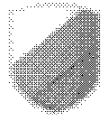


Allegato a Decreto del Commissario,  
ad ACTA.

n. 112 del 30 DIC, 2013

Allegato 2)



Regione Abruzzo

# Regione Abruzzo

---

Programma Operativo 2013-2015

# Indice

<b>1</b>	<b>Premessa</b>	<b>1</b>
<b>1.1</b>	<b>Tendenziale 2013-2015</b>	<b>2</b>
<b>1.2</b>	<b>Programmatico 2013-2015</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Reti di offerta sanitaria</b>	<b>5</b>
<b>2.1</b>	<b>INTERVENTO 1: Rete Ospedaliera</b>	<b>5</b>
<b>2.2</b>	<b>INTERVENTO 2: Rete Emergenza Urgenza</b>	<b>5</b>
<b>2.3</b>	<b>INTERVENTO 3: Rete territoriale</b>	<b>6</b>
2.3.1	AZIONE 1-2: Specialistica ambulatoriale e Rete Laboratoristica	6
2.3.2	AZIONE 3: Residenzialità e Semiresidenzialità	7
2.3.3	AZIONE 4: Assistenza Domiciliare	8
2.3.4	AZIONE 5: Cure palliative	8
2.3.5	AZIONE 6: Assistenza sanitaria di base	9
2.3.6	AZIONE 7: Piano Regionale di contenimento delle liste d'attesa	10
<b>2.4</b>	<b>INTERVENTO 4: Prevenzione</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>Aree di intervento "core"</b>	<b>11</b>
<b>3.1</b>	<b>INTERVENTO 5: Beni e Servizi</b>	<b>11</b>
<b>3.2</b>	<b>INTERVENTO 6: Assistenza Farmaceutica</b>	<b>12</b>
<b>3.3</b>	<b>INTERVENTO 7: Investimenti in conto capitale</b>	<b>13</b>
<b>3.4</b>	<b>INTERVENTO 8: Rapporti con gli erogatori privati</b>	<b>14</b>
<b>3.5</b>	<b>INTERVENTO 9: Personale</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>Interventi operativi</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>Interventi di Governo del sistema</b>	<b>17</b>
	<b>Appendice 1</b>	<b>19</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 "Governo 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 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 Tendenziiale 2013-2015, come consolidamento dei quattro CE Aziendali e della Gestione Sanitaria Accentrata.

Tabella 1 – CE Tendenziiali 2013-2015

999 Consolidato Regione Abruzzo					
ID	CONTO ECONOMICO €/000	Consuntivo	TENDENZIALE	TENDENZIALE	TENDENZIALE
		2012 A	2013 B	2014 C	2015 D
A1	Contributi F.S.R.	2.364.369	2.325.447	2.388.215	2.384.400
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	<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>2.340.947</b>	<b>2.314.410</b>	<b>2.367.764</b>	<b>2.357.673</b>
B1	Personale	767.984	767.984	767.984	767.984
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	169.214	174.967	180.916	187.067
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	1.264
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	4.283
B5	Accantonamenti	41.358	45.105	28.506	24.778
B6	Variazione Rimanenze	4.858	0	0	0
B	<b>Totale Costi Interni</b>	<b>1.516.708</b>	<b>1.500.314</b>	<b>1.501.744</b>	<b>1.516.528</b>
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	76.483	76.628	76.776
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	119.954	121.921	123.921	125.953
C3	Prestazioni da Privato	367.346	376.309	376.886	379.067
C	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>751.933</b>	<b>757.738</b>	<b>758.315</b>	<b>760.495</b>
D	<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>	<b>2.268.641</b>	<b>2.258.052</b>	<b>2.260.059</b>	<b>2.277.023</b>
E	<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>72.306</b>	<b>56.358</b>	<b>107.704</b>	<b>80.649</b>
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
F3.1	IRAP	54.253	54.253	54.253	54.253
F3.2	IRES	1.563	1.563	1.563	1.563
F3.3	Altri Oneri Fiscali	2.446	2.446	2.446	2.446
F3	Oneri Fiscali	58.262	58.262	58.262	58.262
F4	Saldo Gestione Straordinaria	1.214	0	0	0
F	<b>Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie</b>	<b>63.190</b>	<b>61.976</b>	<b>61.976</b>	<b>61.976</b>
G	<b>Risultato Economico (E-F)</b>	<b>9.116</b>	<b>(5.618)</b>	<b>45.728</b>	<b>18.673</b>
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	<b>Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA</b>	<b>38.292</b>	<b>38.190</b>	<b>38.190</b>	<b>38.190</b>
I	<b>Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva (G+H)</b>	<b>47.408</b>	<b>32.572</b>	<b>83.918</b>	<b>56.863</b>

## 1.2 Programmatico 2013-2015

Sulla base delle manovre aggiuntive previste per il triennio 2013-2015, si stima un risultato programmatico pari a +0,6 €/mln nel 2013, +3,9 €/mln nel 2014 e +2,8 €/mln nel 2015.

Tali manovre saranno dettagliatamente illustrate nei capitoli che seguono.

Tabella 2 – Programmatico 2013-2015

999 Consolidato Regione Abruzzo					
ID	CONTO ECONOMICO €/000	Consuntivo 2012 A	Programmati co 2013 B	Programmati co 2014 C	Programmati co 2015 D
A1	Contributi F.S.R.	2.364.369	2.325.447	2.388.215	2.384.400
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	2.367.764	2.357.673
B1	Personale	767.984	773.716	773.716	773.716
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	169.214	174.967	180.916	187.067
B3.1	Altri Beni Sanitari	190.695	196.646	200.933	206.364
B3.2	Beni Non Sanitari	11.551	10.740	11.060	11.389
B3.3	Servizi	317.230	292.056	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	12.989	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	1.264
B5.4	Accantonamenti per Interessi di Mora	5.256	5.256	5.256	5.256
B5.5	Altri Accantonamenti	2.895	18.735	56.156	32.552
B5	Accantonamenti	41.358	39.230	76.651	63.047
B6	Variazione Rimanenze	4.858	0	0	0
B	Totale Costi Interni	1.516.708	1.500.172	1.555.621	1.550.529
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	51.236	50.834	50.934
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	73.844	73.214	87.369	61.507
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	119.954	120.151	122.150	124.183
C3	Prestazioni da Privato	367.346	369.830	364.407	360.587
C	Totale Costi Esterni	751.933	751.258	745.836	742.016
D	Totale Costi Operativi (B+C)	2.268.641	2.261.430	2.301.457	2.292.545
E	Margine Operativo (A-D)	72.306	62.980	66.307	65.128
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
F3.1	IRAP	54.253	54.654	54.654	54.654
F3.2	IRES	1.563	1.563	1.563	1.563
F3.3	Altri Oneri Fiscali	2.446	2.446	2.446	2.446
F3	Oneri Fiscali	58.262	58.663	58.663	58.663
F4	Saldo Gestione Straordinaria	1.214	0	0	0
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	63.190	62.377	62.377	62.377
G	Risultato Economico (E-F)	9.116	604	3.930	2.751
AA0080	Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo)	38.292	38.190	39.190	38.190
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	38.292	38.190	38.190	38.190
	Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva (G+H)	47.408	38.794	42.120	40.941

## 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 €/min 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 **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** e **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** 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.
- Riclassificazione delle strutture secondo quanto previsto dal DPCM 29.11.2001
- Emanazione, entro il 30-05-2014, di apposito decreto commissariale con il quale si provvederà ad allineare i provvedimenti regionali in materia di compartecipazione Comune/assistito per le prestazioni di assistenza sociosanitarie con quanto previsto dal DPCM 29.11.2001

#### **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.

## 2.3.6 AZIONE 7: Piano Regionale di contenimento delle liste d'attesa

### Contesto di Riferimento

Con Delibera regionale n. 575/2011 e n. 930/2011 la Regione ha recepito il Piano nazionale di governo delle liste di attesa provvedendo alla redazione del Piano Regionale di governo delle liste d'attesa nonché all'istituzione del Coordinamento regionale CUP – CORECUP, impegnandosi così ad individuare gli strumenti, i modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema e le iniziative da porre in essere per poter intercettare il reale bisogno di salute, per ridurre l'inappropriatezza e per rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

Il consolidamento del monitoraggio ed il perfezionamento delle relative procedure, concorrono al progetto di rimodulazione della rete di offerta sanitaria sulla base del fabbisogno di prestazioni stimato ed alla definizione delle azioni e delle strategie finalizzate al contenimento dei tempi d'attesa.

### Obiettivi Programmati

La Regione intende proseguire le attività di monitoraggio previste dal Piano Regionale di governo delle liste d'attesa attraverso il miglioramento continuo della qualità e della completezza dei dati al fine di evidenziare eventuali criticità e permettere, a tutti gli attori del sistema, di porre in essere iniziative correttive che portino ad una riduzione dei tempi d'attesa.

### Impatto economico

Non è presente alcun impatto economico

## 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 necessiti 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, tenendo conto altresì di quanto previsto dall'art 17 comma 1 del DL 98/2011.

#### **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 ).

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 ).

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 sumaisti 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:** Effettuare il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) nel rispetto di quanto previsto dal Decreto Interministeriale del 17 settembre 2012 (Decreto Certificabilità) e dal D.M. 1 marzo 2013 recante "Requisiti comuni a tutte le regioni per la redazione dei PAC.
- **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

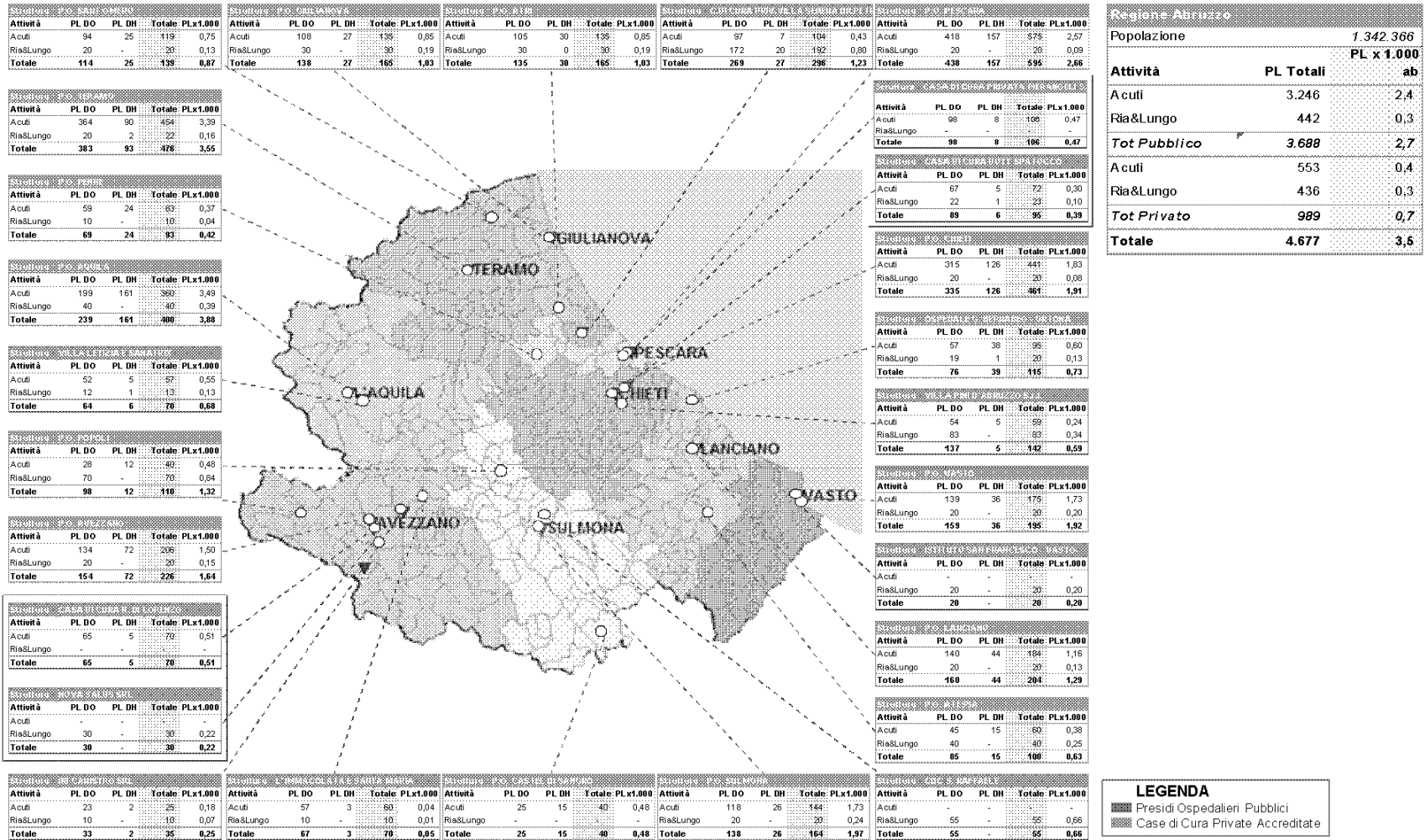
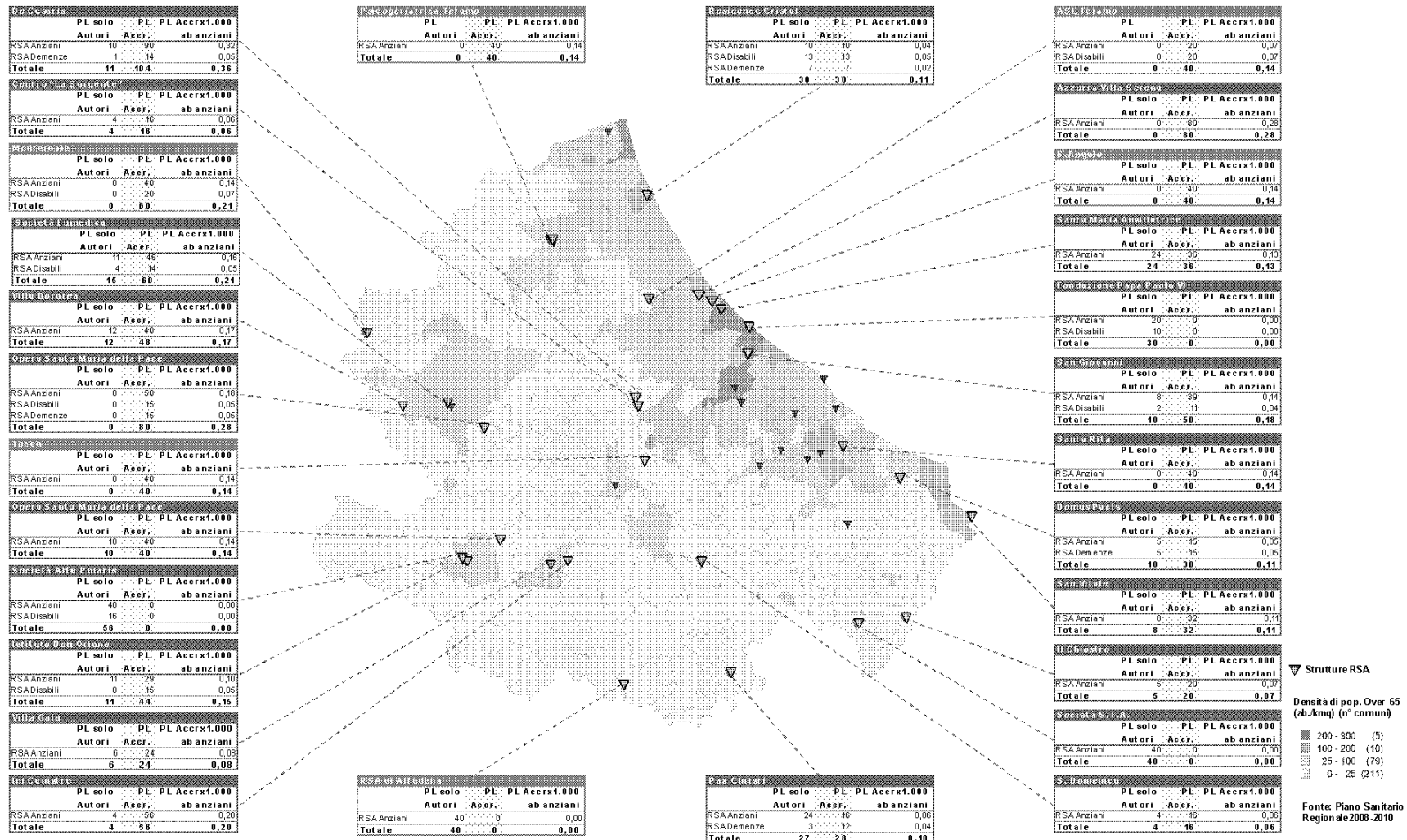




