

ALLEGATO come parte integrante alla del-
berazione n. 505 del 26 LUG. 2016

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Carlo Massafesi)



Regione Abruzzo

"Piano di risanamento del sistema sanitario regionale"
UFFICIO DEL COMMISSARIO AD ACTA
PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE
Pescara, 10 GIU. 2016



IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23/07/2014)

PESCARA DECRETO N. 55 /2016 DEL 10 GIU. 2016

OGGETTO: PIANO DI RIQUALIFICAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE 2016 – 2018

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso è stato nominato Commissario *ad Acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, secondo i Programmi Operativi di cui all'articolo 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il Decreto commissariale n. 90/2014 del 12 agosto 2014 di insediamento del Commissario *ad Acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario *ad Acta* per l'attuazione del Piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

VISTO il Decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012, di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

Precisato che rientra tra le competenze del Sub Commissario anche la "collaborazione per gli aspetti di programmazione sanitaria";

Premesso che:

- la legge n. 311/2004 (legge finanziaria 2005), la legge n. 266/2005 (legge finanziaria 2006), e la legge n. 296/2006 (legge finanziaria 2007) hanno individuato in capo alle Regioni numerosi obblighi per la progressiva riduzione dei disavanzi di gestione e la riorganizzazione sostenibile dei servizi sanitari regionali nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);

nell'ambito del suddetto quadro normativo, il 06 marzo 2007, la Regione Abruzzo, ai sensi dell'art. 1 comma 180 della L. n. 311 del 30 dicembre 2004, ha sottoscritto con il Ministero della Salute e con il Ministero dell'Economia e Finanze "l'Accordo per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il proseguimento dell'equilibrio economico" (di seguito, per brevità Piano di Rientro). L'Accordo è stato approvato con deliberazione giunta n. 244 del 13 marzo 2007;

il mancato raggiungimento degli obiettivi individuati dai Piani di Rientro, imponendo la procedura di diffida di cui all'art. 4 del DL n. 159 del 01 ottobre 2007 convertito con modificazioni dalla L. n. 222/2007, ha determinato il Commissariamento della Regione Abruzzo disposto con deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 settembre 2008 e proseguito con le deliberazioni dell'11 dicembre 2009 e del 23 luglio 2014;

- la legge 23 dicembre 2009 n. 191 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)", all'art. 2 comma 88 primo periodo ha stabilito "... per le Regioni già sottoposte ai Piani di Rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge, resta fermo l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di Rientro secondo Programmi Operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale";
- l'art. 2 del DL n. 98/2011 convertito nella legge 15 luglio 2011 n.111, nell'introdurre, dopo il comma 88 della riferita L. n. 191/2009, l'art. 88 bis, ha chiarito "il primo periodo del comma 88 si interpreta nel senso che i Programmi Operativi costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Piano di Rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del Piano di Rientro, nonché di ulteriori obblighi regionali derivanti da Intese fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano o da innovazioni della legislazione statale vigente";
- in attuazione della riferita normativa nazionale, la Regione Abruzzo, con la Delibera commissariale n. 44/2010, modificata con la Delibera N. 77/2010, ha adottato il Programma Operativo 2010, con il Decreto commissariale n. 22/2011, il Programma Operativo 2011-2012, con il Decreto commissariale n. 84/2013, il Programma Operativo 2013/2015 rettificato ed integrato con i Decreti commissariali n. 112/2013, n. 34/2014, n. 5 e n. 105 del 2015;

Visto il secondo capoverso del già riferito art.2 comma 88 della L. n. 191/2009 a tenore del quale "è fatta salva la possibilità per la Regione di presentare un nuovo Piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo Piano cessano i commissariamenti secondo i tempi e le procedure definiti dal medesimo Piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale";

Considerato che, in occasione delle riunioni congiunte del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA del 04 agosto del 2014, del 23 luglio 2015, dell' 11 novembre 2015 e del 19 aprile 2016, l'Organo commissariale ha evidenziato la sussistenza delle condizioni per la cessazione della gestione commissariale;

Precisato che, a tal fine, conformemente alle disposizioni recate dal secondo capoverso dell'art. 2 comma 88 della L n. 191/2009, come sopra riportate, con missiva prot. n. RA/263517/Comm del 28 ottobre 2015, acquisita al Siveas con prot. n. 313/2015, è stato trasmesso ai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro il "Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Abruzzese";

Considerato che, nella riunione dell'11 novembre 2015, il Tavolo di monitoraggio ha formulato alcune osservazioni sui contenuti del suddetto Piano di riqualificazione chiedendo, inoltre, di attualizzarne gli obiettivi programmatici coerentemente alle evoluzioni della normativa nazionale e regionale;

Visto il "Piano di riqualificazione del Servizio sanitario Abruzzese 2016 – 2018", trasmesso ai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro con prot. SIVEAS 75 del 24 marzo 2016 in sostituzione del documento di cui al protocollo SIVEAS 313/2015;

Ravvisato che nel verbale del 19 aprile 2016, il Tavolo di verifica per gli adempimenti regionali, ha espresso parere positivo all'adozione formale del documento Integrato e revisionato secondo le osservazioni e le richieste rese nel corso della riunione;

Considerato che il "Piano di riqualificazione del Servizio sanitario Abruzzese 2016 – 2018", che si allega al presente documento, quale parte costitutiva ed integrante (All.1), accoglie le osservazioni formulate dai Ministeri nel verbale delle riunioni dell'11 novembre 2015 e del 19 aprile 2016;

Ritenuto, pertanto, di procedere all'approvazione del sopracitato Piano nell'ottica di una riqualificazione dell'offerta sanitaria regionale avviando, correlativamente, il percorso di cui al già citato art. 2 comma 88 secondo capoverso della L n. 191/2009;

Rilevato che l'adozione del presente provvedimento riveste carattere di urgenza e che, pertanto, lo stesso sarà trasmesso ai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro successivamente alla sua formale approvazione,

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. di approvare il "Piano di riqualificazione del Sistema Sanitario Abruzzese 2016 – 2018" quale parte costitutiva ed integrante del presente provvedimento (All1);
2. di trasmettere il presente decreto ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, per la relativa validazione, secondo quanto previsto dall'Accordo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico;
3. di pubblicare il presente decreto sul BURA oltre che sul sito ufficiale della Regione Abruzzo.

VISTO
Il Suo Commissario
Dott. Giuseppe Zuccatelli

Il Commissario ad Acta
Dott. Luciano D'Alfonso

Allegato al Decreto del Commissario,
ad ACTA

55/2016 del 10 GIU. 2016

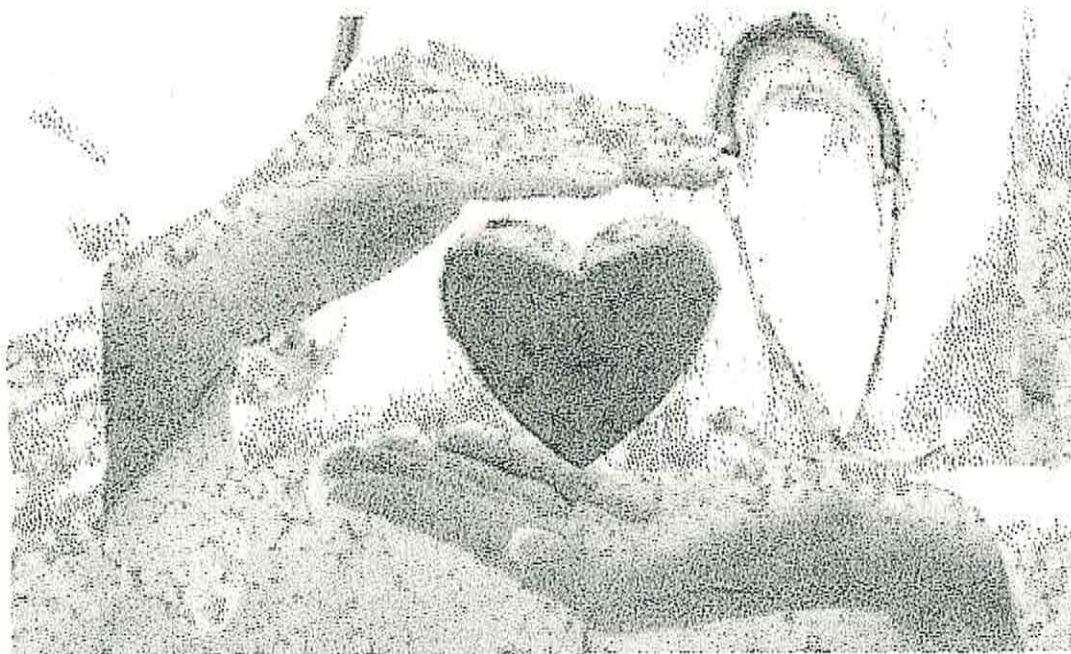


REGIONE
ABRUZZO



Regione Abruzzo

Piano di riqualificazione
del Servizio Sanitario abruzzese



Indice

Maggiore attenzione ai pazienti, alle loro famiglie ed alle performance ed esigenze dei professionisti del Servizio Sanitario	4
Il percorso di risanamento del Servizio Sanitario abruzzese	5
Tempi e procedura per il passaggio dalla gestione straordinaria a quella ordinaria ex art. 2 comma 88 della L. 191/2009	5
Un nuovo modello di Servizio Sanitario	8
Gestire i pazienti cronici il più possibile a domicilio	11
Promuovere un nuovo modello di Assistenza domiciliare	11
Servizi territoriali residenziali e semiresidenziali coerenti con i bisogni socio-assistenziali	14
Potenziare la funzione di indirizzo del percorso di cura del Medico di Medicina Generale	15
Garantire alti livelli di adesione ed omogeneità ai programmi di prevenzione	15
Riqualificare la rete ospedaliera puntando su sicurezza ed efficienza	17
Riqualificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità	20
Introdurre un nuovo modello di committenza nel rapporto con gli erogatori privati	23
Definire una rete di emergenza-urgenza reattiva rispetto al bisogno assistenziale	23
Investire in selezione, formazione e valutazione delle risorse umane	26
Programmare percorsi formativi del personale a garanzia della qualità dei servizi	27
Legare il fabbisogno di personale ai livelli di produzione	28
Introdurre un nuovo sistema di valutazione e valorizzazione delle risorse umane	28
Accelerare investimenti in infrastrutture e tecnologia	30
Garantire strutture sicure, moderne e dotate di tecnologia all'avanguardia	30
Effettuare investimenti mirati per garantire una risposta immediata al bisogno di salute	31
Valutare nuovi strumenti finanziari in aggiunta al Fondo Sanitario per finanziare il SSR	33
Privilegiare il contatto diretto con il paziente	34
Definire una nuova organizzazione del SSR per una maggiore vicinanza al paziente	34
Rivedere i meccanismi di finanziamento per le strutture pubbliche,	37
Valutare l'introduzione di nuovi sistemi di remunerazione per le strutture pubbliche e private	38
Certificazione dei bilanci e della qualità (outcome) del SSR	39
Perseguire la certificazione dei Bilanci di Esercizio del SSR	39
Misurare gli outcome per valutare le strutture pubbliche e private	40
Favorire il contatto diretto nella comunicazione con il SSR	40
Garantire tempestività e correttezza nei rapporti con i fornitori	41
Garantire il tempestivo pagamento dei debiti del SSR	41
Definire un nuovo modello organizzativo per la gestione del contenzioso	41
Ulteriori interventi operativi di gestione	42
Tendenziali 16-18	44
Un Programmatico in utile e con le risorse necessarie per lo sviluppo	50
Un Programmatico in utile alla fine del triennio	50
Il governo dello sviluppo	51
Manovre per avvicinare la sanità al paziente	53
Ricerca efficienza per la sostenibilità del sistema	57
Schema di sintesi 2016-2018	61
Azioni Prioritarie per il monitoraggio del Piano	62

Maggiore attenzione ai pazienti, alle loro famiglie ed alle performance ed esigenze dei professionisti del Servizio Sanitario

La Regione Abruzzo, con la predisposizione del presente Piano di Riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, intende creare le condizioni per adeguare l'offerta di assistenza sanitaria alle esigenze della popolazione abruzzese, le cui caratteristiche, quindi i bisogni di assistenza, sono molto differenti rispetto al passato.

Per tale motivo uno degli obiettivi principali della Regione sarà quello di spostare il baricentro dell'assistenza dagli ospedali al territorio, offrendo prestazioni adeguate a una domanda in continuo mutamento e garantendo maggiore attenzione alle fragilità, ai cronici, ai non autosufficienti e agli anziani.

Il percorso di riqualificazione intrapreso con questo Piano intende guardare al futuro garantendo un sistema sanitario universale e sostenibile dal punto di vista economico-finanziario attraverso l'aggregazione di servizi che oggi distolgono risorse essenziali che andrebbero destinate altrove.

La Regione intende "imparare ad ascoltare" e a rispondere velocemente alle esigenze assistenziali dei propri pazienti, delle loro famiglie e di chi, in generale, si prende cura di loro. Ritiene, inoltre, che sia necessario ascoltare i propri professionisti al fine di comprendere quali siano le necessità legittime rappresentate e creare i presupposti per un percorso condiviso di crescita del sistema sanitario regionale.

Per realizzare questo ambizioso obiettivo è necessario che gli operatori del Servizio Sanitario (personale sanitario, tecnico, professionale ed amministrativo) debbano essere in primis orgogliosi di essere parte di un sistema che funziona, un sistema che identifica e valorizza i professionisti migliori rimettendo il "merito", misurato in termini di esito delle cure (outcome), quale parametro per indirizzare gli investimenti.

La Regione ritiene di avere la responsabilità di selezionare partner privati capaci di mettere a disposizione del sistema servizi di elevata qualità, certi che sia la qualità, nel lungo periodo, l'unico modo per rispondere al bisogno assistenziale garantendo la sostenibilità del sistema. Intende, infine, assolvere tempestivamente ai propri obblighi contrattuali pretendendo dai propri partner il massimo impegno in termini di professionalità, correttezza, puntualità e trasparenza.

Silvio Paolucci



Il percorso di risanamento del Servizio Sanitario abruzzese

Tempi e procedura per il passaggio dalla gestione straordinaria a quella ordinaria ex art. 2 comma 88 della L. 191/2009

Il percorso di risanamento della sanità ha avuto inizio con la Legge Finanziaria 2005 (L. n. 311/2004), la Legge Finanziaria 2006 (L. n. 266/2005) e Legge finanziaria 2007 (L. n. 296/2006), che recepisce l'Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005, con le quali sono stati individuati, in capo alle Regioni, numerosi obblighi finalizzati alla progressiva riduzione del disavanzo di gestione del Servizio Sanitario Regionale e alla riorganizzazione sostenibile del sistema stesso, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Nell'ambito di detto quadro normativo, il 6 marzo 2007 la Regione Abruzzo ha sottoscritto con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e Finanze l'Accordo per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico, ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge n. 311 del 30.12.2004. Tale accordo è stato approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 224 del 13.03.2007.

Successivamente è stata avviata la procedura di diffida¹ ai fini del commissariamento, non essendo stati raggiunti gli obiettivi prefissati dal Piano di rientro dal disavanzo e si è provveduto alla nomina del Commissario ad Acta² per la realizzazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo.

Al fine di proseguire, ai sensi dell'art. 17, comma 4, del D.L. 98/2011, il Piano di Rientro 2007/2009 la Regione Abruzzo ha approvato il Programma Operativo³ 2010, con DCA n. 44/2010 del 05.08.2010, il Programma Operativo 2011-2012, con DCA n. 22 del 06.07.2011, ed il Programma Operativo 2013-2015, con DCA n. 84 del 09.10.2013, modificato dal DCA n. 112 del 30.12.2013, strumenti che costituiscono la prosecuzione e il necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Piano di Rientro.

Negli anni, la Regione Abruzzo ha consolidato il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario, negli anni 2012-2014 ha conseguito un risultato di esercizio positivo al netto della fiscalità aggiuntiva, e ha progressivamente migliorato la propria capacità di garantire i livelli essenziali di assistenza, come rappresentato dall'evoluzione del punteggio della griglia LEA che, già per l'anno 2014, ha portato al superamento della soglia dei 160 punti.

La Regione Abruzzo con il presente Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale intende intraprendere, ai sensi della disciplina di cui all'art. 2, comma 88, della legge 23.12.2009, n.191, un percorso che la porti gradualmente a riappropriarsi dei poteri di programmazione attraverso l'uscita dal commissariamento e dal Piano di Rientro al termine del prossimo triennio.

Si evidenzia che la Regione, al fine di ottemperare alla normativa nazionale nonché alle richieste avanzate dai ministeri affiancati in sede di "Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza" ha:

- 1) trasmesso⁴ ai Ministeri affiancati la proposta tecnica di riorganizzazione della rete ospedaliera in conformità con il D.M. 70/2015; il documento evidenzia l'organizzazione della nuova rete ospedaliera in applicazione degli standard nazionali;
- 2) calendarizzato⁵ nuovamente le scadenze dei trasferimenti progressivi di liquidità in 3 tranches da 26,9 €/mln da trasferire entro il 30.06.2016, il 30.09.2016 e il 31.12.2016, precisando che l'effettività del rispetto delle scadenze è garantita dagli incassi attesi afferenti le risorse di carattere ordinario del titolo I del bilancio di previsione finanziario, con specifico riferimento ai flussi di cassa assicurati dalla riscossione del bollo auto di cui al capitolo 11630.

¹ Di cui all'art.4, del Decreto Legge del 1 ottobre 2007, n°159, convertito con modificazioni dalla Legge 222/07.

² La Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11.09.2008 ha nominato il dott. Gino Redigolo Commissario ad acta per l'intero periodo di vigilanza del Piano, proseguito con la Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11.12.2008 che ha nominato il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Gianni Chiodi quale Commissario ad acta e con la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23.07.2014 che ha nominato il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso quale commissario ad acta.

³ Attraverso i PO sono stati delineati le linee e gli strumenti di riforma del sistema di governance delle sanità puntando, contestualmente, alla riorganizzazione dei servizi ed alla razionalizzazione dei costi per una sanità di qualità, finanziariamente sostenibile.

⁴ Nota prot. RA/283484/Comm del 10.11.2015 aggiornata con nota prot. RA/44972/Comm del 29.02.2016.

⁵ Con la DGR n.143 del 04.03.2016.

Box 1 – L'evoluzione del Risultato Economico e degli indicatori della Griglia LEA

Grafico 1: Evoluzione del FSR e del Risultato di Esercizio

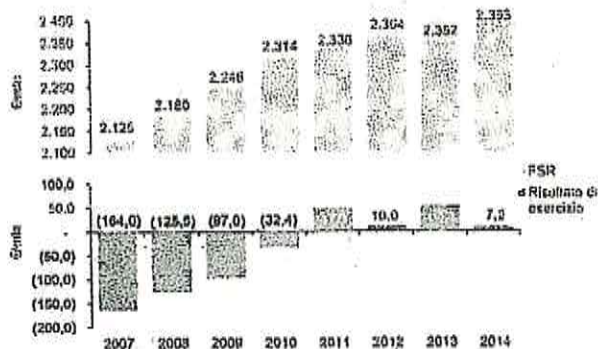
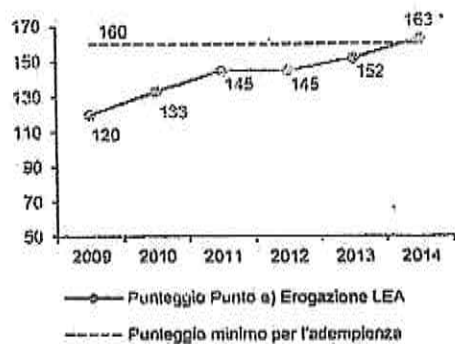
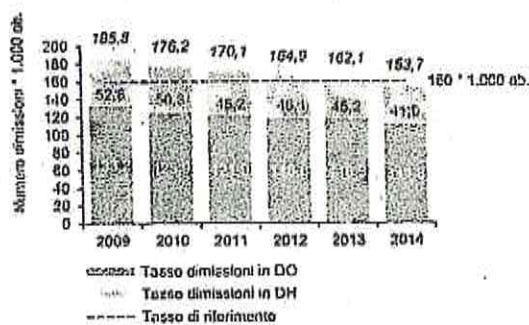


Grafico 2: Evoluzione del punteggio LEA



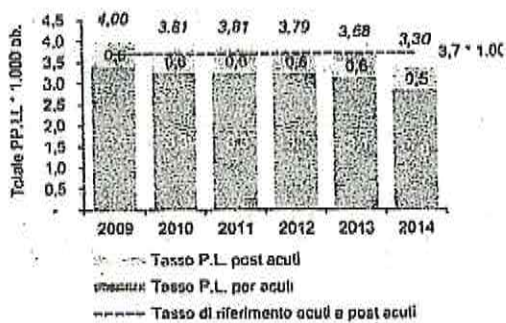
La Regione Abruzzo, nel periodo 2007-2014, ha conseguito un equilibrio economico strutturale insieme ad un miglioramento nei punteggi assegnati per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che per l'anno 2014 prevede un ulteriore miglioramento con raggiungimento del punteggio di adempimento pieno.

Grafico 3: Evoluzione del tasso di ospedalizzazione



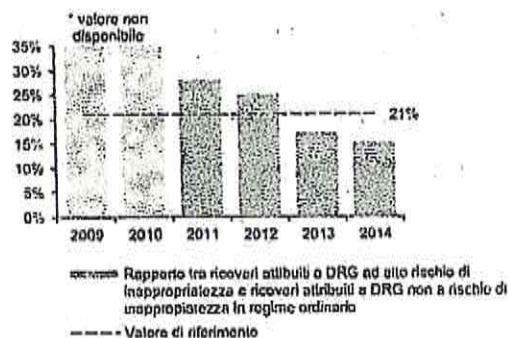
Il tasso di ospedalizzazione, pari nel 2009 a 186 * 1.000 ab., mostra un continuo decremento nel periodo 2009-2014.

Grafico 4: Evoluzione dei posti letto (PP.LL)



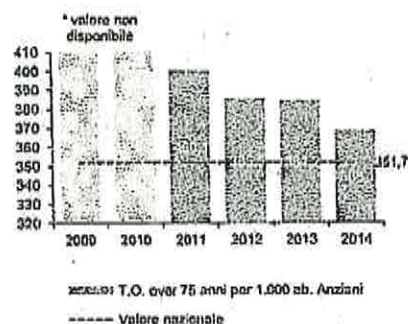
L'offerta di posti letto, per l'anno 2014, è di 2,8 * 1.000 ab. per le acuzie e 0,5 * 1.000 ab. per le post acuzie.

Grafico 5: Appropriatazza



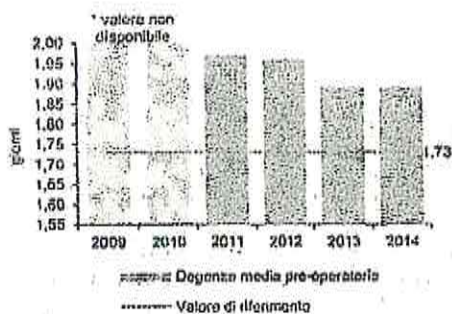
Nel periodo 2011-2014, il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario è costantemente diminuito.

Grafico 6: Tasso di ospedalizzazione – Anziani over 75



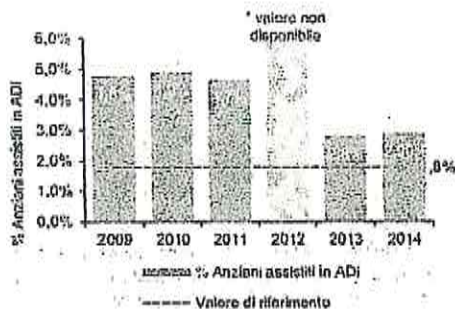
La Regione Abruzzo a partire dal 2011 evidenzia un tasso di ospedalizzazione per anziani over 75 in continua diminuzione.

Grafico 7: Degenza media pre-operatoria



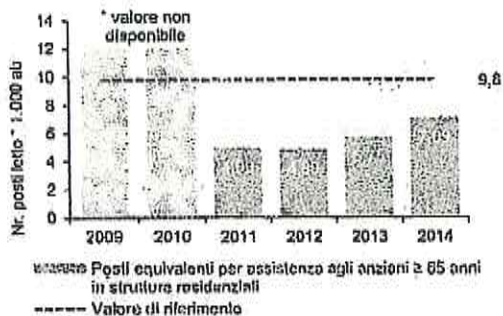
La Regione Abruzzo presenta una degenza media pre-operatoria pari a 1,89, in diminuzione tra gli anni 2011-2014.

Grafico 8: Assistenza Domiciliare



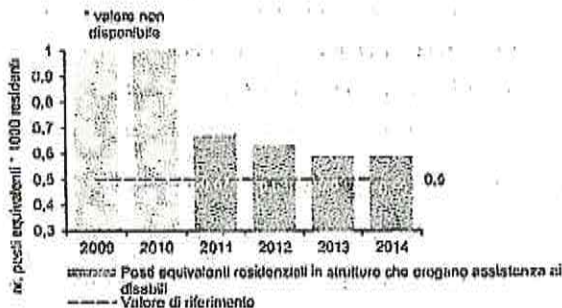
La Regione Abruzzo presenta, per l'anno 2014, una percentuale di anziani assistiti in ADI pari a 2,90%.

Grafico 9: Assistenza residenziale e semiresidenziale



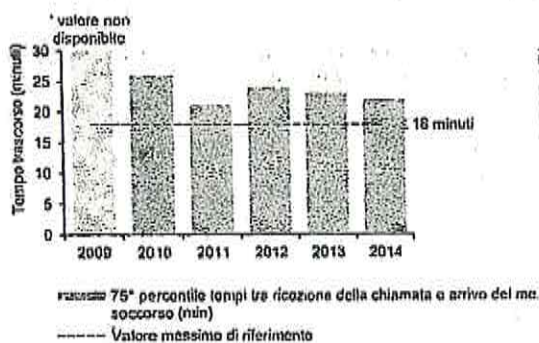
La Regione Abruzzo presenta un numero di PP.LL. equivalenti per assistenza agli anziani over 65 pari a 7,09 posti letto per 1,000 ab.

Grafico 10: Assistenza residenziale a semiresidenziale



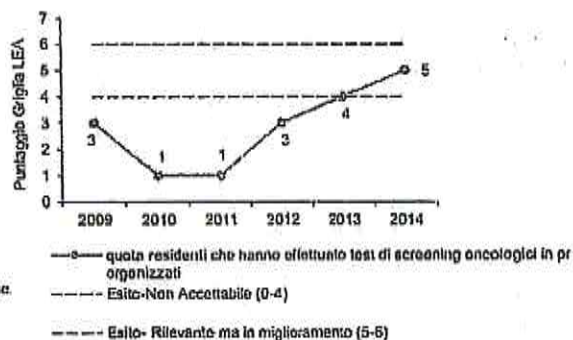
La Regione Abruzzo presenta un numero di PP.LL. equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili pari a 0,59 posti letto per 1,000 ab.

Grafico 11: La rete territoriale-emergenza-urgenza



Nel periodo 2010-2014, il tempo d'intervento risulta essere al di sopra degli standard (pari a 18) per tutti gli anni. A partire dal 2012 si riporta una diminuzione di tali tempi.

Grafico 12: La prevenzione



La Regione Abruzzo a partire dal 2012 evidenzia un incremento costante che nel 2014 attesta la Regione nella fascia "Rilevante ma in miglioramento".

Un nuovo modello di Servizio Sanitario

La Regione Abruzzo, sia nel 2014 sia nel 2015⁶, mostra un sostanziale equilibrio economico. Negli anni, è riuscita nel difficile processo di risanamento dei propri conti e nella puntuale e tempestiva attuazione degli interventi di riordino, razionalizzazione e riequilibrio, previsti dal Piano di Rientro prima e dai Programmi Operativi dopo.

Nonostante l'impegno, nel corso degli ultimi anni, da parte degli operatori del settore, ancora oggi, il fabbisogno di assistenza dei nostri pazienti non trova una risposta sempre idonea nell'attuale rete di offerta. Si continuano a sostenere dei tempi di attesa non giustificabili che a volte sono la motivazione dell'incremento della mobilità sanitaria, che però non sempre coincide con la ragionevole aspettativa di rivolgersi al centro nazionale/europeo più qualificato.


In questo contesto è nostro obiettivo ridisegnare un nuovo modello di sviluppo sostenibile del Servizio Sanitario Regionale (in seguito SSR) affinché possa "competere" con i modelli delle Regioni più avanzate e proporsi come riferimento per altre Regioni caratterizzate da un contesto socioeconomico e sanitario simile al nostro.

Con questo obiettivo strategico intendiamo nei prossimi tre anni:

- ❶ gestire i pazienti cronici il più possibile a domicilio limitando i ricoveri ospedalieri;
- ❷ riqualificare la rete ospedaliera in sicurezza, qualità ed efficienza;
- ❸ investire in selezione, formazione e valutazione delle risorse umane;
- ❹ accelerare investimenti in infrastrutture e tecnologie;
- ❺ ristrutturare l'architettura istituzionale;
- ❻ ottenere la certificabilità dei Bilanci e della qualità (*outcome*) del SSR;
- ❼ garantire tempestività e correttezza nei rapporti con i fornitori.

Gli obiettivi di cui sopra non possono prescindere dalla necessaria sostenibilità del SSR, raggiunta dalla Regione Abruzzo attraverso il percorso di risanamento dei conti iniziato nel 2007. Il presente Piano pertanto, nato con l'obiettivo primario di proseguire nella riqualificazione dei servizi sanitari, non sottovaluta il rischio che l'equilibrio economico raggiunto possa essere compromesso da eventi straordinari e difficilmente prevedibili come l'avvio, a livello nazionale, dei trattamenti con farmaci antivirali diretti (DDA) di seconda generazione per la cura dell'HCV (Epatite C) e ulteriori farmaci innovativi, più in generale, dalla ricerca e dal progresso tecnologico ovvero dell'evoluzione normativa in particolare in tema di personale⁷ ed investimenti⁸.

Come meglio si rappresenterà nel capitolo "Privilegiare il contatto diretto con il paziente", la Regione Abruzzo intende istituire l'Azienda Sanitaria Unica (in seguito ASU) mediante la fusione delle attuali Aziende Sanitarie Locali. L'istituzione dell'ASU, che avverrà secondo la normativa vigente D.Lgs 502/92 e ss.mm.ii., assolverà ad un duplice obiettivo: da un lato faranno ad essa capo tutte le competenze dell'area *no care*⁹ in modo da garantirne la razionalizzazione e dall'altro, l'abbattimento dei confini attuali delle ASL faciliterà la mobilità delle competenze professionali e la creazione di reti cliniche in coerenza con adeguati volumi di attività a garanzia di migliori esiti oltre alla mobilità del personale.

Si evidenzia, infine, che con il simbolo  si identificano una serie di azioni ritenute prioritarie per il presente Piano di Riqualificazione del Servizio Sanitario Abruzzese. Le date riportate sono da intendersi come data di inizio/attivazione della manovra di riferimento e, pertanto, se ne prevede la messa a regime entro la fine del triennio.

⁶ Dati CE Consuntivo 2014 e CE Consuntivo 2015.

⁷ LEGGE 30 ottobre 2014, n. 161, Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis. (14G00174) (GU Serie Generale n.261 del 10-11-2014 - Suppl. Ordinario n. 63)

⁸ Di particolare peso in termini di investimenti sono tutte le attività necessarie a seguito del DM 19 marzo 2015, che reca disposizioni in merito a "Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione o l'esercizio di strutture sanitarie pubbliche e private"

⁹ Il Patto per la Salute 2014-2016 prevede che "Dovranno, altresì, essere rivisti gli assetti organizzativi dei servizi sanitari regionali, individuando le dimensioni ottimali delle aziende al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi stessi in un'ottica di complessiva razionalizzazione e riduzione dei costi, e in funzione del grado di centralizzazione, tendenzialmente sovrazionata, delle attività di amministrazione generale o di supporto tecnico logistico, con particolare e prioritario riferimento all'acquisto di beni e servizi, al reclutamento ed alla gestione dagli aspetti retributivi, contributivi e previdenziali del personale, ai sistemi informatici e all'area tecnico-professionale."

Tabella 1 - Popolazione residente in Italia al 2015 per Regione (Dati ISTAT)

Regione	Maschi	Femmine	Totale	% su tot Italia
Lombardia	4.881.615	5.121.000	10.002.615	16,45%
Lazio	2.841.686	3.050.739	5.892.425	9,69%
Campania	2.848.043	3.013.486	5.861.529	9,64%
Sicilia	2.472.370	2.619.710	5.092.080	8,38%
Veneto	2.402.358	2.525.238	4.927.596	8,11%
Emilia Romagna	2.155.222	2.295.286	4.450.508	7,32%
Piemonte	2.140.294	2.284.173	4.424.467	7,28%
Puglia	1.984.227	2.105.878	4.090.105	6,73%
Toscana	1.804.558	1.948.096	3.752.654	6,17%
Calabria	964.660	1.011.871	1.976.531	3,25%
Sardegna	815.035	848.251	1.663.286	2,74%
Liguria	752.645	830.618	1.583.263	2,60%
Marche	750.875	799.921	1.550.796	2,55%
Abruzzo	647.812	683.762	1.331.574	2,10%
Friuli Venezia Giulia	594.007	633.115	1.227.122	2,02%
Umbria	429.187	465.676	894.862	1,47%
Basilicata	282.525	294.094	576.619	0,95%
P.A. Trento	282.558	274.860	537.418	0,88%
P.A. Bolzano	255.792	282.726	518.518	0,85%
Molise	153.259	160.089	313.348	0,52%
Valle d'Aosta	62.564	65.734	128.298	0,21%
Italia	29.601.690	31.204.022	60.795.612	100%

Il territorio della Regione Abruzzo occupa una superficie di 10.831 km² e ha una popolazione di 1.331.574 abitanti al 1° gennaio 2015 (densità per Km²: 122,94).

È divisa in quattro province: L'Aquila, Chieti, Pescara e Teramo, e in 305 comuni.

La provincia più popolosa al 1° Gennaio 2014 è quella di Chieti con 392.763 residenti (pari al 29,4% del totale) mentre la provincia meno popolosa risulta essere quella di L'Aquila con 304.085 residenti.

