Aziende ed in attesa di approvazione da parte della Regione;
- Analisi della documentazione regionale (prot. RA/096986/DG22 del 11.04.2013) fornita alle Aziende per le operazioni di chiusura dei Bilanci d'esercizio 2012 e delle informazioni fornite dalle Aziende a seguito di richiesta regionale (prot. RA/163185/DG22 del 25.06.2013);
- Analisi della documentazione prodotta dalle Aziende come risposta al documento di programmazione regionale “ Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie (2013 – 2015)” approvati con Decreto Commissariale 60/2012;
- Conti Economici NSIS relativi al primo e secondo trimestre 2013.

Si specifica, altresì, che il Tendenziale relativo al triennio 2013-2015 è stato calcolato considerando la quota relativa all'addizionale IRPEF ai livelli massimi e costante nel periodo. L'art.1 della legge n°296 del 2006 stabilisce che, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori rispetto ai vincoli minimi, la Regione ha la facoltà di ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto. In relazione a questo aspetto, verrà chiesta al Tavolo la possibilità di aggiornare la Finanziaria regionale con cadenza annuale in modo da poter valutare di volta in volta la presenza di un equilibrio che consenta di ridurre l'addizionale sulla base dei risultati certificati dal tavolo stesso. Le stime che seguono ipotizzano il valore di tale fiscalità pari al valore del Consuntivo 2012 pari a 38 €/mln.

Si riporta di seguito il CE Tendenziale 2013-2015, come consolidamento dei quattro CE Aziendali e della Gestione Sanitaria Accentrata, sulla base del nuovo modello CE ministeriale.

Tabella 12 – CE Tendenziali 2013-2015

| 999 Consolidato Regione Abruzzo |   |                         |                          |                          |                          |
|---------------------------------|---|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ID                              | CONTO ECONOMICO<br>€/000  | Consuntivo<br>2012<br>A | TENDENZIALE<br>2013<br>B | TENDENZIALE<br>2014<br>C | TENDENZIALE<br>2015<br>D |
| A1                              | Contributi F.S.R.   | 2.364.369               | 2.325.446                | 2.388.214                | 2.389.119                |
| A2                              | Saldo Mobilità  | (102.698)               | (67.421)                 | (67.421)                 | (67.421)                 |
| A3.1                            | Ulteriori Trasferimenti Pubblici  | 20.415                  | 9.939                    | 9.939                    | 9.939                    |
| A3.2                            | Ticket  | 40.719                  | 41.624                   | 41.624                   | 41.624                   |
| A3.3                            | Altre Entrate Proprie   | 33.169                  | 32.342                   | 32.342                   | 32.342                   |
| A3                              | Entrate Proprie   | 94.303                  | 83.905                   | 83.905                   | 83.905                   |
| A4                              | Saldo Intramoenia   | 1.847                   | 1.847                    | 1.847                    | 1.847                    |
| A5                              | Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti   | 0                       | (6.277)                  | (15.691)                 | (21.968)                 |
| A6                              | Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati   | (16.874)                | (23.090)                 | (23.090)                 | (23.090)                 |
| A                               | Totale Ricavi Netti   | 2.340.947               | 2.314.410                | 2.367.763                | 2.362.391                |
| B1                              | Personale   | 767.984                 | 767.984                  | 767.984                  | 767.984                  |
| B2                              | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati  | 169.214                 | 171.752                  | 174.328                  | 176.943                  |
| B3.1                            | Altri Beni Sanitari   | 190.695                 | 195.646                  | 200.933                  | 206.364                  |
| B3.2                            | Beni Non Sanitari   | 11.551                  | 10.740                   | 11.060                   | 11.389                   |
| B3.3                            | Servizi   | 317.230                 | 292.055                  | 298.527                  | 305.127                  |
| B3                              | Altri Beni e Servizi  | 519.476                 | 498.440                  | 510.520                  | 522.880                  |
| B4                              | Ammortamenti e Costi Capitalizzati  | 13.818                  | 13.818                   | 13.818                   | 13.818                   |
| B5.1                            | Accantonamenti Rischi   | 30.957                  | 22.133                   | 12.989                   | 12.989                   |
| B5.2                            | Accantonamenti Sumai (+TFR)   | 986                     | 986                      | 986                      | 986                      |
| B5.3                            | Accantonamenti per Rinnovi Contrattuali   | 1.264                   | 1.264                    | 1.264                    | 5.983                    |
| B5.4                            | Accantonamenti per Interessi di Mora  | 5.256                   | 5.256                    | 5.256                    | 5.256                    |
| B5.5                            | Altri Accantonamenti  | 2.895                   | 15.466                   | 8.011                    | 556                      |
| B5                              | Accantonamenti  | 41.358                  | 45.105                   | 28.506                   | 25.770                   |
| B6                              | Variazione Rimanenze  | 4.858                   | 0                        | 0                        | 0                        |
| B                               | Totale Costi Interni  | 1.516.708               | 1.497.099                | 1.495.156                | 1.507.396                |
| C1                              | Medicina Di Base  | 151.536                 | 153.453                  | 153.453                  | 153.453                  |
| C2                              | Farmaceutica Convenzionata  | 233.051                 | 227.975                  | 227.975                  | 227.975                  |
| C3.1                            | Prestazioni da Privato - Ospedaliera  | 120.087                 | 125.229                  | 123.964                  | 123.964                  |
| C3.2                            | Prestazioni da Privato - Ambulatoriale  | 53.661                  | 52.676                   | 52.374                   | 52.374                   |
| C3.3                            | Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera   | 73.644                  | 76.341                   | 76.341                   | 76.341                   |
| C3.4                            | Altre Prestazioni da Privato  | 119.954                 | 121.921                  | 121.921                  | 121.921                  |
| C3                              | Prestazioni da Privato  | 367.346                 | 376.167                  | 374.600                  | 374.600                  |
| C                               | Totale Costi Esterni  | 751.933                 | 757.596                  | 756.029                  | 756.029                  |
| D                               | Totale Costi Operativi (B+C)  | 2.268.641               | 2.254.695                | 2.251.185                | 2.263.424                |
| E                               | Margine Operativo (A-D)   | 72.306                  | 59.715                   | 116.578                  | 98.967                   |
| F1                              | Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie  | 1.182                   | 1.182                    | 1.182                    | 1.182                    |
| F2                              | Saldo Gestione Finanziaria  | 2.532                   | 2.532                    | 2.532                    | 2.532                    |
| F3                              | Oneri Fiscali   | 58.262                  | 58.262                   | 58.262                   | 58.262                   |
| F4                              | Saldo Gestione Straordinaria  | 1.214                   | 0                        | 0                        | 0                        |
| F                               | Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie   | 63.190                  | 61.976                   | 61.976                   | 61.976                   |
| G                               | Risultato Economico (E-F)   | 9.116                   | (2.261)                  | 54.602                   | 36.991                   |
| AA0080                          | Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA | 38.292                  | 38.190                   | 38.190                   | 38.190                   |
| H                               | Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA  | 38.292                  | 38.190                   | 38.190                   | 38.190                   |
| I                               | Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva (G+H)   | 47.408                  | 35.929                   | 92.792                   | 75.181                   |

Fonte: Ce NSIS Consuntivo 2012; Tendenziali 2013-2015



## Ricavi

### A.1 Contributi FSR indistinto e vincolato

La stima dei contributi **FSR indistinto** per gli anni 2013-2015 è stata calcolata considerando la sovrapposizione degli effetti del D.Lgs 98/11 (art.17, comma 1), della L. 135/2012 (art. 15, comma 22) e L. 228/2012 (art. 15, comma 22), secondo lo schema seguente.

Tabella 13 – Stima FSR – contributo indistinto e vincolato

| Andamento tendenziale del FSR - contributi indistinti (Voce nuovo modello CE AA0030)                |                  |                  |                  |                  |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|
|   | 2012             | 2013             | 2014             | 2015             |
| <b>Tendenziale ante manovra (1)</b>   | <b>2.341.686</b> | <b>2.341.686</b> | <b>2.341.686</b> | <b>2.341.686</b> |
| A) Incremento % art. 17, c.1 L.111/11   |                  | 0,5%             | 1,4%             | -                |
| <i>Visite fiscali art.17, c.5 - b L.111/11</i>  | -                | (70.000)         | (70.000)         | (70.000)         |
| % Abruzzo su fondo  | 2,24%            | 2,24%            | 2,24%            | 2,24%            |
| B) Riduzione FSR Abruzzo Visite fiscali   | -                | (1.571)          | (1.571)          | (1.571)          |
| C) Sterilizzazione rinnovi contrattuali per Personale Dipendente e Convenzionato a partire dal 2015 | -                | -                | -                | 4.709            |
| <b>Tendenziale post L.111/11 (2)</b>  | <b>2.341.686</b> | <b>2.351.823</b> | <b>2.383.178</b> | <b>2.386.317</b> |
| <i>Impatto spending review</i>  | 882.000          | (1.800.000)      | (2.000.000)      | (2.100.000)      |
| % Abruzzo su fondo  | 2,24%            | 2,24%            | 2,24%            | 2,24%            |
| D) Riduzione FSR Abruzzo da SR  | (19.790)         | (40.388)         | (44.876)         | (47.120)         |
| E) Rettifica Contributo di solidarietà - Terremoto 2009   | 0                | (15.000)         | (15.000)         | (15.000)         |
| <i>Impatto L.228/2012</i>   | 0                | (600.000)        | (1.000.000)      | (1.000.000)      |
| % Abruzzo su fondo  | 2,24%            | 2,24%            | 2,24%            | 2,24%            |
| F) Riduzione FSR Abruzzo da L.228/12  | 0                | (13.463)         | (22.438)         | (22.438)         |
| Incremento fondo per mancato Ticket DL 98   | -                | -                | 2.000.000        | 2.000.000        |
| % Abruzzo su fondo  | 2,24%            | 2,24%            | 2,24%            | 2,24%            |
| G) Incremento FSR Abruzzo   | -                | -                | 44.876           | 44.876           |
| <b>FSR - indistinto post manovra (3)</b>  | <b>2.321.895</b> | <b>2.282.972</b> | <b>2.345.740</b> | <b>2.346.635</b> |
| <b>FSR - vincolato L.135/12</b>   | <b>42.474</b>    | <b>42.474</b>    | <b>42.474</b>    | <b>42.474</b>    |
| FSR - indistinto - Accentrata   | 4.684            | 4.684            | 4.684            | 4.684            |
| FSR - indistinto - ASL 201  | 7.538            | 7.538            | 7.538            | 7.538            |
| FSR - indistinto - ASL 202  | 11.222           | 11.222           | 11.222           | 11.222           |
| FSR - indistinto - ASL 203  | 10.531           | 10.531           | 10.531           | 10.531           |
| FSR - indistinto - ASL 204  | 8.499            | 8.499            | 8.499            | 8.499            |
| <b>Delta Anno t rispetto t-1</b>  |                  | <b>0</b>         | <b>0</b>         | <b>0</b>         |
| <b>Delta % Anno t rispetto t-1</b>  |                  | <b>0</b>         | <b>0</b>         | <b>0</b>         |
| <b>Totale Contributi FSR post L.135/12 (4)</b>  | <b>2.364.370</b> | <b>2.325.447</b> | <b>2.388.215</b> | <b>2.389.109</b> |
| <b>Delta Anno t rispetto t-1</b>  | -                | <b>(38.923)</b>  | <b>62.768</b>    | <b>895</b>       |
| <b>Delta % Anno t rispetto t-1</b>  |                  | <b>(1,6%)</b>    | <b>2,70%</b>     | <b>0,04%</b>     |

Si specifica che:

- I valori del finanziamento FSR 2013-15 considerati non tengono conto degli effetti determinati dalle disposizioni del D.Lgs 68/2011, atteso che, ad oggi, non sono noti i costi standard di riferimento necessari per il calcolo del fabbisogno sanitario nazionale standard. Tali costi standard saranno quelli derivanti dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza – LEA erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza, come definito dal D.Lgs 68/2011 (art. 26-27);
- Per la ripartizione delle riduzioni del Fondo Sanitario Nazionale previste dalla *Spending review* (1.800 €/mln per l'anno 2013, 2.000 €/mln per l'anno 2014 e 2.100 €/mln per l'anno 2015) e dalla Legge di stabilità (ulteriori 600 €/mln per l'anno 2013, ulteriori 1.000 €/mln per l'anno sia 2014 sia 2015), si è utilizzata la quota di accesso regionale così come definita nell'Intesa del 20.06.2013 sul riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN 2012 (2,24%);
- Gli incrementi del FSR derivanti dal DL 98/11 (incremento rispetto al finanziamento 2012 pari allo 0,5% nel 2013 e all'1,4% per il 2014) sono invece stati calcolati a partire dall'importo di FSR 2012 antecedente all'introduzione della *Spending review* (pari a 2.341.686 €/mln);



- In assenza di indicazioni all'interno della L.111/2011 sulla crescita del Fondo nel 2015, cautelativamente il FSN pre-*Spending review* del 2015 è stato mantenuto pari a quello previsto per il 2014 mentre viene sterilizzato l'impatto dei rinnovi contrattuali previsti a partire dal 2015 per il Personale dipendente e convenzionato;
- È stato previsto per gli anni 2014 e 2015 un incremento del FSN pari a 2.000 €/mln in compensazione alla mancata introduzione della misura di compartecipazione prevista dalla L.111/2011 dichiarata incostituzionale. Considerando la quota di accesso regionale così come definita nell'Intesa del 20.06.2013 sul riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN 2012 (2,24%), la quota relativa alla Regione è stimata pari a 44,9 €/mln annui per il 2014 ed il 2015;
- Le stime non includono gli effetti di rideterminazione del riparto connessi alla verifica della popolazione residente da Censimento 2011;
- Non viene considerato per gli anni 2014-2015 l'importo del "Contributo di solidarietà" di cui la Regione Abruzzo ha beneficiato nel 2012 per il terremoto del 2009 pari a 15 €/mln; lo stesso importo non viene considerato, per stime cautelative, neppure per l'anno 2013;
- Alle stime riportate è stata, infine, applicata una decurtazione per circa 1,6 €/mln connessa alle disposizioni in materia di visite fiscali di cui all'art 17, comma 5 lettera b) del D.Lgs 98/2011 prevista a partire dall'anno 2013.

Relativamente al **FSR vincolato**, per gli anni 2013-15 viene confermato il valore del Consuntivo 2012 pari a **42,5 €/mln**, di cui 35,6 per Progetti Obiettivo e 6,9 €/mln per somme vincolate.

**Complessivamente, rispetto all'entità dei Contributi FSR indistinto e vincolato al Consuntivo 2012 si prevede una riduzione della voce di 38,9 €/mln per il 2013 ed un incremento di 23,8 €/mln per il 2014 e di 24,7 €/mln per il 2015.**

#### *A.2 Saldo di Mobilità*

Relativamente al "**Saldo di Mobilità**", i valori tendenziali sono stati considerati costanti pari a **-67,4 €/mln**, pari al Saldo Acconti 2010 come definito nell'Intesa del 20.06.2013 sul riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN 2012. È da evidenziare che per l'anno 2012 nel saldo di mobilità, oltre ai citati -67,4 €/mln, vengono considerati -33,9 €/mln relativi al conguaglio 2010, mentre il valore è stato migliorato per 15 €/mln relativi alla restituzione della prima rata della rateizzazione dei 30 €/mln sorto nell'anno 2011, a seguito della richiesta del Presidente della Conferenza Stato – Regioni formalizzata con nota 1766/C7SAN del 24.04.2013.

**Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012 si prevede un miglioramento del Saldo di Mobilità pari a 35,3 €/mln.**

#### *A.3 Entrate proprie*

Il valore delle "**Entrate proprie**" è stato stimato costante per gli anni 2013-2015 pari a **83,9 €/mln**.

Il valore delle "Entrate proprie" è determinato da:

- **Ticket** per **41,6 €/mln** pari alla proiezione lineare dei dati al II trimestre 2013;
- **Altre Entrate proprie** per **32,3 €/mln** pari al valore registrato a Consuntivo 2012 al netto del minor payback previsto rispetto al 2012;
- **Ulteriori trasferimenti pubblici** per **9,9 €/mln** pari al valore registrato a Consuntivo 2012 e rettificato del contributo riconosciuto alla Asl di L'Aquila per il ripristino funzionalità del Presidio Ospedaliero pari a 10,5 €/mln.

**Complessivamente, rispetto all'entità delle Entrate proprie al Consuntivo 2012 si prevede una riduzione di 10,4 €/mln per gli anni 2013-15, pari al contributo una tantum destinato nel 2012 al ripristino funzionale del Presidio Ospedaliero di L'Aquila ed al minor payback previsto rispetto al 2012 (L.135/2012, art 15, c.2).**

#### A.4 Saldo intramoenia

Il valore del “**Saldo intramoenia**” è stato stimato costante per gli anni 2013-2015 pari a **1,8 €/mln**, corrispondente al valore registrato a Consuntivo 2012.

#### A.5 Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

Per gli anni 2013-2015 si ipotizza che le Aziende effettuino investimenti con FSR corrente per importo pari agli investimenti effettuati nel 2012 con FSR 2012 per ciascun anno. Si riporta di seguito il piano degli ammortamenti utilizzando le aliquote come rettificate dall' art.1 c.36 - L.228/2012 e dalla Circolare del 28.01.2013 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze che ha chiarito le modalità di trattamento contabile degli ammortamenti dei cespiti acquistati con contributi in conto esercizio precedentemente disciplinati dall'art.29 c.1 D.Lsg 118/11.

Poiché al Consuntivo 2012, le Aziende hanno rilevato la quota di ammortamento relativa agli investimenti effettuati con FSR 2012 alla voce “Ammortamenti”, il trascinarsi di tali investimenti viene mantenuto costante alla voce “Ammortamenti”, mentre alla voce “Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti” viene imputata la quota relativa ad investimenti effettuati negli anni 2013-2015.

Tabella 14 – Ipotesi piano di ammortamento 2013-15

| Investimenti anno 2012 con risorse proprie |                 |               |                |               |                   |
|--|-----------------|---------------|----------------|---------------|-------------------|
|  | 201<br>L'Aquila | 202<br>Chieti | 203<br>Pescara | 204<br>Teramo | Totale            |
| Valore cespiti                             | 6.491.210       | 3.168.560     | 2.364.453      | 3.667.087     | <b>15.691.311</b> |
| Aliquota                                   | 20%             | 20%           | 20%            | 20%           | <b>20%</b>        |
| Amm.to 2012                                | 1.298.242       | 633.712       | 472.891        | 733.417       | <b>3.138.262</b>  |

(\*) Dati comunicati dalle Aziende in riferimento alla richiesta Prot.n. RA/163185/DG22 del 25.06.2013 del Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie -Direzioni politiche della Salute

| Regione - Piano di ammortamento 2012-2016 |                  |                  |                   |                   |                  |
|---|------------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Aliquota                                  | 2012             | 2013             | 2014              | 2015              | 2016             |
| I con FSR 2012                            | 20%              | 20%              | 20%               | 20%               | 20%              |
| I con FSR 2013                            | -                | 40%              | 40%               | 20%               | 0%               |
| I con FSR 2014                            | -                | -                | 60%               | 40%               | 0%               |
| I con FSR 2015                            | -                | -                | -                 | 80%               | 20%              |
| <b>Quota Amm.to</b>                       |                  |                  |                   |                   |                  |
| I con FSR 2012                            | 3.138.262        | 3.138.262        | 3.138.262         | 3.138.262         | 3.138.262        |
| I con FSR 2013                            | -                | 6.276.524        | 6.276.524         | 3.138.262         | -                |
| I con FSR 2014                            | -                | -                | 9.414.786         | 6.276.524         | -                |
| I con FSR 2015                            | -                | -                | -                 | 12.553.048        | 3.138.262        |
| <b>Totale Amm.to</b>                      | <b>3.138.262</b> | <b>9.414.786</b> | <b>18.829.573</b> | <b>25.106.097</b> | <b>6.276.524</b> |
| <b>Quota imputata</b>                     | <b>-</b>         | <b>6.276.524</b> | <b>15.691.311</b> | <b>21.967.835</b> | <b>3.138.262</b> |

**Complessivamente, poichè a Consuntivo 2012 tale voce non è stata valorizzata, si prevede una variazione del saldo pari a -6,3 €/mln per il 2013, -15,7 €/mln per il 2014 e -22,0 €/mln per il 2015.**

#### *A.6 Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati*

Il valore del “**Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati**” è stato stimato costante per gli anni 2013-2015 pari a **-23,1 €/mln**, di cui:

- Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti pari a 19,4 €/mln corrispondente alla proiezione lineare dei dati al II trimestre 2013;
- Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio in corso pari a 42,5 €/mln corrispondente al valore complessivo dei contributi FSR vincolati stimati per gli anni 2013-2015.

**Complessivamente, si prevede una variazione del saldo pari a -6,2 €/mln per il 2013-2015.**

### Costi Interni

#### *B.1 Personale*

Relativamente al costo per il “**Personale**”, per gli anni 2013-2015 il valore è stato stimato costante e pari al valore Consuntivo 2012 di **768,0 €/mln**.

#### *B.2 Prodotti farmaceutici*

Relativamente alla voce “**Prodotti farmaceutici**”, l’andamento tendenziale della voce di costo è stato stimato in incremento sulla base del tasso inflazione programmato pari a 1,5%. Tale incremento risulta coerente con l’andamento osservato nel 2012 rispetto agli anni precedenti e tiene conto della messa a regime delle gare centralizzate di acquisto di farmaci.

**Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012 si prevede un aumento dei costi per 2,5 €/mln per il 2013, 5,1 €/mln per il 2014 ed un aumento dei costi per 7,7€/mln per il 2015.**

#### *B.3 Altri Beni e Servizi*

La voce “**Altri Beni e Servizi**” è stata stimata in incremento sulla base dell’indice nazionale dei prezzi al consumo per l’intera collettività (NIC) per l’anno 2012 (Istat 15.01.2013), applicando i seguenti incrementi percentuali al valore registrato al Consuntivo 2012:

- **Beni sanitari e non sanitari +2,7%**;
- **Servizi +2,0%**; al netto del contributo riconosciuto alla Asl di L’Aquila per il ripristino funzionalità del Presidio Ospedaliero pari a 10,5 €/mln.

Sulla base della riduzione del 10% fissata dalla L.228/2012 per i contratti di acquisto per beni e servizi (al netto dei dispositivi medici), sulla base della spesa per il macroaggregato “Altri beni e Servizi” registrata al Consuntivo 2011 (485,7 €/mln) e rettificata delle voci di spesa non oggetto di rinegoziazione e/o oggetto di adempimenti normativi ad hoc, viene stimata una riduzione annua pari a 22,4 €/mln.

**Dal combinato disposto delle due manovre, rispetto al Consuntivo 2012 si prevede una riduzione di 21,0 €/mln per il 2013, di 9,0 €/mln per il 2014 ed un aumento di 3,4 €/mln per il 2015.**

#### *B.4 Ammortamenti e costi capitalizzati*

Il valore della voce “**Ammortamenti e costi capitalizzati**” è stato stimato costante per gli anni 2013-2015 pari a **13,8 €/mln** e pari al valore registrato a Consuntivo 2012.

## B.5 Accantonamenti

La voce “**Accantonamenti**” è stata stimata sulla base dei seguenti razionali:

- Accantonamento rischi per **22,1 €/mln** per il 2013, **13,0 €/mln** per il 2014 e per il 2015: si è stimato lo stesso valore registrato a Consuntivo 2012 pari a 22,1 €/mln, rettificato dell'accantonamento che ha registrato la Asl di Lanciano – Vasto – Chieti per il rischio generato a seguito della procedura di liquidazione coatta amministrativa della Compagnia Assicuratrice Faro s.p.a per circa 8,8 €/mln. Per gli anni 2014 e 2015 non viene considerato il valore 9,1 €/mln pari al valore registrato al Consuntivo 2012 per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato;
- Altri Accantonamenti per **15,5 €/mln** per il 2013, **8,0 €/mln** per il 2014 e **0,6 €/mln** per il 2015: si è stimato lo stesso valore registrato a Consuntivo 2012 pari a 2,9 €/mln e considerato il rischio di non completo raggiungimento delle manovre programmate in attuazione della *Spending Review ed altre manovre regionali* per 12,6 €/mln nell'anno 2013 e 5,2 €/mln nell'anno 2014;
- Accantonamenti per interessi di mora: si è stimato lo stesso valore registrato a Consuntivo 2012 pari a **5,3 €/mln**;
- Accantonamenti per rinnovi contrattuali: si prevede lo stesso valore registrato a Consuntivo 2012 pari a **1,3 €/mln** per gli anni 2013-14 ed un valore pari a **6,0 €/mln** per l'anno 2015, sulla base di quanto di seguito definito:
  - Relativamente al “Personale dipendente”, per gli anni 2013-2014 non è previsto alcun accantonamento per vacanza contrattuale, pertanto non sono previsti accantonamenti, mentre a partire dal 2015 si prevede un incremento per rinnovo contrattuale pari allo 0,5077% della spesa sostenuta nell'anno precedente all'anno di competenza (base spesa personale dipendente anno 2014);
  - Relativamente al “Personale convenzionato”, per gli anni 2013-2014 si prevede lo stesso valore registrato a Consuntivo 2012 pari allo 0,75% del monte compensi desumibile dal CE Consuntivo 2011 con riferimento alle voci di spesa per il personale convenzionato MMG, PLS e CA, mentre a partire dal 2015 si prevede un incremento per rinnovo contrattuale pari allo 0,5077% della spesa sostenuta nell'anno precedente all'anno di competenza (base spesa personale dipendente anno 2014).
- Accantonamenti SUMAI: si è stimato lo stesso valore registrato a Consuntivo 2012 pari a **1,0 €/mln**.

**Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012 si osserva un incremento della voce “Accantonamenti” per 3,7 €/mln negli anni 2013 ed un decremento pari a 12,9 €/mln nel 2014 e per 15,9 €/mln nell'anno 2015.**

## B.6 Variazione rimanenze

La “**Variazione rimanenze**” è stata stimata costante per gli anni 2013-2015 e pari a zero, ipotizzando che il valore dei magazzini resti costante al valore registrato al Consuntivo 2012.

**Per gli anni 2013-15, rispetto al Consuntivo 2012 si osserva un decremento della voce per 4,9 €/mln.**

## Costi Esterni

### C.1 Medicina di base e C.3.2b Prestazioni ambulatoriali da Personale Sumaista

Relativamente alla stima relativa al personale convenzionato con il SSR (“**Medicina di base**” e “**Personale Sumaista**”), l'andamento tendenziale è stato stimato costante per gli anni 2013-15; nella valorizzazione si è tenuto conto dell'effetto derivante dall'applicazione della disposizione di limitazione della crescita dei trattamenti economici, anche accessori, anche al personale convenzionato con il SSN (L.135/12, art.15, comma 25). Le stime:

- **Medicina di base: 153,5 €/mln** pari al valore della spesa massima per la Medicina di base (tetto fissato per l'anno 2011 e 2012 con Decreto Commissariale 27/2011);

- **Personale SUMAI: 16,9 €/mln** pari alla proiezione lineare dei dati al II trimestre 2013.

**Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012, si prevede un incremento pari a 2,0 €/mln per gli anni 2013-2015, dato dalla differenza tra il valore del tetto per la Medicina di base definito con Decreto Commissariale 27/2011 ed valore registrato a Consuntivo 2012.**

### *C.2 Farmaceutica convenzionata*

La voce “**Farmaceutica convenzionata**” per gli anni 2013-15 è stata stimata pari a **228,0 €/mln** sulla base della stima basata sulla spesa netta da DCR Gennaio-Agosto 2013 e mantenendo costante il valore della spesa relativa a “Farmacie rurali ed altre spese” al valore registrato nel 2012.

Tale stima tiene conto della messa a regime dell'incremento dello sconto applicato alle farmacie di cui all'art 15, comma 2 della L 135/2012 stimato in circa 0,9 €/mln per ciascun anno.

**Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012, si prevede alla voce “Farmaceutica convenzionata” una riduzione dei costi per 5,1 €/mln per gli anni 2013-2015.**

### *C.3 Prestazioni da Privato*

#### *C.3.1 Ospedaliera*

La voce “**Prestazioni da Privato – Ospedaliera**” è stata stimata pari a **125,2 €/mln** per l'anno 2013, corrispondente al valore dei tetti determinati con Decreto Commissariale 23/2013 e pari a **124,0 €/mln** per gli anni 2014-2015.

Tali valori sono stati determinati in riduzione rispetto al dato Consuntivo 2011 del 1% per l'anno 2013 e del 2% per l'anno 2014, in applicazione dell'art 15, comma 14 della L 135/2012. Non essendo stata specificata alcuna percentuale di riduzione per l'anno 2015, la riduzione è stata posta costante rispetto all'anno 2014.

**Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012, si prevede un incremento dei costi per 5,1 €/mln per il 2013 e di 3,9 €/mln per gli anni 2014 e 2015. Si specifica che a Consuntivo 2012 le Aziende hanno contabilizzato costi pari al valore del budget riconoscibile 2012, registrando maggiori accantonamenti per note di credito da ricevere per prestazioni rese extrabudget (rif “Analisi degli scostamenti 2012” prot. 272 del 05.07.2013).**

#### *C.3.2a Ambulatoriale*

La voce “**Prestazioni da Privato – Ambulatoriale**” è stata stimata pari a **35,7 €/mln** per l'anno 2013 e pari a **35,4 €/mln** per gli anni 2014-2015.

Per l'anno 2013, la stima è determinata pari al valore dei tetti 2013 fissati con Decreto commissariale n. 9/2013 e pari a 29,9 €/mln, determinato in riduzione rispetto al dato Consuntivo 2011 del 1%, in applicazione dell'art 15, comma 14 della L 135/2012; è stata, inoltre, ipotizzata costante al valore del Consuntivo 2012 per tutti gli anni la quota relativa alle altre prestazioni non soggette a tetto riconducibili a questo aggregato (Dialisi, RMN...) per circa 5,8 €/mln. Tale quota è mantenuta costante anche per gli anni 2014 e 2015.

Per l'anno 2014, i tetti sono stati determinati in riduzione rispetto al dato Consuntivo 2011 del 2% per l'anno 2014, in applicazione dell'art 15, comma 14 della L 135/2012. Non essendo stata specificata alcuna percentuale di riduzione per l'anno 2015, la riduzione è stata posta costante rispetto all'anno 2014.

**Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012, si osserva un decremento dei costi per 1,0 €/mln per il 2013 e per 1,3 per gli anni 2014 e 2015.**

### *C.3.3 Riabilitazione extra ospedaliera*

La voce “Prestazioni da Privato – Riabilitazione extraospedaliera” è stata stimata costante per gli anni 2013-2015 pari a **76,3 €/mln**, come somma del valore dei tetti 2012 definiti con Decreto Commissariale 44/2011 pari a 69,2 €/mln e delle prestazioni erogate fuori contratti negoziali e per cittadini residenti in strutture fuori regione per complessivi 7,1 €/mln pari al valore del Consuntivo 2012.

**Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012, si osserva un incremento dei costi per 2,7 €/mln per gli anni 2013-2015.**

### *C.3.4 Altre Prestazioni da Privato*

La voce “**Altre Prestazioni da Privato**” è stata stimata costante per gli anni 2013-2015 pari a **121,9 €/mln**.

**Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012 si osserva un incremento dei costi per 2,0 per gli anni 2013-2015.**

### *Componenti finanziarie e straordinarie*

#### *F.1 Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie*

La voce è stata stimata costante per gli anni 2013-2015 pari al Consuntivo 2012 pari a **1,2 €/mln**.

#### *F.2 Saldo Gestione Finanziaria*

La voce è stata stimata costante per gli anni 2013-2015 pari al Consuntivo 2012 pari a **2,5 €/mln**.

#### *F.3 Oneri Fiscali*

La voce è stata stimata costante per gli anni 2013-2015 pari al Consuntivo 2012 pari a **58,3 €/mln**.

#### *F.4 Saldo Gestione Straordinaria*

La voce è stata stimata costante e pari a zero per gli anni 2013-2015.

**Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012 si osserva una riduzione dei costi per 1,2 per gli anni 2013-2015.**

**Considerando tutti gli effetti tendenziali e l'applicazione di quanto disposto dalla normativa nazionale e/o regionale, al netto delle risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA, si stima un risultato di chiusura pari a -2,3 €/mln per il 2013, +54,6 €/mln per il 2014 e 37,0 €/mln per il 2015.**

## 2.4 Programmatico 2013-2015

Sulla base delle manovre aggiuntive previste per il triennio 2013-2015, si stima un risultato programmatico pari a +4,0 €/mln nel 2013, +12,8 €/mln nel 2014 e +1,2 €/mln nel 2015.

Tali manovre saranno dettagliatamente illustrate nei capitoli che seguono.

Come richiamato in premessa, si tratta di **manovre** così dette di:

- **“Sviluppo”**, in via prioritaria, per la riqualificazione dell’offerta dei servizi del SSR ed il miglioramento della qualità percepita dai cittadini;
- **“Contenimento”** affinché la Regione possa mantenere l’equilibrio gestionale raggiunto negli anni 2010, 2011 e 2012.

Sono state infine stabilite dalla Regione **“Ulteriori manovre”**: dipendenti dall’incremento del FSN 2014-2015 (alternativamente all’incremento dei ticket DL 98/2011). In attesa di una normativa nazionale che recepisca tale incremento, è stata interamente accantonata la quota destinata alla Regione Abruzzo (44,9 €/mln per gli anni 2014-2015). Tali risorse, una volta certe, saranno successivamente destinate attraverso specifici provvedimenti regionali.

Tabella 15 – Programmatico 2013-2015

| Sintesi risultato programmatico  |                |                 |                 |
|--|----------------|-----------------|-----------------|
|  | 2013           | 2014            | 2015            |
| <b>G) Risultato economico (al netto di fiscalità aggiuntiva)</b>                               | <b>(2.261)</b> | <b>54.602</b>   | <b>36.991</b>   |
| <b>H) Manovre di sviluppo</b>  | <b>(6.133)</b> | <b>(133)</b>    | <b>5.838</b>    |
| h.1) Minor costo da riconversione strutture ex art.26 vs strutture per anziani                 | -              | 6.000           | 12.000          |
| h.2) Potenziamento personale   | (6.133)        | (6.133)         | (6.162)         |
| <b>I) Manovre di contenimento</b>  | <b>12.355</b>  | <b>3.211</b>    | <b>3.211</b>    |
| i.1) Negoziazione con erogatori privati accreditati ai fini della sottoscrizione dei contratti | 9.144          | 0               | 0               |
| i.2) Riduzione Tetti Psicoriabilitazione -10% (DCA5/2013)                                      | 1.771          | 1.771           | 1.771           |
| i.3) Riduzione spesa per prestazioni da Sumaisti   | 1.440          | 1.440           | 1.440           |
| <b>J) Ulteriori manovre</b>  | <b>0</b>       | <b>(44.876)</b> | <b>(44.876)</b> |
| j.1) Eventuale Impiego di risorse per incremento fondo (mancato Ticket DL 98/2011)             | 0              | (44.876)        | (44.876)        |
| <b>Risultato economico programmatico (al netto di fiscalità aggiuntiva)</b>                    | <b>3.961</b>   | <b>12.804</b>   | <b>1.164</b>    |



## 3 Reti di offerta sanitaria

### 3.1 INTERVENTO 1: Rete Ospedaliera

#### 3.1.1 AZIONE 1: Riorganizzazione della rete ospedaliera

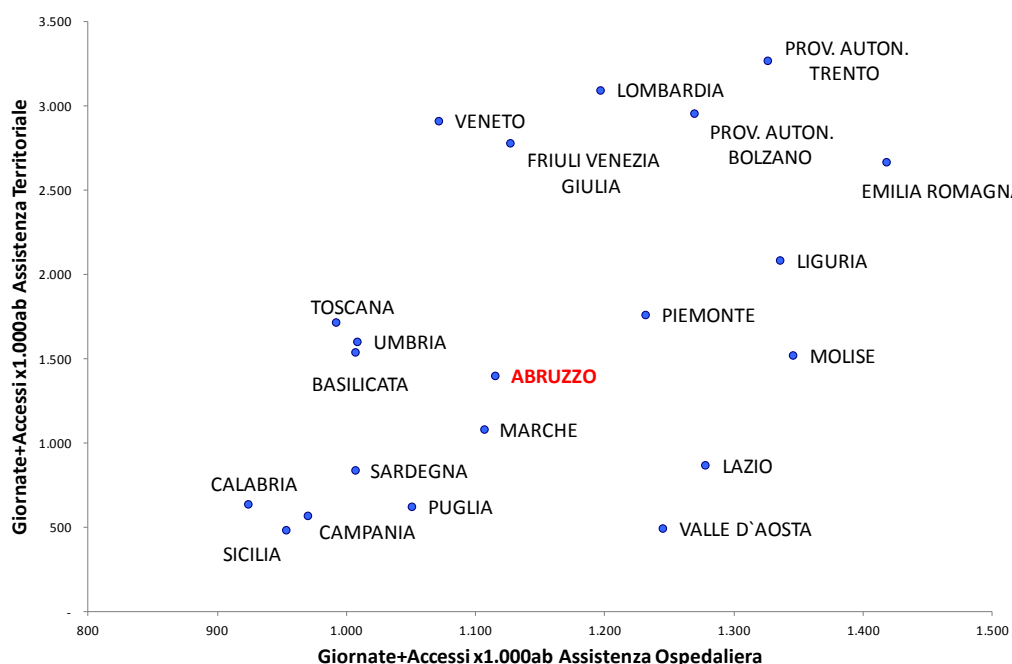
##### Contesto di riferimento

Attualmente in Regione Abruzzo risultano provvisoriamente accreditati 4.677 posti letto ospedalieri pubblici e privati sulla base di quanto disposto con Legge Regionale 32/07 in materia di autorizzazione ed accreditamento.

In relazione ai dati sulla popolazione abruzzese censita nell'anno 2011<sup>4</sup>, pari a 1.342.366 abitanti, il numero di posti letto per 1.000 abitanti risulta pari a 3,5, di cui 2,8 posti letto per Acuti e 0,7 posti letto per Post acuti. Tale indicatore risulta inferiore allo standard fissato dalla L.135/12 pari a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 3,0 posti letto per Acuti e 0,7 posti letto per Post acuti.

Parallelamente anche l'offerta territoriale complessivamente considerata risulta sufficientemente adeguata alla popolazione abruzzese; da un confronto nazionale, infatti, risulta che la Regione Abruzzo vede un numero di giornate di degenza ed accessi per 1.000 abitanti in strutture territoriale, comprensiva di assistenza domiciliare, rispetto a quelle erogate in regime ospedaliero sostanzialmente equilibrato, pressoché in linea con la Regione Marche (Figura 6).

Figura 6 – Confronto regionale: Assistenza territoriale vs ospedaliera



A tutela dei livelli essenziali di assistenza, la Regione Abruzzo non intende ridurre il numero di posti letto ospedalieri e stabilisce che, le sole strutture che non raggiungeranno il limite di posti letto ospedalieri minimi che sarà fissato dall'emandanda normativa nazionale, potranno essere oggetto di aggregazione con altre strutture ospedaliere della rete.

<sup>4</sup> Tale valore viene mantenuto costante per le stime relative agli anni 2013-2015



Le aggregazioni che eventualmente scaturiranno da tale processo dovranno avvenire attraverso il trasferimento di posti letto da strutture di “piccole” dimensioni a strutture con dotazione maggiore, coerentemente con gli standard qualitativi e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, la cui bozza di regolamento è stata recentemente discussa in Conferenza Stato Regione. Tale processo permetterà il miglioramento della qualità delle cure attraverso la concentrazione della casistica.

In Figura 7 è raffigurata la rete ospedaliera attuale con indicazione per ciascuna struttura pubblica (16) e privata (11) del numero di posti letto per attività (Acuti e Post acuti) per regime di degenza ed il numero di posti letto per 1.000 abitanti calcolato sui bacini di utenza<sup>5</sup>.

#### **Normativa Nazionale**

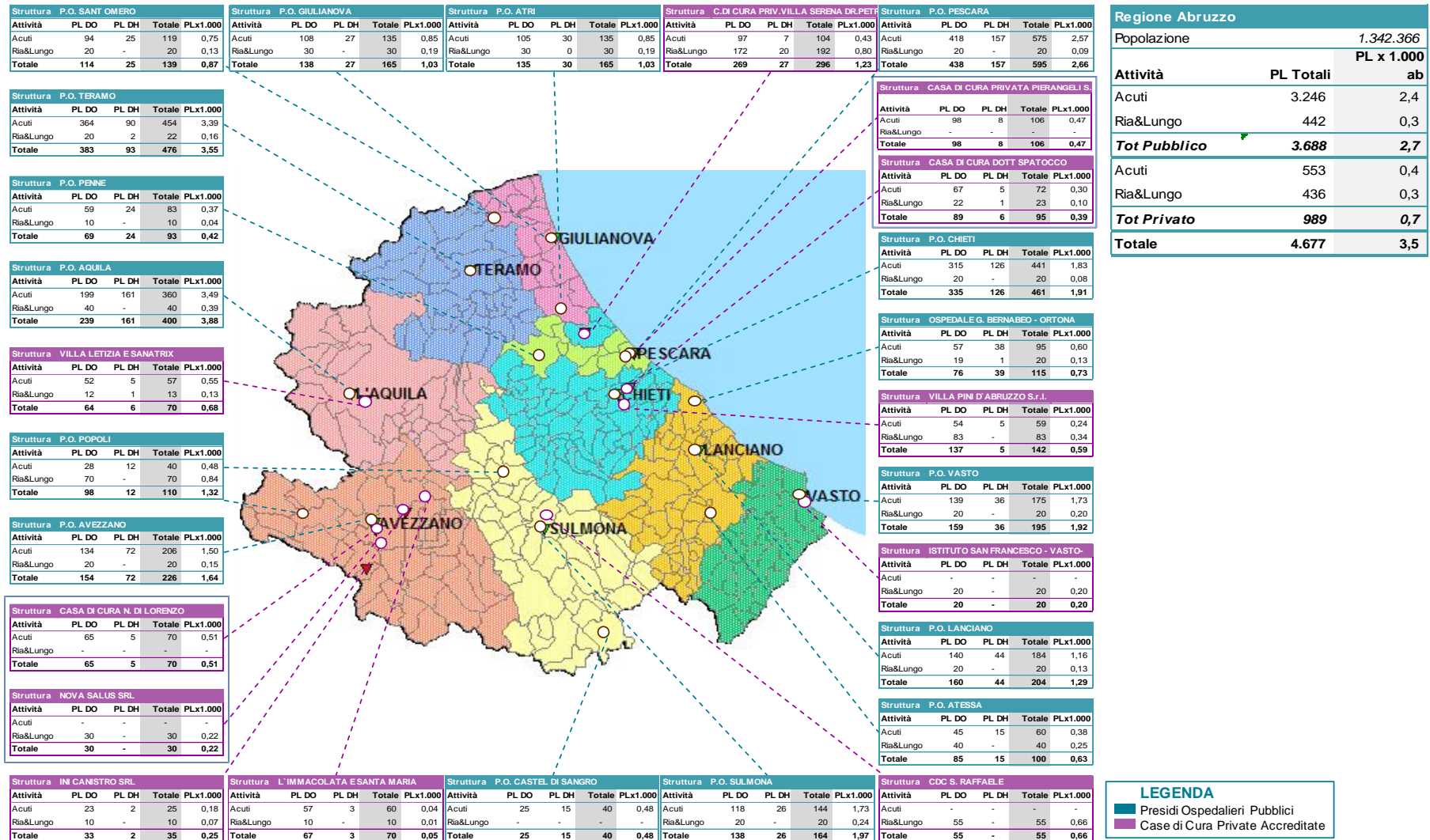
- Patto della Salute 2010-2012;
- DL 95/2012 – L.135/2012 art.15 comma 13.c : rispetto dello standard posti letto ospedalieri accreditati pari a 3,7 per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, e tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni;
- DL 95/2012 – L.135/2012 art.15 comma 14: riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto dei contratti con gli erogatori privati che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale in misura percentuale fissata da ridurre la spesa complessiva annua ,rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014;
- Bozza di regolamento in discussione in Conferenza Stato Regione per la definizione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera in attuazione dell’articolo 1, comma 169 della Legge 30.12.2004 n.311 e dell’articolo 15, comma 13, lettera c) del Decreto Legge 6.07.2012 n.95 convertito in Legge 07.08.2012 n.135, con il quale viene definito il limite di posti letto ospedalieri minimi per acuti pari a 60 posti letto.

#### **Disposizioni Regionali**

- DCA 45/2010: razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera e approvazione metodologia di definizione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere e dei posti correlati;
- DCA 25/2012: rimodulazione dei posti letto afferenti alle Case di Cura private provvisoriamente accreditate insistenti sul territorio regionale;
- DCA 39/2012 e 24/2013: applicazione regionale DL 95/2012 –L.135/2012 tetti strutture ospedaliere private accreditate.

<sup>5</sup> Per bacino di utenza di una struttura si intende l’insieme delle zone (comuni e sezioni di censimento) ed il relativo numero di assistibili (residenti nelle zone in questione) che vedono la struttura stessa come prima alternativa ospedaliera in termine di distanza temporale

Figura 7 – Rete Ospedaliera AS IS



## **Obiettivi Programmati**

La Regione intende rimodulare la rete ospedaliera pubblica e privata prevedendo:

- L'aggregazione dei presidi ospedalieri privati che non raggiungono il limite di posti letto ospedalieri minimi fissato dall'emananda normativa nazionale e calibrare il riadeguamento della rete al fine di non ridurre ulteriormente il numero di posti letto per 1.000 abitanti;
- L'aggregazione dei posti letto per disciplina ospedaliera nei Presidi pubblici e nelle Case di cura private per l'applicazione degli standard minimi e massimi delle unità operative (UO) sulla base della popolazione residente, coerentemente con le indicazioni contenute nella bozza di regolamento in discussione in Conferenza Stato Regioni e con le specificità territoriali regionali;
- Lo sviluppo della vocazione degli erogatori privati, non oggetto di riconversione, secondo un'ottica di complementarietà e non di concorrenza rispetto agli erogatori pubblici, supportando la regione nell'abbattimento delle prestazioni a rischio in appropriatezza ("black list") e nel recupero delle prestazioni a rischio di inadeguatezza ("white list") come comunicato nei report forniti dal Ministero della Salute con riferimento all'Assistenza ospedaliera per l'anno 2010, ed infine nel recupero della mobilità passiva, coerentemente con le competenze dimostrate negli anni precedenti;
- La conferma del ruolo nella rete di assistenza ospedaliera degli erogatori pubblici, anche con riferimento alle caratteristiche definite per ciascun nodo della rete dell'Emergenza – Urgenza.

## **Risultati e Crono programma**

- Definizione della procedura di riconversione da parte del Servizio di programmazione sanitaria della Direzione Politiche della Salute entro sei mesi dall'entrata in vigore del regolamento ministeriale per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;
- Sottoscrizione di accordi di riconversione da parte delle strutture private che risulteranno porsi al di sotto dei limiti che saranno imposti dalla normativa nazionale, nei successivi 90 giorni;
- Monitoraggio trimestrale dell'utilizzazione effettiva dei posti letto rimodulati a partire dal primo trimestre successivo alla riconversione;
- Valutazione negativa dell'operato dei Direttori Generali che non provvedano ad adeguare la dotazione di posti letto per disciplina di ciascun presidio ospedaliero pubblico e che risultino inadempienti per almeno due verifiche semestrali consecutive.

## **Indicatori di Risultato**

- Posti letto per 1.000 abitanti con i dettagli: regionale, pubblico, privato, acuti, post acuti;
- Numero accordi sottoscritti;
- Numero strutture ospedaliere riconvertite;
- Scostamento numero posti letto privati riconvertiti vs numero posti letto oggetto di riconversione;
- Numero UU.OO regionali;
- Scostamento UU.OO regionali rispetto agli standard;
- Scostamento posti letto per disciplina rispetto agli standard.

## **Impatto economico**

La remunerazione annuale corrisposta agli erogatori privati per assistenza ospedaliera è fissata al limite massimo pari a 125,2 €/mln per l'anno 2013.

## **Responsabile del procedimento**

Servizio Programmazione Sanitaria

## 3.2 INTERVENTO 2: Rete Emergenza Urgenza

### 3.2.1 AZIONE 1: Programma attuativo per la rete di emergenza urgenza

#### Contesto di riferimento

La Regione Abruzzo, con Decreto commissariale n.11/2013, ha definito il Sistema dell'Emergenza-Urgenza regionale al fine di giungere all'integrazione di tutti i nodi della sua rete costituiti dalle centrali operative 118, dai mezzi dell'emergenza territoriale e dalla rete di strutture dell'emergenza funzionalmente differenziate in Punti di Primo Intervento (PPI), Pronto soccorso Ospedalieri e Dipartimenti di Emergenza Accettazione (DEA).