Figura 3 – Rete residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti o affetti da demenza





I.P.E. "G. Scasazza" - "D. Demicheli"			
	PL solo	PL Accrx1.000	ab anziani
RA	0	142	0,50
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>142</b>	<b>0,50</b>

Città Rosignone			
	PL solo	PL Accrx1.000	ab anziani
RA	0	24	0,08
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>0,08</b>

I.P.E. "G. Scasazza" - "A. Alessandri"			
	PL solo	PL Accrx1.000	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 Accrx1.000	ab anziani
RA	0	43	0,15
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>43</b>	<b>0,15</b>

Residenza "G. G. G."			
	PL solo	PL Accrx1.000	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 Accrx1.000	ab anziani
RA	0	40	0,14
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0,14</b>

I.P.E. "S. Giovanni Battista"			
	PL solo	PL Accrx1.000	ab anziani
RA	0	198	0,69
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>198</b>	<b>0,69</b>

Residenza per anziani "La casa del sole"			
	PL solo	PL Accrx1.000	ab anziani
RA	0	50	0,18
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0,18</b>

I. "D. D. D."			
	PL solo	PL Accrx1.000	ab anziani
RA	0	80	0,28
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>80</b>	<b>0,28</b>

Residenza "S. Costanzo" - "A. G. G."			
	PL solo	PL Accrx1.000	ab anziani
RA	0	40	0,14
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0,14</b>

C. H. S. "S. Maria P. A. C. Giampolo"			
	PL solo	PL Accrx1.000	ab anziani
RA	0	25	0,09
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>0,09</b>

Residenza di "G. G. G."			
	PL solo	PL Accrx1.000	ab anziani
RA	0	63	0,22
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>63</b>	<b>0,22</b>

C. H. S. "S. Maria P. A. C. G. G."			
	PL solo	PL Accrx1.000	ab anziani
RA	0	35	0,12
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>0,12</b>

Centro residenziale anziani "S. G. G. G."			
	PL solo	PL Accrx1.000	ab anziani
RA	0	25	0,09
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>0,09</b>

Casa religiosa "S. Maria"			
	PL solo	PL Accrx1.000	ab anziani
RA	0	60	0,21
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	<b>0,21</b>

Grup. Sociale "A. Fratelli"			
	PL solo	PL Accrx1.000	ab anziani
RA	0	30	0,11
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0,11</b>

Piccolo rifugio "A. C. G."			
	PL solo	PL Accrx1.000	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./km²) (n° comuni)

- 200 - 900 (5)
- 100 - 200 (10)
- 25 - 100 (78)
- 0 - 25 (211)

Fonte: Piano Sanitario Regione del 2008-2010

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

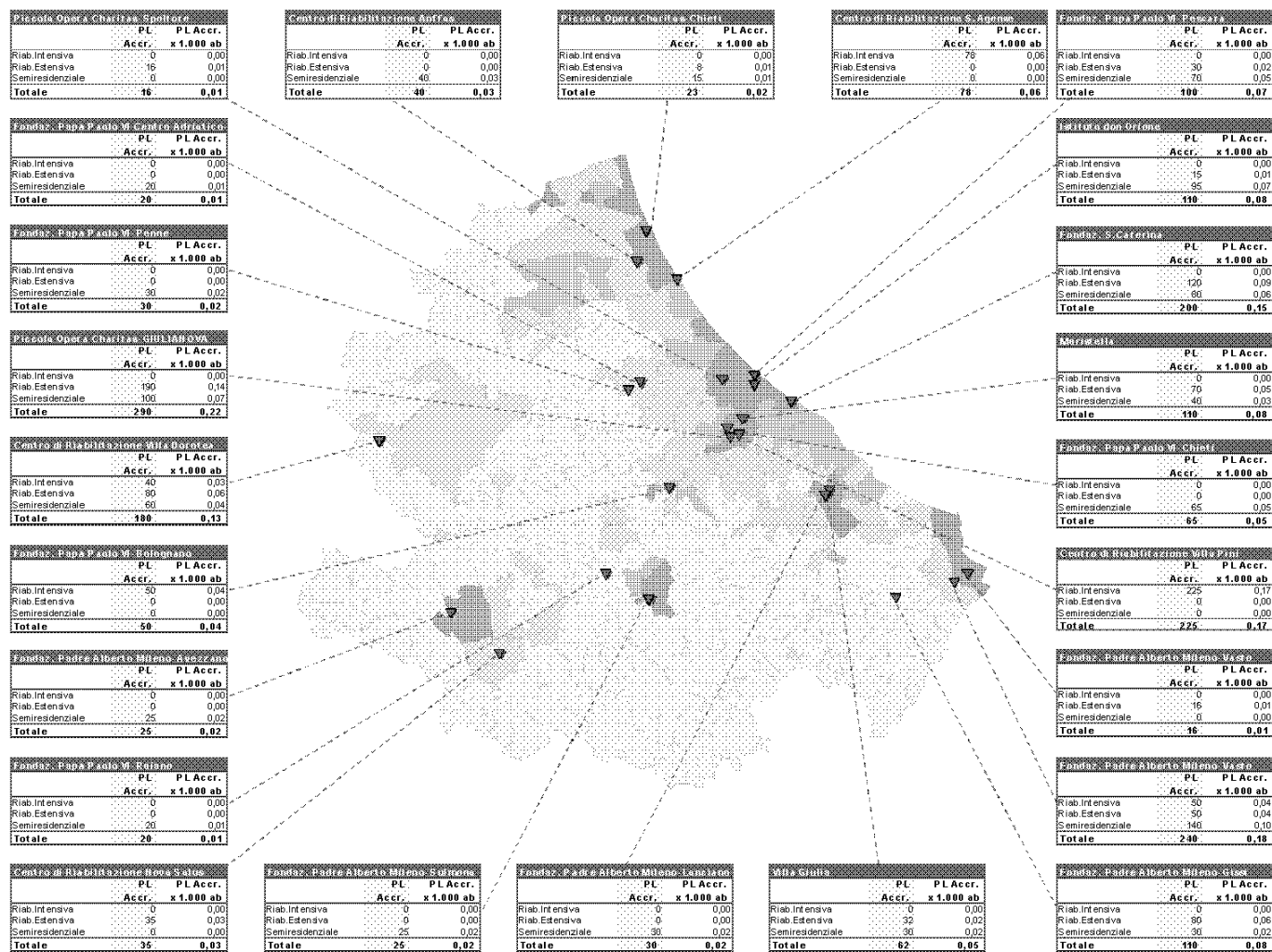
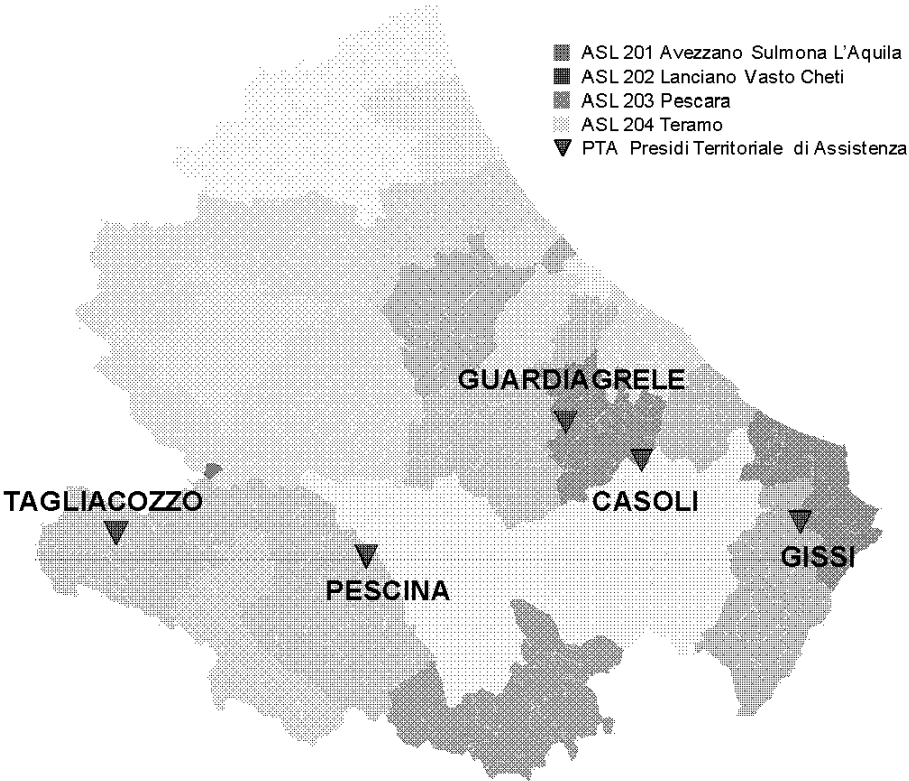