Gráfico 13 - Popolazione residente ripartita per provincia al 2015 (Dati ISTAT)

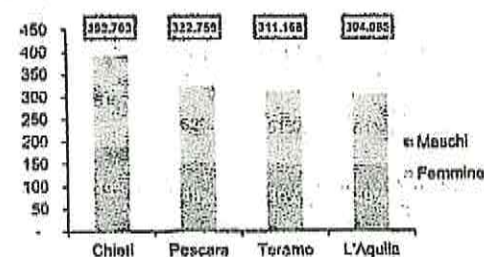
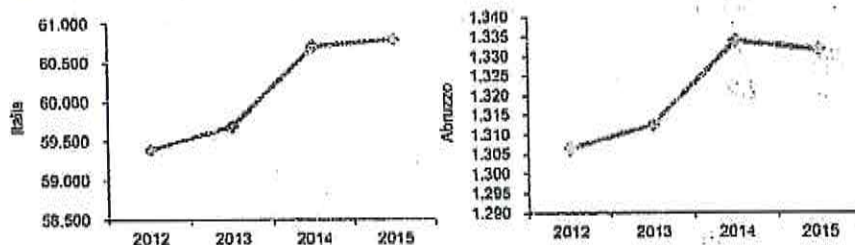
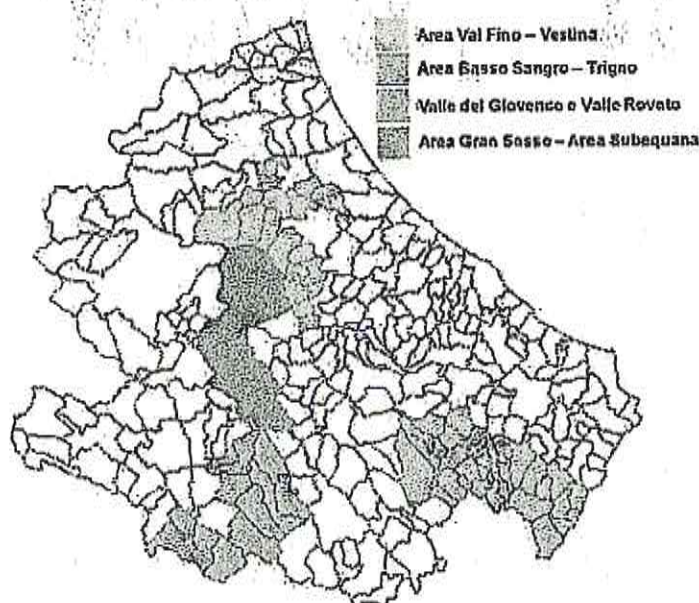


Gráfico 14 - Popolazione residente in Italia e in Abruzzo, anni 2012-2015 (Dati ISTAT) - migliaia di abitanti



Rispetto al 2014 la popolazione residente in Regione Abruzzo (1.333.939 abitanti) è diminuita di una percentuale pari a circa 0,2% (-2.365 individui) a fronte di un aumento medio in Italia di circa 0,1% (+87.799 abitanti).

Figura 1 - Dettaglio Aree Interne

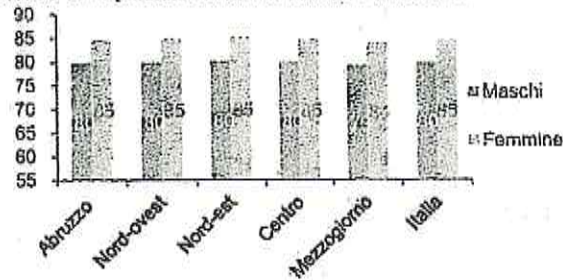


Da un punto di vista geomorfologico l'Abruzzo presenta un territorio prevalentemente collinare e montano, con un'orografia molto varia: paesaggi montuosi più aspri e disabitati si alternano a quelli più dolci e ricchi di piccoli insediamenti.

Alcune aree presentano diversi problemi di viabilità, con collegamenti stradali disagiati, mediamente più povere, meno sviluppate e spesso carenti dal punto di vista dei servizi.

Le Aree Interne rappresentano una parte ampia della Regione - il 23% del territorio dove vivono 52.865 abitanti (il 3,9% della popolazione regionale) - molto diversificata al proprio interno, distante da grandi centri di agglomerazione e di servizio e con traiettorie di sviluppo instabili ma tuttavia dotata di risorse che mancano alle aree centrali.

Gráfico 15 - Speranza di vita alla nascita - anno 2013

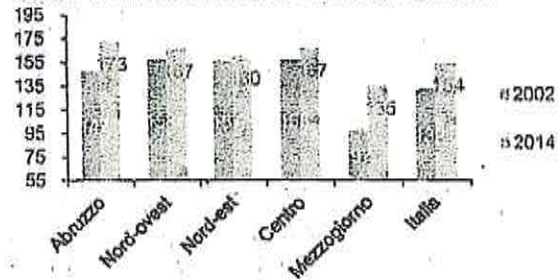


La speranza di vita¹⁰ è strettamente correlata al tasso di mortalità alle diverse età, conseguenza, ultimamente, dell'aumento percentuale della popolazione anziana (invecchiamento della popolazione).

Secondo l'ISTAT, inoltre, l'Abruzzo è una delle regioni italiane con il più basso tasso di mortalità per tumori, con minori emissioni di gas serra per abitante, con maggiori consumi di energia elettrica prodotta da fonti rinnovabili e con minore disegualianza nella distribuzione dei redditi.

I cittadini stranieri iscritti nelle anagrafi italiane all'inizio del 2014 erano oltre 4,9 milioni, l'8,1% del totale dei residenti: nel 2013 erano il 7,4%. Il tasso di prevalenza nel 2013 era dell'Emilia-Romagna con un 11,2%, mentre quello abruzzese era del 5,7%.

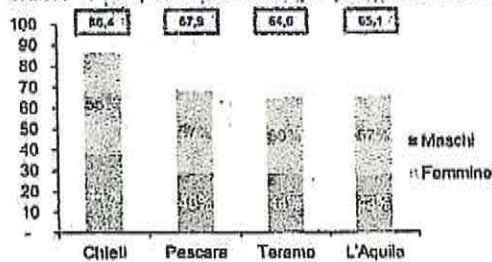
Gráfico 16 - Indice di vecchiaia - confronto 2002-2014



L'indice di vecchiaia, un indicatore statistico dinamico usato nella statistica demografica per descrivere il peso della popolazione anziana in una determinata popolazione¹¹, in Abruzzo è cresciuto del 17% dal 2002 al 2014, passando da 147 a 173 ultra 65enni su 100 ragazzi.

Tale tendenza è comune a tutte le province, ma con livelli diversi tra L'Aquila e Chieti (187 e 185 rispettivamente) e Teramo - Pescara (169 e 164 nel 2015).

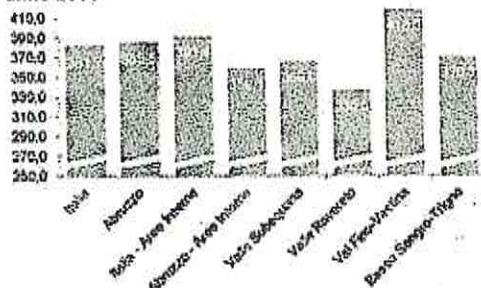
Gráfico 17 - Popolazione over65 per provincia - anno 2015 - migliaia di abitanti



La fragilità è definita come una sindrome con riduzione della forza, della resistenza, delle funzioni fisiologiche e una maggiore vulnerabilità al deterioramento e spesso causata da malattie complesse e comorbosità. Non è quindi definita solo dalla diagnosi; la valutazione della salute¹² deve comprendere i problemi medici, psicologici, funzionali, sociali e ambientali.

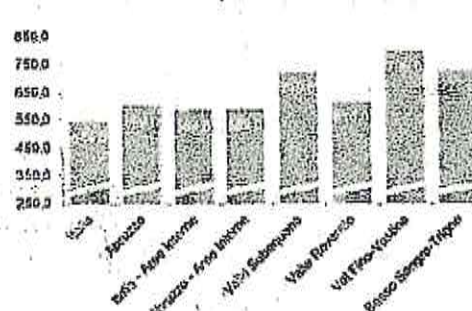
La popolazione over65 per l'anno 2015 in Regione Abruzzo è pari a 301.001 abitanti. Dall'analisi dell'andamento del tasso di ospedalizzazione per classi di età emerge una riduzione dell'indicatore nel corso degli anni, come è avvenuto in tutta Italia, ad eccezione della classe di età relativa agli individui over 80.

Gráfico 18 - Tasso di ospedalizzazione per 1.000 ab. over75 - anno 2014



Il tasso di ospedalizzazione per 1.000 ab. over 75 risulta alto, pari a 385,5 in Abruzzo (in Italia 381,7), ma risulta più basso nelle Aree interne abruzzesi, per via della distanza dagli ospedali.

Gráfico 19 - Tasso di ospedalizzazione evitabile - anno 2014



Il tasso di ospedalizzazione evitabile¹², pari in Abruzzo a 599 risulta essere superiore a quello registrato in Italia, pari a 544. Si evidenzia un tasso superiore nelle Aree interne abruzzesi.

¹⁰ La speranza di vita è un indicatore statistico che esprime il numero medio di anni della vita a partire dalla nascita. A causa delle forti differenze di genere nelle aspettative di vita, la speranza di vita è calcolata distintamente per uomini e donne.

¹¹ Sostanzialmente stima il grado di invecchiamento di una popolazione. Esso si definisce come il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni); valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi.

¹² I modelli basati sulle evidenze scientifico internazionali sui pazienti anziani fragili, sottolineano l'importanza del lavoro multidisciplinare e della gestione diretta dei casi, dove i medici sono importanti, ma in egual misura il contributo di un team di professionisti della salute, in particolare gli infermieri.

¹³ Il tasso di ospedalizzazione evitabile rende sempre più necessaria la presa in carico da parte del territorio di pazienti con un carico di patologie croniche: da parte del MMG, dal punto di vista clinico (diagnosi e terapia) e degli infermieri, dal punto di vista assistenziale (cioè del controllo della aderenza ai trattamenti e raccomandazioni prescritte dal medico) elaborando le opportune forme di integrazione e supporto.

Gestire i pazienti cronici il più possibile a domicilio

OBBIETTIVO 1

La rete di assistenza sanitaria abruzzese, secondo le valutazioni del Ministero della Salute, ha ottenuto l'adempimento pieno nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza con un punteggio di 163.

Le manovre di contenimento della spesa fatte negli anni passati, tra cui la riconversione in PTA di 5 Presidi Ospedalieri¹⁴, non sono state sufficienti a spostare completamente il baricentro del Servizio Sanitario Regionale (in seguito "SSR") dall'ospedale al territorio. Ancora troppo spesso l'ospedale, in particolare il pronto soccorso (in seguito PS) e/o il ricovero ospedaliero, è considerata l'unica risposta riconosciuta dai pazienti a prescindere dalla tipologia di fabbisogno assistenziale.

Il primo obiettivo che la Regione Abruzzo intende raggiungere nei prossimi tre anni è quello di spostare le cure il più possibile vicino ai cittadini prestando particolare attenzione al paziente affetto da patologie cronico degenerative. Per la regione Abruzzo il ricovero ospedaliero erogato ad un paziente cronico degenerativo rappresenta un fallimento per l'intero SSR, essendo la prova dell'incapacità del sistema di prendersi cura dei propri assistiti.

Per conseguire questo obiettivo sarà necessario:

1. Riquilibrare l'assistenza domiciliare (in seguito AD) creando le condizioni per soddisfare al meglio i bisogni del paziente in funzione del relativo fabbisogno assistenziale ed investendo in tecnologia (telemedicina¹⁵) e personale specializzato per prestare assistenza presso il domicilio del paziente;
2. Affidare alla residenzialità territoriale una funzione di sollievo alle famiglie a complemento dell'AD iniziando dall'aggiornamento dei sistemi di valutazione dei pazienti al fine di garantire l'introduzione di un sistema di arruolamento omogeneo su tutto il territorio regionale;
3. Aumentare l'integrazione dei Medici di Medicina Generale nel SSR (in seguito MMG) dei Pediatri di Libera Scelta (in seguito PLS) e della continuità assistenziale affinché questi professionisti possano proseguire nella riqualificazione del loro ruolo garantendo ai cittadini che li hanno scelti, un'interfaccia¹⁶ moderna con il sistema.

L'integrazione delle banche dati afferenti a ricoveri ospedalieri, assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale e lo sviluppo di metodologie per l'analisi della variabilità della domanda soddisfatta *pro-capite* standardizzata per MMG costituita, già nel Programma Operativo 2010 (adottato con DCA n.44/2010), uno dei risultati programmatici. Permane un obiettivo strategico della Regione la realizzazione di una Banca Dati Assistibili (in seguito BDA) interfacciata con il Fascicolo Sanitario Elettronico. Obiettivo della BDA sarà consentire la classificazione dei pazienti in famiglie di patologie cronico degenerative sulla base dei dati contenuti nei database disponibili nelle ASU/ASL.

Promuovere un nuovo modello di Assistenza domiciliare

INTERVENTO 1. 1

Il numero di assistiti anziani over 65 anni in Assistenza Domiciliare¹⁷ (in seguito AD) in Regione è pari al 2,99% a fronte di un valore soglia nazionale pari a 1,8%. Oggi, tre pazienti su cento con età superiore ai 65 anni vengono assistiti a domicilio. L'invecchiamento della popolazione ed il contestuale aumento delle patologie croniche pongono come obiettivo prioritario per il prossimo triennio la riqualificazione dell'attuale modello di erogazione dell'AD.

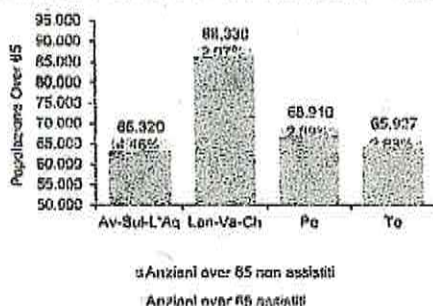
¹⁴ La Regione Abruzzo ha configurato, con Deliberazione commissariale n. 45/2010, la riconversione di cinque Presidi Ospedalieri in Presidi Territoriali di Assistenza H24: Tagliacozzo, Casoli, Pescara, Gissi e Guardagrele. Il processo di riconversione è stato attuato per i presidi di Tagliacozzo, Casoli, Pescara, Gissi: tali strutture sono state riconvertite in Presidi Territoriali di Assistenza e, presso i presidi di Gissi e Casoli, sono stati attivati e risultano operanti due Punti di Primo Intervento. Il presidio di Guardagrele non è ancora riconvertito in PTA e dotato di Pronto Soccorso, in esecuzione di provvedimenti giurisdizionali, nell'ambito di contenziosi in fase di ultimazione. Si evidenzia che, in merito al ricorso proposto dal Comune di Tagliacozzo circa la riconversione del PO di Tagliacozzo, il Consiglio di Stato (sentenza n. 2603/2014) ha dichiarato improcedibile il ricorso in primo grado proposto dal Comune di Tagliacozzo contro il Commissario ad Acta avverso le delibere n. 44 e 45 del 2010. L'impugnazione riguardava la disattivazione o trasformazione dell'Ospedale di Tagliacozzo, accolta con sentenza del TAR n. 324/2011. La sentenza pone definitivamente termine al contenzioso evidenziando l'incompetenza del TAR a pronunciarsi sulla validità delle disposizioni amministrative recate dal PO 2010 in quanto i motivi del ricorso che il TAR aveva accolto sono stati superati per effetto del DL n. 98/2011, convertito in Legge n. 111/2011. Inoltre con sentenza nn. 5473/2015 e 5475/2015 del 03 dicembre 2015 il Consiglio di Stato ha annullato le decisioni del TAR Abruzzo e ha dichiarato improcedibili i ricorsi riconoscendo la legittimità delle riconversioni dei presidi di Guardagrele e di Casoli.

¹⁵ Si fa riferimento alla capacità di installare a domicilio del paziente un mix appropriato (per patologia e livello di fragilità) di sensori non invasivi per il monitoraggio dei parametri vitali.

¹⁶ In un sistema come quello sanitario, caratterizzato da un'elevata asimmetria informativa tra offerta di servizi e domanda di assistenza, il MMG rappresenta la necessaria interfaccia tra il cittadino/paziente e gli erogatori.

¹⁷ Griglia LEA, Indicatore n.8 Assistenza Disruptuale Domiciliare anziani, anno 2014, Verbale riunione del 25.07.2015.

Gráfico 20: Assistiti over 65 trattati in SIAD - Anno 2014 - Dattaglio Asi



Gli assistiti anziani over 65 anni in Assistenza Domiciliare sono il 4,46% nella ASL di Aversaano-Sulmona-L'Aquila, il 2,07% nella ASL di Lanciano-Vasto-Chieti, il 2,89% nella ASL di Pescara e il 2,83% nella ASL di Teramo rispetto al numero totale degli anziani over 65.

Per la Regione Abruzzo è prioritario promuovere un nuovo modello di AD Tele Assistita, a complemento della prestazione sanitaria, per cui siano chiari i meccanismi di arruolamento del paziente, le patologie da trattare, nonché l'impegno assistenziale necessario e, conseguentemente, le relative tariffe in modo da garantire uniforme quantità e qualità delle prestazioni erogate su tutto il territorio regionale.

A tal proposito la Regione ha provveduto a finanziare con Fondi comunitari QSN 2007-2013 Risorse sviluppo e coesione il progetto di durata biennale "ADI - Servizi di cura agli anziani" (DGR n. 176 del 22.03.2016) per un importo complessivo pari a 8,1 €/mln.

La Regione Abruzzo, al fine di sviluppare un modello di assistenza omogeneo su tutto il territorio regionale, rivisitando le attuali modalità di valutazione dei pazienti ai fini del loro ingresso nelle strutture territoriali, intende¹⁶:

Settembre 2016

- 16 Definire regole di sistema per l'erogazione dell'AD, prevedendo eventualmente anche l'attivazione di forme di AD Tele Assistita e di telemonitoraggio, attraverso (a) la definizione delle responsabilità dell'ASU/ASL nella valutazione dei pazienti, nella declinazione ed aggiornamento del Piano Assistenziale Individuale (in seguito PAI) e nell'identificazione dei dispositivi di monitoraggio eventualmente necessari; (b) l'individuazione di un percorso normativo che porti alla definizione di criteri di autorizzazione e accreditamento degli operatori di AD; (c) l'accREDITAMENTO degli operatori regionali di AD; (d) la definizione di uno schema di accordo contrattuale da sottoporre ai singoli erogatori; (e) la qualificazione del fabbisogno sulla base dei dati nella BDA; (f) l'identificazione del ruolo del MMG quale attore nella gestione del percorso del paziente in AD, anche Tele Assistita;

Dicembre 2016

- 17 Aggiornare i criteri di arruolamento dei pazienti attraverso (a) l'adozione, per alcune patologie ed in aggiunta al modello di valutazione e presa in carico già utilizzato, di un nuovo modello di stratificazione del rischio per patologia (*Kaiser Permanente's risk stratification model*) che prevede una differenziazione delle strategie d'intervento in relazione ai differenti livelli di rischio di ospedalizzazione per paziente¹⁸; (b) il censimento e la stratificazione della popolazione assistibile e relativo rischio associato alle patologie, da integrare in BDA; (c) la definizione di criteri uniformi di arruolamento dei pazienti per tipologia di assistenza (domiciliare, semi-residenziale e residenziale);

Settembre 2016

- 18 Stabilire il fabbisogno specifico per ciascuna tipologia di paziente identificato attraverso (a) la definizione delle ore di assistenza settimanale per ruolo e profilo in base alla tipologia di paziente e rischio associato (Piano Assistenziale per tipologia di paziente, in seguito PA)¹⁹; (b) l'identificazione della tipologia di dispositivi per la rilevazione dei parametri vitali (*vital sign monitoring*) per paziente e categoria di rischio associato; (c) lo studio dei meccanismi di remunerazione delle prestazioni in AD Tele Assistita sulla base del fabbisogno specifico per il paziente identificato;

Dicembre 2017

- 19 Sviluppare strumenti per la verifica dell'effettiva erogazione del PAI attraverso (a) la redazione di uno studio di fattibilità per la realizzazione di un sistema informativo²¹ per la verifica del PAI, da parte dell'ASU/ASL; (b) l'approvazione da parte della Regione dello studio di fattibilità; (c) lo sviluppo di un sistema informativo omogeneo su tutto il territorio regionale per il paziente in AD Tele Assistita.

¹⁶ La Regione, in considerazione del tessuto socio-economico, si riserva di valutare: il collegamento del sistema con reti informali di volontariato e altre tipologie di aiuto al paziente in assistenza domiciliare; la possibilità di riqualificare il personale non qualificato per l'erogazione dell'assistenza in AD. Tali valutazioni non sono valorizzate nel presente Piano e verranno eventualmente rappresentate al Ministero Affiancanti con relative modalità di attuazione e Piano economico-finanziario qualora si deciderà di renderle attuative.

¹⁷ Con l'introduzione della stratificazione del rischio per il paziente cronico-degenerativo la Regione Abruzzo vuole proporre un nuovo approccio del SSR, orientato non più esclusivamente ad un modello "acute care" (ospedale) ma a modelli "chronic care", in grado di prevenire il rischio di ospedalizzazione;

¹⁸ La finalità è quella di migliorare il più possibile la vita dei pazienti e delle persone che ogni giorno si prendono cura di loro, anche in considerazione del progresso tecnologico.

¹⁹ Il sistema informativo dovrà essere in grado di rappresentare nel dettaglio: il Piano Assistenziale previsto per ogni singolo paziente; la valutazione iniziale del paziente; il fabbisogno di assistenza ritenuto necessario e le modalità di erogazione della cura programmata, anche eventualmente in modalità teleassistita, gli accessi presso il domicilio del paziente dei singoli operatori sanitari, anche attraverso meccanismi di conferma dell'avvenuta erogazione della prestazione prevista, da parte del paziente o dei suoi familiari; eventuali progressi raggiunti.

Box 3: La stratificazione del rischio per categorie omogenee di pazienti²²

La personalizzazione della cura, considerata sia nei suoi aspetti clinici (la cura più appropriata nel paziente giusto) sia nei suoi aspetti personali (persona portatrice di bisogni globali, non solo clinici), è un aspetto fondamentale per la gestione del paziente con patologia cronico-degenerativa. Questi non possono essere considerati come appartenenti ad una categoria uniforme né sul versante della patologia vissuta (filinea) né su quello della patologia organica (disease)²³.

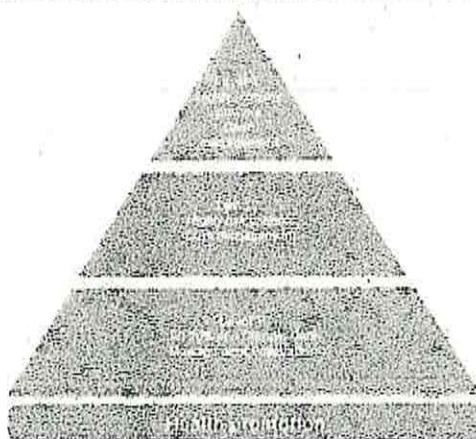
La stratificazione dei rischi, delineata nella Figura 1 permette di inquadrare la stadiazione (il grado di avanzamento e di compenso) della patologia cronica e di delineare il percorso di cura più appropriato per il singolo paziente.

La Regione Abruzzo intende adottare tale strumento al fine di ridurre al minimo il rischio di ospedalizzazione del paziente cronico-degenerativo. In tal senso l'indicatore di qualità dell'assistenza fornita sarà non più il numero di ricoveri per 1.000 abitanti ma il numero di giornate medie anno passate a domicilio dai pazienti affetti da tali patologie, per i quali il ricovero ospedaliero risulta potenzialmente inappropriato.

La "promozione della salute" posta alla base della piramide di stratificazione del rischio è vista come uno strumento non solo di prevenzione primaria, ma di supporto alla cura dei pazienti cronici a qualsiasi stadio evolutivo di malattia. È necessario, inoltre, contemplare, nella categorizzazione del paziente, sia variabili cliniche sia variabili non-cliniche di complessità in modo da rappresentare anche, ad esempio, alcune problematiche sociali che possono aggravare il quadro di complessità assistenziale, malgrado uno stadio non molto avanzato di malattia.

Secondo tale approccio, la decisione sul grado di complessità dovrebbe essere il risultato di una somma ponderata di fattori concorrenti, clinici (stadio della malattia) e non clinici (rete di supporto socio-familiare, potenzialità affettive del paziente nei programmi di self care). Il risultato di un tale processo sarà un piano di cura effettivamente personalizzato rispetto ai fabbisogni assistenziali e alle caratteristiche e potenzialità del paziente e della sua rete di sostegno.

Figura 2: Il triangolo di stratificazione del rischio (Kaiser Permanente's risk stratification model).



Livello 3: Dato che i pazienti sviluppano più di una condizione morbosa (comorbidità), la loro assistenza diviene sproporzionatamente più complessa o difficile da gestire per loro ed anche per il sistema socio-assistenziale. Questo spinge verso il "case-management", con un operatore di riferimento (spesso un infermiere) attivamente impegnato nel prendere in carico e nel gestire l'assistenza per questi pazienti.

Livello 2: *Disease e Care Management*, nei quali team multidisciplinari erogano ai pazienti assistenza di alta qualità ed evidence-based, è l'approccio più appropriato per i pazienti a questo livello. Ciò implica una gestione proattiva dell'assistenza, seguendo protocolli e percorsi assistenziali concordati per gestire la specifica patologia.

Livello 1: Con il corretto supporto alcuni pazienti possono imparare ad essere attivi partecipanti alla cura, a convivere con le proprie condizioni e a gestirle. Ciò può aiutarli a prevenire le complicanze, a ritardare il peggioramento ed evitare la progressione. La maggior parte delle persone con patologie croniche rientra in questa categoria e pertanto anche piccoli miglioramenti possono avere un enorme impatto.

La stadiazione rappresenta in ogni caso una funzione indispensabile per tutti quegli interventi di sanità pubblica e di riorganizzazione dei servizi che si prefiggono di rivedere il funzionamento dell'organizzazione complessiva dell'assistenza all'interno del sistema relativamente a:

- l'appropriatezza del setting assistenziale in rapporto agli specifici fabbisogni del paziente. Si pensi, a tale proposito, al frequente follow-up specialistico improprio, problematica sottolineata dagli studi stagei specialistici, ai costi superflui che ciò determina, e si pensi anche allo progressiva dequalificazione della funzione specialistica ed allo stress del paziente derivante dall'essere seguito in un setting con caratteristiche non consone ai propri bisogni;
- l'appropriatezza del percorso assistenziale nei suoi aspetti clinici e nei suoi aspetti organizzativi. La suddivisione dei pazienti in sub-popolazioni (sub-target) omogenee per fabbisogno assistenziale permette, infatti, di poter delineare percorsi assistenziali mirati e personalizzati.

²² Tratto da "Gestione integrata e percorsi assistenziali" - Il Pensiero Scientifico Editore - www.epicentro.iss.it/gea.

²³ Si pensi, ad esempio, all'enorme differenza tra un paziente con diabete mellito o con scompenso cardiaco in fase iniziale o un paziente in fase di patologia avanzata.

Servizi territoriali residenziali e semiresidenziali coerenti con i bisogni socio-assistenziali

INTERVENTO 1.2

La Regione ha determinato, con Decreto Commissariale n. 52/2012, il fabbisogno assistenziale residenziale e semiresidenziale regionale relativo alle aree degli anziani e demenza, disabilità-riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche, pari a 6.936 posti letto complessivi. Successivamente, con Decreto Commissariale n. 107/2013 ha approvato le "Linee Guida Regionali sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e della Unità di Valutazione Multidimensionale" con le quali stabilisce le modalità di accesso alla cura riabilitativa, psicoriabilitativa e per la non autosufficienza.

Inoltre, con i Decreti Commissariali nn. 20 e 133 del 2014 e nn. 38, 67 e 88 del 2015 e n. 1 del 2016, la Regione ha avviato il processo di riconversione dell'offerta di prestazioni a carattere riabilitativo in regime residenziale e semiresidenziale sulla base delle proposte trasmesse dalle ASL.

Per la Regione Abruzzo è prioritario creare le condizioni affinché il "paziente giusto" sia preso in carico dal "provider" giusto". Per tale ragione, intende facilitare l'accesso all'assistenza residenziale anche attraverso la pubblicazione su internet delle liste aggiornate dei provider accreditati²⁵ per tipologia di assistenza e predisporre una raccolta unica regionale delle norme in materia²⁶.

La Regione Abruzzo, al fine di ripensare il ruolo del territorio intende:

Dicembre 2014

- 22 Creare le condizioni affinché il paziente sia trattato dal provider giusto, residenziale e non, attraverso (a) l'eventuale aggiornamento dei sistemi di valutazione e arruolamento dei pazienti da parte della Regione anche attraverso l'introduzione di scade di valutazione per patologia/fragilità che seguono il paziente e quindi siano longitudinali rispetto alla tipologia di offerta accreditata; (b) il coordinamento regionale nella formazione e/o aggiornamento del personale che effettua la valutazione dei pazienti e pianifica gli interventi di assistenza al fine di garantire omogeneità dei trattamenti a livello regionale; (c) l'adeguamento al nuovo modello di residenzialità psichiatrica²⁷ e la rideterminazione dell'autorizzazione e accreditamento dei posti letto sia in riferimento al fabbisogno complessivo stimato su base regionale e sia in applicazione della normativa regionale; (d) la rivalutazione dei pazienti attualmente ospitati all'interno delle strutture residenziali, regionali e non, in carico ai DSM e all'inserimento degli stessi nei setting più appropriati;

Dicembre 2014

- 23 Pubblicare le liste aggiornate dei provider accreditati ed i relativi tempi di attesa attraverso (a) l'analisi delle differenze tra il fabbisogno ed i decreti attuativi vigenti²⁸ e la declinazione di un eventuale piano di adeguamento; (b) la predisposizione di una raccolta completa delle norme in materia e l'aggiornamento, tramite verifiche periodiche, dell'anagrafica unica dei provider per tipologia di assistenza; (c) la disponibilità di un elenco aggiornato dei provider accreditati ed autorizzati per tipologia di assistenza e le relative liste di attesa;

Dicembre 2014

- 24 Ridefinire i minuti di assistenza *die* per tipo di assistenza, le relative tariffe e la quota sociale attraverso (a) la determinazione del fabbisogno di assistenza in termini di minuti *die* per figura professionale per ciascuna tipologia di paziente; (b) l'aggiornamento dei requisiti organizzativi di accreditamento delle strutture; (c) l'eventuale adeguamento della relativa tariffa; (d) la verifica dell'efficacia della quota sociale²⁹ a carico del cittadino/Comune di residenza potenziando i meccanismi di monitoraggio della corretta fatturazione da parte delle strutture private accreditate; (e) rimodulazione dei tetti alle strutture private in coerenza con quanto sopra esposto;

Luglio 2017

- 25 Trasferire a livello locale la valutazione del fabbisogno³⁰ di assistenza attraverso (a) lo sviluppo a livello regionale di un sistema di monitoraggio della domanda soddisfatta anche per le prestazioni territoriali alimentato in stretta collaborazione con i Territori; (b) lo sviluppo a livello locale delle competenze per valutare quantità, modalità di erogazione e appropriatezza delle prestazioni erogate; (c) il monitoraggio e la gestione dei registri regionali di patologia ottenuti grazie ai dati disponibili in BDA; (d) il monitoraggio dei tempi di attesa, del tasso di occupazione dei posti letto nelle strutture residenziali, della quantità di prestazioni semiresidenziali, ambulatoriali e accessi/prestazioni in AD; (e) il monitoraggio dell'assistenza informale (associazioni di volontariato e famiglia);

Luglio 2017

- 26 Promuovere a livello locale il contatto con il cittadino e con la sua famiglia attraverso (a) la promozione di attività di prevenzione primaria; (b) la promozione di attività ricreative per il paziente cronico degenerativo; (c) la gestione del contatto con il paziente e la sua famiglia anche attraverso attività formative con l'ausilio di un *care manager* e di un supporto psicologico; (d) la gestione di appositi canali di comunicazione per garantire una risposta immediata alle

²⁴ Erogatore di assistenza residenziale, semi-residenziale, ambulatoriale o domiciliare, pubblico o privato.

²⁵ Le liste dovranno prevedere anche i minuti di assistenza *die* previsti, le relative tariffe e l'eventuale quota sociale per tipo di assistenza.

²⁶ Il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA ha richiesto alla Regione, nelle riunioni del 24.11.2014 e 25.07.2015 "l'approvazione di un testo unico per la riorganizzazione che evidenzia il fabbisogno soddisfatto e quello da soddisfare, per ogni tipologia assistenziale, con le diverse intensità".

²⁷ DCA 134/2014

²⁸ DCA 52/2012, DCA 133/2014, DCA 38/2015, DCA 67/2015 e DCA 88/2015 e n. 1 del 2016.

²⁹ DCA nn. 91, 92, 103, 104 e 105 del 2014 e DCA nn. 13, 19 e 20 del 2015.

³⁰ La valutazione del fabbisogno verrà effettuata tenendo in grande considerazione le peculiarità geografiche del territorio regionale con particolare riferimento alle aree interne.

necessità "di ogni globo" del paziente, coordinato dall'ASU/ASL per ciò che riguarda gli aspetti organizzativi e infrastrutturali³¹.

Potenziare la funzione di indirizzo del percorso di cura del Medico di Medicina Generale INTERVENTO 1.3

I MMG ed i Pediatri di Libera Scelta rappresentano la "frontiera" del SSN per la presa in carico del paziente sul territorio.

Purtroppo però, nella realtà, il SSR ha creato le condizioni perché il paziente si interfacci con il medico di famiglia principalmente per necessità di tipo "pratico" quali la prescrizione di farmaci e di visite di specialistica ambulatoriale. In tale contesto, il Patto della Salute 2014-2016³² ha ribadito il riconoscimento al medico di famiglia di un ruolo fondamentale e centrale nella gestione del percorso di cura dei pazienti, anche attraverso la promozione di un sistema di aggregazioni in Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

È obiettivo della Regione Abruzzo, coerentemente con quanto previsto dal Patto della Salute, favorire l'evoluzione della funzione di indirizzo del percorso di cura del paziente da parte del MMG e l'aggregazione di MMG sul territorio per migliorare la qualità delle prestazioni erogate dalla medicina generale e da tutti i servizi territoriali, consentendo così di contribuire a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi inappropriati in ospedale. Con la nuova organizzazione della Medicina Generale si otterrà una maggiore responsabilizzazione degli MMG rispetto agli obiettivi regionali ed una maggiore integrazione con il Sistema Sanitario Regionale.