Come indicato nel Decreto commissariale n.11/2013 nella Regione Abruzzo saranno presenti 4 DEA di I livello (con funzione di *Hub*) corrispondenti ai presidi ospedalieri dei capoluoghi di provincia, 12 sedi di Pronto Soccorso (con funzione di *Spoke*) corrispondenti ai restanti presidi ospedalieri e 5 Punti di Primo Intervento (PPI) rappresentati dagli ex presidi ospedalieri riconvertiti in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) con Deliberazione commissariale n.45/2010. (Figura 8).

Si precisa che il processo di riconversione delle strutture è stato attuato per Casoli, Pescina, Gissi e Tagliacozzo stante, tuttavia, l'obbligo di presenza di Pronto Soccorso previsto con apposita ordinanza del TAR e confermato dal Consiglio di Stato. Il presidio di Guardiagrele, stante le plurime impugnazioni promosse avverso i riferiti provvedimenti del Commissario ad Acta, risulta ancora non riconvertito in PTA e presenta Pronto Soccorso.

Nel triennio del presente Piano, la Regione implementerà le reti assistenziali stroke, IMA e trauma-politrauma, delineate con Decreto commissariale n.11/2013, attraverso il CREA (Comitato regionale Emergenza-Urgenza Abruzzo) istituito presso l' ASR Abruzzo.

Relativamente alla parte territoriale della rete dell'emergenza urgenza, come mostrato nell'ultima tabella della Figura 8, sono presenti 4 Centrali Operative del 118 dislocate nei capoluoghi di provincia e 49 postazioni di cui 30 medicalizzate e 19 non medicalizzate. Con il Decreto commissariale n.11/2013 la Regione intende rimodulare le Centrali Operative 118 passando da 4 ad un'unica Centrale Operativa con sede a L'Aquila. Inoltre, calcolato il fabbisogno di postazioni territoriali, la Regione intende rimodularne il numero (aumentando a 53 il numero di postazioni) ed il posizionamento all'interno delle ASL come mostrato nella tabella Postazioni Territoriali in Figura 8.

Riguardo al sopra citato CREA, con Decreto commissariale n.38/2013 viene modificata la composizione del Comitato Regionale Emergenza-Urgenza Abruzzo stabilendo che sia presieduto dal direttore dell'Agenzia Regionale – ASR Abruzzo e composto dai direttori dei DEA, dai Responsabili delle CC.OO. 118 e dal Dirigente del Servizio competente della Direzione Politiche della Salute. Il CREA assorbirà le funzioni della Struttura Regionale Emergenza sistema 118 (SRES-118) oltre alle funzioni già stabilite con Legge regionale n.05/2008 e dalla Delibera della giunta regionale n.702/2011. Inoltre, compito del CREA sarà l'attività di valutazione e monitoraggio della fase di sperimentazione e finale raggiungimento dell'unica Centrale Operativa 118.

Come indicato nella ricerca pubblicata nel 2013 dall'Agenas, pur essendo diminuito il numero di accessi in pronto soccorso, la percentuale di inappropriately rimane in ogni caso elevata in tutta la nazione. La Regione Abruzzo dal 2010 ha aderito ad una sperimentazione condotta da Agenas che, con la costituzione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) con funzioni di Punti di Primo Intervento (PPI), ha iniziato ad affrontare il problema degli accessi non urgenti ai servizi di emergenza-urgenza. Fondamentale per la Regione sarà proseguire il percorso intrapreso anche alla luce della recente normativa nazionale (L 135/2012) per poter garantire al cittadino la massima accessibilità all'assistenza sanitaria nel *setting* assistenziale appropriato. Tematica approfondita nell'azione sull'Assistenza sanitaria di base (Paragrafo 3.3.6).

#### **Normativa Nazionale**

- DPR 27 marzo 1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante: Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza;
- Linee Guida sul sistema di emergenza sanitaria del Ministero della Sanità GU n. 144 del 1996;
- Schema di regolamento recante: Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'art. 15 comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
- Agenas: Quaderno monotematico della sua rivista Monitor "Assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso".

#### **Disposizioni Regionali**

- LR n.5 del 10 marzo 2008: Piano Sanitario Regionale 2008-2010;
- DCA 45/2010: Razionalizzazione della Rete di assistenza ospedaliera;
- DGR 702/2011: Istituzione del Comitato Regionale Emergenza-Urgenza Abruzzo (CREA);
- DCA 11/2013: Rete dell'emergenza-urgenza della Regione Abruzzo e Reti IMA-STROKE-POLITRAUMA (trauma maggiore) percorso neurochirurgico;
- DCA 38/2013: Integrazione al Decreto commissariale n.11/2013 del 20/02/2013.

Figura 8 – Rete Emergenza – Urgenza

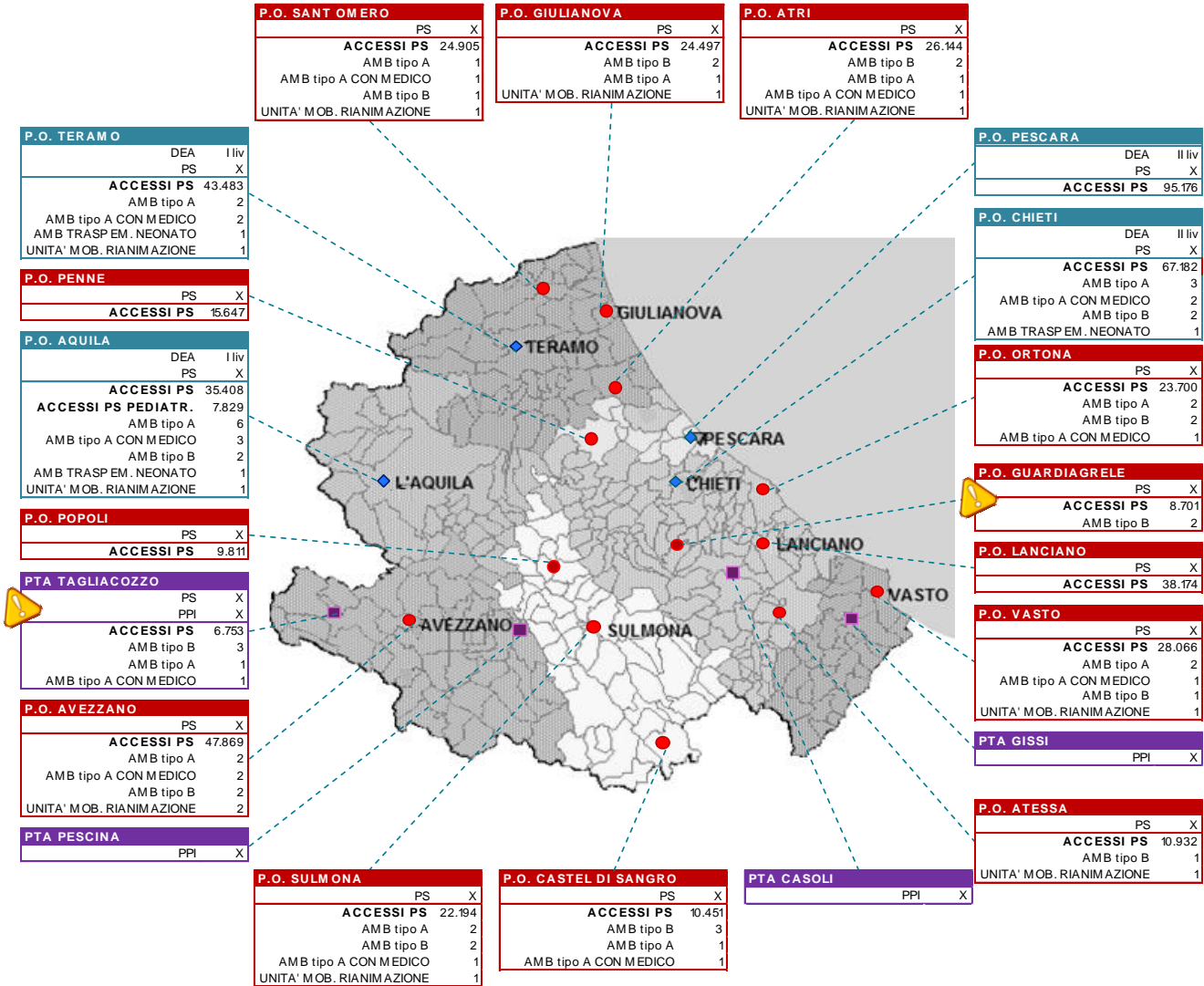
| ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO ANNO 2012 |                   |                |                  |
|--------------------------------------|-------------------|----------------|------------------|
| ASL                                  | STRUTTURE         | ACCESSI        | ACCESSI PEDIATR. |
| 201                                  | P.O. AVEZZANO     | 47.869         | -                |
|                                      | Avezzano          | 35.408         | 7.829            |
|                                      | Sulmona           | 22.194         | -                |
|                                      | L'Aquila          | 10.451         | -                |
|                                      | P.O. TAGLIACOZZO  | 6.753          | -                |
| <b>TOTALE 201</b>                    |                   | <b>122.675</b> | <b>7.829</b>     |
| 202                                  | P.O. CHIETI       | 67.182         | -                |
|                                      | Lanciano          | 38.174         | -                |
|                                      | Vasto             | 28.066         | -                |
|                                      | Chieti            | 23.700         | -                |
|                                      | P.O. ATESSA       | 10.932         | -                |
|                                      | P.O. GUARDIAGRELE | 8.701          | -                |
| <b>TOTALE 202</b>                    |                   | <b>176.755</b> | -                |
| 203                                  | P.O. PESCARA      | 95.176         | -                |
|                                      | Pescara           | 15.647         | -                |
|                                      | P.O. POPOLI       | 9.811          | -                |
| <b>TOTALE 203</b>                    |                   | <b>120.634</b> | -                |
| 204                                  | P.O. TERAMO       | 43.483         | -                |
|                                      | Teramo            | 26.144         | -                |
|                                      | P.O. SANT OMER0   | 24.905         | -                |
|                                      | P.O. GIULIANOVA   | 24.497         | -                |
| <b>TOTALE 204</b>                    |                   | <b>119.029</b> | -                |
| <b>TOTALE ABRUZZO</b>                |                   | <b>539.093</b> | <b>7.829</b>     |

| MEZZI DELLA RETE         |    |
|--------------------------|----|
| ELISOCORSO               | 2  |
| AMB tipo B               | 25 |
| AMB tipo A               | 24 |
| AMB tipo A CON MEDICO    | 16 |
| UNITA' MOB. RIANIMAZIONE | 10 |
| AMB TRASP EM. NEONATO    | 3  |
| AMB PEDIATRICHE          | 0  |

| Postazioni Territoriali postazioni medicalizzate |           |           |                         |  |
|--|-----------|-----------|-------------------------|--|
| ASL  | Att. (A)  | Fabb. (B) | Δ Att. Vs Fabb. (C=B-A) |  |
| 201 Av-Sulm-L'Aq                                 | 11        | 12        | -1                      |  |
| 202 Lan-Va-Chi                                   | 10        | 8         | 2                       |  |
| 203 Pescara                                      | 5         | 5         | 0                       |  |
| 204 Teramo                                       | 4         | 6         | 2                       |  |
| <b>TOT post. Med.</b>                            | <b>30</b> | <b>31</b> | <b>1</b>                |  |

| postazioni non medicalizzate |           |           |                         |  |
|------------------------------|-----------|-----------|-------------------------|--|
| ASL                          | Att. (D)  | Fabb. (E) | Δ Att. Vs Fabb. (F=E-D) |  |
| 201 Av-Sulm-L'Aq             | 1         | 8         | 7                       |  |
| 202 Lan-Va-Chi               | 2         | 5         | 3                       |  |
| 203 Pescara                  | 4         | 4         | 0                       |  |
| 204 Teramo                   | 12        | 5         | -7                      |  |
| <b>TOT post. no Med.</b>     | <b>19</b> | <b>22</b> | <b>3</b>                |  |
| <b>TOTALE</b>                | <b>49</b> | <b>53</b> | <b>4</b>                |  |



Fonte: HSP 11 2012; HSP 24 2012



## Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Attuare le disposizioni contenute nel Decreto commissariale n.11/2013:
  - 4 DEA di I livello con funzioni di *Hub* nei presidi ospedalieri di L'Aquila, Chieti, Pescara e Teramo;
  - 12 Pronto Soccorsi con funzioni di *Spoke* nei rimanenti presidi ospedalieri;
  - 5 PTA con funzioni di PPI;
  - Messa in funzione delle reti IMA-STROKE-POLITRAUMA;
  - Sperimentazione per il raggiungimento di una Centrale Operativa 118 unica;
  - Rimodulazione delle postazioni medicalizzate e non medicalizzate.
- Predisporre le procedure di gara per il suddetto servizio secondo le modalità previste dalla normativa vigente in considerazione della scadenza, alla data del 01.09.2013, del contratto regionale di affidamento del servizio di elisoccorso;
- Completare l'attivazione in ciascun pronto soccorso, così come previsto nel Decreto commissariale n.45/2010, dei posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) che permettano di evitare il ricorso al ricovero per condizioni cliniche per cui è necessario un inquadramento diagnostico o monitoraggio di terapie di breve durata. L'efficacia di tale soluzione organizzativa sta nel migliorare l'appropriatezza del ricovero al momento dell'accettazione del paziente e di osservare, anche tramite tecniche diagnostiche, l'evoluzione nel breve periodo del quadro clinico del paziente. L'OBI garantisce una risposta adeguata a quei pazienti, stimabili in circa il 10%-12% dei complessivi, che non presentano sintomatologie tali né da consentire un'immediata dimissione, né da indurlo direttamente a un ricovero.

I referenti delle aziendali sono chiamati ad elaborare, trimestralmente, una reportistica sugli accessi in pronto soccorso che identifichi i casi che sarebbero dovuti essere appropriatamente trattati attraverso la medicina territoriale, al fine di valutare la possibile elevata in appropriatezza degli accessi e degli eventuali interventi da porre in essere.

## Risultati e Crono programma

- Attuazione delle disposizioni contenute nel Decreto commissariale n.11/2013 e messa in funzione delle reti IMA-STROKE-POLITRAUMA durante il triennio;
- Avvio della fase di sperimentazione entro il 01.01.2014 per l'attivazione dell'unica Centrale operativa 118;
- Rimodulazione delle postazioni medicalizzate e non medicalizzate sia come numero complessivo che all'interno delle stesse ASL entro il 30.06.2014;
- Predisposizione delle procedure di gara per il servizio di elisoccorso secondo le modalità previste dalla normativa vigente;
- Monitoraggio semestrale dell'attività del servizio di elisoccorso a partire dal 01.12.2013;
- Attivazione, da parte delle ASL che non hanno ancora provveduto, dell'OBI entro il 31.12.2013;
- Attività di monitoraggio delle attività erogate in OBI a partire dal 30.06.2014 e con cadenza semestrale;
- Attivazione del sistema di reportistica trimestrale per lo studio degli accessi in pronto soccorso basato anche sulle informazioni contenute nel flusso EMUR dal 01.01.2014.

## Indicatori di Risultato

- Monitoraggio e verifica della coerenza delle reti IMA-STROKE-TRAUMA con le linee guida da DCA 11/2013;
- Numero di presidi ospedalieri in cui è stata attivata l'OBI e numero di posti letto dedicati;
- Rapporto tra il numero di pazienti in OBI e pazienti trasferiti nei reparti di degenza;
- Percentuale di pazienti inseriti nell'OBI rispetto al totale degli accessi al pronto soccorso vs percentuale di pazienti trasferiti nei reparti di degenza rispetto al totale degli accessi al pronto soccorso;

- Confronto tra il numero di pazienti dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI ed il numero di pazienti trasferiti dall'OBI nei reparti di degenza;
- Indicatori base contenuti nella reportistica:
  - Analisi delle tipologie di accessi in pronto soccorso;
  - Numero di accessi potenzialmente inappropriati in PS;
  - Modalità di valutazione dei codici colore in PS;
  - Analisi delle tipologie e numero di accessi in *setting* assistenziali afferenti all'assistenza sanitaria di base.

#### Impatto economico

Non è previsto impatto economico aggiuntivo

#### Responsabile del processo attuativo

Servizio Gestione flussi informativi, mobilità sanitaria, procedure informatiche ed emergenza sanitaria

Agenzia Sanitaria Regionale

## 3.3 INTERVENTO 3: Rete territoriale

### 3.3.1 AZIONE 1: Specialistica ambulatoriale

#### Contesto di riferimento

La Regione Abruzzo, con Decreto commissariale n.67/2012, ha definito il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale per singolo codice prestazione, nei diversi distretti sanitari, individuando successivamente, per ciascuno di essi, il numero massimo di centri di erogazione necessari alla copertura della domanda assistenziale da soddisfare con Decreto commissariale n. 46/2013.

La rilevazione puntuale della domanda di prestazioni consentirà, inoltre, di correlare il fabbisogno al *budget* assegnato a ciascuna ASL e quindi di definire i tetti di spesa a livello di singola struttura pubblica e privata, riferibile a ciascuna prestazione e/o tipologia di prestazione.

Sulla base dei dati disponibili a livello regionale è stato definito un valore procapite della domanda soddisfatta per singola prestazione e per classe d'età e sulla base delle popolazione abruzzese per singolo distretto, si è stimato un fabbisogno pari a 18.979.924 prestazioni di specialistica ambulatoriale, pari a circa 14,1 prestazioni procapite (Tabella 16).

Tabella 16 – Regione Abruzzo Fabbisogno vs Offerta

| Regione Abruzzo          |                   |                   |                    |
|--------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Tipo struttura           | Offerta<br>A      | Fabbisogno<br>B   | Delta<br>C = (B-A) |
| Medicina Nucleare        | 103.745           | 110.238           | 6.494              |
| Diagnostica per immagini | 673.584           | 998.811           | 325.226            |
| Laboratorio              | 14.715.809        | 13.631.926        | -1.083.883         |
| Medicina Fisica e FKT    | 684.758           | 892.537           | 207.779            |
| Odontoiatria             | 25.742            | 57.995            | 32.253             |
| Branche a visita         | 2.714.437         | 3.288.417         | 573.980            |
| <b>Totale</b>            | <b>18.918.075</b> | <b>18.979.924</b> | <b>61.848</b>      |



È stato definito, inoltre che, in ottemperanza all'art. 15, comma 14 del DL 95/2012 – L.135/2012, per l'anno 2013 i budget degli erogatori privati accreditati che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale siano ridotti in misura percentuale e fissati in modo tale da ridurre la spesa complessiva annua rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dell'1% per l'anno 2013 e che la Regione procederà alla riduzione percentuale rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011 del 2% per gli anni 2014 e 2015.

#### **Normativa Nazionale**

- DL 95/2012 – L.135/2012 art.15, comma 14: riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto dei contratti con gli erogatori privati che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale in misura percentuale fissati tali da ridurre la spesa complessiva annua ,rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014;

#### **Disposizioni Regionali**

- DCA 60/2012: Indirizzi Regionali per la Redazione degli Strumenti di Programmazione delle Aziende Sanitarie Locali 2013-2015;
- DCA 67/2012: definizione del fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale 2013-2015: diagnostica per immagini, laboratorio, medicina nucleare, medicina fisica ed fkt, odontoiatria e branche a visita;
- DCA 47/2012 e 9/2013: applicazione regionale DL 95/2012 – L.135/2012 tetti strutture di specialistica ambulatoriale private accreditate;
- DCA 46/2013: riorganizzazione della rete territoriale dei servizi di assistenza specialistica ambulatoriale. Disposizione per la localizzazione e per l'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture.

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende potenziare la rete di offerta di specialistica ambulatoriale al fine di adeguare l'offerta al fabbisogno stimato attraverso:

- Il potenziamento dell'attuale offerta pubblica promuovendo l'aumento della produttività nei presidi ospedalieri e negli ambulatori pubblici poiché, con la dotazione di personale e apparecchiature attuali è ragionevole attendersi livelli di assistenza maggiori degli attuali;
- L'ampliamento dell'attuale offerta privata, laddove il su richiamato aumento di produttività non arrivi a coprire il fabbisogno stimato, secondo quanto definito con Decreto Commissariale n.67/2012.

Si specifica che dall'incremento della produttività potrà conseguire anche l'aumento delle entrate da ticket e quota di compartecipazione pari 10 € a ricetta previste per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, anche in considerazione del fatto che sarà possibile recuperare la buona parte delle prestazioni che vengono soddisfatte in regime privato - solvente.

#### **Risultati e Crono programma**

- Realizzazione di un censimento entro il 30.11.2013 da parte di ciascuna Azienda sanitaria di tutte le variabili produttive impiegate presso ciascun presidio e ambulatorio pubblico per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Si specifica che in caso di mancata realizzazione del censimento entro la suddetta scadenza, il Servizio Assistenza Ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa protesica e termale della Direzione delle Politiche della Salute, procederà alla diffida formale del Direttore Generale inadempiente. Detto censimento dovrà presentare la specificazione dei seguenti indicatori:
  - Numero grandi apparecchiature;
  - Numero Professionisti in servizio;
  - Ore per singolo professionista dedicate alle visite e/o esami con specificazione di attività istituzionale e intramuraria;

- Numero di prestazioni/die per singola apparecchiatura con specificazione di attività istituzionale e intramuraria;
  - Numero di visite/ora per singolo Professionista con specificazione di attività istituzionale e intramuraria.
- Definizione della procedura regionale con la quale si procederà all'autorizzazione delle strutture di specialistica ambulatoriale per singolo distretto sanitario di base e per tipologia di struttura e/o apparecchiatura entro il 30.07.2013;
  - Concessione di autorizzazioni compatibili con il fabbisogno per Asl e distretto nel limite massimo di quanto definito con DCA 67/2012 e sulla base della procedura sopra richiamata.

#### **Indicatori di Risultato**

- Confronto produttività nei presidi e ambulatori pubblici sulla base di una classifica regionale;
- Numero autorizzazioni concesse per Asl, distretto e tipologia di struttura e/o apparecchiatura negli anni 2013, 2014 e 2015;
- Verifica con cadenza annuale del livello di produttività presso ciascun presidio e ambulatorio pubblico;
- Verifica con cadenza annuale della corrispondenza tra il fabbisogno da soddisfare fino al raggiungimento del fabbisogno programmato.

#### **Impatto economico**

L'impatto relativo all'incremento della produttività nei presidi e ambulatori pubblici e all'incremento delle entrate da ticket e quota di compartecipazione 10 € a ricetta non è al momento valorizzabile.

Le nuove attivazioni non avranno alcun costo per il SSR in quanto si tratterà esclusivamente di nuove autorizzazioni e non di accreditamenti.

La remunerazione annuale corrisposta agli erogatori privati per assistenza specialistica ambulatoriale è fissata al limite massimo pari a 29,9 €/mln per l'anno 2013 e 29,6 €/mln per gli anni 2014 e 2015.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Programmazione Sanitaria

Servizio Assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa protesica e termale

### **3.3.2 AZIONE 2: Rete Laboratoristica**

#### **Contesto di riferimento**

Il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori sia privati accreditati che pubblici della Regione Abruzzo è ormai in avanzata fase di realizzazione.

Il processo di riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori privati è stata avviata con il Decreto commissariale n.11/2011 che ha previsto la creazione dei Consorzi/ATI come nuove modalità di aggregazione disciplinate secondo le regole del vigente Codice Civile. Tali nuove entità sono caratterizzate da un'articolazione organizzativa che pone come nodo centrale un laboratorio centralizzato o "core-lab" e come nodi periferici, una rete di "punti prelievo". Con i Decreti commissariali n.61/2011 e n.62/2012 sono stati costituiti 9 Consorzi/ATI che raggruppano 45 laboratori analisi privati. La definitiva autonomia organizzativa e l'accreditamento di ciascun Consorzio/ATI, è condizionata dalla conclusione dei procedimenti autorizzativi dei Core Lab e dei punti prelievo ad oggi in corso da parte dei competenti Comuni.

Con Decreto commissariale n.48/2012, in osservanza a quanto stabilito nel Programma Operativo 2011-2012, si è preso atto della riorganizzazione della rete pubblica dei laboratori analisi, demandando alle Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio la definizione dei processi di

riconversione dei laboratori *spoke* pubblici nonché l'adozione di nuove modalità organizzative della rete attraverso meccanismi di coordinamento tra nodi, dei flussi della logistica tra i nodi *hub* e i nodi *spoke* e dei meccanismi di condivisione delle richieste, dei risultati e dei referti con un unico sistema informativo dedicato che rilevi i dati sia sulle strutture e sui costi, che sulla produzione e sui consumi.

#### **Normativa Nazionale**

- Art.1, comma 796, lett. o) della L.27/12/2006 n.296, dalle “Linee di indirizzo per la riorganizzazione dei servizi di medicina di laboratorio nel Servizio Sanitario Nazionale” a cura dell’Agenas e del Ministero della Salute
- Accordo Stato/Regioni del 23/03/2011.

#### **Disposizioni Regionali**

- DCA 11/2011: Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori analisi privati. integrazione manuali di autorizzazione ed accreditamento di cui alla deliberazione GR 591/P del 01.07.2008 come successivamente modificati ed integrati con deliberazione commissariale n. 36/09 del 01 giugno 2009 ed ulteriori Disposizioni;
- DCA 61/2011: Modifiche e integrazioni al manuale di autorizzazione di cui al DGR 591/P del 01.07.2008 ed al DCA 36/2009 (Scheda 5.9 Servizi di Medicina di Laboratorio (Laboratorio analisi e Anatomia Patologica) e Punto prelievo esterno);
- DCA 62/2011: Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori analisi privati di cui al Decreto Commissariale n. 11/2011 del 29/03/2011 approvazione delle domande ammesse alla riorganizzazione ed ulteriori provvedimenti;
- DCA 48/2012: Riorganizzazione della rete pubblica dei laboratori analisi intervento 9 del Programma Operativo 2010: azioni 1 “Identificazione dei laboratori *hub* e *spoke* pubblici” e 2 “Riconversione dei laboratori *spoke* pubblici”.

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione, a conclusione dei processi di riorganizzazione dei laboratori, intende:

- Definire gli accordi contrattuali con i neo costituiti Consorzi dei laboratori analisi privati provvisoriamente accreditati (di cui al Decreto commissariale n.11/2011 e ss.mm.ii);
- Mettere in atto azioni che portino gradualmente a raggiungere una soglia minima annua di attività pari a 200.000 esami, al fine di un miglioramento continuo della qualità dei laboratori privati e sempre in coerenza con quanto definito nel Decreto commissariale 11/2011;
- Implementare, anche in collaborazione con il competente Servizio regionale dei flussi informativi, il processo di monitoraggio delle attività della rete dei laboratori analisi pubblici mediante la raccolta dei dati delle prestazioni erogate da ogni singolo nodo, sia centrale che periferico, trasmessi dalle competenti Aziende sanitarie.

#### **Risultati e Crono programma**

- Sottoscrizione del primo accordo contrattuale con i consorzi successivamente al relativo accreditamento;
- Sottoscrizione dei successivi accordi contrattuali entro il 31 maggio di ciascun anno di competenza;
- Indicazione negli accordi contrattuali del raggiungimento graduale di una soglia minima annua di attività pari a 200.000 esami di laboratorio. Tale soglia minima dovrà essere raggiunta entro tre anni di attività partendo da una soglia minima di 100.000 esami di laboratorio complessivi per anno;
- Acquisizione, da parte delle competenti Aziende USL regionali, dei dati delle prestazioni erogate da ogni singolo nodo, sia centrale che periferico entro il 45° giorno successivo all’anno di riferimento per le attività espletate rispettivamente negli anni successivi.

#### **Indicatori di Risultato**

- Rispetto della soglia minima di prestazioni pari a 100.000 per il primo anno ed il raggiungimento delle 200.000 prestazioni nei successivi tre anni;
- Monitoraggio delle prestazioni della rete dei laboratori analisi pubblici entro il 45° giorno successivo all'anno di riferimento per le attività espletate rispettivamente negli anni 2013, 2014 e 2015).

#### **Impatto economico**

L'impatto economico dell'obiettivo inerente la riorganizzazione dei laboratori analisi privati è in linea con quanto stabilito dall'azione di riduzione della spesa complessiva annua per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale di cui all'azione sulla specialistica ambulatoriale (Paragrafo 3.3.1).

La rimodulazione/razionalizzazione dei costi dei servizi coinvolti, conseguentemente alla conclusione tutti i processi di riorganizzazione della rete pubblica dei laboratori analisi demandati alle Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio, ed in particolare alla riconversione dei laboratori *spoke* pubblici non è ad oggi stimabile.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Assistenza specialistica Ambulatoriale, riabilitativa, protesica e termale

### **3.3.3 AZIONE 3: Residenzialità e Semiresidenzialità**

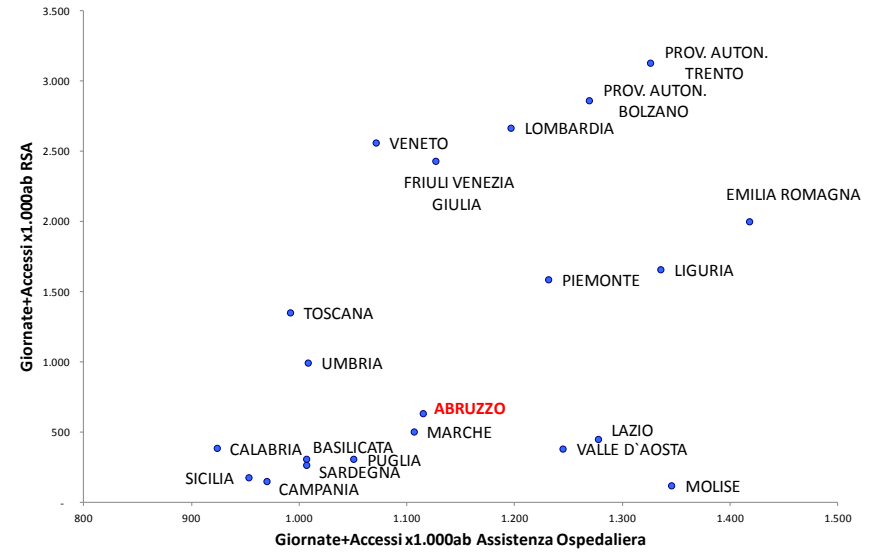
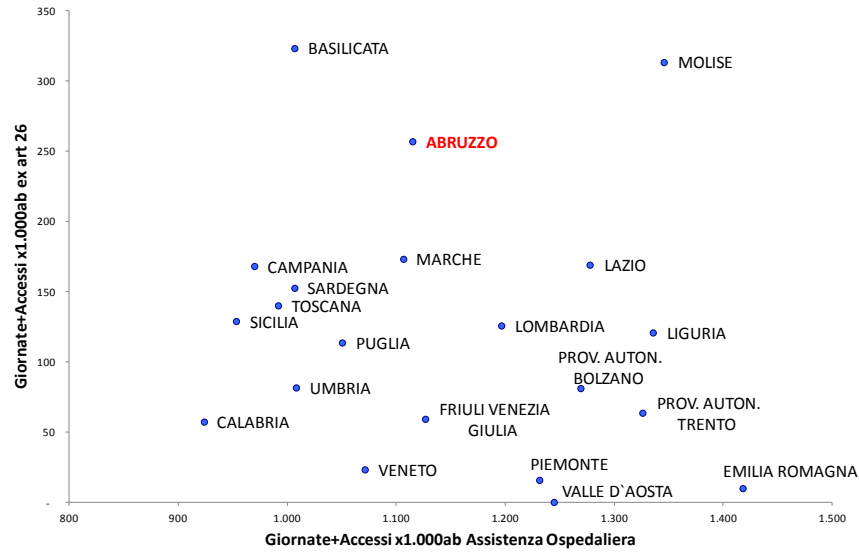
#### **Contesto di riferimento**

Come già indicato nell'intervento sulla Rete Ospedaliera, l'offerta territoriale complessivamente considerata risulta sufficientemente adeguata alla popolazione abruzzese; da un confronto nazionale, infatti, risulta che la Regione Abruzzo vede un numero di giornate di degenza ed accessi per 1.000 abitanti in strutture territoriali, comprensiva di assistenza domiciliare, rispetto a quelle erogate in regime ospedaliero sostanzialmente equilibrato, pressoché in linea con la Regione Marche (Figura 9).

La rete di offerta residenziale e semiresidenziale abruzzese è caratterizzata da una maggiore offerta di posti letto per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale e da una minore offerta di posti letto per l'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti. Va sottolineato che anche l'assistenza a domicilio non è sufficientemente sviluppata pertanto, un piano integrato di assistenza, dovrà prevedere lo sviluppo a livello capillare sul territorio di tale tipologia di assistenza a basso costo per il SSR.

Rispetto alle altre regioni, infatti, la Regione Abruzzo conta un numero di giornate di degenza ed accessi per 1.000 abitanti in strutture di riabilitazione ex art.26 (pari a 257) rispetto a quelle erogate in regime ospedaliero superiore alle altre regioni, ad eccezione di Basilicata e Molise; mentre il numero di giornate di degenza ed accessi per 1.000 abitanti in strutture di assistenza agli anziani (RSA) (pari a 663) è inferiore rispetto ad altre regioni, soprattutto a quelle prese come riferimento. (Figura 9).

Figura 9 – Confronto regionale: Assistenza territoriale vs Assistenza ospedaliera



Al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti e di potenziare la rete esistente, la Regione Abruzzo, con Decreto commissariale n.52 del 11.10.2012, ha determinato il fabbisogno assistenziale residenziale e semiresidenziale regionale relativo alle aree degli anziani e demenze, disabilità-riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche, pari a 6.936 posti letto complessivi.

In Tabella 17 si riporta il numero di posti letto da fabbisogno stimato con Decreto commissariale n.52/2012 dettagliato per ciascuna tipologia di assistenza. Dal confronto tra i dati del fabbisogno ed i posti letto provvisoriamente accreditati ed autorizzati emergono delle condizioni eterogenee tra i singoli livelli di assistenza. In particolare si sottolineano le seguenti evidenze:

- Una minore offerta di posti letto per l'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti;
- Una maggiore offerta di posti letto per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale;
- Un numero di posti letto per 10.000 abitanti per la salute mentale pari a 4 a fronte di un fabbisogno definito a livello nazionale di 2 posti letto per 10.000 abitanti <sup>6</sup>;
- L'assenza di posti letto per le dipendenze patologiche a fronte di un fabbisogno pari a 425 posti letto.

Per la trattazione di ciascuno dei precedenti punti, si rimanda a quanto verrà dettagliato nei paragrafi che seguono in cui viene effettuata una trattazione per tipologia di assistenza.

Tabella 17 – Prospetto del fabbisogno regionale di posti letto per la residenzialità e semiresidenzialità (Decreto commissariale n.52/2012)

| Fabbisogno di posti letto per la residenzialità e semiresidenzialità |  |                                  |                              |                |               |              |
|--|--|----------------------------------|------------------------------|----------------|---------------|--------------|
| Tipologia assistenza   | Tipologia struttura  | PL ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila | PL ASL Chieti-Lanciano-Vasto | PL ASL Pescara | PL ASL Teramo | PL Totale    |
| <b>Anziani non autosufficienti</b>                                   | Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) demenze                                    | 106                              | 139                          | 108            | 103           | 456          |
|  | Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) anziani                                    | 205                              | 269                          | 210            | 200           | 884          |
|  | Residenze protette anziani   | 628                              | 824                          | 643            | 613           | 2.708        |
|  | Semiresidenze anziani  | 46                               | 61                           | 48             | 45            | 200          |
|  | Semiresidenze demenze  | 46                               | 61                           | 48             | 45            | 200          |
| <b>Totale Anziani non autosufficienti</b>                            |  | <b>1.031</b>                     | <b>1.354</b>                 | <b>1.057</b>   | <b>1.006</b>  | <b>4.448</b> |
| <b>Disabilità e riabilitazione</b>                                   | Riabilitazione intensiva   | 46                               | 60                           | 48             | 47            | 201          |
|  | Riabilitazione estensiva   | 109                              | 139                          | 113            | 109           | 470          |
|  | USAP   | 15                               | 20                           | 16             | 16            | 67           |
|  | RSA disabili   | 46                               | 60                           | 48             | 47            | 201          |
|  | Residenze protette disabili  | 68                               | 87                           | 71             | 69            | 295          |
|  | Residenze minorazioni plurisensoriali dell'età evolutiva                           |                                  |                              |                | 15            | 15           |
|  | Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva |                                  |                              |                | 25            | 25           |
|  | Semiresidenze disabili   | 90                               | 90                           | 90             | 90            | 360          |
| Centro diurno per lo spettro autistico                               | 40   | 40                               | 40                           | 40             | 160           |              |
| <b>Totale Disabilità e riabilitazione</b>                            |  | <b>454</b>                       | <b>496</b>                   | <b>426</b>     | <b>418</b>    | <b>1.794</b> |
| <b>Salute Mentale</b>  | Residenze riabilitative psichiatriche per la post acuzie                           | 19                               | 24                           | 19             | 19            | 81           |
|  | Casa famiglia  | 15                               | 20                           | 16             | 16            | 67           |
|  | Gruppi appartamento di convivenza  | 11                               | 14                           | 11             | 11            | 47           |
|  | Residenze protette   | 17                               | 22                           | 18             | 17            | 74           |
| <b>Totale Salute Mentale</b>   |  | <b>62</b>                        | <b>80</b>                    | <b>64</b>      | <b>63</b>     | <b>269</b>   |
| <b>Dipendenze Patologiche</b>  | Comunità doppia diagnosi   | 15                               | 15                           | 20             | 15            | 65           |
|  | Comunità prima accoglienza   | 15                               | 15                           | 20             | 15            | 65           |
|  | Comunità terapeutica riabilitativa   | 35                               | 35                           | 40             | 40            | 150          |
|  | Comunità terapeutica riabilitativa semiresidenziale (8-12 ore)                     | 10                               | 10                           | 20             | 10            | 50           |
|  | Comunità terapeutica riabilitativa semiresidenziale (3-6 ore)                      | 10                               | 10                           | 20             | 10            | 50           |
| Comunità educativa assistenziale                                     | 15   | 15                               | -                            | 15             | 45            |              |
| <b>Totale Dipendenze patologiche</b>                                 |  | <b>100</b>                       | <b>100</b>                   | <b>120</b>     | <b>105</b>    | <b>425</b>   |
| <b>Totale Assistenza residenziale e semiresidenziale</b>             |  | <b>1.647</b>                     | <b>2.030</b>                 | <b>1.667</b>   | <b>1.592</b>  | <b>6.936</b> |

<sup>6</sup> Progetto obiettivo "tutela salute mentale 1998-2000 - 1° novembre 1999 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999)

La razionalizzazione della rete di assistenza territoriale proseguirà con la riorganizzazione dell'attuale rete di offerta relativa alle prestazioni residenziali e semiresidenziali sulla base del fabbisogno determinato attraverso le seguenti procedure riportate in ordine di priorità:

- la rivalutazione da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale dei pazienti ospitati presso le strutture residenziali;
- la riconversione di strutture di assistenza territoriale in eccesso rispetto al fabbisogno di cui sopra in strutture per l'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti o in strutture per le dipendenze patologiche;
- la riconversione di strutture per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale in strutture per l'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti o in strutture per le dipendenze patologiche;
- l'attivazione ex novo di strutture per l'assistenza territoriale per la parte di fabbisogno non coperto attraverso il processo di riconversione e dall'attività erogata dalle strutture pubbliche.

Sarà prevista altresì l'introduzione e/o rimodulazione delle quote di compartecipazione (per le prestazioni per le quali si prevede tale compartecipazione) del cittadino o del Comune di residenza con percentuali variabili rispetto alla tariffa individuata per tipologia di struttura, come previsto dal DPCM 29.11.2001.

#### **Normativa Nazionale**

- DPCM 29.11.2001: definizione dei livelli di assistenza;
- Progetto "Mattone 12": prestazioni residenziali e semiresidenziali.

#### **Disposizioni Regionali**

- DGR 887/2001: tariffe relative all'assistenza psichiatrica;
- DGR 661/2002 modificazione alla DGR 2502/99 avente ad oggetto: Fissazione delle diarie da corrispondere per soggiorni in RSA;
- DGR 662/2002: modificazione alla DGR 1929/97 avente ad oggetto: Adeguamento delle rette delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) che svolgono attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali;
- DGR 671/2002: approvazione tariffe per prestazioni rese ad utenti e residenti e non residenti nella Regione – ex art.26 L 883/78;
- LR n.5 del 10 marzo 2008: Piano Sanitario Regionale 2008-2010;
- DCA 66/2009: adozione le Linee Guida Regionali U.V.M. per l'accesso al sistema residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare ed extramurale di riabilitazione ex art.26 L. 833/78 e medicina riabilitativa cod. 56, alle Strutture Residenziali Psichiatriche e alle Strutture Residenziali e Semiresidenziali per anziani non autosufficienti;
- DCA 52/2012: determinazione del fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale della Regione Abruzzo per la non autosufficienza, disabilità, riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche;
- DCA 60/2012: Indirizzi Regionali per la Redazione degli Strumenti di Programmazione delle Aziende Sanitarie Locali 2013-2015;
- DCA 2/2013: Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni in residenze sanitarie assistenziali (RSA) erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2013;
- DCA 3/2013: Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni in residenze sanitarie assistenziali (RA) erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2013;
- DCA 5/2013: Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni in residenze sanitarie psicoriabilitative erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2013;

- DCA 51/2013 e DCA 65/2013: Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete delle strutture provvisoriamente accreditata per l'erogazione di prestazioni riabilitative ex art.26 L.833/78 - Anno 2013. Modifica tetti di spesa fissati con D.C. n.51/2013.

### 3.3.3.1 Azione 3.1: Anziani non autosufficienti

#### Contesto di riferimento

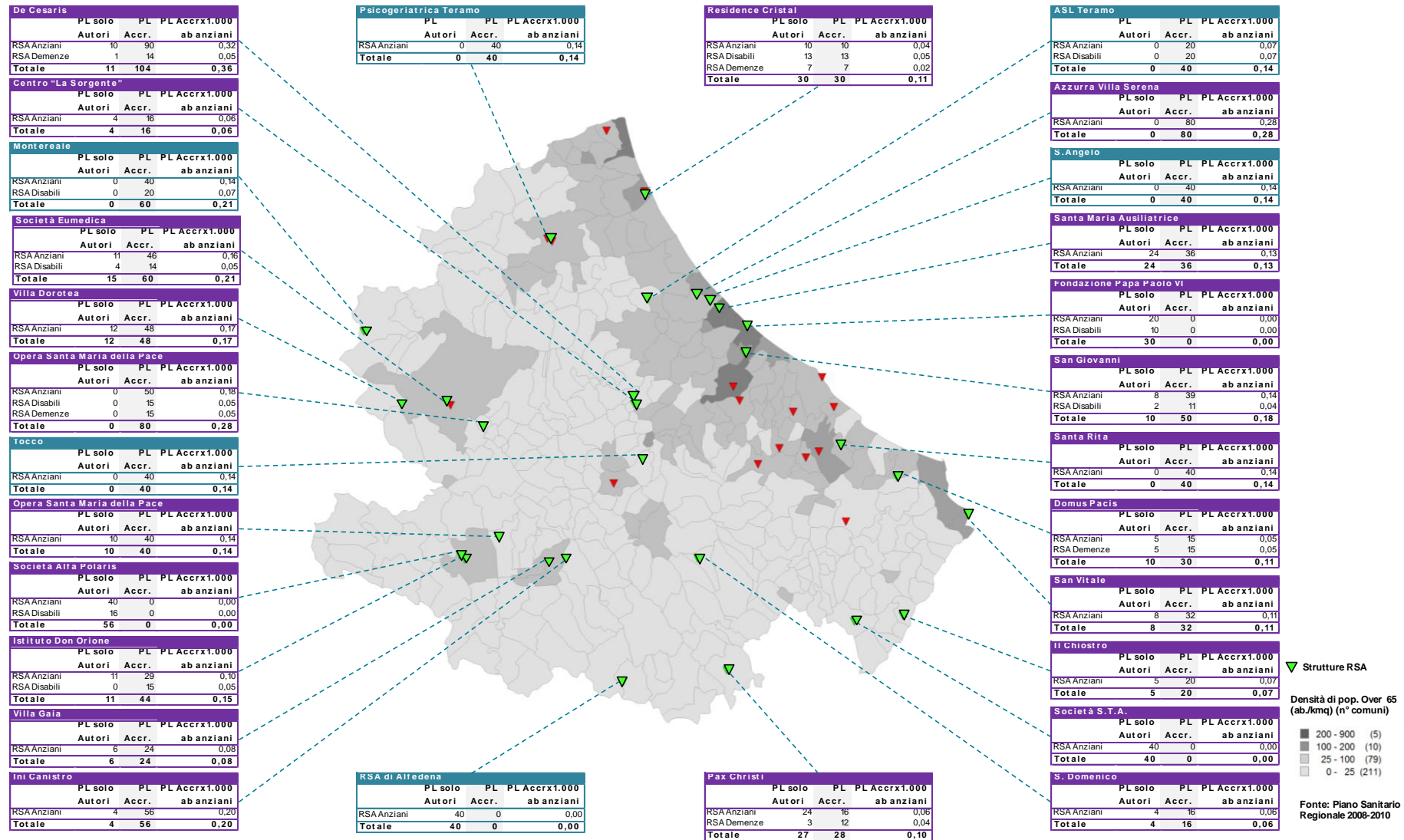
La rete di offerta regionale per assistenza agli anziani non autosufficienti è caratterizzata da:

- Maggiore presenza di erogatori privati rispetto al pubblico;
- Carenze particolarmente rilevante di offerta residenziale RSA demenza, Residenze Protette e semiresidenziale;
- Sistema tariffario delle prestazioni residenziali da aggiornare secondo le modalità previste nella Legge Regionale n.5/2010;
- Domanda di salute verso questi *setting* assistenziali potenzialmente in incremento correlata all'incremento delle malattie cronico – degenerative ed invalidanti derivante dall'aumento costante della popolazione anziana abruzzese.

Di seguito è riportata la mappa (Figura 10), per densità di popolazione over 65 per comune, con la georeferenziazione delle strutture RSA e Residenze Protette che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali ad anziani non autosufficienti e affetti da demenza con indicazione per ciascun erogatore del numero di posti letto per tipologia di assistenza ed indicazione dell'indicatore posti letto per 1.000 abitanti anziani.