Figura 5 – Mappa delle ASL, distretti e PTA Regione Abruzzo



**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>25</b>
3.1	<b>INTERVENTO 1: Rete Ospedaliera</b>	<b>25</b>
3.1.1	AZIONE 1: Riorganizzazione della rete ospedaliera	25
3.2	<b>INTERVENTO 2: Rete Emergenza Urgenza</b>	<b>29</b>
3.2.1	AZIONE 1: Programma attuativo per la rete di emergenza urgenza	29
3.3	<b>INTERVENTO 3: Rete territoriale</b>	<b>33</b>
3.3.1	AZIONE 1: Specialistica ambulatoriale	33
3.3.2	AZIONE 2: Rete Laboratoristica	35
3.3.3	AZIONE 3: Residenzialità e Semiresidenzialità	37
3.3.4	AZIONE 4: Assistenza Domiciliare	52
3.3.5	AZIONE 5: Cure palliative	55
3.3.6	AZIONE 6: Assistenza sanitaria di base	59
3.3.7	AZIONE 7: Piano Regionale di contenimento delle liste d'attesa	61
3.4	<b>INTERVENTO 4: Prevenzione</b>	<b>64</b>
3.4.1	AZIONE 1: Azioni coerenti con il Programma Nazionale di Prevenzione	64
3.4.2	AZIONE 2: Qualificazione dei programmi di screening oncologici e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali	65
3.4.3	AZIONE 3: Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro	66
<b>4</b>	<b>Aree di intervento "core"</b>	<b>68</b>
4.1	<b>INTERVENTO 5: Beni e Servizi</b>	<b>68</b>
4.1.1	AZIONE 1: Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi	68
4.1.2	AZIONE 2: Gare centralizzate	71
4.2	<b>INTERVENTO 6: Assistenza Farmaceutica</b>	<b>73</b>
4.2.1	AZIONE 1: Distribuzione diretta e per conto	73
4.2.2	AZIONE 2: Modalità di approvvigionamento farmaci	75
4.2.3	AZIONE 3: Commissione Terapeutica Regionale	76
4.2.4	AZIONE 4: Individuazione/aggiornamento dei centri di riferimento abilitati alla prescrizione di medicinali autorizzati dall'AIFA con tale vincolo	78

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	79
4.2.6	AZIONE 6: Razionalizzazione della prescrizione e dell'utilizzazione di medicinali biosimilari	80
4.2.7	AZIONE 7: Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale – Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva nello specifico di medicinali autorizzati dall'AIFA	82
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	82
4.2.9	AZIONE 9: Budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria	86
<b>4.3</b>	<b>INTERVENTO 7: Investimenti in conto capitale</b>	<b>88</b>
4.3.1	AZIONE 1: Razionalizzazione degli investimenti e modalità di accesso al finanziamento regionale	88
4.3.2	AZIONE 2: Razionalizzazione degli spazi aziendali	90
4.3.3	AZIONE 3: Pianificazione acquisti apparecchiature	91
<b>4.4</b>	<b>INTERVENTO 8: Rapporti con gli erogatori privati</b>	<b>92</b>
4.4.1	AZIONE 1: Stipula accordi e contratti con gli erogatori accreditati	92
<b>4.5</b>	<b>INTERVENTO 9: Personale</b>	<b>95</b>
4.5.1	AZIONE 1: Definizione del fabbisogno di personale	96
4.5.2	AZIONE 2: Vincoli per le assunzioni di personale	97
4.5.3	AZIONE 3: Monitoraggio consistenza e costi del personale	102
4.5.4	AZIONE 4: Ulteriori interventi di contenimento dei costi del personale per recepimento di normativa nazionale	104
4.5.5	AZIONE 5: Rapporti con Università pubbliche e protocolli	108
<b>5</b>	<b>Interventi Operativi</b>	<b>109</b>
<b>5.1</b>	<b>INTERVENTO 10: Sanità Penitenziaria</b>	<b>109</b>
5.1.1	AZIONE 1: Ricognizione delle procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento amministrazione penitenziaria al SSR	109
5.1.2	AZIONE 2: Disattivazione O.P.G. ed individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti	110
5.1.3	AZIONE 3: Tutela della salute in carcere	112
<b>5.2</b>	<b>INTERVENTO 11: Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare</b>	<b>114</b>
5.2.1	AZIONE 1: Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare	114
<b>5.3</b>	<b>INTERVENTO 12: Formazione e comunicazione ai cittadini</b>	<b>116</b>
5.3.1	AZIONE 1: Promozione nelle AASSLL della Carta dei Servizi Sanitari	116
5.3.2	AZIONE 2: Attivazione azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita da utenti/cittadini e realizzazione dei siti web aziendali	117
<b>5.4</b>	<b>INTERVENTO 13: Sicurezza e Rischio clinico</b>	<b>118</b>
5.4.1	AZIONE 1: Programma regionale per la gestione del rischio clinico e monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle Aziende	119
5.4.2	AZIONE 2: Monitoraggio sistemico dell'uso della <i>check list</i> in Sala Operatoria	121
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"	121
5.4.4	AZIONE 4: Programma dei controlli di appropriatezza e dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO	123
<b>6</b>	<b>Interventi di Governo del sistema</b>	<b>125</b>
<b>6.1</b>	<b>INTERVENTO 14: Governance del Piano</b>	<b>125</b>
6.1.1	AZIONE 1: Struttura regionale che sovrintende all'attuazione del Programma Operativo	125

6.1.2	AZIONE 2: Potenziamento della Direzione Politiche della Salute	126
6.1.3	AZIONE 3: Istituzione del Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali	129
<b>6.2</b>	<b>INTERVENTO 15: Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011</b>	<b>131</b>
6.2.1	AZIONE 1: Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011	131
<b>6.3</b>	<b>INTERVENTO 16: Certificabilità dei Bilanci del SSR</b>	<b>133</b>
6.3.1	AZIONE 1: Certificabilità dei Bilanci del SSR	133
<b>6.4</b>	<b>INTERVENTO 17: Flussi informativi</b>	<b>134</b>
6.4.1	AZIONE 1: Azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi	134
6.4.2	AZIONE 2: Tessera Sanitaria	136
<b>6.5</b>	<b>INTERVENTO 18: Autorizzazione ed Accredimento</b>	<b>137</b>
6.5.1	AZIONE 1: Procedure per l'autorizzazione e l'accredimento istituzionale	137
<b>6.6</b>	<b>INTERVENTO 19: Contabilità analitica</b>	<b>140</b>
6.6.1	AZIONE 1: Contabilità analitica	140
<b>6.7</b>	<b>INTERVENTO 20: Attuazione del Piano dei pagamenti</b>	<b>142</b>
6.7.1	AZIONE 1: Attuazione del Piano dei pagamenti	142
6.7.2	AZIONE 2: Trasferimenti da attività di riconciliazione e certificazione dei debiti pregressi	144



# 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".**

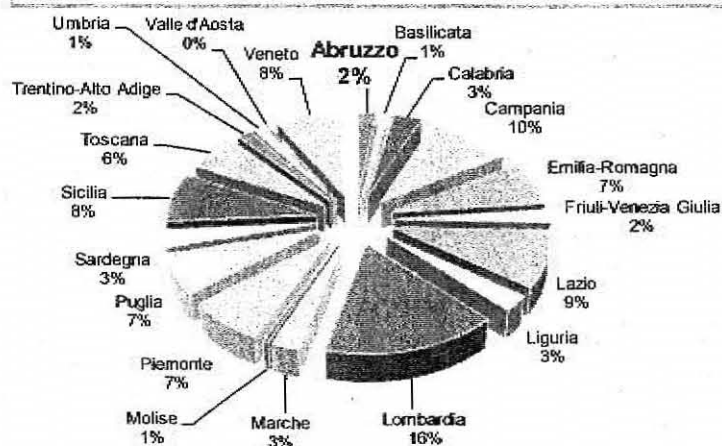
## 2 Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale

### 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).

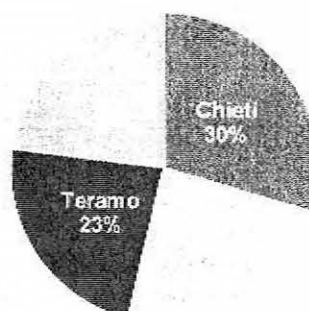
Tabella 2 – Popolazione residente in Italia e in Abruzzo, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

	2008	2009	2010	2011	Delta% 09-08	Delta% 10-09	Delta% 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
Abruzzo	13,1	65,7	21,2	13,0	65,7	21,3	13,0	65,8	21,2	13,0	65,5	21,5
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	13,6	64,6	21,7
ITALIA	13,4	65,2	21,4	13,5	65,0	21,5	13,6	64,9	21,5	13,6	64,5	21,8

\*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
ITALIA	9,6	9,5	9,3	9,1	ITALIA	9,8	9,8	9,7	9,7

\*Dato Stimato, fonte ISTAT

CRESCITA					NUZIALITA'				
NATURALE	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	8,8	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					NUZIALITA'				
NATURALE	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>

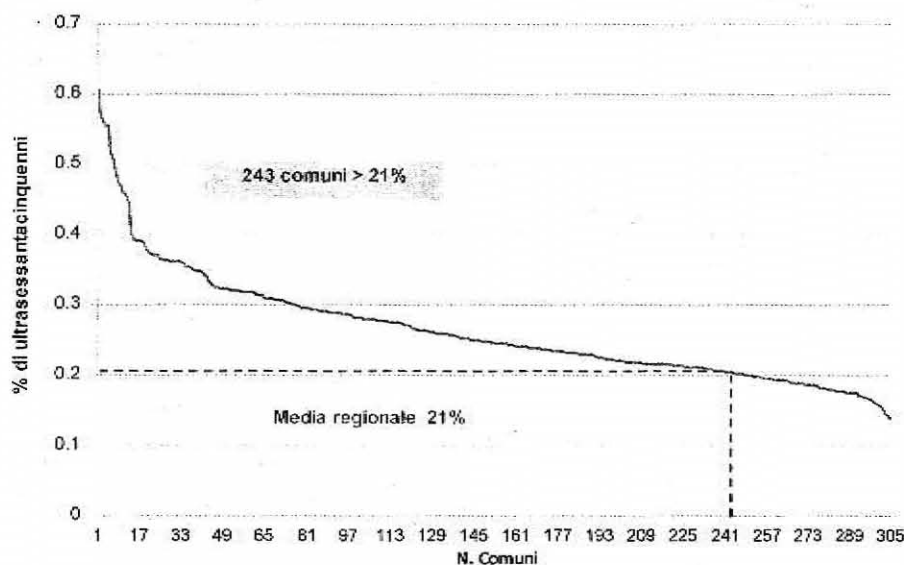
\*Dato Stimato - fonte ISTAT

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.

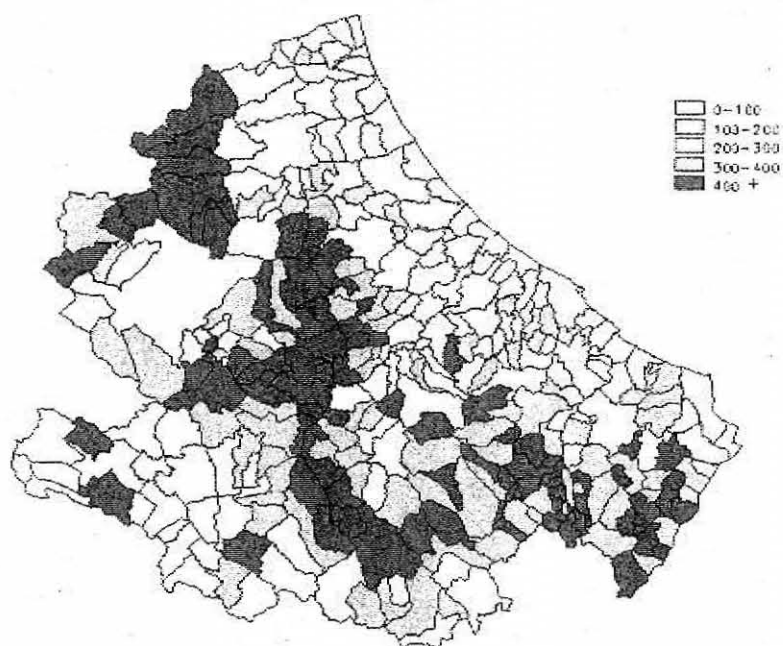
Così come indicato nel Report 2011 "Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo" redatto dall'Agenzia Sanitaria Regionale, sia la quota di anziani che l'indice di vecchiaia possono essere assai diversi anche all'interno di una stessa provincia, ed è quindi importante fornire una panoramica della 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 NASCITA A DE 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	84,5	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	83,5	21,3	78,5	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
ITALIA	78,8	17,9	84,1	21,6	79	18,1	84,1	21,6	79,1	18,2	84,3	21,8	79,4	18,4	84,5	21,9

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

FIGLI PER DONNA	2008	2009	2010	2011*
<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
ITALIA	0,3*	0,3*	0,2*	0,1*	ITALIA	7,6	6,0	6,3	5,3

\*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
ITALIA	-0,6	-1	-1,3	-1,1	ITALIA	7,3	5,3	5,2	4,3

\*\*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
Abruzzo	1,4	1	0,6	0,9	Abruzzo	7,8	5,5	5	5,4

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
Abruzzo	0,3	-1	-1,2	-1	Abruzzo	9,5	5,5	4,4	5,3