La Regione Abruzzo, al fine di mettere il MMG in condizione di orientare al meglio la scelta del percorso del paziente all'interno del SSR, intende:

Settembre 2017

- 3. Favorire l'evoluzione della funzione di indirizzo del percorso di cura del paziente attraverso (a) lo sviluppo, a livello regionale, di un sistema di regole e di modalità di accesso alle cure domiciliari e residenziali a partire dalle patologie cronico degenerative; (b) il coinvolgimento dei MMG nell'aggiornamento dei registri regionali di patologia ottenuti grazie ai dati disponibili in BDA; (c) l'organizzazione della collaborazione tra MMG e medici specialisti nella gestione del "caso";

Luglio 2016

- 4. Favorire l'aggregazione di MMG sul territorio per dare un punto di riferimento al paziente, attraverso (a) il potenziamento delle nuove forme di aggregazione della Medicina Generale in applicazione della Legge 189/2012 e del Patto per la Salute 2014-2016; (b) il superamento della logica delle Equipe territoriali indirizzando il sistema verso nuove forme di aggregazione al fine di rendere più operative e più riconoscibili per il cittadino le Cure Primarie, creando, per i bisogni affrontabili a livello territoriale, attraverso l'integrazione degli erogatori dei servizi socioassistenziali territoriali, un'alternativa valida all'ospedale; (c) l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria - AFT/UCCP a livello locale sulla base degli indirizzi di programmazione regionale³³; (d) l'individuazione delle sedi locali delle AFT/UCCP;

Luglio 2017

- 5. Valutare l'eventuale integrazione del servizio di "guardia medica" nell'ambito delle aggregazioni di MMG attraverso (a) la definizione di orari minimi da garantire a complemento dell'orario di apertura delle AFT/UCCP per bacino di utenza, prevedendo l'H24 almeno per le aree svantaggiate; (b) la previsione di un servizio di guardia medica all'interno delle sedi delle AFT/UCCP; (c) il coordinamento del servizio di guardia medica con la rete dell'emergenza-urgenza;

Settembre 2017

- 6. Favorire l'aggregazione di MMG in "Ospedali di comunità" / DSB / "Case della Salute", attraverso (a) l'individuazione di sedi in ex presidi ospedalieri e/o spazi aziendali disponibili in coerenza con la sperimentazione³⁴ prevista dalla programmazione regionale; (b) la concentrazione di attività finalizzate alla riduzione di ricoveri inappropriati e alla promozione di percorsi di de-ospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale.

Garantire alti livelli di adesione ed omogeneità ai programmi di prevenzione

INTERVENTO 1.4

L'area della prevenzione, secondo le valutazioni del Ministero della Salute, pur mostrando un graduale miglioramento fra il 2011 ed il 2015, evidenzia ancora importanti criticità nell'ambito degli *screening* oncologici. Nell'ambito del Programma Operativo 2013-2015 della Regione Abruzzo era già stato previsto l'innalzamento delle coperture per ciascuno degli *screening* (30% nel 2013, 50% nel 2014 e 65% nel 2015).

Ad oggi, tutti e tre i programmi di *screening* (cervicale, mammografico, e colon-rettale), sono attivi presso tutte le Aziende Sanitarie dell'Abruzzo e le coperture regionali degli *screening* al 31.12.2015 sono state le seguenti: mammella 51,37%,

³¹ Rete completa, quindi, dall'ASU/ASL garantire che a livello locale sia disponibile personale qualificato e tecnologie uniformi a livello regionale per la gestione del contatto, nonché il coordinamento delle FAQ (Frequently asked questions).

³² Patto della Salute 2014-2016, art. 6 Assistenza Territoriale.

³³ DCA 16/2016 e DCA 17/2016.

³⁴ DCA 20/2016.

cervice 50,08% e colon 18,18%. Pur non essendo stato pienamente raggiunto l'obiettivo di copertura fissato a livello regionale per il 2015 pari al 65% per ciascuno degli screening oncologici, si è rilevato un trend positivo evidenziato dal sostanziale incremento delle coperture rispetto a quelle raggiunte al 31.12.2014 (cervicale: 28,43%, mammografico: 20,10%, colon-retto: 8,43%).

La Regione Abruzzo intende raggiungere, nei prossimi tre anni, il 100% di estensione del programma di *screening* rispetto alla popolazione *target*; per farlo intende sensibilizzare l'opinione pubblica circa l'importanza della diagnosi precoce e dei corretti stili di vita con il massimo coinvolgimento dei MMG.

La Regione Abruzzo, al fine di sviluppare un modello unico regionale per l'indirizzo ed il coordinamento dei programmi di Prevenzione per incrementare le adesioni e garantire l'omogeneità nelle prestazioni, intende:

Luglio 2016

- ☒ Affidare al livello centrale, Regione, l'indirizzo ed il coordinamento per incrementare adesioni e garantire omogeneità attraverso (a) l'individuazione di un modello organizzativo che porti un forte coordinamento del Dipartimento di prevenzione con i vari interlocutori, che sia fornito di competenze tecniche autonome, almeno di tipo organizzativo, valutativo, epidemiologico, programmatico e che disponga delle necessarie infrastrutture di centralizzazione regionale del governo/gestione dei programmi di *screening* anche attraverso la costituzione di un comitato unico regionale di coordinamento per lo screening della mammella, colon retto e cervice uterina; (b) l'individuazione di specifiche professionalità di tipo organizzativo, informatico ed epidemiologico a supporto del Dipartimento di prevenzione; (c) l'implementazione, all'interno della BDA, di un'anagrafica completa che permetta una puntuale individuazione del utente *target* per un adeguato loro arruolamento; (d) la definizione di percorsi strutturali ed integrati per la gestione di utenti arruolati al fine di garantire la qualità e l'aderenza a linee guida internazionali; (e) la mappatura dei punti di forza e delle criticità in materia di *screening*, attraverso un'analisi epidemiologica, organizzativa ospedaliera e territoriale che consenta l'individuazione di specifiche azioni migliorative; (f) il collegamento dei meccanismi di incentivazione dei MMG, oggi basati soprattutto su *counseling* al paziente circa l'importanza della prevenzione, anche ad obiettivi legati alla predisposizione e all'aggiornamento della BDA ed al monitoraggio dell'adesione degli utenti/pazienti; (g) l'utilizzo di materiali e metodi del modello *Procede Proceed* di cui al Progetto Agenas-MdS "Implementazione dei programmi di *screening*: sperimentazione di strumenti *evidence based* per la programmazione locale";

Marzo 2017

- ☒ Affidare a livello locale il ruolo di attuazione della programmazione condivisa attraverso (a) l'aggiornamento, anche con l'ausilio dei MMG, della BDA per l'arruolamento degli utenti *target* che devono essere sottoposti a *screening*; (b) il monitoraggio del ricorso a prestazioni di *screening* per tipologia di utente *target*; (c) l'implementazione di percorsi strutturali per la gestione degli utenti arruolati;

Luglio 2017

- ☒ Potenziare la formazione a diversi livelli attraverso (a) l'individuazione di programmi formativi da erogare presso le scuole primarie e secondarie al fine di sensibilizzare verso un corretto stile di vita; (b) la definizione a livello Regionale di campagne di sensibilizzazione verso l'importanza della diagnosi precoce nella prevenzione secondaria.

Riqualificare la rete ospedaliera puntando su sicurezza ed efficienza

OBBIETTIVO 2

La Regione Abruzzo con i suoi 1.331.574 abitanti ed una superficie di 10.831,50 kmq è caratterizzata da una densità abitativa pari a 122,94 abitanti/Kmq, che va dal 60,9 abitanti/Kmq della provincia di L'Aquila ai 271,0 abitanti/kmq della provincia di Pescara, con Teramo e Chieti rispettivamente a 159,5 e 152,1.

Il Decreto del Commissario ad Acta n.11/2013, ha definito il Sistema dell'Emergenza-Urgenza identificando nei presidi ospedalieri di Chieti, L'Aquila, Pescara e Teramo i 4 centri HUB delle reti tempo dipendenti, 4 centri che hanno dei bacini di utenza²⁵ rispettivamente di circa 566 mila, 232 mila, 246 mila e 262 mila abitanti, con i due presidi di Chieti e Pescara a 23 minuti di distanza l'uno dall'altro e circa 60 mila abitanti ad una distanza di più di un'ora dal primo centro HUB raggiungibile, con picchi di quasi un'ora e mezzo nei comuni di Alfedena, Ateleta, Barrea, Civitelle Alfedena e Scontrone per un totale di 3.557 abitanti. La configurazione della rete attuale prevede che siano sede di PS solo le strutture pubbliche, affidando solo a queste un ruolo all'interno della rete dell'Emergenza-Urgenza.

In un contesto demografico tutt'altro che semplice, parallelamente, rispetto all'obiettivo di gestire a domicilio il paziente cronico degenerativo, la Regione Abruzzo intende avviare un processo di riqualificazione della rete ospedaliera, tenendo conto dei bacini di utenza, con l'obiettivo di ridurre i rischi²⁶ per il paziente aumentando efficienza ed efficacia attraverso il potenziamento della rete di emergenza.

Figura 3: Indicatori outcome 2013 - PNE 2014



Dagli indicatori outcome del Piano Nazionale Esiti (PNE) le strutture pubbliche abruzzesi non sono valutabili (N.V) nel 57% dei casi in quanto presentano una casistica non sufficientemente elevata per stabilire se l'outcome dell'indicatore è statisticamente significativo. Gli indicatori valutabili (il restante 43%) ha un Rischio Relativo²⁷ sopra la media benchmark nel 28% dei casi.

Anche a fronte di quanto previsto dal Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 Aprile 2015, in uno scenario che ci vede caratterizzati da un basso numero di posti letto ed un elevato numero di reparti, sarà necessario:

22. Riqualificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità attraverso una ricognizione dell'erogazione dei ricoveri al fine di: tutelare le realtà esistenti che hanno saputo offrire elevate quantità di prestazioni ed elevati outcome; favorire lo sviluppo di unità operative capaci di garantire un'elevata esperienza degli operatori sanitari, minimizzare il disagio, in termini di spostamento dal proprio domicilio, della popolazione, favorendo, invece, lo spostamento delle competenze professionali;
23. Far evolvere il sistema di committenza regionale verso un modello di collaborazione pubblico privato in cui sia definito il contributo in termini di volumi, tipologia di prestazioni e outcome di prestazioni richiesto ai presidi ospedalieri privati accreditati secondo logiche che privilegino l'integrazione²⁸ con quanto offerto dai presidi ospedalieri pubblici;
24. Riqualificare la rete di emergenza-urgenza fornendo alle persone con bisogni di cure urgenti un servizio altamente reattivo che garantisca assistenza il più vicino possibile al domicilio, riducendo al minimo i disagi per i pazienti e le loro famiglie e garantendo, alle persone con esigenze più gravi o in pericolo di vita, il trattamento in centri e strutture con le migliori competenze al fine di massimizzare le possibilità di sopravvivenza e di buoni esiti clinici.

²⁵ Per bacini di utenza si intende l'insieme dei Comuni ed il relativo numero di residenti (quindi assistibili) che vedono la struttura stessa come prima alternativa ospedaliera in termini di distanza temporale dalle attuali vie di comunicazione.

²⁶ Con il termine rischio si intende un evento aleatorio, ossia una manifestazione possibile ma non certa di un fenomeno del quale si possono stimare sia la probabilità di accadimento che le conseguenze positive o negative del suo verificarsi (le opportunità sono rischi positivi). Nello specifico, quindi, con il concetto di "ridurre il rischio" si intende ridurre i rischi con effetti negativi.

²⁷ Il RR è calcolato come rapporto tra due inasproporzioni ed esprime l'eccesso (o il difetto) di rischio del gruppo posto al numeratore rispetto al gruppo posto al denominatore.

²⁸ Ad oggi, operatori privati e pubblici erogano le stesse prestazioni e quindi "competono" tra loro in un "mercato", quello sanitario, in cui il paziente non ha adeguata informazione per selezionare ciò che è meglio per la sua salute; un "mercato" unico nel suo genere in quanto caratterizzato dalla capacità dell'offerta di generare domanda (a volte inappropriata). L'obiettivo nei prossimi tre anni sarà creare le condizioni perché gli erogatori privati si prendano carico, nelle aree territoriali in cui insistono, di completare/complementare quanto offerto dalla rete pubblica.

Box 4: Focus mobilità

Regione Abruzzo al 2014 presenta un salto di mobilità di -71,6 €/min. La mobilità passiva di Regione Abruzzo si concentra principalmente nelle regioni Marche (38% dei casi di mobilità passiva), Lazio (20%), Emilia Romagna (15%), Lombardia (7%) e Molise (5%).

Gli spostamenti verso le regioni del Nord avvergono presso strutture rinomate a livello nazionale e per procedure di elevata complessità, caratteristica che si riscontra nell'elevato valor medio dei DRG delle procedure effettuate più frequentemente nelle principali strutture oggetto di mobilità passiva (con valori intorno ai 20.000 € per procedure su valvole cardiache).

La mobilità verso le regioni di confine, in particolare verso Marche e Molise si caratterizza invece dalla prevalenza di procedure a bassa complessità (con range di DRG medio tra 900 e 2.000 €).

Figura 4: Distribuzione regionale dei casi di mobilità passiva di Regione Abruzzo con strutture e Interventi

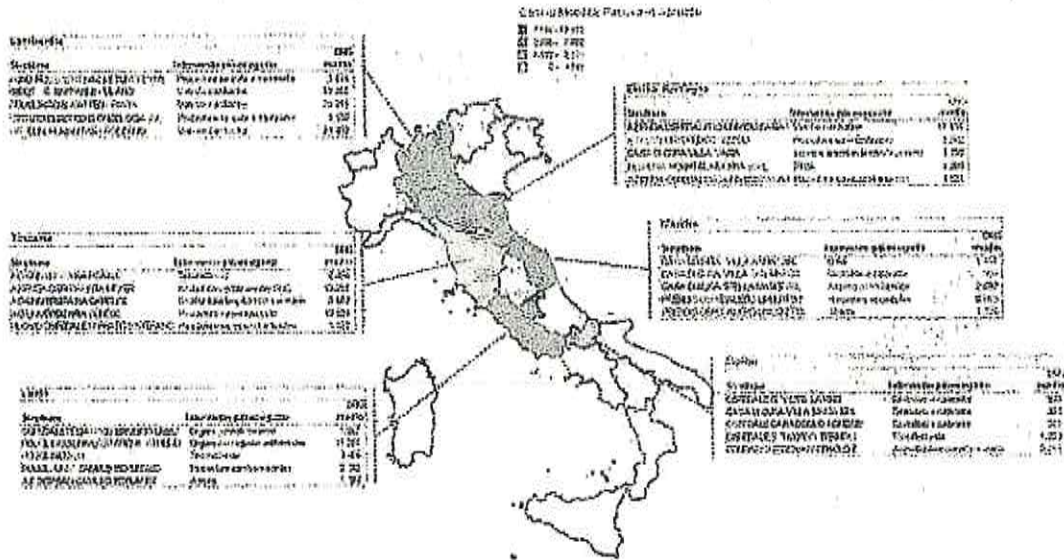


Figura 5: Valore di mobilità passiva per comune

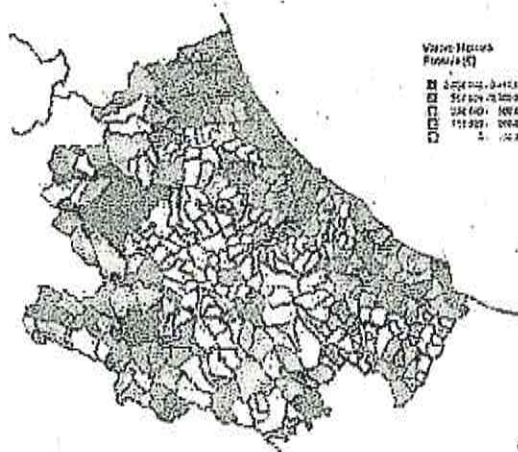


Tabella 2: Primi 10 Comuni oggetto di mobilità passiva

Comune	Casi	Valore (€)	% del Totale Valore
Perugia	2.072	8.410	61%
Torino	1.528	8.052	56%
Montecatini	1.045	4.031	4%
L'Aquila	1.500	4.471	4%
Varese	1.240	3.884	4%
Avellino	1.122	3.525	3%
Montelivano	1.021	3.450	3%
Oristano	1.003	3.440	3%
Lanciano	798	2.712	2%
Gallesano	789	2.034	2%

Figura 6: Casi di mobilità passiva per Comune sul totale della popolazione

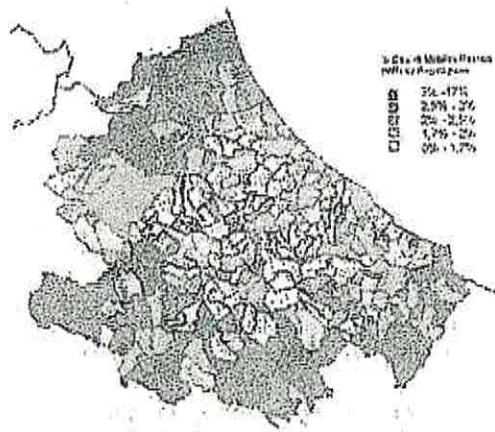


Tabella 3: Valore di mobilità passiva (MP) sul totale del valore della domanda soddisfatta

Comune	Casi	Valore (€)	Valore (MP su Tot)	
			Produzione	%
Villa Celialano	430	476.072		74%
Mattarello	1.640	4.031.418		64%
Selva di Soranzo	183	474.118		61%
Colonna	564	1.048.705		61%
Campotosto	20	215.270		56%
Fraba	20	102.212		50%
Riva di Limone	10	38.124		53%
Castiglione Messer Marino	178	452.304		48%
Belmonte	150	874.055		49%
Casagrande	41	107.527		47%

Regione Abruzzo attira pazienti provenienti principalmente dal Lazio (49% sul totale dei casi), Molise (19%), Puglia (9%) e Marche (8%). La procedura di sala più effettuata riguardano interventi di ortopedia (artroplastico del ginocchio e sostituzione dell'anca).

Figura 7: Casi di mobilità attiva per Regione sul totale della popolazione

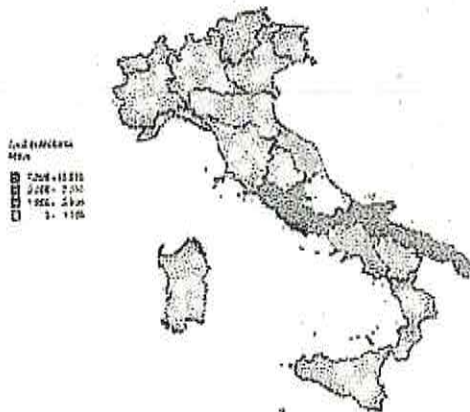
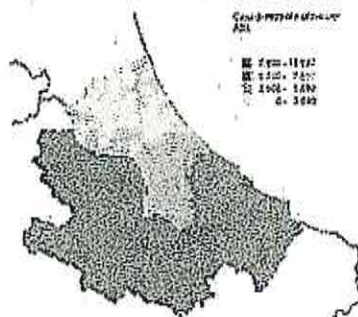


Tabella 4: Principali procedure di sala in mobilità attiva

	Casi	Valore (€000)	medio DRG (€000)	% su Tot. Valore MA
Artroplastica del ginocchio	739	6.054	8	13%
Sostituzione dell'anca	550	5.056	9	10%
Trapianto di rene	26	1.739	70	3%
Proctomia su vasi	345	1.467	4	3%
Pacemaker e defibrillatore	125	1.360	10	3%
Colonscopia	345	1.150	3	2%
Levitazione asportazione di base	233	1.042	4	2%
Chirurgia umana	357	647	2	2%

La ASL di Avezzano - Sulmona - L'Aquila e quella che riesce ad attirare più pazienti provenienti da fuori regione, assorbendo il 50% dei casi di mobilità passiva. Teramo, con 2.023 casi, il 9% del totale, è la ASL che meno attrae pazienti da fuori regione.

Figura 8: Casi di mobilità attiva per ASL e distribuzione per regione di provenienza



Riqualificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità

INTERVENTO 2.1

Con la Deliberazione Commissariale n. 45/2010 si è provveduto a ridefinire la rete ospedaliera regionale prevedendo una dotazione di posti letto ospedalieri pubblici pari a 3.688 e con DCA n. 25/2012 si è provveduto a ridefinire la rete ospedaliera privata provvisoriamente accreditata prevedendo una dotazione di posti letto ospedalieri pari a 989. Il totale dei posti letto, pubblici e privati provvisoriamente accreditati risulta pari a 4.677 con un numero di posti letto per 1.000 abitanti pari a 3,5 di cui 2,9 posti letto per acuti e 0,6 posti letto per post acuti.

La Regione Abruzzo, come evidenziato dai dati riportati nella banca dati nazionale della Griglia LEA al 12.03.2015, presenta una dotazione di posti letto ospedalieri pubblici e privati accreditati pari a 4.466. In relazione ai dati sulla popolazione abruzzese censita nell'anno 2015³⁹, pari a 1.331.574 abitanti, il numero di posti letto per 1.000 abitanti risulta pari a 3,35, di cui 2,84 posti letto per acuti e 0,51 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 i post acuti.

L'emanazione del DM 70/2015, nonché l'esigenza di riqualificare una rete ospedaliera non più adeguata rispetto al fabbisogno assistenziale della popolazione residente, rende necessaria la ridefinizione della rete di offerta ospedaliera.

Un obiettivo della Regione Abruzzo è far evolvere la rete ospedaliera secondo logiche di specializzazione delle singole strutture (attraverso la concentrazione della casistica in un numero minore di unità operative coerente con il DM 70/15) e di integrazione funzionale tra presidi con gradi decrescenti di complessità tramite lo sviluppo di protocolli concordati di trasferimento dei pazienti nella struttura più competente data la diagnosi/patologia.

La Regione Abruzzo, nel ridefinire con successivo atto la rete ospedaliera, intende organizzare secondo livelli di complessità crescente le strutture ospedaliere che erogano prestazioni in regime di ricovero ordinario per acuti, tramite un modello di reti cliniche organizzato in base alle specificità di contesto e alle vocazioni territoriali, e nello specifico:

A partire da Dicembre 2015

- ✦ 2) **Sviluppare una rete di ospedali di primo livello per garantire anche discipline di ospedali di secondo livello attraverso (a) l'identificazione di 4 presidi che costituiranno i DEA di primo livello, sede di discipline di riferimento per le Reti delle patologie complesse (PO di L'Aquila, PO di Chieti⁴⁰, PO di Pescara e PO di Teramo); (b) l'attivazione della connessione funzionale tra i PO di Chieti e Pescara al fine di assicurare le funzioni nell'ambito delle reti tempodipendenti previste per un DEA di secondo livello; (c) l'approvazione da parte della Regione di un piano di integrazione funzionale che preveda specifici protocolli operativi inerenti ruoli, competenze, responsabilità e condivisione delle informazioni tra i due presidi; (d) la previsione di uno studio di fattibilità per la realizzazione di un secondo DEA di secondo livello tra i PO di L'Aquila e Teramo con l'obiettivo di rappresentarne i costi ed il relativo cronoprogramma per la realizzazione dello stesso, anche in considerazione dei potenziali bacini di utenza delle strutture;**

Dicembre 2015

- ✦ 3) **Sviluppare una rete di ospedali di primo livello organizzativamente, tecnologicamente e strutturalmente adeguati ad erogare prestazioni nell'ambito delle discipline caratterizzate da bacini di utenza superiori a 150.000 abitanti attraverso (a) l'identificazione di 3 ulteriori presidi ospedalieri quali sede di DEA di primo livello (PO di Avezzano, PO di Lanciano e PO di Vasto);**

Dicembre 2016

- ✦ 4) **Sviluppare una rete di ospedali di base organizzativamente, tecnologicamente e strutturalmente adeguati rispetto al fabbisogno dei relativi bacini di utenza in relazione alle specialità ad ampia diffusione territoriale attraverso (a) l'identificazione di 4 presidi ospedalieri sede di PS caratterizzati dalla presenza almeno della medicina interna, chirurgia generale, ortopedia, anestesia, servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H24 di radiologia, laboratorio emoteca e posti letto di Osservazione Breve Intensiva, in seguito OBI, (PO di Sulmona, PO di Atri, PO di Giulianova e PO di S. Omero); (b) l'attivazione di due presidi ospedalieri in zona particolarmente disagiata al fine di garantire un'attività di PS con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto, attività di medicina interna e di chirurgia generale ridotta (Penne e Castel di Sangro); (c) l'approvazione da parte della Regione di un piano di integrazione funzionale degli ospedali sedi di PS e del presidio ospedaliero di zona disagiata con la rete degli ospedali di primo livello redatto dalla Direzione Strategica che preveda, tra l'altro, forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti;**

Dicembre 2015

- 5) **Sviluppare una rete di attività sanitarie territoriali con compiti complementari e di integrazione attraverso i DSB esistenti e (a) l'attivazione, previo confronto con il Ministero della Salute, di Poliambulatori specialistici di primo intervento - Urgency Room⁴¹, intesi come evoluzione dei Punti di Primo Intervento (in seguito PPI) previsti nei DM**

³⁹ Popolazione ISTAT al 01.01.2015

⁴⁰ Il PO di Chieti è stato identificato quale Polo del Cuore e Polo della Vista (DGR n.280/2015 e DGR n.766/2015).

⁴¹ La Urgency Room nasce in America proprio come alternativa al PS, proponendosi di offrire "alcune" tra le prestazioni sanitarie tipiche dell'Emergency Room (PS), ma erogate in un tempo di gran lunga minore. Nell'ambito del presente Piano, questa struttura dovrebbe offrire assistenza o cure immediate a pazienti con problemi di carattere sanitario che non necessitano di cure intensive e/o specialistiche, quali dolori addominali o al torace, febbre alta, difficoltà respiratorie, traumi o contusioni, tagli, emicranie, asse rotte e disturbi durante la gravidanza. La differenza con i Punti di Primo Intervento previsti dal DM 70/15, è l'impossibilità da parte della Urgency Room di ricoverare nel presidio ospedaliero nel quale è situata o la sua completa autonomia dal presidio ospedaliero anche per ciò che riguarda il personale in dotazione. L'Urgency Room è collegata tramite la rete di emergenza-urgenza alla struttura sede di DEA o PS che, in caso di necessità, garantisce il servizio di trasporto dei pazienti al presidio ospedaliero più vicino e adeguato. Inoltre non è necessario prendere appuntamento per effettuare le visite, resterà aperta dalle 8:00 di mattina alle 22:00 di sera, 7 giorni su 7, inclusi i festivi, e dovrà essere contattabile chiamando, sia il numero della struttura, sia il 118.

70/15; (c) la declinazione, nell'ambito dello stesso confronto, della tipologia di prestazioni erogabili direttamente dalle *Urgency Room* a seguito delle quali non è consentito il ricovero del paziente nel presidio in cui la stessa è situata, delle modalità operative per garantire la presenza di personale medico ed infermieristico a rotazione proveniente dalle unità operative DEA di primo livello e PO sede di PS e dell'integrazione funzionale delle *Urgency Room* con la rete di emergenza-urgenza che preveda tra l'altro protocolli concordati di trasferimento dei pazienti;

Dicembre 2016

- Attivare la funzione Integrazione Ospedale-Territorio presso la Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero per garantire la continuità della presa in carico in stretta collaborazione del DSB di afferenza territoriale del paziente anche attraverso (a) la pianificazione di percorsi integrati efficienti con il coinvolgimento di vari attori che accompagnino il paziente dall'ospedale fino ai *follow-up*; (b) l'attivazione di meccanismi attraverso i quali l'ospedale avvisi il MMG in modo da avviare sia il percorso territoriale che riabilitativo dopo l'evento acuto;

Dicembre 2016

- Assicurare la migliore qualità possibile, favorendo altresì gli interventi in *day surgery* o *one day surgery* di chirurgia mininvasiva in linea con le linee guida internazionali, mettendo l'*outcome* al centro del sistema attraverso (a) l'individuazione di un set di indicatori puntuali attraverso i quali ogni struttura di offerta verrà valutata; (b) la valutazione economico e normativa dell'introduzione di un sistema premiale in grado di "ricompensare" le strutture che producono esiti migliori.

La Regione, quindi, si pone l'obiettivo di rideterminare il numero complessivo delle "strutture di degenza e dei servizi" pubblici e privati che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera in coerenza con il DM 70/2015 prevedendo di attribuire alle strutture pubbliche un numero non superiore a 190 funzioni⁴² e al settore privato un numero congruo di discipline complementari con il pubblico, entro 25 funzioni, sulla base dei risultati dell'analisi comparata dei volumi di attività equivalenti fermo restando il mantenimento del numero complessivo dei posti letto per acuti attualmente operanti.

Si evidenzia, infine, che nella more della riorganizzazione della nuova rete ospedaliera, la Regione ha individuato 5 Presidi Ospedalieri (PO di Castel di Sangro, PO di Popoli, PO di Penne, PO di Ateessa e PO di Ortona) non rispondenti agli standard per la classificazione di Ospedale sede di PS. Questi presidi sono stati oggetto di uno studio approfondito che ha preso in considerazione il codice colore degli accessi stessi i tempi di percorrenza al DEA di riferimento, la completa copertura assistenziale del bacino di riferimento connesso alla disattivazione del PS e una serie di indicatori di attività ospedaliera. Di questi:

- Il PO di Castel di Sangro o il PO di Penne, in conformità con il DM 70/2015, possono essere classificati come PO in zone particolarmente disagiate;
- Il PO di Ortona⁴³ può essere classificato come Polo Ospedaliero del PO di Chieti, esclusivamente dedicato all'attività ospedaliera in elezione/programmata, con la trasformazione del pronto soccorso e la previsione di un PPI secondo quanto disciplinato dal DM 70;
- Il PO di Popoli provvederà ad erogare attività di Riabilitazione post acuto in regime di ricovero ospedaliero con PPI, in stretta integrazione e connessione funzionale con le strutture per acuti della rete ospedaliera e con le strutture territoriali;
- il PO di Ateessa verrà riconvertito in Ospedale di Comunità con annesso PPI e attività residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti e malattie cronico degenerative. Altresì verranno previste attività cliniche e di diagnostica per immagini adeguate ai fabbisogni territoriali e vocazionali della struttura riconvertita.

Per quanto riguarda le strutture di Tagliacozzo, Casoli, Pescara, Gissi e Guardiagrele (riconvertite con DCA 45/2010), si specifica che tali strutture manterranno la vocazione prevista dalla vigente programmazione regionale.

⁴² Inclusive in Riabilitazione Post-Acuzie

⁴³ La programmazione regionale intende sviluppare, inoltre, modelli organizzativi e gestionali innovativi del tipo *Week Hospital*, individuando nel Polo di Ortona un presidio vocato esclusivamente ad eseguire interventi programmati e percorsi clinici standardizzati e in elezione, in grado di garantire una gestione positiva dalle Liste di Ateessa, una valorizzazione delle risorse professionali, tecnologiche e strutturali e, nello specifico, una valorizzazione delle piattaforme logistiche già esistenti su cui sono stati indirizzati negli anni passati investimenti economici (in primo luogo le sale operatorie), finalizzati al miglioramento della qualità delle cure.

Tabella 5: Strutture abruzzesi pubbliche con volumi minimi superiori alla soglia da DM 70/2015

Interventi chirurgici per Ca mammella		Interventi chirurgici per frattura di femore		Angioplastica coronarica percutanea	
Totale Strutture erogatrici		Totale Strutture erogatrici		Totale Strutture erogatrici	
...di cui sopra soglia DM 70		...di cui sopra soglia DM 70		...di cui sopra soglia DM 70	
Struttura	Casi 2014	Struttura	Casi 2014	Struttura	Casi 2014
Ospedale civile S. Salvatore	391	Ospedale civile S. Salvatore	170	Ospedale civile Spoleto come Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	663
Ospedale di Teramo - Orlino	392	Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	122	Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	269
Ospedale civile S. Salvatore	16	Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	101	Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	1
Ospedale civile S. Salvatore	17	Ospedale civile S. Salvatore	125	Ospedale civile Spoleto come Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	1
Ospedale civile S. Salvatore	323	Ospedale civile S. Salvatore	89	Ospedale civile Spoleto come Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	7
Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	124	Ospedale civile S. Salvatore	70	Ospedale civile Spoleto come Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	201
Ospedale Spoleto	213	Ospedale civile S. Salvatore	70	Ospedale civile Spoleto come Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	201
Ospedale civile S. Salvatore	115	Ospedale civile S. Salvatore	229	Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	210
Ospedale civile S. Salvatore	131	Ospedale civile S. Salvatore	210	Ospedale civile Spoleto come Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	181
Ospedale civile S. Salvatore	124	Ospedale civile S. Salvatore	153	Ospedale civile Spoleto come Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	153
Ospedale civile S. Salvatore	122	Ospedale civile S. Salvatore	153	Ospedale civile Spoleto come Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	153
Ospedale civile S. Salvatore	175	Ospedale civile S. Salvatore	153	Ospedale civile Spoleto come Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	153
Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	270	Ospedale civile S. Salvatore	153	Ospedale civile Spoleto come Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	153
Ospedale civile S. Salvatore	161	Ospedale civile S. Salvatore	153	Ospedale civile Spoleto come Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	153
Ospedale civile S. Salvatore	264	Ospedale civile S. Salvatore	153	Ospedale civile Spoleto come Pres. osp. S. Salvatore SS, Annunziata	153

Tenendo come riferimento le soglie minime definite dal DM 70/2015 le strutture che più risultano rispettare i volumi minimi di attività sono l'Ospedale Civile San Salvatore, l'Ospedale Spoleto, l'Ospedale Civile Santo Spirito e il Presidio SS. Annunziata.

Si specifica che i volumi rappresentati in tabella non tengono conto di criteri di appropriatezza.

Tabella 6: Ruolo dei Presidi Ospedalieri nella rete emergenza e reti tempo dipendenti – bozza riorganizzazione rete ospedaliera in fase di approvazione

Denominazione struttura	Rete Emergenza	Reti ULA	Reti SU/AC	Reti Trauma
Ospedale Civile S. Salvatore - Teramo	CCA I	140	ILVELLO	CT2
Ospedale di Teramo - Orlino	PS	SPECIE	ILVELLO	
Ospedale SS. Rocco e Felice - Avezzano	CCA I	140	ILVELLO	PS1
Ospedale SS. Annunziata - Chieti	CCA I	140	ILVELLO	CT2
Ospedale S. Maria - L'Aquila	CCA I	SPECIE	ILVELLO	PS1
Ospedale S. Spirito - Viterbo	CCA I	SPECIE	ILVELLO	PS1
Ospedale S. Spirito - Pescara	CCA I	140	ILVELLO	CT2*
Ospedale S. Maria - Teramo	CCA I	140	ILVELLO	CT2
Ospedale S. Spirito - Pescara	PS	SPECIE		
Ospedale S. Spirito - Pescara	PS			
Ospedale S. Spirito - Pescara	PS			

* In considerazione della prevista attivazione della connessione funzionale fra i PO di Chieti e Pescara secondo cronoprogramma da definire come come di seguito dettagliato.

Introdurre un nuovo modello di committenza nel rapporto con gli erogatori privati

INTERVENTO 2. 2

La Regione Abruzzo presenta un'offerta ospedaliera privata accreditata con connotazione prevalentemente generalista.

Il rapporto con gli erogatori privati è caratterizzato dalla sottoscrizione di contratti che, essenzialmente, definiscono i tetti di spesa ma non declinano il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti in Regione si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia.