Figura 10 – Rete residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti o affetti da demenza



| I.P.A.B. Casa di Riposo "De Benedictis" |          |            |               |
|---|----------|------------|---------------|
|   | PL solo  | PL         | PL Accrx1.000 |
|   | Autori   | Accr.      | ab anziani    |
| RA                                      | 0        | 142        | 0,50          |
| <b>Totale</b>                           | <b>0</b> | <b>142</b> | <b>0,50</b>   |

| City Residence |          |           |               |
|----------------|----------|-----------|---------------|
|                | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|                | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA             | 0        | 24        | 0,08          |
| <b>Totale</b>  | <b>0</b> | <b>24</b> | <b>0,08</b>   |

| I.P.A.B. Casa di Riposo "F. Alessandrini" |          |           |               |
|---|----------|-----------|---------------|
|   | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|   | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA  | 0        | 73        | 0,26          |
| <b>Totale</b>                             | <b>0</b> | <b>73</b> | <b>0,26</b>   |

| Il Castello   |          |           |               |
|---------------|----------|-----------|---------------|
|               | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|               | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA            | 0        | 43        | 0,15          |
| <b>Totale</b> | <b>0</b> | <b>43</b> | <b>0,15</b>   |

| Residence Cristal |          |           |               |
|-------------------|----------|-----------|---------------|
|                   | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|                   | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                | 0        | 30        | 0,11          |
| <b>Totale</b>     | <b>0</b> | <b>30</b> | <b>0,11</b>   |

| Casa di sollievo "Figlie di San Camillo" |          |           |               |
|--|----------|-----------|---------------|
|  | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|  | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                                       | 0        | 40        | 0,14          |
| <b>Totale</b>                            | <b>0</b> | <b>40</b> | <b>0,14</b>   |

| I.P.A.B. "San Giovanni Battista" |          |            |               |
|----------------------------------|----------|------------|---------------|
|                                  | PL solo  | PL         | PL Accrx1.000 |
|                                  | Autori   | Accr.      | ab anziani    |
| RA                               | 0        | 198        | 0,69          |
| <b>Totale</b>                    | <b>0</b> | <b>198</b> | <b>0,69</b>   |

| Residence per anziani "La casa del sole" |          |           |               |
|--|----------|-----------|---------------|
|  | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|  | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                                       | 0        | 50        | 0,18          |
| <b>Totale</b>                            | <b>0</b> | <b>50</b> | <b>0,18</b>   |

| T. Berardi    |          |           |               |
|---------------|----------|-----------|---------------|
|               | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|               | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA            | 0        | 80        | 0,28          |
| <b>Totale</b> | <b>0</b> | <b>80</b> | <b>0,28</b>   |

| Residenza Assistenziale Anziani ex ONPI |          |           |               |
|---|----------|-----------|---------------|
|   | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|   | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                                      | 0        | 40        | 0,14          |
| <b>Totale</b>                           | <b>0</b> | <b>40</b> | <b>0,14</b>   |

| Istituto Sacri Cuori R.A. "C. Ciampoli" |          |           |               |
|---|----------|-----------|---------------|
|   | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|   | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                                      | 0        | 25        | 0,09          |
| <b>Totale</b>                           | <b>0</b> | <b>25</b> | <b>0,09</b>   |

| Residenza Il Giardino spa |          |           |               |
|---------------------------|----------|-----------|---------------|
|                           | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|                           | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                        | 0        | 63        | 0,22          |
| <b>Totale</b>             | <b>0</b> | <b>63</b> | <b>0,22</b>   |

| Istituto Sacri Cuori R.A. "M. Assunta" |          |           |               |
|--|----------|-----------|---------------|
|  | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|  | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                                     | 0        | 35        | 0,12          |
| <b>Totale</b>                          | <b>0</b> | <b>35</b> | <b>0,12</b>   |

| Centro residenziale anziani "Sen. G. Borrelli" |          |           |               |
|--|----------|-----------|---------------|
|  | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|  | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA   | 0        | 25        | 0,09          |
| <b>Totale</b>                                  | <b>0</b> | <b>25</b> | <b>0,09</b>   |

| Casa religiosa Antoniano |          |           |               |
|--------------------------|----------|-----------|---------------|
|                          | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|                          | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                       | 0        | 60        | 0,21          |
| <b>Totale</b>            | <b>0</b> | <b>60</b> | <b>0,21</b>   |

| Coop. Sociale Ari Fraternitas |          |           |               |
|-------------------------------|----------|-----------|---------------|
|                               | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|                               | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                            | 0        | 30        | 0,11          |
| <b>Totale</b>                 | <b>0</b> | <b>30</b> | <b>0,11</b>   |

| Piccolo rifugio La Cicala |          |           |               |
|---------------------------|----------|-----------|---------------|
|                           | PL solo  | PL        | PL Accrx1.000 |
|                           | Autori   | Accr.     | ab anziani    |
| RA                        | 0        | 48        | 0,17          |
| <b>Totale</b>             | <b>0</b> | <b>48</b> | <b>0,17</b>   |



▼ Strutture RA

Densità di pop. Over 65 (ab./kmq) (n° comuni)

- 200 - 900 (5)
- 100 - 200 (10)
- 25 - 100 (79)
- 0 - 25 (211)

Fonte: Piano Sanitario Regionale 2008-2010

Relativamente all'offerta RSA anziani, RSA demenze e Residenze Protette, attualmente risultano provvisoriamente accreditati 1.952 posti letto ed esclusivamente autorizzati 352 per un totale di 2.304 posti letto. Complessivamente, rispetto all'offerta attuale, rispetto al fabbisogno definito pari a 4.448 posti letto con Decreto commissariale n.52/2012 risultano da attivare in totale 2.144 posti letto, di cui 643 nell'Asl di Teramo, 619 nell'Asl di Pescara, 448 nell'Asl di Lanciano Vasto Chieti e 434 nell'Asl di Avezzano Sulmona L'Aquila (Tabella 18).

Tabella 18 – Posti letto da attivare o disattivare rispetto al fabbisogno stimato per strutture residenziali e semiresidenziale per anziani non autosufficienti o affetti da demenza

| Regione Abruzzo - Delta offerta vs fabbisogno regionale |                         |                    |                    |                             |               |
|---|-------------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|---------------|
| Tipologia struttura                                     | PL solo autorizzati (A) | PL accreditati (B) | PL Totali (C= A+B) | PL fabbisogno DCA 52/12 (D) | Delta (E=D-C) |
| RSA demenze   |                         |                    |                    | 456                         |               |
| RSA anziani   | 312                     | 946                | 1.258              | 884                         | 82            |
| Residenze protette anziani                              | 40                      | 1.006              | 1.046              | 2.708                       | 1.662         |
| Semiresidenziale demenze                                | -                       | -                  | -                  | 200                         | 200           |
| Semiresidenziale anziani                                | -                       | -                  | -                  | 200                         | 200           |
| <b>Totale RSA e RP</b>                                  | <b>352</b>              | <b>1.952</b>       | <b>2.304</b>       | <b>4.448</b>                | <b>2.144</b>  |

Fonte: Dati regionali - PSR 2008-2010; DCA 43/2013

| Regione Abruzzo - Delta offerta vs fabbisogno per Asl |                           |                           |                     |                     |                              |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|
| Tipologia struttura                                   | PL Fabb. ASL AV/SU/AQ (A) | PL Fabb. ASL LA/VA/CH (B) | PL Fabb. ASL PE (C) | PL Fabb. ASL TE (D) | PL Fabb. Totali (E= A+B+C+D) |
| RSA demenze   | 106                       | 139                       | 108                 | 103                 | 456                          |
| RSA anziani   | 205                       | 269                       | 210                 | 200                 | 884                          |
| Residenze protette anziani                            | 628                       | 824                       | 643                 | 613                 | 2.708                        |
| Semiresidenziale demenze                              | 46                        | 61                        | 48                  | 45                  | 200                          |
| Semiresidenziale anziani                              | 46                        | 61                        | 48                  | 45                  | 200                          |
| <b>Totale RSA e RP</b>                                | <b>1.031</b>              | <b>1.354</b>              | <b>1.057</b>        | <b>1.006</b>        | <b>4.448</b>                 |
| <b>Totale offerta attuale</b>                         | <b>597</b>                | <b>906</b>                | <b>438</b>          | <b>363</b>          | <b>2.304</b>                 |
| ... di cui RSA  | 557                       | 272                       | 375                 | 94                  | 1.298                        |
| ... di cui RP   | 40                        | 634                       | 63                  | 269                 | 1.006                        |
| <b>Delta offerta vs fabbisogno</b>                    | <b>434</b>                | <b>448</b>                | <b>619</b>          | <b>643</b>          | <b>2.144</b>                 |

Fonte: DCA 52/12

### Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Predisporre un piano di riconversione e/o di rimodulazione delle strutture per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale, in strutture territoriali atte alla cura di pazienti anziani non autosufficienti;
- A valle del processo descritto, procedere all'aggiornamento delle tariffe per prestazioni di assistenza agli anziani, coerentemente con il percorso delineato ai sensi del D.Lgs. 502/92 relativamente ai costi standard di produzione e secondo le modalità stabilite dalla Legge Regionale n.5/2010.

Al fine di poter monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra esposti, avere sempre presente i cambiamenti che avvengono in tutta la rete e comprendere tempestivamente le esigenze che emergono assicurando risposte appropriate, la Regione si pone come obiettivo il rafforzamento dei controlli relativi al rispetto delle scadenze d'invio e la verifica della completezza ed attendibilità dei dati relativi al flusso ministeriale dedicato "Flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale" (FAR).

## Risultati e Crono programma

- Definizione di una procedura di riconversione da parte del Servizio di Programmazione Sanitaria della Direzione Politiche della Salute attraverso Decreto commissariale entro il 31.10.2013 nel quale sarà altresì previsto un piano di attivazione delle strutture da parte di ciascuna Asl con indicazione di:
  - Numero e tipologia posti letto da attivare;
  - Coerenza rispetto al fabbisogno;
- Sottoscrizione accordi di riconversione da parte delle strutture private che aderiscono alla procedura di riconversione entro il 31.01.2014;
- Completamento dell'aggiornamento delle tariffe entro il 31.12.2014
- Applicazione delle nuove tariffe a partire dal 01.01.2015 per tutte le strutture accreditate con il SSR che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali agli anziani;
- Controllo del miglioramento del grado di copertura del flusso informativo ministeriale per il monitoraggio dell'assistenza residenziale (FAR) relativamente alle prestazioni erogate, coerentemente con quanto previsto da NSIS (cadenza trimestrale).

## Indicatori di Risultato

- Numero posti letto attivati per tipologia (di cui pubblico/privato) vs posti letto fabbisogno nel triennio 2013-2015;
- Verifica con cadenza annuale della corrispondenza tra il fabbisogno da soddisfare fino al raggiungimento del fabbisogno programmato.

## Impatto economico

Una stima puntuale dell'impatto economico sarà possibile solo al termine delle procedure di riconversione. In ogni caso non sono previsti costi aggiuntivi ma solo eventuali risparmi dovuti all'aggiornamento delle tariffe e dello *shift* tra tariffe che non prevedono quota di compartecipazione a tariffe in cui è presente.

## Responsabile del processo attuativo

Servizio Programmazione Sanitaria

### 3.3.3.2 Azione 3.2: Disabilità e Riabilitazione

#### Contesto di riferimento

Come richiamato nell'Allegato 1 - Decreto Commissariale 52/2012 (pag. 14 e ss), la Regione Abruzzo presenta una rete di offerta per assistenza alle disabilità – riabilitazione (Figura 11) caratterizzata da:

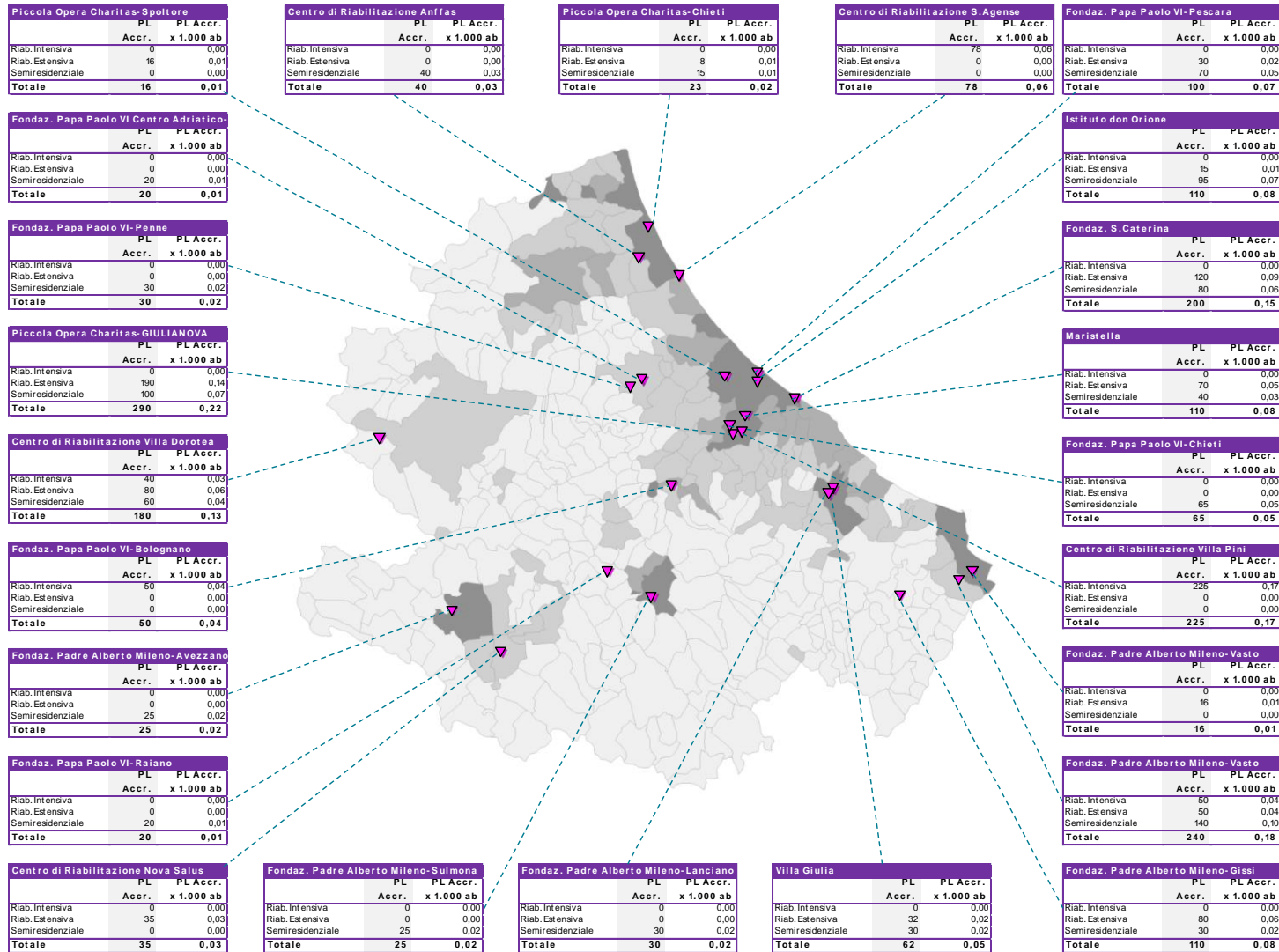
- Maggiore presenza di erogatori privati rispetto al pubblico relativamente a RSA ed RP;
- Presenza dei soli erogatori privati relativamente a strutture di riabilitazione ex art.26 L.833/78, ad eccezione per l'Asl di Avezzano Sulmona L'Aquila limitatamente alle prestazioni ambulatoriali;
- Sistema tariffario delle prestazioni residenziali da aggiornare.

Il fabbisogno calcolato risulta pari a complessivi 1.794 posti letto, di cui 1.527 posti letto di riabilitazione ex art.26 (intensiva, estensiva e semiresidenziale) di RSA/RP disabili e 267 posti letto in altre strutture residenziali e semiresidenziali e riduce di circa il 50% l'offerta di riabilitazione ex art.26 esistente di tipo intensivo ed estensivo. Come già richiamato, l'offerta territoriale complessivamente considerata risulta sufficientemente adeguata alla popolazione abruzzese per cui, nel prossimo triennio, è obiettivo regionale procedere ad una ridistribuzione dei posti letto residenziali e semiresidenziali attraverso rimodulazioni e/o riconversioni, tra le diverse tipologie di assistenza sulla base del fabbisogno definito. Si precisa che l'adeguamento della rete di offerta attuale al fabbisogno regionale definito con Decreto commissariale n.52/2012 sarà effettuato con riferimento a ciascuna Asl, portando particolare attenzione agli squilibri attuali esistenti tra le stesse Asl.

Dato che risulta non procrastinabile l'avvio e la realizzazione di un processo di riconversione di parte delle strutture esistenti che porti all'erogazione, da parte delle stesse, delle prestazioni per le quali esiste un rilevante fabbisogno ancora da soddisfare, il 01.08.2013 è stato istituito un apposito gruppo di lavoro formato da rappresentanti dell'Amministrazione Regionale ed integrato da rappresentanti delle strutture interessate nonché delle AA.SS.LL.

Di seguito è riportata la mappa (Figura 11), per densità di popolazione per comune, con la geolocalizzazione delle strutture di riabilitazione ex art.26 che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali per la disabilità – riabilitazione, con indicazione per ciascun erogatore del numero di posti letto per tipologia di assistenza ed indicazione dell'indicatore posti letto per 1.000 abitanti.

Figura 11 – Rete disabilità – riabilitazione (Riab. ex art.26)



Nella Tabella 19 si riportano sinteticamente i dati relativi alla rete per la disabilità – riabilitazione. Relativamente all’offerta di riabilitazione ex art.26 (intensiva, estensiva e semiresidenziale) e RSA/RP disabili, attualmente risultano provvisoriamente accreditati 2.138 posti letto ed esclusivamente autorizzati 85 posti letto. Complessivamente, rispetto all’offerta attuale, rispetto al fabbisogno definito con Decreto commissariale n.52/2012 risulta un eccesso di offerta per un totale di 696 posti letto, mentre attualmente non esiste un’offerta disponibile per USAP.

Tabella 19 – Posti letto da attivare o disattivare rispetto al fabbisogno stimato per strutture per disabilità a riabilitazione per ASL

| Regione Abruzzo - Delta offerta vs fabbisogno regionale |                         |                    |                    |                             |               |
|---|-------------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|---------------|
| Tipologia struttura                                     | PL solo autorizzati (A) | PL accreditati (B) | PL Totali (C= A+B) | PL fabbisogno DCA 52/12 (D) | Delta (E=D-C) |
| RIA intensiva   | 0                       | 443                | 443                | 201                         | (242)         |
| RIA estensiva   | 20                      | 672                | 692                | 470                         | (222)         |
| RSA disabili  | 45                      | 108                | 153                | 201                         | 48            |
| RP disabili   | 0                       | 0                  | 0                  | 295                         | 295           |
| Semiresidenza riabilitativa                             | 20                      | 915                | 935                | 360                         | (575)         |
| <b>Totale Riab. Ex art.26</b>                           | <b>85</b>               | <b>2.138</b>       | <b>2.223</b>       | <b>1.527</b>                | <b>(696)</b>  |

Fonte: Dati regionali - PSR 2008-2010, DCA 27/13, DCA 43/2013

| Regione Abruzzo - Delta offerta vs fabbisogno per Asl |                          |                           |                     |                     |                              |
|---|--------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|
| Tipologia struttura                                   | PL Fabb. ASL AV/SUAQ (A) | PL Fabb. ASL LA/VA/CH (B) | PL Fabb. ASL PE (C) | PL Fabb. ASL TE (D) | PL Fabb. Totali (E= A+B+C+D) |
| RIA intensiva   | 46                       | 60                        | 48                  | 47                  | 201                          |
| RIA estensiva   | 109                      | 139                       | 113                 | 109                 | 470                          |
| RSA disabili  | 46                       | 60                        | 48                  | 47                  | 201                          |
| RP disabili   | 68                       | 87                        | 71                  | 69                  | 295                          |
| Semiresidenza riabilitativa                           | 90                       | 90                        | 90                  | 90                  | 360                          |
| <b>Totale</b>   | <b>359</b>               | <b>436</b>                | <b>370</b>          | <b>362</b>          | <b>1.527</b>                 |
| <b>Totale offerta attuale:</b>                        | <b>369</b>               | <b>1.044</b>              | <b>356</b>          | <b>454</b>          | <b>2.223</b>                 |
| ... di cui REI  | 40                       | 275                       | 50                  | 78                  | 443                          |
| ... di cui REE  | 115                      | 326                       | 61                  | 190                 | 692                          |
| ... di cui RSA disabili                               | 84                       | 13                        | 10                  | 46                  | 153                          |
| ... di cui RP disabili                                | 0                        | 0                         | 0                   | 0                   | 0                            |
| ... di cui Semiresidenza                              | 130                      | 430                       | 235                 | 140                 | 935                          |
| <b>Delta offerta vs fabbisogno</b>                    | <b>(10)</b>              | <b>(608)</b>              | <b>14</b>           | <b>(92)</b>         | <b>(696)</b>                 |

Fonte: DCA 52/12

### Obiettivi Programmati

La Regione Abruzzo, al fine di ricondurre l’offerta attuale nei parametri standard di fabbisogno definiti con Decreto commissariale n.52/2012, con particolare attenzione agli squilibri esistenti tra le Asl, intende avviare un processo di:

- Rivalutazione, da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale, mediante l'utilizzo della S.Va.M.Di, dei pazienti ospitati presso le strutture provvisoriamente accreditate e successivo piano di trasferimento dei pazienti presso strutture in grado di erogare prestazioni appropriate rispetto al *setting* richiesto;
- Riconversione di una parte delle strutture esistenti di riabilitazione territoriale in strutture per assistenza agli anziani (Paragrafo 3.3.3.1) attraverso la sottoscrizione di accordi di riconversione e l’implementazione dei nuovi *setting* assistenziali;
- Rimodulazione delle rette giornaliere, secondo le modalità stabilite con Legge Regionale n.5/2010.



Al fine di poter monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra esposti, avere sempre presente i cambiamenti che avvengono in tutta la rete e comprendere tempestivamente le esigenze che emergono assicurando risposte appropriate, la Regione si pone come obiettivo il rafforzamento dei controlli relativi al rispetto delle scadenze d'invio e la verifica della completezza ed attendibilità dei dati relativi al flusso ministeriale dedicato SIS "Istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L. 833/78" (RIA 11).

#### **Risultati e Crono programma**

- Presentazione da parte del Servizio Programmazione sanitaria di un piano per la rivalutazione dei pazienti da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale, mediante l'utilizzo della S.Va.M.Di, entro il 30.10.2013 con indicazione per ciascuna struttura di:
  - numero PL;
  - tipologia di utenti trattati;
  - rapporto di riconversione e/o rimodulazione tra PL attuali e PL da riconvertire e/o riconfigurare;
  - numero pazienti da trasferire ad altra struttura con indicazione del *setting* adeguato;
- Riconversione di una parte dell'offerta attuale in eccesso di assistenza disabilità – riabilitazione in tipologie di strutture per l'assistenza agli anziani e le nuove tipologie di assistenza previste dal Decreto Commissariale 52/2012;
- Sottoscrizione dell'accordo di riconversione in base alle tipologie di assistenza per l'assistenza agli anziani con le strutture private già autorizzate e provvisoriamente accreditate entro il 31.01.2014;
- Controllo del miglioramento del grado di copertura del flusso informativo ministeriale per il monitoraggio dell'assistenza RIA 11 relativamente alle prestazioni erogate (cadenza annuale).

#### **Indicatori di Risultato**

- Numero di posti letto riconvertiti e/o rimodulati vs da riconvertire e/o da rimodulare nel triennio 2013-15;
- Numero di posti letto attivati per tipologia (di cui pubblico/privato) vs numero di posti letto da fabbisogno nel triennio 2013-2015;
- Verifica con cadenza annuale della corrispondenza tra il fabbisogno da soddisfare fino al raggiungimento del fabbisogno programmato.

#### **Impatto economico**

La Regione stima che, a seguito del processo di riconversione delle strutture e/o di rimodulazione di strutture per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale, in strutture territoriali atte alla cura di pazienti anziani non autosufficienti, coerentemente con il percorso delineato ai sensi del D.Lgs. 502/92, possa realizzarsi un risparmio sulla spesa per circa 12 €/mln annui dovuti all'aggiornamento delle tariffe e allo *shift* tra tariffe che non prevedono quota di compartecipazione a tariffe in cui è presente.

Considerando che tale processo sarà completato solo nel 2015, si stima un risparmio parziale nel 2014 (6,0 €/mln) ed un risparmio a regime nel 2015 (12,0 €/mln).

La remunerazione annuale da corrispondere agli erogatori privati per assistenza alle disabilità – riabilitazione a tutt'oggi è fissata in 66,0 €/mln per l'anno 2013<sup>7</sup>.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Programmazione Sanitaria

<sup>7</sup> Il limite di spesa si intende per acquisto di prestazioni rese in favore dei pazienti residenti nella regione Abruzzo



### 3.3.3.3 Azione 3.3: Salute mentale

#### Contesto di riferimento

Come richiamato nell'Allegato 1 del Decreto Commissariale 52/2012 (pag. 3 e ss), la rete di offerta di residenzialità psichiatrica è caratterizzata da :

- un numero elevato di posti letto attivi; in particolare si evidenzia una maggiore offerta di posti letto ad "alta intensità assistenziale" rispetto ai posti letto a "minore intensità assistenziale";
- una maggiore presenza sul territorio regionale di posti letto privati rispetto al pubblico, con una prevalenza di strutture psichiatriche riabilitative nelle Asl di Lanciano Vasto Chieti e di Pescara;
- l'offerta privata si concentra nell'erogazione di prestazioni ad "alta intensità assistenziale" mentre l'offerta pubblica verso quelle a "minore intensità assistenziale".

Relativamente all'offerta, attualmente risultano provvisoriamente attivi 807 posti letto. La Tabella 20 mostra il confronto tra i posti letto attivi in Regione Abruzzo suddivisi per Asl di localizzazione ed il fabbisogno stimato con DCA 52/2012 pari a 269 posti letto. Si evidenzia che risulta necessario disattivare complessivamente 538 posti letto in tutta la Regione.

Tabella 20 – Posti letto da attivare o disattivare rispetto al fabbisogno stimato per strutture di psicoriabilitazione per ASL

| Salute Mentale - Residenzialità psichiatrica Offerta |                                  |                                  |                         |                         |                       |
|--|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Tipologia struttura                                  | PL attivi ASL<br>AV/SU/AQ<br>(A) | PL attivi ASL<br>LA/VA/CH<br>(B) | PL attivi ASL PE<br>(C) | PL attivi ASL TE<br>(D) | PL att. Totali<br>(E) |
| Residenze riabilitative post acuzie                  | 26                               | 253                              | 132                     | 10                      | 421                   |
| Case famiglia  | 0                                | 30                               | 0                       | 0                       | 30                    |
| Gruppi appartamento di convivenza                    | 0                                | 0                                | 6                       | 62                      | 68                    |
| Residenze protette                                   | 52                               | 136                              | 84                      | 16                      | 288                   |
| <b>Totale Offerta</b>                                | <b>78</b>                        | <b>419</b>                       | <b>222</b>              | <b>88</b>               | <b>807</b>            |

Fonte: Dati regionali - PSR 2008-2010

| Salute Mentale - Residenzialità psichiatrica Fabbisogno |                                 |                                 |                           |                           |                        |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------|
| Tipologia struttura                                     | PL Fabb.<br>ASL AV/SU/AQ<br>(F) | PL Fabb.<br>ASL LA/VA/CH<br>(G) | PL Fabb.<br>ASL PE<br>(H) | PL Fabb.<br>ASL TE<br>(I) | PL Fabb. Totali<br>(J) |
| Residenze riabilitative post acuzie                     | 19                              | 24                              | 19                        | 19                        | 81                     |
| Case famiglia   | 15                              | 20                              | 16                        | 16                        | 67                     |
| Gruppi appartamento di convivenza                       | 11                              | 14                              | 11                        | 11                        | 47                     |
| Residenze protette                                      | 17                              | 22                              | 18                        | 17                        | 74                     |
| <b>Totale Fabbisogno</b>                                | <b>62</b>                       | <b>80</b>                       | <b>64</b>                 | <b>63</b>                 | <b>269</b>             |

Fonte: DCA 52/12

| Salute Mentale - Residenzialità psichiatrica Delta Offerta vs Fabbisogno |   |   |   |   |                                     |
|--|---|---|---|---|-------------------------------------|
| Tipologia struttura  | Δ PL att. vs PL<br>Fabb.<br>ASL AV/SU/AQ<br>(K=F-A) | Δ PL att. vs PL<br>Fabb.<br>ASL LA/VA/CH<br>(L=G-B) | Δ PL att. vs PL<br>Fabb.<br>ASL PE<br>(M=H-C) | Δ PL att. vs PL<br>Fabb.<br>ASL TE<br>(N=I-E) | Δ PL att. Vs PL<br>Fabb. Tot<br>(O) |
| Residenze riabilitative post acuzie                                      | (7)   | (229)   | (113)   | 9   | (340)                               |
| Case famiglia  | 15  | (10)  | 16  | 16  | 37                                  |
| Gruppi appartamento di convivenza  | 11  | 14  | 5   | (51)  | (21)                                |
| Residenze protette   | (35)  | (114)   | (66)  | 1   | (214)                               |
| <b>Totale Fabbisogno - Offerta</b>                                       | <b>(16)</b>   | <b>(339)</b>  | <b>(158)</b>                                  | <b>(25)</b>                                   | <b>(538)</b>                        |

## Obiettivi Programmati

Come già richiamato per l'Area della disabilità – riabilitazione (Paragrafo 3.3.3.2), la Regione Abruzzo, al fine di ricondurre l'offerta attuale nei parametri standard di fabbisogno definiti con Decreto commissariale n.52/2012; con particolare attenzione agli squilibri esistenti tra le Asl, intende avviare un processo di:

- Rivalutazione, da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale, dei pazienti ospitati presso le strutture provvisoriamente accreditate e piano di trasferimento dei pazienti presso strutture in grado di erogare prestazioni appropriate rispetto al *setting* richiesto;
- Riconversione di una parte delle strutture esistenti per la salute mentale in strutture per assistenza agli anziani (Paragrafo 3.3.3.1) attraverso la sottoscrizione di accordi di riconversione attraverso l'implementazione dei nuovi *setting* assistenziali;
- Rimodulazione delle rette giornaliere, secondo le modalità stabilite con Legge Regionale n.5/2010, prevedendo altresì l'introduzione e/o modifica delle quote di compartecipazione del cittadino o del Comune di residenza con percentuali variabili rispetto alla tariffa individuata per tipologia di struttura, come previsto dal DPCM 29.11.2001.

Al fine di poter monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra esposti, avere sempre presente i cambiamenti che avvengono in tutta la rete e comprendere tempestivamente le esigenze che emergono assicurando risposte appropriate, la Regione si pone come obiettivo il rafforzamento dei controlli relativi al rispetto delle scadenze d'invio e la verifica della completezza ed attendibilità dei dati relativi al flusso ministeriale "Sistema informativo salute mentale" (SISM).

## Risultati e Crono programma

- Presentazione da parte del Servizio Programmazione sanitaria di un piano per la rivalutazione dei pazienti da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale entro il 30.10.2013 con indicazione per ciascuna struttura di:
  - numero PL;
  - tipologia di utenti trattati;
  - rapporto di riconversione tra PL attuali e PL da riconvertire;
  - numero pazienti trasferiti ad altra struttura con indicazione del *setting* adeguato;
- Riconversione di una parte dell'offerta attuale in eccesso di strutture per la salute mentale in tipologie di strutture per l'assistenza per l'assistenza agli anziani (RSA – RP);
- Sottoscrizione dell'accordo di riconversione in base alle tipologie di assistenza per l'assistenza agli anziani (RSA – RP) con le strutture private già autorizzate/accreditate entro il 31.01.2014;
- Controllo del miglioramento del grado di copertura del flusso informativo ministeriale per il monitoraggio della salute mentale (SISM) relativamente alle prestazioni erogate, coerentemente con quanto previsto da NSIS (cadenza semestrale).

## Indicatori di Risultato

- Numero di posti letto riconvertiti vs da riconvertire nel triennio 2013-15;
- Numero di posti letto attivi vs numero di posti letto da fabbisogno nel triennio 2013-15;

## Impatto economico

Vedasi impatto economico all'azione Disabilità e Riabilitazione (Paragrafo 3.3.3.2).

La remunerazione annuale corrisposta agli erogatori privati per assistenza psichiatrica è stata fissata al limite massimo pari a 16,0 €/mln per l'anno 2013<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Il limite di spesa si intende per acquisto di prestazioni rese in favore dei pazienti residenti nella regione Abruzzo

## Responsabile del processo attuativo

Servizio Programmazione Sanitaria

### 3.3.4 AZIONE 4: Assistenza Domiciliare

#### Contesto di riferimento

La riorganizzazione ed il potenziamento del sistema cure domiciliari è senza dubbio necessario in quanto stiamo assistendo all'aumento delle patologie croniche ed alla diminuzione della popolazione "attiva" che è in grado di prendersi cura del paziente cronico. Si prevede, infatti, che nel lungo periodo questa situazione potrebbe generare un aumento di pazienti che, se non potranno essere curati nel *setting* assistenziale appropriato, porteranno un aumento della domanda verso la rete ospedaliera e territoriale assistenziale portando a saturazione, inappropriatamente, il sistema assistenziale.

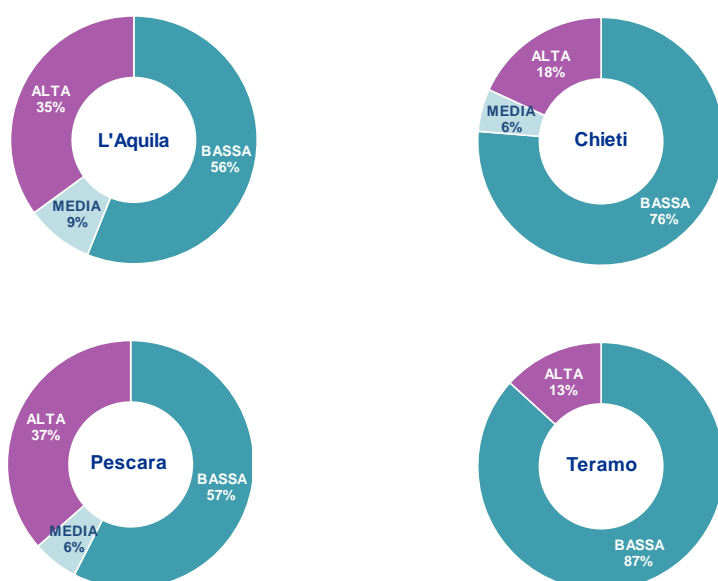
Con l'emanazione di linee guida specifiche (all. E a DGR 224/2007) "Il Sistema delle Cure Domiciliari-Linee Guida" sono stati definiti i criteri di eleggibilità e la caratterizzazione dei diversi livelli di intensità assistenziale delle cure domiciliari, in funzione della natura del bisogno, dell'intensità, della complessità, della durata media, delle fasce orarie di operatività ed ha inoltre consentito di uniformare i percorsi che le singole ASL regionali avevano autonomamente avviato con le prime sperimentazioni di cure domiciliari.

Sulla base di una rilevazione regionale su dati 2011, risulta che siano assistiti, con cure domiciliari circa 7.247 pazienti, di età over 65 anni affetti principalmente da malattie cronico – degenerative.

Complessivamente in regione, il livello delle cure è stato definito sulla base dell'impegno settimanale delle cure (6-7 giorni, 5 giorni o inferiore a 5 giorni settimanali) in:

- Alta intensità: circa il 31% degli accessi;
- Media intensità: circa il 6 % degli accessi;
- Bassa intensità: circa il 63% degli accessi.

Tabella 21 – Livello assistenziale delle cure domiciliari (Fonte dati: elaborazione regionale dati 2011)



### **Normativa Nazionale**

- DPCM 29 novembre 2001: Ha incluso tali forme di assistenza tra quelle che devono essere garantite dal Servizio Sanitario Nazionale;
- DM 17 Dicembre 2008: Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare.

### **Disposizioni Regionali**

- DGR 224/2007: Allegato E "Il Sistema delle Cure Domiciliari- Linee Guida";
- DCA 53/2012: approvazione della Cartella Domiciliare Integrata e regionale di cui alla DGR n.23 del 16.01.2012 e relativo processo formativo;
- DCA 60/2012: Indirizzi Regionali per la Redazione degli Strumenti di Programmazione delle Aziende Sanitarie Locali 2013-2015.

### **Obiettivi Programmati**

Al fine della riorganizzazione delle cure domiciliari, è prioritario che venga garantita al paziente la continuità dell'assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, specialistica a domicilio e che, allo stesso tempo, vengano strutturati percorsi integrati di sostegno alle famiglie coinvolte. A tal proposito, la Regione intende:

- Procedere alla ridefinizione e/o valutazione del fabbisogno regionale, utilizzando strumenti quali analisi dei bacini di utenza, densità per comune della popolazione anziana over 65 anni, censimento dei soggetti che erogano prestazioni di assistenza domiciliare;
- Definire il budget delle relative risorse umane, tecnologiche ed economiche da garantire per l'assistenza; contemporaneamente, saranno valutati i criteri di eleggibilità e le modalità di erogazione di eventuali forme di aiuto economico alle famiglie finalizzate al sostegno delle cure domiciliari;
- Costituire un coordinamento regionale finalizzato all'omogeneizzazione degli strumenti e delle procedure per la presa in carico del paziente e la gestione dell'assistenza ed alla definizione delle specifiche necessità formative, coerentemente con le Linee guida regionali ed il documento "Manuale della Qualità delle Cure Domiciliari" redatto dalla ASR-Abruzzo;
- Definire lo stato dell'arte dell'assistenza domiciliare presenti sul territorio regionale dettagliando gli assets, i volumi di attività e le risorse coinvolte;
- Implementare e qualificare le cure palliative all'interno delle cure domiciliari;
- Definire il nuovo sistema tariffario per la remunerazione delle prestazioni domiciliari.

Al fine di poter monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra esposti, avere sempre presente i cambiamenti che avvengono in tutta la rete e comprendere tempestivamente le esigenze che emergono assicurando risposte appropriate, la Regione si pone come obiettivo il rafforzamento dei controlli relativi al rispetto delle scadenze d'invio e la verifica della completezza ed attendibilità dei dati relativi al flusso ministeriale "Flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" (SIAD).

### **Risultati e Crono programma**

- Ridefinizione e/o valutazione del fabbisogno ADI a livello aziendale e di strumenti e procedure omogenee per la presa in carico dell'assistito e la gestione dell'assistenza domiciliare entro 31.12.2013;
- Definizione ed emanazione delle nuove Linee Guida relative a risorse umane, finanziarie e tecnologiche, entro il 31.03.2014;
- Controllo del miglioramento del grado di copertura del flusso informativo ministeriale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD) relativamente alle prestazioni erogate, coerentemente con quanto previsto da NSIS.

### **Indicatori di Risultato**

- Numero pazienti presi in carico ed assistiti in assistenza domiciliare, con indicazione dell'intensità (alta, media e bassa) nel triennio 2013-15;
- Costo per giornata ed intensità dell'assistenza;
- Sulla base della stima del fabbisogno di assistenza domiciliare per la popolazione over 75 regionale, effettuata utilizzando i risultati dello studio BISS (il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana, Documenti ARS Toscana, 2009), che risulta essere pari al 4,4%, si definisce quale obiettivo per il triennio 2013-15 la presa in carico in ADI di almeno il 4% di detta popolazione. L'obiettivo è quello di garantire entro il 2015 la presa in carico della totalità della popolazione over 65 stimata dal fabbisogno, fatte salve le valutazioni successive previste.

### **Impatto economico**

La sostenibilità economico – finanziaria di tutti gli interventi che scaturiranno dal piano di attuazione e qualificazione dell'assistenza domiciliare saranno valutati congiuntamente dal Servizio Programmazione socio – assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze e dal Servizio Programmazione economica finanziaria e controllo di gestione delle aziende sanitarie. Le risorse umane, finanziarie e tecnologiche da destinare all'assistenza domiciliare saranno autorizzate nel rispetto dell'equilibrio economico – finanziario aziendale.

### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Programmazione socio – assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze

## **3.3.5 AZIONE 5: Cure palliative**

### **Contesto di riferimento**

La Regione Abruzzo ha stimato, sulla base di analisi dei registri tumori di altre regioni italiane e sulla base della popolazione abruzzese, che il numero di pazienti neoplastici sia pari a 54.720, e di questi il 60% è rappresentato da pazienti con più di 65 anni; pertanto, sulla base di tali informazioni, circa 2.900 pazienti terminali oncologici necessitano di cure palliative.

Rispetto ai progetti ammessi a finanziamento per l'attivazione di complessivi 72 PL, allo stato attuale risultano attivati:

- 12 posti letto presso la struttura "Alba chiara" nell'ASL di Lanciano – Vasto- Chieti, nell'edificio ex IPAB di Lanciano;
- 10 posti letto presso la struttura "Bouganville" nell'ASL di Pescara; di cui 1 PL riservato all'erogazione di cure palliative pediatriche;
- 18 posti letto presso il Comune di Torrecchia Teatina nell'ASL di Lanciano – Vasto – Chieti;
- 10 posti letto presso l'ex Sanatorio dell'Ospedale di Teramo;
- 5 posti letto presso il PTA di Pescina nelle more del completamento della struttura dell'Hospice di Avezzano.

Risultano, invece, ancora da attivare:

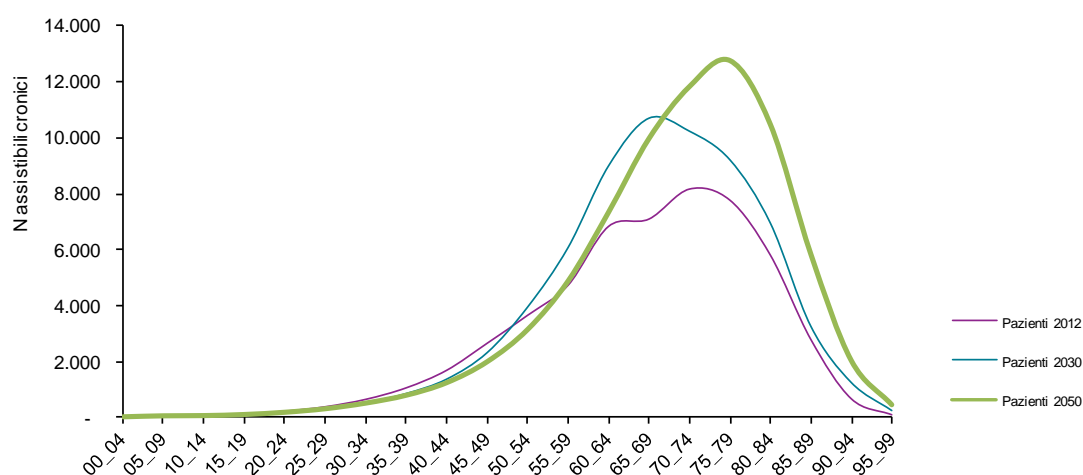
- 12 posti letto presso il Presidio Ospedaliero di L'Aquila;
- 5 posti letto presso l'Hospice di Avezzano.

Considerando una degenza media in *Hospice* di 30 giorni ed ipotizzando un tasso di occupazione del 95%, 72 posti letto equivale a dire prendersi cura di 832 pazienti terminali all'anno (pari al 28% dei pazienti oncologici terminali e che necessitano di cure palliative).

Con l'attivazione dei 72 posti letto di *Hospice* in fase di completamento nella Regione, si rispetterà il rapporto di 1 posto letto ogni 56 deceduti a causa di tumore, individuato dal Decreto Ministeriale n.43/2007, Regolamento recante "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'art. 1, comma 169 della Legge 30/12/2004, n. 311".

Inoltre, proiettando l'evoluzione della popolazione Abruzzese per classi d'età, da oggi al 2050, trascurando gli effetti legati alla variazione dell'esposizione ai fattori di rischio e alla prevenzione, ed assumendo che le previsioni ISTAT sull'evoluzione demografica siano affidabili, si stima che, in Regione Abruzzo, si passerà dai 54.720 pazienti oncologici del 2012 a 74.244 nel 2050, con un aumento del 36%. Di questi i pazienti neoplastici in fase terminale, cresceranno mediamente del 1,5% ogni anno fino ad arrivare a 7.400 malati nel 2050. La distribuzione di pazienti neoplastici per età e la loro crescita è mostrata nella figura seguente.

Figura 12 – Distribuzione dei pazienti neoplastici per classi d'età dal 2012 al 2050



#### Normativa Nazionale

- Decreto Ministeriale: 43/2007: Regolamento recante "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'art. 1, comma 169 della Legge 30/12/2004";
- Legge n.38/2010: disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

#### Disposizioni Regionali

- DCA 37/2012: attivazione strutture residenziali per l'approvazione delle cure palliative hospice da parte delle Aziende UU.SS.LL della Regione Abruzzo;
- DCA 51/2012: approvazione Linee guida regionali recanti "Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'ospedale al domicilio";
- DCA 60/2012: Indirizzi Regionali per la Redazione degli Strumenti di Programmazione delle Aziende Sanitarie Locali 2013-2015.

#### Obiettivi Programmati

La Regione Abruzzo, con il Decreto Commissariale n.51/2012 avente ad oggetto "Approvazione Linee guida regionali recanti "Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'ospedale al domicilio", mira a definire in modo omogeneo ed uniforme su tutto il territorio regionale l'attività relativa all'erogazione degli interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali finalizzati alla cura dei pazienti terminali, nonché a definire l'organizzazione complessiva del sistema ed i criteri di eleggibilità dei pazienti, partendo dal presupposto logico che solo 3 pazienti su 10 potranno averne accesso.

Tali cure possono essere erogate in diverse tipologie di strutture sanitarie, ma ritenere possibile che tali strutture possano accogliere la totalità di questi pazienti risulta inverosimile, sia in termini di fattibilità strutturale (numero di posti letto limitati) ed economica (elevati costi), che a livello sociale (volontà del paziente di passare gli ultimi mesi di vita al proprio domicilio e della famiglia di voler stare vicino al malato). Per questi motivi l'erogazione delle cure palliative a domicilio del paziente deve essere considerata la prima tipologia di assistenza per il malato oncologico terminale.

Il Gruppo di coordinamento Regionale per la Rete delle Cure Palliative è stato costituito con le seguenti funzioni:

- Coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in Hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere, al fine di garantire approcci omogenei ed equità di sistema;
- Monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali;
- Sviluppo del sistema informativo regionale sulle cure palliative;
- Definizione e monitoraggio di indicatori quali-quantitativi della rete cure palliative, ivi inclusi gli standard della rete delle cure palliative di cui al Decreto Ministeriale n.43/2007;
- Definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza in cure palliative ai sensi dell'art.2, comma 1 della Legge 38/2010;
- Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8, comma 2 della suddetta legge;
- Promozione e monitoraggio delle attività di ricerca in cure palliative.

Con il nuovo modello organizzativo della Rete di cure Palliative la Regione Abruzzo vuole, terminare l'attivazione dei posti letto in Hospice potenziando l'attività domiciliare per le cure palliative, passando dai circa 860 pazienti assistiti nel 2010, a circa 2.000 nel 2014. L'assistenza domiciliare delle cure palliative riuscirà così a completare l'offerta assistenziale della Regione, garantendo a tutti i malati oncologici terminali una cura adeguata

La Regione deve poter disporre dei dati relativi alle prestazioni ovunque erogate agli assistiti, al fine di monitorare l'assistenza erogata, in termini di qualità ed efficienza; la raccolta dei dati e il loro invio deve essere il più vicino possibile al momento in cui avviene l'evento. Stante la mancanza di dati, non si può che considerare necessaria l'introduzione in tempi brevi, a cura dell'Agenzia Sanitaria Regionale, di un "Registro Tumori", che permetterebbe di descrivere il fenomeno neoplastico e le sue variazioni territoriali e temporali dando una maggiore certezza del fabbisogno da soddisfare, potendo così indirizzare il servizio nel modo più efficiente e valutarne la qualità.

La formazione e l'aggiornamento degli operatori costituisce una premessa per l'erogazione di cure palliative di qualità. Gli argomenti da trattare nei corsi saranno focalizzati su: "supporto psicologico e coinvolgimento delle scienze umane e sociali in oncologia e percorsi di fine vita", "trattamento del dolore e dei sintomi in cure palliative" e "cure palliative e di fine vita in ospedale". Per ridurre al minimo il rischio di *burn-out* sarà predisposto un programma di supervisione degli operatori direttamente impegnati e completamente dedicati alla Cure Palliative. Il programma di supporto psicologico sarà definito a livello regionale.

Campagne di informazione e sensibilizzazione della popolazione saranno organizzate dalla Regione Abruzzo almeno due volte l'anno.

#### **Risultati e Crono programma**

- Completamento delle attivazioni degli Hospice al fine di raggiungere la dotazione prevista dal fabbisogno (progetti finanziati ex art. 20) entro il 31.12.2013;
- Attivazione di un monitoraggio semestrale a partire dal 31.12.2013 da parte del Servizio Programmazione socio – assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze con particolare riferimento alle seguenti informazioni:
  - Criteri di arruolamento per la presa in carico del paziente terminale previsti con DCA 51/2012;



- Sistemi informativi per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare e residenziale (Hospice) rispetto agli adempimenti e/o scadenze per l'invio come previsto per i flussi ministeriali;
- Costi di produzione per giornata di assistenza domiciliare e residenziale (Hospice) e relative tariffe corrisposte come previsto con DCA 51/2012;
- Verifica da parte del Servizio Programmazione socio – assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze dell'avvenuta individuazione del responsabile dell'Unità di Cure Palliative che provvederà a coordinare la rete controllando/individuando il percorso di cura del paziente nei diversi *setting* assistenziali, assicurando al paziente terminale la dignità della persona e della vita nella malattia;
- Attivazione, a decorrere dell'anno 2014, di programmi formativi aziendali specifici in cure palliative, a cura dell'Agenzia Sanitaria Regionale, obbligatori annuali accreditati ECM, organizzati, anche in collaborazione con Società di formazione specifiche nelle cure palliative di rilievo nazionale, da formatori con comprovata esperienza diretta in Cure Palliative e di fine vita;
- Organizzazione di eventi di informazione, oltre a quelli definiti a livello regionale, in collaborazione con le Associazioni di volontariato del settore;
- Implementazione da parte del Servizio Gestione flussi informativi, del flusso informativo ministeriale per il monitoraggio dell'attività erogata presso gli Hospice relativamente alle prestazioni erogate, coerentemente con quanto previsto da NSIS, e miglioramento del grado di copertura del flusso informativo ministeriale delle cure domiciliari (SIAD) relativamente alle prestazioni erogate, coerentemente con quanto previsto da NSIS.

#### **Indicatori di Risultato**

- Scostamento posti letto attivati vs posti letto programmati;
- Numero pazienti assistiti presso gli Hospice nel triennio 2013-2015;
- Numero pazienti assistiti a domicilio nel triennio 2013-15.

#### **Impatto economico**

Il costo per gli investimenti strutturali per le attivazioni relative ai 72 posti letto di Hospice sono stati ammessi a finanziamento fondi ex art.20; pertanto non sono previsti ulteriori costi per il triennio 2013-2015.

Le eventuali assunzioni di personale, come previsto con DCA 37/2012, saranno valutate dall'Organo Commissariale nell'ambito dell'inderogabile vincolo del rispetto dell'equilibrio economico – finanziario aziendale e nell'ambito di quanto descritto nell'intervento sul personale (Paragrafo 4.5).