## 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

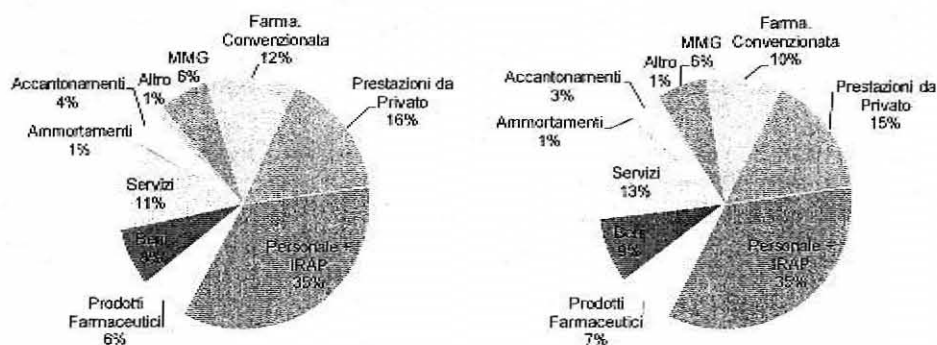
999 Consolidato Regione Abruzzo								
ID	CONTO ECONOMICO €000	Consuntivo	Consuntivo	Consuntivo	Consuntivo	Consuntivo	Delta 2012-	Delta %
		2008	2009	2010	2011	2012	2008	2012-2008
		A	B	C	D	E	F=E-A	G=F/A
A1	Contributi F.S.R.	2.180.203	2.246.036	2.314.282	2.336.177	2.364.369	184.166	8,4%
A2	Saldo Mobilità	(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%
<b>A</b>	<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>2.244.654</b>	<b>2.244.314</b>	<b>2.304.754</b>	<b>2.383.473</b>	<b>2.340.947</b>	<b>96.293</b>	<b>4,3%</b>
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>B</b>	<b>Totale Costi Interni</b>	<b>1.468.172</b>	<b>1.506.913</b>	<b>1.511.144</b>	<b>1.498.933</b>	<b>1.516.708</b>	<b>48.536</b>	<b>3,3%</b>
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%)
<b>C</b>	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>804.935</b>	<b>808.914</b>	<b>770.912</b>	<b>780.021</b>	<b>751.933</b>	<b>(53.002)</b>	<b>(6,6%)</b>
<b>D</b>	<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>	<b>2.273.107</b>	<b>2.315.827</b>	<b>2.282.056</b>	<b>2.278.954</b>	<b>2.268.641</b>	<b>(4.466)</b>	<b>(0,2%)</b>
<b>E</b>	<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>(28.453)</b>	<b>(71.513)</b>	<b>22.698</b>	<b>104.519</b>	<b>72.306</b>	<b>100.759</b>	<b>354,1%</b>
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%)
<b>F</b>	<b>Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie</b>	<b>97.089</b>	<b>25.468</b>	<b>55.080</b>	<b>56.620</b>	<b>63.190</b>	<b>(33.899)</b>	<b>(34,9%)</b>
<b>G</b>	<b>Risultato Economico (E-F)</b>	<b>(125.536)</b>	<b>(96.981)</b>	<b>(32.382)</b>	<b>47.899</b>	<b>9.116</b>	<b>134.658</b>	<b>107,3%</b>
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%
<b>H</b>	<b>Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>38.292</b>	<b>38.292</b>	<b>0,0%</b>
<b>I</b>	<b>Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva (G+H)</b>	<b>(125.536)</b>	<b>(96.981)</b>	<b>(32.379)</b>	<b>47.899</b>	<b>47.408</b>	<b>172.950</b>	<b>137,8%</b>

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 acquisti 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.

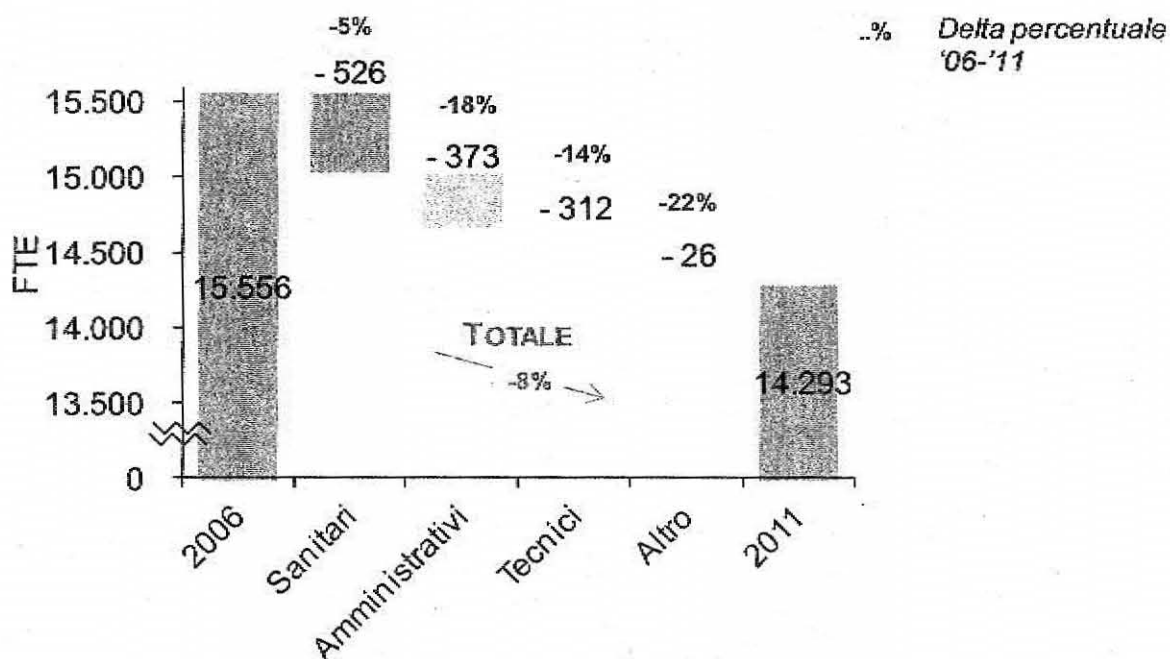
### Il Personale

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

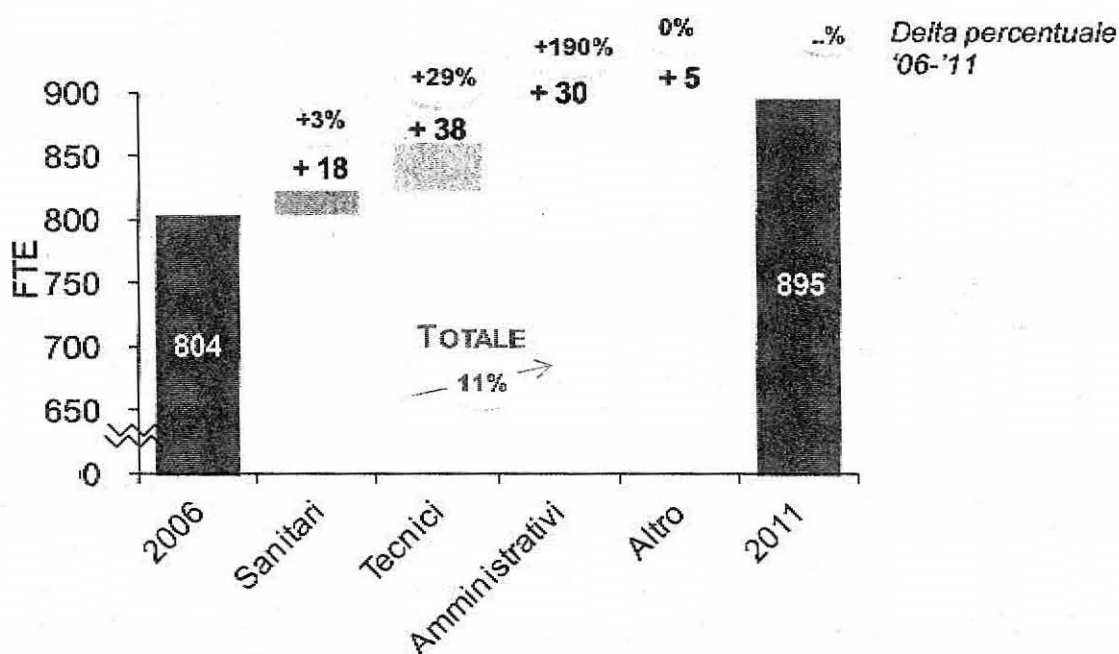
Figura 4: Riduzione nel Personale a tempo indeterminato 31.12.2006 - 31.12.2011



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 psicomotorie (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 Tendenziale 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%;

## 2.2.3 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 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, sulla base del nuovo modello CE ministeriale.

Tabella 12 – CE Tendenziali 2013-2015

999 Consolidato Regione Abruzzo					
ID	CONTO ECONOMICO C/D000	Consuntivo	TENDENZIALE	TENDENZIALE	TENDENZIALE
		2012 A	2013 B	2014 C	2015 D
A1	Contributi F.S.R.	2.364.369	2.326.447	2.388.215	2.384.400
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 d'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	<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>2.340.947</b>	<b>2.314.410</b>	<b>2.367.764</b>	<b>2.357.673</b>
B1	Personale	767.984	767.984	767.984	767.984
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	169.214	174.967	180.916	187.067
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	1.264
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	4.283
B5	Accantonamenti	41.358	45.105	28.506	24.778
B6	Variazione Rimanenze	4.858	0	0	0
B	<b>Totale Costi Interni</b>	<b>1.516.708</b>	<b>1.500.314</b>	<b>1.501.744</b>	<b>1.516.528</b>
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	76.483	76.628	76.776
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	119.954	121.921	123.921	125.953
C3	Prestazioni da Privato	367.346	376.309	376.886	379.067
C	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>751.933</b>	<b>757.738</b>	<b>758.315</b>	<b>760.495</b>
D	<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>	<b>2.268.641</b>	<b>2.258.052</b>	<b>2.260.059</b>	<b>2.277.023</b>
E	<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>72.306</b>	<b>56.358</b>	<b>107.704</b>	<b>80.649</b>
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
F3.1	IRAP	54.253	54,253	54,253	54,253
F3.2	IRES	1,563	1,563	1,563	1,563
F3.3	Altri Oneri Fiscali	2,446	2,446	2,446	2,446
F3	Oneri Fiscali	58,262	58,262	58,262	58,262
F4	Saldo Gestione Straordinaria	1,214	0	0	0
F	<b>Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie</b>	<b>63,190</b>	<b>61,976</b>	<b>61,976</b>	<b>61,976</b>
G	<b>Risultato Economico (E-F)</b>	<b>9,116</b>	<b>0</b>	<b>45,728</b>	<b>18,673</b>
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	<b>Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA</b>	<b>38,292</b>	<b>38,190</b>	<b>38,190</b>	<b>38,190</b>
I	<b>Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva (G+H)</b>	<b>47,408</b>	<b>32,572</b>	<b>83,918</b>	<b>56,863</b>

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 CEAA0030)				
	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)
<i>% Abruzzo su fondo</i>	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	-	-	-	-
<b>Tendenziale post L.111/11 (2)</b>	<b>2.341.686</b>	<b>2.351.823</b>	<b>2.383.178</b>	<b>2.381.607</b>
<i>Impatto spending review</i>	882.000	(1.800.000)	(2.000.000)	(2.100.000)
<i>% Abruzzo su fondo</i>	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)
<i>% Abruzzo su fondo</i>	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
<i>% Abruzzo su fondo</i>	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>2.341.926</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 - vincolato - Accentrata	4.684	4.684	4.684	4.684
FSR - vincolato - ASL 201	7.538	7.538	7.538	7.538
FSR - vincolato - ASL 202	11.222	11.222	11.222	11.222
FSR - vincolato - ASL 203	10.531	10.531	10.531	10.531
FSR - vincolato - 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>2.384.400</b>
<b>Delta Anno t rispetto t-1</b>	-	<b>(38.923)</b>	<b>62.768</b>	<b>(3.814)</b>
<b>Delta % Anno t rispetto t-1</b>		<b>(1,6%)</b>	<b>2,70%</b>	<b>(0,16%)</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;
- ☒ 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, un incremento di 23,8 €/mln per il 2014 e di 20,0 €/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 L'Aquila	202 Chieti	203 Pescara	204 Teramo	Totale
Valore cespiti	6.491.210	3.168.560	2.364.453	3.667.087	15.691.311
Aliquota	20%	20%	20%	20%	20%
Amm.to 2012	1.298.242	633.712	472.891	733.417	3.138.262

(\*) 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 - Direzione 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 medio annuo di crescita registrato tra il 2008 ed il 2012 pari al 3,4%. Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012 si prevede un aumento dei costi pari a 5,8 €/mln per il 2013, 11,7 €/mln per il 2014 e 17,9 €/mln per il 2015.

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 €/ml per il 2013, 8,0 €/mln per il 2014 e 4,3 €/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 e altre manovre regionali per 12,6 €/mln nell'anno 2013, 5,2 €/mln nell'anno 2014 e 1,4 €/mln nell'anno 2015.;
- **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 2013-15
- **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 3,8 €/mln nel 2013 ed una riduzione della voce di 12,9 €/mln per il 2014 e di 16,6 €/mln per il 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-Agosto2013 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 24/2013 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.