Un obiettivo della Regione Abruzzo è far evolvere il sistema di committenza regionale verso un modello di collaborazione pubblico privato in cui sia definito il contributo in termini di volumi, tipologia di prestazioni, con particolare attenzione anche agli esiti di queste richieste ai presidi ospedalieri privati accreditati secondo logiche che privilegino la complementarità con quanto offerto dai presidi ospedalieri pubblici.

La Regione Abruzzo, a tal fine, intende:

Dicembre 2016

- 7^o Affidare al privato un ruolo complementare rispetto agli erogatori pubblici attraverso (a) l'individuazione delle prestazioni mediche e chirurgiche di cui ha bisogno la popolazione abruzzese, abbattendo quelle inappropriate; (b) la concentrazione nelle strutture private di prestazioni individuate nel Piano delle Prestazioni; (c) la definizione di un sistema di regole per l'accesso alle strutture private che tenga conto dei volumi e della tipologia di prestazioni erogabili e delle agende delle singole strutture ospedaliere che devono essere governate e accessibili nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione Regionale; (d) la condivisione delle procedure che i privati devono erogare di concerto con il Direttore dell'ASU/ASL.

Dicembre 2016

- 8^o Assicurare la migliore qualità possibile mettendo l'*outcome* al centro del sistema attraverso (a) l'individuazione di un set di indicatori puntuali⁴⁴ su cui ogni struttura di offerta verrà valutata; (b) l'introduzione di meccanismi di incentivazione/disincentivazione rispetto agli *outcome*.

Definire una rete di emergenza-urgenza⁴⁵ reattiva rispetto al bisogno assistenziale

INTERVENTO 2. 3

Nel paragrafo "Riqualificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità" sono state declinate le caratteristiche della nuova rete in applicazione del DM/70 con la puntuale identificazione dei Presidi Ospedalieri sede di DEA e Presidi Ospedalieri sede di Pronto Soccorso e le relative discipline.

A livello internazionale si è registrato negli anni 2001 e 2011 un incremento di circa il 7% degli accessi in PS (passando da 3,15 per 1.000 abitanti a 3,35); tra l'altro, in tutti i paesi OCSE si rileva un elevato numero di accessi "non urgenti" e/o "inappropriati". Nell'anno 2014 sono stati registrati nei PS della Regione Abruzzo 533.149 accessi; di questi, circa il 91% è relativo a prestazioni erogate a pazienti residenti in Regione. Nel 71,5% l'utente si rivolge al PS per "Decisione propria" mentre l'accesso per "Intervento del 118" rappresenta il 9% circa. Si evidenzia che nell'anno 2014 alla maggior parte degli accessi è stato attribuito il codice VERDE (circa il 56% di tutti gli accessi) con una variabilità tra i vari presidi che va dal 33,5% di Chieti all' 85,9% di Castel di Sangro. Gli accessi regionali in PS con codice ROSSO sono stati l'1,5% con valori che vanno dal 0,3 % per gli Ospedali di Guardiagrele, Ortona, Castel di Sangro e Penne al 3,7% per l'ospedale di Chieti⁴⁶.

La *vision* della Regione Abruzzo in tema di emergenza-urgenza è la seguente: offrire alle persone con bisogni di cure urgenti un servizio altamente reattivo e qualificato il più vicino possibile al domicilio, riducendo al minimo i tempi di intervento e i disagi per i pazienti e le loro famiglie; garantire alle persone con bisogni assistenziali più gravi o in pericolo di vita che siano trattati in centri e strutture con le migliori competenze rispetto alla condizione clinica da trattare al fine di massimizzare la possibilità di sopravvivenza e con i migliori esiti.

La Regione Abruzzo, al fine di riqualificare la propria rete di emergenza-urgenza, intende:

Dicembre 2017

- 9^o Sviluppare l'attivazione della connessione funzionale tra i PO di Chieti e Pescara al fine di assicurare le funzioni nell'ambito delle reti tempo-dipendenti previste per un DEA di secondo livello attraverso (a) la definizione di un cronoprogramma con i relativi provvedimenti necessari; (b) l'approvazione da parte della Regione di un piano di integrazione funzionale che preveda specifici protocolli operativi inerenti ruoli, competenze, responsabilità e condivisione delle informazioni tra i due presidi;

⁴⁴ Anche con l'utilizzo di quelli previsti dal Programma Nazionale Esiti.

⁴⁵ Per definire l'urgenza o l'emergenza (come per la gravità) è indispensabile il concetto di esito che, in ambito sanitario, si riferisce alle «modificazioni delle condizioni di salute prodotte nei destinatari dagli interventi sanitari». Se l'esito in gioco è la sopravvivenza del paziente, per cui sono compromessi i parametri vitali, ed occorrono interventi immediati per garantirli, si parla di emergenza; quando, invece, occorre un intervento pronto, ma non immediato (dilatabile nel tempo), si parla di urgenza. La distinzione, dunque, risiede nei tempi di intervento necessari (oro, per quanto riguarda l'urgenza, minuti, per quanto riguarda l'emergenza) e, ovviamente, presuppone una valutazione "tecnica".

⁴⁶ Report - Accessi al Pronto Soccorso - Anno 2014 - ARS Abruzzo

Dicembre 2016

- Prevedere uno studio di fattibilità per la realizzazione di un secondo DEA di secondo livello tra i PO di L'Aquila e Teramo che abbia l'obiettivo di rappresentarne i costi ed il relativo cronoprogramma per la realizzazione dello stesso, anche in considerazione dei potenziali bacini di utenza delle strutture;

Marzo 2017

- Aumentare la capacità del SSR di supportare l'assistenza informale⁴⁷ ai pazienti affetti da patologie cronico degenerative (*self-care*) al fine di ridurre l'accesso degli stessi in PS attraverso (a) lo sviluppo di strategie per l'*empowerment* degli anziani, nonché dei *care giver*, nel campo della prevenzione, dello stile di vita e dell'automedicazione; (b) la valutazione del costo/beneficio di approvvigionamento di sistemi di auto-monitoraggio e di allerta per la somministrazione di farmaci e visite di controllo; (c) il coinvolgimento dei farmacisti territoriali come risorse di supporto all'assistenza informale;

Settembre 2017

- Indirizzare telefonicamente il paziente verso la scelta della struttura più appropriata attraverso (a) l'attivazione di un numero unico per le chiamate "non in emergenza" da attivare i diversi DSB; (b) l'apertura di appositi canali di comunicazione, aperti h24 e per 365 giorni l'anno, al fine di orientare correttamente gli assistibili che necessitano di aiuto medico "non in emergenza" attraverso il triage telefonico; (c) la definizione di procedure da attuare per l'identificazione del servizio e delle strutture più appropriate in termini di distanza, gravità e prestazione necessaria, a seconda dell'esigenza; (d) la valutazione dell'impatto economico (personale, mezzi e tecnologia);

Marzo 2017

- Riqualificare la rete delle postazioni 118⁴⁸ ed elisoccorso attraverso (a) il censimento delle attuali postazioni e del personale impiegato per ruolo e profilo; (b) la definizione del fabbisogno di postazioni sulla base di: popolazione residente, area geografica, viabilità e tempi di percorrenza, flussi migratori/turistici; (c) l'individuazione delle basi di atterraggio per il servizio di elisoccorso diurno e notturno, nelle aree caratterizzate da elevati tempi di percorrenza per raggiungere il primo DEA di primo livello; (d) la valutazione dell'investimento necessario in termini di personale, mezzi di soccorso e tecnologia;

Luglio 2016

- Riqualificare le reti tempo dipendenti (infarto, politrauma o *stroke*) in attuazione di quanto previsto dal DM 70/2015, attraverso (a) la costituzione di tavoli regionali per il monitoraggio/aggiornamento semestrale degli scenari logistico-clinici possibili⁴⁹ e dei relativi Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali (in seguito PDTA); (b) l'identificazione dei nodi coinvolti nei diversi scenari logistico-clinici; (c) la declinazione, in coerenza con quanto previsto dal DM 70/2015, dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici per ogni tipologia di nodo della rete⁵⁰; (d) la valutazione dell'impatto economico-finanziario;

Settembre 2017

- Connettere tra loro i diversi nodi della rete dell'emergenza-urgenza al fine di favorirne il coordinamento attraverso (a) la condivisione di protocolli e standard operativi tra le Centrali Operative individuate; (b) la riqualificazione della dotazione organica e delle tecnologie delle centrali operative; (c) l'adozione di un unico software gestionale⁵¹ delle centrali operative;

Dicembre 2016

- Potenziare la funzione di "filtro" per l'accesso in ospedale attraverso (a) l'attivazione presso i DSB di ambulatori poli specialistici h12 e/o h24; (b) la regolamentazione dell'accesso in strutture pubbliche e private accreditate "alternative" al ricovero ospedaliero per pazienti dimessi che non possono essere inviati a domicilio provenienti dal PS.

⁴⁷ Famiglia, associazioni di volontariato ecc.

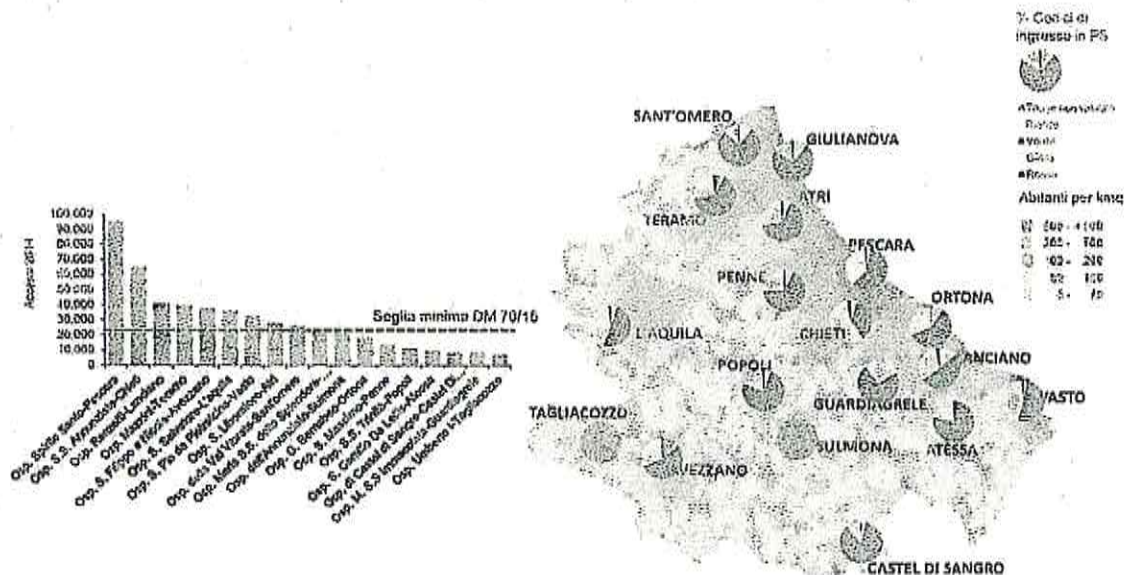
⁴⁸ Si precisa, che nell'ambito di tale riqualificazione si prevede di riconvertire alcune delle attuali centrali operative in centrali di continuità assistenziale, recuperando gli spazi, le attrezzature e le dotazioni, nel rispetto dell'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 - "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale", al fine di promuovere: 1) la centralizzazione almeno su base provinciale, delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale; 2) la condivisione con il servizio di Emergenza Urgenza, delle tecnologie e integrazione con i sistemi informativi regionali lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni 118 e della Continuità assistenziale.

⁴⁹ Cardiologi e i Medici dell'Urgenza abruzzesi hanno già condiviso i loro protocolli allo scopo di elaborare un documento unificato per la gestione logistica e terapeutica del paziente affetto da Sindrome Coronarica Acuta nel territorio regionale. Pertanto, i possibili tre scenari logistico-clinici dello STEMI ed i possibili tre scenari logistico-clinici del NSTEMI/Angina Instabile, i comportamenti da seguire nel quadro di un sistema di rete, possono essere schematizzati come segue: STEMI sul territorio soccorso con ambulanza e invio di ECG in telemedicina a UTIC HUB, con indicazione a PCI primaria; STEMI in PS sprovvisto di UTIC e/o cardiologo; STEMI in PS con UTIC SPOKE e/o cardiologo di guardia; SCA NSTEMI/UA sul territorio, soccorso con ambulanza e invio di ECG in telemedicina a UTIC HUB, con indicazione a trasferimento in UTIC HUB o SPOKE; SCA NSTEMI/UA in PS sprovvisto di UTIC e/o cardiologo; SCA NSTEMI/UA in PS con UTIC SPOKE e/o cardiologo di guardia.

⁵⁰ In particolare in merito al 118 verrà previsto la gestione delle disponibilità di posti letto con obbligatorietà di aggiornamento da parte delle Aziende Sanitarie, l'integrazione 118-PS, il potenziamento comunicazioni radio (Gms e Umts) e la gestione integrata delle flotte comprensiva del convenzionati/volontari.

⁵¹ Lo studio di fattibilità dovrà anche valutare il costo/beneficio relativo alla creazione di un sistema che renda completamente integrabili tra di loro i software gestionali attualmente disponibili, in modo da avere un totale cambio di informazioni tra i programmi.

Figura 9: Accessi 2014 in Pronto Soccorso e % del codici di ingresso di Triage per struttura



Uno dei parametri sul quale il DM 70/15 definisce la funzione di Pronto Soccorso è il numero minimo di accessi appropriati, ponendo una soglia di 30.000 accessi. Dei 18 Pronto Soccorso abruzzesi solo 11 superano questa soglia. Si specifica che i volumi rappresentati in tabella non tengono conto di criteri di appropriatazza.

Figura 10: Aree disagiate



Figura 11: Altitudine



Figura 12: Bacini

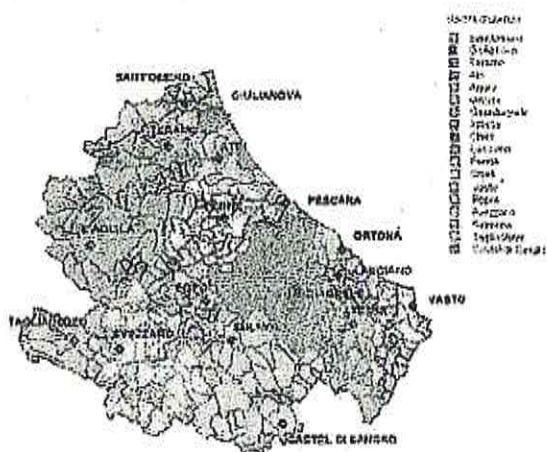


Tabella 7: Popolazione afferente ai bacini d'utenza

Bacino	Popolazione
Pescara	223.148
Civita	169.239
Avezzano	108.221
L'Aquila	95.992
Santomero	92.820
Vasto	87.409
Teramo	83.403
Lanciano	68.206
Atri	50.921
Pescina	48.530
Giulianova	47.031
Guardiafregole	34.411
Sulmona	43.439
Ortona	39.904
Ateessa	39.546
Tagliacozzo	33.218
Castel di Sangro	22.003
Popoli	18.829
Totale	1.307.205

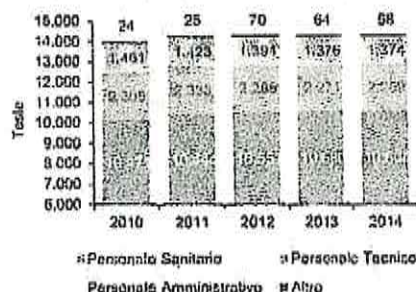
Investire in selezione, formazione e valutazione delle risorse umane

OBBIETTIVO 3

La Regione Abruzzo, riguardo al Personale delle Aziende Sanitarie, dopo un primo periodo caratterizzato dal blocco del turnover e dalla rimodulazione degli atti aziendali a seguito del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e dell'applicazione degli standard del tavolo LEA per le strutture semplici e complesse, al fine di attuare una corretta gestione delle risorse umane ha provveduto a fornire con il Decreto Commissariale n. 49/2012 delle Linee di indirizzo regionali in ordine alla determinazione delle dotazioni organiche da parte delle UU.SS.LL.

A tal proposito, sono state fornite indicazioni generali a tutte le Aziende onde far sì che il processo di rideterminazione della dotazioni prendesse le mosse da principi e criteri omogenei ed unitari che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle varie realtà aziendali, potessero comunque garantire una base comune di riferimento applicativo. In tale contesto il personale dipendente a tempo indeterminato al 31.12.2014 è pari a 14.305 unità, valore pressoché costante dal 2012.

Gráfico 21: Evoluzione del personale dipendente a tempo indeterminato



Il personale a tempo indeterminato della Regione Abruzzo al 2014 è pari a 14.305 unità. Il 73% è rappresentato da Personale Sanitario, il 18% da Personale Tecnico e il 10% da Personale Amministrativo.

Fonte: Dati Conto Annuale - Tabella 1

Nell'ultimo anno si è rilevato un decremento del personale a tempo determinato (passato da 774 dipendenti del consuntivo 2014 a 619 del quarto trimestre 2015⁵²) in coerenza con una riduzione delle attività ospedaliere (-3,6% delle giornate di degenza ordinaria e -2,9% degli accessi in *day hospital*) coerentemente alla programmazione regionale.

La Regione Abruzzo, nel riqualificare l'investimento in personale formato⁵³ ed in formazione delle risorse umane, intende collegare all'unità operativa di competenza, la quantità/qualità (esiti) di prestazioni erogate e adottare meccanismi di valutazione delle performance che tengano conto della produttività dei singoli professionisti e delle stesse unità operative.

La Regione Abruzzo vuole investire nello sviluppo delle competenze delle proprie risorse umane e, per realizzare questo obiettivo intende:

1. Favorire il processo di riqualificazione del SSR facilitando i meccanismi di comunicazione interna, ristrutturando le modalità di monitoraggio e pianificazione della formazione e rinforzando la collaborazione con Università ed Istituzioni nazionali e internazionali;
2. Collegare alla singola unità operativa la quantità/qualità (esiti) di prestazioni erogate⁵⁴ al fine di determinare il fabbisogno di personale sulla base delle reali necessità così da garantire i servizi di assistenza al paziente in coerenza con la nuova programmazione;
3. Adottare meccanismi di valutazione delle performance del personale dipendente basati su indicatori relativi alla quantità di prestazioni erogate, agli esiti delle cure ed, anche, al livello di soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie.

⁵² Con Decreto Commissariale n. 5/2015, la Regione, come richiesto dal Tavolo di monitoraggio (verbale del 20.11.2014), ha modificato il Programma Operativo 2013-2015 - DCA 112/2013 nell'ambito dell'intervento 9 "Personale", Azione 4 "Ulteriori interventi di contenimento dei costi del personale per recepimento di normativa nazionale" prevedendo che "per quanto riguarda le forme di lavoro flessibile (on-site) la spesa che le ASL potranno sostenere per i contratti in questione (...) per l'anno 2015 non può superare il 50% di quella sostenuta per lo medesima finalità nel 2009, con la facoltà per ciascuna ASL di determinare se e quanto ridurre la spesa relativa ad ogni singola tipologia contrattuale fermo restando il definito obiettivo di riduzione del 50% della spesa complessiva sostenuta dal 2009". Tale atto, in assenza di un atto generale di assenso organizzativo del personale in servizio, ha vincolato l'azione delle Direzioni Generali che negli anni, hanno attinto a tali tipologie contrattuali di lavoro per porre rimedio alle strutturali carenze organizzative.

⁵³ Attraverso l'assunzione del personale necessario per rispondere al fabbisogno di assistenza di cui, in primo luogo, nel capitolo "Gestire i pazienti cronici il più possibile a domicilio" e "Riqualificare la rete ospedaliera puntando su sicurezza ed efficienza".

⁵⁴ Si specifica che per alcune tipologie di servizio (ad esempio guardia medica, turno di reperibilità ecc.) per numero di prestazioni eseguite si potrà fare riferimento, ad esempio, alle ore lavorate.

Programmare percorsi formativi del personale a garanzia della qualità dei servizi

INTERVENTO 3.1

Con il Piano formativo regionale ECM 2015, la Regione Abruzzo, declina linee guida ed obiettivi formativi del SSR distinguendo quest'ultimi in: tecnico-professionali, di processo e di sistema (in seguito "Obiettivi Formativi"), coerentemente con quanto previsto dalla Commissione nazionale per la formazione continua.

Ad oggi, ipotizzare che l'aggiornamento delle competenze dei singoli non si sviluppi coerentemente con le scelte strategiche di cui al presente Piano sarebbe, per la Regione Abruzzo, poco ragionevole. Il livello di complessità che caratterizza l'evoluzione programmata delle cure nonché dell'organizzazione complessiva del SSR (a seguito della eventuale fusione delle 4 attuali ASL) comporta la necessità di investire nella formazione del personale.

La Regione Abruzzo, riprogrammando la formazione, intende favorire il processo di riqualificazione del SSR facilitando i meccanismi di comunicazione interna anche attraverso l'identificazione di un'apposita figura (il *mentor* aziendale), ristrutturando le modalità di monitoraggio e pianificazione della formazione e rinforzando la collaborazione con Università ed Istituzioni nazionali e internazionali.

Per rispondere a tali esigenze, la Regione Abruzzo intende:

Dicembre 2016

- Valutare la fattibilità ai sensi della normativa vigente di identificare presso gli uffici di formazione un *mentor*⁵⁴ aziendale attraverso (a) la verifica sulla base della normativa vigente dell'*iter* normativo da seguire per l'istituzione del ruolo del *mentor*; (b) l'istituzione della figura del *mentor* in Regione Abruzzo; (c) l'approvazione dell'anagrafica del *mentor* aziendali distinti per categoria professionale e per anzianità di servizio (al fine di garantire, anche al *mentor*, la possibilità di avere un confronto con dei *senior mentor*); (d) l'identificazione di momenti di confronto trimestrali tra Regione, Agenzia Sanitaria, Direzione generale dell'ASU/ASL ed i *senior mentor*, e, semestrali con i *mentor*, al fine di condividere: obiettivi regionali, relativi Obiettivi Formativi, modalità di realizzazione degli obiettivi e principali risultati raggiunti, nonché proposte di eventuali modifiche e/o integrazioni in tema di formazione consentite ai *mentor*; (e) l'approvazione di un documento predisposto dalla Direzione Generale dell'ASU/ASL in merito a meccanismi di identificazione del *mentor* e di assegnazione del personale, formazione specifica per assolvere alla propria funzione, meccanismi per un'eventuale revoca della funzione specifica; (f) la definizione di una procedura *ad hoc* per la richiesta alla Direzione Generale dell'ASU/ASL di formazione specifica da parte del singolo attraverso l'ufficio di formazione (che preveda anche la necessità di sentire il *mentor*);

Settembre 2017

- Aggiornare l'anagrafica unica regionale del personale dipendente del SSR dettagliando, per ciascun dipendente, (a) ruolo, profilo, età, anzianità lavorativa, Centro di rilevazione⁵⁵ (in seguito CRIL) di assegnazione, specializzazione e mansioni; (b) la declinazione degli Obiettivi Formativi approvati dal Direttore Generale dell'ASU/ASL; (c) il catalogo dei corsi obbligatori per categoria professionale ed Obiettivo Formativo approvati dalla Regione, su proposta del Direttore Generale dell'ASU/ASL; (d) l'elenco dei corsi di formazione a cui il singolo ha partecipato e quelli a cui deve partecipare, con indicazione dei corsi attivati su richiesta del singolo dipendente, sentito il *mentor*, attraverso l'ufficio di formazione;

Luglio 2017

- Istituire collaborazioni con le Università e le Istituzioni nazionali ed internazionali per la formazione del personale mediante (a) accordi con le più importanti Università (facoltà e centri di ricerca) e Istituzioni (ospedali, *policy makers*) in coerenza con gli Obiettivi Formativi e le scelte strategiche della Regione; (b) l'organizzazione di periodi di formazione *on the job* nelle Università ed Istituzioni nazionali e internazionali per favorire la crescita teorica e pratica.

⁵⁴ La figura del *mentor* aziendale ha l'obiettivo di facilitare la comunicazione tra la Regione ed il personale dipendente, da un lato, rappresentando agli operatori a livello locale gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale (di cui al presente Piano) e, quindi, gli Obiettivi Formativi ad essa collegati e, dall'altro, ricevendo *feedback* sulla coerenza tra i percorsi formativi intrapresi e le aspettative dei singoli.

⁵⁵ Per Centro di Rilevazione s'intende l'oggetto minimo a livello regionale rispetto al quale sono raccolte, per destinazione, le informazioni relative ad attività o variabili produttive, ricavi, costi o margini operativi. Il Piano del CRIL: definisce un insieme sistematico e omogeneo a livello regionale di oggetti di rilevazione per destinazione delle informazioni gestionali, di controllo di gestione e di contabilità analitica; non ha la finalità di costituire un modello riferimento organizzativo per la Azienda, né definisce una gerarchia di "centri di responsabilità" cui ricondurre ciascun centro di costo aziendale.

Legare il fabbisogno di personale ai livelli di produzione

INTERVENTO 3. 2

La riduzione di spesa per il Personale prevista (-1,4% rispetto alla spesa dell'anno 2004) ha inciso concretamente sulla dotazione organica delle Aziende Sanitarie della Regione, con ripercussioni in termini di inefficienze del sistema. La Regione ad oggi, registra circa 31 €/Mln sotto il tetto di spesa previsto. Il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con gli aggiornamenti della Legge di Stabilità 2015 ha definito inoltre, che, anche le Regioni virtuose, caratterizzate da un equilibrio economico, non sono esulate dal raggiungimento del tetto di spesa prefissato. Tale obiettivo consentirà all'ASU/ASL di conseguire gli standard previsti dal Decreto n. 49/2012.

Il necessario potenziamento dell'assistenza territoriale di cui al capitolo "Gestire i pazienti cronici il più possibile a domicilio", nonché l'applicazione del DM 70/2015 di cui al capitolo "Riqualificare la rete ospedaliera puntando su sicurezza ed efficienza" comporta la necessità di rivedere in modo strutturato le modalità di determinazione del fabbisogno del personale nonché di ri-assegnazione dello stesso.

Un obiettivo della Regione Abruzzo è quello di collegare alla singola unità operativa la quantità di prestazioni erogate al fine di determinare il fabbisogno di personale sulla base delle reali necessità garantendo i servizi di assistenza al paziente, in coerenza con la nuova programmazione.

La Regione Abruzzo, al fine di programmare il fabbisogno di personale in coerenza con i requisiti di autorizzazione e di accreditamento, i livelli di produzione ed il *turnover*, intende:

Dicembre 2016

- ❖ Rivalutare il fabbisogno di personale, anche a fronte del nuovo riassetto della rete ospedaliera di cui al presente Piano ed alle recenti evoluzioni normative in merito al riposo obbligatorio⁵⁷, ed individuare dei potenziali margini di efficientamento, attraverso (a) l'identificazione del piano dei CRIL per l'allocazione del personale che consenta il collegamento dello stesso all'attività erogata; (b) la determinazione del fabbisogno di personale in relazione alle attività erogate ed alla normativa vigente, anche a fronte delle peculiarità aziendali in termini di *layout* delle strutture, distribuzione delle stesse sul territorio e altre dimensioni di analisi determinanti per la quantificazione dei fabbisogni; (c) l'identificazione di eventuali possibili aggiornamenti delle disposizioni regionali che supportino l'ASU/ASL in iniziative di efficientamento a livello locale⁵⁸;

Dicembre 2016

- ❖ Ridefinire la quantità di personale necessario per CRIL attraverso (a) la determinazione del personale per ruolo, profilo e specializzazione (ove necessario) necessario per CRIL; (b) la previsione di mobilità, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Introdurre un nuovo sistema di valutazione e valorizzazione delle risorse umane

INTERVENTO 3. 3

Il decreto legislativo 150 del 2009 ha posto le basi per l'implementazione di una valutazione delle performance finalizzata all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, di efficienza, trasparenza e valorizzazione del merito.

A fronte di una spesa per il personale di 775,4 €/min, 22,9 €/min⁵⁹ sono destinati al trattamento accessorio.

La Regione Abruzzo si prefigge di adottare meccanismi di valutazione delle *performance* del personale dipendente basati su indicatori *ad hoc* relativi sia alla quantità di prestazioni erogate, agli esiti delle cure (coerentemente con il Piano Nazionale Esiti) ed, eventualmente, al livello di soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie in coerenza con quanto previsto dal DCA 72/2015⁶⁰.

⁵⁷ Legge 30 ottobre 2014, n. 161. Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis. (14G00174) (GU Serie Generale n.261 del 10-11-2014 - Suppl. Ordinario n. 83). Con l'art. 14 viene riallinita la nostra giurisprudenza agli altri paesi della CE in materia di orario di lavoro e durata dei riposi anche per i medici e il personale sanitario. In particolare, la legge prevede come minimo 11 ore consecutive di riposo giornaliero, massimo 48 ore di lavoro settimanale, compreso lo straordinario, 24 ore di riposo settimanale e almeno 4 settimane di riposo annuale.

⁵⁸ A tal fine, la Regione ha avviato una specifica attività di ricognizione del personale in servizio presso le ASL ed ha implementato un modello per la determinazione del fabbisogno di personale sulla base dell'applicazione dei requisiti normativi (DCA 49/2012). Dalle prime evidenze, emerge un potenziale minore fabbisogno di personale ospedaliero rispetto all'attuale a fronte della riorganizzazione delle unità operative semplici e complesse e della concentrazione della casistica volta a favorire logiche di specializzazione delle singole strutture. Rimangono da approfondire insieme alle ASL alcuni fattori organizzativi che impattano sul fabbisogno. Il fabbisogno di personale potrebbe aumentare a fronte della verifica di: quota parte di personale che si avvale di specifiche condizioni (L. 104/92, prescrizioni), possibilità di inserire in modo produttivo tale risorse nell'organizzazione dei presidi eventualmente mediante specifici ausili, carattere di temporaneità della condizione, possibilità di rivedere i processi aziendali di valutazione della condizione e di coerenza attività svolta - condizione, condivisione delle informazioni sul personale in oggetto. Il fabbisogno, viceversa, potrebbe ulteriormente ridursi a fronte di interventi di efficienza operativa sia nella gestione del personale (accorpamenti unità operative con pochi posti letto) sia dei percorsi di ricovero e quindi delle degenze medie o dell'appropriatezza. Tale contesto crea le condizioni per cui si possa da un lato prevedere la sostituzione a regime ridotto di personale ospedaliero e dall'altro prevedere un aumento delle assunzioni per l'attuazione di nuovi servizi sviluppati sul territorio.

⁵⁹ Elaborazioni da Conto Annuale 2014 - Tabella 15.

⁶⁰ Coerentemente alle Linee di Indirizzo per le ASL per la rideterminazione dei fondi per la contrattazione Integrativa aziendale.

Per fare questo, la Regione intende:

Settembre 2017

- Attivare un sistema strutturato di rilevazione della soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie attraverso (a) la declinazione di una metodologia per la valutazione della qualità percepita dai cittadini (*customer satisfaction*)⁶¹, coerentemente con quanto previsto dal presente Piano; (b) l'analisi dei risultati emersi dalle valutazioni dei cittadini al fine di definire il percorso che si intende seguire, il ruolo degli attori coinvolti, la gestione della comunicazione interna ed esterna relativa al progetto, il raccordo tra le rilevazioni ed i processi decisionali ed i sistemi gestionali;

Settembre 2018

- Identificare ed assegnare gli obiettivi per unità operativa attraverso (a) la definizione di una metodologia per la declinazione degli obiettivi e successiva valutazione degli stessi basata sulla quantità delle prestazioni erogate e sull'esito delle cure; (b) l'analisi dei risultati rivanti dal Piano Nazionale Esiti (in seguito PNE⁶²) al fine di valutare correttamente la produttività relativa alle singole unità operative condizionata da diverse variabili (es. tecnologia, personale impiegato, ecc.); (b) l'assegnazione degli obiettivi per unità operativa da parte del Direttore generale dell'ASU/ASL; (c) l'istituzione di un Nucleo di valutazione indipendente e multidisciplinare che certifichi a livello regionale la coerente applicazione della metodologia approvata dalla Regione;

Dicembre 2017

- Riquilibrare il sistema di assegnazione dei premi di risultato attraverso (a) la definizione di un peso per ogni tipo di obiettivo e di indicatori e *target* quantitativi che ne descrivano l'esito (tenendo conto delle metodologie di cui ai punti precedenti); (b) la dichiarazione dei criteri di stanziamento delle quote individuali del fondo in modo proporzionale al peso di ciascun obiettivo e al risultato ottenuto, in totale trasparenza; (c) la gestione delle eccellenze con percorsi di crescita differenziati ed esperienze professionali specializzanti.

⁶¹ La capacità di rispondere in modo appropriato ai bisogni dei cittadini più esigenti, meglio informati, portatori di interessi sempre nuovi, costituisce una delle priorità e delle sfide maggiori per il miglioramento delle amministrazioni pubbliche. L'esigenza non è soltanto quella di avere servizi di qualità, ma di recuperare la fiducia stessa dei cittadini e di dare nuova legittimazione sociale all'azione pubblica. Se il primo criterio di valutazione di questa capacità è il miglioramento del grado di soddisfazione dei cittadini e delle imprese nei confronti delle amministrazioni, lo strumento più appropriato ed efficace per misurarlo è l'indagine di *customer satisfaction*, una metodologia largamente adottata nel settore privato e di recente diffusione anche fra le amministrazioni pubbliche.

⁶² La misura di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di *auditing* clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN; PNE non produce classifiche, graduatorie, pagelle, giudizi.

Accelerare investimenti in infrastrutture e tecnologie

OBBIETTIVO 4

La Regione Abruzzo, dopo il parere positivo e definitivo del Nucleo di Valutazione degli Investimenti del Ministero della salute, si appresta a sottoscrivere l'Accordo di Programma relativo al Programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria - art. 20 L.67/88 - in attuazione delle disposizioni della L. 77/09 art. 4 comma 6 (di seguito AdP) che prevede un impegno di spesa pari a complessivi 371,5 €/Mln, di cui 228,5 €/Mln come residuo art. 20 L. 67/88 a carico del Bilancio dello Stato, per il rinnovo principalmente del parco strutturale ospedaliero che presenta attualmente un livello di sicurezza non adeguato agli standard previsti (in termini di normativa sismica, di requisiti strutturali minimi e di normativa antincendio) ed il potenziamento e ammodernamento del parco tecnologico.

Il recepimento del DM n. 70/2015 comporta la necessità di una riqualificazione degli investimenti programmati, in coerenza con quanto previsto dal presente Piano nei capitoli "Gestire i pazienti cronici il più possibile a domicilio" e "Riqualificare la rete ospedaliera puntando su sicurezza ed efficienza".

L'obiettivo regionale del prossimo triennio è quello di avviare la realizzazione di una rete moderna di ospedali pubblici (caratterizzata da layout adeguati) e sicuri (in termini di rischio antisismico), coerenti con la programmazione prevista nel presente Piano e dotati di tecnologie avanzate rispetto al fabbisogno di prestazioni della popolazione assistibile.