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Programmazione socio – assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze

Agenzia Sanitaria Regionale

Servizio Gestione flussi informativi, mobilità sanitaria, procedure informatiche ed emergenza sanitaria

### **3.3.6 AZIONE 6: Assistenza sanitaria di base**

#### **Contesto di riferimento**

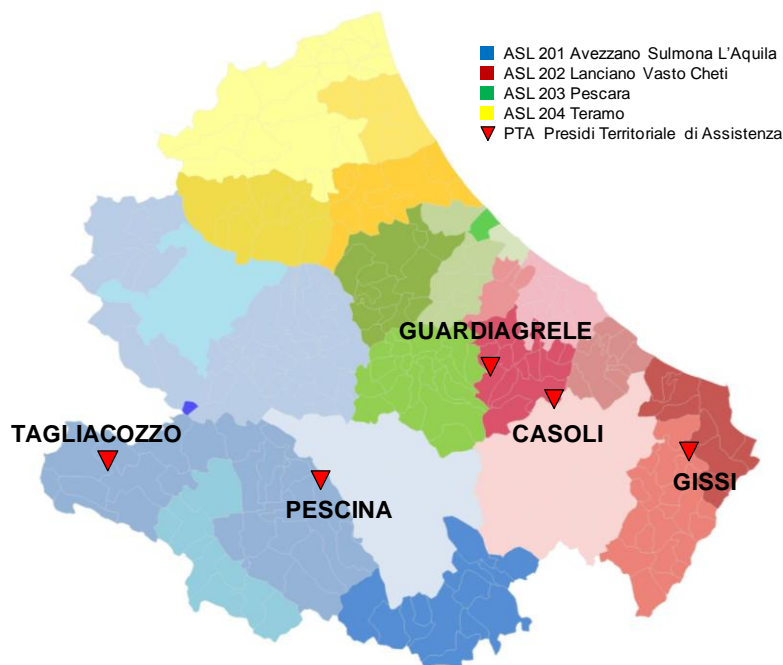
La Rete delle cure primarie è costituita da 4 Aziende sanitarie (Avezzano-Sulmona-L'Aquila, Lanciano-Vasto-Chieti, Pescara e Teramo) e da 24 distretti come stabilito dal Decreto commissariale n.05/2011 (Figura 13).

La Regione ha anche configurato, con Deliberazione commissariale n.45/2010, la riconversione di cinque Presidi Ospedalieri in i Presidi Territoriali di Assistenza H24, le cui dimensioni non risultavano in linea con i parametri di sicurezza ed efficacia dei presidi ospedalieri, nonché di corrispondenza all'effettivo fabbisogno della popolazione.



Tali riconversioni risultano completate per Casoli, Gissi, Pescara e Tagliacozzo, anche se per quest'ultimo con obbligo di Pronto Soccorso per effetto delle sentenze della giustizia amministrativa, mentre non si è ancora potuto procedere alla riconversione di Guardiagrele a causa del contenzioso ancora in atto.

Figura 13 – Mappa delle ASL, distretti e PTA Regione Abruzzo



Attraverso l'attuazione del Piano della rete territoriale delle UCCP/PTA, previsto dalla Deliberazione commissariale n.45/2010, la nuova configurazione territoriale prodotta dalle aziende sanitarie assicura:

- la congrua presenza di medici convenzionati necessaria per dar vita alle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) previste dal D.L. 158/2012 consente un'utile pianificazione territoriale degli ambiti di scelta, che per le loro ridotte dimensioni ostacolavano la realizzazione delle forme di integrazione medica anch'esse previste dal D.L. 158/2012;
- la risoluzione della mancata riorganizzazione regionale dei servizi territoriali della medicina convenzionata al fine di configurare un'organizzazione territoriale omogenea, entro cui integrare le attività di medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale necessaria per realizzare la rete aziendale delle UCCP previste dal D.L. 158/2012;
- che i Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) H24, già configurati dalla Regione con la Deliberazione commissariale n.45/2010, rispondenti al modello strutturale delle Unità di Cure Primarie delineato dal D.L. 158/2012, forniscano la risposta adeguata alle necessità della popolazione nei distretti.

#### Normativa Nazionale

- D.L. 158/2012 convertito in L. 189/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute in cui all'articolo 1 è trattato il riordino dell'assistenza territoriale.

#### Disposizioni Regionali

- DCA 45/2010: predisposizione del Piano della rete territoriale delle UCCP/PTA;
- DCA 05/2011: approvazione delle Linee guida per la redazione degli atti aziendali e determinazione del numero massimo dei distretti;

- DCA 49/2011: coincidenza dei distretti sanitari con gli ambiti territoriali di scelta al fine di evitare all'interno del distretto la frammentazione organizzativa dei servizi sanitari e sociali;
- DCA 24/2012: attivazione del numero unico 116117;
- DCA 40/2012 e DCA 45/2012: previsione da parte delle ASL del termine del 31.12.2012 per programmare la nuova articolazione territoriale degli ambiti territoriali di scelta dei medici di assistenza primaria come da DCA 49/2011;
- DCA 60/2012: Indirizzi Regionali per la Redazione degli Strumenti di Programmazione delle Aziende Sanitarie Locali 2013-2015;
- DCA 25/2013: ambiti territoriali entro cui operare la scelta del medico di assistenza primaria;
- DCA 26/2013: ambiti territoriali entro cui operare la scelta del pediatra di famiglia.

### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende ultimare, nel triennio, l'organizzazione dei servizi territoriali di Assistenza Primaria promuovendo l'integrazione con il sociale al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini anche nel rispetto delle direttive stabilite dal D.L. 135/2012, portando a conclusione le disposizioni stabilite dai citati Decreti commissariali n. 24/2012, n. 40/2012 e n. 45/2012.

Le aziende come stabilito dai Decreti commissariali n.25-26/2013 dovranno, entro sei mesi dell'adeguamento degli Accordi Integrativi Regionali (AIR) ai contenuti (Accordi Collettivi Nazionali) ACN fissati in ottemperanza a quanto predisposto dall'art. 1 del D.L. 158/2012 convertito in L. 189/2012 predisporre il Piano della rete territoriale delle UCCP/PTA (previsto dal DCA 45/2010), tenendo conto sia del posizionamento di questi punti di erogazione all'interno di ciascun distretto rispetto al bacino di popolazione afferente, che dei tempi di percorrenza necessari per in raggiungimento della sede sanitaria da ciascun comune. Il Piano della rete territoriale deve essere adottato da ciascuna ASL, prevedendo anche l'organizzazione delle AFT in ambito distrettuale attraverso l'attivazione di reti informatiche comuni fra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta nelle more di adozione del nuovo AIR.

Le aziende dovranno inoltre tenere conto delle forme associative già presenti sul territorio nell'affrontare i seguenti aspetti:

- relazioni funzionali tra professionisti che operano nell'ambito di dette forme organizzative, avendo riguardo in particolare alle nuove funzioni di valenza comune espletabili nel nuovo contesto collaborativo e quelle tra gli stessi professionisti e l'Azienda sanitaria;
- azioni per favorire gli utenti e l'accesso dei servizi, sempre sottostando ai limiti imposti dalla normativa nazionale e regionale, con particolare riferimento a:
  - accessibilità giornaliera di almeno 12 ore ai servizi dell'UCCP (con sede di riferimento o con sede unica) ed ai servizi dei Presidi territoriali h24
  - possibilità di accesso in tempo reale, per professionisti operanti nelle sedi UCCP e PTh24 "unità di cure primarie" ai dati clinici di tutti gli assistiti del territorio di riferimento;
  - individuazione ed eventuale potenziamento della strumentazione diagnostica di base disponibile presso la sede dell'UCCP o del PTh24;
  - potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale, con individuazione di personale infermieristico dedicato;
  - sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi;
- miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti dai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) condivisi;
- definizione e monitoraggio di indicatori di efficacia, efficienza e qualità dell'assistenza per la realizzazione dei Presidi Territoriali h24, anche con finalità di misurazione dello stato di salute degli assistiti portatori di patologia cronica;

- valutazione dell'appropriatezza dei servizi erogati, inclusa la misurazione dell'impatto sui consumi complessi e specifici degli assistiti affetti da distinta patologia cronica;
- messa a punto dei percorsi di assistenza interdisciplinare integrata, ambulatoriale e domiciliare, a favore dell'anziano e dell'anziano fragile coinvolgenti tutte le competenze professionali operanti in ambito distrettuale, con la partecipazione delle AFT , dell'UCCP e del PTh24.

#### **Risultati e Crono programma**

- Adeguamento degli Accordi Integrativi Regionali (AIR) entro novanta giorni dalla stipula degli Accordi Collettivi Nazionali(ACN) previsti al comma 6 dell'art. 1 della Legge 189/2012 e , decorso tale termine, con proprio provvedimento la Regione impartirà, nelle more della conclusione delle trattative, disposizioni per l'attuazione in via transitoria dei principi richiamati all'art. 1 della Legge 189/2012 e dagli ACN;
- Adozione da parte delle ASL entro sei mesi dall'adozione degli AIR o delle disposizioni attuative i Piani delle reti territoriali delle AFT e UCCP/PTA;
- Rispetto da parte delle ASL delle modalità ed dei tempi previsti dalla Regione per l'attivazione delle prime sedi UCCP/PTA organizzate secondo i principi richiamati all'art. 1 della Legge 189/2012, dagli Accordi Collettivi Nazionali ed Integrativi Regionali o dalle citate disposizioni transitorie;
- Attivazione del numero unico "116117" come disposto nel Decreto commissariale 24/2012 entro il 31.12.2013.

#### **Indicatori di Risultato**

- Verifica dello stato di attuazione degli obiettivi programmati attraverso il monitoraggio specifico delle attività previste.

#### **Impatto economico**

Mantenimento dei livelli retributivi fissati dai vigenti AA.CC.NN. dei Medici convenzionati di Base sul rilievo che il comma 6 art. 1 L. 189/2012 e il comma 2 art. 16 del DL 98/2011, che dispongono la limitazione della crescita degli adeguamenti economici anche accessori delle PP.AA., si applicano, in quanto compatibili, anche al personale convenzionato con il SSN fin dalla loro entrata in vigore.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Assistenza sanitaria di base e specialistica

## **3.4 INTERVENTO 4: Prevenzione**

### **3.4.1 AZIONE 1: Azioni coerenti con il Programma Nazionale di Prevenzione**

#### **Contesto di Riferimento**

In materia di programmazione inerente il Piano di prevenzione, lo Stato attraverso l'Intesa con le Regioni fornisce alle stesse specifiche linee di indirizzo per la relativa programmazione regionale che viene certificata dal Ministero della Salute al 31 dicembre di ciascun anno attraverso la verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti in linea con gli indicatori fissati.

#### **Normativa Nazionale**

- Con L'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 è stato adottato il Piano nazionale della prevenzione che ha definito per le Regioni interventi specifici in definite macroaree di intervento;
- Con l'Intesa Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 è stato prorogato al 2013 il Piano Nazionale di prevenzione 2010-2012. La Regione Abruzzo con atto di Giunta prorogherà le azioni già indicate nella DGR 1012/2010 per l'anno 2013.

### **Disposizioni Regionali**

- DGR 1012: approvazione del Piano regionale di prevenzione sanitaria 2010-2012 composto da 21 progetti nelle macroaree: Medicina predittiva, Prevenzione universale, Prevenzione della popolazione a rischio e Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia;
- Per gli anni 2014-2015 si resta in attesa di programmazione nazionale attraverso l'approvazione del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione. La Regione Abruzzo, in attuazione dello stesso, approverà il proprio Piano regionale di prevenzione 2014-2015.

### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende, al fine dell'adozione di atti di programmazione regionali coerenti con il Piano nazionale di prevenzione, procedere alla verifica ed al monitoraggio costante degli atti di programmazione aziendale.

### **Risultati e Crono programma**

- Adozione entro il 31.07.2013 dell'atto di programmazione regionale concernente per il 2013 la proroga del piano di prevenzione 2010-2012. Per il 2014 e 2015 gli atti di programmazione regionale saranno adottati nei termini e secondo gli obiettivi indicati nella programmazione nazionale attraverso il nuovo piano nazionale di prevenzione.
- Verifica raggiungimento da parte delle Asl degli obiettivi fissati negli atti di programmazione aziendale e regionale entro il 31.12.2013;
- Inserimento tra gli obiettivi posti ai Direttori Generali aziendali, al momento della nomina, quello dell'attuazione del Piano regionale di prevenzione con assegnazione del relativo punteggio rilevante ai fini della valutazione;
- Definizione per gli anni 2014 e 2015 nell'ambito dell' AIR con MMG e PLS un sistema premiante per i Medici che rispettino gli obiettivi posti in essere dalla Regione nella programmazione del Piano di prevenzione in specifici ambiti progettuali (rischio cardiovascolare, diabete, corretti stili di vita, sorveglianza malattie infettive).

### **Indicatori di risultato**

- Monitoraggio e verifica degli adempimenti precedentemente esposti nei termini stabiliti.

### **Impatto economico**

Non è previsto alcun impatto economico in quanto le risorse programmate sono quelle rientranti nell'ambito delle risorse pari al 5% destinate alla Prevenzione.

### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Prevenzione Collettiva

## **3.4.2 AZIONE 2: Qualificazione dei programmi di screening oncologici e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali**

### **Contesto di Riferimento**

A seguito delle rilevate basse percentuali di copertura e difficoltà organizzative aziendali con Deliberazione di Giunta regionale n.346 del 23 maggio 2011 sono state ridefinite le modalità organizzative degli screening regionali mammografico, della cervice uterina e del colon retto demandando a ciascuna Azienda la gestione, organizzazione e l'erogazione degli screening oncologici regionali, superando il sistema esistente di gestione accentrata degli stessi presso l'ASL capofila.

I dati rilevati dal Ministero della Salute attraverso gli specifici organismi deputati alla raccolta ed elaborazione dei dati regionali (GISCI, GISCOR, GISMA), hanno rilevato che nel 2012 le percentuali di copertura per ciascun screening sono state pari a:

- colon retto: 0,1%;
- cervice uterina : 38,1%;
- mammografico: 4,1%.

La Regione ha costituito formalmente un gruppo di coordinamento regionale composto da referenti aziendali per ciascuno degli screening con funzioni di supporto tecnico scientifico alla Direzione Politiche della Salute per l'elaborazione di linee guida regionali in tema di screening.

#### **Normativa Nazionale**

- DPCM 29.11.2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza.

#### **Disposizioni Regionali**

- DGR 346/2011: modalità organizzative degli screening regionali mammografico, della cervice uterina e del colon retto;
- DGR 1012/2010: concernente l'approvazione del Piano regionale di prevenzione 2010-2012.

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende innalzare le coperture regionali di screening oncologici nei programmi organizzati per cervice uterina, mammella e colon retto, così come previsti ai fini LEA. Precisamente la percentuale di persone che ha effettuato il test di screening deve essere almeno pari o superiore al 65% del target previsto nei programmi organizzati, in linea con le indicazioni nazionali.

#### **Risultati e Crono programma**

- Attivazione da parte di ciascuna ASL delle chiamate della popolazione target attraverso lettera di invito per il raggiungimento delle coperture LEA con percentuale pari o superiore al 65% a partire dal 30.06.2013;
- Inserimento per gli anni 2014 e 2015 tra gli obiettivi posti ai Direttori Generali aziendali quello della realizzazione del raggiungimento delle percentuali di copertura ai fini LEA con assegnazione del relativo punteggio rilevante ai fini della valutazione dall'anno 2014;
- Approvazione formale delle linee guida regionali dello screening della mammella, del colon retto e della cervice uterina entro il 31.12.2013.

#### **Indicatori di risultato**

- Raggiungimento della percentuale di erogazione di ciascuno degli screening oncologici della mammella, del colon retto e della cervice uterina pari o superiore al 30% al 31.12.2013, pari o superiore al 50% al 31.12.2014, pari o superiore al 65% al 31.12.2015 (calcolo effettuato secondo gli indicatori LEA);
- Avvenuta approvazione formale entro il 31.12.2013 delle linee guida regionali dello screening della mammella, del colon retto e della cervice uterina.

#### **Impatto economico**

Non è previsto alcun impatto economico in quanto le risorse programmate sono quelle rientranti nell'ambito delle risorse pari al 5% destinate alla Prevenzione.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Prevenzione Collettiva

### 3.4.3 AZIONE 3: Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro

#### Contesto di Riferimento

In considerazione delle caratteristiche del mondo del lavoro nella Regione Abruzzo e delle prospettive di sviluppo di alcuni ambiti lavorativi, fra i quali il settore dell'edilizia che sarà fortemente interessato anche nel triennio 2013 – 2015 alla ricostruzione post-terremoto, le AUSL devono sviluppare programmi nell'ottica del miglioramento delle attività e nel rispetto degli obiettivi fissati dal patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM del 1° Agosto 2007) e del PNP e PRP.

#### Normativa Nazionale

- DPCM del 1° Agosto 2007: patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro.

#### Disposizioni Regionali

- DGR 1012/2010: approvazione del Piano regionale di prevenzione sanitaria 2010-2012;
- Per l'anno 2013 è prevista la proroga del Piano regionale di prevenzione sanitaria 2010 – 2012;
- Per gli anni 2014-2015 si resta in attesa di programmazione nazionale attraverso l'approvazione del nuovo Piano Prevenzione;
- La Regione Abruzzo, in attuazione dello stesso, approverà il proprio Piano regionale di prevenzione 2014-2015.

#### Obiettivi Programmati

La Regione intende ridurre i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, mantenendo il trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica del 15% (quantificabili dai dati annuali INAIL) attraverso:

- Il miglioramento dell'efficacia degli interventi sul territorio definendo e realizzando piani di prevenzione e interventi di vigilanza, in coerenza con quanto definito a livello nazionale con il PNP e a livello regionale con il PRP;
- L' omogeneizzazione degli interventi di prevenzione (informazione, formazione, assistenza, vigilanza) sia come copertura quantitativa del territorio regionale, sia come metodologia di intervento;
- Il mantenimento o innalzamento ogni anno delle percentuali dei controlli effettuati sulle aziende attive del territorio (percentuale almeno pari al 5%). La percentuale dei controlli comunque non può essere inferiore al 5% e se nell'anno precedente si è realizzata una percentuale di controlli maggiore, si dovrà garantire il mantenimento della percentuale superiore al 5%;
- Il potenziamento qualitativo delle risorse umane e strumentali dei Servizi PSAL delle ASL.

#### Risultati e Crono programma

- Istituzione di un dominio organizzativo a livello regionale per il coordinamento ed il monitoraggio degli interventi in materia di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, costituito dai Direttori dei Servizi PSAL delle ASL, entro il 31.10.2013;
- Trasmissione trimestrale dei dati di attività dei Servizi PSAL delle ASL alla Regione – controllo e monitoraggio dati;
- Formazione secondo standard omogenei degli operatori di vigilanza dei Servizi PSAL delle ASL. Convocazione e coordinamento del gruppo tecnico regionale (Marzo /Aprile 2013), individuazione dei bisogni formativi (30 Giugno 2013), affidamento di ciascun corso individuato, ad una ASL capofila, realizzazione dei corsi programmati con trasferimento delle risorse finanziarie preventivate entro il 31.12.2013;

- Pianificazione regionale coordinata degli interventi di vigilanza da stabilirsi in sede di Comitato di Coordinamento regionale ex. art. 7 D.Lgs. n. 81/08, in particolare con DTL, INAIL e VV.FF. La programmazione dell'operatività su base provinciale in sede dei Comitati provinciali di Coordinamento entro il 31.12.2013.

#### **Indicatori di risultato**

- Percentuali dei controlli effettuati in ogni anno del triennio 2013-2015: raggiungimento di una copertura almeno pari al 5% delle imprese attive sul territorio nel rispetto delle indicazioni del Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (D.P.C.M. 1 agosto 2007, P.N.P., P.R.P.);
- Percentuali di aziende agricole con dipendenti controllate che deve essere pari al 5% in ogni anno del triennio.

#### **Impatto economico**

Non è previsto alcun impatto economico in quanto le risorse programmate sono quelle rientranti nell'ambito delle risorse pari al 5% destinate alla Prevenzione.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Prevenzione Collettiva

## 4 Aree di intervento “core”

### 4.1 INTERVENTO 5: Beni e Servizi

#### 4.1.1 AZIONE 1: Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi

Azione di Contenimento

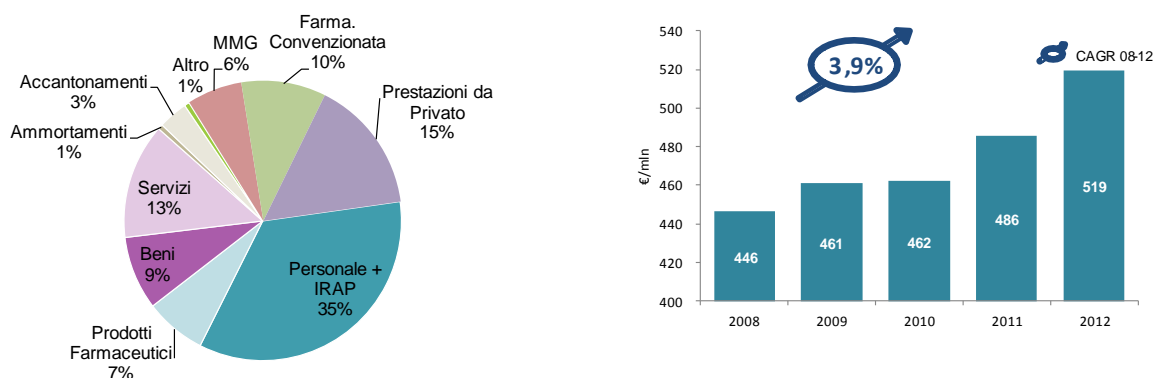
Azione di Sviluppo

Azione di Coordinamento

##### Contesto di Riferimento

L'aggregato di costo “Altri beni e servizi” ha rappresentato per il 2012 per la Regione Abruzzo, circa il 22% dei costi rapportati ai ricavi ed è cresciuto ad un tasso medio annuo del 3,9% (dal 2008 al 2012 come rappresentato nella Figura 14), facendo registrare un incremento di circa +73 €/mln tra il 2008 ed il 2012.

Figura 14 – Composizione dei costi sui ricavi 2012 ed evoluzione della spesa per beni e servizi dal 2008 al 2012



Rispetto al 2011, nel 2012 la voce di spesa “Altri Beni e Servizi”<sup>9</sup> è aumentata di 33,7 €/mln pari ad un incremento del +6,9%, in particolare:

- +26,6 €/mln complessivamente per i Servizi pari a 9,1%. L'incremento si riferisce sostanzialmente a Servizi Appalti (+8,8 €/mln, pari a +6,5%), Utenze (+ 4,1 €/mln, pari a +17,2%), Godimento beni di terzi (+3,8 €/mln, pari a +16,3%) e Altri Servizi (+9,9 €/mln, pari a +9,2%),
- +6,9 €/mln pari a +3,7% per Beni Sanitari;
- +0,3 €/mln pari al +2,8% per Beni non Sanitari.

Si sottolinea che l'incremento di spesa tra il 2011 ed il 2012 relativo all'aggregato si è verificato nonostante la normativa nazionale avesse imposto specifiche riduzioni della spesa già a partire dal secondo semestre del 2012 così come evidenziato nella tabella seguente (Tabella 22).

<sup>9</sup> Comprensiva del contributo riconosciuto alla Asl di L'Aquila per il ripristino funzionalità del Presidio Ospedaliero pari a 10,5 €/mln



Tabella 22 – Azioni previste dalla Normativa nazionale per beni, servizi e dispositivi medici

| Adempimenti L. 135/2012 e L. 228/2012 |  | Il sem |      |      |      |
|---------------------------------------|--|--------|------|------|------|
|                                       |  | 2012   | 2013 | 2014 | 2015 |
| <b>Beni Sanitari esclusi farmaci</b>  |  |        |      |      |      |
| L. 135/12                             | - 5% importi contratti<br>Rinegoziazione contratti se prezzi >20% prezzi AVCP<br>Obbligo di adesione a convenzioni stipulate da CONSIP |        |      |      |      |
| L. 228/12                             | - 10% importi contratti  |        |      |      |      |
| <b>Beni non Sanitari</b>              |  |        |      |      |      |
| L. 135/12                             | - 5% importi contratti<br>Rinegoziazione contratti se prezzi >20% prezzi AVCP<br>Obbligo di adesione a convenzioni stipulate da CONSIP |        |      |      |      |
| L. 228/12                             | - 10% importi contratti  |        |      |      |      |
| <b>Dispositivi Medici</b>             |  |        |      |      |      |
| L. 135/12                             | - 5% importi contratti   |        |      |      |      |
| L. 228/12                             | Tetto di spesa pari a 4,8%<br>Tetto di spesa pari a 4,4%   |        |      |      |      |

Si evidenziano nella tabella seguente (Tabella 23), le categorie di spesa a maggior tasso medio annuo di crescita relativo al periodo 2009-2012.

Tabella 23 – Tasso medio annuo di crescita

| Categorie di spesa a maggiore crescita   |            |            |              |
|--|------------|------------|--------------|
| Categoria                                | Cons. 2009 | Cons. 2012 | CAGR 2009-12 |
| Vaccini                                  | 2.147      | 5.553      | 37%          |
| Materiali diagnostici e prodotti chimici | 49.572     | 94.228     | 24%          |
| Combustibili, carburanti e lubrificanti  | 1.054      | 1.586      | 15%          |
| Altri servizi non sanitari da privato    | 22.280     | 32.550     | 13%          |
| Utenze                                   | 18.895     | 27.555     | 13%          |
| Canoni di noleggio e leasing             | 18.595     | 23.985     | 9%           |
| Lavanderia                               | 14.117     | 17.245     | 7%           |
| Riscaldamento                            | 10.513     | 11.998     | 5%           |
| Prodotti alimentari e dietetici          | 3.153      | 3.525      | 4%           |
| Premi di assicurazione                   | 20.393     | 22.771     | 4%           |
| Mensa                                    | 12.830     | 14.155     | 3%           |
| Pulizia                                  | 22.604     | 24.517     | 3%           |

#### Normativa Nazionale

- L. 135/2012: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini;
- L. 228/2012: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013).

#### Disposizioni Regionali

- DCA 60/2012: Indirizzi Regionali per la Redazione degli Strumenti di Programmazione delle Aziende Sanitarie Locali 2013-2015.

## Obiettivi Programmati

La Regione si pone come obiettivo principale la riduzione del 10% degli importi e delle connesse prestazioni relative ai contratti in essere di appalti di servizi e di fornitura di beni e servizi nel rispetto dei vincoli imposti dalla normativa Nazionale.

In ottemperanza a quanto precedentemente esposto, le ASL dovranno fornire un Conto Economico programmatico contenente il dettaglio delle voci d'interesse e ciascun Direttore Generale dovrà comunicare direttamente alla Direzione Politiche della Salute Servizio Programmazione economico – finanziaria e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie l'eventuale intenzione e motivazioni per "derogare" dalla riduzione del 10% sopra richiamata, specificando altresì le modalità con le quali l'Azienda intende garantire il medesimo risparmio su specifiche voci di Conto economico alternative al macroaggregato "Beni e Servizi" per il raggiungimento e/o mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario della gestione aziendale come stabilito dalla Legge di stabilità.

Si specifica che il raggiungimento degli obiettivi programmati relativamente alla razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi - attraverso riduzioni della suddetta voce o garantendo il medesimo risparmio su altre voci - viene posto come uno dei vincoli all'autorizzazione alle assunzioni di personale, come sarà meglio descritto nell'azione relativa al Personale (Paragrafo 4.5.2).

Le Aziende dovranno:

- Ricognire i contratti aziendali in essere per l'acquisto di beni e servizi entro il 31.12.2013;
- Rinegoziare i contratti con i fornitori in ottemperanza alla normativa nazionale;
- Monitorare la spesa dei contratti e rendicontare semestralmente le azioni di contenimento e riduzione spesa per l'acquisto di beni e servizi con il Servizio Programmazione economico – finanziaria e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie della Direzione Politiche della Salute.

Tali adempimenti sono in capo ai quattro Direttori Amministrativi aziendali.

Ciascun Direttore Amministrativo aziendale dovrà entro il 31.12.2013:

- Fornire alla Direzione Politiche della Salute Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie, un prospetto di tutti i contratti in essere (anche Dispositivi medici), specificando per ciascun contratto i seguenti dettagli:
  - valore del contratto;
  - durata del contratto;
  - tipologia del contratto;
  - volumi contrattualizzati (*driver*) e prezzi unitari (costi standard) alla base del contratto (es: metri quadrati e €/metro quadrato, ... );
  - in caso di contratto rinegoziato indicare i nuovi volumi contrattualizzati (*driver*) e i nuovi prezzi unitari (costi standard) alla base del nuovo contratto (es: metri quadrati e €/metro quadrato, ...);
  - previsioni di risparmio per il triennio 2013-2015 con indicazione delle voci di dettaglio nel CE NSIS aziendale e delle modalità e leve di azione che saranno utilizzate;
- Fornire alla Direzione Politiche della Salute Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie, relativamente all'acquisto di "Altri Servizi non sanitari da privato", un prospetto riepilogativo di ricognizione delle voci che compongono l'aggregato ed invio al servizio competente della Direzione Politiche della Salute;
- Fornire alla Direzione Politiche della Salute Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie, relativamente alle prestazioni di assistenza protesica un prospetto riepilogativo relativo alla spesa sostenuta sulla base dei tariffari e/o contratti vigenti ed invio al servizio competente della Direzione Politiche della Salute;
- Inviare, relativamente ai contratti di *global service* e *facility management*, alla Direzione Politiche della Salute Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie un prospetto riepilogativo per ogni contratto in oggetto, con indicazione relativa all'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto.

## Risultati e Crono programma

- Ricognizione di tutti i contratti ed invio formale di tutti i prospetti riepilogativi al Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie come sopra indicati entro il 31.12.2013;
- Monitoraggio della spesa dei contratti e rendicontazione semestrale delle azioni di contenimento e riduzione spesa per l'acquisto dei beni e servizi avviate in ciascuna Asl e trasmissione Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie con cadenza per il 2013 al 31.01.2014 e successivamente entro 31.07 (I semestre) – 31.01 (II semestre) di ogni anno.

## Indicatori di Risultato

- Numero e valore contratti rinegoziati;
- Risparmio annuo conseguito per il triennio 2013-15;
- Scostamento % del risparmio conseguito rispetto alla riduzione programmata del 10%;
- Scostamento spesa per dispositivi medici per il triennio 2013-15 rispetto al tetto;
- Numero e valore contratti transatto sulla piattaforma CONSIP.

## Impatto economico

A livello regionale, la riduzione del 10% degli importi e delle connesse prestazioni relative ai contratti in essere di appalti di servizi e di fornitura di beni e servizi è valorizzato pari a 22,4 €/mln per gli anni 2013-2015, per un risparmio cumulato di 67,1 €/mln. In Tabella 24 è rappresentato l'impatto della manovra per singola Azienda.

Tabella 24 – Impatto economico per ASL

| Razionalizzazione Beni e Servizi L. 135/12 e L.228/12 (€/000) |                     |                     |                     |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|
| ASL   | TENDENZIALE<br>2013 | TENDENZIALE<br>2014 | TENDENZIALE<br>2015 |
| <b>Risparmio annuale *</b>                                    | <b>21.788</b>       | <b>21.788</b>       | <b>21.788</b>       |
| Avezzano Sulmona L'Aquila                                     | 5.539               | 5.539               | 5.539               |
| Lanciano Vasto Chieti   | 6.296               | 6.296               | 6.296               |
| Pescara   | 4.736               | 4.736               | 4.736               |
| Teramo  | 5.216               | 5.216               | 5.216               |

\*Nota: Il valore del Risparmio annuale è al netto della quota in capo alla GSA per servizi gestiti centralmente

## Responsabile del procedimento

Servizio Programmazione economico – finanziaria e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie

## 4.1.2 AZIONE 2: Gare centralizzate

Azione di Contenimento

### Contesto di riferimento

Il modello organizzativo regionale per la razionalizzazione degli acquisti vede il coinvolgimento di diversi attori, in particolare il Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie della Direzione Politiche della Salute con funzioni di coordinamento e di segreteria, le Aziende USL, la CONSIP, e soprattutto, due distinti gruppi tecnici di lavoro: il Comitato Direttivo per la Centralizzazione degli acquisti e il Comitato Esecutivo per la Centralizzazione degli Acquisti.

Attraverso Il Piano Operativo degli Acquisti approvato dal Comitato Direttivo, composto dai legali rappresentanti delle Aziende Sanitarie, vengono individuate con il supporto del Comitato Esecutivo, le merceologie da approvvigionare e le modalità di svolgimento delle gare di acquisto tramite:

- Procedura in Unione di Acquisto con individuazione di un'Azienda Sanitaria che esercita il ruolo di "capofila";
- Gara aggregata con delega a CONSIP S.p.A;
- Adesione alle Convenzioni stipulate da CONSIP S.p.A. da parte delle singole Aziende U.S.L.;
- Procedura individuale ad evidenza pubblica.

Le merceologie da approvvigionare "sotto soglia" avvengono tramite il ricorso alle Convenzioni CONSIP, il Mercato elettronico o in via residuale attraverso singole procedure d'acquisto in economia.

#### **Normativa Nazionale**

- Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 ,allegato 1 ,e ss.mm.ii;
- Art.2 comma 1 del D.L.18 settembre 2001, n. 347, convertito con modificazioni dalla Legge 16 novembre 2001, n.405, così come modificato dall'art.3, comma 168 della legge 23 dicembre 2003, n.350, nonché all'art.22, comma 8, del decreto legge n.78/2009;
- Art. 7 del D.L. 7 maggio 2012, n. 52, convertito con modificazioni dalla legge 6 luglio 2012, n.94 e successive modificazioni.

#### **Disposizioni Regionali**

- Art.18 legge regionale n.34 del 1.10.2007: Disposizioni di adeguamento normativo e per il funzionamento delle strutture;
- Accordo di collaborazione fra Regione Abruzzo, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e Consip del 21 febbraio 2008 , rinnovato il 14 ottobre 2009;
- LR n. 1 del 10 gennaio 2011: recante modifiche alla legge regionale 24 dicembre 1996, n.146;
- DGR 50 del 31 gennaio 2011: istituzione del Comitato Direttivo per la centralizzazione degli acquisti.

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione al fine di aumentare il livello di centralizzazione degli acquisti, intende:

- Completare il vigente modello regionale per gli acquisti, con l'emanazione di linee guida disciplinanti il funzionamento dei Comitati Direttivi ed Esecutivi e regolante nel dettaglio e nei tempi l'attività degli stessi;
- Monitorare il rispetto dei tempi e della qualità dei flussi informativi richiesti ai fini del monitoraggio delle procedure, contratti e convenzioni per l'acquisto dei beni e servizi da parte delle Aziende, che peraltro costituiscono debito informativo in carico alle Direzioni Generali;
- Individuare le categorie merceologiche per le quali attivare meccanismi di acquisto centralizzato, secondo parametri che privilegino l'omogeneità e la capacità di risparmio delle stesse, in una logica di costante interazione con le Aziende per la definizione dei fabbisogni e delle specifiche tecniche e contrattuali;
- Monitorare che l'acquisto diretto da parte delle singole Aziende costituisca una modalità di approvvigionamento di carattere residuale.

#### **Risultati e Crono programma**

- Emanazione di linee guida disciplinanti il funzionamento dei Comitati e regolante nel dettaglio e nei tempi l'attività degli stessi;

- Riunioni trimestrali dei Comitati Direttivi ed Esecutivi per il monitoraggio delle iniziative già intraprese e per le nuove esigenze di acquisto centralizzato che dovessero emergere nel corso del periodo;
- Approvazione con cadenza annuale del Piano operativo per gli acquisti;
- Monitoraggio semestrale degli acquisti effettuati dalle Aziende attraverso CONSIP e MEPA attraverso l'acquisizione dei dati direttamente trasmessi da CONSIP;
- Monitoraggio del risparmio conseguito dagli acquisti in forma aggregata.

#### **Indicatori di Risultato**

- Aumento dello svolgimento di gare centralizzate;
- Ampliamento delle categorie merceologiche per cui vengono svolte gare centralizzate;
- Rilevazione degli acquisti effettuati attraverso CONSIP e il MEPA;
- Valutazione dei risparmi conseguiti.

#### **Impatto economico**

L'attività di centralizzazione fin qui condotta, che ha riguardato l'espletamento di procedure di gara regionali, ha consentito negli anni di ottenere, insieme a risultati economici di notevole interesse, dovuti ad una maggiore competizione nei prezzi offerti, anche tutta una serie di altri vantaggi, come la riduzione dei tempi e dei costi del processo di acquisto e ad una maggiore qualità dei prodotti.

A conclusione delle singole procedure di acquisto in forma aggregata verrà contabilizzato il risparmio conseguito.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie  
Osservatorio Prezzi e Tecnologia – Gestione Liquidatoria

## **4.2 INTERVENTO 6: Assistenza Farmaceutica**

### **Contesto di riferimento**

La Regione ha negli anni passati, intrapreso un percorso volto al contenimento della spesa ed al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva al fine di garantire un elevato livello assistenziale ed il contemporaneo rispetto dei tetti di spesa. Questo ha portato ad una riduzione tra il 2011 ed il 2012 della spesa farmaceutica complessiva pari -26 €/mln (-6%). La Regione intende quindi proseguire il percorso intrapreso anche per il triennio 2013-2105.

### **4.2.1 AZIONE 1: Distribuzione diretta e per conto**

Azione di Sviluppo

#### **Contesto di riferimento**

Nella Regione Abruzzo la distribuzione dei farmaci della continuità assistenziale ospedale territorio (PHT) avviene mediante distribuzione diretta esclusiva (DDE) e distribuzione in regime di convenzione; non è stata attivata la Distribuzione in Nome e per Conto (DNPC).

La distribuzione diretta è stata configurata, in base a quanto stabilito dal Decreto commissariale n. 23/2011, quale naturale canale di distribuzione per il primo ciclo terapeutico e a seguito di visita specialistica ambulatoriale, nonché per i farmaci prescritti ai pazienti in ADI e RSA.

La DDE è stata implementata in Regione a partire dal 2002; l'elenco dei farmaci attualmente sottoposti a tale regime distributivo è stato approvato con Decreto commissariale n. 18/2012. Con il medesimo provvedimento sono stati anche approvati i criteri per l'individuazione dei principi attivi da distribuire in modo esclusivo attraverso gli ospedali (cd. DDE).

Il Decreto commissariale n. 18/2012, inoltre, da mandato al Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute – avvalendosi della Commissione Regionale del Farmaco istituita con DGR n. 663/2007 – di predisporre periodicamente, sulla base dei criteri approvati con il citato Decreto commissariale n. 18/2012, l'aggiornamento dei farmaci, di cui al PHT, per i quali nella Regione Abruzzo è prevista la DDE o, nel caso si addivenga ad un accordo con le associazioni di categoria, la DNPC.

#### **Normativa Nazionale**

- L. 405/2001: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria;
- Art. 5, commi 1, 4 e 5 del D.L. 159/2007, convertito con modificazioni dalla L. 222/2007 e s.m.i.;
- Art. 22 comma 3 del D.L. 78/2009, convertito con modificazioni dalla L. 102/2009;
- Art. 11 del D.L. 78/2010 convertito dalla L. 122/2010 e s.m.i., art. 11;
- Art. 15, comma 2 del D.L. 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012.

#### **Disposizioni Regionali**

- DGR 663/2007: Istituzione della Commissione Regionale del Farmaco;
- DCA 23/2011: Interventi in materia farmaceutica ai fini del contenimento della spesa e dell'appropriatezza prescrittiva – modifica ed integrazione DGR n.1086 del 02.10.2006 e n.1539 del 27.12.2006;
- DCA 18/2012: Approvazione dei criteri elaborati dalla commissione regionale del farmaco di cui alla D.G.R. 663/2007 per l'individuazione delle modalità distributive dei farmaci di cui al prontuario della distribuzione diretta (PHT) - Modifica e integrazione decreto del commissario ad acta n. 23/2011 del 8 luglio 2011.

#### **Obiettivi Programmati**

Pur consentendo di monitorare le prescrizioni ed i consumi dei farmaci di alta specializzazione che richiedono il controllo periodico dello specialista e l'accesso periodico alla struttura ospedaliera, la DDE comporta notevoli disagi per il cittadino e non utilizza la rete capillare delle farmacie convenzionate presenti sul territorio. La Regione, pertanto, intende:

- Approvare entro il 30 giugno 2013 il Decreto di recepimento del nuovo sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco in corso di definizione a livello nazionale;
- Avviare con le Associazioni di categoria il tavolo di negoziazione per l'accordo sulla DNPC;
- Attivare la distribuzione in nome e per conto per i farmaci del PHT a partire dal 2014

#### **Risultati e Crono programma**

- Avvio del tavolo di negoziazione con le Associazioni di categoria entro il 31.12.2013;
- Individuazione dei farmaci da distribuire mediante DPNC entro il 31.12.2013;
- Interazione con le AA.SS.LL. per la definizione delle modalità operative della DNPC entro il 30.06.2014;
- Individuazione dei grossisti/distributori entro il 30.06.2014;
- Avvio fase pilota della DPNC in una delle AA.SS.LL. regionali entro il 31.12.2014;
- Implementazione della DNPC su tutto il territorio regionale dal 01.01.2015;

- Integrazione con le AA.SS.LL. per individuazione e gestione eventuali criticità dal 01.01.2015.

#### **Indicatori di Risultato**

- Spesa per farmaci in DNPC anno 2015 confronto con la spesa degli stessi farmaci negli anni precedenti.

#### **Impatto economico**

Il valore dell'impatto economico di tale intervento sulla spesa farmaceutica convenzionata e non convenzionata verrà calcolato in seguito alla definizione dei farmaci per i quali disporre la DNPC ed alla definizione - in seguito alla negoziazione - della quota dovuta alle associazioni di categoria ed alla distribuzione intermedia. Si prevede un risparmio legato alla procedura di acquisto dei farmaci a livello centrale anziché da parte delle farmacie pubbliche e private, risultante dalla differenza tra il prezzo al pubblico al netto degli sconti di legge ed il prezzo ex factory al netto della quota dovuta alle farmacie ed alla distribuzione intermedia.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

## **4.2.2 AZIONE 2: Modalità di approvvigionamento farmaci**

Azione di Contenimento

#### **Contesto di riferimento**

Preliminarmente si precisa che il Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) in Regione Abruzzo ha carattere vincolante. La centralizzazione a livello regionale degli acquisti di farmaci si configura quale strumento finalizzato, da un lato, all'abbattimento dei costi di acquisto e, dall'altro, all'armonizzazione dei percorsi terapeutici tra gli Ospedali della Regione.

In quest'ottica, con provvedimento dirigenziale DG22/24 del 9.12.2010, è stata indetta una Gara regionale in unione d'acquisto per la fornitura di farmaci. Per l'espletamento delle procedure è stato individuato, presso il Servizio Farmaceutico Regionale, un Gruppo di Lavoro che, avvalendosi del supporto del Centro di Informazione Indipendente sui Medicinali (CIIM) di cui alla D.G.R. 675/05, ha individuato i prodotti con migliore rapporto beneficio/rischio e qualità /costo. Le risultanze di gara sono state approvate con Delibera n. 134/2012 del Direttore Generale della ASL 202, individuata quale stazione appaltante, ed hanno validità triennale.

#### **Normativa Nazionale**

- Art. 5, commi 1, 4 e 5 del D.L. 159/2007, convertito con modificazioni dalla L. 222/2007 e s.m.i.;
- Art. 22 comma 3 del D.L. 78/2009, convertito con modificazioni dalla L. 102/2009;
- Art. 15, comma 13 DEL D.L 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012;
- Da Art. 10 a art. 12 del D.L. 158/2012, convertito con modificazioni dalla L. 189/2012.

#### **Disposizioni Regionali**

- DG 22/24 del 9.12.2010: Gara regionale in unione d'acquisto per la fornitura di farmaci;
- DGR 675/05 e s.m.i.: istituzione del CIIM;
- Delibera del Direttore Generale della ASL Lanciano-Vasto-Chieti n. 134 del 14.02.2012.



### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende regolamentare l'acquisto di principi attivi nuovi non previsti dalla gara attualmente in vigore ed avviare delle procedure per l'indizione della nuova gara.

### **Risultati e Crono programma**

- Definizione a livello regionale delle modalità di acquisizione dei nuovi principi attivi da parte dei Servizi Farmaceutici Ospedalieri e delle UU.OO. Acquisizione Beni e Servizi delle AA.SS.LL entro il 31.12.2013;
- Verifica a livello regionale del rispetto delle modalità di acquisizione definite dal 01.01.2014;
- Verifica dei contratti e delle Forniture entro il 30 giugno di ogni anno;
- Avvio attività propedeutiche all'indizione della nuova gara valevole per il triennio 2015-2017 entro il 30.06.2014;
- Definizione della nuova gare regionale entro il 31.12.2015.

### **Indicatori di Risultato**

- Riduzione della variabilità tra ASL del numero di principi attivi utilizzati;
- Adozione delle soluzioni più costo/efficaci nella scelta del farmaco da utilizzare.

### **Impatto economico**

Il valore dell'impatto economico di tale intervento sulla spesa farmaceutica verrà calcolato in seguito alla definizione delle modalità di approvvigionamento dei farmaci.

### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

Servizio Programmazione economico finanziaria e controllo di gestione delle aziende sanitarie

## **4.2.3 AZIONE 3: Commissione Terapeutica Regionale**

Azione di Coordinamento

### **Contesto di riferimento**

La Commissione Regionale del Farmaco (CRF) è stata istituita ed attivata con DGR n. 663 del 09.07.2007, provvedimento che ne ha definito anche competenze e funzioni.

L'attività della CRF è stata supportata dal Centro di Informazione Indipendente sui Farmaci (CIIM) istituito dalla Regione Abruzzo con DGR 675/05 – siccome modificata e integrata con DGR n.114 del 12.02.2007 e DGR n. 1349 del 27.12.2007. Il CIIM ha svolto l'attività di Segreteria Scientifica della Commissione provvedendo, di fatto, a fornire supporto tecnico-scientifico alle politiche del farmaco della Regione Abruzzo. La CRF con il supporto del CIIM si avvale, sin dall'inizio della sua attività, di un sito Internet dedicato ([www.farmaci.abruzzo.it](http://www.farmaci.abruzzo.it)) avente lo scopo di promuovere l'attività di Informazione Indipendente sui Farmaci e di Farmacovigilanza nonché di divulgare le decisioni e le attività della CRF (schede di HTA, documenti informativi, linee guida) e del Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute (provvedimenti inerenti l'assistenza farmaceutica, report di spesa etc.).

Il sito [www.farmaci.abruzzo.it](http://www.farmaci.abruzzo.it) costituisce l'interfaccia tra il Servizio Farmaceutico Regionale, la CRF e i loro diversi interlocutori siano essi cittadini, operatori sanitari o aziende, favorendone l'interazione e garantendo la trasparenza delle attività della CRF e del Servizio Farmaceutico Regionale.



La delibera di istituzione della CRF precisava che i membri della Commissione ed i membri delle eventuali Sottocommissioni istituite sarebbero rimasti in carica per una durata di tre anni, eventualmente rinnovabili per ulteriori tre anni e sino ad un massimo di sei.

Allo stato attuale, la CRF sta operando in prorogatio nelle more del rinnovo della stessa, al fine di garantire il prosieguo delle attività già avviate negli anni precedenti.

#### **Normativa Nazionale**

- Legge 16.11.2001 n. 405: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria;
- Legge 24.11.2003 n. 326: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici;
- Da Art. 10 a art. 12 del D.L. 158/2012, convertito con modificazioni dalla L. 189/2012: dispone espressamente che, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono tenute ad aggiornare, con periodicità almeno semestrale, i prontuari terapeutici ospedalieri e ogni altro strumento analogo regionale, elaborato allo scopo di razionalizzare l'impiego dei farmaci da parte di strutture pubbliche, di consolidare prassi assistenziali e di guidare i clinici in percorsi diagnostico-terapeutici specifici, nonché a trasmetterne copia all'AIFA.

#### **Disposizioni Regionali**

- DGR 675/05 e s.m.i.: istituzione del CIIM;
- DGR 663 del 09.07.2007: istituzione ed attivazione della CRF.

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende rinnovare la CRF ed integrare la stessa con professionalità ritenute necessarie nel rispetto della normativa nazionale ed attraverso:

- La ridefinizione dei ruoli della CRF;
- Il potenziamento della divulgazione dei contenuti tecnico-scientifici delle decisioni della CRF e dei provvedimenti del Servizio Farmaceutico Regionale, mediante implementazione di un sito web dedicato.

#### **Risultati e Crono programma**

- Rinnovo della CRF entro il 31.12.2013;
- Ridefinizione del ruolo della Commissione con approvazione del relativo regolamento entro 60 giorni dal rinnovo della CRF;
- Implementazione di un sito web dedicato entro il 2014.