Si specifica che, come esplicitato nel Decreto Commissariale n. 24/2013, la spesa consuntivata 2011 relativamente alle prestazioni acquistate da privato ammonta ad euro 126.493.530,03 come risulta dai bilanci di esercizio approvati dalle Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo (consuntivo 2011).

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.

Si specifica che, come esplicitato nel Decreto Commissariale n.9/2013, la spesa consuntivata 2011 relativamente alle prestazioni di specialistica acquistate da privato ammonta ad euro 30.244806,75 come risulta da comunicazioni delle competenze Aziende USL della Regione.

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 in incremento per gli anni 2013-2015 pari rispettivamente a 76,5 €/mln, 76,6 €/mln e 76,8 €/mln, come somma del valore

della massima capacità produttiva delle strutture private per le prestazioni soggette a tetto a tariffe vigenti e del valore 2012 delle prestazioni non soggette a tetto e per cittadini residenti in strutture fuori regione incrementato del tasso medio annuo di crescita registrato nell'ultimo biennio (+2%).

**Complessivamente rispetto al Consuntivo 2012, si osserva un incremento pari a 2,8 €/mln per il 2013, 3,0 €/mln per il 2014 e 3,1 €/mln per il 2015.**

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

La voce "Altre Prestazioni da Privato" è stata stimata in incremento per gli anni 2013-2015 pari rispettivamente a 121,9 €/mln, 123,9 €/mln e 126,0 €/mln.

**Complessivamente rispetto al Consuntivo 2012, si osserva un incremento pari a 2,0 €/mln per il 2013, 4,0 €/mln per il 2014 e 6,0 €/mln per il 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 -5,6 €/ml per il 2013 +45,7 €/mln per il 2014 e +18,7 €/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 +0,6 €/mln nel 2013, +3,9 €/mln nel 2014 e +2,8 €/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 in corso di determinazione da parte della Regione **"Ulteriori manovre"** per complessivi 70 €/mln negli anni 2014 e 2015 finalizzate ad aumentare la qualità delle prestazioni territoriali erogate, con particolare riferimento all'assistenza agli anziani non autosufficienti per i quali si riscontrano fabbisogni non soddisfatti.

Tabella 15 – Programmatico 2013-2015

999 Consolidato Regione Abruzzo					
ID	CONTO ECONOMICO €1000	Consuntivo	Programmati	Programmati	Programmati
		2012 A	co 2013 B	co 2014 C	co 2015 D
A1	Contributi F.S.R.	2.364.369	2.325.447	2.388.215	2.384.400
A2	Saldo Mobilità	(102.698)	(87.421)	(87.421)	(87.421)
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	2.367.764	2.357.673
B1	Personale	767.984	773.716	773.716	773.716
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	169.214	174.967	180.916	187.067
B3.1	Altri Beni Sanitari	190.695	195.648	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	12.989	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	1.264
B5.4	Accantonamenti per Interessi di Mora	5.256	5.256	5.256	5.256
B5.5	Altri Accantonamenti	2.895	18.735	56.156	32.552
B5	Accantonamenti	41.358	39.230	76.651	53.047
B6	Variazione Rimanenze	4.858	0	0	0
B	Totale Costi Interni	1.516.708	1.500.172	1.555.621	1.550.529
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	51.236	50.934	50.934
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera (*)	73.644	73.214	67.359	61.507
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	119.954	120.151	122.150	124.183
C3	Prestazioni da Privato	367.346	369.830	364.407	360.587
C	Totale Costi Esterni	751.933	751.258	745.836	742.016
D	Totale Costi Operativi (B+C)	2.268.641	2.251.430	2.301.457	2.292.545
E	Margine Operativo (A-D)	72.306	62.980	56.307	65.128
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
F3.1	IRAP	54.253	54.654	54.654	54.654
F3.2	IRES	1.563	1.563	1.563	1.563
F3.3	Altri Oneri Fiscali	2.446	2.446	2.446	2.446
F3	Oneri Fiscali	58.262	58.663	58.663	58.663
F4	Saldo Gestione Straordinaria	1.214	0	0	0
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	63.190	62.377	62.377	62.377
G	Risultato Economico (E-F)	9.116	604	3.930	2.751
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	38.794	42.120	40.941

(\*) comprensivo del valore delle prestazioni rese in strutture fuori regione.

E' inserita, altresì, la tabella 15.a "Programmatico 2013-2015 - sintesi delle manovre"

Tabella 15.a – Programmatico 2013-2015 – sintesi delle manovre

<b>Sintesi delle manovre</b>			
	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
G) Risultato economico (al netto di fiscalità aggiuntiva)	<b>(5.618)</b>	<b>45.728</b>	<b>18.673</b>
<b>H) Manovre di sviluppo</b>	<b>(6.133)</b>	<b>(133)</b>	<b>5.867</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)	(6.133)
<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>(25.000)</b>
j.1) Accantonamenti per potenziamento assistenza territoriale	0	(44.876)	(25.000)
Risultato economico programmatico (al netto di fiscalità aggiuntiva)	<b>604</b>	<b>3.930</b>	<b>2.751</b>



### 3 Reti di offerta sanitaria

#### 3.1 INTERVENTO 1: Rete Ospedaliera

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

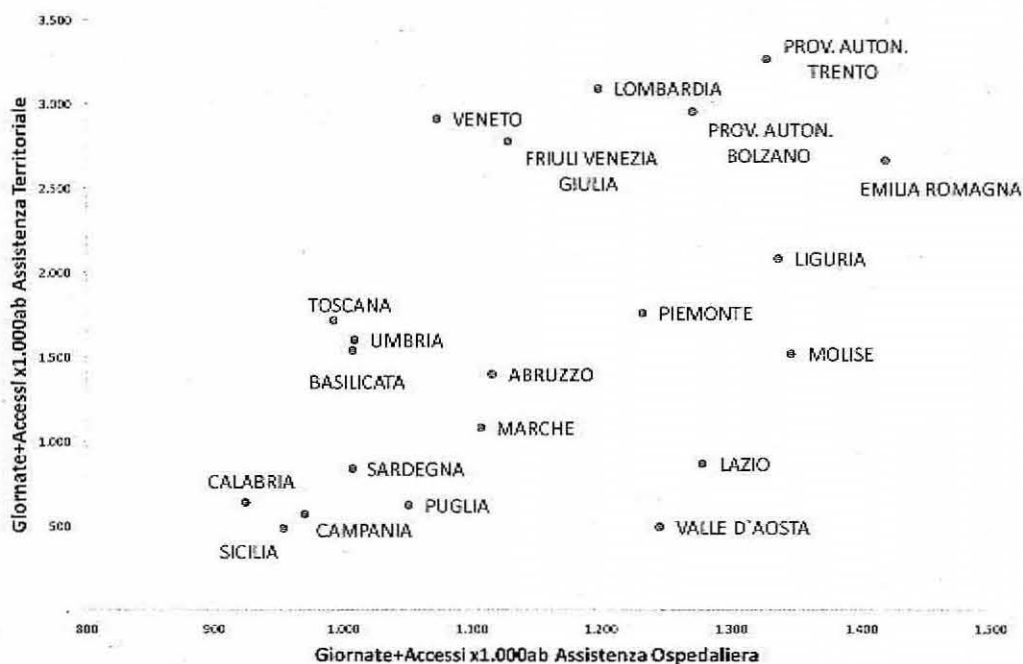
###### Contesto di riferimento

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 territoriali, 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

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

ospedalieri minimi che sarà fissato dall'emananda normativa nazionale, potranno essere oggetto di aggregazione con altre strutture ospedaliere della rete.

Conseguentemente la Regione Abruzzo entro il 31.12.2014 procederà a ridefinire la rete ospedaliera pubblica e privata per acuti e post acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, disciplina, DH e ordinari tenendo conto della bozza di regolamento di cui al DL 95/2012 e, per quanto concerne le unità operative semplici e complesse, degli standard approvati dal comitato LEA il 26.03.2012.

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, di cui alla bozza di regolamento su richiamata. Tale processo permetterà il miglioramento della qualità delle cure attraverso la concentrazione della casistica. In ogni caso entro il 31.12.2013 la Regione concluderà il processo di riorganizzazione in atto, che comporterà che, al 01.01.2014 la rete ospedaliera regionale vigente, con riferimento ai posti letto, sia quella raffigurata in Figura 7 laddove è indicata per ciascuna struttura pubblica (16) e privata (11) il 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

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**

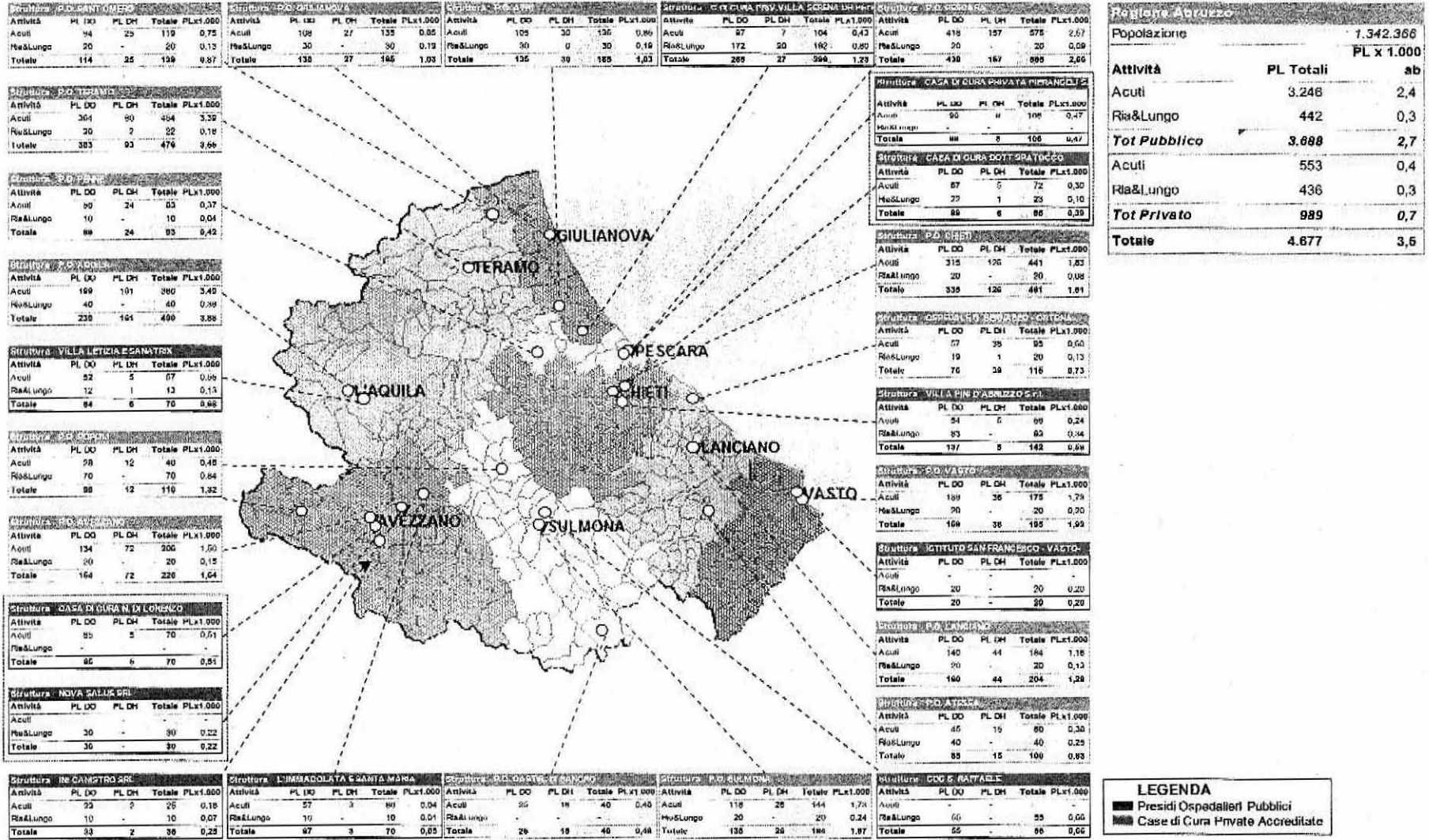
- ☒ Patto della Salute 2010-2012;
- ☒ DL 95/2012 – L.135/2012 art.15 comma 13.c : rispetto dello standard posti letto ospedalieri accreditati pari a 3,7 per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, e tasso di ospedalizzazione 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; art. 17, comma 1, del D.L. 6 luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;
- ☒ 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 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 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") 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;
- ☒ L'individuazione del numero di unità operative semplici e complesse in conformità con gli standard approvati dal comitato LEA il 26.03.2012.

## **Risultati e Crono programma**

- ☒ Definizione della procedura di riconversione da parte del Servizio di programmazione sanitaria della Direzione Politiche della Salute entro il 31.12.2014 in conformità al 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;
- ☒ Conclusione del processo di riorganizzazione in atto entro il 31.12.2013 che comporterà che, al 01.01.2014, la rete ospedaliera regionale vigente con riferimento ai posti letto, sia quella di cui alla figura 7.