Per quanto riguarda gli investimenti pubblici in strutture e tecnologia, nel prossimo triennio sarà necessario:

- Aggiornare gli obiettivi previsti dall'AdP per il rinnovo della rete ospedaliera a seguito del terremoto del 2009, relativamente agli ospedali che oggi non sono sicuri in termini di tenuta antisismica, sulla base della riorganizzazione della rete di offerta oggetto del presente Piano;
- Indentificare nell'ambito del Fondo Sanitario Regionale (ovvero nella quota di finanziamento corrente) anche la quota da destinare all'acquisto di nuove tecnologie necessarie alle attività ospedaliere e territoriali anche per lo sviluppo della telemedicina⁶³ e della sanità digitale⁶⁴;
- Adottare strumenti finanziari alternativi rispetto ai finanziamenti pubblici in conto capitale (c.d. *Public and Private Partnership*, in seguito PPP) da destinare a progetti come l'assistenza domiciliare tele assistita da implementare in tutta la Regione (*Social Impact Bond*⁶⁵).

Garantire strutture sicure, moderne e dotate di tecnologia all'avanguardia

INTERVENTO 4.1

La Regione Abruzzo presenta un'elevata sismicità, tanto che nessun comune si trova in una zona a rischio minimo. La situazione è diventata ancora più critica dopo il terremoto del 6 Aprile 2009 che ha investito L'Aquila e i territori limitrofi causando, oltre che un elevato numero di vittime, ingenti danni strutturali. La quasi totalità delle strutture sanitarie abruzzesi, inoltre, presenta un elevato rischio sismico.

L'accesso al finanziamento richiesto con il "Programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria della Regione Abruzzo - art. 20 L. 67/88 - attuazione disposizioni L. 77/09 art. 4, comma 6" destinato alla costruzione di cinque nuovi ospedali in sostituzione di quelli ad oggi presenti, ed altri interventi sia sulla rete ospedaliera che territoriale, deve essere visto anche nell'ottica delle mutate condizioni di emergenza e straordinarietà dell'intervento originario e del nuovo assetto della rete di offerta ospedaliera previsto nel presente Piano, ed in considerazione dell'attuale dotazione tecnologica delle strutture esistenti.

La Regione Abruzzo intende utilizzare il finanziamento ottenuto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e dal Ministero della Salute anche attraverso l'aggiornamento degli obiettivi dell'AdP sottoscritto, per costruire nuovi

⁶³ I settori su cui si intende intervenire con azioni e progettualità connesse all'impiego della telemedicina sono i seguenti:

- Emergenza Urgenza, in forza del rilevato fabbisogno in termini di gestione delle reti per patologie tempo dipendenti e con l'intento di abbattere la relativa tempistica di intervento anche al fine di aderire agli standard nazionali sull'ultime target di diretta valutazione nell'ambito dello Schema di Certificazione Adempimenti LEA;
- Assistenza domiciliare e residenziale, in forza della incombente incidenza epidemiologica per pazienti anziani non autosufficienti e cronici e degli indirizzi programmatici per il nuovo Piano di Riqualificazione del Servizio Sanitario Abruzzese che, per l'appunto, intende riqualificare l'assistenza domiciliare investendo in tecnologia (telemedicina);
- Cure palliative e terapia del dolore poiché, nell'ambito della valutazione LEA 2014 di cui alla recente certificazione, si raccomanda l'adozione di iniziative di riorganizzazione dell'assistenza e di implementazione dei percorsi, al fine di garantire il pieno raggiungimento degli standard in parola;
- Anatomia Patologica per gli aspetti connessi alla rilevata necessità di adeguare il parco tecnologico e le tecniche evolute connesse alle diagnosi di patologie ed alto impatto clinico assistenziale oltre che alla possibilità di ottenere rilevazioni in "second opinion" in tempi rapidi garantendo una migliore esattezza nella valutazione.

⁶⁴ I settori su cui si intende intervenire con azioni e progettualità connesse all'impiego di soluzioni in tema di sanità digitale riguardano, principalmente, lo sviluppo di un Sistema Informativo Unico per quanto riguarda la gestione del paziente e un Sistema Integrato Unico dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione.

⁶⁵ Il *social impact bond*, conosciuto anche come *Pay for Success Bond*, è uno strumento finanziario finalizzato alla raccolta, da parte del settore pubblico, di finanziamenti privati. La remunerazione del capitale investito tramite questi strumenti è agganciata al raggiungimento di un determinato risultato sociale. In un modello di *Social Impact Bond* realizzato corollatamente, il raggiungimento del risultato sociale previsto produrrà infatti un risparmio per la Pubblica Amministrazione e quindi un margine che potrà essere utilizzato per la remunerazione degli investitori.

ospedali in linea con la programmazione attuale e garantire alle strutture esistenti la sicurezza e lo stesso livello di tecnologie all'avanguardia.

La Regione, al fine di utilizzare il finanziamento destinato al Programma straordinario di investimenti per il rinnovo della rete ospedaliera coerentemente con la nuova programmazione, intende:

Marzo 2017

- Migliorare la rete materno infantile anche attraverso (a) il potenziamento dei punti nascita operativi a seguito della riorganizzazione;

Marzo 2017

- Aggiornare gli obiettivi del Programma straordinario in coerenza con il presente Piano attraverso (a) il monitoraggio della parte di investimento già utilizzato al fine di ridurre al minimo il rischio di un'eventuale spreco di risorse; (b) l'individuazione del numero di nuovi ospedali da costruire e degli interventi di messa in sicurezza di quelli esistenti, in coerenza con il nuovo assetto della rete ospedaliera; (c) la revisione degli interventi di potenziamento del territorio e dell'emergenza-urgenza in coerenza con gli interventi portati a termine e la programmazione regionale; (d) l'individuazione di investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico delle strutture esistenti;

Marzo 2017

- Identificare le priorità di intervento in base al nuovo assetto individuato, attraverso (a) l'identificazione degli interventi strutturali, ritenuti prioritari (cantieri), che la Regione intende attivare nel breve periodo sulla rete ospedaliera e sulla rete territoriale; (b) il censimento puntuale della dotazione tecnologica dell'ASU/ASL al fine di identificare il fabbisogno tecnologico; (c) l'individuazione, attraverso il gruppo di lavoro regionale sull'*Health Technology Assessment* di concerto con la Direzione Generale dell'ASU/ASL, degli investimenti prioritari in tecnologia, necessari per rispondere al meglio alle esigenze dei pazienti.

Si precisa che la Regione intende recapitare, nel percorso di sviluppo del sopracitato AdP, le prescrizioni del Nucleo di Valutazione del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Effettuare investimenti mirati per garantire una risposta immediata al bisogno di salute

INTERVENTO 4.2

La Regione Abruzzo è caratterizzata da prestazioni con elevati tempi di attesa, soprattutto per alcune prestazioni di diagnostica per immagini. Con il Decreto Commissariale n. 22/2014, la Regione Abruzzo ha formalizzato una procedura di acquisto delle grandi apparecchiature che consente da un lato, una più attenta pianificazione delle spese per investimenti per soddisfare il fabbisogno di ciascuna rete di assistenza regionale, dall'altro, permette di sviluppare maggiori volumi di prestazioni in grado di ridurre i tempi di attesa.

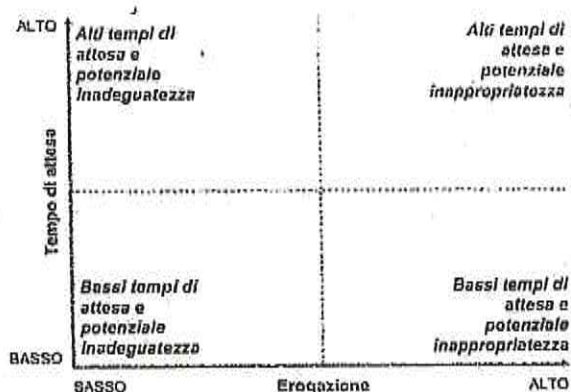
La Regione Abruzzo intende offrire ai propri cittadini una risposta immediata al bisogno di salute relativo soprattutto alle prestazioni che presentano alti tempi di attesa e potenziale inadeguatezza (prestazioni diagnostiche) riducendo al minimo le liste di attesa e garantendo un elevato livello tecnologico.

Marzo 2017

La Regione, al fine di garantire una risposta veloce al bisogno di salute del cittadino ed il rinnovamento del proprio parco tecnologico, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni di diagnostica per immagini, intende identificare, nell'ambito del Fondo Sanitario Regionale (in seguito FSR), una quota di finanziamento corrente destinato a (a) potenziare le tecnologie in saturazione, verificando preventivamente la produttività del macchinari; (b) potenziare eventualmente la dotazione organica (ad es. valutando il ricorso ad assunzioni di personale dedicato ovvero l'utilizzo del meccanismo delle prestazioni aggiuntive, a garanzia dell'economicità e del livello di servizio ove già in saturazione).

Box 5 - Le dimensioni del "problema" tempi di attesa

Tutti i sistemi sanitari, anche quelli di riferimento, presentano, in alcune aree, elevati tempi di attesa che possono essere considerati quasi fisiologici in un sistema che prevede l'accesso universale alla cura. I tempi di attesa presentano caratteristiche di elevata complessità in quanto alla loro formazione concorrono numerosi fattori, riconducibili sia alla domanda sia all'offerta di prestazioni sanitarie⁶⁰. Per meglio comprendere le azioni da compiere si consideri di incrociare due dimensioni: il "quanto erogato" e il "quanto atteso"



Al fine di governare i tempi di attesa la Regione Abruzzo deve concentrare i suoi interventi sulle seguenti situazioni:

Situazioni in cui elevati tempi di attesa caratterizzano prestazioni i cui livelli di domanda soddisfatta sono inferiori rispetto a valori "normali" per le Regioni non in Piano di rientro ("alti tempi di attesa e potenziale inadeguatezza");

Situazioni in cui elevati tempi di attesa caratterizzano prestazioni i cui livelli di domanda soddisfatta sono superiori rispetto a valori "normali" per le Regioni non in Piano di rientro ("alti tempi di attesa e potenziale inappropriatozza").

A seguire alcune possibili proposte di interventi da attuare al fine del contenimento e della razionalizzazione dei tempi di attesa.

Nell'area che prevede "alti tempi di attesa e potenziale inappropriatozza" si concentra l'over-prescrizione. In quest'area è necessario capire come mai ci siano prestazioni che vengono prescritte in quantità maggiore rispetto a ciò che è "normale" nelle Regioni non in Piano di Rientro intervenendo con azioni sui medici prescrittori al fine di governare la domanda (es. budget M/G), con l'applicazione corretta delle classi di priorità da parte del M/G, con il miglioramento della gestione della agenda⁶¹, con controlli di coerenza tra il quanto diagnostico e le prestazioni contenute nella ricetta al fine di verificarne l'appropriatezza, con l'adozione di meccanismi che non consentano prenotazioni multiple per una prestazione di una specifica ricetta (es. uso di ricetta elettronica), con l'attivazione di operazioni una tantum mediante l'estensione di agenda su slot attualmente non previsti (es. tarde serata, weekend, ecc...) per tamponare il fenomeno e con l'integrazione del CUP con la agenda della componente privata dell'offerta.

L'area che prevede "alti tempi di attesa e potenziale inadeguatezza" è quella in cui occorrerebbe effettuare investimenti al fine di ampliare le agende sugli spazi che, in via teorica, non dovrebbero essere occupate da attività per interni incrementando la produttività dei macchinari o, ove già in saturazione, potenziando le tecnologie e incrementando la produttività del personale e, ove strettamente necessario, prevedendo opportuni potenziamenti di organico (ad es. valutando il ricorso ad assunzioni di personale dedicato ovvero l'utilizzo del meccanismo delle prestazioni aggiuntive, a garanzia dell'economicità e del livello di servizio). Sarebbe opportuno, poi, sviluppare l'assistenza per patologia/procedura attualmente inadeguate e porre in essere azioni sui medici prescrittori per evitare che l'incremento dell'offerta porti ad un incremento della domanda.

L'area che prevede "bassi tempi di attesa e potenziale inappropriatozza" dovrebbe essere l'area in cui si concentra l'opportunismo degli erogatori privati e l'assenza di filtri o l'eccesso di medicina difensiva per la componente pubblica dell'offerta. Gli interventi da porre in essere riguardano principalmente la definizione dei contratti con gli erogatori privati dotagliati per singola prestazione, la regolamentazione dell'acquisto di prestazioni da privato in caso di specifiche convenzioni ed il potenziamento dei meccanismi di filtro dalle prestazioni in pronto soccorso per evitare il ricorso improprio a questo canale di accesso (CBI).

L'area che prevede "bassi tempi di attesa e potenziale inadeguatezza per le sue caratteristiche non necessita, in primis, di analisi."

Al fine di affrontare il problema dei tempi di attesa risulta prioritario dotarsi di strumenti omogenei di monitoraggio dagli stessi, di strumenti di programmazione per il potenziamento della rete coerenti rispetto ai metodi del Tavolo di Monitoraggio, affinché si possa procedere autonomamente nell'attuare le azioni necessarie al contenimento.

⁶⁰ La crescente richiesta di prestazioni sanitarie dovuta all'invecchiamento della popolazione e al progresso tecnologico, i fenomeni di mancato governo della domanda che generano prestazioni inappropriate e la disponibilità di adeguate risorse umane, tecnologiche e strutturali da parte dei servizi sanitari, il loro appropriato ed efficiente utilizzo e la complessiva capacità organizzativa

⁶¹ Attraverso la riallocazione dei posti dedicati alle classi di priorità che si rendessero disponibili in agenda (Riallocazione slot) ed il miglioramento della gestione delle disdette (Riallocazione slot).

Valutare nuovi strumenti finanziari in aggiunta al Fondo Sanitario per finanziare il SSR

INTERVENTO 4.3

Dal 2009, la Regione Abruzzo ha attuato una forte politica di razionalizzazione della spesa sanitaria basata soprattutto su interventi di contenimento dei costi per l'acquisto di beni e servizi, finalizzati anche a dare applicazione alla normativa di cui al D.L. n. 95/2012 e una corretta gestione delle risorse umane, azioni che, insieme all'aumento del FSN, hanno permesso alla Regione di raggiungere l'equilibrio economico finanziario.

Negli ultimi anni, però, il trend di crescita positivo del FSN si è invertito e, anche quest'anno, il governo ha tagliato di circa 2.2 €/Mld il FSN e di 500 €/Mln gli investimenti pubblici in sanità.

La Regione Abruzzo, al fine di garantire il soddisfacimento del bisogno di salute dei propri cittadini in maniera efficace ed efficiente intende individuare, attraverso le migliori tecnologie a disposizione, mezzi alternativi di finanziamento rispetto al FSR.

Dicembre 2016

La Regione, in un contesto caratterizzato da risorse scarse e via via decrescenti, intende valutare strumenti finanziari alternativi rispetto ai finanziamenti pubblici in conto capitale da destinare a progetti innovativi che possano migliorare i livelli di assistenza e ridurre il costo del servizio per il SSR. Tali strumenti prevedono, ad esempio, il coinvolgimento di partner privati nella realizzazione del progetto (PPP) ovvero nell'assunzione del rischio legato ad un determinato risultato. In questa ipotesi il raggiungimento dell'obiettivo prefissato produrrà un risparmio per il SSR e, di conseguenza, un margine per la remunerazione degli investitori.

Privilegiare il contatto diretto con il paziente

OBIETTIVO 5

L'articolazione organizzativa della Regione nelle sue attuali quattro ASL coincidenti con il territorio provinciale, ciascuna con i propri presidi di competenza, segue un meccanismo di programmazione sanitaria basata su finanziamenti definiti sulla base di una logica territoriale slegata dai dati della produzione erogata nei luoghi fisici di contatto con il paziente.

Il Patto per la Salute 2014-2016 dispone che *"vengano rivisti gli assetti organizzativi dei servizi sanitari regionali, individuando le dimensioni ottimali delle aziende al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi stessi in un'ottica di complessiva razionalizzazione e riduzione dei costi, e in funzione del grado di centralizzazione, tendenzialmente sovraaziendale, delle attività di amministrazione generale e di supporto tecnico logistico, con particolare e prioritario riferimento all'acquisto di beni e servizi, al reclutamento ed alla gestione degli aspetti retributivi, contributivi e previdenziali del personale, ai sistemi informatici e all'area tecnico-professionale"*.

La Legge di Stabilità 2016, inoltre, al fine di favorire la corretta ed appropriata allocazione delle risorse programmate per il finanziamento del SSN e per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), dispone procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario e nel rispetto della garanzia del Lea.

Infine, l'attuale articolazione organizzativa non ha sempre consentito una efficace rappresentazione dei fatti aziendali verso la Regione e, talvolta, si è mostrata troppo distante dai cittadini e non sempre in grado di intercettare per tempo il bisogno di salute espresso.

È obiettivo della Regione Abruzzo porre in essere una profonda riorganizzazione del SSR tramite l'istituzione dell'Azienda Sanitaria Unica (ASU), mediante fusione delle attuali Aziende Sanitarie Locali ed il conseguente accentramento delle funzioni *no core*⁶⁸.

Per rendere efficace la ristrutturazione dell'architettura istituzionale sarà necessario:

- ❖ Eliminare i livelli di intermediazione tra Regione e paziente limitando le funzioni *no core* presenti nei presidi: il personale in loco dovrà essere prevalentemente dedicato all'erogazione dei servizi assistenziali ed ai servizi di accoglienza del paziente, mentre le restanti attività verranno centralizzate nella ASU;
- ❖ Definire i meccanismi di valorizzazione della produzione dei presidi collegando ad essa il costo della produzione, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario tra valore della produzione e relativi costi, come è già richiesto agli erogatori privati che operano per il SSR;
- ❖ Valutare l'introduzione di sistemi *fee-for-value* per la valorizzazione della produzione dei presidi o per la remunerazione dei *provider* privati a fronte della realizzazione di progetti specifici volti a portare innovazione, qualità ed efficienza nel sistema (coerentemente con quanto previsto dal Art. 8-sexies del D.lgs 502/92 ed in particolare ai "programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti").

Definire una nuova organizzazione del SSR per una maggiore vicinanza al paziente

INTERVENTO 5.1

La Regione Abruzzo, cui sono demandate funzioni di indirizzo programmatico, è attualmente articolata in quattro Aziende Sanitarie Locali, ciascuna con un numero di residenti che si aggira intorno alle 300.000 unità.

La duplicazione di funzioni aziendali (in particolare per quanto attiene alle funzioni *no core*) ai diversi livelli dell'attuale architettura regionale, comporta spesso inefficienze che hanno impatto anche sugli utenti in particolare in termini di tempestività della risposta.

L'obiettivo della Regione Abruzzo nel prossimo triennio è di diminuire il più possibile ogni livello di intermediazione tra il vertice regionale e il paziente affinché i problemi contingenti dei cittadini abbiano soluzioni rapide e mirate.

La Regione Abruzzo a tal fine intende:

Entro 120 giorni dalla nomina del Direttore Generale di ASU

- ❖ Accentrare a livello di ASU le funzioni *no core* ossia di tutte quelle funzioni per cui non è prevista l'interazione diretta con il paziente e che riguardano, ad esempio, la gestione della contabilità e del bilancio, il controllo di gestione generale, la tesoreria unica, la gestione del contenzioso e delle altre attività giuridico-legali, l'acquisizione di lavori, servizi e forniture, la gestione del patrimonio immobiliare, la gestione dei magazzini e della logistica nonché la gestione della

⁶⁸ Attività di amministrazione generale e di supporto tecnico logistico, con particolare e prioritario riferimento all'acquisto di beni e servizi, al reclutamento ed alla gestione degli aspetti retributivi, contributivi e previdenziali del personale o ai sistemi informatici.

dotazione organica, del reclutamento del personale e delle relative posizioni retributive e contributive ed infine, la gestione delle negoziazioni con le organizzazioni sindacali;

Dicembre 2016

- 3 Accentrare la definizione di PDTA e l'individuazione delle misure di *outcome*, attraverso (a) la definizione da parte della Regione di PDTA omogenei per patologia ed il monitoraggio della loro applicazione; (b) la definizione delle misure di *outcome* (anche in coerenza con quanto previsto dal PNE) ed il monitoraggio dei livelli raggiunti da parte della Regione; (c) la definizione di progetti di ricerca, in collaborazione con l'Università, per l'individuazione di PDTA innovativi da parte della Regione;

Dicembre 2016

- 4 Accentrare a livello regionale le funzioni strategiche per cui la Regione si impegna (a) a definire le modalità di acquisto delle prestazioni sanitarie da provider privati e le prestazioni specifiche da acquistare; (b) a gestire e monitorare il contenzioso con il supporto dell'Avvocatura Regionale; (c) a gestire e monitorare i dati economici e gestionali;

Dicembre 2016



- 5 Potenziare a livello regionale il governo della spesa farmaceutica territoriale attraverso l'utilizzo della Banca Dati Assistito come strumento di politica sanitaria al fine di individuare chi consuma, e cosa consuma, al variare della tipologia di assistenza e al fine di valutare la potenziale inappropriata/inadeguatezza della domanda soddisfatta complessiva e per tipologia di assistenza.

Box 6 - L'attivazione della Banca Dati Assistito e il governo della spesa farmaceutica

La Banca Dati Assistito dell'ASU/ASL consentirà di disporre di dati sulla domanda soddisfatta di prestazioni sanitarie per tipologie di assistenza per singolo cittadino. Ciò offre la possibilità di "intercettare il percorso seguito da un paziente attraverso diverse tipologie di assistenza".

Figura 13 - Il percorso del paziente attraverso le tipologie di assistenza



La metodologia utilizza dati di domanda soddisfatta di prestazioni sanitarie dove il singolo assistito rappresenta l'elemento di lettura trasversale, unitamente al medico di medicina generale.

È obiettivo della Regione Abruzzo studiare la domanda soddisfatta (visionizzata in euro) dai singoli assistiti al fine di individuare chi consuma, e cosa consuma, e il valore della tipologia di assistenza e la variabilità della domanda soddisfatta pro capite standardizzata per età per MMG al fine di valutare la potenziale inappropriata/ineadeguatezza della domanda soddisfatta complessiva e per tipologia di assistenza e l'effetto del MMG, consapevoli che non risulta l'unico generatore della domanda.

Dallo studio della domanda soddisfatta, per mezzo della curva di concentrazione⁶², ci si aspetta che la domanda soddisfatta ospedaliera sia molto concentrata in una bassa percentuale di popolazione⁶³, a differenza di quella ambulatoriale e farmaceutica⁶⁴. L'utilizzo di tale strumento, ai fini di politica sanitaria, mette in evidenza la necessità di monitorare il comportamento di specifiche categorie di assistiti per le quali si riscontra il maggior assorbimento di risorse. Dall'analisi della distribuzione cumulata della domanda soddisfatta potrebbe emergere che esiste una piccola percentuale di popolazione che presenta una domanda soddisfatta pro capite maggiore ad una soglia definita dall'ASU/ASL, sentita l'Agenzia. Tali assistiti saranno definiti, pertanto, iperconsumatori⁶⁵.

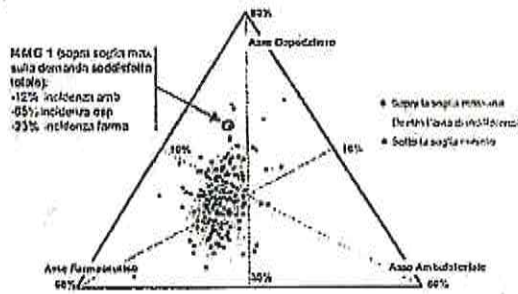
Le analisi condotte sulla diverse tipologia di assistenza mostreranno come la valutazione della variabilità della sola domanda soddisfatta totale può risultare fuorviante. Il comportamento del MMG ad esempio per le differenti tipologia di assistenza risulta essere molto diversa come sintetizza la tabella a destra.

In particolare, si potrà notare come l'assistenza ospedaliera presenti una variabilità molto più contenuta rispetto a quella farmaceutica e quella ambulatoriale. La grande variabilità evidenziata dallo studio dell'analisi di variabilità standardizzata per età per MMG potrebbe suggerire una scarsa significatività della domanda soddisfatta pro capite per MMG.

Tabella 8 - MMG al di fuori dell'area di variabilità compatibile

Tipologia consumo	Aggregaz. random	Aggregaz. per MMG
Totale	4,5%	+
Ospedaliero	4,5%	=
Farmaceutico	4,5%	++
Ambulatoriale	4,5%	+++

Figura 14 - Diagramma ternario di tendenza alla prescrizione per MMG



Individuati i MMG che si posizionano al di fuori dell'area di indifferenza, andrà approfondita la tendenza alla prescrizione per ciascun medico rispetto ai tre singoli tipi di assistenza. Il diagramma ternario in Figura a destra, per ciascun medico, l'incidenza percentuale della 3 tipologie di assistenza sulla domanda soddisfatta pro capite complessivo.

Tabella 9 - Analisi del posizionamento rispetto alla Spesa Farmaceutica

Ranking Totale	Ranking Ospedat	Ranking Amb	# ASSIST	% MMG su Tot	% ASSIST	% Ambulaz	% Totale
1	1	1	1	100%	100%	100%	100%
2	2	2	2	50%	50%	50%	50%
3	3	3	3	33%	33%	33%	33%
4	4	4	4	25%	25%	25%	25%
5	5	5	5	20%	20%	20%	20%
6	6	6	6	16%	16%	16%	16%
7	7	7	7	14%	14%	14%	14%
8	8	8	8	12%	12%	12%	12%
9	9	9	9	11%	11%	11%	11%
10	10	10	10	10%	10%	10%	10%
11	11	11	11	9%	9%	9%	9%
12	12	12	12	8%	8%	8%	8%
13	13	13	13	7%	7%	7%	7%
14	14	14	14	7%	7%	7%	7%
15	15	15	15	6%	6%	6%	6%
16	16	16	16	6%	6%	6%	6%
17	17	17	17	5%	5%	5%	5%
18	18	18	18	5%	5%	5%	5%
19	19	19	19	5%	5%	5%	5%
20	20	20	20	5%	5%	5%	5%
21	21	21	21	4%	4%	4%	4%
22	22	22	22	4%	4%	4%	4%
23	23	23	23	4%	4%	4%	4%
24	24	24	24	4%	4%	4%	4%
25	25	25	25	4%	4%	4%	4%
26	26	26	26	3%	3%	3%	3%
27	27	27	27	3%	3%	3%	3%
28	28	28	28	3%	3%	3%	3%
29	29	29	29	3%	3%	3%	3%
30	30	30	30	3%	3%	3%	3%
31	31	31	31	3%	3%	3%	3%
32	32	32	32	3%	3%	3%	3%
33	33	33	33	3%	3%	3%	3%
34	34	34	34	3%	3%	3%	3%
35	35	35	35	3%	3%	3%	3%
36	36	36	36	3%	3%	3%	3%
37	37	37	37	3%	3%	3%	3%
38	38	38	38	3%	3%	3%	3%
39	39	39	39	3%	3%	3%	3%
40	40	40	40	3%	3%	3%	3%
41	41	41	41	3%	3%	3%	3%
42	42	42	42	3%	3%	3%	3%
43	43	43	43	3%	3%	3%	3%
44	44	44	44	3%	3%	3%	3%
45	45	45	45	3%	3%	3%	3%
46	46	46	46	3%	3%	3%	3%
47	47	47	47	3%	3%	3%	3%
48	48	48	48	3%	3%	3%	3%
49	49	49	49	3%	3%	3%	3%
50	50	50	50	3%	3%	3%	3%

Sarà quindi necessario procedere alla pubblicazione del ranking dei MMG in relazione all'inappropriatezza sulla domanda soddisfatta complessiva o per singola tipologia di assistenza.

⁶² La curva di concentrazione sono strumenti di analisi che danno un'indicazione di quanto la domanda soddisfatta sia più o meno concentrata in una più o meno bassa percentuale di popolazione assistita. Tali curve indicano pertanto quanta popolazione genera una specifica percentuale di domanda soddisfatta.

⁶³ Il 10% degli assistiti genera più del 90% della domanda soddisfatta.

⁶⁴ Il 10% degli assistiti generano il 50% della domanda soddisfatta per la prima mentre il 10% degli assistiti genera il 40% della domanda soddisfatta per la seconda.

⁶⁵ Pur consapevoli dell'arbitrarietà della scelta questa poggia sul presupposto logico che l'iperconsumatore non sia rappresentativo di un comportamento medio regionale ma costituisca, al contrario, un outlier. In particolare, con riferimento alla domanda soddisfatta pro capite per MMG, tale scelta potrebbe essere rafforzata eventualmente dalla verifica della distribuzione non uniforme che gli outlier per singolo medico.

In Regione Abruzzo il finanziamento sanitario regionale nel 2015⁷³ è stato pari a 2.368 €/Mln dei quali, poco più del 15% è stato consuntivato dalle strutture private che svolgono, di fatto, un ruolo complementare e/o di integrazione. Le strutture pubbliche d'altro canto si vedono riconoscere dalle Aziende il budget (i relativi finanziamenti) su logiche legate alla popolazione residente.

I finanziamenti nazionali (e quindi regionali) decrescenti, la mobilità passiva ed il contenzioso regionale pregresso, nonché l'acutizzarsi di "situazioni" di difficoltà per i "fornitori di servizi" in carenza di liquidità (per cause non riconducibili al SSR ma al contesto macroeconomico), rischiano di mettere in difficoltà la tenuta economica finanziaria del sistema.

L'obiettivo della Regione Abruzzo nel prossimo triennio è quello di ridefinire i meccanismi di valorizzazione della produzione del SSR in modo da finanziare l'ASU/ASL non più in base alla popolazione residente, bensì alla quantità ed alla tipologia di prestazioni offerte dalla stessa così da garantire la corretta allocazione delle risorse, anche tramite un sistema di indicatori di performance.

Al fine di rivedere i meccanismi di finanziamento delle strutture pubbliche sarà necessario:

Da definire in relazione all'istituzione dell'ASU

- 17) Erogare il FSR a fronte delle attività erogate dall'ASU/ASL attraverso (a) l'erogazione dei finanziamenti delle prestazioni e dei servizi erogati nell'attuale configurazione dell'offerta in fase di avvio sulla base delle previsioni tendenziali al netto delle manovre identificate nel presente piano; (b) il finanziamento dei nuovi sviluppi a fronte della rappresentazione di un piano economico finanziario che per ciascuno degli obiettivi di cui al presente piano rappresenti: i) il rationale per cui, a fronte del fabbisogno rappresentato dalla Regione, si sia scelto di procedere all'erogazione diretta da parte dell'ASU/ASL (*make*) ovvero si sia scelto di procedere all'acquisto di prestazioni da soggetti terzi (*buy*); ii) la rappresentazione del modello gestionale adottato (secondo le specifiche richieste dalla Regione); iii) la quantità di prestazioni ed il relativo fabbisogno di personale e costi di beni e servizi coerente rispetto alle quantità di prestazioni erogate; iv) tutti gli altri costi (con il livello di dettaglio richiesto dalla Regione);

Novembre 2016

- 18) Mappare la struttura dei ricavi e dei costi in base alla riorganizzazione della rete attraverso (a) l'identificazione della struttura dei ricavi da prestazioni sulla base delle quantità erogate per ogni presidio (con indicazione della quota di compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie); (b) l'identificazione per ogni presidio del finanziamento c/esercizio (per funzioni) ai sensi dell'articolo 8-sexies del D.lg. 502/92 e s.m.i.; (c) l'identificazione degli altri ricavi relativi alle entrate proprie, alle sterilizzazioni e alla gestione finanziaria e straordinaria⁷⁴ per ogni presidio; (d) l'identificazione della struttura dei costi della produzione in funzione del costo unitario e delle relative quantità per ogni presidio; (e) l'identificazione degli altri costi (quali interessi passivi, svalutazioni; oneri straordinari, ecc.);

Dicembre 2016

- 19) Ridefinire la quantità di personale necessario per CRIL come previsto nel paragrafo "Legare il fabbisogno di personale ai livelli di produzione" ed al livello di produzione programmato per semestre⁷⁵;

Novembre 2016

- 20) Efficientare la struttura dei costi di prodotti farmaceutici, beni e servizi in coerenza con quanto indicato dal DM 78/2015 attraverso (a) l'integrazione delle informazioni disponibili a livello aziendale negli uffici responsabili del controllo di gestione e della contabilizzazione dei consumi e conciliazione con il dato contabile; (b) l'analisi dei meccanismi di approvvigionamento, gestione logistica e monitoraggio del consumo di farmaci e dispositivi medici; (c) lo sviluppo dei contenuti informativi per la condivisione con la Regione del "Term sheet"⁷⁶; (d) l'identificazione delle possibilità di intervento per le principali classi merceologiche da parte dei referenti aziendali per la riqualificazione della spesa per prodotti farmaceutici e dispositivi medici acquistati anche a fronte degli obiettivi economico-finanziari condivisi a livello regionale; (e) il potenziamento degli strumenti di monitoraggio dei consumi collegandoli ai relativi driver operativi (in primis le prestazioni erogate) con l'obiettivo di aumentare l'efficacia dei controlli; (f) la quantificazione dello scostamento del valore registrato in ciascuna voce di costo (in termini di quantità e costi unitari) rispetto a valori coerenti con il riequilibrio tra ricavi e costi per presidio; (g) l'identificazione delle azioni da porre in essere per presidio, con particolare riferimento alla quantità di prodotti farmaceutici, beni e servizi acquistati, al fine di conseguire il riequilibrio previsto e riportare, alla fine del triennio, la spesa farmaceutica ospedaliera ad una percentuale coerente con il tetto previsto dalla normativa nazionale inclusiva dei farmaci innovativi;

⁷³ Dati al IV Trimestre 2015

⁷⁴ Gli Altri ricavi relativi alle entrate proprie, alle sterilizzazioni e alla gestione finanziaria e straordinaria corrispondono alla somma delle seguenti voci di CE: A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia; A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi; A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio; A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni; A.9) Altri ricavi e proventi; C.1) Interessi attivi; C.2) Altri proventi; D.1) Rivalutazioni; E.1) Proventi straordinari.

⁷⁵ Come già descritto, le attività già avviate dalla Regione, per la ricognizione del personale in servizio presso le ASL e l'implementazione di un modello per la determinazione del fabbisogno di personale, individuano un potenziale minore fabbisogno di personale ospedaliero rispetto all'attuale, determinato dalla riorganizzazione delle unità operative semplici e complesse e dalla concentrazione della casistica volta a favorire logiche di specializzazione delle singole strutture. Analogamente a quanto già rappresentato, la stima del fabbisogno deve tenere conto del fabbisogno incrementale dovuto a personale riferibile a determinate condizioni (legge 104/92, prescrizioni) e delle riduzioni di fabbisogno ottenibili dall'implementazione di interventi di efficientamento operativo dei presidi. Tale contesto crea le condizioni per cui si possa da un lato prevedere la sostituzione a regime ridotto di personale ospedaliero o dall'altro prevedere un aumento delle assunzioni per l'attuazione di nuovi servizi sviluppati sul territorio.