#### **Indicatori di Risultato**

- Rispetto delle azioni e delle relative tempistiche.

#### **Impatto economico**

Come riportato nel punto 8 della DGR n. 663 del 09.07.2007, per la partecipazione alla Commissione Regionale del Farmaco è previsto che i componenti non percepiscano compenso alcuno e che le spese derivanti dalla partecipazione ai lavori siano a carico delle Amministrazioni di appartenenza. Si prevede dunque come unico costo per l'intervento in oggetto, quello relativo alla implementazione del sito web dedicato per un valore di circa € 20.000/anno.

## Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

### 4.2.4 AZIONE 4: Individuazione/aggiornamento dei centri di riferimento abilitati alla prescrizione di medicinali autorizzati dall'AIFA con tale vincolo

Azione di Coordinamento

#### Contesto di riferimento

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), all'atto del rilascio dell'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) dei farmaci, nello stabilire le modalità di prescrizione nonché il regime di fornitura, può disporre che i medicinali siano soggetti a prescrizione medica limitativa e siano dispensabili e/o vendibili al pubblico esclusivamente su prescrizione di centri o di specialisti specificatamente individuati dalle Regioni.

Le Regioni, e nella fattispecie i Servizi Farmaceutici, sono pertanto tenute ad individuare i Centri regionali autorizzati alla prescrizione di tali farmaci, curandone nel tempo l'aggiornamento, e dandone comunicazione alla competente AIFA.

#### Normativa Nazionale

- Art. 48 del D.L. 269/2003 , convertito con modificazioni dalla L. 326/2003;
- Determinazioni AIFA di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC)
- Art. 5, commi 1, 4 e 5 del D.L. 159/2007, convertito con modificazioni dalla L. 222/2007 e s.m.i.;
- Art. 22 comma 3 del D.L. 78/2009, convertito con modificazioni dalla L. 102/2009;
- Art. 15 del D.L 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012.

#### Disposizioni Regionali

- Determina Servizio assistenza Farmaceutica e Trasfusionale DG8/32 del 21.03.2006: Integrazione DG8/95 del 14 novembre 2005 - Centri ipertensione arteriosa polmonare;
- Determina Servizio assistenza Farmaceutica e Trasfusionale DG8/73 del 28.06.2010: Integrazione Centri sclerosi multipla;
- Determina Servizio assistenza Farmaceutica e Trasfusionale DG8/148 del 11.09.2012: Centri ormone somatotropo;
- Determina Servizio assistenza Farmaceutica e Trasfusionale DG8/3 del 11.01.2013: Centri farmaci HCV Boceprevir e Telaprevir.

#### Obiettivi Programmati

La Regione intende necessariamente procedere all'individuazione dei Centri regionali autorizzati alla prescrizione dei nuovi farmaci.

#### Risultati e Crono programma

- Aggiornamento a livello regionale dei centri di riferimento abilitati alla prescrizione di farmaci già autorizzati da AIFA entro il 31.12.2013;
- Definizione dei Requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici per l'individuazione/autorizzazione dei nuovi centri entro 90 giorni dal rilascio dell'AIC da parte di AIFA;
- Approvazione di detti criteri con provvedimento regionale entro 30 giorni dalla definizione dei requisiti minimi;
- Individuazione dei Centri mediante apposito provvedimento e divulgazione dei provvedimenti di autorizzazione rilasciati entro 60 giorni dall'approvazione dei criteri;

- Monitoraggio periodico da parte della CRF della sussistenza dei requisiti nel tempo e del rispetto delle disposizioni fornite in sede di autorizzazione dal 01.01.2015.

#### **Indicatori di Risultato**

- Disponibilità di una lista aggiornata dei centri regionali di riferimento che rispettino i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per la prescrizione dei nuovi trattamenti.

#### **Impatto economico**

Allo stato attuale non è definibile l'impatto dell'intervento in oggetto sulla spesa dei farmaci prescritti dai centri o specialisti individuati dalla Regione. Si prevede comunque una spesa non superiore a quella attualmente registrata per tali farmaci, per l'atteso aumento del livello di appropriatezza d'uso.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

### **4.2.5 AZIONE 5: Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci "alto spendenti" - Sviluppo di linee guida di indirizzo dell'attività prescrittiva nella Medicina Generale o in ambito specialistico**

Azione di Contenimento

#### **Contesto di riferimento**

Ai fini del contenimento della spesa e del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, la Regione ha individuato, quale utile strumento, la definizione di linee guida terapeutiche condivise a partire dal 2012.

Partendo dall'analisi dei dati di prescrizione e dalle evidenze presenti in letteratura, il Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute – avvalendosi del supporto del Centro di Informazione Indipendente sui Medicinali (CIIM) di cui alla Delibera della giunta regionale 675/05 e s.m.i. e, operando di concerto con la Commissione Regionale del Farmaco – ha predisposto i documenti aventi ad oggetto "Linee di indirizzo sulla Terapia farmacologica con Inibitori di Pompa Protonica (IPP)" e "Inibitori di pompa protonica - Definizione indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva", al fine di perseguire l'appropriatezza prescrittiva dei predetti farmaci nonché di ottenere, nell'anno 2012, le economie previste e possibili. Detti documenti sono stati approvati con Decreto commissariale n. 04/2012, con il quale la Regione ha contestualmente individuato gli indicatori da monitorare al fine di: incentivare, nell'ambito della predetta categoria terapeutica, l'uso di farmaci a brevetto scaduto ed evitare l'uso di IPP al bisogno e fuori dalle condizioni previste dalle NOTE AIFA.

#### **Normativa Nazionale**

- Legge n. 449/1997: Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica;
- Art. 5, commi 1, 4 e 5 del D.L. 159/2007, convertito con modificazioni dalla L. 222/2007 e s.m.i.;
- Art. 22 comma 3 del D.L. 78/2009, convertito con modificazioni dalla L. 102/2009;
- Art. 15 del D.L. 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012.

#### **Disposizioni Regionali**

- DGR 675/05 e s.m.i.: Centro di Informazione Indipendente sui Medicinali (CIIM);
- DGR 663/2007: Determina Servizio assistenza Farmaceutica e Trasfusionale DG8/148 del 11.09.2012 (Centri ormone somatotropo);
- DCA 04/2012: Indirizzi alle aziende sanitarie in materia farmaceutica ai fini del contenimento della spesa e della appropriatezza prescrittiva – inibitori di pompa protonica.

### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende contenere la spesa e migliorare l'appropriatezza prescrittiva mediante interventi sulle categorie di farmaci "alto spendenti", al fine di garantire il rispetto dei tetti assegnati dalla vigente normativa per la Spesa Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale attraverso:

- Lo sviluppo di linee guida di indirizzo dell'attività prescrittiva nella Medicina Generale o in ambito specialistico per categorie di farmaci alto spendenti;
- Il monitoraggio degli obiettivi posti e la verifica del loro raggiungimento da parte dei singoli prescrittori tramite indicatori costruiti sulla base dei flussi aziendali disponibili, in particolare con il supporto del Sistema Tessera Sanitaria (Come specificato all'Azione 9 paragrafo 4.2.9 Budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del sistema Tessera Sanitaria).

### **Risultati e Crono programma**

- Individuazione della/delle categorie terapeutiche da sottoporre a monitoraggio entro il 30.11.2013;
- Definizione degli indicatori di appropriatezza entro il 31.12.2013;
- Monitoraggio e verifica trimestrale da parte della Regione del raggiungimento degli obiettivi aziendali dal 01.01.2014;
- Revisione della/delle categorie terapeutiche da sottoporre a monitoraggio e degli indicatori che consentiranno il monitoraggio dal 01.01.2014.

### **Indicatori di Risultato**

- Delta indicatori di appropriatezza per le classi terapeutiche oggetto del monitoraggio attraverso il confronto con il valore dell'obiettivo fissato.

### **Impatto economico**

Il valore dell'impatto economico di tale intervento sulla spesa farmaceutica verrà calcolato in seguito alla definizione delle categorie dei farmaci che verranno sottoposti a monitoraggio. Si prevede comunque, sotto l'ipotesi di consumi costanti, una spesa non superiore a quella attualmente registrata per tali farmaci.

### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

## **4.2.6 AZIONE 6: Razionalizzazione della prescrizione e dell'utilizzazione di medicinali biosimilari**

Azione di Contenimento

### **Contesto di riferimento**

La Commissione Regionale del Farmaco (CRF) ha approvato il Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) nella sua prima versione con DGR 503 del 09.06.2008 e ha successivamente provveduto ad aggiornarlo con periodiche Determinazioni Dirigenziali.

Per ogni farmaco inserito in PTR vengono riportati:

- ambiti di rimborsabilità e concedibilità SSN (classe A,H,C ed eventuale NOTA AIFA di riferimento);
- particolari modalità prescrittive (Piano Terapeutico - PT-Template, Richiesta Motivata Personalizzata - RMP, Scheda AIFA , ecc);
- eventuali limitazioni prescrittive;
- particolari modalità di monitoraggio;
- riferimento ad importanti segnalazioni di farmacovigilanza.

Per alcuni farmaci per cui la CRF ha ritenuto opportuno definire requisiti specifici per la verifica dell'eleggibilità del paziente ed il rispetto delle indicazioni rimborsate, nonché monitorarne l'impiego in ragione della scarsa maneggevolezza, alto costo e basso indice terapeutico, la proposta terapeutica e/o la richiesta dei predetti farmaci deve essere effettuata utilizzando un'apposita RMP o un PT Template siccome definiti dalla CRF.

#### **Normativa Nazionale**

- Art. 5, commi 1, 4 e 5 del D.L. 159/2007, convertito con modificazioni dalla L. 222/2007 e s.m.i.;
- Art. 22 comma 3 del D.L. 78/2009, convertito con modificazioni dalla L. 102/2009;
- Art. 15, comma 13 DEL D.L. 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012;
- Da Art. 10 a art. 12 del D.L. 158/2012, , convertito con modificazioni dalla L. 189/2012.

#### **Disposizioni Regionali**

- DGR 503 del 09.06.2008: Approvazione del Prontuario Terapeutico Regionale .

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende:

- Mettere a disposizione dei Servizi Farmaceutici Territoriali e Ospedalieri le RMP e i PT Template quali strumenti per valutare l'appropriatezza prescrittiva, nonché il rispetto delle limitazioni imposte dal PTR;
- Potenziare la farmacovigilanza ed ottenere la piena tracciabilità di tutte le operazioni di prescrizione e dispensazione per i farmaci a maggior rischio di in appropriatezza.

#### **Risultati e Crono programma**

- Identificazione dei principi attivi a maggiore rischio di in appropriatezza entro il 31.12.2013;
- Definizione di RMP/PT template per i singoli principi attivi individuati entro il 31.12.2013;
- Predisposizione del modello di reportistica da compilare a cura delle AA.SS.LL entro il 31.12.2013;
- Attivazione del monitoraggio dei dati messi a disposizione dalle AA.SS.LL dal 01.01.2014;
- Monitoraggio per il tramite della CRF del rispetto delle indicazioni e limitazioni indicate in PTR sulla base dei dati inviati dalle AA.SS.LL dal 01.01.2015.

#### **Indicatori di Risultato**

- Aumento del numero di RMP e PT template per i principi attivi a maggior rischio di in appropriatezza.

#### **Impatto economico**

Il valore dell'impatto economico di tale intervento sulla spesa farmaceutica verrà calcolato in seguito alla definizione dei farmaci la cui prescrizione dovrà essere soggetta a RMP o PT Template. Si prevede comunque una spesa non superiore a quella attualmente registrata per tali farmaci, per l'atteso aumento del livello di appropriatezza d'uso.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

## 4.2.7 AZIONE 7: Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale – Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva nello specifico di medicinali autorizzati dall'AIFA

Azione di Contenimento

Azione di Coordinamento

### Contesto di riferimento

Come è noto:

- con specifiche determinazioni pubblicate in Gazzetta Ufficiale, l'Agenzia Italiana del Farmaco ha previsto che l'utilizzo di taluni farmaci richiede la compilazione di apposite schede di raccolta dati, istituendo a tal fine, i Registri di Monitoraggio AIFA (<http://monitoraggio-farmaci.agenziafarmaco.it>);
- i registri di monitoraggio sono strumenti introdotti con l'obiettivo di promuovere l'appropriatezza prescrittiva di farmaci innovativi ad alto costo, raccogliere dati post-marketing per definirne l'efficacia nella reale pratica clinica e governare i meccanismi di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale permettendo una gestione informatizzata di tutte le fasi del processo di approvvigionamento, dispensazione e rimborso del farmaco.

Per alcuni farmaci innovativi sottoposti a monitoraggio pubblicati all'interno del predetto sito internet, l'AIFA ha disposto particolari sistemi di rimborsabilità attraverso la stipula di accordi negoziali con le Aziende Farmaceutiche titolari delle relative AIC (Autorizzazione Immissione in Commercio) di condivisione del rischio in caso di fallimento di un trattamento (*payment by results, cost-sharing, risk-sharing*).

L'obiettivo perseguito è quello di monitorare l'appropriatezza d'uso dei farmaci – sia in ambito ospedaliero che al domicilio del paziente – di recente immissione in commercio il cui profilo di sicurezza ed efficacia necessiti di un monitoraggio attento e costante sia nell'ottica della tutela del paziente che dell'utilizzo delle risorse a disposizione del SSN.

Poiché la mancata o incompleta o non corretta gestione di tutte le fasi relative alle procedure di rimborso dei medicinali, siccome esplicitato nel dettaglio nel presente provvedimento, è causa di un mancato recupero delle spese sostenute per l'acquisto di detti medicinali da parte delle Aziende Sanitarie, si è reso necessario definire un percorso che garantisca il monitoraggio di tutte le fasi delle procedure definite dalla stessa AIFA all'uopo riportate nella "Guida al sistema" presente nei Registri AIFA.

Con Decreto commissariale n. 7/2011 la Regione Abruzzo ha fornito specifiche direttive alle AA.SS.LL. della regione sul recupero degli extra sconti stabiliti dall'Agenzia Italiana del Farmaco attraverso gli accordi negoziali con le aziende farmaceutiche.

### Normativa Nazionale

- Art. 48 del D.L. 269/2003 , convertito con modificazioni dalla L. 326/2003;
- Determinazioni AIFA di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC)
- Art. 5, commi 1, 4 e 5 del D.L. 159/2007, convertito con modificazioni dalla L. 222/2007 e s.m.i.;
- Art. 22 comma 3 del D.L. 78/2009, convertito con modificazioni dalla L. 102/2009;
- Art. 15 DEL D.L 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012 .

### Disposizioni Regionali

- DCA 7/2011: la Regione Abruzzo ha fornito specifiche direttive alle AA.SS.LL. della regione sul recupero degli extra sconti stabiliti dall'Agenzia Italiana del Farmaco attraverso gli accordi negoziali con le aziende farmaceutiche.

### Obiettivi Programmati

La Regione intende perseguire, nel triennio 2013-2015, la completa e puntuale attuazione del sistema di monitoraggio dell'appropriatezza d'uso dei farmaci – sia in ambito ospedaliero che al domicilio del paziente – di recente immissione in commercio il cui profilo di sicurezza ed efficacia necessita di un monitoraggio attento e costante sia nell'ottica della tutela del paziente che dell'utilizzo delle risorse a disposizione del SSN. Risulta importante a tal fine la chiusura di tutte le schede di fine trattamento del Registro Monitoraggio Farmaci Oncologici, con particolare riferimento a quelle per le quali è previsto il sistema di condivisione del rischio.

### Risultati e Crono programma

- Prosecuzione delle azioni già poste in essere con il Decreto commissariale n. 7/2011 relativamente ai medicinali autorizzati dall'AIFA in combinazione con procedure di *payment by results*, *risk-sharing*, *cost-sharing* e rispetto dei vincoli da parte dei centri prescrittori per tutto il triennio.

### Indicatori di Risultato

- Aumento dell'appropriatezza d'uso dei farmaci di recente immissione in commercio e razionalizzazione delle risorse a disposizione del SSN;
- Numero di schede di fine trattamento compilate nei tempi previsti dalle singole procedure negoziali: confronto con l'anno precedente.

### Impatto economico

Non valutabile per l'impossibilità di determinare a priori il numero di trattamenti a cui applicare le procedure di rimborso.

### Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

## 4.2.8 AZIONE 8: Iniziative di efficientamento organizzativo nel monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici e incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti

Azione di Contenimento

Azione di Coordinamento

### Contesto di riferimento

Sia nel Programma Operativo 2010 che nel Programma Operativo 2011-2012 la Regione ha previsto l'incentivazione della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto al fine di perseguire contemporaneamente il contenimento della spesa ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. La Regione intende adottare successive misure finalizzate al progressivo contenimento della spesa farmaceutica convenzionata per le categorie d'interesse, dando prosecuzione alle misure già adottate nel triennio 2010-2012. Con il Decreto commissariale n. 23/2013 la Regione ha fornito alle Aziende sanitarie gli obiettivi e gli indirizzi per la prescrizione di farmaci equivalenti per l'anno 2013.

### Normativa Nazionale

- Art. 11 comma 7b del DL 78/2010, convertito in L. 122/2010;
- Art. 13 del D.L. 39/2009, convertito con modificazioni in L. 77/2009 e s.m.i.;
- Documento AIFA 19.07.2012 (Indicatori di Programmazione e Controllo dell'assistenza farmaceutica convenzionata – Aggiornamento).

### Disposizioni Regionali

- DCA 3/2012: indirizzi alle aziende sanitarie – obiettivi prescrizione farmaci equivalenti anno 2012;
- DCA 23/2013: indirizzi alle aziende sanitarie obiettivi prescrizione farmaci equivalenti anno 2013.



## **Obiettivi Programmati**

La Regione intende incrementare le prescrizioni di farmaci equivalenti mediante:

- iniziative che evitino il fenomeno della modifica del mix prescrittivo, successivamente o immediatamente prima della perdita del brevetto;
- iniziative che consentano ad ogni ASL di allinearsi al comportamento più virtuoso della ASL cd. “*best in class*” per quanto riguarda la % di prescrizioni di farmaci equivalenti nell’ambito di categorie terapeutiche predefinite.

Per la scelta delle categorie terapeutiche da sottoporre al monitoraggio, effettuato attraverso il supporto del sistema Tessera Sanitaria, sarà preso quale riferimento il documento pubblicato il 19 luglio 2012 dall’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) quale aggiornamento al documento prodotto in applicazione del DL 78/2010 - Art. 11 comma 7b - convertito in legge 30 luglio 2010 n°122.

## **Risultati e Crono programma**

- Aggiornamento da parte del Servizio Assistenza Farmaceutica degli obiettivi da assegnare ai prescrittori entro il primo trimestre di ogni anno;
- Formalizzazione attraverso provvedimento regionale degli obiettivi posti alle ASL entro il primo trimestre di ogni anno;
- Monitoraggio e verifica da parte della Regione del raggiungimento degli obiettivi aziendali per tutto il triennio;
- Monitoraggio e verifica da parte delle ASL del raggiungimento degli obiettivi da parte dei singoli prescrittori per tutto il triennio.

## **Indicatori di Risultato**

- Delta spesa farmaceutica convenzionata per le classi terapeutiche inserite negli obiettivi regionali di contenimento della spesa.

## **Impatto economico**

Le Azioni dell’intervento in esame si prefiggono l’obiettivo specifico di incrementare la prescrizione di farmaci equivalenti 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.

Nella stima del tendenziale sono state considerate le simulazioni condotte che, per la voce “Farmaceutica convenzionata” valutano una riduzione massima teorica pari a 6,14 €/mln, di cui:

- 3,75 €/mln dovuti alla scadenza brevettuale dei principi attivi secondo la lista dei CCP (Certificati complementari di protezione);
- 2,39 €/mln dovuti allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto nel 2012 per categorie oggetto di monitoraggio (la stima iniziale è stata abbattuta prudenzialmente del 20%).

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.

A tal fine sono state individuate:

- le categorie terapeutiche oggetto del monitoraggio in base al volume di prescrizioni registrate per l’anno 2012 e alla scadenza brevettuale dei principi attivi in esse contenute;



- i principi attivi con brevetto scaduto fino a dicembre 2012 dato che non sono presenti principi attivi in scadenza nell'anno 2013, contenuti all'interno delle categorie terapeutiche di cui al punto precedente.

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

- 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 dell'anno 2013;
- ipotizzando sul consumo dei principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza, un riallineamento dei comportamenti verso le performance di eccellenza costituite dai valori di % farmaco equivalente fissati come obiettivi per ogni specifica categoria terapeutica.

Per l'anno 2013, gli obiettivi sono stati fissati con il seguente criterio:

- E' stata assegnata come obiettivo la % farmaco equivalente (FE) della ASL con la % farmaci equivalenti maggiore (ASL *best-in-class*) a cui è stato sommato 1% , secondo i seguenti criteri:
  - categorie terapeutiche per cui la % FE obiettivo 2012 era stata raggiunta;
  - categorie terapeutiche introdotte per la prima volta nel 2013;
  - categorie terapeutiche definite in maniera diversa rispetto al 2012.
- E' stata riassegnata la % FE obiettivo dell'anno 2012 per le categorie terapeutiche, definite in maniera identica rispetto all'anno 2012, per le quali nessuna ASL aveva fatto registrare il raggiungimento dell'obiettivo fissato.

Nella Tabella 25 sono mostrati gli effetti scadenza brevettuale dei principi attivi secondo la lista dei CCP (Certificati complementari di protezione) secondo una simulazione effettuata:

- ipotizzando consumi costanti;
- applicando una riduzione di 50% del prezzo al pubblico a partire dal mese successivo a quello previsto per la scadenza del brevetto.

Tabella 25 – Simulazione del risparmio 2013 dovuto alla scadenza brevettuale secondo lista dei CCP

| Economie attese per il 2010 da scadenza brevettuale di principi attivi secondo lista CCP |                  |                          |                          |                    |                          |                  |
|--|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------|
| Principi attivi in scadenza 2013   | DDD GEN-NOV 2012 | SPESA LORDA GEN-NOV 2012 | SPESA LORDA 2012 (STIMA) | Mese scadenza 2013 | SPESA LORDA 2013 (stima) | Risparmio 2013   |
| Salmeterolo Xinafoato + Fluticasone  | 2.430.570        | 5.664.484                | 6.179.438                | 9                  | 5.407.008                | 772.430          |
| Insulina Glargine  | 1.827.763        | 3.891.895                | 4.245.703                | 2                  | 2.476.660                | 1.769.043        |
| Irbesartan + Idroclorotiazide  | 2.927.540        | 2.785.840                | 3.039.099                | 10                 | 2.785.840                | 253.258          |
| Rivastigmine   | 291.523          | 1.331.195                | 1.452.213                | 3                  | 907.633                  | 544.580          |
| Repaglinide  | 1.459.946        | 559.530                  | 610.396                  | 8                  | 508.663                  | 101.733          |
| Rizatriptan  | 110.500          | 454.597                  | 495.924                  | 2                  | 289.289                  | 206.635          |
| Prulifloxacin  | 68.099           | 452.980                  | 494.160                  | 10                 | 452.980                  | 41.180           |
| Ziprasidone Mesilato   | 38.388           | 140.871                  | 153.678                  | 2                  | 89.645                   | 64.032           |
| <b>TOTALE</b>  | <b>9.154.328</b> | <b>15.281.393</b>        | <b>16.670.611</b>        |                    | <b>12.917.720</b>        | <b>3.752.891</b> |

La simulazione del risparmio atteso nel 2013 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto o in scadenza nel 2013 per le categorie oggetto di monitoraggio misura, invece, la diminuzione teorica di spesa lorda sotto l'ipotesi che tutte le ASL raggiungano gli obiettivi fissati (Tabella 26).

La stima ottenuta è stata abbattuta prudenzialmente del 20% per tenere conto del rischio associato all'ipotesi di allineamento di tutte le ASL al valore dell'obiettivo.

In Tabella 26 è altresì riportata l'incidenza percentuale del consumo (DDD) di principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza all'interno delle categorie terapeutiche oggetto di monitoraggio nel periodo gennaio - novembre 2012 e il valore fissato come obiettivo.

Tabella 26 – Simulazione del risparmio 2013 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con PA scaduto o in scadenza

| Economie attese da spostamento prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto |                    |                          |                   |                             |                  |
|---|--------------------|--------------------------|-------------------|-----------------------------|------------------|
| Categorie terapeutiche  | DDD gen-nov 2012   | spesa lorda gen-nov 2012 | % DDD equivalenti | obiettivo 2013 <sup>A</sup> | Risparmio 2013   |
| 01 - ACE+DIURETICI E ACE+CALCIO ANTAG   | 16.619.194         | 7.132.693                | 1                 | 0,701                       | 141.678          |
| 02 - SARTANI  | 23.710.783         | 10.304.212               | 1                 | 0,724                       | 274.214          |
| 03 - SARTANI + DIURETICI  | 15.690.220         | 10.120.538               | 1                 | 0,754                       | 192.206          |
| 04 - ACE/ACE+SARTANI  | 61.818.151         | 16.488.651               | 1                 | 0,645                       | 420.057          |
| 05 - ACE + DIURETICI/ACE + DIURETICI E SARTANI + DIURETICI                                | 29.067.704         | 15.748.476               | 0                 | 0,494                       | 194.321          |
| 06 - CALCIO ANTAGONISTI   | 22.285.309         | 5.589.758                | 1                 | 0,902                       | 41.387           |
| 07 - STATINE  | 25.293.549         | 16.168.775               | 1                 | 0,744                       | 658.535          |
| 08 - ANTIDEPRESSIVI   | 16.581.896         | 10.515.430               | 1                 | 0,719                       | 338.787          |
| 09 - ANTIINFIAMMATORI - CORTISONICI INAL.   | 3.005.783          | 2.981.429                | 1                 | 0,916                       | 38.049           |
| 10 - BRONCODILATATORI   | 1.812.872          | 1.158.834                | 1                 | 0,862                       | 88.229           |
| <b>TOTALE CATEGORIE</b>   | <b>215.885.462</b> | <b>96.208.795</b>        |                   |                             | <b>2.387.463</b> |

Pertanto il risparmio stimato per l'anno 2013 è pari a 6,14 €/mln; prudenzialmente viene mantenuto costante il risparmio per gli anni 2014-15.

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.

#### Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

#### 4.2.9 AZIONE 9: Budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria

Azione di Contenimento

Azione di Coordinamento

#### Contesto di riferimento

La Regione Abruzzo ha attivato un sistema unico regionale di reportistica a partire dal IV trimestre 2011 al fine di monitorare le prescrizioni effettuate da MMG e PLS e di valutare la loro appropriatezza. Il processo che ha portato all'identificazione degli indicatori per il monitoraggio e alla definizione degli obiettivi fissati per i MMG è stato condiviso con i Servizi Farmaceutici delle ASL e con le associazioni di Medicina Generale. Il monitoraggio prevede inoltre l'applicazione di un sistema premiante per i MMG che migliorano la loro appropriatezza prescrittiva nonché definisce i MMG "altospendenti" la cui attività prescrittiva va monitorata dalle ASL con la costruzione di indicatori ad hoc.

Il sistema di valutazione si basa sul posizionamento del MMG secondo la sua spesa pro-capite (SpC) in una delle sei classi di SpC definite attorno alla SpC media della ASL con la SpC media più bassa. Il criterio utilizzato per la costruzione del sistema di valutazione dell'attività prescrittiva dei MMG permette di ridefinire le fasce di SpC annualmente tenendo conto dei risultati conseguiti nell'anno precedente. In conseguenza alla valutazione fatta su singolo medico, viene distribuita la quota variabile da ACN (Governo Clinico), commi 15, 16, 17, 18, 19, 20 art. 59 lett b) ACN Medicina Generale. La parte di quota variabile, teoricamente distribuita in parti uguali tra tutti i medici, sarà assegnata al singolo medico in base alla afferenza ad una delle classi di spesa definite.

La reportistica inviata mensilmente al MMG contiene inoltre 15 indicatori di appropriatezza che rappresentano strumenti utili per consentire al medico una valutazione sulla sua attività. Di tali indicatori, riguardano l'utilizzo di farmaci equivalenti secondo quanto esposto nelle Azioni 5 e 8 (paragrafi 4.2.5 e 4.2.8) sono relativi all'appropriatezza dell'uso degli IPP, dei sartani, delle statine e dei farmaci per l'osteoporosi.

#### **Normativa Nazionale**

- Art. 5, commi 1, 4 e 5 del D.L. 159/2007, convertito con modificazioni dalla L. 222/2007 e s.m.i.;
- Art. 22 comma 3 del D.L. 78/2009, convertito con modificazioni dalla L. 102/2009;

#### **Disposizioni Regionali**

- DCA 23/2011: Interventi in materia farmaceutica ai fini del contenimento della spesa e dell'appropriatezza prescrittiva – modifica ed integrazione DRG n.10865 e n.1539 del 27.12.2006;
- DCA 41/2011: Disposizioni inerenti la prescrizione dell'ormone somatotropo (GH) di cui alla NOTA AIFA 39 a favore dei pazienti in età evolutiva – requisiti minimi per l'individuazione dei centri prescrittori;
- DCA 51/2011: Reportistica per medici di medicina generale ai fini del monitoraggio della spesa farmaceutica e dell'appropriatezza descrittiva – DCA 23/2011 – disposizioni applicative;
- DCA 23/2013: Indirizzi alle aziende sanitarie – obiettivi prescrizione farmaci equivalenti anno 2013.

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende:

- dare prosecuzione al sistema di incentivazione dei prescrittori in linea con gli obiettivi della programmazione regionale, basato sulla definizione di "alto spendente";
- aggiornare gli obiettivi di spesa per i MMG tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente per poter pervenire ad una riduzione della spesa lorda pro-capite pesata e aumento dell'appropriatezza prescrittiva.

#### **Risultati e Crono programma**

- Ridefinizione delle classi di spesa pro capite pesata (Spc) entro il primo trimestre di ogni anno;
- Aggiornamento dell'obiettivo di Spc da assegnare ai medici prescrittori secondo i valori osservati nell'anno precedente entro il primo trimestre di ogni anno;
- Monitoraggio da parte delle ASL del raggiungimento degli obiettivi da parte dei singoli prescrittori per tutto il triennio;
- Valutazione della performance dei medici entro il primo trimestre di ogni anno;
- Applicazione del sistema premiante entro il primo trimestre di ogni anno.

#### **Indicatori di Risultato**

- Delta numero medici prescrittori "alto spendenti": confronto con l'anno precedente;
- Delta spesa convenzionata al netto dei farmaci appartenenti al PHT: confronto con l'anno precedente.

#### **Impatto economico**

Allo stato attuale non è definibile l'impatto dell'intervento in oggetto sulla spesa farmaceutica pro-capite dei medici di medicina generale. La valorizzazione economica viene effettuata ogni anno in seguito all'aggiornamento degli obiettivi di spesa (Azione 8).

## Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

### 4.3 INTERVENTO 7: Investimenti in conto capitale

#### 4.3.1 AZIONE 1: Razionalizzazione degli investimenti e modalità di accesso al finanziamento regionale

Azione di Contenimento

Azione di Coordinamento

##### Contesto di Riferimento

La Regione Abruzzo intende avviare un'attività di ricognizione delle grandi "apparecchiature" di proprietà e non di proprietà (leasing, comodato, service...) aziendale, con indicazione dei costi di acquisto e/o canone e dei contratti correlati per la manutenzione e/o global service.

Tale attività risulta necessaria al fine di poter quantificare il numero esatto di macchine funzionanti e valutare l'eventuale necessità di reperimento di macchine aggiuntive per soddisfare il fabbisogno definito per ciascuna rete di assistenza regionale (ospedaliera, ambulatoriale, residenziale). A tal proposito, si sottolinea che la rilevazione del parco macchine attraverso il flusso ministeriali HSP 14 risulta incompleta e non esaustiva e pertanto non utilizzabile al fine della ricognizione se non integrata.

Si sottolinea, inoltre, che la L.228/2012 ha rimodulato il regime di ammortamento per i cespiti acquistati in conto capitale e che pertanto tale normativa avrà un impatto sui Conti Economici delle Aziende.

##### Normativa Nazionale

- L 228/2012 art.1 comma 36 L.228/2012: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013).

##### Obiettivi Programmati

La Regione, presso ciascuna Asl, intende avviare un processo strutturato come segue:

- rilevazione anagrafe di tutte le apparecchiature in essere (proprietà e/o non proprietà) e riconciliazione tra i libri contabili "Inventario" e "Libro cespiti" e con il flusso ministeriale HSP 14, con indicazione di:
  - numero e tipologia macchine;
  - reparto e/o ambulatorio e/o servizio di assegnazione;
  - costo di acquisto e/o canone annuo;
  - rispondenza rispetto al fabbisogno;
  - piano degli ammortamenti correlati;
  - modalità di finanziamento;
  - canone di manutenzione e/o global service con indicazione della classe di complessità di manutenzione;
  - tempo di utilizzo (ciclo di vita utile).
- rimodulazione delle tariffe e dei canoni annui di utilizzo e manutenzione anche global service correlati direttamente con la numerosità delle macchine disponibili e loro classi di manutenzione;
- stesura di un piano triennale degli investimenti e presentazione dello stesso al Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie supportato dal Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie della Direzione Politiche della Salute al fine della valutazione gestionale ed economico – finanziaria.

A tal proposito si specifica che, a seguito della valutazione integrata dei quattro piani aziendali da parte dei Servizi competenti della Direzione Politiche della Salute, verranno definiti i vincoli di spesa per investimenti per ciascuna Asl e che le stesse saranno tenute a rispettarli nell'arco di tutto il triennio e comunque fino a nuova comunicazione.

Si specifica, inoltre, che il fabbisogno di apparecchiature dovrà essere soggetto a verifica e conferma e/o rettifica con cadenza annuale.

La Regione definisce che ciascuna richiesta di nuovo investimento dovrà essere soggetta alla procedura di seguito esplicitata:

- invio da parte delle Aziende Sanitarie del piano triennale degli investimenti con indicazione di:
  - numero e tipologia macchine;
  - reparto e/o ambulatorio e/o servizio di assegnazione;
  - costo di acquisto e/o canone annuo;
  - rispondenza rispetto al fabbisogno (ospedaliero, ambulatoriale, residenziale);
  - piano degli ammortamenti correlati;
  - modalità di finanziamento;
  - canone di manutenzione e/o global service con indicazione della classe di complessità di manutenzione;
  - tempo di utilizzo (ciclo di vita utile).
- valutazione, attraverso la metodologia *Health Technology Assessment* - HTA, delle richieste di investimento inviate dalle Aziende da parte del Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie con il supporto del Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie;
- adozione della delibera di assegnazione del finanziamento regionale o delibera di autorizzazione all'investimento con risorse proprie aziendali;
- completamento della procedura di acquisto da parte della Asl.

#### **Risultati e Crono programma**

- Formalizzazione procedura per l'autorizzazione all'acquisto di apparecchiature da parte del Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie entro il 31.10.2013;
- Completamento ricognizione grandi apparecchiature da parte delle Asl entro il 31.12.2013;
- Presentazione del piano triennale degli investimenti da parte delle Asl e verifica da parte del Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie supportato dal il Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie;
- Presentazione report di sintesi da parte delle Asl e verifica da parte del Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie congiuntamente con il Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie relativo a macchinari e costi di manutenzione e/o global service entro il 31.12 di ogni anno.

#### **Indicatori di risultato**

- Numero macchine funzionanti con dettaglio di tutte le seguenti informazioni:
  - numero e tipologia macchine;
  - reparto e/o ambulatorio e/o servizio di assegnazione;
  - costo di acquisto e/o canone annuo;
  - rispondenza rispetto al fabbisogno (ospedaliero, ambulatoriale, residenziale);
  - piano degli ammortamenti correlati;
  - modalità di finanziamento;
  - canone di manutenzione e/o global service con indicazione della classe di complessità di manutenzione;
  - tempo di utilizzo (ciclo di vita utile).
- Numero e costo contratti di leasing e/o comodato esistenti;

- Numero e costo contratti di manutenzione e/o global service esistenti.

#### **Impatto economico**

L'effetto economico della ricognizione delle apparecchiature non è al momento stimabile in quanto la rilevazione dei dati non è stata ancora completata, ed i suoi effetti sono legati alla durata pluriennale dei contratti già posti in essere. È ragionevole attendersi un allineamento dei costi relativi a manutenzione e/o global service alla quantità di macchine effettivamente utilizzate nelle Aziende che, nel caso di mal funzionamenti e/o dismissioni, potrebbe comportare un risparmio.

Si ribadisce che per tutti i nuovi investimenti sarà valutata la sostenibilità economico – finanziaria all'interno del vincolo di spesa definito per ciascuna azienda e nel rispetto dell'equilibrio della gestione aziendale.

#### **Responsabile del procedimento**

Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie;  
Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie.

### **4.3.2 AZIONE 2: Razionalizzazione degli spazi aziendali**

Azione di Contenimento

#### **Contesto di Riferimento**

La Regione Abruzzo intende avviare un'attività di ricognizione degli spazi aziendali di proprietà e/o in locazione al fine di razionalizzare eventuali canoni di affitto degli immobili di terzi e di ricondurre gli stessi entro il valore target definito dall'Agenzia del Territorio (canone al mq).

Si è evidenziata, infatti, una scarsa attenzione da parte delle Aziende in merito agli spazi aziendali, non solo per quanto riguarda gli importi dei contratti di locazione, ma anche l'effettiva conoscenza e utilizzo di tali spazi.

#### **Disposizioni Regionali**

- L.R. 28 Dicembre 2006, n.47: Legge finanziaria regionale 2007

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende effettuare una ricognizione attenta e puntuale delle singole realtà aziendali, che porti ad un piano di riorganizzazione degli spazi utilizzati e permetterà di trarre benefici in varie aree:

- razionalizzazione del costo di locazione passiva ed aumento dei ricavi derivanti dalla locazione attiva;
- individuazione di spazi male o non utilizzati che potrebbero essere destinati ad altre attività o dismessi mediante alienazione per il reperimento di risorse utili ad incrementare gli investimenti sanitari;
- programmazione dell'utilizzazione dei proventi provenienti da eventuali alienazioni delle strutture e/o spazi aziendali.

#### **Risultati e Crono programma**

- Completamento ricognizione spazi aziendali da parte delle Asl entro il 30.11.2013 con dettaglio delle seguenti informazioni:
  - Numero mq disponibili;
  - Numero mq effettivamente utilizzati con relative attività effettuate;
  - Numero mq da destinare ad altre attività e/o dismettere;

- Piano di dismissione con indicazione dei proventi;
- Stesura del piano di riorganizzazione degli spazi da parte delle Asl entro il 31.12.2013.

#### **Indicatori di risultato**

- Costo al mq per le locazioni passive;
- Risorse reperite dalla rivisitazione dei canoni di locazione.

#### **Impatto economico**

L'effetto economico della ricognizione degli immobili non è al momento stimabile in quanto la rilevazione dei dati non è stata ancora completata, ed i suoi effetti sono legati alla durata pluriennale dei contratti già posti in essere.

#### **Responsabile del procedimento**

Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie

### **4.3.3 AZIONE 3: Pianificazione acquisti apparecchiature**

Azione di Sviluppo

#### **Contesto di riferimento**

La Legge Regionale 146/96 all'art. 7 indica il "Programma pluriennale degli investimenti finalizzati ai nuovi servizi da attivare e al potenziamento dei servizi già erogati" tra gli ambiti operativi del Piano Strategico.

Detto programma di investimenti si inserisce nell'ambito della più ampia attività del Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie di elaborazione di provvedimenti di pianificazione delle risorse a favore delle AA.SS.LL. in materia di potenziamento strutturale e tecnologico afferenti diverse linee di finanziamento e di attuazione della legge Finanziaria regionale 2007 (Art. 1, comma 5, L.R. 28 dicembre 2006, n. 47).

#### **Normativa Nazionale**

- Deliberazione CIPE 52/98: Con questa deliberazione il CIPE ha approvato il programma nazionale straordinario di investimenti in sanità, art. 20 L. 67/88, secondo e terzo triennio, assegnando alla Regione Abruzzo la somma di € 285.087.823,50 al netto della quota del 5% a carico del bilancio regionale.

#### **Disposizioni Regionali**

- LR 146/96 art. 7: Programma pluriennale degli investimenti finalizzati ai nuovi servizi da attivare e al potenziamento dei servizi già erogati;
- LR 47/2006: Finanziaria regionale 2007;
- DCA 48/2010: Accordo di Programma 2° Stralcio concerne la riqualificazione e il potenziamento tecnologico dei servizi sanitari regionali attraverso interventi sui presidi di riferimento aziendale nonché sui distretti sanitari, RSA e strutture territoriali nelle diverse provincie. Con tale documento è stata accordata la copertura finanziaria a 17 interventi il cui importo è pari a € 90.768.876,56, al lordo della quota a carico della Regione Abruzzo, comprensivo del cofinanziamento a carico delle Aziende USL



## Obiettivi Programmati

La Regione, nel triennio considerato intende portare ad attuazione gli investimenti in apparecchiature sanitarie inseriti negli "Interventi ADP secondo stralcio rimodulato" relativi ai PP.OO: S. Liberatore (Atri), Mazzini (Teramo) ed al PO di Pescara salva, per quest'ultimo, la relativa ammissione al finanziamento statale.

## Risultati e Crono programma

- Espletamento delle procedure di gara:
  - per l'acquisto di apparecchiature per UTIC nel PO di Atri entro il 31.12.2014;
  - per l'acquisto di apparecchiature PO Teramo entro il 31.12.2014;
  - per l'acquisto di apparecchiature PO Pescara entro il 31.12.2014;
- Monitoraggio mensile delle procedure relative all'acquisto delle apparecchiature da parte dell'ASL attraverso report informativi a cadenza mensile;
- Sopralluoghi presso i Presidi per la verifica dello stato di attuazione delle procedure di acquisto (in caso di ritardo reiterato per due mensilità consecutive nella trasmissione dei report informativi).

## Indicatori di Risultato

- Ricevimento richiesta di erogazione somme da parte della ASL a seguito di acquisto della apparecchiatura.

## Impatto economico

Apparecchiature per UTIC PO Atri € 330.187,00 (il 5% a Carico Regionale è già stato impegnato all'interno dei bilanci 2011 e 2012)

Apparecchiatura PO Teramo € 4.745.000,00 (il 5% a Carico Regionale è già stato impegnato all'interno dei bilanci 2011 e 2012)

Apparecchiature PO Pescara € 3.250.000,00 (il 5% a Carico Regionale è già stato impegnato all'interno dei bilanci 2011 e 2012)

## Responsabile del processo attuativo

Servizio investimenti strutturali e tecnologici e patrimonio delle aziende sanitarie locali

## 4.4 INTERVENTO 8: Rapporti con gli erogatori privati

### 4.4.1 AZIONE 1: Stipula accordi e contratti con gli erogatori accreditati

Azione di Contenimento

Azione di Coordinamento

#### Contesto di riferimento

L'indicazione dei tetti di spesa stabiliti dalla regione per ciascuna struttura privata accreditata è lo strumento mediante il quale la Regione alloca le risorse del SSR per orientare la produzione delle strutture private verso le prestazioni maggiormente rispondenti al fabbisogno della popolazione, nel rispetto di criteri di appropriatezza ed efficienza.

A questo fine la Regione intende remunerare gli erogatori privati afferenti le prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale secondo le modalità stabilite dalle disposizioni di cui all'Art.15 del DL 95/2012.

La Regione ha recepito le prescrizioni di cui al Decreto del Ministero della Salute 18.10.2012:

- in materia di prestazioni di assistenza di specialistica ambulatoriale (Decreto commissariale n.12/2013 modificato con Decreto commissariale n.45/2013) e ad approvare il nomenclatore tariffario regionale per prestazioni di specialistica ambulatoriale;



- in materia di prestazioni di assistenza ospedaliera (Decreto commissariale n.13/2013 modificato con Decreto commissariale n.32/2013 e n.45/2013) e ad approvare il tariffario regionale per prestazioni di assistenza ospedaliera.

La remunerazione degli erogatori privati dovrà tenere presente i vincoli fissati sia dalle disposizioni regionali che dalla normativa nazionale; a tal proposito si specifica che la Regione ha recepito la riduzione dei budget come previsto dal D.L 95/2012 – L.135/2012 negli anni 2012 e 2013 e che pertanto intende confermare tale tempestivo recepimento con Decreto Commissariale per l'anno 2014.

Per quanto concerne la remunerazione gli erogatori privati afferenti le prestazioni territoriali, si fa espresso rinvio a quanto già stabilito nell'intervento sull'assistenza territoriale (Paragrafo 3.3 e successivi).

#### **Normativa Nazionale**

- DL 95/2012 – L.135/2012 art.15, comma 14: riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto dei contratti con gli erogatori privati che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale in misura percentuale fissata da ridurre la spesa complessiva annua ,rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014;
- DM 18.10.2012: Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.

#### **Disposizioni Regionali**

- DCA 47/2012 e 9/2013: Applicazione regionale DL 95/2012 –L.135/2012 tetti strutture di specialistica ambulatoriale private accreditate;
- DCA 39/2012 e 24/2013: Applicazione regionale DL 95/2012 –L.135/2012 tetti strutture ospedaliere private accreditate;
- DCA 2/2013: Remunerazione 2013 erogatori privati provvisoriamente accreditati RSA;
- DCA 3/2013: Remunerazione 2013 erogatori privati provvisoriamente accreditati RA;
- DCA 5/2013: Remunerazione 2013 erogatori privati provvisoriamente accreditati Psicoriabilitazione;
- DCA 51/2013: Remunerazione 2013 erogatori privati provvisoriamente accreditati Riabilitazione ex art.26;
- DCA 12/2013: Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale D.M 18.10.2012;
- DCA 13/2013: Approvazione Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale D.M 18.10.2012;
- DCA 32/2013: Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera D.M. 18.10.2012 - Rettifica ed integrazione Allegato "A" del DCA 13/2013;
- DCA 45/2013: Modifiche e integrazioni ai Decreti del Commissario ad Acta n. 12/2013 del 20.02.2013 "Approvazione Nomenclatore tariffario regionale per prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale – D.M. 18.10.2012" e n. 13/2013 del 20.02.2013 "Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di Assistenza Ospedaliera – D.M. 18.10.2012"

## **Obiettivi Programmati**

La Regione intende individuare:

- l'iter procedurale per la sottoscrizione dei budget, tenendo conto delle peculiarità che caratterizzano le strutture della rete di offerta, specificando passi procedurali e tempistiche per la sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate;
- gli eventuali ulteriori aspetti critici da sottoporre a clausola contrattuale al fine della liquidazione delle prestazioni. In particolare, in raccordo con la disciplina dei controlli e dell'accreditamento, dovranno essere identificati i debiti informativi da rispettare in modo tale che la remunerazione della singola prestazione sia garantita solo nel caso in cui siano state rispettate le tempistiche e dei livelli qualitativi stabiliti per l'invio dei dati, così come previsto dagli accordi contrattuali 2013.

## **Risultati e Crono programma**

- Completamento della sottoscrizione degli accordi contrattuali 2013;
- Definizione dei budget e definizione dei conseguenti tetti di spesa per gli anni 2014-2015 rispettivamente entro il 31.03.2014 ed il 31.03.2015;
- Adozione del Decreto di attribuzione del budget ed adozione dello schema di contratto che dovranno firmare le strutture erogatrici per gli anni 2014 e 2015 rispettivamente entro il 31.03.2014 ed il 31.03.2015;
- Sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati entro 60 gg dalla data di notifica del Decreto;
- Avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento, nell'ipotesi di mancata sottoscrizione dei contratti, ai sensi dall'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/92;
- Verifica con cadenza trimestrale da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale, della regolarità della fatturazione e della documentazione a supporto della stessa, con obbligo di aggiornamento in tempo reale dei riepiloghi sullo stato delle verifiche e dei pagamenti, al fine di allineare la spesa per gli erogatori privati entro il tetto di remunerazione massima.

## **Indicatori di Risultato**

- Numero e valore accordi sottoscritti per gli anni 2014-15 con gli erogatori privati per ogni anno.

## **Impatto economico**

Per l'anno 2013, stante la non sottoscrizione dei contratti da parte di alcuni erogatori alla data del 30.09.2013 ed in attesa dell'esito dei contenziosi in atto, la Regione riteneva di accantonare una quota pari a 9,1 €/mln pari al valore registrato al Consuntivo 2012 per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato (in Tendenziale). Considerando il processo di negoziazione in corso che la Regione sta portando avanti con gli erogatori privati al fine di addivenire alla sottoscrizione dei contratti, si stima che gli erogatori privati verranno remunerati entro il livello delle remunerazioni massime decretate per l'anno; viene così prevista come manovra la non sussistenza del rischio sulla overproduzione dei privati per 9,1 €/mln per l'anno 2013.