## **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 e 123,964 €/mln per gli anni 2014 e 2015. Nessun

costo aggiuntivo scaturirà dal processo di riconversione inerente l'attuazione della bozza di regolamento di cui al D.L. 95/2013..

#### **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**

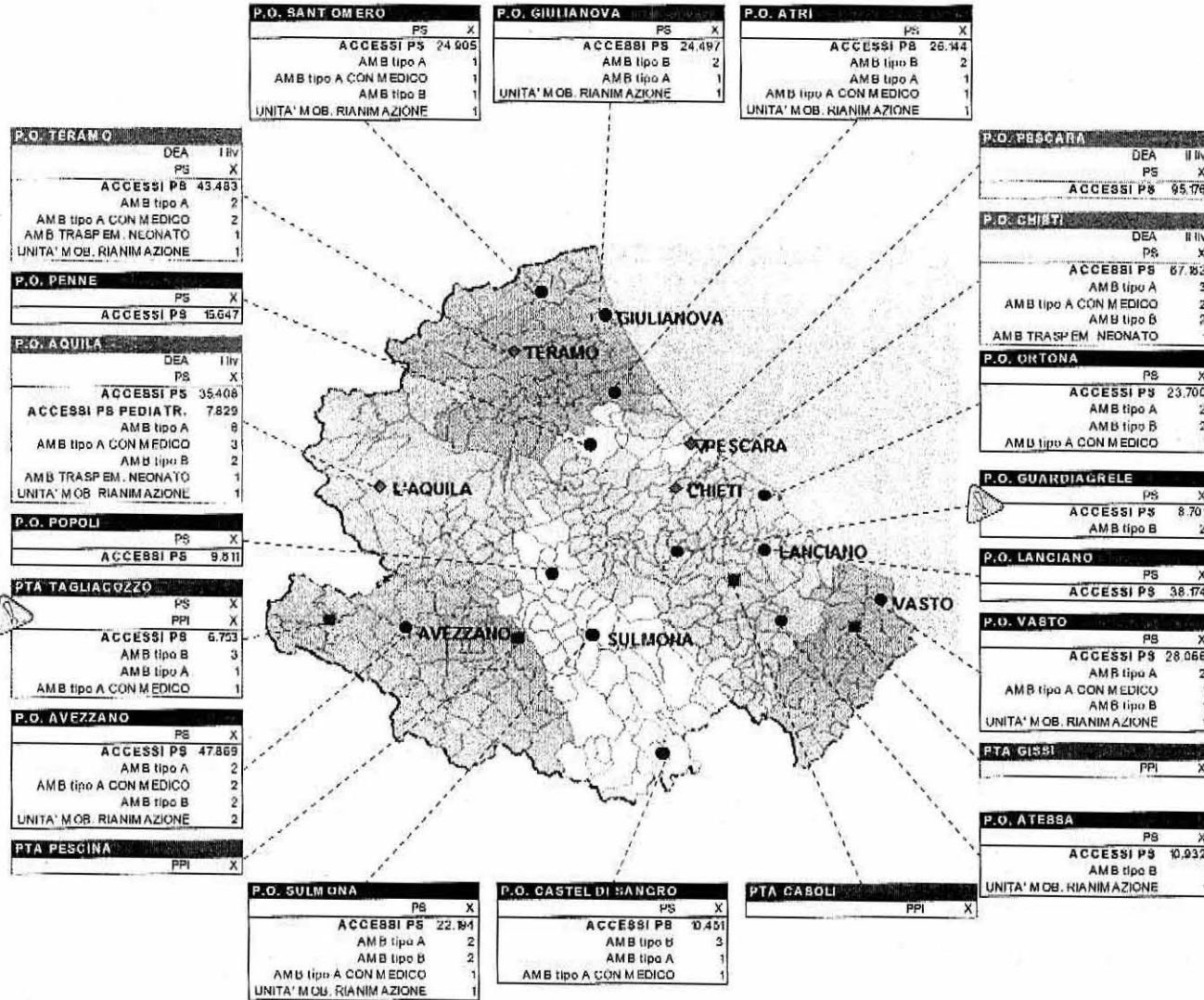
- ☒ LR n.5 del 10 marzo 2008: Piano Sanitario Regionale 2008-2010;
- ☒ DCA 45/2010: Razionalizzazione della Rete di assistenza ospedaliera;
- ☒ DGR 702/2011: Istituzione del Comitato Regionale Emergenza-Urgenza Abruzzo (CREA);
- ☒ DCA 11/2013: Rete dell'emergenza-urgenza della Regione Abruzzo e Reti 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	P.O. AQUILA	35.408	7.829
Sulmona	P.O. SULMONA	22.94	-
L'Aquila	P.O. CASTEL DI S.	10.451	-
	P.O. TAGLIACOZZO	6.753	-
<b>TOTALE 201</b>		<b>122.675</b>	<b>7.829</b>
202	P.O. CHETI	67.82	-
Lanciano	P.O. LANCIANO	38.174	-
Vasto	P.O. VASTO	28.066	-
Chieti	P.O. ORTONA	23.700	-
	P.O. ATESSA	10.932	-
	P.O. GUARDIAGRELE	8.701	-
<b>TOTALE 202</b>		<b>176.756</b>	
203	P.O. PESCARA	95.176	-
Pescara	P.O. PENNE	15.647	-
	P.O. POPOLI	9.811	-
<b>TOTALE 203</b>		<b>120.634</b>	
204	P.O. TERAMO	43.483	-
Teramo	P.O. ATRI	24.94	-
	P.O. SANT'OMERO	24.905	-
	P.O. GIULIANOVA	24.497	-
<b>TOTALE 204</b>		<b>119.029</b>	
<b>TOTALE ABRUZZO</b>		<b>639.093</b>	<b>7.829</b>

MEZZI DELLA RETE	
ELISOCORSO	2
AMB tipo B	25
AMB tipo A	24
AMB tipo A CON MEDICO	18
UNITA' MOB. RIANIMAZIONE	10
AMB TRASP EM. NEONATO	3
AMB PEDIATRICHE	0

Popolazioni Territoriali				
postazioni medicalizzate				
ASL	Att.	Fabb.	Δ Att. Vs Fabb.	
	(A)	(U)	(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	
TOT post. Med.	30	31	1	
postazioni non medicalizzate				
ASL	Att.	Fabb.	Δ Att. Vs Fabb.	
	(D)	(L)	(F-E-D)	
201 Av-Sulm-L'Aq	1	5	4	
202 Lan-Va-Chi	2	5	3	
203 Pescara	4	4	0	
204 Teramo	12	6	-7	
TOT post. no Med.	19	22	3	
<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 indurre direttamente 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 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>61.848</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**

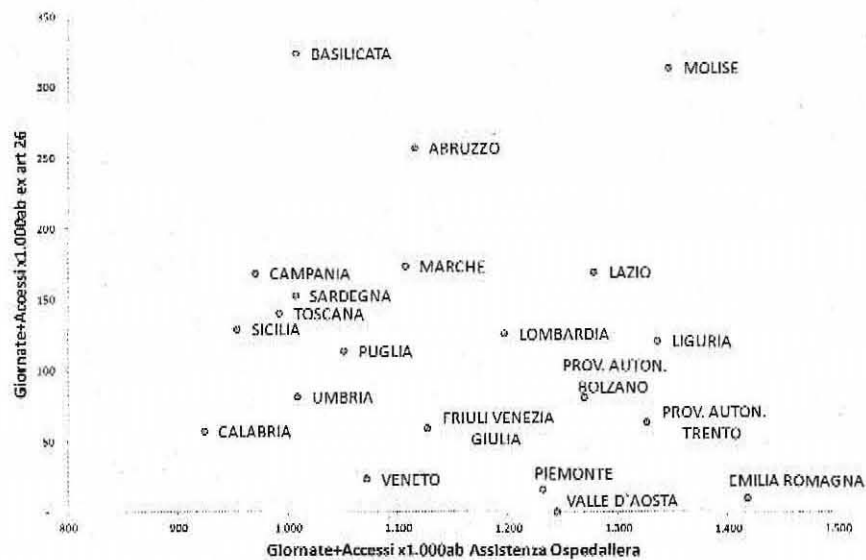
#### **Contesto di riferimento**

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 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>5</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	PL ASL	PL ASL	PL ASL	PL Totale
		Avezzano-Sulmona-L'Aquila	Chieti-Lanciano-Vasto			
Anziani non autosufficienti	Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) demenze	105	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	45	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>
Disabilità e riabilitazione	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 e protette disabili	68	87	71	69	295
	Residenze minicrazioni 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>
Salute Mentale	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>
Dipendenze Patologiche	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>5</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;
- ☒ la riclassificazione delle strutture secondo quanto previsto dal DPCM 29.11.2001.

Sarà prevista altresì con apposito decreto 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 entro il 31.05.2014, in modo da allineare i provvedimenti regionali in materia di compartecipazione comune/assistito, per le prestazioni di assistenza socio-sanitaria, con quanto previsto dal DPCM 29.11.2001.

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 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 psicosociali 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

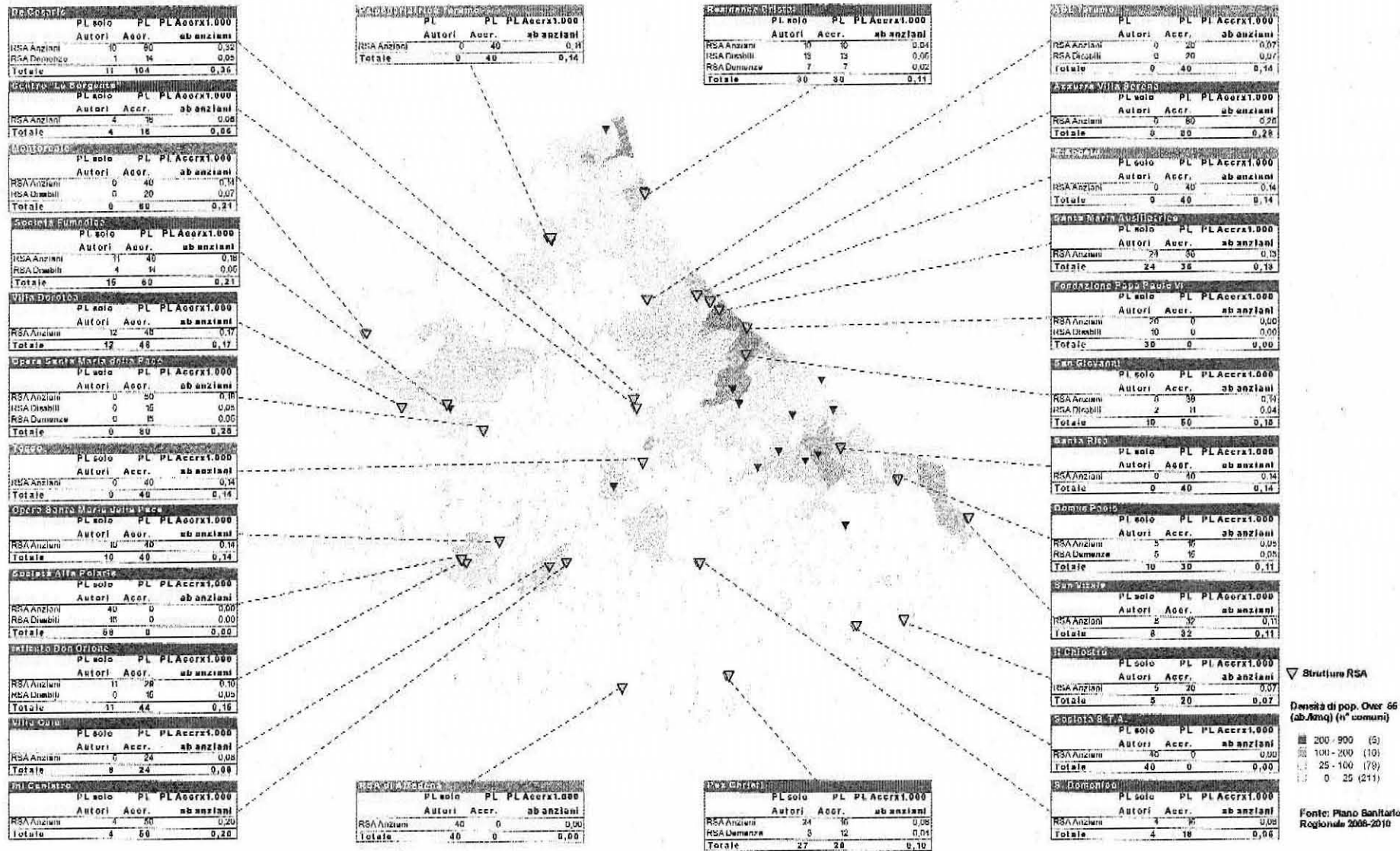
##### **Contesto di riferimento**

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

- ☒ Maggiore presenza di erogatori privati rispetto al pubblico;
- ☒ Carenza 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 "S. Rocco" (1)			
	PL solo	PL PL Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb anziani
RA	0	42	0,25
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>42</b>	<b>0,50</b>