⁷⁶ Quali ad esempio: il valore del contratto, la durata del contratto, la tipologia del contratto, i meccanismi di monitoraggio dei consumi, i volumi contrattualizzati ed i costi

- Introdurre meccanismi di *Governance* del processo di efficientamento attraverso (a) la presentazione in Regione dei "Piani Operativi per PO /DSB" e di un "Piano Operativo Consolidato di ASU" in coerenza con la programmazione regionale da parte del Direttore Generale; (b) l'approvazione del "Piano Operativo Consolidato di ASU" e delle misure previste dai Piani Operativi per presidio/DSB; (c) la verifica, almeno trimestrale, da parte della Regione, dell'adozione e della realizzazione delle misure previste dai Piani Operativi, nel rispetto della tempistica ivi indicata;

Valutare l'introduzione di nuovi sistemi di remunerazione per le strutture pubbliche e private

INTERVENTO 5.3

Il sistema di remunerazione delle strutture private, ad oggi, è basato sul volume delle prestazioni erogate e sulla tariffa riconosciuta (*fee-for-service*). In tale contesto, sia per gli erogatori pubblici che per quelli privati, la Regione Abruzzo vuole valutare l'introduzione di un ulteriore meccanismo di remunerazione (*fee-for-value*) basato sulla qualità delle prestazioni erogate, monitorate qualitativamente attraverso uno strumento di valutazione della soddisfazione dei cittadini.

Già il D.Lgs 502/92 e ss.mm.ii all'art. 8-sexies prevedeva che "Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali: a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti; b) programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona; [...] f) programmi sperimentali di assistenza; [...]".

Passare da un meccanismo di remunerazione *fee-for-service* ad un meccanismo misto (remunerazione a prestazione integrato da un meccanismo *fee-for-value*) produce una migliore aderenza tra paziente e provider, in conformità con i "piani di cura", e vuol significare: continuità delle cure, osservanza dei protocolli, riduzione dei ricoveri ospedalieri e delle degenze, ed eventuali riammissioni. In sostanza, tale meccanismo accelera il percorso di cura del paziente e lo rende migliore con un aumento della qualità ad un minor costo. Il rimborso delle cure "collaborative" (continuità tra diversi "fornitori") può compensare l'ulteriore pianificazione, comunicazione, gives di cura e *follow-up* necessari per migliorare i risultati di salute e ridurre i costi.

Luglio 2017

La Regione Abruzzo, intende valutare il percorso istituzionale idoneo all'introduzione di meccanismi di remunerazione *fee-for-value*, per la remunerazione dei provider pubblici e privati, per progetti specifici in grado di portare innovazione, qualità ed efficienza nel sistema, nel rispetto dei principi che regolano la remunerazione degli erogatori di cui al D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i..

Certificazione dei bilanci e della qualità (*outcome*) del SSR

OBBIETTIVO 6

La Regione Abruzzo, a fronte del Decreto Commissariale n. 35 del 21 marzo 2014 e del Decreto Commissariale n. 9 del 11 febbraio 2015, ha approvato, con Determinazione n. DG22/29 del 29.06.2015, le procedure amministrativo-contabili standard ed ha costituito un gruppo di lavoro con le singole ASL per il loro recepimento, al fine di completare il Percorso Attuativo sulla Certificabilità (di seguito PAC) dei bilanci del SSR.

Per la certificazione della qualità delle prestazioni offerte è sempre più necessario introdurre meccanismi in grado di misurare gli *outcome*, al fine di mettere l'esito delle cure al centro del sistema sanitario.

È obiettivo della Regione Abruzzo promuovere le *best practice* regionali eliminando le cause delle principali inefficienze e strutturare un percorso finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei bilanci senza dimenticare l'aderenza ad *outcome* adeguati di prestazioni che non potranno prescindere dal grado di soddisfazione del cittadino.

Al fine di raggiungere l'obiettivo prefissato, la Regione Abruzzo nel prossimo triennio ritiene necessario:

- Garantire la certificazione dei bilanci di esercizio del SSR attraverso la rimodulazione delle procedure amministrativo-contabili standard adottate in funzione del nuovo assetto istituzionale e la successiva identificazione di ruoli e responsabilità per lo svolgimento delle attività aziendali definite nel cronoprogramma del PAC;
- Misurare gli *outcome* per valutare le strutture pubbliche e private attraverso la definizione ed il monitoraggio di indicatori di *outcome* e livelli desiderati per tipologia di struttura e l'introduzione di meccanismi di incentivazione/disincentivazione al raggiungimento degli stessi;
- Promuovere il contatto diretto nella comunicazione tra il cittadino ed il SSR attraverso l'implementazione di nuove forme di comunicazione basate sulle nuove tecnologie e la rilevazione sistematica della qualità percepita dai cittadini/utenti.

Perseguire la certificazione dei Bilanci di Esercizio del SSR

INTERVENTO 6.1

La Regione Abruzzo, nel rispetto di quanto previsto del Decreto Interministeriale del 17.09.2012 e del D.M. 1 Marzo 2013 recante "Requisiti comuni a tutte le regioni per la redazione del PAC", ha costituito un gruppo di lavoro per il consolidamento delle linee guida che le singole ASL dovranno recepire nell'aggiornamento dei propri manuali procedurali per la corretta rilevazione contabile dei fatti aziendali intervenuti nell'esercizio, al fine di completare il PAC dei bilanci del SSR.

A fronte del nuovo assetto istituzionale, con la finalità di garantire la certificazione dei bilanci, si ritiene necessario provvedere ad una rimodulazione delle procedure amministrativo-contabili standard adottate.

È obiettivo della Regione Abruzzo porre in essere le azioni necessarie a rendere i bilanci degli enti locali e loro organismi, ivi compresi i conti del settore sanitario, omogenei o confrontabili tra loro, anche ai fini del consolidamento con i bilanci delle amministrazioni pubbliche.

La Regione Abruzzo, al fine di raggiungere la certificabilità dei bilanci, intende:

Settembre 2016

- Rimodulare il PAC in funzione del nuovo assetto istituzionale attraverso (a) la revisione del cronoprogramma del PAC adottato con DCA n. 9/2015 e l'individuazione di ruoli e responsabilità a livello periferico e centrale per lo svolgimento delle attività definite dalla normativa vigente; (b) la redazione ed adozione di un funzionigramma in cui siano chiaramente identificati ruoli e responsabilità specifici nel rispetto del principio di separazione di compiti e responsabilità (*segregation of duties*);

Dicembre 2017

- Introdurre la certificazione obbligatoria dei bilanci della sanità attraverso (a) la definizione di un percorso strutturato che porti alla certificazione del Bilancio di Esercizio 2018 dell'Azienda unica Regionale. La Regione, con questo percorso, intende inoltre sfruttare i benefici derivanti dalla certificazione quale elemento di garanzia nei rapporti con gli istituti di credito ed i fornitori/investitori.

Misurare gli *outcome* per valutare le strutture pubbliche e private

INTERVENTO 6.2

Il PNE di Agenas fornisce una fotografia delle strutture sanitarie, pubbliche e private, sulla base di un set di indicatori che riportano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari erogati. Buona parte degli indicatori delle strutture di ricovero pubbliche e private abruzzesi non sono utilizzabili per la bassa numerosità delle prestazioni erogate che non consente di raggiungere la soglia minima di significatività statistica per il calcolo dell'Indicatore.

È obiettivo della Regione Abruzzo introdurre meccanismi in grado di misurare gli *outcome*, con l'ausilio del PNE di Agenas, al fine di rimodulare l'esito delle cure, a cui collegare il massimo delle risorse ed attenzioni.

La Regione Abruzzo, al fine di introdurre meccanismi di valutazione degli *outcome* delle strutture pubbliche e private, intende:

Dicembre 2016

Adottare indicatori di *outcome* previsti dal PNE e livelli desiderati in base ai quali valutare le strutture affidando un ruolo centrale alla Regione con il compito di (a) individuare dal PNE un set di indicatori di *outcome* su cui valutare le strutture di erogazione; (b) definire, di concerto con la Direzione Strategica, livelli minimi di *outcome* per ogni tipologia di struttura alla base dell'offerta sanitaria della Regione; (c) realizzare, di concerto con i Direttori di Presidio, un piano per raggiungere gli obiettivi individuati in termini di *outcome* per le strutture pubbliche;

Dicembre 2017

Rendere obbligatoria la valutazione delle strutture pubbliche/private anche su *outcome* individuati attraverso (a) l'affiancamento di obiettivi legati alla disponibilità di dati di *outcome* ai requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici per l'autorizzazione e l'accreditamento; (b) la valutazione dell'introduzione di meccanismi di incentivazione/disincentivazione al raggiungimento dei livelli minimi di *outcome* desiderabili per struttura; (c) l'introduzione di meccanismi di valutazione dei Direttori di Presidio Ospedaliero collegati con gli obiettivi di *outcome* condivisi con la Regione;

Dicembre 2016

Definire meccanismi di monitoraggio degli *outcome* determinati per cui occorre (a) implementare un tracciato informativo in modo da facilitare un monitoraggio degli indicatori di esito; (b) verificare e monitorare gli indicatori forniti dalle strutture pubbliche e private, affidando questo ruolo all'ASR;

Giugno 2016

Potenziare gli strumenti necessari alla gestione del rischio clinico attraverso (a) il potenziamento dell'ufficio di risk management all'interno dell'ASU/ASL; (b) il monitoraggio dei *briefing* sulla sicurezza in modo sistematico e periodico; (c) l'aggiornamento di una procedura per la valutazione critica degli eventi occorsi finalizzata alla necessaria individuazione di misure idonee a prevenire la reiterazione dell'evento (d) l'aggiornamento annuale del Piano di miglioramento alla luce degli eventi sentinella che si sono maggiormente verificati l'anno precedente.

Favorire il contatto diretto nella comunicazione con il SSR

INTERVENTO 6.3

Secondo quanto definito dal Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, la comunicazione tra il cittadino ed il SSR assume un ruolo fondamentale in quanto è finalizzata a favorire una migliore conoscenza del sistema. La riconversione dell'assistenza sanitaria, la de-ospedalizzazione ed il potenziamento dell'assistenza sul territorio, la valutazione della sostenibilità economica delle prestazioni offerte, l'effettiva erogazione dei LEA nonché l'appropriatezza delle prestazioni, sono operazioni che incidono sull'accessibilità e sulla fruizione dei servizi da parte dei cittadini abruzzesi e necessitano, pertanto, di adeguati strumenti finalizzati a favorire un'efficiente comunicazione.

È obiettivo della Regione Abruzzo introdurre nuove forme di comunicazione e di rilevazione della qualità del servizio percepita dagli stessi attraverso la promozione di meccanismi di contatto diretto con i pazienti, le loro famiglie ed il personale dipendente.

A tal fine la Regione Abruzzo intende:

A partire dalla riorganizzazione del sistema

Promuovere la Carta dei Servizi a seguito della riorganizzazione del sistema attraverso (a) la verifica dello stato di predisposizione della Carta dei servizi sanitari regionali 2014-2015; (b) la predisposizione di Linee Guida per l'aggiornamento della Carta dei Servizi Sanitari; (c) la realizzazione di uno specifico spazio web dedicato alla Carta dei Servizi;

Dicembre 2016

Promuovere nuove forme di comunicazione con i cittadini basate sulle nuove tecnologie attraverso (a) l'attivazione di nuovi canali di comunicazione, basati sulle nuove tecnologie, con i cittadini (Facebook, twitter, etc.); (b) l'individuazione, all'interno dell'URP, dei soggetti responsabili per il continuo aggiornamento degli strumenti individuali;

Da definire in relazione all'istituzione dell'ASU

Predisporre il sito web dell'ASU.

Garantire tempestività e correttezza nei rapporti con i fornitori

OGGETTIVO 7

Da diversi anni il tema dei ritardi di pagamento e delle procedure con le quali la pubblica amministrazione paga i debiti commerciali è considerato uno snodo importante della situazione economica del nostro paese. In ambito nazionale, il DPCM del 22.09.2014 e la successiva Circolare n. 3 del 14.01.2015 del Ministero della Salute hanno assunto l'esigenza di quantificare i tempi medi di pagamento delle amministrazioni, dandone anche larga diffusione pubblica su internet.

Il panorama che risulta, in seguito all'attuazione della normativa di cui sopra, è molto diversificato, sia dall'effettiva implementazione della stessa, sia dalla disponibilità dei dati.

È obiettivo della Regione Abruzzo fronteggiare i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali e garantire la trasparenza, la puntualità e la parità di trattamento dei soggetti che intrattengono rapporti di fornitura con il SSR.

Al tal fine, per il prossimo triennio la Regione Abruzzo ritiene necessario:

- 1. Garantire il tempestivo pagamento dei debiti del SSR attraverso azioni di monitoraggio nell'applicazione delle modalità di calcolo puntuali dei tempi di pagamento, coerentemente a quanto definito dalla normativa nazionale;
- 2. Definire un nuovo modello organizzativo per la gestione del contenzioso garantendo una puntuale ricognizione del contenzioso in essere, ed il continuo monitoraggio dello stesso.

Garantire il tempestivo pagamento dei debiti del SSR

INTERVENTO 7.1

La Regione Abruzzo al 31.12.2014 presenta un Indicatore di Tempestività dei Pagamenti, calcolato secondo quanto previsto dall'art. 9 del DPCM del 22.09.2014, mediamente in linea con quanto disposto dalla normativa nazionale.

Il saldo delle Disponibilità Liquide del SSR, al 31.12.2015, è pari a 524 €/Mln di cui 426,4 €/Mln sono presenti nelle casse delle Aziende Sanitarie. Il SSR presenta alcune inefficienze amministrative nel corretto e tempestivo svolgimento del processo di pagamento del debito commerciale corrente, non oggetto di contenzioso/contestazione.

La Regione Abruzzo, per il pagamento dei debiti commerciali del SSR, intende raggiungere una tempistica inferiore a quella massima prevista dal legislatore nazionale.

A tal fine, la Regione Abruzzo intende:

- 1. Gestire a livello centrale il pagamento dei debiti commerciali, anche nell'ottica della riorganizzazione del SSR attraverso (a) l'accentramento della gestione del ciclo passivo in funzione del nuovo assetto istituzionale; (b) l'individuazione di procedure amministrativo-contabili finalizzate alla riduzione dei tempi di liquidazione delle fatture; (c) l'attivazione di un sistema di monitoraggio per il calcolo dell'Indicatore di Tempestività dei Pagamenti;

Gennaio 2017

- 2. Creare un' anagrafica dei fornitori unica, al fine di consentire a tutti gli operatori di accedere alle medesime informazioni, attraverso la verifica: (a) dell'accuratezza dell'anagrafica e della completezza dei dati obbligatori inseriti a sistema; (b) dell'efficienza di avvisi di errore automatici, alert, nel caso di inserimento di informazioni relative ad un fornitore già presente in anagrafica, senza rischio di duplicazioni, e/o di monitoraggio dell'affidabilità economica e finanziaria del fornitore.

Gennaio 2017

Definire un nuovo modello organizzativo per la gestione del contenzioso

INTERVENTO 7.2

La Regione, al 31 dicembre 2014, presenta uno stock di debito di natura commerciale in contenzioso/contestazione pari a 331 €/Mln, in crescita di 24 €/Mln rispetto all'anno precedente, così come comunicato dalle Aziende Sanitarie.

È obiettivo della Regione Abruzzo risolvere definitivamente "l'emergenza contenzioso" ed ottimizzare il processo di gestione di quello di nuova formazione anche attraverso l'introduzione di un nuovo modello organizzativo.

Al fine di definire un nuovo modello organizzativo per la gestione del contenzioso di natura commerciale, la Regione Abruzzo intende:

- 1. Gestire a livello regionale il contenzioso attraverso l'istituzione di un "Tavolo di Coordinamento della gestione del contenzioso" al fine di (a) individuare azioni condivise (linee guida, metodologie, ecc.) finalizzate a smaltire, ove possibile, il contenzioso in essere anche con l'eventuale supporto di figure professionali di comprovata esperienza in materia; (b) prevenire l'insorgere di nuovo contenzioso che impedisca la liquidazione delle fatture; (c) definire il contenuto informativo necessario (tracciato informativo) al monitoraggio dello stato di contenzioso in essere e quello

Dicembre 2016

di nuova formazione; (d) effettuare specifiche analisi sui dati a disposizione anche al fine di verificare l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi ed oneri iscritti nei bilanci degli enti come disposto dal D.Lgs 118/2011;

Dicembre 2017

- **Garantire una puntuale ricognizione del contenzioso in essere ad il continuo monitoraggio dello stesso per cui occorre:** (a) uniformare, ove necessario, i dati presenti a livello aziendale al tracciato informativo individuato a livello regionale per la ricognizione del contenzioso in essere; (b) garantire la raccolta periodica e tempestiva dei dati richiesti a livello centrale; (c) applicare le azioni (linee guida, metodologie, ecc.) individuate dal Tavolo di Coordinamento per la gestione dell'emergenza straordinaria e l'insorgere di nuovo contenzioso.

Ulteriori interventi operativi di gestione

Per quanto riguarda la sicurezza alimentare e veterinaria la Regione Abruzzo intende riattivazione dell'Osservatorio Epidemiologico Veterinario della Regione Abruzzo (OEVR). In particolare l'OEVR si occuperà di:

Cadenza annuale definita

- **Monitorare costantemente gli esiti dei piani di sorveglianza e dell'Area Sanità Animale messi in atto per fronteggiare le malattie presenti sul territorio;**
- **Fornire supporto tecnico scientifico nella definizione di strategie di intervento nell'Area Sicurezza Alimentare basate sull'analisi dei rischi riconoscendo le priorità per garantire un'efficiente programmazione delle attività di sorveglianza e controllo degli alimenti;**
- **Raccogliere ed analizzare i dati relativi all'Area Zoonosi.**

Inoltre, la Regione, intende:

Gennaio 2017

- **Declinare, con successivo atto regionale, gli obiettivi prioritari che si intendono realizzare, anche in considerazione della specificità e delle problematiche regionali, declinandoli in obiettivi operativi, azioni e tempistica anche alla luce degli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione e del Piano Regionale Integrato dei Controlli (PPRIC) in sicurezza alimentare e sanità veterinaria benessere animale;**

Cadenza definita

- **Confermare l'assegnazione di specifici obiettivi ai Direttori Generali delle ASL riguardanti gli aspetti di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria monitorati nell'ambito della Certificazione annuale degli adempimenti LEA;**

Gennaio 2017

- **Assicurare una puntuale verifica della risoluzione delle raccomandazioni formulate nei rapporti di audit regionali sulle ASL al fine di garantire l'effettività e l'efficacia del processo di audit attivo in Regione anche attraverso:**
 - l'adozione di specifiche disposizioni e definizioni di regole uniche per l'adeguamento delle anagrafiche gestite dalle autorità competenti alla "master list 852 - Regolamento 852/2004" al fine di classificare le attività soggette a registrazione secondo quanto previsto dal Ministero della Salute;
 - l'implementazione di sistemi informativi a sostegno delle pertinenti attività di controllo ufficiale regionale in grado di supportare e interfacciarsi, al 2018, con il sistema informativo nazionale del Ministero della Salute;

Gennaio 2018

- **Proseguire con il percorso di formazione concernente le tecniche di Audit, previsto dall'Accordo Stato Regioni del 7/2/2013 e dal Macroobiettivo 10 del PNP 2014-2018 con l'implementazione di un percorso formativo di secondo livello. Si evidenzia che la Regione Abruzzo ha completato il percorso di formazione di primo livello concernente le tecniche e l'organizzazione del controllo ufficiale, per tutte le Aziende Sanitarie e per i propri tecnici, attivando un Albo regionale degli Auditor sia sugli OSA, sia sulle Autorità Competenti;**

Gennaio 2016

- **Perseguire l'obiettivo di eradicare la brucellosi, tubercolosi e leucosi enzootica bovina in coerenza con gli obiettivi sanitari di eradicazione di tali zoonosi nella popolazione bovina.**

Per quanto riguarda la completa attuazione del Decreto Legislativo n. 118/2011 la Regione intende:

- **Implementare un'adeguata piattaforma informatica nella quale integrare la contabilità economico-patrimoniale della GSA con quella economico-patrimoniale della Regione da attivare in ottemperanza delle disposizioni contenute nel Titolo I D.Lgs 118/2011.**

Per quanto riguarda l'accreditamento istituzionale definitivo la Regione intende:

- **Completare le procedure di autorizzazione e/o accreditamento anche a seguito della verifica e della definizione del nuovo assetto delle reti.**

Per quanto riguarda la riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza sanitaria ai pazienti con misura di sicurezza detentiva, la Regione intende procedere con il completo superamento degli attuali Ospedali Psichiatrici Giudiziari. In particolare intende:

Giugno 2016

- **Portare a pieno regime l'attivazione della REMS di 20 posti letto destinata ad accogliere i residenti in Abruzzo a cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario;**

Dicembre 2016

- ☛ Garantire l'assistenza psicologica per i minori sottoposti a provvedimento penale, assicurando la presenza di personale dedicato che eroghi le prestazioni necessarie e l'attivazione di un protocollo per le prestazioni di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, in attuazione del DPCM 01.04.2008;

Dicembre 2016

- ☛ Prevedere l'integrazione con i servizi presenti sul territorio per la presa in carico efficace che tenga conto delle specificità di ciascun individuo;

Dicembre 2016

- ☛ Individuare specifiche risorse aggiuntive al fine di superare le carenze organizzative e strutturali ed assicurare l'erogazione di tutte le prestazioni sanitarie previste nei LEA vigenti a tutti i detenuti, internati e minori sottoposti a provvedimento penale.

✦ Per quanto riguarda l'avvio esecutivo del Fascicolo Sanitario Elettronico⁷⁷, la Regione intende:

A partire da Giugno 2016

- ☛ Avviare il collegamento tra i sistemi informatici aziendali e il sistema tecnologico "Rete in MMG" con il supporto tecnico dell'ARIT;
- ☛ Mettere in atto tutte le attività necessarie per il pieno coinvolgimento dei medici convenzionati con le AA.SS.LL.;
- ☛ Avvio in esecuzione della nuova anagrafe web integrata con tutti i sistemi intra ed extra regionali e, in particolare, con il sistema FSE per la puntuale e corretta identificazione anagrafica;
- ☛ Adozione da parte dell'ARIT e delle Aziende Sanitarie di un sistema che regolamenti aspetti legali e modalità tecniche/operative per il trattamento dei dati personali.

⁷⁷ DGR 1124/2015 - Azioni programmatiche per l'avvio in esercizio del sistema Fascicolo Sanitario Elettronico per la Regione Abruzzo

Tendenziali 16-18

La Regione Abruzzo ha conseguito, negli anni 2010-2014, un miglioramento del risultato economico di gestione del SSR, passando da un disavanzo di 32,4 €/mln⁷⁶ ad un avanzo di 7,2 €/mln⁷⁹; il IV trimestre 2015 mostra un risultato economico positivo, pari a 7,1 €/mln. Per il triennio 2016-2018, si stima un risultato economico negativo⁸⁰ crescente.

Tabella 10: Risultato al IV trimestre 2015 e Conto Economico tendenziale 16-18

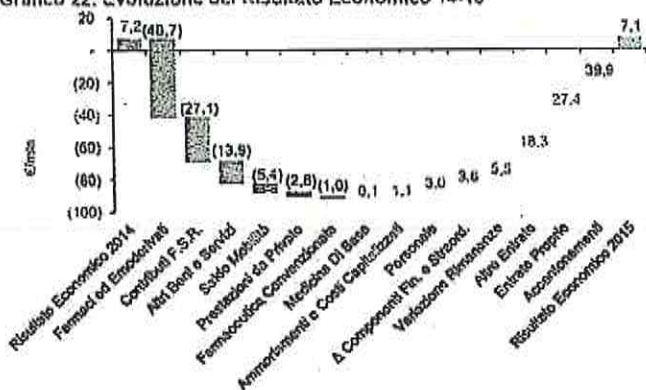
€/mln	2013A	2014A	2015*	2016T	2017T	2018T
Ricavi	2.341,5	2.355,0	2.368,3	2.352,9	2.369,0	2.309,6
Costi Interni	1.483,1	1.552,3	1.565,3	1.590,7	1.616,2	1.652,0
Costi Esterni	748,0	746,1	752,0	753,3	750,1	752,1
Margine Operativo	169,4	64,7	51,0	18,9	3,6	(34,6)
Componenti Finanziarie e Straordinarie	56,3	47,5	43,9	61,7	61,7	61,7
Risultato Economico	53,1	7,2	7,1	(42,8)	(58,2)	(60,3)

Nota: A = Actual-Consuntivo; T = Tendenziale; * IV Trimestro

Le stime tendenziali negative sono dovute, principalmente, all'effetto dell'introduzione dei nuovi farmaci innovativi contro l'ICV, spesa che non era stata programmata nel Programma Operativo 2013-2015

La Regione mostra un Risultato Economico al IV trimestre 2015 pari a 7,1 €/mln.

Gráfico 22: Evoluzione del Risultato Economico 14-15



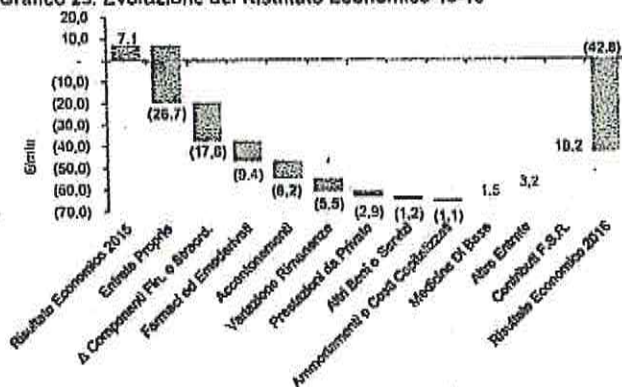
Non si evidenziano, sostanzialmente, variazioni tra il Risultato Economico 2014 (7,2 €/mln) ed il Risultato Economico al IV Trimestro 2015 (7,1 €/mln).

L'incremento effettivo di costi, tra il 2014 ed il 2015, pari a 66,4 €/mln, è dovuto principalmente ai maggiori costi per Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati (40,7 €/mln) e Altri beni e servizi (13,9 €/mln).

Tale incremento è mitigato sostanzialmente da un minore accantonamento pari a circa 39,9 €/mln e maggiori Entrate Proprie pari a circa 27,4 €/mln, riconducibili a maggiore payback.

La Regione stima, per l'anno 2016, un Risultato Economico pari a -48,2 €/mln.

Gráfico 23: Evoluzione del Risultato Economico 15-16



Il valore dei Contributi FSR (=18,2 €/mln) è stato calcolato considerando un livello di finanziamento del SSR pari a 111 €/mln.

La Regione stima, per l'anno 2016, un riduzione della Entrata Propria (-26,7 €/mln) dovuta principalmente al minore payback attesa rispetto al 2015 e maggiori costi per Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati (+9,4 €/mln).

Si evidenziano maggiori accantonamenti pari a 8,2 €/mln dovuti principalmente al rischio di mancata contrattualizzazione dagli erogatori privati che non rispettano la soglia dei 60 posti letto per acuti di cui al comma 2.5 dell'Allegato 1 del DM 70/2015 (8,2 €/mln).

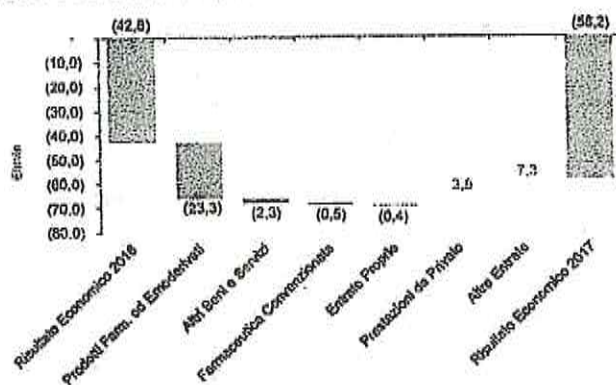
⁷⁶ Il risultato è da intendersi al netto della fiscalità aggiuntiva voce "AA0090 Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA". Solo per l'anno 2012 tale valore ha accolto un valore pari a 35,2 €/mln.

⁷⁹ Ai fini della determinazione del risultato di gestione 2014, si rammenta che la Regione in base al "Programma Operativo 2013-2015 - DCA 112/2013" ha effettuato 31,2 €/mln di accantonamenti in GSA per il potenziamento delle attività territoriali.

⁸⁰ Si specifica, altresì, che il Tendenziale relativo al triennio 2016-2018 è stato calcolato non considerando la quota relativa all'addizionale IRPEF, che a partire dal 2013 non viene destinato al SSR.

Le stime tendenziali mostrano un Risultato Economico, per l'anno 2017, di -58,2 €/min.

Grafico 24: Evoluzione del Risultato Economico 16-17

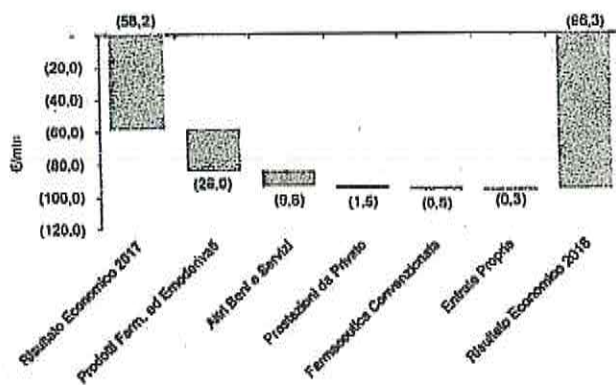


La Regione stima, per l'anno 2017, un incremento di costo dei Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati per un importo di 23,3 €/min.

Si evidenzia un effetto positivo sul Risultato Economico 2017 principalmente dovuto all'incremento di Altre Entrate (7,3 €/min) e una riduzione della Protezioni da Privato (3,6 €/min).

Le stime tendenziali mostrano un Risultato Economico, per l'anno 2018, di -96,3 €/min.

Grafico 25: Evoluzione del Risultato Economico 17-18



Ad incidere negativamente sul risultato di esercizio sono principalmente i maggiori costi stimati per Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati (26,0 €/min), Altri Beni e Servizi (0,6 €/min).

Ricavi

Il livello dei contributi FSR indistinto per l'anno 2016 è stato calcolato considerando un livello di finanziamento del SSN pari a 111 €/mln (L. di stabilità 2016). Per gli anni 2017-2018, il valore del FSR viene stimato, prudenzialmente, costante all'anno 2016.

Tabella 11: Evoluzione dei Ricavi

€/min	2012A	2013A	2014A	2015*	2016P	2017P	2018P
Contributi F.S.R.	2.364,4	2.351,7	2.393,2	2.366,1	2.364,3	2.364,3	2.364,3
Saldo Mobilità	(102,7)	(71,3)	(71,6)	(77,0)	(77,0)	(77,0)	(77,0)
Entrate Proprie	92,2	82,1	77,0	104,3	77,6	77,3	76,9
Altre Entrate	(14,7)	(21,0)	(43,5)	(25,2)	(22,0)	(14,7)	(14,7)
Ricavi	2.339,2	2.341,5	2.355,0	2.369,3	2.362,9	2.369,9	2.369,9

Ad incidere negativamente sui ricavi si rileva uno strutturale saldo negativo di mobilità pari a 77,0 €/min (3% del FSR).

Tabella 12: Dinamica del finanziamento regionale

€/min	2014A	2015*	2016P	2017P	2018P
Totale fabbisogno	2.389,0	2.378,5	2.397,2	2.397,2	2.397,2
Entrate da Bilancio Regionale	41,5	41,5	41,5	41,5	41,5
Totale FSR Abruzzo	2.347,5	2.336,9	2.355,6	2.355,6	2.355,6
Fondo vincolato	45,8	28,6	28,6	28,6	28,6
Contributi FSR	2.303,3	2.308,3	2.327,0	2.327,0	2.327,0

Il valore della Entrate Proprie, per l'anno 2016, è stato stimato pari a 77,6 €/min in linea con il Consuntivo 2014 ed è composto da Altre Entrate proprie per 38,0 €/min, Ticket per 38,3 €/min e Ulteriori trasferimenti pubblici per 3,3 €/min. Il valore del *payback*, per gli anni 2016-2018, è stimato in diminuzione di 0,6% all'anno a causa della riduzione stimata sulla spesa per farmaci innovativi.

Grafico 26: Evoluzione delle Altre Entrate

€/min	2014A	2015*	2016P	2017P	2018P
Rettifica Contributi c/esercizio per dest. ad invest.	(26,7)	(32,6)	(28,3)	(20,9)	(20,0)
Entrata per quote inutilizzate contributi vincolati	(18,4)	4,5	5,1	5,1	5,1
Saldo Intramoenia	(0,4)	2,9	1,2	1,2	1,2
Totale	(43,5)	(25,2)	(22,0)	(14,7)	(14,7)

La voce Altre Entrate incide negativamente sui ricavi ed è composta dal Saldo Intramoenia, stimato costante per gli anni 2016-2018 per un importo di 1,2 €/min, dal Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati stimato costante per gli anni 2016-2018 per un importo di 5,1 €/min, in aumento di 0,6 €/min rispetto al IV Trimestre 2015 e di 21,4 €/min rispetto al Consuntivo 2014.

Si specifica che la voce Saldo per quote inutilizzate di contributi vincolati è composta dalla voce Utilizzo per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti, stimata pari a 33,7 €/min (valore 2015) e Accantonamento per quote inutilizzate contributi da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. vincolato, stimata pari 28,6 €/min.

La voce Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti per gli anni 2016-2018 (stimata sulla base delle aliquote previste dal D.Lgs. 118/2011) è stata calcolata ipotizzando che a livello regionale si effettuino investimenti con FSR corrente per un importo di 20,9 €/min per gli anni 2016-2018 (valore pari alla media tra gli investimenti effettuati negli anni 2012-2014).

Costi

L'evoluzione tendenziale dei Costi Operativi, al netto di Ammortamenti e Accantonamenti, per il triennio 2016-2018 mostra un incremento complessivo di 77,6 €/mln (+1,1% annuo rispetto al IV trimestre 2015).