## **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa, protesica e termale

Servizio Programmazione socio – assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze

Agenzia Sanitaria Regionale

## 4.5 INTERVENTO 9: Personale

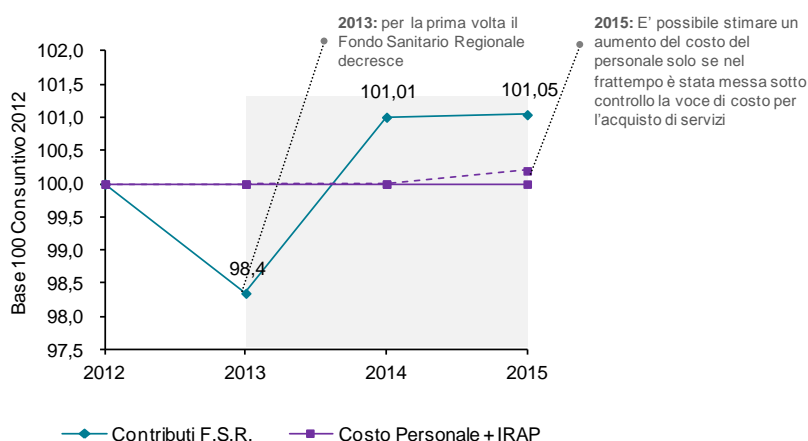
### Contesto di Riferimento

La Regione per il triennio 2013-2015 dovrà continuare il già avviato processo di riordino del Servizio Sanitario Regionale nell'ottica del raggiungimento e/o mantenimento dell'obiettivo dell'equilibrio economico da parte delle singole Aziende anche alla luce della recente normativa nazionale (L 135/2012 e L 228/2012) che ha contribuito a costituire una situazione tendenziale per il triennio 2013-2015 caratterizzata da una sensibile minore disponibilità di risorse.

Pur avendo posto in essere una forte azione di riduzione e razionalizzazione della spesa per il personale nel corso degli ultimi anni, la voce Costo del Personale nel Conto Economico del 2012, così come nei precedenti anni, risulta essere la voce di spesa con la maggiore incidenza sul totale dei costi (35% nel CE al Consuntivo 2012), per questo motivo la Regione si impegna ad implementare interventi, siano essi di sviluppo che di contenimento, con la massima attenzione, coerentemente con tutte le altre azioni descritte nel Programma Operativo e ponendo particolare attenzione all'obiettivo del mantenimento/raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende.

È necessario infatti tener conto che lo scenario futuro sarà caratterizzato da scarsità di risorse; per i prossimi anni se il costo del personale fosse stabile (ipotesi tendenziale) si avrebbe comunque un maggior assorbimento delle risorse disponibili da parte del fattore produttivo (incremento dell'incidenza della voce di costo sui ricavi) come mostrato nella Figura 15.

Figura 15 – Costo del personale stimato vs Contributi FSR per il triennio 2013-2015 (base 100 Consuntivo 2012 di ciascuna voce)



Nonostante le variazioni preventivate per il F.S.R., per il triennio 2013-2015 si ipotizza un tendenziale a piena sostituzione del turnover con il costo del personale stimato costante rispetto ai valori della proiezione ponderata 2012.

Questo scenario potrebbe non realizzarsi e non sarebbe possibile stimare un aumento del costo del personale per assunzioni ex novo se le Aziende non riuscissero a ridurre concretamente il costo per beni e servizi.

### Normativa Nazionale

- Articolo, 2, comma 71, della legge n. 191/2009 stabilisce il vincolo fondamentale in tema di spesa di personale per gli anni 2010-2012 (spesa 2004 diminuita dell'1,4%, pari a complessivi € 706.068.000) e confermato – in base alle disposizioni del D.L. n. 95/2012 convertito con modificazioni in legge in legge n. 135/2012 - fino all'anno 2015;
- L 135/2012: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.;
- L228/2012: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013).

#### Disposizioni Regionali

- DCA 45/2010: Razionalizzazione della Rete di assistenza ospedaliera;
- DCA 65/2010: per disciplinare con appositi regolamenti le ipotesi di mobilità di personale a seguito di ristrutturazione aziendale;
- DCA 05/2011: linee guida per la redazione degli atti aziendali;
- DCA 15/2011: razionalizzazione delle UU.OO.CC;
- DCA 23/2012: Modifiche ai regolamenti per la definizione delle modalità e delle procedure per la gestione del personale in eccedenza nelle Aziende USL regionali a seguito degli interventi connessi al processo di razionalizzazione e riordino del Sistema sanitario regionale, relativi all'area della dirigenza medico- veterinaria e all'area della dirigenza S.P.T.A." che integra e sostituisce il DCA 65/2010;
- DCA 49/2012: Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle aziende USL.

#### 4.5.1 AZIONE 1: Definizione del fabbisogno di personale

Azione di Sviluppo

##### Contesto di Riferimento

Nella prospettiva del completamento dell'azione di razionalizzazione del sistema sanitario regionale attuata in coerenza con quanto stabilito dapprima nel Programma Operativo 2010 e successivamente nei Programmi Operativi 2011-2012, è necessario che le Aziende regionali muovano verso l'obiettivo di una riprogrammazione complessiva dei propri fabbisogni di personale. Tale obiettivo di riprogrammazione, da realizzarsi mediante la rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali conformemente alle linee di indirizzo regionali dettate dal Decreto Commissariale n.49/2012 e l'adozione dei relativi provvedimenti consequenziali, deve essere conseguito comunque nell'imprescindibile rispetto dei tetti di spesa fissati da normativa nazionale per il triennio 2013-2015.

##### Obiettivi Programmati

La Regione intende procedere a verificare la conformità delle dotazioni organiche, redatte dalle Aziende sanitarie, alle linee di indirizzo regionali stabilite con Decreto commissariale n.49/2012 formulando, ove nel caso, eventuali rilievi.

Al termine della procedura sopra descritta si procederà alla rideterminazione dei fondi contrattuali da ricalibrare in relazione alle nuove dotazioni organiche aziendali e perseguendo un tendenziale riallineamento della quota fondi pro-capite per la contrattazione integrativa con la media nazionale; unitamente a tale processo andrà inoltre implementata un'azione di monitoraggio periodico, con cadenza annuale, sulla consistenza dei fondi relativi alla contrattazione integrativa aziendale e sulle modalità di utilizzo degli stessi da parte delle ASL.

Per quanto attiene agli obiettivi di carattere economico-finanziario, si evidenzia che, con la rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali, sarà possibile quantificare nel dettaglio il costo della stessa e tale costo rappresenterà a regime (una volta cioè consolidata la relativa spesa ed attuati gli interventi necessari ad adeguare lo status quo ai nuovi parametri) il limite di spesa cui le Aziende dovranno attenersi per gli anni futuri, fati salvi eventuali ulteriori interventi normativi o programmatori, statali o regionali, che dovessero nel frattempo venire ad incidere sulla materia in questione. In questo modo la Regione potrà monitorare l'effettivo rispetto delle disposizioni regionali in tema di autorizzazione all'assunzione di personale e di rispetto dei tetti di spesa come definiti all'Azione 2 (Paragrafo 4.5.2 Vincoli per le assunzioni di personale).

Inoltre, sempre nell'ambito del completamento del disegno complessivo di riordino, occorre completare il processo, già in atto, di razionalizzazione delle unità operative complesse e semplici (in attuazione degli standard stabiliti dal c.d. Comitato LEA nella seduta del 26.3.2012) e degli incarichi di coordinamento e delle posizioni organizzative (in attuazione di quanto stabilito nell'Allegato 3 al P.O. 2010) anche al fine dell'aggiornamento degli atti aziendali.

#### **Risultati e Crono programma**

- Verifica di conformità delle dotazioni organiche aziendali rispetto alle linee di indirizzo regionali e formulazione di eventuali rilievi entro il 15.10.2013;
- Adozione da parte della Regione delle linee di indirizzo alle ASL per la rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale entro il 30.11.2013;
- Rideterminazione da parte delle ASL dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale entro il 31.12.2013;
- Implementazione di un attività di monitoraggio, con cadenza annuale, da parte della Regione sulla consistenza dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale delle ASL e sulle modalità di utilizzo dei medesimi (invio dei dati relativi alla consistenza e all'utilizzo dei fondi nell'anno precedente da parte delle ASL entro il 31 marzo di ciascun anno, a partire dal 2014 con riferimento all'anno 2013).

#### **Indicatori di risultato**

- Avvenuta rideterminazione da parte delle Aziende delle dotazioni organiche in conformità con le linee di indirizzo regionali (DCA 49/2012);
- Avvenuta adozione da parte della Regione Abruzzo delle linee di indirizzo alle ASL per la rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale.
- Avvenuta rideterminazione da parte delle ASL dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale in attuazione delle linee di indirizzo regionali;
- Attivazione del monitoraggio regionale, con cadenza annuale, sulla consistenza dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale delle ASL e sulle modalità di utilizzo dei medesimi.

#### **Impatto economico**

Non è possibile procedere al momento ad una definizione dell'impatto economico connesso al processo di rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali in quanto non ancora concluso; si può comunque assicurare che lo stesso garantirà il rispetto del limite di spesa stabilito dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009 (pari alla spesa personale 2004 diminuita dell'1,4%), essendosi previsto nel decreto commissariale n. 49/2012 che il costo delle dotazioni organiche rideterminate non potrà comunque superare tale tetto di spesa.

Anche per quanto attiene all'azione di rideterminazione dei fondi contrattuali, l'impatto economico della stessa potrà quantificarsi solo in sede di adozione dei riferiti atti, di seguito all'avvenuta rideterminazione delle dotazioni organiche.

Quanto all'impatto economico connesso alla definizione dei processi di razionalizzazione delle unità operative complesse e semplici e delle posizioni organizzative e degli incarichi di coordinamento, si evidenzia che essendo un processo ancora in atto ed essendo soggetto a diverse variabili non è possibile, allo stato, quantificarlo esattamente.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane

**Contesto di Riferimento**

Nel corso degli ultimi anni, aderendo agli obblighi imposti dal Piano di Rientro ed ai vincoli di spesa sanciti nelle leggi finanziarie nazionali, la Regione Abruzzo ha posto in essere una forte azione di riduzione della spesa di personale che, per certi versi, ha anche percorso e anticipato l'azione di razionalizzazione della rete di assistenza.

Tale azione ha fatto sì che, prendendo a riferimento i dati consuntivati 2012 da Tabella 2 del Piano di Rientro, la spesa complessiva di personale (comprensiva di personale a tempo indeterminato, personale a tempo determinato e restante personale) si sia attestata intorno ai 666,1 €/mln rimanendo al di sotto del tetto di spesa fissato di circa 39,9 €/mln (Tabella 27). Viene di seguito mostrata anche la suddivisione del tetto di spesa per ASL (Tabella 28).

Tabella 27 – Personale SSR – Spesa per il personale anni 2008-2012

| Personale SSR - Spesa anni 2008-2012 Tabella 2 Piano di rientro |             |             |             |             |             |                    |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Tetto di spesa<br>(spesa 2004-1,4%)                             | 2008        | 2009        | 2010        | 2011        | 2012        | Δ Tetto vs<br>2012 |
| (A)   | (B)         | (C)         | (D)         | (E)         | (F)         | (A-F)              |
| 706.068.000   | 700.244.000 | 687.556.000 | 687.401.000 | 670.277.000 | 666.133.000 | <b>39.935.000</b>  |

Tabella 28 – Tetti di spesa ai sensi della legge n.191/2009, ex art.2, comma 71, confermati fino al 2015 dall'art. 15, comma 21, della legge n. 135/2012

| Limiti di spesa massimi per il personale 2013-2015 * |                |
|--|----------------|
| ASL  | €/000          |
| Avezzano-Sulmona-L'Aquila                            | 179.136        |
| Lanciano-Vasto-Chieti                                | 222.191        |
| Pescara  | 154.817        |
| Teramo   | 149.923        |
| <b>Aggregato regionale</b>                           | <b>706.068</b> |

\*(Legge n. 191/2009, ex art. 2, comma 71)

La riferita riduzione di costo costituisce il riflesso economico di un'evidente riduzione del personale in servizio presso le Aziende USL regionali che dalle 16.262 unità (personale a tempo indeterminato, personale a tempo determinato e restante personale, secondo le rilevazioni registrate al 31.12.2006 (vale a dire prima della sottoscrizione del Piano di rientro) sono venute ad attestarsi al 31.12.2011 in 14.264 unità, con un decremento del 12,2% rispetto al dato del 2006 (Tabella 29).

Tabella 29 – Personale SSR – Numero di personale in servizio negli anni 2006-2012

| Personale SSR - Teste Tabella 2 Piano di rientro (*) |               |               |               |               |               |               |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| In servizio al                                       | 31.12.06      | 31.12.08      | 31.12.09      | 31.12.10      | 31.12.11      | 31.12.12      |
| Personale t.i.                                       | 15.033        | 14.327        | 13.851        | 13.405        | 13.675        | 13.675        |
| Personale t.d.                                       | 726           | 586           | 961           | 1.220         | 443           | 432           |
| Restante personale                                   | 503           | 370           | 214           | 191           | 154           | 123           |
| <b>TOTALE</b>  | <b>16.262</b> | <b>15.283</b> | <b>15.026</b> | <b>14.816</b> | <b>14.272</b> | <b>14.230</b> |

(\*) Nel computo delle teste è escluso il personale di categorie protette e personale penitenziario

Da carotaggi svolti presso le aziende per l'analisi dei diversi fenomeni delle dinamiche del personale, sono state evidenziate forti criticità riguardanti il tasso di assenteismo ed un numero sempre crescente di prescrizioni.

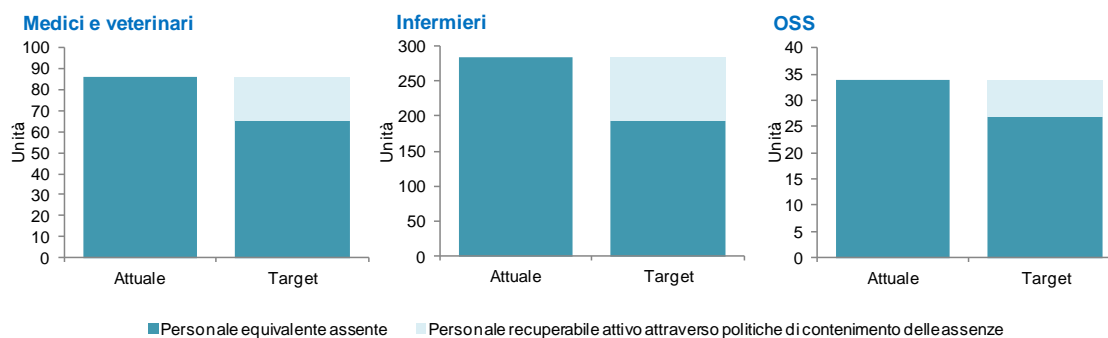
Come mostrato nella Tabella 30, l'analisi del tasso di assenza mostra dei valori di mancata presenza superiori ai parametri normalmente riscontrati in reparto. Tali assenze si concentrano nelle figure professionali di assistenza infermieristica (infermieri e personale di supporto) impegnate nella turnazione a copertura del servizio h24.

Tabella 30 – Percentuale di Assenza Personale nei presidi ospedalieri

| % assenze         |        |            |     |
|-------------------|--------|------------|-----|
|                   | Medici | Infermieri | OSS |
| % assenze attuali | 13%    | 21%        | 18% |
| % assenza target  | 10%    | 14%        | 14% |

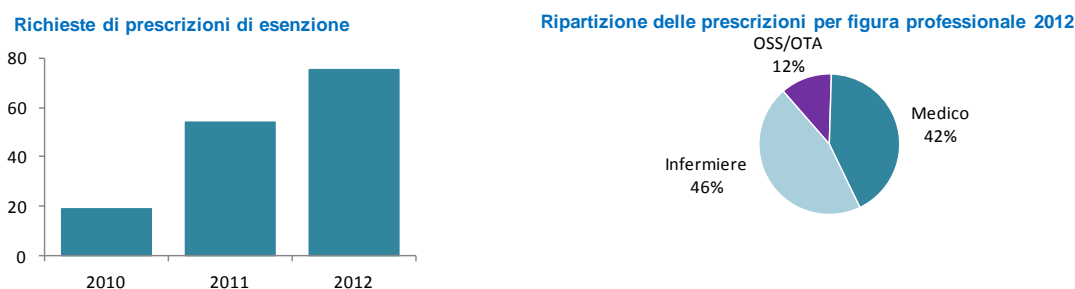
Nella Figura 16 è posto a confronto il personale assente per figura professionale con il personale assente fisiologicamente ed in azzurro, il personale recuperabile attraverso politiche di contenimento delle assenze.

Figura 16 – Confronto personale assente e target con possibili riduzioni



Analizzando gli esoneri, come mostrato nel grafico sottostante (Figura 17), si registra nel corso del triennio 2010-2012, un considerevole aumento di prescrizioni concesse +99% che potrebbe non risultare in linea con il naturale invecchiamento del personale in servizio presso le ASL. La percentuale maggiore (46%) è stata riscontrata per la figura professionale degli infermieri come mostrato nel grafico riportato in Figura 17.

Figura 17 – Rappresentazione del numero di prescrizioni negli anni 2010-2012 e per figura professionale



Tale comportamento, determina ad oggi una mancata assistenza giornaliera che può essere recuperata a parità di risorse a disposizione, attraverso opportune leve di intervento gestionali.



## Obiettivi Programmati

La Regione Abruzzo per il triennio 2013-2015, ferma restando la necessità del conseguimento dell'obiettivo dell'equilibrio economico da parte delle singole Aziende, non intende stabilire a priori blocchi del turn-over per il personale delle ASL regionali, garantendo pertanto la possibilità per le ASL di sostituire il personale che cessa dal servizio nel corso del triennio di riferimento, previo nulla-osta da parte dell'Organo Commissariale, con personale dirigenziale anche di altro ruolo e profilo, per quanto attiene al personale dirigenziale, e con personale di analoga categoria, per quanto riguarda il personale del comparto.

Inoltre, in linea di continuità con quanto già previsto nel Programma Operativo 2010 e nei Programmi Operativi 2011-2012, si intende consentire alle ASL di procedere alla copertura di posti vacanti in organico, che attualmente risultano occupati da personale a tempo determinato, mediante assunzioni di personale a tempo indeterminato. La copertura di detti posti, sempre previo nulla osta commissariale, 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 tutto l'anno 2012 siano stati coperti da personale a tempo determinato e la cui spesa, pertanto, risulta già consolidata nei costi del bilancio 2012.

Una volta determinato il quadro delle UU.OO.CC. aziendali in conformità con gli standard stabiliti dal cosiddetto comitato LEA, le Aziende sanitarie potranno infine progressivamente procedere, nel rispetto dei suddetti limiti, al conferimento, nel corso del triennio 2013-2015, degli incarichi di direzione di struttura complessa di ruolo sanitario previo apposito nulla-osta commissariale.

In relazione all'evidenziato intendimento di correlare le autorizzazioni di assunzione del personale al raggiungimento degli obiettivi programmati relativamente alla razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (Paragrafo 4.1.1) attraverso la riduzione del 10% degli importi e delle connesse prestazioni relative ai contratti in essere di appalti di servizi e di fornitura di beni e servizi o adottando misure alternative purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario (L 228/2012), stabilendo che, il mancato raggiungimento degli stessi per l'anno 2013, determinerà già dal 2014 il blocco totale o parziale (nelle percentuali che saranno specificatamente individuate) del turnover.

Le varie possibilità di assunzione sopra descritte potranno essere attuate sempre a patto che si garantisca l'inderogabile rispetto dei seguenti tetti di spesa in termini di conto economico.

Tabella 31 – Conto Economico per Azienda 2012-2015

| Conto Economico 2012 - 2015 (€/000) |                 |                   |
|-------------------------------------|-----------------|-------------------|
| ASL                                 | Consuntivo 2012 | Tendenziale 13-15 |
| <b>Personale</b>                    |                 |                   |
| Avezzano Sulmona L'Aquila           | 192.304         | 192.304           |
| Lanciano Vasto Chieti               | 240.170         | 240.170           |
| Pescara                             | 169.042         | 169.042           |
| Teramo                              | 166.468         | 166.468           |
| <b>Totale Spesa Personale</b>       | <b>767.984</b>  | <b>767.984</b>    |
| <b>IRAP</b>                         |                 |                   |
| Avezzano Sulmona L'Aquila           | 13.571          | 13.571            |
| Lanciano Vasto Chieti               | 16.772          | 16.772            |
| Pescara                             | 12.020          | 12.020            |
| Teramo                              | 11.890          | 11.890            |
| <b>Totale IRAP</b>                  | <b>54.253</b>   | <b>54.253</b>     |
| <b>Totale Personale + IRAP</b>      | <b>822.237</b>  | <b>822.237</b>    |

Si precisa che l'Organo Commissariale procederà ad autorizzare le assunzioni nelle Aziende in considerazione della reale esigenza di ciascuna Azienda di reperire nuovo personale.



A tal proposito, i dati della Tabella 2 del Piano di Rientro relativi al Personale (tempo indeterminato, tempo determinato e Restante personale) mostrano una distribuzione disomogenea del personale tra le quattro Aziende in relazione ai posti letto pubblici assegnati con DCA 45/2010.

Tabella 32 – Rapporto Personale vs Posti letto DCA 45/2010

| Rapporto personale vs PL DCA 45/2010 |                  |                  |                        |                            |                    |                        |                                      |
|--------------------------------------|------------------|------------------|------------------------|----------------------------|--------------------|------------------------|--------------------------------------|
| ASL                                  | Personale TI (A) | Personale TD (B) | Restante Personale (C) | Totale Tab 2 PdR (D=A+B+C) | PL DCA 45/2010 (E) | Rapporto TI/PL (F=A/E) | Rapporto Totale Personale/PL (G=D/E) |
| Avezzano Sulmona L'Aquila            | 3.307            | 187              | 47                     | 3.541                      | 870                | 3,80                   | 4,07                                 |
| Lanciano Vasto Chieti                | 4.396            | 132              | 37                     | 4.565                      | 1.075              | 4,09                   | 4,25                                 |
| Pescara                              | 3.016            | 62               | 39                     | 3.117                      | 798                | 3,78                   | 3,91                                 |
| Teramo                               | 2.956            | 51               | -                      | 3.007                      | 945                | 3,13                   | 3,18                                 |
| <b>Totale</b>                        | <b>13.675</b>    | <b>432</b>       | <b>123</b>             | <b>14.230</b>              | <b>3.688</b>       | <b>3,71</b>            | <b>3,86</b>                          |

Il rispetto dei riferiti tetti di spesa garantisce inoltre ampiamente anche il rispetto dei limiti di spesa di cui alla precedente Tabella 28, vale a dire l'ammontare della spesa per il personale sostenuta nel 2004 diminuita dell'1,4 %, in attuazione del disposto dell'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009 (limiti validi anche per gli anni 2013, 2014 e 2015, per effetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 21, del D.L. n. 95/2012, convertito in legge n. 135/2012). A tal fine si procederà, anche nel corso del triennio 2013-2015, al monitoraggio trimestrale e annuale, a consuntivo, dei costi del personale mediante le rilevazioni da Tabella 2 del Piano di Rientro, secondo le modalità previste nel capitolo 2.1.4 del Piano di rientro dai disavanzi sanitari per gli anni 2007 e 2009.

Si ribadisce inoltre che il rispetto dei riferiti obiettivi in tema di contenimento del costo del personale deve sempre essere considerato nell'ambito di quello più generale ed essenziale volto al raggiungimento dell'equilibrio economico aziendale, che permane obiettivo fondamentale ed imprescindibile cui deve tendere la complessiva azione aziendale. Da ciò consegue che qualora, nel corso delle verifiche contabili trimestrali, dovesse evidenziarsi il rischio del mancato raggiungimento dell'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario complessivo, la Regione potrà stabilire l'adozione di specifiche misure di contenimento e/o riduzione della spesa di personale, ivi compreso il blocco (totale o parziale) del turn-over, di ulteriori assunzioni anche a tempo determinato e dell'attivazione di rapporti di lavoro autonomo.

In relazione, infine, alle rilevate criticità riguardanti il tasso di assenteismo ed il numero crescente di esoneri, le ASL regionali dovranno porre in essere azioni appropriate volte a ridurre ed a monitorare tali fenomeni. A tal fine possibili politiche di contenimento delle assenze concernono:

- Legare il premio di produttività ai risultati raggiunti in termini di tasso di assenza di reparto;
- Scelta di una turnazione più gradita al personale (modello 4+1, modello 4+2, modello 5+1...);
- Implementazione di carte di monitoraggio mensile delle assenze per reparto e per tipologia di figura professionale;
- Istituzione di sanzioni disciplinari e richiami in caso di comportamenti outlier.

#### Risultati e Crono programma

- Monitoraggio trimestrale e verifica annuale a consuntivo mediate Tabella 2 del Piano di Rientro (entro il 30.6 dell'anno successivo a quello di riferimento) del rispetto del tetto di spesa ex art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009;
- Monitoraggio del rispetto dei vincoli imposti alle assunzioni per tutto il triennio;
- Attuazione da parte delle ASL di azioni adeguate per contrastare le criticità connesse all'eccessivo tasso di assenteismo e per monitorare e ridurre il numero di esoneri.

#### **Indicatori di risultato**

- Scostamento della spesa a consuntivo rispetto al tetto spesa in termini di conto economico (Tabella 31);
- Avvenuta attuazione degli adempimenti relativi alla rilevazione trimestrale dei costi del personale condotta secondo le modalità previste nel paragrafo 2.1.4 del Piano di rientro dal disavanzo sanitario 2007-2009;
- Numero assunzioni autorizzate;
- Riduzione del tasso di assenteismo per il personale medico e per gli infermieri;
- Risultanze del monitoraggio delle esenzioni.

#### **Impatto economico**

Non è possibile procedere al momento ad una definizione dell'impatto economico di tale intervento in quanto per buona parte connesso al processo di rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali, che non è ancora concluso. Si rileva in ogni caso come anche le eventuali nuove assunzioni che dovessero essere autorizzate garantiranno comunque il rispetto del limite di spesa stabilito dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009 (pari alla spesa personale 2004 diminuita dell'1,4%).

In considerazione del blocco del turnover applicato nel primo semestre del 2013, le Aziende hanno sopperito alla necessità di personale necessario a far fronte delle esigenze assistenziali, anche attraverso il ricorso a tempo determinato. Sono inoltre avvenute nei primi mesi del 2013, assunzioni a tempo indeterminato relative al turnover del 2012. L'impatto di questi fenomeni comprensivo di IRAP, è stato stimato pari a 6,1 €/mln per il 2013. Fermi restando i limiti di spesa stabiliti dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009 e di tutti i vincoli sopra determinati, la Regione intende confermare tale previsione di spesa anche per gli anni 2014-2015 (6,1 €/mln per ciascun anno) sulla base delle reali necessità delle aziende, da verificarsi con l'approvazione definitiva delle dotazioni organiche.

Si evidenzia inoltre che l'aver correlato la possibilità di effettuare assunzioni di personale per turnover al raggiungimento annuale degli obiettivi fissati al Paragrafo 4.1 per la voce Beni e Servizi potrà ragionevolmente e presumibilmente fungere da leva e da stimolo per il conseguimento degli obiettivi in questione.

Gli effetti di una eventuale maggiore produttività del personale aziendale potranno essere valutati nel tempo come risparmio di eventuali nuove assunzioni di personale.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane

### **4.5.3 AZIONE 3: Monitoraggio consistenza e costi del personale**

Azione di Coordinamento

#### **Contesto di Riferimento**

Per poter realizzare, gestire, monitorare e verificare gli interventi di contenimento e sviluppo sono necessarie diverse attività di monitoraggio a livello centrale che permettano, oltre a valutare lo stato di attuazione delle direttive impartite, di ottenere una visione d'insieme del sistema e della direzione che esso sta prendendo per poter eventualmente intervenire tempestivamente con appropriati correttivi.

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende:

- monitorare l'adempimento delle Aziende agli obblighi informativi secondo le modalità ed i tempi stabiliti dal competente Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane della Direzione Politiche della Salute, al fine di garantire i flussi informativi necessari all'attività di coordinamento delle

politiche del personale del servizio sanitario regionale. A tal fine le Aziende dovranno continuare ad alimentare il database regionale sul personale in servizio, la rilevazione mensile degli assunti e cessati e ad attuare gli adempimenti relativi alla rilevazione trimestrale dei costi del personale, condotta secondo le modalità previste nel paragrafo 2.1.4 del Piano di rientro dal disavanzo sanitario 2007-2009 ed all'aggiornamento costante del database sul personale in servizio.

- a causa della sempre crescente necessità di informazioni tempestive, attendibili, confrontabili ed alla luce delle disposizioni in materia di fabbisogno del personale e rimodulazione delle UU.OO.CC., aggiornare il *setting* informativo contenuto nei flussi informativi che le Aziende sono chiamate a completare.

L'aggiornamento dei flussi comporterà una preventiva ricognizione puntuale, effettuata in prima istanza attraverso questionari inviati alle ASL, delle:

- strutture e degli stabilimenti di tutta la rete;
- unità operative riguardanti l'attività ospedaliera (da dotazioni organiche), di supporto, amministrativa e generale;
- delle unità operative dei servizi territoriali e dei dipartimenti di prevenzione.

Successivamente le ASL saranno chiamate ad integrare con il nuovo *setting* informativo il database del personale che sarà la base del flusso che verrà implementato mensilmente unicamente attraverso l'invio della rilevazione degli assunti e cessati.

#### **Risultati e Crono programma**

- Verifica dell'invio degli adempimenti già previsti da parte delle ASL;
- Controllo sulle azioni poste in essere dalla ASL (assunzioni, eventuali dichiarazioni di esubero, processi di mobilità) per adeguare le proprie consistenze di personale alle dotazioni organiche rideterminate nel rispetto dei limiti di spesa stabiliti;
- Invio dei questionari per la ricognizione delle strutture ed unità operative entro il 30.11.2013;
- Aggiornamento ed invio del nuovo formato per la rilevazione del personale entro 28.02.2014;
- Verifica dell'invio da parte delle Aziende sanitarie del database aggiornato entro il 30.04.2014;
- Monitoraggio e controllo dell'invio e dell'adesione delle ASL alle richieste informative aggiornate durante tutto il triennio.

#### **Indicatori di risultato**

- Avvenuta attuazione degli adempimenti relativi alla rilevazione trimestrale dei costi del personale, condotta secondo le modalità previste nel paragrafo 2.1.4 del Piano di rientro dal disavanzo sanitario 2007-2009 ed all'aggiornamento costante del database sul personale in servizio;
- Invio del database aggiornato e completo da parte delle aziende sanitarie;
- Invio mensile da parte delle aziende della rilevazione assunti e cessati.

#### **Impatto economico**

Non previsto per questa attività di monitoraggio.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane

#### 4.5.4 AZIONE 4: Ulteriori interventi di contenimento dei costi del personale per recepimento di normativa nazionale

Azione di Contenimento

##### Contesto di riferimento

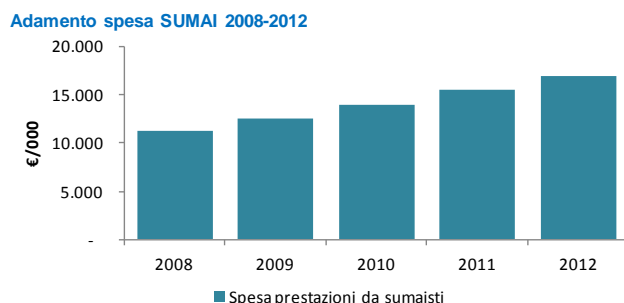
In coerenza con gli interventi del legislatore nazionale degli ultimi anni, le ASL sono chiamate ad attuare azioni finalizzate da un lato a ridurre il fenomeno del c.d. precariato e valorizzare le professionalità interne delle pubbliche amministrazioni e dall'altro a garantire dei risparmi di spesa.

Rimane anche importante il consolidamento, nel triennio 2013-2015, delle misure di razionalizzazione e contenimento della spesa in materia di pubblico impiego adottate nell'ambito delle manovre di finanza pubblica per quanto riguarda il personale convenzionato.

Nel rispetto della più recente normativa, devono essere effettuate inoltre azioni per migliorare l'attività di monitoraggio e controllo sullo svolgimento dell'Attività Libero Professionale Intramuraria – (di seguito ALPI).

Come mostrato in Figura 18 dal 2008 si rileva un costante incremento dei costi sostenuti per le prestazioni eseguite da parte del personale specialistico ambulatoriale (SUMAI). La Regione ritiene quindi necessario avviare un'azione volta al contenimento dei costi per tali tipologie di servizi, anche alla luce del dettato normativo che assimila i rapporti di lavoro convenzionati a quello della dipendenza. A tal fine la Regione ha invitato le Aziende<sup>10</sup> al rispetto dei vincoli di bilancio riconducendo la spesa della voce CE (B.2.A.3.4 -da privato – Medici SUMAI) entro i limiti previsti dall'art. 15 D.L. n. 95/2012 con modalità e tempi tesi a garantire il rispetto delle prescrizioni normative e l'erogazione appropriata delle prestazioni specialistiche.

Figura 18 – Andamento della spesa per SUMAI Conto Economico 2008-2012



Si individuano infine, anche nell'ottica del necessario adeguamento a specifiche disposizioni legislative vigenti, una serie di ulteriori azioni mirate su specifiche tematiche afferenti la gestione del personale delle Aziende USL regionali e relative alla riduzione dei costi degli apparati amministrativi ed alla disciplina delle modalità attraverso cui procedere alla verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

##### Normativa Nazionale

- Art. 15-septies del D. Lgs. n. 502/1992 e ss. mm. e ii;
- Art. 36 del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm. e ii: Forme contrattuali flessibili di assunzione e di impiego del personale;
- Art. 6, commi 7 e 20, e art. 9, comma 28, del D.L. n. 78/2010, convertito in legge n. 122/2010;

<sup>10</sup> L'Aquila nota RA/230537/COMM del 19.09.2013; Chieti RA/230522/COMM del 19.09.2013; Pescara RA/230494/COMM del 19.09.2013.

- DL 158/2012 convertito in L 189/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;
- DL 101/2013: Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni.

#### Provvedimenti regionali

- DGR 546 del 29 agosto 2012 linee guida regionali “Attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del SSN – Accordo Stato Regioni 18/11/2010 - Linee di indirizzo regionali”, come modificata ed integrata dalla DGR n.741 del 12 novembre 2012;
- Art. 1, LR 67/2012: Disposizioni normative in materia sanitaria.

#### Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Perseguire - in attuazione di un disegno volto a far sì che le ASL possano far fronte al proprio fabbisogno ordinario con personale assunto con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e, al contempo, a ridurre il c.d. fenomeno del precariato - una politica volta a limitare l'utilizzo di forme contrattuali flessibili di assunzione e di impiego del personale, correlandole – in linea di massima – ad esigenze lavorative temporanee ed eccezionali. Sempre nell'ambito del medesimo disegno evidenziato e anche in un'ottica di riduzione di costi e nella prospettiva di una maggior valorizzazione delle professionalità interne – si prevede poi di limitare il ricorso a consulenze ed incarichi di lavoro autonomo, oltre che il ricorso a forme di esternalizzazione di servizi per lo svolgimento di attività istituzionali connesse all'erogazione dei LEA. A tal fine si individuano una serie di obiettivi specifici per le ASL regionali:
  - per quanto riguarda le **forme di lavoro flessibile**, le ASL devono limitare il ricorso all'attivazione dei relativi contratti e correlarle ad esigenze lavorative di carattere transitorio e temporaneo: la spesa che le ASL potranno sostenere per i contratti in questione non può superare il 90% della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009;
  - per le **consulenze e gli incarichi di lavoro autonomo**, le ASL vi potranno ricorrere, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 7, comma 6, del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm. e ii, solo per esigenze peculiari determinate da concrete esigenze assistenziali o gestionali alle quali non si può far fronte con personale in servizio; la spesa annua delle Aziende USL regionali nel triennio 2013-2015 per **studi ed incarichi di consulenza**, inclusa quella relativa a studi ed incarichi di consulenza conferiti a pubblici dipendenti, non può superare il 80% di quella sostenuta per analoghi fini nell'anno 2009;
  - in relazione alla **esternalizzazione di servizi**, le ASL dovranno limitarne l'utilizzo per lo svolgimento di attività istituzionali connesse all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e, laddove vi si ricorra, lo si dovrà fare nel rigoroso rispetto della disciplina legislativa vigente in materia, con particolare riguardo alle previsioni che individuano i necessari elementi distintivi del contratto di appalto di servizi rispetto alla somministrazione di lavoro;
  - nell'attribuire nuovi **incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 15-septies**, commi 1 e 2, del D. Lgs. N. 502/1992 e ss. Mm. e ii. O nel rinnovare quelli già esistenti, le ASL dovranno rispettare i nuovi limiti percentuali stabiliti con le modifiche introdotte dall'art. 4, comma 1, lettere e-bis) e e-ter) del richiamato D.L. n. 158/2012 convertito con modificazioni in legge n. 189/2012;
- Monitorare il rispetto delle riferite indicazioni, da parte delle ASL regionali, in tema di ricorso a forme di lavoro flessibili, collaborazioni professionali, consulenze e esternalizzazione di servizi e incarichi ex art. 15-septies:
  - Costituzione e insediamento della Commissione regionale paritetica per l'Alpi di cui alle linee guida allegate alla DGR 741/11 con i compiti di valutare l'attivazione dell'ALPI sul territorio regionale; verificare i dati relativi ai volumi di attività istituzionale e all'attività libero – professionale; proporre alla Regione interventi sanzionatori nei confronti dei Direttori Generali nel caso di accertata responsabilità per omessa vigilanza; fornire proposte alla Regione su integrazioni alle linee guida regionali;
  - Attività di supporto amministrativo alla Commissione regionale paritetica per l'Alpi ;

- Controllo dell'attività delle ASL mediante richiesta di informazioni e/o invio di questionari al fine di garantire l'effettività del monitoraggio da parte delle Aziende sanitarie relative al controllo dei volumi delle prestazioni libero-professionali in rapporto con quelli eseguiti in regime istituzionale
- (Nel lungo periodo) implementazione, in collaborazione con il Servizio gestione flussi informativi, mobilità sanitaria, procedure informatiche ed il Servizio attività ispettive e controllo qualità, di sistemi di verifica con modalità informatizzata mediante l'istituzione di specifici flussi informativi regionali.
- Prevedere una procedura di attivazione di interventi sanzionatori nei confronti dei Direttori Generali nel caso di accertata responsabilità per omessa vigilanza e dei singoli professionisti, laddove si ravvisi il non rispetto del limite dei volumi delle prestazioni libero-professionali in rapporto con quelli eseguiti in regime istituzionale;
- Assicurare il rispetto dei vincoli di bilancio riconducendo la spesa della voce CE (B.2.A.3.4 -da privato – Medici SUMAI) entro i limiti previsti dall'art. 15 D.L. n. 95/2012 con modalità e tempi tesi a garantire il rispetto delle prescrizioni normative e l'erogazione appropriata delle prestazioni specialistiche;
- Fissare gli indirizzi per le ASL regionali ai fini dell'attuazione di alcune specifiche disposizioni dell'art. 6 del D.L. n. 78/2010 in tema di spese relative alla formazione del personale e di costi connessi al funzionamento di commissioni ed altri organismi;
- Disciplinare le modalità attraverso le quali si procede alla verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

#### **Risultati e Crono programma**

- Monitoraggio e controllo del rispetto da parte delle ASL delle riferite indicazioni in tema di ricorso a forme di lavoro flessibili, collaborazioni professionali, consulenze, esternalizzazione di servizi e rispetto limiti percentuali per conferimento incarichi ex art. 15-septies;
- Verifiche a consuntivo sul rispetto da parte delle ASL degli obiettivi di spesa stabiliti per il personale con contratto di lavoro flessibile e per gli incarichi di consulenza;
- Costituzione (entro giugno 2013) e insediamento (entro dicembre 2013) della Commissione regionale paritetica per l'Alpi con compiti di:
  - valutazione dell'attivazione dell'ALPI sul territorio regionale;
  - verifica dei dati relativi ai volumi di attività istituzionale e volume di attività derivanti da attività libero – professionale intramuraria;
  - adozione di interventi sanzionatori nei confronti dei Direttori Generali nel caso di accertata responsabilità per omessa vigilanza e nei confronti dei singoli professionisti, laddove si ravvisi il non rispetto del limite dei volumi delle prestazioni libero-professionali in rapporto con quelli eseguiti in regime istituzionale;
- Controlli trimestrali sull'andamento del costo per prestazioni da sumaisti;
- Adeguamento della spesa per prestazioni da sumaisti al tetto stabilito dal D.L. 95/2012 entro il 31.12.2013;
- Trasmissione da parte delle Aziende di una relazione sullo stato di attuazione dell'adeguamento della spesa per prestazioni da sumaisti entro il 31.10.2013;
- Redazione di un provvedimento che stabilisca degli indirizzi alle ASL regionali in relazione all'attuazione di alcune specifiche disposizioni in tema di contenimento del costo degli apparati amministrativi dettate dall'art. 6 del D.L. n. 78/2010, convertito in legge n. 122/2010, con specifico riferimento alle spese relative alla formazione del personale e ai costi connessi al funzionamento di commissione ed altri organismi entro il 31.12.2013;
- Redazione di un apposito provvedimento mediante il quale si provvede a disciplinare, tenendo conto anche dei principi del titolo II del D. Lgs. n. 150/2009, le modalità attraverso cui procedere alla verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato entro il 31.03.2014.

### Indicatori di Risultato

- Rispetto del limite di spesa del 90% rispetto al 2009 per le forme di lavoro flessibile;
- Rispetto del limite di spesa del 80% rispetto al 2009 per consulenze ed incarichi di lavoro autonomo;
- Rispetto dei limiti percentuali imposti per il conferimento di incarichi dirigenziali ex articolo 15-septies;
- Attività di supporto amministrativo alla Commissione regionale paritetica per l'Alpi (almeno n. 1 documento annuo);
- Attività di controllo dell'attività delle ASL mediante richiesta di informazioni e/o invio di questionari (almeno n. 1 richiesta annua);
- Rispetto del limite di spesa per prestazioni da sumaisti previsto dal D.L. 95/2012;
- Approvazione del provvedimento in tema di contenimento del costo degli apparati amministrativi;
- Approvazione del provvedimento di disciplina delle modalità di verifica annuale dei dirigenti e medici sanitari ai fini della retribuzione di risultato.

### Impatto economico

Per quanto attiene ai limiti di spesa relativi ai rapporti di lavoro flessibili, i dati relativi al 2012 registrano una spesa complessiva per tali rapporti inferiore al tetto stabilito (90% della spesa 2009) e non comporterà riduzioni ulteriori di spesa per il triennio 2013-2015.

L'impatto economico (in termini di risparmi di spesa), relativo al solo intervento volto all'attuazione di alcune specifiche disposizioni dell'art. 6 del D.L. n. 78/2010, potrà stimarsi solo una volta concretamente definiti i riferiti indirizzi regionali.

L'impatto economico della riduzione della spesa per prestazioni da sumaisti rispetto all'andamento tendenziale 2013-2015 è pari a 1,4 €/mln per ogni anno. Nella Tabella 33 è riportato il dettaglio per Azienda.

Tabella 33 – Spesa per prestazioni da sumaisti

| Conto Economico 2012 - 2015 (€/000) |               |               |                  |
|-------------------------------------|---------------|---------------|------------------|
| ASL                                 | Consuntivo    | Tendenziale   | Sforamento       |
|                                     | 2011<br>(A)   | 13-15<br>(B)  | Tetto<br>(C=B-A) |
| <b>Prestazioni da sumaisti</b>      | <b>15.494</b> | <b>16.934</b> | <b>(1.440)</b>   |
| Avezzano Sulmona L'Aquila           | 3.196         | 4.716         | (1.520)          |
| Lanciano Vasto Chieti               | 4.851         | 5.330         | (479)            |
| Pescara                             | 4.127         | 4.350         | (223)            |
| Teramo                              | 3.320         | 2.538         | 782              |

### Responsabile del processo attuativo

Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane

Servizio Assistenza Ospedaliera, Specialistica ambulatoriale, riabilitativa, protesica e termale

Servizio Assistenza Sanitaria di base e specialistica



## 4.5.5 AZIONE 5: Rapporti con Università pubbliche e protocolli

Azione di Coordinamento

### Contesto di riferimento

La Regione Abruzzo intende stipulare con le Università degli Studi di Chieti e L'Aquila un nuovo Protocollo di Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del D. Lgs. n. 517/1999, per la disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Regionale ed Università con riferimento all'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'università.

I rapporti tra Regione e Università per le attività assistenziali svolte da queste ultime nell'ambito del SSR saranno rimodulati alla luce delle disposizioni normative introdotte successivamente alla stipula del precedente Protocollo di Intesa ed in funzione di un adeguamento dello stesso alle nuove esigenze connesse al riordino del sistema sanitario regionale.

### Normativa Nazionale

- D. Lgs. N. 517/1997: Regolamento per la individuazione delle ipotesi e delle fattispecie dei lavori sottratte all'applicazione del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 158, e assoggettate alla normativa in materia di lavori pubblici;
- Art. 12, comma 2, Patto per la Salute per gli anni 2010-2012.

### Disposizioni Regionali

- LR 67/2012: Disposizioni normative in materia sanitaria.

### Obiettivi Programmati

La Regione intende pervenire alla stipula del nuovo Protocollo di Intesa con l'Università degli studi di Chieti e L'Aquila.

### Risultati e Crono programma

- Convocazione incontri Commissione paritetica per la definizione dei contenuti dei Protocolli d'Intesa entro 31.10.2013;
- Stipula Protocollo di Intesa tra la Regione e l'Università degli Studi di Chieti e l'Università degli Studi di L'Aquila entro il 31.12.2013.

### Indicatori di Risultato

- Avvenuta sottoscrizione del Protocollo di Intesa.

### Impatto economico

L'impatto economico di tale azione non è valorizzabile.

### Responsabile del processo attuativo

Direzione Politiche della Salute

# 5 Interventi Operativi

## 5.1 INTERVENTO 10: Sanità Penitenziaria

### Contesto di riferimento

Nella Regione Abruzzo sono presenti otto Istituti, ospitanti diverse tipologie di detenuti:

- Casa Circondariale di Pescara: detenuti comuni (sezione di media sicurezza) e detenuti collaboratori di giustizia (sezione di massima sicurezza);
- Casa Circondariale di Chieti: detenuti comuni e detenuti femminile;
- Casa Circondariale di L'Aquila: detenuti comuni e detenuti sottoposti al regime di cui all'art.41 bis 2° co. della Legge 354/75;
- Casa di Reclusione di Sulmona: detenuti comuni del circuito "reclusione", sezione per detenuti AS 1 (ex EIV) e AS , sezione prima accoglienza per detenuti primari, collaboratori di giustizia ed internati;
- Casa Circondariale di Avezzano: detenuti comuni (media sicurezza);
- Casa Circondariale di Vasto: detenuti comuni (sezione reclusione e tossicodipendenti);
- Casa Circondariale di Lanciano; detenuti comuni, sez. "Z" (familiari dei detenuti collaboratori di giustizia) e Alta Sicurezza;
- Casa Circondariale di Teramo: detenuti comuni (circondariale e tossicodipendenti), sezione di Alta Sicurezza e sezione per detenuti "protetti".

Per quanto riguarda gli eventi critici, la maggior parte dei casi si riferisce ad episodi di violenza auto ed etero-diretta da collegare alle scarse condizioni di vivibilità degli Istituti, cattiva qualità delle condizioni strutturali ed in generale una certa inadeguatezza delle risposte date alle esigenze dei detenuti per carenza di risorse umane (in particolare operatori del trattamento) e finanziarie. Tutto ciò ha determinato anche numerosi atti di autolesionismo, di aggressione e scioperi della fame (spesso con alla base la motivazione "protesta e richiesta di attenzione"). Vi sono stati 3 suicidi e 55 tentati suicidi nel precedente triennio.

### 5.1.1 AZIONE 1: Ricognizione delle procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento amministrazione penitenziaria al SSR

#### Contesto di riferimento

La regione Abruzzo ha dato seguito a tutto quanto previsto nella normativa nazionale concernente il trasferimento delle funzioni sulla sanità penitenziaria al SSR.

Elemento critico rimane la mancata stipula dei contratti di comodato gratuito dei locali adibiti ad attività sanitaria negli Istituti, tra le Asl e gli istituti penitenziari, a causa della mancanza di effettuazione dei lavori di manutenzione straordinaria di messa a norma degli stessi a carico del DAP.

#### Normativa Nazionale

- DPCM 01.04.2008 avente per oggetto: Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

### **Disposizioni Regionali**

- DGR 544/2008: la Regione ha approvato modelli organizzativi che rappresentano atto di indirizzo alle AASSLL circa l'organizzazione da adottare per garantire l'assistenza sanitaria penitenziaria ed ha istituito L'Osservatorio permanente regionale sulla sanità penitenziaria che rappresenta l'organismo istituzionale regionale attraverso il quale sono stati affrontati i problemi relativi all'attuazione del DPCM;
- DGR 423/2010: approvazione degli atti di indirizzo contenuti nel protocollo d'intesa stipulato tra la Regione, il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e il Centro per la Giustizia Minorile.

### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende effettuare la ricognizione delle procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR e portare a completa attuazione il D.P.C.M. del 1° Aprile 2008 riguardante il trasferimento delle funzioni inerenti l'attività di medicina penitenziaria attraverso la presa in carico dei bisogni sanitari della popolazione detenuta della Regione Abruzzo.

La Regione ha già inoltrato la richiesta dati alle ASL relativamente all'attuazione di tutti gli indirizzi regionali emanati ed alla situazione epidemiologica degli istituti penitenziari di riferimento.

### **Risultati e Crono programma**

- Le risposte alla richiesta dati regionale sono state rimesse all'Osservatorio della sanità penitenziaria entro il 30.09.2013;
- L'Osservatorio per la sanità penitenziaria esaminerà i dati, verificherà le criticità ed entro il 31.12.2013 elaborerà un report dell'esistente;
- Emissione di un atto di indirizzo, da parte dell'Osservatorio per la sanità penitenziaria, concernente eventuali adeguamenti da effettuarsi nell'offerta sanitaria presente negli istituti penitenziari di ciascuna ASL entro il 31.03.2014;
- Emissione da parte di ciascuna ASL degli atti di programmazione di adeguamento agli indirizzi dell'Osservatorio entro il 30.09.2014.

### **Indicatori di Risultato**

- Emanazione nei termini di un atto di indirizzo concernente eventuali adeguamenti da effettuarsi nell'offerta sanitaria presente negli istituti penitenziari di ciascuna ASL.

### **Impatto economico**

Per l'anno 2013 non vi è previsto un impatto economico.

Per l'anno 2014 e 2015 il costo è dato dalle spese sanitarie di personale e attrezzature che risulteranno dagli atti di indirizzo che devono essere elaborati.

### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Prevenzione Collettiva

## **5.1.2 AZIONE 2: Disattivazione O.P.G. ed individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti**

### **Contesto di riferimento**

In ordine alla disattivazione degli ospedali psichiatrici giudiziari e all'individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti, dall'ultima rilevazione effettuata nel mese di gennaio 2013 risulta che nella Regione Abruzzo sono presenti n.12 internati in Opg.

### **Normativa Nazionale**

- DPCM 01.04.2008: avente per oggetto Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

### **Disposizioni Regionali**

- DGR 102/2013: si è approvato il programma per la realizzazione di una struttura destinata ad accogliere i residenti in Abruzzo cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG.

### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende procedere alla riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza sanitaria ai pazienti con misura di sicurezza detentiva provenienti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari a seguito della chiusura di dette strutture e dei nuovi pazienti nelle medesime condizioni.

Il completo superamento degli attuali OPG dovrà vedere operativi i seguenti quattro percorsi:

- uscita dagli attuali OPG per tutte le persone che possono essere prese in carico dai DSM, con contestuale o successiva revoca delle eventuali misure di sicurezza;
- inserimento nelle articolazioni sanitarie per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari:
  - per le persone presenti in OPG ai sensi degli art. 111 e 112 del DPR 230/2000, e quindi detenute o condannate, senza essere destinatarie di alcuna misura di sicurezza il percorso risulta realizzabile attraverso l'attività amministrativa di assegnazione alla specifica sezione routinariamente assicurata dall'amministrazione penitenziaria;
  - il percorso risulta anche applicabile "per l'esecuzione della pena" alle persone presenti in OPG/CCC ai sensi dell'art. 219 c.p. (v. Allegato C, DPCM 01.04.2008) e, in conseguenza di ulteriori necessarie attività, alle persone presenti in OPG ai sensi degli art. 148, 206 e 212 c.p.;
- inserimento nei servizi residenziali territoriali per le misure di sicurezza delle persone presenti in OPG ai sensi dell'art. 222 c.p.;
- realizzazione di una struttura di 20 posti letto destinata ad accogliere i residenti in Abruzzo a cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario.

### **Risultati e Crono programma**

- Erogazione in ogni ASL del servizio per la tutela della salute mentale in carcere attraverso il DSM e centralmente coordinati a livello di Azienda e di Regione;
- Attivazione entro il 31.12.2013 delle seguenti articolazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2011 (Rep. Atti n. 95/C.U.; Gazzetta Ufficiale N. 256 del 3 Novembre 2011):
  - Nell'istituto penitenziario presente a Vasto – destinato apposito reparto di 3 camere detentive destinate ai detenuti comuni della Regione Abruzzo;
  - Nell'istituto penitenziario presente a Pescara – all'interno di una sezione destinate 5 camere detentive per detenuti comuni e Collaboratori di Giustizia;
  - Nell'istituto penitenziario presente a Teramo – destinate 2 camere detentive per maschi (reparto Protetti) e 2 camere per donne;
  - Nell'istituto penitenziario presente a L'Aquila – destinate 2 camere detentive per detenuti 41 bis;
  - Nell'istituto penitenziario presente a Sulmona – destinate 3 camere detentive per detenuti alta sicurezza e 2 camere per gli internati;
  - Nell'istituto penitenziario presente a Lanciano - destinate 2 camere detentive di cui 1 per alta sicurezza e 1 per sezione Z.

- Realizzazione sul territorio di pertinenza dell'Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti di una struttura di 20 posti letto destinata ad accogliere i residenti cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia nel rispetto di quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997 come integrato dal DM della salute del 01.10.2012 recante ulteriori requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi secondo la tempistica indicata nella Tabella 34 di seguito riportata:

Tabella 34 – Crono programma

| Crono programma realizzazione della struttura   |  |
|---|--|
| Descrizione   | Termini  |
| 1. Sottoposizione agli organi decisionali del provvedimento di assegnazione alla ASL Lanciano-Vasto-Chieti, soggetto attuatore dell'opera                         | Entro il 20.02.2013  |
| 2. Acquisizione agli atti della Direzione Politiche della Salute dello Studio di Fattibilità o il Progetto Preliminare, in capo alla ASL di Lanciano-Vasto-Chieti | Entro 10 gg. dalla data di pubblicazione decreto           |
| 3. Sottoposizione all'approvazione del Commissario ad acta del Decreto di adozione del Programma regionale  | Entro 50 gg. dalla data di pubblicazione decreto           |
| 4. Invio del Programma approvato dal Commissario ad acta ai competenti Ministeri  | Entro 60 gg dalla data di pubblicazione decreto            |
| 5. Sottoposizione del progetto esecutivo all'approvazione degli Organi di Governo per l'ammissione a finanziamento  | Entro 18 mesi dalla sottoscrizione del Programma regionale |
| 6. Aggiudicazione ed appalto dell'opera   | Entro 9 mesi dalla ammissione a finanziamento              |
| 7. Collaudo   | Nel rispetto del cronoprogramma                            |

#### Indicatori di Risultato

- Tra il 2014 ed il 2015 il numero di pazienti internati in OPG presi in carico deve essere pari al 100%.

#### Impatto economico

Euro 3.681.012,21 – fondi assegnati alla Regione Abruzzo in sede di Conferenza Unificata del 06.12.2012 (rep. atti n. 139/CU) in attuazione dell'art. 3 ter comma 6 del D.L. 211/2011 convertito con L. 9/2012 come modificato con D.L. 58/2012 convertito in L.189/2012.

#### Responsabile del processo attuativo

Servizio Prevenzione Collettiva

Servizio Investimenti strutturali e tecnologici e patrimonio delle aziende sanitarie

### 5.1.3 AZIONE 3: Tutela della salute in carcere

#### Contesto di riferimento

La Regione Abruzzo attraverso, le ASL, garantisce la tutela della salute in carcere H24 con i vari servizi intramurari istituiti, con il personale transitato e preso in carico, con gli infermieri e con una notevole mole di attività offerta attraverso le ore di specialistica fornite in ogni istituto.

L'area di maggiore criticità, rilevata anche a livello ministeriale, rimane quella dell'assistenza psicologica dovuta a due elementi di criticità: mancanza di personale transitato dal Ministero di Grazia e Giustizia e carenza di tali figure professionali nelle ASL. Per quanto attiene ai suicidi, ai fenomeni di autolesionismo e di violenze in carcere la Regione attraverso le ASL garantisce l'assistenza psichiatrica negli Istituti penitenziari.

#### **Normativa Nazionale**

- DPCM 01.04.2008: Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria;

#### **Disposizioni Regionali**

- DGR 196/2012: ha recepito l'accordo Stato Regioni sancito dalla Conferenza Unificata in data 19.01.2012 Rep. n.5/CU, tenendo conto delle indicazioni degli Organismi europei e dell'OMS, ha approvato il documento "Protocollo Operativo per la Tutela della Salute Mentale in Carcere nella Regione Abruzzo" ed ha costituito un Gruppo tecnico scientifico per elaborare un programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili;
- DGR 231/2012: Accordo, ai sensi dell'art. 9 D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle Case di cura e custodia (CCC) di cui all'allegato "C" al D.P.C.M. 1° aprile 2008". (Rep. n. 95/CU) Programmazione negli Istituti Penitenziari della Regione di Articolazioni del Servizio Sanitario per l'Implementazione della Tutela Intramuraria della Salute Mentale delle Persone Ristrette" è stato approvato un programma per implementare la Tutela della Salute Mentale in Carcere;
- DGR 882/2012: Sono stati approvati: il Protocollo per la tutela della salute mentale dei minori, le linee guida per l'elaborazione delle carte dei servizi sanitari in carcere, e il programma per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti.

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende riorganizzare, riqualificare ed implementare l'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, negli istituti penali per minori, nelle CT e nei CPA.

#### **Risultati e Crono programma**

- La Regione (nello specifico, il "Servizio Prevenzione Collettiva" ed il "Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane" e l'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria) deve indirizzare i Direttori Generali attraverso criteri per l'identificazione, di livelli minimi di dimensionamento delle dotazioni organiche delle unità operative di medicina penitenziaria;
- La Regione dovrà emanare entro 31.12.2014 un apposito provvedimento contenente:
  - i criteri per l'individuazione del dimensionamento di personale delle unità operative di medicina penitenziaria;
  - i tempi e i modi per l'applicazione dei criteri individuati;
- I Direttori Generali, sulla scorta delle stime dei fabbisogni di personale, dovranno adottare entro il 30.06.2015 gli atti conseguenti.

#### **Indicatori di Risultato**

- Avvenuta emanazione nei termini indicati del provvedimento regionale inerente le linee guida contenente la definizione dei criteri per il dimensionamento delle dotazioni organiche delle unità operative di medicina penitenziaria.

#### **Impatto economico**

L'impatto economico deve essere valutato nel costo del personale che sarà stimato eventualmente come necessario.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Prevenzione Collettiva e Servizio Pianificazione e Sviluppo delle risorse umane

## 5.2 INTERVENTO 11: Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare

### 5.2.1 AZIONE 1: Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare

#### Contesto di riferimento

Il contesto delle attività di prevenzione primaria presenta numerosi aspetti problematici emersi anche dall'indagine conoscitiva sullo stato dell'arte dei Dipartimenti di Prevenzione promossa dalla Regione Abruzzo (ASR). E' stata infatti evidenziata un'immagine sfocata dei Dipartimenti di Prevenzione in termini di attività, prodotti, qualità delle prestazioni e costi, a causa di un'assoluta carenza dei sistemi informativi (se non per alcune aree: es. vaccinazioni e sanità veterinaria e sicurezza alimentare) e di contabilità. Queste evidenze obbligano i Dipartimenti di Prevenzione, nell'immediato futuro, a rivedere la loro capacità effettiva di intervento e di integrazione. Sono da migliorare innanzitutto alcune funzioni (epidemiologica, sviluppo del controllo ufficiale secondo il sistema di Audit, di promozione ed educazione alla salute e di prevenzione nutrizionale) sebbene l'adozione del nuovo Piano regionale pluriennale integrato di prevenzione veterinaria e sicurezza alimentare (PPRIC) regionale ne abbia già in passato stimolato la realizzazione. Il legislatore infatti è intervenuto con la Legge 189/2012 con cui sono descritte ed esplicitate le funzioni ed il modello organizzativo dello stesso.

Inoltre, i Servizi del Dipartimento devono trovare il supporto tecnico-scientifico e di laboratorio nell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale e nell'Agenzia regionale per la tutela dell'ambiente (ARTA). A tal fine, l'attività annuale delle ASL deve essere preventivamente programmata e pianificata nel piano operativo annuale in raccordo con gli strumenti programmatici della Regione. La Regione ha infatti già predisposto il programma annuale per l'anno 2013.

Per il regolare svolgimento delle attività, i Servizi del Dipartimento di prevenzione redigono il piano annuale delle attività con la stesura della relazione finale annuale, secondo le indicazioni del Reg. 882/2004, che sarà inviata nei tempi previsti e comunque entro il 31 gennaio di ogni anno al competente Servizio della Regione sulla medicina Veterinaria e Sicurezza Alimentare.

#### Normativa Nazionale

- D.P.R. 320/1954: Regolamento di polizia veterinaria;
- D.LGS 502/1992 e ss.ii.: Riordino della disciplina in materia sanitaria;
- L 123/2005: Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia;
- D.LGS 193/2007 e D.LGS 194/2008: Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004;
- D.L. 158/2012 convertito in L 189/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.

#### Disposizioni Regionali

- LR 32/1981 e 33/1981: Norme per il trasferimento alle Unità Locali Socio-Sanitarie delle funzioni in materia di igiene, sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e per l'assistenza farmaceutica;
- LR 20/2006: Misure per il settore sanità relative al funzionamento delle strutture sanitarie ed all'utilizzo appropriato dei regimi assistenziali del macrolivello ospedaliero e territoriale e per la loro regolazione;
- DGR 372/2009: Linee - guida applicative per le attività di commercializzazione dei farmaci ad uso veterinario, disciplina della Farmacovigilanza e della vendita e commercio dei mangimi medicati ai sensi del D. Lgs. 6 aprile 2006 n. 193 nella Regione Abruzzo;
- DGR 276/2010: Linee guida relative ai controlli ufficiali sulla filiera degli alimenti, formazioni, standard, elenco e disciplina degli audit;
- DGR 74/2011: (PPRIC) 2011-2014 sulla verifica della conformità alla normativa in materia di alimenti, mangimi, benessere e sanità degli animali e sanità dei vegetali.



## **Obiettivi Programmati**

La Regione intende:

- Rilanciare la prevenzione predisponendo gli atti di riattivazione dell'Osservatorio Epidemiologico Veterinario regionale;
- Continuare a porre in essere azioni ed attività conformi alla nuova strategia per la salute degli animali dell'Unione europea (2007-2013): "Prevenire è meglio che curare" che ha fissato alcuni obiettivi ambiziosi per migliorare la salute degli animali. Nel campo della sicurezza alimentare dovranno essere assicurati i controlli e le verifiche come individuate dai LEA. A tal fine si indicano i seguenti obiettivi da declinare nel nuovo piano regionale pluriennale Integrato di prevenzione veterinaria e sicurezza alimentare (PPRIC), la cui strategia generale è sicuramente sovrapponibile a quella nazionale;
- Assicurare un livello elevato di salute pubblica, riducendo l'incidenza di rischi biologici e chimici per l'uomo e monitorando gli indicatori di stili salutari di vita (obesità, diabete, celiachia ecc.);
- Promuovere la salute degli animali con la prevenzione/riduzione dell'incidenza delle malattie degli animali e sostenere, in tal modo, l'allevamento e l'economia rurale, perseguendo la lotta alle malattie con la dichiarazione di "Ufficialmente indenne" del territorio regionale su base provinciale, per le più gravi malattie infettive degli animali (TBC, Brucellosi Bovina ed Ovi-caprina, LEB ecc.);
- Realizzare una rete di servizi attraverso il coordinamento regionale con le ASL, l'ARTA e L'IZS-TE mediante il miglioramento della rete dei laboratori con la riorganizzazione dell'osservatorio epidemiologico regionale della medicina veterinaria, sicurezza alimentare e prevenzione ambientale. La completa realizzazione del sistema informativo informatizzato SIVRA-BDR sarà posto alla base della rete dei servizi per la rendicontazione e la programmazione delle attività;
- Perseguire il controllo delle produzioni alimentari per promuovere la sicurezza alimentare su tutta la filiera dal campo alla tavola ivi compreso il controllo sulle acque potabili, attraverso lo strumento dell'Audit sulle Autorità Competenti (D. Lgs 193/2007), nonché l'attuazione di un piano di formazione per le stesse che investe gli attori del sistema di controllo.

## **Risultati e Crono programma**

- Predisposizione degli atti di impegno di spesa attraverso il CRZ per la riattivazione dell'Osservatorio entro il 31.12.2013;
- Predisposizione della bozza tecnica del documento d'intesa entro il 31.12.2014;
- Sottoscrizione dell'intesa tecnica ed avvio dell'Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale entro il 31.12.2015;
- Adeguamento del piano regionale pluriennale dei controlli 2013-2015 attraverso la predisposizione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli PNIC (MANCP) entro il 31.12.2014;
- Predisposizione ed approvazione del nuovo PPRIC entro il 31.03.2015;
- Predisposizione dei programmi annuali entro il 31.03 di ogni anno e redazione di una relazione entro il 31.08 di ogni anno;
- Monitoraggio annuale dei laboratori accreditati attraverso la tenuta e l'aggiornamento dell'Albo regionale e la sua pubblicazione sul B.U.R.A. entro il 31.12 ogni due anni;
- Concorrere alla definizione degli obiettivi in occasione di nomina o rinnovo contratti dei Direttori Generali e monitorare l'inserimento degli obiettivi negli strumenti di programmazione delle ASL;
- Predisposizione del programma annuale di audit ed esecuzione degli audit di sistema/settore sulle autorità competenti e predisposizione di un corso annuale per la formazione degli attori del sistema di controllo ufficiale per tutto il triennio.

## **Indicatori di Risultato**

- Produzione degli atti sopra descritti secondo crono programma;
- Produzione dei report di controllo ed audit secondo crono programma.

#### **Impatto economico**

L'impatto economico sulla Regione Abruzzo è quello stimato di seguito:

- Le spese per la riattivazione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, stimate in circa € 65.000,00 per l'anno 2013, saranno sostenute con quota parte dei fondi del Comitato Regionale per le Profilassi CRZ, secondo le esigenze regionali;
- Le spese per il processo di formazione degli auditors, quantificabile in circa € 30.000,00 annue, potranno trovare copertura negli appositi capitoli del bilancio regionale alimentati dalle quote relative alle sanzioni e dalle quote relative ai diritti sanitari di cui al D.Lgs 194/2008.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio di Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare

## **5.3 INTERVENTO 12: Formazione e comunicazione ai cittadini**

### **5.3.1 AZIONE 1: Promozione nelle AASSLL della Carta dei Servizi Sanitari**

#### **Contesto di riferimento**

E' già nelle fasi preliminari la realizzazione della II° edizione della Carta dei Servizi sanitari regionale 2014-2015 con Azienda sanitaria capofila per le procedure di gara individuata nella ASL Lanciano-Vasto-Chieti. La Carta si connota oltre che come forma di impegno verso i cittadini/utenti, anche come significativa occasione di miglioramento gestionale dei servizi. Essa richiede che le strutture sanitarie siano dotate di efficaci meccanismi di misurazione dei servizi, di informazione agli utenti e di controllo del raggiungimento degli obiettivi. La divulgazione tramite la Carta degli impegni adottati con i relativi standard di qualità permette al cittadino stesso di verificare il raggiungimento di quanto dichiarato.

#### **Normativa Nazionale**

- D. LGS. 502/92 art. 14 principi per la tutela e diritti dei cittadini.
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27/04/1994 modelli previsti.
- DPCM 19/05/1995 schema di riferimento
- Linee guida n.2/95 finalizzate all'attuazione

#### **Disposizioni Regionali**

- LR 5/2008: Piano Sanitario Regionale 2008-2010;
- DGR 274/2011 applicazione del D. Lgs. 502/92 art. 14 e DPCM 19/5/95

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende realizzare la Carta dei Servizi Sanitari Regionale per gli anni 2014-2015.

#### **Risultati e Crono programma**

- Svolgimento ed assegnazione della gara entro il 31.12.2013.

#### **Indicatori di Risultato**

- Distribuzione della Carta a tutte le famiglie abruzzesi entro il 2014.

#### **Impatto economico**

L'impatto economico è stimato simile al costo sostenuto per la precedente carta dei servizi nell'ordine di circa € 170.000.

## **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Attività Ispettive e Controllo Qualità

### **5.3.2 AZIONE 2: Attivazione azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita da utenti/cittadini e realizzazione dei siti web aziendali**

#### **Contesto di riferimento**

Si proseguirà l'attività di Audit Civico, quale analisi critica e sistematica dell'operato delle Aziende sanitarie condotta secondo una metodologia stabilita dall'associazione Cittadinanzattiva sulla base dell'esperienza del Tribunale per i Diritti del Malato. Le rilevazioni avviate nel corso del 2012 che termineranno nel 2013 riguardano le Aree del Pronto Soccorso, le centrali operative 118 e le Aree della Salute Mentale. Grazie a queste valutazioni possono essere messe in atto azioni di miglioramento continuo delle criticità emerse.

Inoltre è in atto l'attività di Empowerment in collaborazione con AGENAS per la realizzazione di un progetto nazionale di ricerca per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari. Il Progetto si snoda attraverso la sperimentazione insieme a tutte le Regioni italiane di metodi e strumenti per valutare il grado di "umanizzazione degli ospedali pubblici e privati accreditati dal punto di vista del cittadino". L'attività di Empowerment proseguirà per gli anni 2013/2014/2015 avvalendosi della partecipazione dell'associazione Cittadinanzattiva già partner dell' AGENAS e delle ASL regionali.

In attuazione alla normativa nazionale in tema di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni le ASL sono chiamate ad uniformare i loro siti web in maniera tale che il cittadino/utente possa meglio orientarsi all'interno delle offerte sanitarie del SSR. La messa in atto della normativa nazionale in tema di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni e del Progetto Ministero/Regione per i nuovi siti web aziendali sarà tra gli obiettivi da realizzare per i Direttori Generali delle ASL e tra i criteri per la loro valutazione con raggiungimento del risultato al 100%.

#### **Normativa Nazionale**

- PSN 2011-2013 programma di miglioramento della qualità;
- L. 241/90. norme in materia di diritto all'accesso ai documenti amministrativi e smi;
- L.150/2000: disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni;
- Carta europea dei diritti del cittadini nella Società dell'informazione e della conoscenza;
- L.4/2004 – DPR 75/2005: disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici;
- D.Lgs. 82/2005: codice dell'amministrazione digitale;
- Direttiva 8/2009: norme per il miglioramento della qualità dei servizi e delle informazioni on-line al cittadino.

#### **Disposizioni Regionali**

- LR 5/2008: Piano Sanitario Regionale 2008-2010;
- Determinazione DG17/03 del 9.2.2012 costituzione gruppo di lavoro regionale;
- Determinazione DG17/07 del 4.6.2012 Piano della comunicazione Istituzionale e costituzione gruppo di lavoro.

## Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Proseguire con l'attività di Audit civico per rendere sempre più trasparente e verificabile l'azione delle ASL regionali da parte delle organizzazioni civiche sollecitando la produzione di informazioni puntuali e complete, facendo emergere la possibilità di azioni correttive e stimolando l'implementazione delle procedure di monitoraggio della qualità;
- Proseguire l'attività di Empowerment realizzando un'indagine nazionale sulla qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino, coordinata dall'AGENAS;
- Realizzare un sito web conforme al Progetto Ministero/Regione Abruzzo ed adottare il regolamento per la gestione e l'aggiornamento dei Portali web aziendali (PWA).

## Risultati e Crono programma

- Termine delle attività di Audit civico riguardanti le Aree del Pronto Soccorso, le centrali operative 118 e le Aree della Salute Mentale entro il 31.12.2013;
- Approfondimento per tutto il triennio, anche con il supporto di analisi statistiche, dei risultati del progetto di Empowerment, affinché gli strumenti vengano messi a punto e siano sempre più accurati e utili per le necessità delle Asl;
- Periodo di prova del nuovo sistema dei siti web aziendali e messa a regime del sistema durante l'anno 2014;
- Implementazione di contenuti, delle specifiche e della loro organizzazione sistemica durante l'anno 2015.

## Indicatori di Risultato

- Condivisione con i rappresentanti dei cittadini abruzzesi e delle ASL regionali delle risultanze delle attività di Audit e di Empowerment e delle azioni di miglioramento da proporre ai Direttori Generali delle ASL;
- Pubblicazione on-line dell'aggiornamento del database, basato sulle attività di Empowerment, sul sito dell'Agenzia al link [http://www.agenas.it/database\\_empowerment.htm](http://www.agenas.it/database_empowerment.htm);
- Messa in atto di azioni di miglioramento continuo a seguito della valutazione dei risultati delle attività di Audit ed Empowerment;
- Raggiungimento del 100% degli obiettivi attribuiti alle ASL, nel rispetto di quanto elaborato e concordato dal Gruppo di Lavoro regionale per la Comunicazione istituzionale in sanità, istituito con determina DG17 n.7/2012.

## Impatto economico

Non è previsto impatto economico aggiuntivo.

## Responsabile del processo attuativo

Servizio Attività Ispettive e Controllo Qualità

## 5.4 INTERVENTO 13: Sicurezza e Rischio clinico

### Contesto di riferimento

La frequenza con cui la stampa nazionale segnala casi di *malpractice*, la crescita esponenziale dei premi assicurativi, l'uscita di alcune compagnie assicurative dal mercato sanitario e l'aumento del peso della responsabilità dei professionisti sanitari, hanno contribuito ad accrescere l'interesse per l'errore in medicina e a dare l'avvio ad iniziative pratiche a livello nazionale, regionale ed istituzionale, con l'obiettivo di rispondere ai bisogni di salute della popolazione fornendo cure di qualità, appropriate e soprattutto sicure. Negli ultimi anni le organizzazioni sanitarie hanno cominciato a confrontarsi con quella complessa realtà che è rappresentata dall'errore nelle professioni sanitarie.

La gestione del rischio clinico è uno strumento del governo clinico ed è la metodologia che permette, attraverso l'individuazione e la valutazione dei rischi, la gestione ed il controllo dei processi decisionali per la riduzione degli errori nella pratica sanitaria. E' un sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi salvaguardando elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza delle cure.

Le caratteristiche essenziali sono quindi:

- La responsabilità delle organizzazioni sanitarie: il SSR e tutte le sue articolazioni sono responsabili dei risultati raggiunti e della performance complessiva che è strettamente legata alla trasparenza e al rendere conto (*accountability*);
- Lo sviluppo di sistemi di miglioramento della qualità: tale sviluppo deve essere parte essenziale delle attività normali del SSR e non iniziative scollegate o episodiche;
- La costruzione delle condizioni cliniche ed organizzative: finalizzate a permettere un'attenzione sistematica e continuativa alla qualità dell'assistenza.

#### **Normativa Nazionale**

- L. 502/92: legge di riforma;
- DPR 7.4.2006: PSN 2006-2008 e PSN 2011-2013 del 18.9.2010;
- Accordo Stato-Regioni 20.3.2008 ai sensi dell'art.8 comma 6) della L.131/2003 e del 20.3.2008: attivazioni di funzioni aziendali dedicate al rischio clinico.

#### **Disposizioni Regionali**

- DGR 1440/2006: Misure organizzative per la gestione del rischio clinico nelle Asl regionali;
- LR 5/2008: Piano Sanitario Regionale 2008-2010;
- DGR 988/2010: Gestione del rischio clinico, sicurezza delle cure, buone pratiche assistenziali: approvazione del programma regionale e del protocollo d'intesa con le università della Regione.

### **5.4.1 AZIONE 1: Programma regionale per la gestione del rischio clinico e monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle Aziende**

#### **Contesto di riferimento**

Per la gestione del rischio clinico, la sicurezza delle cure e le buone pratiche assistenziali, la Regione Abruzzo con DGR 988/2010 ha istituito un apposito Programma regionale. Le principali linee di intervento sono ricomprese nei seguenti ambiti:

- valutazione della dimensione del rischio generale e clinico;
- definizione e organizzazione dei flussi informativi relativi al rischio;
- elaborazione e interpretazione dei dati del rischio;
- analisi degli eventi causa principale di danno;
- attivazione di azioni correttive;
- attivazione di azioni preventive.

Di fondamentale importanza risulta il monitoraggio degli eventi sentinella, base per poter comprendere i fenomeni e per poter adottare misure correttive per prevenire la reiterazione dell'evento, che viene effettuato nel corso di tutto l'anno ed inviato annualmente al ministero attraverso il flusso SIMES (sistema di monitoraggio informativo errori in sanità).

## Obiettivi Programmati

La Regione intende potenziare gli strumenti necessari alla gestione del rischio clinico attraverso:

- Il potenziamento degli uffici di *risk management* all'interno delle Aziende sanitarie;
- L'attivazione di Briefing sulla sicurezza in modo sistematico e periodico in tutte le ASL;
- L'attivazione di *safety walkaround* condotto dai referenti per la sicurezza aziendale e della Regione;
- La realizzazione di eventi formativi ed informativi;
- L'introduzione di una procedura aziendale e regionale per la valutazione critica degli eventi occorsi finalizzata alla necessaria individuazione di misure idonee a prevenire la reiterazione dell'evento stesso tramite:
  - Una prima mappatura delle aree di rischio basate sulla raccolta e lo studio delle informazioni relative agli eventi sentinella ed alla denuncia dei sinistri ai fini del flusso SIMES e su eventuali ulteriori fonti disponibili nelle strutture pubbliche e private accreditate;
  - La realizzazione di una base dati regionale;
  - Lo sviluppo di un sistema di monitoraggio integrato delle componenti critiche dei processi di cura;
- L'introduzione di nuovi obiettivi da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende del SSR per assicurare l'adempimento dei debiti informativi in materia di rischio clinico e monitorare i risarcimenti legati a casi di responsabilità medica;
- Il controllo della predisposizione da parte delle Aziende, di un Piano di miglioramento alla luce degli eventi sentinella che si sono maggiormente verificati l'anno precedente la predisposizione del piano;

La Regione intende inoltre, effettuare una valutazione degli attuali sistemi assicurativi e definire forme di copertura del rischio maggiormente idonei e condivisi a livello regionale.

## Risultati e Crono programma

- Identificazione all'interno di ciascuna ASL regionale del Responsabile medico dell'Unità Gestione del Rischio Clinico (UGR), del Comitato aziendale interdisciplinare e del Comitato valutazione sinistri entro il 31.12.2013;
- Coinvolgimento dei cittadini nell'attuale sistema di valutazione dei reclami attraverso le Commissioni Miste Conciliative presenti in ogni ASL regionale durante tutto il triennio;
- Realizzazione di eventi formativi e informativi;
- Messa a punto di processi e conseguente monitoraggio per la prevenzione degli eventi più importanti entro il 30.06.2014;
- Messa a punto di un sistema di segnalazione spontanea da parte degli operatori sanitari entro il 30.06.2014;
- Messa a regime della base dati regionale entro il 31.12.2014;
- Monitoraggio annuale del rispetto delle Raccomandazioni Ministeriali;
- Introduzione tra gli obiettivi da assegnare ai Direttori Generali l'adempimento dei debiti informativi in materia di rischio clinico ed il rispetto delle raccomandazioni Ministeriali a partire dall'anno 2014;
- Adozione di un atto formale che introduca: l'obbligo per le Aziende di approvare una procedura aziendale per la valutazione dell'evento e del rischio associato con le relative metodologie (*root cause analysis*, audit clinico, etc.) e l'obbligo per le Aziende di elaborare e trasmettere alla Regione gli esiti delle valutazioni degli eventi occorsi da sottoporre all'esame dell'osservatorio di cui alla DGR 988/2010 entro il 31.12.2013;
- Valutazione degli attuali sistemi assicurativi e definizione di forme di copertura del rischio maggiormente idonei e condivisi a livello regionale entro il 31.12.2013.

#### **Indicatori di Risultato**

- Attivazione dell'Unità Gestione del Rischio Clinico (UGR) in tutte le Aziende;
- Almeno due corsi di formazione sul rischio clinico svolti in ogni Azienda;
- Numero di eventi sentinella segnalati;
- Report sui risarcimenti da responsabilità degli operatori sanitari entro la fine del 2014.

#### **Impatto economico**

Eventuale riduzione dei risarcimenti per casi di responsabilità sanitaria.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Attività Ispettive e Controllo Qualità

### **5.4.2 AZIONE 2: Monitoraggio sistemico dell'uso della *check list* in Sala Operatoria**

#### **Contesto di riferimento**

Il monitoraggio sull'uso sistemico della *check list* in sala operatoria ha avuto inizio già nel 2010 e ha continuato nel 2011 e 2012. Annualmente viene trasmessa apposita scheda di rilevazione "Chirurgia Sicura", al Ministero della Salute, sullo stato di adozione della stessa nelle ASL regionali.

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende verificare l'avvenuta adozione della *check list* da parte delle ASL per poter pervenire ad una riduzione nel tempo degli errori commessi in sala operatoria.

#### **Risultati e Crono programma**

- Monitoraggio dell'adozione sistemica della *check list* in tutte le unità operative di chirurgia generale e specialistica entro il 31.12.2013;
- Inserimento tra gli obiettivi dei Direttori Generali delle ASL il raggiungimento del 100% di adozione della *check list* dall'anno 2014.

#### **Indicatori di Risultato**

- Riduzione degli eventi avversi nelle U.O. di chirurgia generale e specialistica dei Presidi Ospedalieri regionali, verificabili attraverso la banca dati SIMES.

#### **Impatto economico**

Valutabile nella riduzione dei contenziosi presso i presidi ospedalieri.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Attività Ispettive e Controllo Qualità

### **5.4.3 AZIONE 3: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica e per la gestione delle terapie farmaceutiche ad "alto rischio"**

#### **Contesto di riferimento**

Il rischio dell'insorgenza dell'evento sentinella od addirittura avverso, dovuto ad un uso non corretto dei farmaci nell'ambito dell'assistenza ospedaliera si può verificare durante tutto il processo di gestione del farmaco: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio.



Risulta fondamentale prestare particolare attenzione nella gestione della terapia oncologica (Raccomandazione n.14) ed all'uso di tutti i farmaci ad "alto rischio o ad alto livello di attenzione" (Raccomandazione n.07) a causa della loro potenziale tossicità, del basso indice terapeutico e dell'alta possibilità di interazioni.

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende:

- Realizzare indicazioni condivise ed uniformi tra tutti gli operatori del settore, mirate alla prevenzione degli errori in corso di terapia oncologica e per tutti i farmaci ad "alto rischio o ad alto livello di attenzione";
- Predisporre una lista di farmaci "ad alto rischio";
- Adottare una "scheda unica di terapia" che riporti tutte le informazioni necessarie per l'individuazione della terapia e ciò che è stato effettivamente somministrato e da chi.

#### **Risultati e Crono programma**

- Definizione di un piano della formazione del personale strutturato e specifico per la sicurezza durante la somministrazione di terapia oncologica e dei farmaci ad "alto rischio o ad alto livello di attenzione" entro il 31.03.2014;
- Procedura da elaborare nel corso del 2013 e sottoposta a miglioramento continuo nel corso del 2014/2015 basata sull'analisi di tutte le fasi della filiera del farmaco antineoplastico: prescrizione, preparazione e somministrazione;
- Definizione di misure di monitoraggio con le quali seguire la terapia, sia in termini di efficacia che di possibili effetti collaterali (es. livelli plasmatici del farmaco, indici di funzionalità che possono essere modificati dalla terapia) entro il 31.12.2013;
- Prevedere un calendario di visite nei reparti da parte della Farmacia ospedaliera al fine di condividere/implementare/modificare i percorsi/protocolli relativi all'uso dei farmaci da effettuare semestralmente;
- Adozione di modulistica prestampata e/o introdurre, se possibile, la prescrizione informatizzata, per contribuire ad eliminare gli errori derivanti dalla compilazione a mano o dalla trascrizione durante tutto il triennio.

#### **Indicatori di Risultato**

- Risultanze dei controlli semestrali;
- Disponibilità per la consultazione del personale interessato delle indicazioni e relative istruzioni (in forma scritta o digitale);
- Messa in atto di un'indagine conoscitiva della rete delle farmacie ospedaliere mediante somministrazioni di questionario inerente informazioni sulla gestione dei farmaci ad alto rischio ed indagine conoscitiva a livello dei reparti/U.O. su alcune fasi della gestione dei farmaci ad alto rischio, quali: prescrizione, trascrizioni/interpretazioni, preparazione e somministrazione.

#### **Impatto economico**

Non quantificabile

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Attività Ispettive e Controllo Qualità

#### 5.4.4 AZIONE 4: Programma dei controlli di appropriatezza e dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO

##### Contesto di riferimento

La Regione Abruzzo attua il coordinamento ed il monitoraggio del sistema dei controlli sull'appropriatezza legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie di competenza dei Nuclei Operativi di Controllo (NOC).

Attraverso la reportistica periodica della totalità delle verifiche NOC, si crea un flusso di dati ed elementi che consente di verificare il rispetto delle previste misure minime di controllo, nonché l'attuazione delle conseguenti determinazioni di competenza delle Aziende Sanitarie Locali (applicazione di decurtazioni sul fatturato e/o ogni altro provvedimento assunto ai sensi dei contratti e della vigente normativa). La Regione Abruzzo con il Decreto commissariale n. 50/2011 e s.m.i. ha formalmente stabilito le soglie di ammissibilità per i cc.dd. DRG LEA di cui al DPCM 29/11/2001 come integrati dal Patto della Salute 03/12/2009; inoltre la Regione, ha individuato come ad elevato rischio di inappropriata le seguenti prestazioni: DRG con complicanze, DRG anomali (467, 468, 476, 477), ricoveri ripetuti entro trenta giorni nella stessa MDC (o comunque riconducibili allo stesso ricovero ad esclusione delle discipline di riabilitazione e lungodegenza), i DRG medici nelle UUOO chirurgiche ed i parti cesarei nelle strutture ove gli stessi abbiano una incidenza superiore al 40% del totale dei parti.

##### Normativa Nazionale

- D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i., art. 8 – octies, nel DL 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni nella Legge 6 agosto 2008, n. 133, art.79, comma 1;
- DM 122/2009: Controlli sulle cartelle cliniche;
- DM 380/2000: Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati.

##### Disposizioni Regionali

- DCA 19/2010 e 43/2010: Istituzione e disciplina NOC;
- DGR 201/2011: recepimento concernente l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella SDO;
- DCA 64/2012: sono stati approvati i protocolli di valutazione e verifica dell'appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale.

##### Obiettivi Programmati

La Regione intende coordinare e monitorare il sistema regionale dei controlli sull'appropriatezza legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dagli Erogatori accreditati, ai sensi del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i., art. 8 – octies.

##### Risultati e Crono programma

- Richiesta dati dei controlli effettuati dai referenti NOC presso le AASSLL, confronto con le risultanze dei verbali pervenuti e sistematizzazione secondo gli schemi di reportistica già predisposti dal Servizio responsabile del procedimento attuativo con periodicità almeno trimestrale;
- Formazione e trasmissione al Ministero della Salute del report specifico relativo ai controlli sulle cartelle cliniche ospedaliere, ai sensi e per gli effetti del DM 10/12/2009 entro il 30 maggio di ogni anno;
- Promozione e/o adozione di eventuali misure correttive sia nei confronti delle AASSLL, quali soggetti attuatori dei contratti negoziali, che del sistema regionale dei controlli allorché ritenute opportune o necessarie sulla base delle risultanze degli elementi acquisiti.

**Indicatori di Risultato**

- Rispetto delle percentuali di controllo, ai sensi della vigente normativa, dei contratti e dei protocolli ispettivi regionali.

**Impatto economico**

Gli effetti economici dei controlli, in termini di decurtazioni sul fatturato degli Erogatori privati, sono quantificabili solo a consuntivo.

**Responsabile del processo attuativo**

Servizio Attività Ispettive e Controllo Qualità

## 6 Interventi di Governo del sistema

### 6.1 INTERVENTO 14: Governance del Piano

#### 6.1.1 AZIONE 1: Struttura regionale che sovrintende all'attuazione del Programma Operativo

##### Contesto di riferimento

Con deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009, il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo.

Con successiva deliberazione del 7 giugno 2012 il Consiglio dei Ministri ha nominato un Sub Commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR abruzzese a cui ha affidato il compito di affiancare il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nel 2007 e proseguito con i programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge 191/2009.

In sede di insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di risanamento del sistema sanitario regionale è stata indicata nell'Ufficio Commissariale la struttura sovrintendente all'attuazione del Programma Operativo – già Piano di rientro – contestualmente ritenendo funzionale allo svolgimento del prefato compito la cooperazione diretta dei Servizi della Direzione Politiche della Salute, dell'Agenzia Sanitaria Regionale, nonché dei Servizi "Bilancio" e "Ragioneria Generale" della Direzione "Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive" (Deliberazione commissariale n. 01/09).

Successivamente, all'atto di insediamento del Subcommissario nominato al fine di affiancare il commissario ad acta nell'azione commissariale, è stato compiutamente precisato che lo stesso si avvale – per l'espletamento dei compiti affidati – degli uffici strumentali già indicati nella Deliberazione commissariale n. 01/09 (Decreto commissariale n. 20/2012).

##### Disposizioni Regionali

- DCA n.01/09 del 14.12.2009;
- DCA n.20/2012 dell'11.06.2012: Insediamento del Sub Commissario Dott. Giuseppe Zuccatelli per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R. Abruzzese - Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012.

##### Obiettivi Programmati

Alla luce di quanto sopra, appare necessario garantire una compiuta attività di raccordo tecnico amministrativo tra l'organo commissariale - inteso sia nella figura del Commissario ad Acta che in quella del Subcommissario -, i Servizi della Direzione Politiche della Salute, l'Agenzia Sanitaria Regionale ed i servizi "Bilancio" e "Ragioneria Generale"; tale attività verrà ad estrinsecarsi in una serie di interventi operativi.

##### Risultati e Crono programma

- Collaborazione immediata e diretta con il Subcommissario (31.12.2013). Tale attività sarà poliedrica e concernente:
  - ricerca ed acquisizione di dati, elementi conoscitivi, documenti e conseguente elaborazione finalizzata alla produzione di atti e/o interventi;
  - attività di raccordo tra il Subcommissario ed i Servizi della Direzione Politiche della Salute;
  - attività di raccordo tra il Subcommissario e l'utenza esterna all'amministrazione regionale – ASL , OO.SS., rappresentanti strutture etc. - ;

- gestione dei rapporti tra il Subcommissario ed i componenti la Giunta Regionale, nonché del Consiglio Regionale;
  - trascrizione, su supporto informatico, delle verbalizzazioni di incontri istituzionali, tavoli o gruppi di lavoro;
  - gestione del protocollo informatizzato con utilizzo della funzione di archiviazione informatica degli atti;
  - collazione e archiviazione cartacea atti.
- Collaborazione immediata e diretta con il Commissario ad Acta (31.12.2013). Tale attività sarà concernente:
- trasmissione proposte di provvedimenti commissariali/Acquisizione provvedimenti commissariali con successiva notifica ai servizi competenti agli adempimenti consequenziali;
  - implementazione data base dei provvedimenti commissariali;
  - monitoraggio dei pareri ministeriali resi sui provvedimenti commissariali con costante implementazione del data base elaborato ;
  - gestione del protocollo informatizzato;
  - collazione e archiviazione atti;
  - gestione rapporti con la Corte dei Conti, finalizzati alla completa cognizione da parte della stessa, delle azioni poste in essere dal Commissario ad Acta.

#### **Indicatori di Risultato**

- Coordinamento amministrativo tra l'organo commissariale, la Direzione Politiche della Salute, l'Agenzia sanitaria Regionale, i Servizi Bilancio e Ragioneria Generale e gli organi istituzionali della regione.

#### **Impatto economico**

Il conseguimento del presente obiettivo non necessita dell'utilizzo di risorse finanziarie

#### **Responsabile del processo attuativo**

Direzione Politiche della Salute

## **6.1.2 AZIONE 2: Potenziamento della Direzione Politiche della Salute**

#### **Contesto di riferimento**

Nel corso del Tavolo di Monitoraggio dell'8 aprile 2013 presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze è nuovamente emersa l'esigenza di procedere ad un potenziamento della struttura amministrativa regionale, volta a porre in essere le azioni di predisposizione degli ulteriori adempimenti relativi alla programmazione sanitaria 2013-2015 nonché all'attuazione delle disposizioni di cui al D.L. n. 118/2011, alla Legge Balduzzi e al D.L. n. 35/2013.

A partire dal 2009, la Regione ha emanato diversi provvedimenti finalizzati all'integrazione dell'assetto organizzativo della Direzione Politiche della Salute, tra cui la DGR 816/2009 recante "Riorganizzazione parziale di cui alla D.G.R. n. 31 del 09.02.2009, e s.m. e i., della Direzione Politiche della Salute" e DGR 168/2010 recante "Integrazione D.G.R. n. 816 del 31.12.2009. Direzione Politiche della Salute. Posizioni organizzative" e relativi allegati".

Al fine di porre rimedio all'attuale situazione di carenza di personale afferente alla Direzione Politiche della Salute, la Regione si impegna a porre in essere in modo tempestivo i provvedimenti necessari a coprire i posti vacanti in organico.

Al 01.10.2013 l'organigramma relativo alla Direzione Politiche della Salute manifesta la presenza di diverse lacune per quanto riguarda la copertura degli incarichi dirigenziali, e non solo, come riportato in Figura 19. In particolare, attualmente risultano scoperti i seguenti Uffici:

- Ufficio "*Diretta collaborazione con il Direttore*"
- Ufficio "*Personale convenzionato del servizio sanitario regionale*"
- Ufficio "*Sviluppo del sistema informativo*"

- Ufficio “*Monitoraggio spesa e prescrizioni farmaceutiche*”
- Ufficio “*Stato giuridico e formazione*”
- Ufficio “*Organi istituzionali*”
- Ufficio “*Procedure e sistemi informatici sanitari*”
- Ufficio “*Assistenza riabilitativa, protesica e termale*”
- Ufficio “*Autorizzazione ed accreditamento istituzionale*”

Risultano invece coperti ad interim o con personale a tempo determinato, le seguenti posizioni dirigenziali:

- Dirigente DG12 “Pianificazione e sviluppo risorse umane” (Dirigente a tempo determinato);
- Dirigente DG16 “Programmazione socio-assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze” (Dirigente ad interim);
- Dirigente DG17 “Attività ispettiva e controllo qualità” (Dirigente in comando dalla ASL di Lanciano-Vasto-Chieti);
- Dirigente DG22 “Programmazione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie” (Dirigente a tempo determinato).

In aggiunta ai suddetti incarichi vacanti, sussiste una mancata copertura relativamente al personale assegnato ai diversi uffici. In questo senso la Regione si impegna a monitorare in modo sistematico le specifiche situazioni e le relative evoluzioni al fine di garantire l’attuazione degli interventi necessari per la copertura dei posti vacanti che attualmente risultano essere in numero di 70 unità. Infatti a fronte dei complessivi n. 135 posti previsti nella deliberazione di Giunta Regionale n. 168 del 15.03.2010 ne risultano coperti con personale a tempo indeterminato n. 65 posti.

#### **Disposizioni Regionali**

- Piano di rientro 2007-2009 - Obiettivo 4: Rafforzamento della struttura amministrativa ed implementazione dei procedimenti amministrativi;
- DGR 816/2009 recante: Riorganizzazione parziale di cui alla D.G.R. n. 31 del 09.02.2009, e s.m. e i., della Direzione Politiche della Salute;
- DGR 168/2010 recante: Integrazione D.G.R. n°816 del 31.12.2009. Direzione Politiche della Salute. Posizioni organizzative e relativi allegati;
- DGR 764/2012 recante: Programmazione triennale del fabbisogno di personale 2012/2014 – Piano assunzione anno 2012.

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende colmare l’attuale carenza del suddetto personale entro il 31.12.2013.

#### **Risultati e Crono programma**

- Espletamento delle procedure concorsuali, già previste dalla Regione, per l’assunzione di n. 14 unità di personale presso la Direzione Politiche della Salute;
- Copertura degli altri posti vacanti mediante concorso ovvero mediante procedimento di mobilità da altri uffici regionali e/o comando dalle USL;
- Monitoraggio semestrale degli incarichi in scadenza e invio del sollecito per la sostituzione tempestiva.

#### **Indicatori di Risultato**

- Numero di assunzioni sul totale delle posizioni vacanti, divisi tra assunti a tempo indeterminato e assunti in mobilità regionale/extraregionale e a comando.

**Responsabile del processo attuativo**

Direzione Risorse Umane e Strumentali della Giunta Regionale

Figura 19 – Organigramma Direzione Politiche della Salute (01.10.2013)





### 6.1.3 AZIONE 3: Istituzione del Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali

#### Contesto di riferimento

Nel biennio 2011-2012, la Regione ha pianificato le manovre per il contenimento della spesa, la cui attuazione, ha permesso di ottenere dei risultati importanti in termini di riduzione della spesa ed ha reso possibile l'avvio di una serie di interventi volti alla riqualificazione dei servizi sanitari.