City Residence			
	PL solo	PL PL Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb 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 "S. Rocco" (2)			
	PL solo	PL PL Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb anziani
RA	0	73	0,28
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>73</b>	<b>0,28</b>

Il Castello			
	PL solo	PL PL Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb anziani
RA	0	43	0,16
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>43</b>	<b>0,15</b>

Residenza Epistola			
	PL solo	PL PL Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb anziani
RA	0	30	0,11
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0,11</b>

Casa di sollievo "Figlio di San Camillo"			
	PL solo	PL PL Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb 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 Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb anziani
RA	0	108	0,89
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>108</b>	<b>0,89</b>

Residenza per anziani "La casa del sole"			
	PL solo	PL PL Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb 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 Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb 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 Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb anziani
RA	0	40	0,14
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0,14</b>

Istituto Sacri Cuori S.A. "C. Giampelli"			
	PL solo	PL PL Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb anziani
RA	0	25	0,09
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>0,09</b>

Residenza Il Giardino 200			
	PL solo	PL PL Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb anziani
RA	0	83	0,22
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>83</b>	<b>0,22</b>

Istituto Sacri Cuori S.A. "M. Assunta"			
	PL solo	PL PL Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb anziani
RA	0	36	0,12
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>0,12</b>

Centro residenziale anziani "San G. Raffelli"			
	PL solo	PL PL Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb anziani
RA	0	25	0,09
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>0,09</b>

Coop. Sociale Ari Praternitus			
	PL solo	PL PL Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb anziani
RA	0	30	0,11
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0,11</b>

Piccolo rifugio Lu Ciolla			
	PL solo	PL PL Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb anziani
RA	0	48	0,17
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>48</b>	<b>0,17</b>

Casa religiosa Antoniana			
	PL solo	PL PL Accrxi.000	
	Autori	Accr.	sb anziani
RA	0	80	0,21
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>80</b>	<b>0,21</b>

▼ **Strutture RA**  
 Densità di pop. Over 65  
 (ab./kmq) (n° comuni)

- 200 - 900 (5)
- ▨ 100 - 200 (10)
- ▤ 25 - 100 (78)
- 0 - 25 (211)

Fonte: Piano Sanitario Regionale 2006-2010

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 semiresidenziali per anziani non autosufficienti o affetti da demenza

Regione Abruzzo - Delta offerta vs Fabbisogno Regionale					
Tipologia struttura	PL solo autorizzati	PL accreditati	PL Totali (C= A+B)	PL fabbisogno DCA 52/12	Delta (E=D-C)
	(A)	(B)		(D)	
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 ASL						
Tipologia struttura	PL Fabb. ASL AV/SUAQ	PL Fabb. ASL LA/VA/CH	PL Fabb. ASL PE	PL Fabb. ASL TE	PL Fabb. Totali (E= A+B+C+D)	
	(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	834	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);
- Introduzione e/o rimodulazione delle quote di compartecipazione del cittadino o del Comune di residenza con percentuali variabili rispetto alla tariffa individuata per tipologia di struttura, in linea con quanto previsto dal DPCM 29.11.2001 entro il 31.05.2014.

### 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.

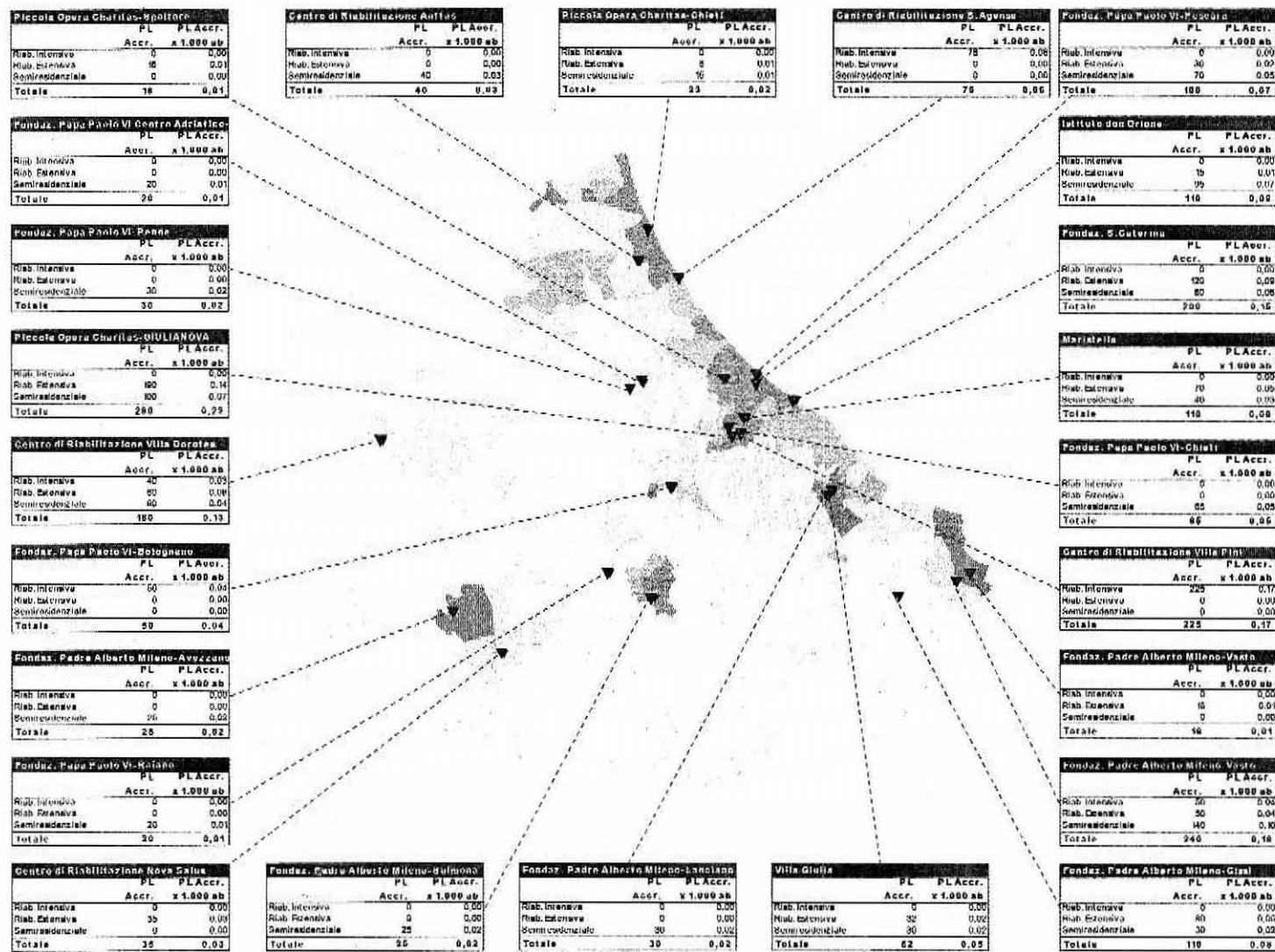
Il fabbisogno calcolato risulta pari a complessivi 1.794 posti letto, di cui 1.527 posti letto di riabilitazione ex art.26 (intensiva, estensiva e semiresidenziale) di RSA/RP disabili e 267 posti letto in altre strutture residenziali e semiresidenziali e riduce di circa il 50% l'offerta di riabilitazione 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 redistribuzione 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 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

Abruzzo - DCA 52/12 - Delta offerta vs fabbisogno per ASL					
Tipologia struttura	PL solo		PL Totali (C= A+B)	PL fabbisogno	
	autorizzati (A)	PL accreditati (B)		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

Abruzzo - DCA 52/12 - Delta offerta vs fabbisogno per ASL					
Tipologia struttura	PL Fabb. ASL AV/SUAQ	PL Fabb. ASL LA/VA/CH	PL Fabb. ASL PE	PL Fabb. ASL TE	PL Fabb. Totali (E= A+B+C+D)
	(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>355</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;
- ☒ Introduzione e/o rimodulazione delle quote di compartecipazione del cittadino o del Comune di residenza con percentuali variabili rispetto alla tariffa individuata per tipologia di struttura, in linea con quanto previsto dal DPCM 29.11.2001 entro il 31.05.2014;
- ☒ 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.

Tale valorizzazione è stata stimata a partire dal dato di posti letto accreditati in eccesso rispetto al fabbisogno di cui al Decreto commissariale 52/2012 e considerando che lo stesso sia riconvertito in posti letto per i quali, al contrario, si registra un fabbisogno non soddisfatto, come meglio rappresentato nella tabella che segue."

Tabella 19.a – Valorizzazione manovra riabilitazione ex art.26

	Numero e valore
PL attivi autorizzati (A)	85
PL attivi accreditati (B)	2.138
<b>PL attivi Totali ( C=A+B)</b>	<b>2.223</b>
PL fabbisogno DCA 52/12 (D)	1.527
<b>Delta PL Accreditati (E=D-B)</b>	<b>(611)</b>
<b>Delta % (F=E/D)</b>	<b>-40%</b>
Tetto 2013 Riabilitazione + prz fuori contratto	67.254
Abbattimento teorico (H=F*G)	(24.220)
<b>Riconversione (€) PL RSA (I)</b>	<b>24.220</b>
Riconversione - quota SSR (J=I/2)	12.110
Riconversione - compartecipazione (K=I/2)	12.110
Risparmio teorico a regime (L)	(12.110)
Risparmio teorico anno 2014	(6.055)
Risparmio teorico anno 2015	(12.110)

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

#### 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 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.

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

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 AV/SUAQ (A)	PL attivi ASL LA/VA/CH (B)	PL attivi ASL PE (C)	PL attivi ASL TE (D)	PL att. Totali (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. ASL AV/SUAQ (F)	PL Fabb. ASL LA/VA/CH (G)	PL Fabb. ASL PE (H)	PL Fabb. ASL TE (I)	PL Fabb. Totali (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 Fabb. ASL AV/SUAQ (K=F-A)	Δ PL att. vs PL Fabb. ASL LA/VA/CH (L=G-B)	Δ PL att. vs PL Fabb. ASL PE (M=H-C)	Δ PL att. vs PL Fabb. ASL TE (N=I-E)	Δ PL att. Vs PL Fabb. Tot (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;
- ▣ Introduzione e/o rimodulazione delle quote di compartecipazione del cittadino o del Comune di residenza con percentuali variabili rispetto alla tariffa individuata per tipologia di struttura, in linea con quanto previsto dal DPCM 29.11.2001 entro il 31.05.2014;
- ▣ 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>.

#### **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.

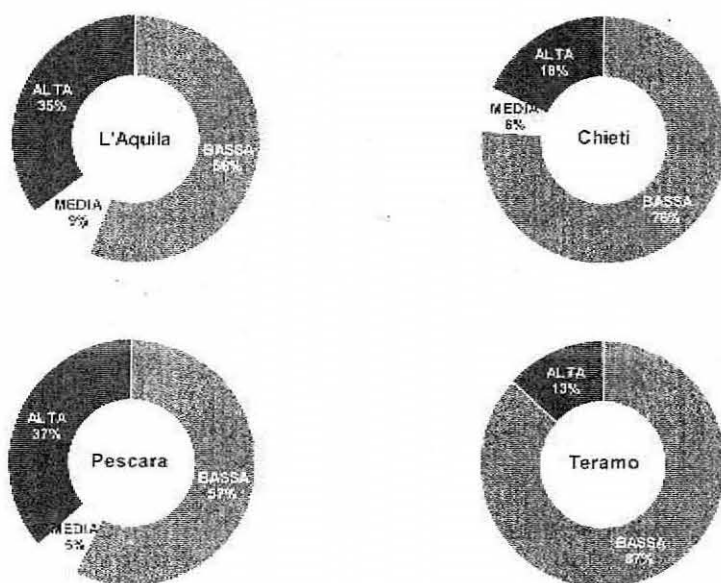
<sup>8</sup> Il limite di spesa si intende per acquisto di prestazioni rese in favore dei pazienti residenti nella regione Abruzzo

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 croniche – 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 economico 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 Torrevecchia 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 Pescara 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 Decreto commissariale n. 82/2013 del 09/10/2013 la Regione ha approvato le linee guida regionali per le cure palliative e la terapia del dolore nel bambino contenenti:

- ✓ l'analisi di contesto e la proiezione del fabbisogno relativo ai pazienti pediatrici residenti nel territorio regionale
- ✓ la definizione della rete locale delle cure palliative pediatriche (assistenza domiciliare, residenziale, ospedaliera, in emergenza, territoriale)
- ✓ la definizione dei criteri di arruolamento e presa in carico
- ✓ i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici della rete di cure palliative pediatriche
- ✓ i sistemi informativi e la qualità dell'assistenza
- ✓ le tariffe
- ✓ la formazione del personale e la sensibilizzazione del cittadino