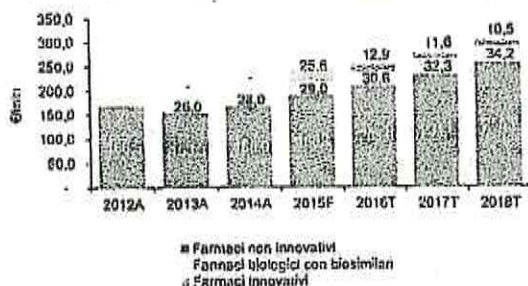
Tabella 13: Evoluzione dei Costi Operativi (al netto di Ammortamenti e Accantonamenti)

€/mln	2012A	2013A	2014A	2015F	2016T	2017T	2018T
Personale	708,0	772,7	775,4	772,4	772,4	772,4	772,4
Δ yoy		1,1	0,3	(0,4)			
Δ yoy %		0,9%	0,3%	-0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	109,2	179,4	195,7	244,3	253,7	277,0	303,0
Δ yoy		6,2	8,3	19,7	3,4	11,3	14,0
Δ yoy %		6,0%	8,1%	24,0%	3,5%	11,3%	14,4%
Altri Beni e Servizi	519,5	501,8	490,8	513,5	514,7	517,0	526,8
Δ yoy		(1,6)	(2,2)	11,9	1,2	2,3	1,6
Δ yoy %		-3,4%	-4,4%	2,0%	0,2%	0,4%	1,2%
Variazione Rimanenza	4,0	0,9	0,8	(4,9)	0,0	0,8	0,6
Costi Interni	1.461,5	1.454,8	1.471,3	1.526,3	1.541,4	1.597,0	1.602,7
Δ yoy		(5,7)	11,5	54,0	15,1	25,6	35,8
Δ yoy %		(0,7%)	1,0%	3,7%	1,0%	1,7%	2,3%
Medicina Di Base	151,5	150,7	155,0	165,0	153,5	163,5	153,5
Farmaceutica Convenzionata	233,1	230,9	230,9	232,0	232,0	232,5	233,1
Prestazioni da Privato	367,3	367,4	365,2	365,0	367,9	361,1	365,8
Costi Esterni	751,9	748,9	749,1	752,0	753,3	750,1	752,1
Δ yoy		(2,0)	(0,8)	3,8	1,4	(3,2)	2,0
Δ yoy %		(0,4%)	(0,1%)	0,8%	0,2%	(0,4)%	0,3%
Costi Operativi	2.213,5	2.203,8	2.219,4	2.277,3	2.204,8	2.317,1	2.354,0
Δ yoy		(9,7)	8,7	27,9	(17,0)	22,3	17,6
Δ yoy %		(0,4)%	0,7%	2,6%	(0,8)%	1,0%	1,0%

Il Personale, per l'anno 2016, è stato stimato pari a 772,4 €/mln, pari al IV trimestre 2015. Tale stima di 772,4 €/mln si ipotizza costante per gli anni 2017 e 2018.

La voce Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati, per l'anno 2016, è stata stimata pari a 253,7 €/mln; per gli anni 2017 e 2018 si ipotizza un incremento medio di 9,3% per un importo pari a 277 €/mln nel 2017 e 303 €/mln nel 2018.

Grafico 27: Evoluzione dei Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati



La stima della spesa per Prodotti farmaceutici è stata effettuata ipotizzando i seguenti incrementi medi annui (CAGR 2013-2015): Farmaci non innovativi +11%, Farmaci biologici con biosimilari in distribuzione diretta +6%, Farmaci innovativi anti HCV ipotizzando circa 500 trattamenti annui nel 2016 ed un costo per trattamento pari a circa il 50%⁹¹ del costo relativo al 2015, mentre per gli anni 2017 e 2018 si ipotizza una riduzione graduale dei costi del 10% a costo per trattamento decrescente (payback prezzo-volume).

La voce Altri Beni e Servizi è stata stimata pari a 514,7 €/mln per il 2016, 517,0 €/mln nel 2017 e 526,8 €/mln nel 2018 ipotizzando un tasso medio annuo di crescita pari all'1% tenendo conto che per il triennio 2013-2015 la crescita del macro aggregato è stata pari a circa 1,2% e che l'inflazione media registrata nel 2015 è stata prossima allo zero (dati ISTAT-nota mensile sull'andamento dell'economia italiana, Gennaio 2016).

La voce Ammortamenti e costi capitalizzati è stata stimata costante per gli anni 2016-2018, per un importo di 8,0 €/mln, e pari al valore registrato al Consuntivo 2014.

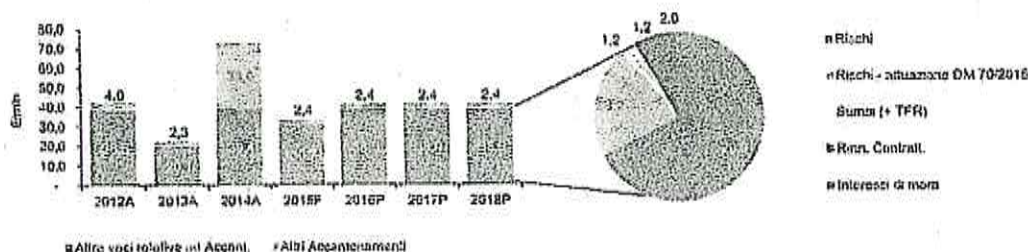
Si stimano Accantonamenti per 41,3 €/mln per gli anni 2016-2018. La voce si compone di:

- Acc.ti rischi per 26,3 €/mln, pari al valore registrato al Consuntivo 2014 al netto degli accantonamenti per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato registrati dalle Aziende (8,7 €/mln);

⁹¹ Tale abbattimento è riconducibile al fatto che per i farmaci in commercio, rispetto ai prezzi al pubblico ed ex factory riportati nelle Determinazioni di AIFA, i prezzi di cessione hanno subito delle diminuzioni dovute all'applicazione di determinati meccanismi di payback. Si ricorda che, tranne per il Simeprevir, sono previsti due meccanismi di payback: uno basato sul principio del prezzo/volume - che prevede un prezzo che diminuisce man mano che aumentano i volumi di farmaco utilizzato - e uno cosiddetto flat rate, relativo al rimborso delle confezioni utilizzate in più rispetto al trattamento standard. La stima è stata effettuata a partire dai rimborsi effettivi ricevuti nel corso del 2015 e dei primi mesi del 2016.

- 3. Acc.to per rischio aggluntivo per rischio di mancata contrattualizzazione degli erogatori privati che non rispettano la soglia del 60 posti letto per acuti di cui al comma 2.5 dell'Allegato 1 del DM 70/2015 per circa 8,2 €/min;
- 4. Acc.ti per interessi di mora (2,0 €/min);
- 7. Acc.li per rinnovi contrattuali, (1,2 €/min) ed Acc.li SUMAI (1,2 €/min), stimati costanti nel triennio e pari al Consuntivo 2014;
- 8. Altri Accantonamenti per 2,4 €/min pari al valore registrato al Consuntivo 2014 al netto del valore degli accantonamenti registrati in GSA (31,2 €/min) per potenziamento delle attività territoriali.

Grafico 28: Evoluzione di Accantonamenti



La voce Variazione rimanenze è stata stimata, per gli anni 2016-2018, costante al valore registrato al Consuntivo 2014 di 0,6 €/min.

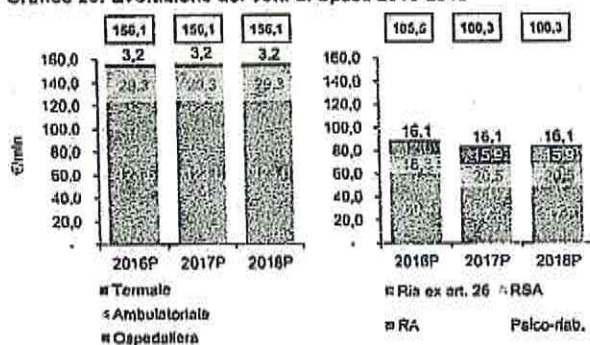
Il valore del personale convenzionato con il SSR - Medicina di base e Personale Sumaisia è stato stimato costante per gli anni 2016-2018 e rispettivamente pari a 153,5 €/min (spesa massima come da tetto fissato per l'anno 2011 e 2012 con DCA 27/2011, in attesa di aggiornamento degli ACN ed AIR) e 18,2 €/min per il Personale SUMAI (tetto di spesa fissato per gli anni 2016-2018).

La Farmaceutica convenzionata per gli anni 2016-2018 è stata stimata pari a 232,0 €/min per il 2016, pari a 232,5 €/min per il 2017 e pari a 233,1 €/min per il 2018 sulla base del tasso di incremento della spesa netta da DCR registrato tra il 2013 ed il 2014 per singola Azienda, mantenendo costante al valore registrato nel 2014 la spesa relativa a "Farmacie rurali ed altre spese".

Le Prestazioni da Privato sono stimate pari a 367,9 €/min per il 2016, pari a 364,1 €/min per il 2017, pari a 365,6 €/min per il 2018, di cui:

- 3. Prestazioni soggette a tetto per complessivi 261,5 €/min per il 2016, 256,4 €/min per gli anni 2017-2018 (al lordo del ticket e della quota fissa per la specialistica ambulatoriale stimata pari a circa 3 €/min);
- 4. Altre prestazioni non soggette a tetto per complessivi 110,0 €/min per il 2016, 111,4 €/min per il 2017 e 112,9 €/min per il 2018.

Grafico 29: Evoluzione dei Tetti di Spesa 2016-2018



La voce Assistenza Ospedallera è stata stimata pari a 123,6 €/min per gli anni 2016-2018, considerando il valore dei tetti determinati con DCA 59-64/2015 per gli anni 2014-2015 ed ipotizzando la mancata contrattualizzazione degli erogatori privati che non rispettano la soglia del 60 posti letto per acuti di cui al comma 2.5 dell'Allegato 1 del DM 70/2015 (8,2 €/min); tale valore è prudenzialmente accantonato.

La voce Assistenza Ambulatoriale è stata considerata pari a 29,6 €/min per gli anni 2016-2018 a partire dal valore dei tetti determinati per l'anno 2015 con DCA 35-80/2015, mentre a costo è stato stimato un valore pari a 26,0 €/min al netto del ticket. È stata, inoltre, ipotizzata una riduzione di 0,3 €/min in applicazione dell'art. 9 quater comma 7 della L. 125/2015 di conversione del DL 78/2015 in relazione ai tetti di remunerazione per le prestazioni di specialistica ambulatoriali da privato accreditato.

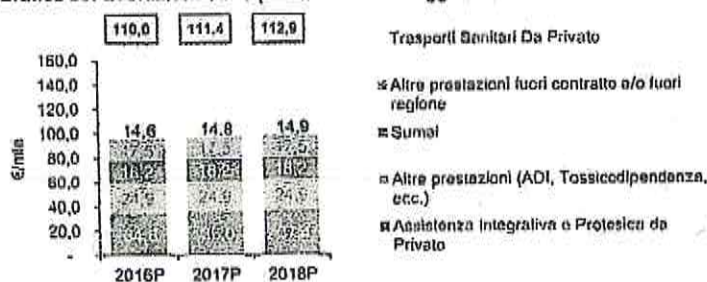
Per quanto riguarda le prestazioni residenziali e semiresidenziali (Riab. ex art.26, RSA, RA, Psicosiab.), la stima è stata effettuata a partire dal valore dei tetti di spesa decretati per l'anno 2016 (al netto della quota di compartecipazione, ove prevista), in particolare 60,4 €/mln per la Riab. Ex art 26 (DCA 49/16), 16,3 €/mln per le RSA (DCA 48/16), 16,1 €/mln per le Psicosiabilizzazione (DCA 48/16), 12,6 €/mln per le RA (DCA 48/16) e 3,2 €/mln per la Termale (DCA 126-165/14).

Inoltre il processo di riconversione già rappresentato nel corso del presente documento, ha programmato il perseguimento dell'incremento di offerta di posti letto in *setting* attualmente sottodimensionati (inadeguati) e la contestuale riduzione di offerta di posti letto attualmente eccedenti gli standard di riferimento (inappropriati). Tale processo, di fatto comporterà una riduzione di prestazioni ad elevato contenuto assistenziale (e maggiori tariffe) con contestuale incremento di prestazioni erogate in regimi a minore contributo assistenziale (e minori tariffe) ma più rispondenti ai fabbisogni della popolazione.

Pertanto, sotto i vincoli di equilibrio economico, per gli anni 2017-2018 è stata stimata una rimodulazione della spesa per l'acquisto di prestazioni residenziali e semiresidenziali; in particolare sono stati stimati maggiori costi per 7,5 €/mln complessivi per RSA ad RA per il completamento del processo di riconversione, a fronte di un minor costo di 12,6 €/mln per le prestazioni di Riabilitazione ex art. 26: l'effetto netto è pari ad un risparmio ulteriore per il SSR pari a circa 5,2 €/mln. Il mancato avvio/completamento dell'attività di riconversione programmata, comporterà una rimodulazione dei tetti 2017-2018 senza superare il valore di spesa complessivamente programmato (100,3 €/mln).

Per quanto riguarda l'assistenza termale, la stima per gli anni 2016-2018 è stata mantenuta costante pari al valore dei budget decretati per gli anni 2014-2015 (DCA 126-165/201) pari a 3,2 €/mln.

Grafico 30: Evoluzione Altre prestazioni non soggette a tetto 2016-2018



Per quanto riguarda, infine, le Altre prestazioni non soggette a tetto, le prestazioni erogate fuori Regione per residenti abruzzesi e ulteriori prestazioni (ADI, tossicodipendenza, ecc.) sono state stimate pari al valore del Consuntivo 2014 (3,6 €/mln – Ambulatoriale, 5,4 €/mln Ria ex art 26, 7,9 €/mln Psicosiabilizzazione e 0,6 €/mln RSA/RA e 24,9 €/mln ADI, Tossicodipendenza, ecc.).

Il valore del personale convenzionato con il SSR - Personale Sumaista è stato stimato costante per gli anni 2016-2018 pari a 18,2 €/mln per il Personale SUMAI (tetto di spesa fissato per gli anni 2016-2018).

Il valore dei Trasporti e dell'Integrativa e Protezione è stimato in aumento rispettivamente ad un tasso medio annuo del 1,0% e del 3,6% annuo.

Le Componenti Finanziarie e Straordinarie sono stimate pari a zero per gli anni 2016-2018.

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 negativo decrescente, rispettivamente pari a -42,8 €/mln per il 2016, -58,2 €/mln per il 2017 e di -96,3 €/mln per il 2018.

Un Programmatico in utile e con le risorse necessarie per lo sviluppo

Un Programmatico in utile alla fine del triennio

La Regione Abruzzo ha effettuato la programmazione per il prossimo triennio in maniera prudenziale, vale a dire considerando il livello di finanziamento del SSN costante per il triennio 2016-2018 e pari a 111 €/mld (L. di stabilità 2015) che equivale a considerare il livello di finanziamento del SSR pari a 2.384,3 €/mln.

Si evidenzia che la Legge di Stabilità 2015 prevede invece un livello di finanziamento crescente per gli anni 2017-2018 e pari rispettivamente a 113 €/mld e 115 €/mld. In termini di contributi FSR indistinto, pertanto in base alle normative vigenti, spetterebbero alla Regione Abruzzo ulteriori 130 €/mln per il biennio in oggetto (44,4€/mln per l'anno 2017 e 86,0 €/mln per l'anno 2018).

Le maggiori risorse di FSR che verranno erogate rispetto a quelle programmate, permetteranno non solo di avere un eventuale supporto alla tenuta del piano ma saranno utilizzate, sotto forma di utili conseguiti, per il potenziamento delle manovre di sviluppo programmate.

A fronte delle stime effettuate (di cui si rappresentano i razionali nel paragrafo successivo) il programmatico regionale mostra per l'anno 2016 una perdita pari a 37,9 €/mln, per l'anno 2017 una perdita pari a 23,7 €/mln e per il 2018 un utile di esercizio pari a 2,5 €/mln. Relativamente al 2016 e 2017, si evidenzia che la copertura di tale disavanzo è garantita dalle risorse seguenti presenti nei bilanci delle Aziende del SSR e della GSA al 31.12.2015⁸²:

- 83 63,1 €/mln quali maggiori risorse disponibili rispetto alle perdite portate a nuovo del SSR⁸³;
- 84 24,6 €/Mln utili portati a nuovo iscritti nel Bilancio della GSA nel bilancio 2014 e utile d'esercizio 2014;
- 85 19,2 €/Mln riferiti a FSR indistinto da distribuire relativi all'accantonamento residuo effettuato dalla GSA nell'anno 2014 per il potenziamento dell'assistenza territoriale per gli anziani non autosufficienti in base al DCA112/2013.

Si evidenzia che tra le coperture non sono riportate le entrate aggiuntive da *payback* per lo sfioramento dei tetti dell'assistenza farmaceutica che per l'anno 2015 hanno generato 27,4 €/mln (DL 179/2015).

Tabella 14: Stima del programmatico

€/mln	2013A	2014A	2015*	2016P	2017P	2018P
Ricavi	2.341,5	2.355,0	2.368,3	2.362,0	2.371,9	2.371,0
Costi Interni	1.493,1	1.652,3	1.585,3	1.590,1	1.597,7	1.591,2
Costi Esterni	748,9	748,1	752,0	753,3	746,8	747,0
Margine Operativo	109,4	54,7	51,0	23,6	27,4	33,4
Componenti Finanziarie e Straordinarie	56,3	47,5	43,0	61,4	51,0	30,8
Risultato Economico	53,1	7,2	7,1	(37,9)	(23,7)	2,6

Note: A = Actual; P = Projection; * = IV Trimestre

A fronte di un decremento dei costi operativi nel 2016, non considerando le voci Ammortamento e costi capitalizzati e Accantonamento, a seguito del recepimento regionale delle indicazioni contenute nel DL 78/2015, alla valorizzazione dei possibili risparmi conseguenti all'applicazione di quanto previsto dal DM 70/2015, il valore stimato aumenta negli anni seguenti fino a raggiungere un importo di 2,27 €/mld nel 2017 e 2,29 €/mld nel 2018 (+0,7% rispetto al 2017).

⁸² Si precisa che con Determina DG22/31 del 22.07.2015, ridatata con DPF 012/04 del 08.09.2015, il Servizio Programmazione economico-finanziaria e Finanziamento del SSR ha disposto, a titolo di ripiano di tutte le perdite al 31.12.2014, la liquidazione e il pagamento alle Aziende della Regione Abruzzo di un importo pari a 235,1 €/mln. Il pagamento di tale somma alle Aziende regionali è avvenuto con mandati n.12184, 12185, 12186 del 24.12.2015 e n.12181, 12182, 12183 del 28.12.2015. Ne consegue che gli utili portati a nuovo delle Aziende del SSR sono disponibili per il ripiano delle perdite del servizio sanitario regionale. L'art. 30 del D.lgs 118/2011 recita: "L'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero, limitatamente agli enti di cui alle lettere b) punto i), e o) del comma 2 dell'articolo 19, è resa disponibile per il ripiano delle perdite del servizio sanitario regionale".

⁸³ Il saldo del conto PAA200 "A.V) CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE - A.V.3) Altro" al 2014 era 52.914.068,31 €. Nel 2015 il conto ha subito le seguenti variazioni: - incremento di 20.422.610 € dovuto a DCA 84/2015 (rilevazione da parte della GSA dell'eccesso di copertura assegnate a Pescara con DCA 145/2014; - decremento 10.231.675 € ai sensi della DPF012/04 del 8/9/2015 per ulteriori coperture rispetto alla DCA 145/2014. Tali somme sono ricomprese nel credito w/Regione pari a 80.781.721 €, di cui alla DGR 143/2016 (scadenze 30/06; 30/09; 31/12).

Tabella 15: Andamento dei costi da programmatico

€/mln	2013A	2014A	2015*	2016P	2017P	2018P
Personale	772,7	775,4	772,4	767,5	768,5	773,9
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	179,4	189,7	244,3	249,3	255,0	263,2
Altri Beni e Servizi	501,8	499,6	513,9	500,1	501,9	505,5
Variazioni Rimanenze	0,0	0,6	(4,9)	0,0	0,0	0,0
Costi Interni	1.454,0	1.471,3	1.525,3	1.516,9	1.525,3	1.540,6
Δ 2013/14	(0,7)	3,6	54,0	(6,7)	7,7	0
Δ 2014/15	(0,9)	0,0	3,7%	0,1%	0,2%	(1,7)
Medicina Di Base	150,7	155,0	155,0	153,5	153,5	153,5
Farmacologia Convenzionata	230,9	230,9	232,0	231,9	229,3	229,0
Prestazioni da Privato	367,4	352,2	365,0	367,0	362,1	365,0
Costi Esterni	748,9	740,1	762,0	753,0	746,8	747,0
Δ 2013/14	(3,0)	(0,8)	3,8	1,3	(0,8)	0,2
Δ 2014/15	(0,0)	(0,0)	0,5%	0,2%	0,1%	0,0%
Costi Operativi	2.203,8	2.210,4	2.277,3	2.269,9	2.271,1	2.287,6

Nota: A = Actual; P = Projection; * = IV Trimestre

Per quanto riguarda le variazioni dei costi operativi a registrare il più elevato valore cumulato nei 3 anni è la spesa per prodotti farmaceutici ed emoderivati (per circa 18,9 €/mln) mentre i costi per l'acquisto di altri beni e servizi mostrano una riduzione pari a circa 7,9 €/mln. Si riduce anche il costo del personale negli anni per un valore cumulato pari a circa 1,1 €/mln; tale andamento rappresenta l'effetto combinato del blocco delle sostituzioni di personale impiegato nel perimetro di attività attuale e dell'incremento di personale da impiegare sul territorio per i progetti di sviluppo pianificati.

Tabella 16: Andamento delle variazioni dei costi da programmatico

€/mln	13 vs 12	14 vs 13	15* vs 14	16 vs 15*	17 vs 16*	18 vs 17*
Personale	4,7	2,7	(3,0)	(4,6)	(1,3)	4,8
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	10,2	16,3	48,7	3,8	7,7	7,4
Altri Beni e Servizi	(17,6)	(2,2)	13,9	(13,4)	1,2	4,3
Variazioni Rimanenze	(3,9)	(0,3)	(5,5)	5,5		
Costi Interni	(6,7)	16,5	84,0	(6,7)	7,7	16,5
Medicina Di Base	(0,9)	4,3	(0,1)	(1,5)		
Farmacologia Convenzionata	(2,2)	0,1	1,0	(0,0)	(2,7)	(1,3)
Prestazioni da Privato	0,1	(5,2)	2,8	2,9	(3,8)	1,5
Costi Esterni	(3,0)	(0,8)	3,8	1,3	(6,5)	0,2
Costi Operativi	(9,7)	15,7	57,9	(7,4)	1,2	16,7

Il governo dello sviluppo

Il presente piano rappresenta per la Regione Abruzzo un'occasione imprescindibile per la riqualificazione del suo sistema sanitario regionale. Nell'arco del triennio 2016-2018 verranno riassegnate risorse per investimenti pari a oltre 70 €/mln tra risorse disponibili nel bilancio consolidato e non destinate alla copertura delle perdite programmate e le risorse che si liberano dall'efficientamento del sistema. A questi valori sono da aggiungersi le maggiori entrate da FSR rispetto a quello programmato per un potenziale investimento massimo di oltre 200 €/mln.

I Conti economici 2016-2018 programmatici, declinano già gli investimenti derivanti dal FSR programmato per complessivi 26 €/mln. Le rimanenti somme, non derivando dal FSR stimato, ma da ricavi aggiuntivi rispetto a quelli previsti (risorse da bilancio e/o maggiore finanziamento del FSR) comportano impatto nullo sulla sostenibilità economica del programma triennale e pertanto non sono rappresentati. Queste risorse potranno essere utilizzate dal Nucleo Regionale per lo Sviluppo in fase di approvazione dei progetti di investimento come dettagliato nel seguito.

Per ciascuna manovra, la valorizzazione dell'impatto economico rappresenta, annualmente, il limite massimo delle risorse correnti destinabili allo scopo. Tale valore potrà essere rimodulato per ciascun anno rispetto a quanto programmato, previa approvazione se la spesa da sostenersi dovesse risultare inferiore a quella programmata nell'anno, la differenza potrà essere investita negli anni successivi. Nel caso in cui la spesa da sostenersi dovesse risultare superiore a quella programmata nell'anno, il maggiore costo dovrà essere recuperato dai fondi programmati per le altre manovre nell'anno o da fondi aggiuntivi (es. utili di esercizi precedenti).

Al fine di poter governare a livello centrale il processo di investimento:

- 1) entro un mese dall'approvazione del presente piano, sarà nominato il Nucleo Regionale per lo Sviluppo (di seguito "NRS"), composto dal Direttore del Dipartimento per la Salute e il Welfare, i Direttori Generali delle attuali Aziende Sanitarie (fino alla costituzione dell'ASU), il Dirigente del Servizio programmazione economico-finanziaria e finanziamento del SSR;
- 2) entro un mese dalla nomina il NRS nomina il/i referente/i per ciascun progetto di investimento;
- 3) entro due mesi dalla nomina i referenti presentano i progetti di investimento al fine di poter definire con certezza e precisione il valore effettivo da impegnare nel bilancio con il vincolo alla realizzazione effettiva della manovra (e con obbligo di rendicontazione a SAL);

- entro un mese dalla presentazione dei progetti di sviluppo, il MRS approverà il piano attuativo presentato;
- con cadenza trimestrale, i referenti dei progetti presentano uno stato di avanzamento delle attività progettuali con evidenziazione dei fondi utilizzati rispetto a quelli stanziati, con obbligo di rendicontazione analitica dello stato di attuazione di quanto previsto nel presente Piano.

Il cronoprogramma di avvio/attuazione delle manovre rappresenta l'ordine di finanziamento delle stesse, nel rispetto del presente Piano e dell'equilibrio economico-finanziario della gestione corrente.

L'approvazione dei progetti prevede una procedura di valutazione di tipo economico-gestionale da parte della Regione in ordine ai seguenti punti:

- scelta del *make or buy*, vale a dire rappresentazione del rationale per cui, a fronte del fabbisogno rappresentato dalla Regione, si sia scelto di procedere all'erogazione diretta da parte delle ASL/ASU (*make*) ovvero si sia scelto di procedere all'acquisto di prestazioni da soggetti terzi (*buy*);
- risorse necessarie in termini di personale, beni e servizi, vale a dire rappresentazione del modello gestionale adottato (secondo le specifiche richieste della Regione), quantità di prestazioni e relativo fabbisogno di personale e costi di beni e servizi coerente rispetto alle quantità di prestazioni erogate; nonché di tutti gli altri costi diretti connessi alla realizzazione del progetto;
- cronoprogramma dei lavori di avviamento e tempistica per la messa a regime definitiva del progetto, evidenziando, altresì, per ciascuna fase del progetto stesso, la tipologia e la quantità di servizi e prestazioni che potranno essere erogati in itinere ("fabbisogno soddisfatto").

Tabella 17: Stima dell'impatto delle manovre di sviluppo

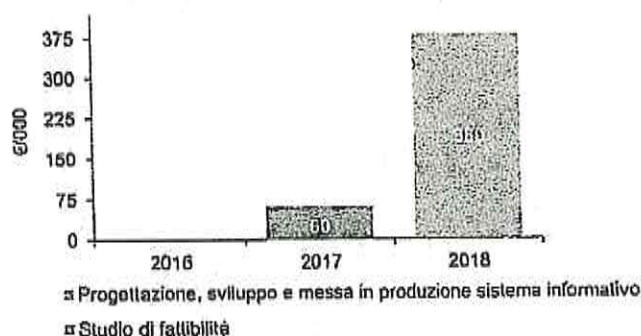
Manovra	2017	2018	Impatto totale
1.1 Sviluppo di strumenti per la verifica del PAI	60.000	380.000	440.000
1.1 Avvio e sottoscrizione dei contratti di ADI	2.000.000	2.000.000	4.000.000
1.2 Promozione contatto Territori-paziente e famiglia	-	-	-
1.3 Aggiornamento registri regionali di patologia	-	-	-
1.3 Integrazione della guardia medica nelle aggregazioni di MMG	-	-	-
1.3 Aggregazione di MMG in "Ospedali di Comunità" - "Case della Salute"	1.120.000	1.120.000	2.240.000
1.4 Potenziamnto della formazione a diversi livelli	121.900	610.400	632.300
2.3 Studio di fattibilità DEA di secondo livello	50.000	-	50.000
2.3 Formazione al caregiver	1.681.866	2.522.797	4.204.662
2.3 Sviluppo call center non in emergenza	252.270	2.007.080	2.259.350
2.3 Potenziamnto del personale per le postazioni 118	2.432.864	6.246.309	7.679.053
2.3 Sviluppo di un software gestionale unico per lo CO	1.050.000	350.000	1.400.000
3.1 Fondo incrementale per la formazione del personale	266.607	1.000.000	1.266.607
3.1 Istituzione di collaborazioni con Università e Istituzioni	500.000	500.000	1.000.000
3.3 Rilevazione della soddisfazione di pazienti e famiglie	100.000	100.000	200.000
3.3 Fondo per assegnazione premi di risultato	500.000	500.000	1.000.000
4.5 Acquisto di macchinari per abbattere le liste di attesa	-	-	-
6.3 Aggiornamento della Carta dei Servizi Sanitari per PO	6.650	3.000	6.650
6.3 Sviluppo sito web aziendale	16.667	33.333	50.000
Totale	10.167.682	16.272.999	26.430.681

Nota: Con riferimento alle manovre 1.2 la copertura finanziaria è garantita da fondi vincolati mentre con riferimento alle manovre 1.3 la copertura finanziaria sarà garantita da una rimodulazione di risorse previste o nel rispetto del limite massimo di quelle assegnabili. Si evidenzia, infine, che la manovra 4.1 troverà copertura in ricavi aggiuntivi rispetto a quelli previsti e quindi comportano impatto nullo sulla sostenibilità economica del programma triennale.

OBIETTIVO 1

La manovra per lo sviluppo di strumenti per la verifica del PAI (Intervento 1.1) è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra la valorizzazione del limite massimo di risorse economiche assegnabili è pari a 60,0 €/000 nel 2017, 380,0 €/000 nel 2018 per un investimento complessivo pari a circa 440,0 €/000. Si prevede di realizzare uno studio di fattibilità propedeutico alla successiva progettazione e allo sviluppo di un sistema informativo omogeneo che permetta anche l'interazione con i pazienti in AD. Successivamente allo sviluppo del sistema e all'entrata a regime del servizio, sono previsti costi di manutenzione per garantire l'efficacia e l'efficienza del servizio. Tali costi di manutenzione (circa 40,0 €/000), la cui manifestazione è stimata a partire dal 2019, non sono considerati nel presente piano.

Grafico 31: Stima dei costi per gli strumenti di verifica del PAI



Lo sviluppo di strumenti per la verifica del PAI avviene in tre fasi e prevede un investimento complessivo di 440,0 €/000: studio di fattibilità (60,0 €/000), messa a regime del sistema (380,0 €/000), sono considerati nel presente piano mentre i costi di manutenzione del sistema (40,0 €/000), dal 2019, non sono considerati nel presente piano.

Il potenziamento dell'ADI (Intervento 1.1) è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra la valorizzazione del limite massimo di risorse economiche assegnabili è pari a 4,1 €/mln nel 2017 e 4,0 €/mln nel 2018 per un investimento complessivo pari a circa 8,1 €/mln. Si specifica che tale progetto è stato finanziato con Fondi comunitari QSN 2007-2013 Risorse sviluppo e coesione Il progetto di durata biennale "ADI - Servizi di cura agli anziani" (DGR n. 176 del 22.03.2016) per un importo complessivo pari a 8,1 €/mln. Nell'ambito del presente Piano risultano valorizzati nei conti economici programmatici risorse per 4 €/mln, in quanto le ulteriori sono destinate al sociale.

Tale manovra si prefigge l'obiettivo di iniziare un percorso graduale di avviamento del servizio di monitoraggio remoto di parametri vitali e di controllo di alcune malattie per pazienti cronici e fragili gestiti in ADI. A regime, si prevede di riuscire a tele-monitorare circa 4.000 pazienti in ADI su tutto il territorio regionale. Parallelamente si prevede di migliorare la presa in carica dei pazienti nell'intensità dell'assistenza attraverso l'erogazione in media di 25 ore/anno/paziente di assistenza diretta finalizzate a evitare il ripetersi di ricoveri impropri e di garantire alle famiglie del paziente un supporto integrato all'assistenza.

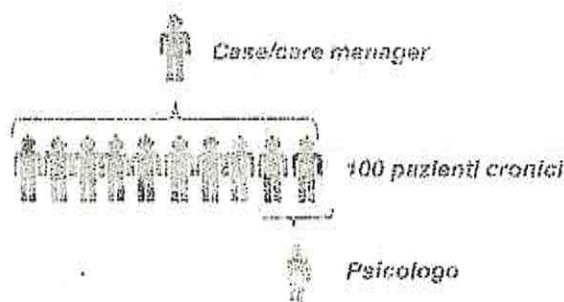
La manovra per promuovere a livello locale il contatto con il paziente e la sua famiglia (Intervento 1.2) è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra si prevede un investimento complessivo pari a circa 4,2 €/min. finanziabile, in continuità con la linea progettuale 5 "Gestione della cronicità" – Progetto "La gestione della cronicità al domicilio del paziente e la prevenzione della cronicità nella malattia psichiatrica" di cui alla DGR n.178 del 22.03.2016 "Progetti obiettivo a rilevanza nazionale ex art.1 cc 34 e 24 bis L.662/96 – Finanziamento anno 2016. Approvazione progetti obiettivo regionali" e, pertanto, non viene valorizzato come manovra nel presente Piano.

Il servizio è rivolto a pazienti cronico-degenerativi con stato di salute tale da non necessitare una tipologia di assistenza residenziale ma con caratteristiche di fragilità tali da richiedere il supporto di figure professionali.

Il primo progetto, nell'ottica di prendersi cura del paziente cronico, e di conseguenza della sua famiglia sul territorio, prevede l'avviamento di un servizio di assistenza continuativa nel tempo caratterizzato da sedute del paziente con case/care manager e psicologo, professionisti formati per mettere a disposizione un vasto insieme di attività che spaziano dalla guida all'interno del percorso di cura, al loro empowerment, fino a fornire informazioni utili circa l'accessibilità e l'appropriatezza del contatto con il sistema sanitario. Tale figura non vuole, dunque, sostituire alcuna professionalità e ruolo medico ma piuttosto affiancarsi ad esse e costituire una sorta di facilitatore e guida per il paziente e la sua famiglia.

A partire dall'avviamento del servizio, si prevede l'assunzione dilazionata nell'arco del triennio di 60 figure professionali di case/care manager adeguatamente formate e in grado di gestire 100 pazienti l'uno e di 11 psicologi. Tale programma permetterà di avere in carico 6.600 pazienti a regime nel 2018.

Grafico 32: Rapporto cronici-specialisti



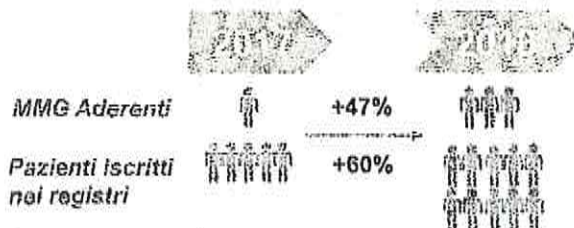
Il numero di psicologi è stato calcolato in base al numero di pazienti assistiti previsti (il 20% dei pazienti assistiti dal case/care manager)

Parallelamente all'attivazione del servizio territoriale di assistenza dei pazienti da parte delle figure professionali sopra citate, il secondo progetto prevede lo sviluppo di attività ricreative e di formazione del paziente cronico-degenerativo presso strutture già in uso, sempre rivolto a pazienti cronici.