Infatti, dall'analisi del CE Consuntivo 2012 si evidenzia un risultato gestionale positivo pari a 9 €/mln, che con le risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA pari a 38 €/mln, si attesta a 47,4 €/mln. Tale risultato è la combinazione della diminuzione delle voci di costo rispetto al 2011 relative alla Farmaceutica convenzionata (-23,4 €/mln) e al Personale (-9 €/mln), e l'aumento di voci di costo quali Altri beni e servizi (+33,7 €/mln) ed Accantonamenti (+21,2 €/mln).

Le voci di costo in diminuzione tra il 2011 e il 2012 sono quelle per le quali la Regione disponeva di dati e di conseguenza è stata nelle condizioni di poter gestire ed intervenire, al fine di contenerne l'aumento. A tal proposito si sottolinea che la Regione ha:

- Programmato la gestione del personale al fine di mitigare l'effetto "indiscriminato non selettivo" del turnover, prevedendo di autorizzare le assunzioni sulla base delle figure professionali riconosciute indispensabili per la garanzia del rispetto dei LEA (Programmi Operativi 2011-2012);
- Previsto la riduzione dei contratti in termini di spesa e di volumi di prestazioni riconosciute agli erogatori privati di prestazioni ospedaliere e prestazioni di specialistica ambulatoriale, tali da ridurre la spesa consuntivata nell'anno nella misura dello 0,5% nel 2012 e dell'1% nel 2013 (Decreti commissariali n. 39 e 47 del 2012 e n. 9 e 24 del 2013);
- Programmato la rivalutazione dei pazienti ospitati nelle strutture di riabilitazione ex art.26 e psicoriabilitazione per i quali le Unità di Valutazione Multidimensionale hanno previsto un *setting* assistenziale diverso (ad esempio RSA ed RA), prevedendone la remunerazione secondo le tariffe vigenti per tale diversa tipologia assistenziale;
- Gestito direttamente le gare di acquisto di farmaci dispensati all'interno delle strutture di ricovero ed in distribuzione diretta che hanno permesso di contenere la spesa relativa al comparto ospedaliero farmaceutico;
- Monitorato le informazioni economico – finanziarie derivanti dalla CO.GE delle Aziende al fine di verificarne la correttezza nonché la rispondenza agli indirizzi regionali e/o nazionali;
- Avviato la rilevazione puntuale di tutte le movimentazioni di cassa e competenza al fine di alimentare i modelli CE – SP per la Gestione Sanitaria Accentrata sulla base delle indicazioni del D.Lgs 118/2011 e di consolidare le informazioni elaborate dalle Aziende.

Al contrario, laddove la programmazione e la gestione degli interventi è stata demandata alle Aziende, e quindi di diretta responsabilità dei Direttori Generali, gli obiettivi di contenimento e/o riduzione della spesa sono stati solo parzialmente realizzati o non raggiunti. Si evidenzia in particolare la voce di costo relativa all'Acquisto di beni e servizi che, nonostante la richiesta regionale di attuazione da parte delle ASL di quanto previsto dalla L.135/12 "Spending review", risulta essere in crescita dal 2011 al 2012 del 6,9%.

#### Normativa Nazionale

- D.L.gs 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

#### Disposizioni Regionali

- Programma Operativo 2013/2015.

## Obiettivi Programmati

La Regione intende istituire un **Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali** al fine di valutare e verificare gli effetti degli interventi che saranno previsti e concordati con i Direttori Generali per il controllo della spesa delle ASL regionali.

Tale Tavolo congiunto tra Organo Commissariale/Regione ed ASL avverrà con cadenza trimestrale, entro 10 giorni dalla consegna del CE dall'invio del CE Aziendale alla piattaforma NSIS, il quale dovrà essere inviato entro le tempistiche previste. Questi incontri risultano propedeutici alla riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Il Tavolo sarà tenuto dal Commissario ad Acta, dal Sub Commissario, dal Direttore regionale della Direzione Politiche della Salute e dal Responsabile del Servizio Programmazione economico finanziaria e controllo di gestione delle aziende sanitarie regionale e sarà integrato, di volta in volta, con i Dirigenti dei Servizi della Direzione Politiche della Salute competenti per la materia oggetto di discussione. A detto Tavolo dovranno prendervi parte la Direzione strategica aziendale (Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) ed i Responsabili dei Servizi Economico – finanziari aziendali. Al Tavolo fornirà apposito supporto l'Advisor contabile.

In tale sede saranno discussi ed analizzati analiticamente:

- i Conti Economici NSIS trimestrali, le stime di chiusura relative all'anno in corso sulla base delle azioni poste in essere relativamente a quanto indicato nel presente Programma Operativo ed eventuali manovre aggiuntive che le ASL potranno sottoporre al Tavolo;
- le azioni poste in essere dalla Direzione aziendale al fine di contenere la spesa aziendale, in particolare per la voce di costo relativa all'Acquisto di beni e servizi;
- le azioni poste in essere dalla Direzione aziendale al fine di dare attuazione al presente Programma Operativo;
- le motivazioni, in caso di mancata attuazione degli interventi programmati, sottoscritte dai Direttori Generali.

Inoltre, nel rispetto di quanto già previsto dalla normativa nazionale e regionale in materia, si prevede:

- la ridefinizione degli obiettivi di valutazione dei Direttori Generali che verranno fissati, sulla base delle azioni programmate nel presente Programma Operativo, con Decreto commissariale entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto. Tali obiettivi dovranno essere misurabili, chiari e verificabili sia qualitativamente che quantitativamente, sia a livello regionale che aziendale;
- la verifica semestrale dei Direttori Generali, nella quale saranno valutati gli obiettivi programmati e le percentuali di raggiungimento degli obiettivi stessi, con motivazione sottoscritta dal Direttore Generale in caso di mancata attuazione. Tale cadenza di verifica sarà effettuata semestralmente. I verbali degli incontri del Tavolo Tecnico saranno posti come documentazione al fine della valutazione semestrale dei Direttori Generali.

**Sulla base di quanto detto, in caso di due verifiche semestrali consecutive negative si configura l'ipotesi di "gravi motivi" ai fini della risoluzione del contratto ai sensi dell'articolo 3bis, comma 7, del DL 502/92 e s.m.i.. A tal proposito il Commissario ad Acta comunica alla Giunta Regionale, per l'adozione dei provvedimenti di competenza, l'esito delle suddette verifiche negative.**

## Risultati e Crono programma

- Istituzione del Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali a partire dal 30.11.2013 con competenza secondo semestre 2013, e successivamente con cadenza trimestrale;
- Aggiornamento degli obiettivi per la valutazione dei Direttori Generali entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto;

- Valutazione dei Direttori Generali secondo i sopra definiti obiettivi con cadenza semestrale;
- Adozione verifiche semestrali dei Direttori Generali, sulla base degli esiti del Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali.

#### **Impatto economico**

Non è presente alcun impatto economico

#### **Responsabile del processo attuativo**

Direzione Politiche della Salute con riferimento a ciascun Servizio per quanto di competenza

Servizio Programmazione economico finanziaria e controllo di gestione delle aziende sanitarie

Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane

## **6.2 INTERVENTO 15: Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011**

### **6.2.1 AZIONE 1: Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011**

#### **Contesto di riferimento**

In attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 la Regione è chiamata a:

- Individuare la struttura competente all'attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 nell'ambito del PO;
- Effettuare azioni di monitoraggio in ordine all'effettiva attuazione del decreto legislativo n. 118/2011;
- Realizzare ed implementare specifici flussi informativi per l'effettiva attuazione del decreto legislativo n. 118/2011;
- Redigere periodicamente un rapporto sul trasferimento alla GSA ed alle ASL, di competenza e di cassa, delle risorse destinate al SSR.

La Regione dal 1 gennaio 2012 ha dato avvio all'attuazione del D.L.gs n.118/2011 effettuando le seguenti azioni:

- Perimetrazione dei capitoli di entrate e uscite della Sanità;
- Istituzione di specifici conti di tesoreria intestati alla Sanità;
- Individuazione nella propria struttura organizzativa di uno specifico centro di responsabilità identificato nel Servizio Programmazione Economico - Finanziario e Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie della Regione Abruzzo e del relativo Responsabile;
- Individuazione del certificatore responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA);
- Istituzione dei libri contabili obbligatori: Libro giornale;
- Predisposizione di un nuovo piano dei conti che consenta la gestione omogenea della contabilità economico patrimoniale sia per ciò che riguarda la GSA, sia per quando riguarda le aziende sanitarie.

La Regione sta inoltre ultimando un manuale delle procedure contabili al fine di garantire specifici obblighi informativi a carico delle aziende sanitarie.

Il responsabile regionale certificatore della GSA, su base trimestrale, effettua tutti gli adempimenti previsti per l'esercizio delle sue funzioni stabilite nell'art. 22 del D.lgs 118/2011 producendo un verbale di attestazione delle attività eseguite e conseguentemente effettua la certificazione trimestrale relativa sulla base di un modello di rilevazione.

#### **Normativa Nazionale**

- D.Lgs 118/2011: Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli art. 1 e 2 della L 5 maggio 2009, n. 42.

#### **Disposizioni Regionali**

- DGR 953/2011: integrata con DGR 57/2012 per l'individuazione nella propria struttura organizzativa di uno specifico centro di responsabilità;
- DGR 173/2012: per la perimetrazione dei capitoli di entrate e uscite della Sanità;
- DGR 533/2012: per l'individuazione del certificatore responsabile della GSA.

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende armonizzare i sistemi contabili e gli schemi di bilancio degli enti del SSR. A tal fine, oltre che a rispettare, per l'esercizio 2012, le nuove disposizioni del D.lgs 118/2011, verranno intraprese tutte le iniziative metodologiche e le azioni volte a:

- rendere comparabili e uniformi i bilanci da consolidare, adottando trattamenti contabili omogenei delle ASL;
- facilitare la riconciliazione tra la contabilità regionale con la contabilità economico-patrimoniale della GSA;
- pianificare il flusso dei pagamenti dei fornitori delle aziende e della GSA;
- monitorare la progressiva riduzione dei tempi medi di pagamento.

#### **Risultati e Crono programma**

- Implementazione di un'ideale piattaforma informatica nella quale integrare la contabilità economico-patrimoniale della GSA con quella economico-patrimoniale della Regione da attivare in ottemperanza delle disposizioni contenute nel Titolo 1 D.Lgs 118/2011 entro il 31.12.2013;
- Implementazione di un modello di funzionamento al fine di pianificare, gestire e monitorare il trasferimento delle risorse correnti e pregresse dalla Regione alla GSA e, di conseguenza, alle aziende sanitarie;
- Produzione di una reportistica direzionale costituita da informazioni di sintesi (numero fornitori, numero pagamenti effettuati, esposizione debitoria verso tipologia di fornitori etc.) e da indicatori chiave di performance (anzianità del debito a scadere e debito scaduto) entro il 31.12.2013.

#### **Indicatori di Risultato**

- Adozione del Manuale delle procedure contabili;
- Approvazione delle Linee di indirizzo regionali;
- Costituzione della Piattaforma elettronica - Sistema di integrazione contabilità GSA con Bilancio Regione;
- Definizione del Modello di funzionamento per la pianificazione ed il monitoraggio delle risorse da GSA verso aziende sanitarie.

#### **Impatto economico**

Non è presente alcun impatto economico

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Programmazione economico finanziaria e controllo di gestione delle aziende sanitarie

## 6.3 INTERVENTO 16: Certificabilità dei Bilanci del SSR

### 6.3.1 AZIONE 1: Certificabilità dei Bilanci del SSR

#### Contesto di riferimento

La Regione, in adempimento al D.M. sulla certificabilità dei bilanci del 17 settembre 2012, si propone di realizzare un Percorso Attuativo sulla Certificabilità dei Bilanci del SSR (Bilancio consolidato, bilancio della gestione accentrata, bilanci delle aziende) entro 3 mesi dalla pubblicazione del D.M. del 1 marzo 2013 recante "Requisiti comuni a tutte le regioni per la redazione dei PAC", avvenuta in data 26.03.2013.

Per gli obiettivi specifici che verranno declinati nel Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) di prossima adozione da parte della Regione, il Decreto commissariale n.42/2012, impegna 12 milioni di euro di fondi di cui all'art.20, co. 1 della legge 11 marzo 1998, n. 67 per la progettazione e l'attuazione di un sistema di contabilità analitica regionale su cui alimentare un modello di monitoraggio del SSR volto a garantire, a livello locale, la raccolta sistematica e continuativa di tutti i dati necessari per un miglior governo economico/finanziario del sistema e il monitoraggio dei LEA.

#### Normativa Nazionale

- L. 191/2009 art. 79 comma 1 sexies della L. 133/08 e dell'art. 2 comma 70;
- D.L.gs 118/2011: Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli art. 1 e 2 della L 5 maggio 2009, n. 42.

#### Disposizioni Regionali

- DCA 42/2012: Art. 79, co. 1 – sexies della Legge n. 133/2008 e art. 2, co. 70 della Legge n. 191/2009. Sviluppo delle funzioni gestionali e contabili per migliorare il governo del SSR e locale. Accordo di programma e autorizzazione alla relativa sottoscrizione.

#### Obiettivi Programmati

La Regione intende attuare il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) per la progettazione e l'attuazione di un sistema di contabilità analitica regionale su cui alimentare un modello di monitoraggio del SSR volto a garantire, a livello locale, la raccolta sistematica e continuativa di tutti i dati necessari per un miglior governo economico/finanziario del sistema e il monitoraggio dei LEA.

#### Risultati e Crono programma

- Redazione del PAC entro 3 mesi dalla pubblicazione in G.U. (26.03.2013) del Decreto Ministeriale del 1 marzo 2013 sui requisiti comuni a tutte le regioni;
- I tempi di attuazione del percorso attuativo di certificabilità sono conseguenti alla realizzazione delle procedure ad evidenza pubblica di aggiudicazione della gara.

#### Indicatori di Risultato

- Verifica della redazione del PAC nei tempi stabiliti.

#### Impatto economico

Nessuno è previsto impatto economico aggiuntivo

#### Responsabile del processo attuativo

Servizio Programmazione economica finanziaria e controllo di gestione delle aziende sanitarie

## 6.4 INTERVENTO 17: Flussi informativi

### 6.4.1 AZIONE 1: Azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi

#### Contesto di riferimento

I flussi informativi non possono più essere considerati un mero “debito informativo” degli operatori nei confronti delle Aziende, delle Aziende nei confronti della Regione e di quest’ultima nei confronti dei Ministeri competenti. Nello scenario attuale l’invio tempestivo di dati completi è da considerarsi il comportamento auspicabile di tutti gli operatori del SSR.

Poiché si migliora solo ciò che si misura, è prioritario concentrarsi sul corretto utilizzo e sviluppo dei flussi informativi in quanto permettono congiuntamente:

- dal punto di vista dei LEA una visione completa della domanda soddisfatta, del fabbisogno e della rete di offerta;
- dal punto di vista dei costi il monitoraggio dell’evoluzione delle principali variabili sanitarie che concorrono all’evoluzione dei costi.

Va precisato inoltre che nei decreti istitutivi dei flussi informativi analitici NSIS per il monitoraggio dei LEA è stata prevista, su richiesta delle Regioni, una tempistica per la graduale attivazione degli stessi in considerazione delle necessità di adeguamento dei propri sistemi informativi. Gli stessi decreti prevedono che, con l’entrata a regime del flusso dal 2012, il non rispetto dell’obbligo informativo comporti, per la Regione, il mancato accesso al maggior finanziamento di cui all’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Prioritario per la Regione Abruzzo è implementare un modello di governo puntuale delle informazioni che consenta sia di gestire il Sistema Sanitario Regionale che di migliorare la cura del paziente; a tal proposito è necessario che le Aziende trasmettano alla Regione dati completi e di qualità, validandoli, nel rispetto delle tempistiche previste dai flussi stessi. Nello specifico:

- tempestività nell’aggiornamento delle anagrafiche delle strutture ospedaliere e territoriali, ovvero i modelli HSP11, HSP11BIS, STS11 e RIA11. Tali modelli costituiscono le anagrafiche di riferimento per l’invio di tutti gli altri flussi informativi relativi ai fattori produttivi, all’attività, ed ai costi;
- tempestività nell’invio nel rispetto dei termini previsti dalla normativa vigente per tutti i flussi;
- completezza dei flussi informativi che rilevano i fattori produttivi e l’attività di assistenza erogata (es. controllo di significativi scostamenti rispetto alle misure dei fenomeni, precedentemente osservate, di coerenza con le grandezze correlate);
- qualità dei dati trasmessi, attraverso una maggiore attenzione nell’attività di *data entry* e procedendo, in via prioritaria alle opportune verifiche (es. evitare la presenza di dati non coerenti con i domini dei singoli campi, ad esempio controllare i codici non presenti nelle anagrafiche di riferimento).

#### Normativa Nazionale

- Decreto del Ministro della Sanità del 23 dicembre 1996(\*) e s.m.i., pubblicato sulla GURI del 28 gennaio 1997: I Modelli Ministeriali di rilevazione delle attività gestionali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere;
- L’ Accordo quadro tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per lo sviluppo del nuovo Sistema informativo sanitario nazionale ai sensi dell’art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 (PROVVEDIMENTO 22 febbraio 2001 -G.U. n. 90, 18.04.2001) ha previsto la creazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

### **Obiettivi Programmati**

La Regione, per poter migliorare la tempestività e la qualità dei dati contenuti nei flussi intende:

- Mettere a regime i cosiddetti “nuovi flussi ministeriali” che, già alimentati sulla base dei cosiddetti “piani di adeguamento”, risultano in corso di alimentazione o di attivazione come nel caso del flusso relativo alle cure palliative. In tal senso un elemento strategico di valutazione è riferibile alla congruità dei flussi e alla qualità dei dati;
- Far sì che avvenga la condivisione ed integrazione, anche dal punto di vista operativo, delle attività connesse alla gestione dei flussi con i servizi regionali e aziendali di riferimento per le specifiche materie di competenza attraverso l’istituzione di Gruppi di Lavoro Permanenti, che costituiranno l’elemento di governo più efficace dei processi interessati e che si riuniranno almeno trimestralmente e, comunque, successivamente alle riunioni dei gruppi di lavoro ministeriali;
- Migliorare il flusso relativo ai consumi dei dispositivi medici la cui rilevanza straordinaria è determinata da una serie di disposizioni legislative nazionali (l’individuazione di livelli appropriati di valutazione dell’immissione sul mercato e di monitoraggio dei prezzi di acquisto - Patto della Salute 2010-2012- , la fissazione di tetti di spesa - DL 6 luglio 2012- , la previsione di applicare ai dispositivi medici il sistema del benchmark). Si prevede l’individuazione di un Sottogruppo di Lavoro regionale finalizzato alla definizione di procedure di armonizzazione del database relativo al flusso dei consumi con quello relativo ai rendiconti economici (“CE”) quale elemento di interconnessione strategica ed operativa dei processi di implementazione dei flussi economici e di quelli di produzione.

### **Risultati e Crono programma**

- Istituzione gruppo di lavoro permanente nuovi flussi NSIS (SIAD/FAR/EMUR) entro il 30.10.2013;
- Istituzione gruppo di lavoro permanente assistenza specialistica ambulatoriale (FILE C vs sist. TS art. 50) entro il 30.10.2013;
- Alimentazione del flusso informativo NSIS HOSPICE;
- Allineamento flusso consumi dispositivi medici vs Conto Economico (CE) entro il 30.06.2014;
- Riunioni a cadenza trimestrale, e/o periodica, in successione rispetto alle riunioni dei GDL interregionali in sede ministeriale;
- Monitoraggio dell’invio nei tempi e nelle modalità previste dei dati da parte delle Aziende.

### **Indicatori di Risultato**

- Validazione documento programmatico referenti aziendali;
- Presenza di dati di attività delle strutture residenziali Hospice;
- Miglioramento della qualità del dato durante tutto il triennio;
- Rispetto dei termini da parte delle Aziende.

### **Impatto economico**

Le valutazioni di impatto economico, sono funzionali alle disponibilità correnti assegnate in sede di bilancio e non prevedono l’individuazione di ulteriore *budgeting*.

### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche e Emergenza Sanitaria



## 6.4.2 AZIONE 2: Tessera Sanitaria

### Contesto di riferimento

L'amministrazione regionale ha predisposto il Decreto commissariale n. 21/2012 per l'applicazione dell'art.32 del ACN allo scopo di indurre i medici ad adempiere alle pratiche di trasmissione contestuale delle ricette informatizzate sul sistema TS. In particolare è stato stabilito che le ASL, in ottemperanza a quanto previsto negli ACN vigenti (siglati il 27 maggio 2009), dal 1° luglio 2012, sono tenuti ad avviare le attività di verifica delle inadempienze dei medici prescrittori per procedere, in caso di inadempimento, alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15% su base annua come dettagliato nell'intervento relativo all'assistenza farmaceutica (Paragrafo 4.2.9). Inoltre presso le ASL regionali sono partite le sperimentazioni relative al processo di dematerializzazione della ricetta cartacea di cui al DM 2 novembre 2011 le cui evidenze operative incalzano verso l'adozione di soluzioni tecnologiche tese all'integrazione dei sistemi aziendali e alla distribuzione di componenti gestionali interconnesse con la piattaforma SOGEI, sistemaTS, attraverso appositi Web Services.

### Normativa Nazionale

- L 326/2003 art.50: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici;
- DPCM 26/03/2008: attuativo del D.L. 296/2006 art 1 comma 810 lettera C, dispone le modalità per la trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'economia e delle finanze da parte dei singoli medici del SSN;
- DM 2/11/2011: De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010;
- DL 179/2012 art.13: Prescrizione medica e cartella clinica digitale.

### Disposizioni Regionali

- DCA 21/2012: Applicazione della riduzione al trattamento economico complessivo dei medici di base convenzionati che non trasmettono telematicamente i dati delle ricette a carico del S.S.N. al Sistema di Accoglienza Centrale (SAC).

### Obiettivi Programmati

La Regione intende pervenire alla completa esecuzione gli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di Tessera Sanitaria, attraverso:

- L'estensione della prassi di invio delle ricetta elettronica, di cui al DPCM 26/3/2008, per tutti i medici convenzionati del SSR;
- Il miglioramento dell'attuale sistema di rilevazione delle inadempienze da parte dei medici prescrittori, attraverso l'esatta quantificazione del rapporto prescritto/erogato, da ottenere con adeguate implementazioni del sistema informatico e della funzionalità della piattaforma sistemaTS;
- L'attuazione del crono programma ministeriale per la dematerializzazione della ricetta elettronica di cui al DM 2/11/2011;
- La realizzazione del Piano di Adeguamento condiviso d'intesa con il Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato – Ispettorato Generale per la Spesa Sociale. Per la piena realizzazione dell'obiettivo, così come più volte rappresentato dai referenti ministeriali, le singole ASL provvederanno ad attivare appositi meccanismi di integrazione attraverso l'uso dei WEB Services in fase di test presso la Regione Abruzzo con l'ASL di Lanciano Vasto Chieti e la SoGel;
- Il miglioramento delle modalità di controllo e verifica delle esenzioni da reddito. Si evidenzia che le ASL sono tenute a confrontare e verificare, attraverso le liste di assistiti esenti certificati dal MEF e trasmessi da SOGEI, tutte le autocertificazioni presentate. Si tratta, quindi, di utilizzare i dati disponibili sul sistemaTS per le prescrizioni mediche e confrontarle con gli elenchi di chi ha

beneficiario irregolarmente di prestazioni con esenzione dal pagamento del ticket per motivi di reddito. Tale verifica consentirà di recuperare tutte le somme non percepite attraverso il recupero crediti da parte delle ASL nei confronti degli assistiti morosi. La Regione coordinerà le attività di monitoraggio e di verifica delle prestazioni erogate in regime di esenzione da reddito.

#### **Risultati e Crono programma**

- Consolidamento dell'invio delle ricetta elettronica, di cui al DPCM 26.3.2008, per tutti i medici convenzionati del SSR per tutto il triennio;
- Condivisione con SOGEI delle modalità tecniche ed operative per individuare il corretto rapporto prescritto/erogato come definito dal decreto commissariale n. 21/2012 entro il 30.09.2013;
- Predisposizione degli elenchi dei Professionisti secondo le nuove modalità di rilevazione entro il 30.09.2013;
- Attuazione del crono programma ministeriale per la dematerializzazione della ricetta elettronica di cui al DM 2.11.2011 nel corso del triennio;
- Miglioramento delle modalità di controllo e verifica delle esenzioni da reddito;
- Censimento, a cura delle ASL, dei pazienti su cui operare il recupero crediti e comunicazione all'Amministrazione regionale delle relative modalità operative entro il 31.10.2013.

#### **Indicatori di Risultato**

- Definizione dei criteri e delle modalità tecniche e operative per individuare il corretto rapporto prescritto/erogato come definito dal Decreto commissariale n. 21/2012 da condividere con il Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato – Ispettorato Generale per la Spesa Sociale entro il 30 giugno 2013;
- Rispetto delle scadenze del crono programma ministeriale per la dematerializzazione della ricetta elettronica DM 2.11.2011;
- Rapporto tra il numero dei pazienti su cui operare il recupero crediti ed il numero di pazienti per cui è avvenuta la riscossione.

#### **Impatto economico**

Le valutazioni di impatto economico sono funzionali alle disponibilità correnti assegnate in sede di bilancio e non prevedono l'individuazione di ulteriore *budgeting*. Sarà presente un'eventuale riduzione di costi dovuta alla diminuzione del numero di esenzioni ed al recupero dei crediti dei pazienti che erroneamente usufruivano dell'esenzione.

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Gestione flussi informativi, mobilità sanitaria, procedure informatiche e Emergenza Sanitaria

## **6.5 INTERVENTO 18: Autorizzazione ed Accredimento**

### **6.5.1 AZIONE 1: Procedure per l'autorizzazione e l'accredimento istituzionale**

#### **Contesto di riferimento**

Con la Deliberazione commissariale n. 45/2010 e con il Decreto commissariale n. 25/2012 è stato definito il fabbisogno di prestazioni ospedaliere. Con i Decreti commissariali n. 52/2012 e n. 67/2012 sono stati determinati i fabbisogni regionali di prestazioni residenziali e semiresidenziali e di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Questi atti costituiscono i presupposti fondamentali per la definizione delle procedure di autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture, che sono stati sospesi in attuazione del Piano di Rientro. Sono in corso di elaborazione i decreti che disciplineranno i processi di riordino e riconversione delle strutture esistenti alla luce dei nuovi *settings* assistenziali ed il rilascio di nuove autorizzazioni sia per l'assistenza di carattere residenziale e semiresidenziale che per le nuove strutture di assistenza specialistica ambulatoriale.

A norma dell'articolo 12 della Legge Regionale n. 32/2007 e s.m.i., sono state predefinitivamente accreditate le strutture pubbliche già operanti sul territorio e quelle private che risultavano provvisoriamente accreditate ai sensi della normativa precedente alla data di entrata in vigore della Legge Regionale n.32/2007.

Ad oggi, la maggior parte delle strutture ospedaliere private sono state già sottoposte alle verifiche funzionali al rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale mentre, le verifiche sulle strutture private di specialistica ambulatoriale, sono in corso di svolgimento.

Nel secondo trimestre 2013 sono pervenute all'attenzione degli uffici della Direzione politiche della Salute le prime proposte di accreditamento istituzionale, relative a 6 case di cura, da parte dell'Agenzia sanitaria regionale. Sulla base di tali proposte, il Commissario provvederà ad adottare gli atti di accreditamento istituzionale delle strutture in parola.

Con Decreto commissariale n. 39/2013, la Regione ha recepito l'Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012 recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", che comporterà una revisione dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento previsti negli attuali manuali.

#### **Normativa Nazionale**

- L. 27.12.2006, n. 296 art. 1, comma 796, lett. t): Legge finanziaria 2007.

#### **Disposizioni Regionali**

- LR 32/2007: Accreditamento delle strutture che erogano servizi di cura e assistenza;
- DGR 01.07.2008, n. 591/P: Manuale delle procedure di accreditamento;
- Delibera commissariale 45/2012, DCA 25/2012, DCA 52/2012 e DCA 67/2012: di definizione del fabbisogno di prestazioni di assistenza ospedaliera, residenziale e semiresidenziale e di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- DCA 39/2013: di recepimento dell'Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012 recante la disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento.

#### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende:

- Concludere le verifiche funzionali all'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie private ed avviare i procedimenti di relativo accreditamento istituzionale;
- Implementare le attività di verifica periodica sulla sussistenza dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie accreditate ai sensi della LR n.32/2007 e s.m.i.;
- Aggiornare i requisiti di autorizzazione ed accreditamento e le relative procedure al fine di adeguarli al "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" di cui all'Intesa approvata in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 20.12.2012 oltre che sulla base delle problematiche interpretative ed applicative emerse dalle verifiche dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e/o del Comando Carabinieri NAS sui diversi aspetti tecnologici, organizzativi, strutturali e tenendo conto delle ulteriori tipologie strutturali come definite negli intervenuti atti del fabbisogno regionale.

#### **Risultati e Crono programma**

- Conclusione dei procedimenti di accreditamento istituzionale:
  - delle strutture ospedaliere private e di specialistica ambulatoriale private entro il 30.06.2014;
  - delle strutture residenziali e semiresidenziali private e degli stabilimenti termali entro il 31.12.2014;
- Pubblicazione dell'Albo regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate entro il 31.12.2014;

- Aggiornamento dei requisiti e delle procedure di accreditamento entro i termini che saranno stabiliti dall'apposito Tavolo di lavoro istituito presso il Ministero della Salute.

#### **Indicatori di Risultato**

- Rapporto tra il numero di strutture definitivamente accreditate e le strutture sottoposte a verifiche funzionali;
- Report delle verifiche di sussistenza dei requisiti;
- Predisposizione del provvedimento di aggiornamento e riordino dei manuali di autorizzazione e di accreditamento e relative procedure nei termini stabiliti.

#### **Impatto economico**

Non è previsto impatto economico aggiuntivo

#### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Programmazione Sanitaria

Agenzia Sanitaria Regionale

## **6.6 INTERVENTO 19: Contabilità analitica**

### **6.6.1 AZIONE 1: Contabilità analitica**

#### **Contesto di riferimento**

La realizzazione del Piano di rientro impone, di fatto, l'attivazione di coerenti processi gestionali per la definizione ed adozione dei necessari provvedimenti utili ad intensificare le verifiche periodiche delle procedure amministrativo-contabili, la certificazione annuale dei bilanci delle aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale.

In tal senso, le difficoltà riscontrate, dal punto di vista operativo, attengono:

- alla verifica effettiva e alla tempestiva adozione e realizzazione degli interventi definiti a livello formale;
- alla valutazione, in corso d'opera, degli effetti realmente conseguiti in relazione agli obiettivi gestionali ed economici definiti nel Piano di Rientro stesso.

Inoltre, un modello di monitoraggio in grado di supportare, ai diversi livelli del SSR, la piena attuazione del Piano di Rientro nelle diverse fasi di programmazione, attuazione, controllo e verifica dei risultati, contrasta un'altra rilevante criticità che si constata ogni volta che l'implementazione di un modello realmente efficace viene ad essere inficiata da una sostanziale carenza di dati gestionali e contabili strutturati e tempestivi provenienti dal livello locale.

#### **Normativa Nazionale**

- L. 191/2009 art. 79 comma 1 sexies della L. 133/08 e dell'art. 2 comma 70;
- D.L.gs 118/2011: Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli art. 1 e 2 della L 5 maggio 2009, n. 42.

#### **Disposizioni Regionali**

- DCA n. 42/2012; Art. 79, co. 1 – sexies della Legge n. 133/2008 e art. 2, co. 70 della Legge n. 191/2009. Sviluppo delle funzioni gestionali e contabili per migliorare il governo del SSR e locale. Accordo di programma e autorizzazione alla relativa sottoscrizione.
- Patto per la Salute per il triennio 2010 – 2012.
















## Obiettivi Programmati

La Regione intende perseguire due obiettivi generali:

- L'Attuazione dell'Accordo di Programma Quadro attraverso la realizzazione di un modello di monitoraggio del Sistema Sanitario della Regione Abruzzo volto a garantire l'omogeneizzazione delle procedure, la raccolta sistematica e continuativa e l'adozione di adeguate metodologie di elaborazione, analisi e interpretazione dei dati;
- Lo svolgimento di una costante azione di supporto alle AASSLL, in grado di mettere in campo risorse competenti, metodologie e strumenti indispensabili per perseguire stabilmente nel tempo gli obiettivi di seguito descritti, anche tramite adeguati interventi di formazione sul campo.

## Risultati e Crono programma

Tabella 35 – Crono programma

| Cronoprogramma delle attività da svolgere   |   |   |        |
|---|---|---|--------|
|   | ANNO 1  | ANNO 2  | ANNO 3 |
| <b>Progettazione, sviluppo ed avviamento operativo del modello di monitoraggio integrato del SSR</b>  |   |   |        |
| 1. Progettazione di un modello di monitoraggio del SSR e sua periodica manutenzione   |    |    |        |
| 2. Aggiornamento/integrazione della metodologia regionale di controllo di gestione aziendale  |    |    |        |
| 3. Consolidamento ed aggiornamento della mappa dei flussi informative "esistenti" e stesura di un piano per la copertura dei fabbisogni identificati  |    |   |        |
| 4. Realizzazione, già a partire dal primo anno del progetto, degli strumenti in grado di produrre immediatamente una base dati strutturata  |   |  |        |
| 5. Affiancamento sul campo delle strutture del SSR, nelle fasi di progettazione, realizzazione e messa in produzione dei nuovi processi di raccolta e di gestione dei dati previsti dal modello di monitoraggio gestionale      |   |  |        |
| 6. Sviluppo ed introduzione di una metodologia per il monitoraggio degli obiettivi programmati dalle Aziende basate sull'utilizzo dello strumento di monitoraggio e coerente con i contenuti del sistema SIVEAS                 |   |  |        |
| <b>Realizzazione delle attività necessarie alla certificabilità del bilancio delle aziende sanitarie e dell'accentrata Regionale</b>  |   |   |        |
| 7. Adeguamento della strumentazione contabile al D.lgs. 118/2011 e definizione del modello contabile e di controllo, a livello regionale e locale, finalizzato a presidiare e monitorare il funzionamento complessivo regionale |  |  |        |
| 8. Definizione di un sistema di controllo sui sistemi informativi finalizzato a garantire l'affidabilità del dato economico-finanziario-patrimoniale, la corretta imputazione e l'omogeneità                                    |  |  |        |
| 9. Identificazione di un modello organizzativo, documentale, e di processo da adottare presso le singole ASL per implementare efficacemente le nuove regole e per garantire l'adeguatezza dei flussi contabili                  |  |  |        |
| 10. Affiancamento alle singole Aziende sanitarie e formazione continua attraverso tecniche di training on the job per implementare in nuovo modello e rimuovere le criticità  |   |  |        |

## Indicatori di Risultato

- Predisposizione del capitolato di gara entro 60 giorni successivi all'ammissione al finanziamento;
- L'avvio delle procedure di gara ad evidenza pubblica successivamente alla predisposizione del capitolato di gara;
- L'avvio dei servizi oggetto di fornitura è subordinato alla data dell'ammissione al finanziamento.

Per il raggiungimento degli obiettivi suddetti, realizzabili esclusivamente se verrà effettuata l'erogazione del finanziamento richiesto, è prevista una forte collaborazione con gli operatori del SSR al fine di accrescerne costantemente le competenze e le conoscenze e disporre al termine delle attività progettuali, di cui al presente programma, di personale adeguatamente formato per la prosecuzione delle attività avviate. L'intero sistema di produzione, controllo e analisi dei dati contabili,

di bilancio e gestionali dovrà offrire strumenti per verificare l'erogazione dei servizi nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza. In questo ambito il progetto, come già evidenziato, aggiornerà anche gli aspetti metodologici del controllo di gestione, tenendo conto di analoghe esperienze già adottate presso altre Regioni in materia di programmi e sistemi per l'acquisizione ed elaborazione di dati economici, gestionali e produttivi di strutture sanitarie operanti a livello locale;

La realizzazione di tale programma si connoterà come azione di supporto della Regione nei confronti delle aziende locali affinché entro dicembre 2015:

- si realizzino, a livello locale, gli strumenti e le competenze necessarie affinché i sistemi di produzione del bilancio, di controllo interno, di programmazione e controllo di gestione possano essere gestiti efficientemente ed efficacemente in modo continuo e sistematico;
- si diffonda tra gli operatori del SSR deputati alla produzione e alla gestione dei flussi informativi contabili e gestionali la necessaria cultura sulle tematiche di bilancio e di gestione.

#### Impatto economico

Come riportato nel Programma Operativo 2010, la Regione Abruzzo intende avvalersi della facoltà di cui all'art. 79, comma 1-sexies della L. 133/08, che prevede l'utilizzo di parte dei fondi ex art.20 L. 67/88 e s.m.i. previa sottoscrizione di specifico Accordo di Programma con i Ministeri competenti, per la realizzazione di interventi diretti a garantire la disponibilità dei dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie, per consentire la produzione sistematica e l'interpretazione gestionale continuativa dei dati indispensabili allo svolgimento delle attività di programmazione e controllo regionale ed aziendale.

L'investimento, articolato in tre annualità, prevede un costo complessivo di euro 12. €/mln di cui il 95% pari a 11,4 €/mln a valere sulle risorse statali ex art. 20 della L. 67/88 e il 5% pari a 0,6 €/mln a carico del bilancio regionale come meglio evidenziato nel seguente prospetto (Tabella 36).

Tabella 36 – Prospetto dell'investimento

| Prospetto dell'investimento |            |         |         |            |         |               |            |
|-----------------------------|------------|---------|---------|------------|---------|---------------|------------|
| Esercizio Finanziario       | Stato      | Regione | Aziende | Altri Enti | Privati | Altre risorse | Totale     |
| 2012                        | 11.400.000 | 600.000 |         |            |         |               | 12.000.000 |

#### Responsabile del processo attuativo

Servizio Investimenti strutturali e tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie

## 6.7 INTERVENTO 20: Attuazione del Piano dei pagamenti

### 6.7.1 AZIONE 1: Attuazione del Piano dei pagamenti

#### Contesto di riferimento

Con Decreto Legge 35/2013 del 08.04.2013 recante "Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della Pubblica Amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento dei tributi degli enti locali" è stato istituito un Fondo denominato "Fondo per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili" con una dotazione di 10.000 €/mln per il 2013 e 16.000 €/mln per il 2014. Tale Fondo è distinto in tre sezioni:

- "Sezione per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili degli enti locali" con una dotazione di 2.000 €/mln per ciascuno degli anni 2013-2014;
- "Sezione per assicurare la liquidità alle regioni e alle province autonome per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili diversi da quelli finanziari e sanitari" con una dotazione di 3.000 €/mln per il 2013 e di 5.000 €/mln per il 2014;
- "Sezione per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili degli enti del Servizio Sanitario Nazionale" con una dotazione di 5.000 €/mln per il 2013 e di 9.000 €/mln per il 2014.

Come stabilito dal Decreto le Regioni potranno inoltrare l'istanza di accesso all'anticipazione di liquidità al MEF entro il 31.05.2013.

Ai sensi dell'art.3, comma 2, del D.L 35/2013, il MEF ha adottato, in data 16 aprile 2013, il decreto di riparto dell'importo di 5.000 €/mln; il riparto è stato effettuato in proporzione ai valori degli ammortamenti non sterilizzati, antecedenti all'applicazione del decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118, risultanti dai CE per il periodo dal 2001 al 2011 ponderati al 50% e ai valori delle voci "crediti verso regione per spesa corrente" e "crediti verso regione per ripiano perdite" iscritti nei modelli SP 2011 ponderati al 50%.

Alla Regione Abruzzo è stata assegnata con il Decreto sopra richiamato la somma massima di 174,009 €/mln.

Nell'anno 2013 sono state trasferite risorse alle Aziende per un importo pari a 302,207 €/mln, come riportato in Tabella 37:

Tabella 37 – Risorse finanziarie trasferite alle Aziende

| Trasferimento risorse a favore delle AA.SS.LL. a titolo di parziale copertura delle perdite pregresse 2007-2009 |                   |                    |                   |                   |                    |
|---|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
|   | Asl 201           | Asl 202            | Asl 203           | Asl 204           | Totale             |
| Determinazione regione DG 22/15 del 12.02.2013  | 16.055.638        | 21.260.951         | 13.937.025        | 8.746.386         | 60.000.000         |
| Determinazione regione DG 22/26 del 03.05.2013  | 58.517.000        | 110.286.035        | 67.736.000        | 5.668.000         | 242.207.035        |
| <b>Totale</b>   | <b>74.572.638</b> | <b>131.546.986</b> | <b>81.673.025</b> | <b>14.414.386</b> | <b>302.207.035</b> |

In relazione all'assegnazione della somma di 174,009 €/mln si è proceduto alla formulazione dell'istanza di accesso all'anticipazione di liquidità in funzione dell'entità e delle esigenze di copertura dei debiti certi, liquidi ed esigibili al 31.12.2012 e, eventualmente, in via residuale rispetto ai primi, dei debiti certi sorti entro il 31.12.2012.

L'istanza di accesso (prot. n.RA/138531) si è basata sulla ricostruzione del debito come sopra qualificato attraverso un processo che ha visto coinvolte le Aziende e la GSA in qualità di soggetti titolari delle posizioni debitorie. L'istanza è stata accompagnata da una certificazione congiunta del Presidente e del responsabile finanziario come richiesto dal DL 35/2013. A tal proposito è stato emanato il Decreto commissariale n. 47 del 05.07.2013 che ha definito il piano dei pagamenti aziendali per un importo pari a 174,009 €/mln.

#### Normativa Nazionale

- DL 35/2013 recante: Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della Pubblica Amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento dei tributi degli enti locali.

#### Obiettivi Programmati

Al fine di poter ottenere l'erogazione delle somme richieste, nei limiti delle assegnazioni deliberate con decreto direttoriale del Ministero dell'Economia e delle Finanze, la Regione deve:

- Predisporre un Piano dei Pagamenti dei debiti commerciali al 31.12.2012 certi, liquidi ed esigibili e, eventualmente, nei limiti delle risorse disponibili e in via residuale rispetto ai primi, dei debiti certi sorti entro il 31 dicembre 2012;
- Individuare le misure di copertura annuale del rimborso dell'anticipazione;
- Provvedere alla sottoscrizione del contratto con il MEF.

La Regione si impegnerà a monitorare costantemente l'andamento dei tempi di pagamento ed a porre in essere eventuali azioni al fine di allineare i tempi di pagamento con il termine fissato con Decreto Legge 35/2013 di 60 giorni.



### **Risultati e Crono programma**

- Definizione di un apposito tracciato per la richiesta e l'individuazione delle singole posizioni di debito al 31.12.2012 del SSR che dovessero risultare ancora aperte distinguendo tra "debiti certi, liquidi ed esigibili" alla data del 31.12.2012 e "debiti certi" alla data del 31.12.2012 ossia per i quali sia stata emessa fattura o richiesta equivalente di pagamento entro il 31.12.2012. Per quanto riguarda i "debiti certi" alla data del 31.12.2012 saranno identificate le posizioni liquidate successivamente a partire dallo 01.01.2013 e quelle non ancora liquidate per le quali saranno riportate le date di scadenza del debito;
- Definizione di una procedura e la tempistica al fine di poter acquisire la certificazione delle fatture certe entro il 31.12.2013;
- Monitoraggio del riscontro tra "partite certificanti" inserite nel Piano dei Pagamenti e partite effettivamente pagate e verifica della coerenza delle registrazioni contabili effettuate delle aziende sanitarie;
- Monitoraggio trimestrale dei tempi di pagamento.

### **Indicatori di Risultato**

- Rispetto procedure di pagamento.

### **Impatto economico**

Non è previsto impatto economico aggiuntivo

### **Responsabile del processo attuativo**

Servizio Programmazione economico finanziaria e controllo di gestione delle aziende sanitarie

## **6.7.2 AZIONE 2: Trasferimenti da attività di riconciliazione e certificazione dei debiti pregressi**

### **Contesto di riferimento**

L'attività di riconciliazione e certificazione dei debiti risultanti dai bilanci delle Asl al 31.12.2005 e 31.12.2006 è prevista nel Piano di risanamento del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009 di cui all'Accordo Ministero della Salute, MEF e Regione Abruzzo del 6 marzo 2007.

La metodologia utilizzata per la suddetta attività è differenziata in riferimento alla natura dei debiti e crediti iscritti nei bilanci. Con riferimento ai debiti e crediti di natura commerciale sono emersi debiti complessivi al 31.12.2006 pari ad 1.792,93 €/mln, che risultano riconciliati per il 97,71%. La certificazione dei debiti riconciliati è pari al 63,37%.

Con riferimento agli altri crediti e altri debiti, nonché alle disponibilità liquide, le Asl sono tenute a procedere entro il 30.09.2013 alla realizzazione delle specifiche attività necessarie per definire la certificazione delle partite di bilancio, complessivamente stimate pari a circa 98 €/mln.

### **Disposizioni Regionali**

- DGR 224/2007: la Regione ha recepito l'Accordo tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico;
- Determinazione direttoriale 154/2007: il Direttore Regionale pro-tempore competente in materia di Bilancio ha disposto la costituzione di un Gruppo di Lavoro (GdL) per la riconciliazione e certificazione dei debiti sanitari. Il GdL ha implementato, coerentemente con quanto previsto dal Piano di Rientro, un processo per la ricognizione e riconciliazione del debito pregresso.

## Obiettivi Programmati

La Regione intende completare il procedimento di riconciliazione e certificazione dei debiti pregressi, procedendo, nel contempo, a trasferire alle Asl le risorse correlate ai debiti definitivamente certificati quali "certi, liquidi ed esigibili", nonché a completare la certificazione dei debiti non certi, non esigibili o non sussistenti.

## Risultati e Crono programma

- Sulla base delle procedure in corso di realizzazione, la Regione stima di poter erogare trasferimenti a favore delle Asl, a seguito del completamento del procedimento di certificazione di debiti sanitari commerciali pregressi pari ad 74,28 €/mln (Tabella 38) entro il 31.12.2013;

Tabella 38 – Trasferimenti stimati per debiti in corso di certificazione

| Trasferimenti stimati per debiti in corso di certificazione |        |            |           |         |           |                   |
|---|--------|------------|-----------|---------|-----------|-------------------|
| Avezzano  | Chieti | Lanciano   | L'Aquila  | Pescara | Teramo    | Totale            |
| 51.312.196  | -      | 15.744.317 | 3.746.609 | -       | 3.478.423 | <b>74.281.545</b> |

- Sulla base delle procedure in corso di realizzazione, la Regione stima di poter erogare trasferimenti a favore delle Asl, a seguito del completamento del procedimento di certificazione degli altri debiti, altri crediti e disponibilità liquide per un importo massimo di 98,34 €/mln (Tabella 39) entro il 31.12.2013;

Tabella 39 – Risultanze gestione altri debiti, altri crediti e disponibilità liquide da bilanci al 31.12.2006

| Liquidità ed altri Crediti  |               | Altri Debiti                         |               |
|-----------------------------|---------------|--------------------------------------|---------------|
| Crediti vs PP.AA            | 0,91          | Debiti vs PP.AA                      | 0,21          |
| Liquidità e Depositi        | 87,34         | Anticipazioni di cassa del Tesoriere | 48,08         |
| Crediti vs Erario           | 0,96          | Debiti tributari                     | 31,33         |
| Crediti vs clienti          | 4,12          | Debiti vs Istituti previdenziali     | 75,11         |
| Altri crediti               | 41,67         | Altri debiti                         | 78,61         |
| <b>Totale Altri crediti</b> | <b>135,00</b> | <b>Totale Altri debiti</b>           | <b>233,34</b> |
| Totale Altri debiti         | 233,34        |                                      |               |
| Totale Altri crediti        | 135,00        |                                      |               |
| <b>Saldo da finanziare</b>  | <b>98,34</b>  |                                      |               |

- La Regione prevede di poter erogare alle Asl, in relazione alle procedure di riconciliazione e certificazione dei debiti sanitari pregressi, risorse relative al Piano di Piano di risanamento del Sistema Sanitario Regionale 2007 -2009 di cui all'Accordo Ministero della Salute, MEF e Regione Abruzzo del 6 marzo 2007 per l'importo massimo stimato di 172,62 €/mln entro il 31.12.2013.

In funzione della definizione di debiti in contenzioso, la Regione potrà procedere ad erogare ulteriori risorse a favore delle Asl alla definizione dei procedimenti giudiziari in corso.

## Indicatori di Risultato

- Rispetto procedure di riconciliazione e certificazione debiti pregressi

## Impatto economico

Non previsto impatto economico aggiuntivo

## Responsabile del processo attuativo

Servizio Bilancio