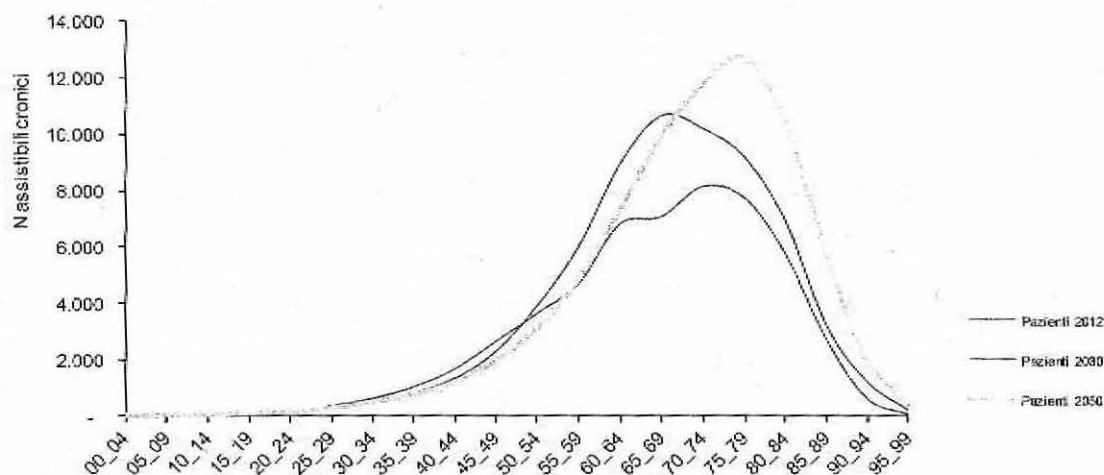
Nel contempo sono stati definiti il numero di posti letto pediatrici e la collocazione in strutture Hospice:

- 1 posto letto presso l'Hospice "Bouganville" nell'Asl di Pescara (già attivato);
- 1 posto letto presso l'Hospice Torrecchia Teatina nell'ASL di Lanciano – Vasto – Chieti;
- 1 posto letto presso l'Hospice Presidio Ospedaliero S. Salvatore di L'Aquila

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;
- DCA 82/2013 del 09/10/2013: Approvazione Linee Guida Regionali recanti: "Le cure palliative e la terapia del dolore nel bambino".



## 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

A tal proposito si evidenzia che a pagina 11 e seguenti delle linee guida regionali, approvate con il Decreto commissariale n. 51/2012, è stata definita la rete regionale delle Cure Palliative laddove è stato individuato, in conformità alle indicazioni contenute nel "Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore" del 25 luglio 2012, il percorso assistenziale del malato terminale dall'ospedale al domicilio con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale. Inoltre con Decreto Commissariale n. 66/2013 del 19.09.2013 si è provveduto ad integrare i manuali di autorizzazione ed accreditamento mediante l'aggiunta del paragrafo "4.5 Hospice", in conformità a quanto richiesto nel verbale dell'8 aprile 2013 del Tavolo di Monitoraggio. Risulta altresì definita la rete regionale delle Cure Palliative pediatriche con il surrichiamato Decreto commissariale n. 82/2013.

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. Analoga formazione viene garantita anche ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera. A tal proposito nel programma per l'aggiornamento obbligatorio per l'anno 2014 sono stati previsti appositi moduli formativi riguardanti le Cure Palliative.

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;
- ✳ Attivazione a decorrere dall'anno 2014 di moduli formativi riguardanti le cure palliative per i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera scelta.
- ✳ 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

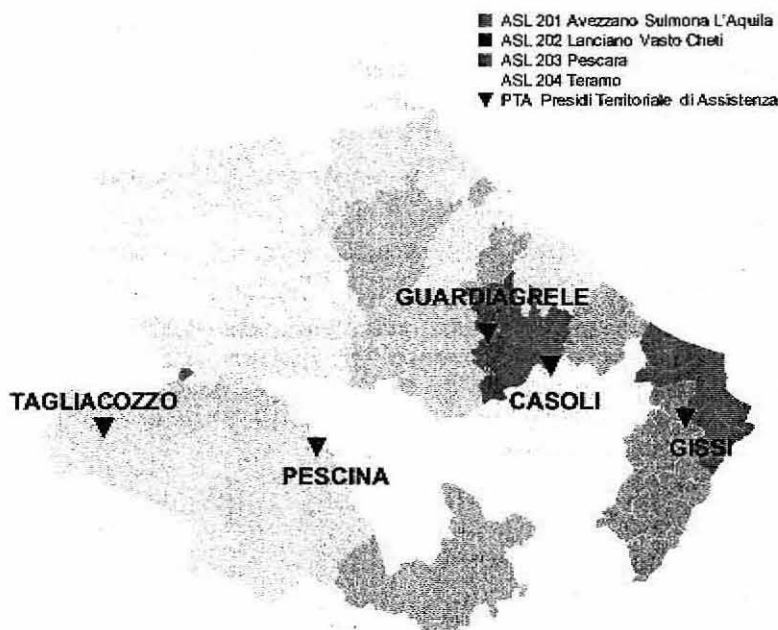
#### Contesto di riferimento

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, 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.

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 il 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-terapeutici-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

### **3.3.7 AZIONE 7: Piano Regionale di contenimento delle liste d'attesa**

#### **Contesto di Riferimento**

Con Delibera regionale n. 575/2011 e n. 930/2011 la Regione ha recepito il Piano nazionale di governo delle liste di attesa attraverso la redazione del Piano Regionale di governo delle liste d'attesa ed istituito il Coordinamento regionale CUP – CORECUP impegnandosi così ad individuare gli strumenti, i modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema e le iniziative da porre in essere per poter intercettare il reale bisogno di salute, per ridurre l'inappropriatezza e per rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

La Regione, dal 2012, ha inserito negli obiettivi dei direttori generali, il rispetto degli adempimenti inerenti il Piano Regionale per il governo delle Liste di attesa e, all'Articolo 7 (Ulteriori obblighi per la struttura), parte integrate dei contratti sottoscritti dalla strutture private provvisoriamente accreditate eroganti prestazioni di specialistica ambulatoriale e prestazioni ospedaliere per l'anno 2013 (DCA n.9/2013 e DCA 24/2013), le strutture si impegnano a trasmettere al CUP Aziendale, per la condivisione telematica, le agende di prenotazione al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sui sistemi aziendali e regionali secondo quanto verrà specificato dall'Amministrazione regionale.

La Regione ha inoltre istituito nel maggio 2013 un gruppo di lavoro per l'analisi coordinata dai dati al fine di ottimizzare le procedure di analisi, reporting e valutazione dei dati relativi al monitoraggio dei tempi d'attesa ed ha sottoscritto un protocollo d'intesa con l'Age.n.a.s. per la sperimentazione dell'adeguamento del portale ALPI alle esigenze regionali finalizzate al monitoraggio puntuale dell'attesa per le prestazioni rese in libera professione.

La Regione, in ottemperanza al Piano Regionale di governo delle liste d'attesa, ha attivato diverse attività di monitoraggio dei tempi d'attesa che utilizzano come base dati flussi ministeriali, quali il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 per le prestazioni ambulatoriali ed il tracciato SDO per i ricoveri programmabili. Per poter rendere efficaci le suddette attività, così come descritto in dettaglio nell'Intervento 17 Azione 1 "Azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi" risulta necessario superare alcune criticità ancora rilevabili in ordine alla qualità ed alla correttezza delle informazioni contenute nei flussi.

Il consolidamento del monitoraggio ed il perfezionamento delle relative procedure, concorrono al progetto di rimodulazione della rete di offerta sanitaria sulla base del fabbisogno di prestazioni stimato ed alla definizione delle azioni e delle strategie finalizzate al contenimento dei tempi d'attesa.

#### **Normativa Nazionale**

- ▣ Articolo 50, comma 5 della legge 326/2003: attraverso il decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo del 2008, ha previsto la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa in coerenza con quanto previsto dal punto e) dell'art. 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;
- ▣ Legge n.266/2005 Articolo 1, comma 282: che ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure per regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici dandone informazione semestrale al Ministero della salute;
- ▣ Intesa del 28 ottobre 2010 recante: Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012; Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa, dicembre 2010;
- ▣ Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi, giugno 2011.

### **Disposizioni Regionali**

- ☒ DGR 575/2011: Approvazione Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA);
- ☒ DGR 930/2011: Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2011-2012: Istituzione Corecup;
- ☒ DGR 741/2012: DGR 546/2012 avente ad oggetto Attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del SSN – Accordo Stato Regioni 18/11/2010 – Linee di indirizzo regionali – Modifiche ed integrazioni;
- ☒ DGR 589/2013: Costituzione commissione Paritetica per l'ALPI (CPRA) – modifica punto 10 allegato 2 DGR 741/2012;
- ☒ DCA n. 9/2013: Linee negoziali per la regolazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2013;
- ☒ DCA n. 24/2013: Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2013;
- ☒ Atto di istituzione gruppo di lavoro per l'analisi coordinata dei dati – Direzione Politiche della Salute/ ASR Abruzzo;
- ☒ Protocollo d'intesa: Convenzione per Adeguamento del portale ALPI alle esigenze regionali.

### **Obiettivi Programmati**

La Regione intende proseguire e le attività di monitoraggio previste dal Piano Regionale di governo delle liste d'attesa attraverso il miglioramento continuo della qualità e della completezza dei dati al fine di evidenziare eventuali criticità e permettere, a tutti gli attori del sistema di porre in essere iniziative correttive che portino ad una riduzione dei tempi d'attesa.

### **Risultati e Crono programma**

- ☒ Monitoraggio semestrale dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali ex post, anche attraverso la verifica dell'adeguata copertura dei relativi campi di rilevazione, effettuato dall'Agenzia Sanitaria Regionale sulla base dei dati ex art. 50 della legge 326/2003 forniti dal Servizio Gestione Flussi Informativi;
- ☒ Monitoraggio semestrale dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali ex ante effettuato dall'Agenzia Sanitaria Regionale sulla base dei dati forniti dal Servizio Gestione Flussi Informativi;
- ☒ Verifica dell'avvenuta rendicontazione da parte delle Asl, a cadenza trimestrale, di tutti gli interventi strategici e correttivi per l'abbattimento dei tempi massimi d'attesa relativi alle 43 prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA recepito con DGR 575/2011 da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale;
- ☒ Raggiungimento della completa prenotabilità dell'offerta specialistica afferente ai privati accreditati attraverso il gestionale CUP aziendale e gestione elettronica della prenotazione dei ricoveri (strutture pubbliche e private) attraverso il CUP aziendale o altro specifico sistema informatico aziendale entro il 30.06.2015;
- ☒ Monitoraggio semestrale dei tempi di attesa per i ricoveri programmati effettuato dal Servizio Gestione Flussi Informativi;
- ☒ Monitoraggio semestrale delle sospensioni delle attività di erogazione effettuato dall'Agenzia Sanitaria Regionale;
- ☒ Monitoraggio semestrale dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria effettuato dal Servizio Gestione Flussi Informativi di concerto con l'Agenzia Sanitaria Regionale;
- ☒ Monitoraggio annuale dei percorsi Diagnostico-Terapeutici complessi effettuato dall'Agenzia Sanitaria Regionale;
- ☒ Incontri mensili del "Gruppo per l'analisi coordinata dei dati" per la ricognizione del livello di completezza dei dati.

#### **Indicatori di risultato**

- ☒ Rispetto delle tempistiche dei monitoraggi sopra menzionati.
- ☒ Numero di strutture private accreditate e provvisoriamente accreditate che aderiscono alla piena esposizione delle agende.

#### **Impatto economico**

Non è presente alcun impatto economico

#### **Responsabile del procedimento**

Agenzia Sanitaria Regionale

Servizio Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche e Emergenza Sanitaria

Servizio Assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa protesica e termale

### **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

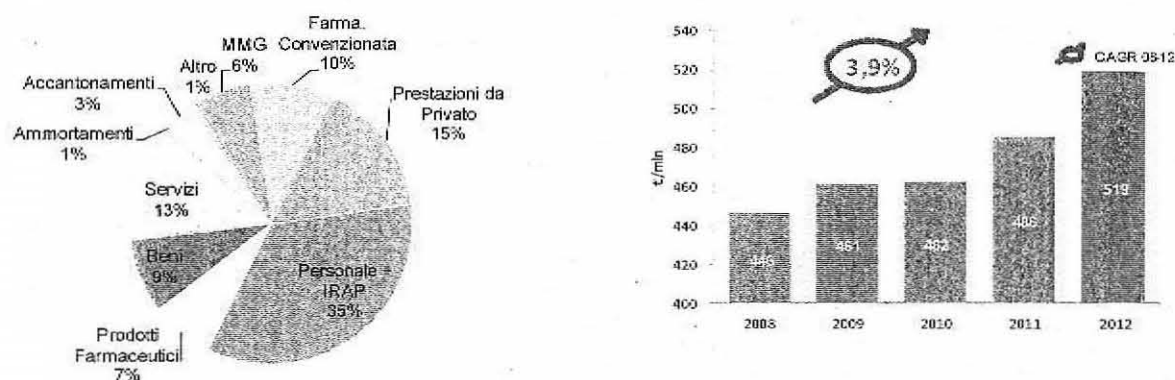
#### 4.1.1 AZIONE 1: Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi



##### 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 ).

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