A completamento dei servizi di cui sopra, il terzo progetto prevede l'attivazione di un servizio di call center "voce amica" di supporto per pazienti cronico-degenerativi. Il call center sarà attivo H24, sette giorni su sette, per fornire supporto e indicazioni ai bisogni del cittadino che viene trattato non in emergenza. Si prevede l'attivazione progressiva di 8 postazioni con infermieri specializzati (50 FTE come obiettivo per il 2018) ed un investimento per costi di licenza e manutenzione degli interni telefonici, del server, del software e delle utenze.

La manovra per favorire l'aggiornamento dei registri regionali di patologia (Intervento 1.3), è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per la definizione del valore da corrispondere come incentivo per i MMG che aderiranno al progetto si prevede la rimodulazione dei fondi integrativi regionali nel rispetto del limite massimo di risorse economiche assegnabili per gli anni 2017 e 2018. L'implementazione della manovra prevede il coinvolgimento dei MMG nell'aggiornamento dei registri regionali di patologia. L'obiettivo è quello di raggiungere a regime l'adesione dell'80% dei MMG per l'aggiornamento dei registri di patologia e l'80% degli adulti iscritti.

Grafico 33: Andamento del tasso di aderenza dei MMG e dei pazienti iscritti ai registri



La manovra di integrazione della guardia medica nelle aggregazioni di MMG (Intervento 1.3) è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per la definizione del valore da corrispondere come incentivo

per i MMG che aderiranno al progetto si prevede la rimodulazione dei fondi integrativi regionali nel rispetto del limite massimo di risorse economiche assegnabili per gli anni 2017 e 2018. L'implementazione della manovra prevede la costituzione progressiva delle 83 AFT individuate con Decreto commissariale n. 57/2015: 14 saranno attivate nel 2017 e 34 nel 2018. Sarà valutato in sede di contrattazione integrativa regionale il valore del fondo di incentivo per bacino di competenza dell'AFT per l'integrazione del servizio di guardia medica nelle AFT.

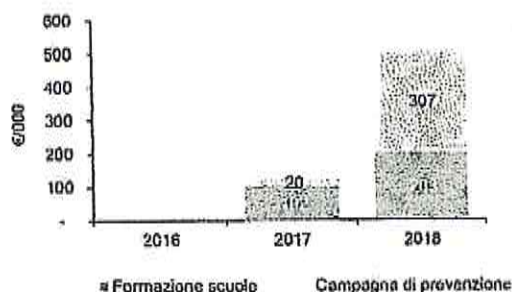
La manovra per favorire l'aggregazione di MMG in "Case della Salute" (Intervento 1.3) è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra la valorizzazione del limite massimo di risorse economiche assegnabili è pari a 1,12 €/min nel biennio 2017-2018 per un totale di 2,24 €/min. I costi associati a tale manovra riguardano solo l'eventuale adeguamento di ex presidi ospedalieri e/o spazi aziendali destinati a essere convertiti in Case della Salute (CdS), poiché gli altri fattori produttivi (in primis personale necessario per l'attivazione dei servizi) sono già registrati a CE e si tratterà esclusivamente di uno spostamento di servizi esistenti. In particolare si prevede l'apertura di 6 CdS nell'arco del Piano, due per ogni anno, ipotizzando un costo di adeguamento strutturale di 560 €/000 per ciascuna struttura.

La manovra di potenziamento della formazione a diversi livelli (Intervento 1.4) è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra la valorizzazione del limite massimo di risorse economiche assegnabili è 0,12 €/min nel 2017 e 0,51 €/min nel 2018 per un totale di 0,63 €/min. Tale manovra prevede la realizzazione di due progetti: una campagna di prevenzione e il varo di programmi formativi nelle scuole.

La campagna di prevenzione prevede l'utilizzo di più fonti mediatiche (da valutare la scelta, ad esempio, tra: canali televisivi e cinematografici, banner pubblicitari, inserzioni stampa quotidiane e annunci radiofonici). Si prevede un costo di 0,33 €/min cumulati negli anni 2017-2018.

Ulteriori attività di formazione e prevenzione coinvolgeranno le scuole primarie e secondarie della Regione. Si prevede un costo di 0,30 €/min in due anni, durante i quali l'obiettivo sarà fornire corsi di carattere formativo sui temi di prevenzione a giovani studenti, andando a coprire a regime 220 scuole secondarie e 538 scuole primarie.

Gráfico 34: Andamento dei costi previsti per la formazione



Si stima che l'attività sia a regime nel 2019. La graduale crescita dei costi relativi alle attività di prevenzione è dovuta al rimp up previsto per lo sviluppo della manovra.

OBBIETTIVO 2

Lo studio di fattibilità per la realizzazione di due DEA di secondo livello (Intervento 2.3) è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra la valorizzazione del limite massimo di risorse economiche assegnabili è 50 €/000 nel 2017.

La manovra per la formazione dei caregiver (Intervento 2.3) è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Si stima una spesa cumulata nel biennio 17-18 di 4,20 €/min per i corsi di formazione destinati ai caregiver, organizzati in classi. Con tale somma si prevede di riuscire a formare nel tempo circa 67.300 persone.

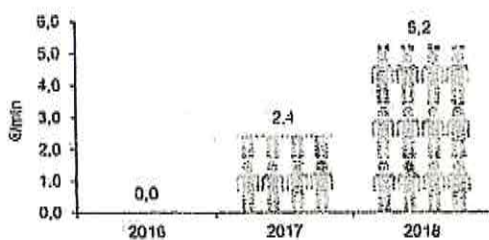
La manovra per lo sviluppo di un call center non in emergenza (Intervento 2.3), per pazienti cronico-degenerativi, è di responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra la valorizzazione del limite massimo di risorse economiche assegnabili è 0,25 €/min nel 2017 e 2,00 €/min nel 2018 per un totale di 2,26 €/min. Il progetto prevede l'attivazione di un call center "non in emergenza" attivo 7 giorni su 7, 24 ore al giorno, i cui costi sono stati stimati considerando come obiettivo (da raggiungere nei 2 anni) l'attivazione progressiva di 12 postazioni con infermieri specializzati (50 FTE come obiettivo per il 2018) e la presenza di ulteriori costi dovuti a licenze, manutenzioni e utenze. Non sono stati compresi i costi di affitto dei locali poiché si suppone di individuare per tale attività un locale di proprietà.

La manovra per il potenziamento del personale per le postazioni 118 (Intervento 2.3) è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra la valorizzazione del limite massimo di risorse economiche assegnabili è 2,43 €/min nel 2017 e 5,25 €/min nel 2018 per un totale di 7,68 €/min.

Con Decreto commissariale n. 96/2015, la Regione Abruzzo ha destinato una parte della somma accantonata nel Bilancio di Esercizio 2014 della G.S.A pari a 3,0 €/min per l'acquisto dei mezzi di soccorso individuati come fabbisogno regionale

per l'anno 2015 e nello specifico: 4 nuovi Mezzi di Soccorso Avanzato (di seguito "MSA"), 7 mezzi di Servizio di Trasporto Assistito Materno (di seguito "STAM") e 4 di Servizi di Trasporto per l'Emergenza Neonatale (di seguito "STEN"). Non si prevedono costi aggiuntivi di personale per integrare la dotazione organica in forza per le STAM.

Grafico 35: Andamento dei costi del personale delle postazioni 118



L'implementazione della nuova rete di postazioni 118 porta ad un costo del personale pari a 2,43 €/min nel 2017 e 5,24 €/min nel 2018. Il valore degli altri costi (assicurazione, carburante, beni di consumo) ammontano, complessivamente, a circa 0,1 €/min annui.

La manovra di sviluppo di un software gestionale unico per le Centrali Operative (Intervento 2.3) è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra la valorizzazione del limite massimo di risorse economiche assegnabili è 1,10 €/min nel 2017 e 0,35 €/min nel 2018 per un totale di 1,40 €/min. Nel 2017 si prevede una spesa iniziale per effettuare un piano di fattibilità e per l'acquisto e l'implementazione della piattaforma per 2 Centrali Operative. Negli anni successivi si prevedono costi di assistenza e manutenzione ipotizzati pari al 35% della spesa per la piattaforma.

Grafico 38: Andamento dei costi per lo sviluppo di un software gestionale unico per le CO



A fronte dell'investimento iniziale registrato nel 2017 gli anni seguenti riportano i soli costi legati ad assistenza e manutenzione.

OBBIETTIVO 3

La manovra Fondo incrementale per la formazione di personale (Intervento 3.1) è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra la valorizzazione del limite massimo di risorse economiche assegnabili è 0,27 €/min nel 2017 e 1,00 €/min nel 2018 per un totale di 1,27 €/min. A fronte della ricognizione di tutto il personale in forza, dettagliato per ruolo, profilo, età, anzianità lavorativa, CRIL, specializzazione e mansione, si prevede l'adeguamento del Piano formativo individuale. Lo stanziamento annuale dei fondi per la formazione è stato stimato pari a 1,0 €/min annuo, da suddividersi a seconda della categoria (sanitario, professionale, tecnico, amministrativo) in (a) corsi in aula del personale a tempo indeterminato; (b) corsi e-learning per personale a tempo indeterminato e personale a tempo determinato; (c) borse di studio per promuovere le eccellenze.

L'avvio di collaborazioni con le Università e le Istituzioni nazionali ed internazionali per la formazione del personale (Intervento 3.1) è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra la valorizzazione del limite massimo di risorse economiche assegnabili è 0,50 €/min per ciascun anno del biennio 2017 – 2018 per un totale di 1,00 €/min.

La manovra per attivare un sistema di rilevazione della soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie (Intervento 3.3) di responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra la valorizzazione del limite massimo di risorse economiche assegnabili è 0,10 €/min per ciascun anno del biennio 2017 – 2018 per un totale di 0,20 €/min. Si prevede lo sviluppo di una metodologia che si esplica in attività di raccolta e analisi di dati di customer satisfaction per l'implementazione di eventuali azioni correttive.

La manovra per definire premi di risultato (Intervento 3.3) è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra la valorizzazione del limite massimo di risorse economiche assegnabili è 0,50 €/min per ciascun anno del biennio 2017 – 2018 per un totale di 1,00 €/min. L'obiettivo primario di tale azione risiede nella promozione di incentivi su base meritocratica per la promozione della produttività.

OBIETTIVO 4

La manovra relativa al Potenziamento dell'area materno infantile è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra le risorse economiche assegnabili è pari a 10 €/mln nel biennio 2017 - 2018 (tali risorse non derivano dal FSR programmato e pertanto non sono rappresentate nei Conti Economici programmatici). L'obiettivo primario di tale azione risiede nel potenziamento dei punti nascita operativi a seguito della riorganizzazione intervenuta con DCA 10/2015.

OBIETTIVO 6

A fronte della riorganizzazione del sistema, si prevede la realizzazione di uno specifico sito web dedicato alla Carta dei Servizi Sanitari a seguito della riorganizzazione del sistema (Intervento 6.3) e lo sviluppo di un sito web aziendale; è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tali manovre la valorizzazione del limite massimo di risorse economiche assegnabili nel triennio sono pari a 58,85 €/000. Lo sviluppo del sito web costituisce il costo prevalente nell'anno di attivazione, mentre per gli anni a seguire si prevedono costi di aggiornamento e di hosting.

Ricerca efficienza per la sostenibilità del sistema

MANOVRE DI CONTENIMENTO

Tabella 18: Stima dell'impatto delle manovre di contenimento

Manovra	2016	2017	2018
3.2 Sostituzione a regime ridotto a perimetro costante di attività erogata	(4.877.235)	(9.548.168)	(9.399.167)
5.2 Efficientamento dei costi di prodotti farmaceutici, beni e servizi	(20.257.437)	(46.077.693)	(73.498.737)
7.2 Ricognizione e monitoraggio del contenimento		(10.099.531)	(30.298.592)
Totale	(25.134.671)	(65.675.412)	(113.196.496)

Nota: Per scadenza si intende la data di avvio della manovra a seguito della presentazione dell'atto

OBIETTIVO 3

La riqualificazione della rete ospedaliera in coerenza con quanto definito dal DM 70/2015 comporterà una riduzione del fabbisogno di personale ospedaliero determinato dalla riorganizzazione delle unità operative semplici e complesse e dalla concentrazione della casistica volta a favorire logiche di specializzazione delle singole strutture. Tale contesto crea le condizioni per cui si possa da un lato prevedere la sostituzione a regime ridotto di personale ospedaliero e dall'altro prevedere un aumento delle assunzioni per l'attuazione di nuovi servizi sviluppati sul territorio.

Infatti, la Regione ha avviato una specifica attività di ricognizione del personale in servizio presso le ASL ed ha implementato un modello per la determinazione del fabbisogno di personale da cui, al momento, sembrerebbe emergere un potenziale minore fabbisogno di personale ospedaliero rispetto all'attuale dotazione.

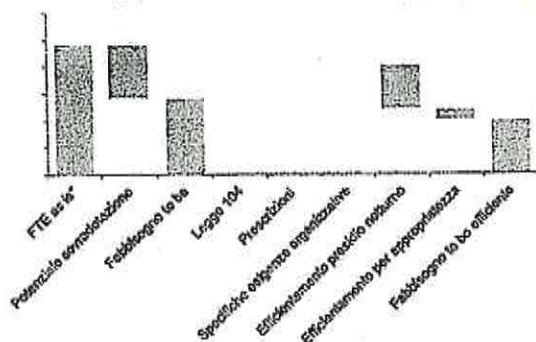
La stima del fabbisogno di personale ospedaliero per la nuova rete ospedaliera si è ottenuta applicando i requisiti previsti dal DCA 49/2012 ai dati forniti dalle ASL sui posti letto per Unità Operativa ipotizzati nella nuova rete ed ha evidenziato una potenziale sovradotazione rispetto alla dotazione attualmente allocata sui presidi ospedalieri, coerente con la manovra di seguito riportata.

Sulla base delle informazioni attualmente disponibili, non è possibile integrare la stima del fabbisogno teorico con il fabbisogno aggiuntivo derivante da condizioni specifiche (quali: personale che usufruisce di Legge 104/1992, personale con prescrizioni e limitazioni) e di eventuali rettifiche derivanti dalla specifica allocazione del personale in base alla tipologia di attività svolta nei presidi.

È possibile, invece, già prevedere alcuni interventi di recupero di efficienza dei presidi che comporterebbero una riduzione del fabbisogno di personale stimato, legati al corretto presidio notturno delle Unità Operative. Infatti, al momento persistono nella rete ospedaliera unità operative che devono garantire assistenza nelle 24 ore con un numero ridotto di posti letto e che pertanto determinano un eccesso di minuti di assistenza paziente/die erogati al paziente rispetto agli standard previsti da normativa. Il fabbisogno stimato potrebbe quindi ridursi in caso di accorpamenti gestionali di tali reparti.

Inoltre, è possibile stimare un'ulteriore riduzione del fabbisogno di personale per la nuova rete a fronte di interventi di efficientamento del percorso di ricovero, da approfondire mediante studi ad hoc. Tra gli ambiti potenziali di intervento: il pre-intervento (le fasi di diagnosi e preparazione all'intervento prima del ricovero del paziente), il post-intervento (dimissione precoce per inserimento in strutture di tipo post-acute o per assistenza domiciliare), l'efficientamento dei percorsi di riabilitazione e l'aumento dell'appropriatezza delle prestazioni riducendo il ricorso all'ospedalizzazione per i pazienti cronici.

Gráfico 37: Ragionamento teorico sul fabbisogno di personale ospedaliero stimato per la nuova rete

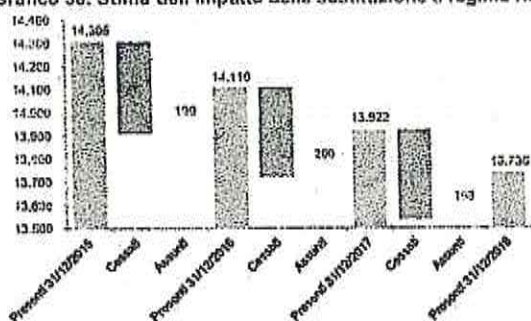


Risulta necessario avviare una ricognizione puntuale del personale che usufruisce di "Legge 104" e con "Previdizioni" o specifiche esigenze organizzative aziendali tali da necessitare di un fabbisogno aggiuntivo di personale, in quanto al momento tali dati non sono attualmente disponibili a livello regionale.

Infine, anche sul personale amministrativo si sono stimati margini di efficientamento: il DM 70/2015 prevede che la quantità di personale amministrativo non possa superare il 7% del personale totale, valore percentuale inferiore a quanto rilevato in Regione (circa 10% al 31.12.14).

Pertanto, alla luce di tali considerazioni, risulta coerente ipotizzare per il triennio 2016-2018 la sostituzione a regime ridotto (pari al 50%) del personale impiegato per l'erogazione delle prestazioni nell'attuale perimetro di attività (calcolato a partire dal 01.01.2016).

Gráfico 38: Stima dell'impatto della sostituzione a regime ridotto a perimetro costante di attività erogata



Hal 2015 si stimano fuoriuscite di 199 unità (differenza fra cessati e assunti). La fuoriuscita nel 2017 è di 190 unità, di 186 nel 2018.

Si evidenzia che tale manovra viene effettuata sulla base dell'attuale assetto produttivo della Regione e verrà rivisitata in base agli obiettivi di sviluppo previsti nel presente Piano di Riqualificazione del SSR.

L'impatto della sostituzione a regime, ridotto a perimetro costante di attività erogata⁶⁴, per gli anni 2016-2018 è stato stimato in base alla valorizzazione del saldo cessati-assunti dell'anno in considerazione; si è altresì stimato che le uscite avvengano in modo uniforme per l'intero anno e che pertanto generino una manovra con un impatto economico pari al 50% nell'anno in corso e 50% nell'anno successivo.

Tabella 19: Impatto economico della sostituzione a regime ridotto a perimetro costante di attività erogata

€/mln	2016P	2017P	2018P	Totale
Valorizzazione economica 2015	-	-	-	-
Valorizzazione economica 2016	4,58	4,58	-	9,12
Valorizzazione economica 2017	-	4,37	4,37	8,74
Valorizzazione economica 2018	-	-	4,34	4,34
Valorizzazione totale	4,58	8,93	8,71	22,20

L'impatto economico cumulato nell'arco dagli anni 2015-2018 risulta pari a 22,20 €/mln.

OBBIETTIVO 5

La manovra per efficientare la struttura dei costi di prodotti farmaceutici, beni e servizi (Intervento 5.2), è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo.

Sulla base dei dati AIFA "Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale" del 19.02.2016 (base dati al mese di Novembre 2015), la spesa regionale risulta complessivamente maggiore del tetto per 76,2 €/mln (18,27% vs 14,85%, sfioramento

⁶⁴ Le ipotesi e le fonti informative alla base della stima sono le seguenti: unità di personale a tempo indeterminato (per profilo professionale) presenti al 31.12.2014, così come rilevato dalle tabelle di Conto Annuale 2014 (Tabella T1); cessazioni per l'anno 2015 pari al 2,5% del totale dei presenti nell'anno 2014, calcolate in base all'incidenza media osservata nei due anni precedenti e cessazioni per gli anni 2016-2018 in linea con l'incidenza calcolata nel 2015 sul totale dei presenti nell'anno precedente; le assunzioni in linea con l'obiettivo di sostituzione a regime ridotto a perimetro costante al 50% per il triennio 2016-2018 (per i primi nove mesi del 2015 le assunzioni sono pari al 4,2% del totale dei presenti nell'anno 2014, in linea con l'incidenza media osservata nei due anni precedenti, mentre per il IV Trimestre le assunzioni sono in linea con l'obiettivo); costo medio per figura professionale ipotizzato costante o pari ai valori da Conto Annuale 2014 (Tabelle 12 e 13 - per la stima degli oneri sociali a carico dell'Amministrazione, si è stimato un'incidenza pari al 27% del costo del lavoro); effetto economico delle fuoriuscite previste durante l'anno di applicazione; l'impatto sull'IRAP calcolato in funzione dell'incidenza del valore dell'IRAP per il personale dipendente e costo del personale dipendente registrata al II Trimestre 2015 (ca 7%).

3,42%). Si rileva che la spesa territoriale risulta superiore al tetto per 30,5 €/min (12,73% vs 11,35%) e la spesa ospedaliera per 45,7 €/min (5,51% vs 3,50%).

Tabella 20: Tetti Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale – sfioramento rilevato su tetto

(€000)	Ospedaliera	Territoriale	Parma Totale
	3,50%	11,35%	14,85%
Tetto Abruzzo 2015	79.452	250.970	330.422
Spesa per cdt tetti	129.134	281.449	408.583
Sfioramento	45.681	30.479	76.160
Incidenza su FBR	6,51%	12,73%	18,27%

Sulla base di tali dati la Regione Abruzzo si classifica al 4° posto tra le regioni peggiori in materia di spesa farmaceutica rispetto ai tetti previsti dalla normativa (Dl. 95/2012 convertito in L. 135/2012, art. 15, comma 3 e comma 6 lett. d))

Al fine del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza e appropriatezza per il triennio 2016-18, la Regione si propone di garantire il rispetto dei tetti di spesa, a legislazione vigente, per la farmaceutica territoriale e per la farmaceutica ospedaliera.

Per questo nel periodo è previsto un percorso graduale di rientro dallo sfioramento e si stima una manovra di razionalizzazione dei prodotti farmaceutici e farmaceutica convenzionata pari a circa 74,9 €/min nel triennio considerato. In particolare la manovra prevede uno sfioramento stimato in 3,20% per il 2016, 2,55% per il 2017 e 2,00% per il 2018 per la farmaceutica ospedaliera e farmaceutica territoriale considerate congiuntamente, rispetto al tetto pari a 14,85%, come stabilito dall'art.5, comma 5 del D.L. 159/2007 e convertito con modificazioni dalla L.222/2007, rideterminato secondo l'art.15, comma 4-6, L.135/2012 e dall'art.5 del D.L. 159/2007 e convertito con modificazioni dalla L.222/2007, rideterminato secondo l'art.15, comma 2-3, L.135/2012.

Tale graduale riduzione verrà basata su interventi mirati al:

- 1) potenziamento dell'efficacia di gara centralizzate; la nuova gara farmaci è stata bandita dalla Asl di Lanciano-Vasto-Chieti per tutte le ASL in data 30.09.2015 ed entrerà in vigore entro la fine del 2016. La gara permetterà di ottenere una riduzione sul prezzo dei farmaci stimata complessivamente pari al 5% del prezzo di acquisto precedente. Tale riduzione porterà un decremento rispetto ai valori a tendenziale per un importo pari a circa 11,5 €/min per l'anno 2017 e 12,8 €/min per l'anno 2018;
- 2) l'attivazione in Regione della Distribuzione in nome e per conto per i farmaci del PHT che permetterà un risparmio al netto delle fee per la remunerazione delle farmacie convenzionate private per la vendita dei farmaci in DPC stimato in circa 2,5 €/min annui a partire dal 2017; L'attivazione di tale canale distributivo comporterà lo shift della spesa per tali categorie di farmaci dalla spesa convenzionata a "Prodotto farmaceutici ed emoderivati" con una riduzione di circa il 50% del prezzo di acquisto. Tale riduzione è in parte compensata dall'introduzione di oneri a favore delle farmacie convenzionate per il servizio di distribuzione per confezione dispensata. L'accordo con Federfarma risulta in fase di perfezionamento;
- 3) potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva su farmaci biologici e biosimilari anche in seguito all'approvazione del DCA 21/2016 con il quale è stato approvato "Documento di indirizzo alle Aziende Sanitarie: farmaci biologici e biosimilari"⁵⁵. Si stima una riduzione del costo pari a circa 4,5 €/min nel 2016, 8,8 €/min per il 2017 e 13 €/min per il 2018 rispetto al costo stimato a tendenziale. Tale riduzione è basata sulla diminuzione osservata dalle categorie con farmaci biosimilari previsti in aumento per l'avvicinarsi di prossime scadenze brevettuali;
- 4) potenziamento controlli sull'appropriatezza prescrittiva, anche per mezzo della banca dati assistito, e maggiore utilizzo di farmaci generici con particolare riferimento sia all'applicazione di linee di indirizzo e percorsi terapeutici condivisi su farmaci alto spendenti che evidenziano un'alta variabilità d'uso. Si stima che tale manovra avrà un impatto pari a circa 1 €/min nel 2016, 3,2 €/min nel 2017 e 5 €/min nel 2018.
- 5) efficiente gestione del payback con particolare riferimento all'efficientamento della gestione del payback derivante dal payment by result; Si stima, a seguito di tali interventi, un impatto di 6,5 €/min nel 2018;
- 6) potenziamento dei controlli sulla logistica, accentramento della gestione del farmaco e razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale anche attraverso la definizione di schemi terapeutici alternativi che valutino le evidenze scientifiche, le conoscenze cliniche e l'impatto economico nell'area oncologica, trattamento della sclerosi multipla, della psoriasi, ecc. nonché riduzione di sprechi per l'utilizzo di farmaci antimicrobici (dose peso correlati) attraverso l'impegno di dispositivi di prelievo dedicati a circuito chiuso che consentono il riutilizzo dei residui. Si stima, a seguito di tali interventi, un impatto di circa 4 €/min nel 2018;

A seguito dell'Intesa Stato – Regioni del 2 luglio 2015 sull'individuazione di misure di razionalizzazione e di efficientamento della spesa del Servizio Sanitario Nazionale, recepita dal DL 78/2015 art. 9 ter (Decreto Enti Locali) "Razionalizzazione della Spesa per Beni e Servizi, Dispositivi Medici e Farmaci", la Regione Abruzzo si propone di razionalizzare le risorse in

⁵⁵ Documento elaborato dal Gruppo di Lavoro regionale per l'appropriatezza prescrittiva in ambito farmaceutico costituito con Determina Dirigenziale n. 57 del 10.12.2015. Nel documento viene specificato che: a) il farmaco biologico, originatore o corrispondente biosimilare, a minor costo terapia, deve essere utilizzato come prima scelta nel paziente "naïve" (mai trattato o esposto a nuovo trattamento dopo adeguate wash out) salvo diverso giudizio clinico; b) in caso di inefficacia terapeutica, presenza di reazioni avverse o diversa decisione clinica, va garantito il ricorso ad un altro farmaco biologico/biosimilare; c) tenuto conto dei prezzi di aggiudicazione dei farmaci di cui trattasi sarà compito delle Farmacie Ospedaliere fornire ai medici prescrittori tutte le informazioni sui farmaci in oggetto affinché questi possano effettuare la giusta scelta di costo/terapia; d) se il clinico ritiene che sussistano le condizioni tali da giustificare l'impiego del farmaco biologico, originatore o biosimilare non a minor costo terapia, lo stesso provvede a motivare la scelta, tramite apposita compilazione di un modello.

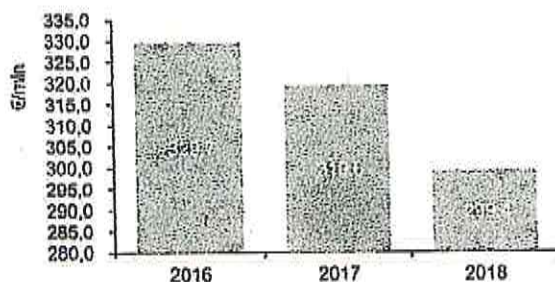
ambito sanitario e di conseguire un efficientamento della spesa per acquisto di beni e servizi, e dispositivi medici anche mediante la rinegoziazione dei relativi contratti, che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto stesso. Prudenzialmente è stato stimato un effetto riduttivo rispetto alla spesa osservata nell'anno 2015 pari al 2,8% per l'anno 2016, per un importo pari a circa 14,6 €/mln, pari al 4,2% per il 2017, per un importo pari a 21,6 €/mln, e pari al 5,6% per il 2018, per un importo pari ai 28,7€/mln.

Si evidenzia che la Regione ha richiesto, a seguito del DCA 104/2015, "Indirizzi per la programmazione triennale 2016-2018 delle Aziende Sanitarie Regionali" di programmare interventi operativi per il conseguimento di tali risparmi. Sono, inoltre, in corso di definizione, procedure di acquisto centralizzate per l'acquisizione a livello aggregato da parte delle ASL di specifiche categorie merceologiche di beni e servizi al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati.

OBIETTIVO 7

La Regione, al 31 dicembre 2014, presenta uno stock di debito di natura commerciale in contenzioso e/o contestazione pari a 330,0 €/mln, pari al 51% del debito verso fornitori alla stessa data.

Grafico 39: L'evoluzione prevista dello stock di contenzioso



A seguito dell'intervento straordinario si prevede una riduzione dello stock di contenzioso di 10,7 €/mln per il 2017 e 30,3 €/mln per il 2018.

L'impatto della manovra⁸⁶ sul debito in contenzioso è stato effettuato stimando prudenzialmente insussistenze pari al 10% del debito in contenzioso e di quello in contestazione con anzianità inferiore a 5 anni, mentre sono state stimate pari al 20% per il debito in contestazione con anzianità superiore ai 5 anni.

⁸⁶ Le ipotesi alla base della stima sono le seguenti: evoluzione debito verso fornitori, al netto dell'intervento sul contenzioso, con tempi medi di pagamento costanti negli anni 2015-2018; stock di contenzioso costante tra gli anni 2014-2015; risoluzione dell'emergenza contenzioso entro il 2018 mantenendo uno stock fisiologico per gli anni a seguire, insussistenze ripartite negli anni 2017 e 2018 in maniera crescente.

Azioni Prioritarie per il monitoraggio del Piano

La Regione Abruzzo identifica una serie di azioni ritenute determinanti per il presente Piano di Riqualificazione del Servizio Sanitario Abruzzese. Tali azioni sono di seguito elencate:

Gestire i pazienti cronici il più possibile a domicilio Promuovere un nuovo modello di Assistenza domiciliare

OBIETTIVO 1

INTERVENTO 1.1

Azione	Descrizione	Settore	Struttura	Responsabile	Termini
Definire regole di attuazione per l'erogazione del SAD	Definizione delle responsabilità e risorse in materia di SAD, nella cornice di un aggiornamento del PIR e nell'ottimizzazione del bilancio di monitoraggio analitico verso i pazienti (a)	set-10	Struttura di riferimento	ASUR di Teramo	Terminata
	Individuazione percorsi assistenziali per la definizione di piani di assistenza e accreditamento degli operatori di AD (b)		Struttura di riferimento	Terminata	
	Accreditamento degli operatori di AD (c)		Struttura di riferimento	Terminata	
	Definizione di norme di attuazione contenute in un contratto di servizi erogatori (d)		Struttura di riferimento	Terminata	
	Qualificazione del fabbisogno assistenziale in termini di AD (e)		Struttura di riferimento	Terminata	
	Individuazione del ruolo di MAG e dell'assistenza al paziente in AD anche in forma di SAD (f)		Struttura di riferimento	Terminata	

Servizi territoriali residenziali e semiresidenziali coerenti con i bisogni socio-assistenziali

INTERVENTO 1.2

Azione	Descrizione	Settore	Struttura	Responsabile	Termini
Ridefinire i servizi di assistenza che per tipo di assistenza, le relative tariffe e la quota sociale	Titolo di possesso del fabbisogno di assistenza in termini di risorse dei servizi professionali e dei tipi di strutture (a)	set-10	Struttura di riferimento	ASUR di Teramo	Terminata
	Aggiornamento del tessuto organizzativo di assistenza residenziale e semiresidenziale (b)		Struttura di riferimento	Terminata	
	Appartenenza sociale, se necessario (c)		Struttura di riferimento	Terminata	
	Verifica dell'efficacia in materia di servizi e costi dei servizi residenziali di assistenza e dei meccanismi di monitoraggio della qualità (d) e della valutazione di impatto sociale (e)		Struttura di riferimento	Terminata	
	Ricostruzione dei servizi strutturali e servizi in rete con gli enti competenti (f)		Struttura di riferimento	Terminata	

Potenziare la funzione di indirizzo del percorso di cura del Medico di Medicina Generale

INTERVENTO 1.3

Azione	Descrizione	Settore	Struttura	Responsabile	Termini
Facilitare l'aggiornamento di MMG sul territorio per dare un punto di riferimento al paziente	Potenziamento delle strutture di assistenza della Medicina Generale (a)	set-10	Struttura di riferimento	ASUR di Teramo	Terminata
	Supporto della legge della Regione (b) e del Piano Regionale di Assistenza (c) e del Piano di Assistenza (d)		Struttura di riferimento	Terminata	
	Definizione del modello e delle funzioni del MMG presso il Punto di Assistenza (e)		Struttura di riferimento	Terminata	
	Individuazione delle sedi dei MMG (f)		Struttura di riferimento	Terminata	

Riqualificare la rete ospedaliera puntando su sicurezza ed efficienza Riqualificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità

OBIETTIVO 2

INTERVENTO 2.1

Azione	Descrizione	Settore	Struttura	Responsabile	Termini
Sviluppare una rete di ospedali di primo livello per garantire anche distinzioni di ospedali di secondo livello	Identificazione di 7 presidi di ospedali di primo livello (a)	Abruzzo da dic-10	Struttura di riferimento	ASUR di Teramo	Terminata
	Attivazione della commissione di lavoro tra i PO di Chieti e Pescara al fine di individuare le funzioni affidate dalla rete ospedaliera per un DEA di secondo livello (b)		Struttura di riferimento	Terminata	
	Attivazione da parte della Regione di un piano di integrazione funzionale che preveda specifici percorsi operativi per i ruoli, competenze, responsabilità e strutture delle informazioni tra due presidi (c)		Struttura di riferimento	Terminata	
	Prodotto di una lista di presidi per la realizzazione di un secondo DEA di secondo livello tra i PO di L'Aquila e Teramo con l'obiettivo di rappresentare i costi ed il relativo costo per paziente per la realizzazione dello stesso, anche in considerazione del sistema di gestione delle strutture (d)		Struttura di riferimento	Terminata	
	Identificazione di 4 presidi ospedalieri a sede di PS (e)		Struttura di riferimento	Terminata	
Sviluppare una rete di ospedali di base	Attivazione di five presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate (a)	dic-10	Struttura di riferimento	ASUR di Teramo	Terminata
	Approvazione di un piano di integrazione funzionale dei presidi di PS e del territorio per i presidi di base (b)		Struttura di riferimento	Terminata	

Definire una rete di emergenza-urgenza reattiva rispetto al bisogno assistenziale

INTERVENTO 2.3

Sviluppare connessioni forti Chied-Pescara e con un DEAR	Definizione di una rete di emergenza-urgenza reattiva rispetto al bisogno assistenziale (a)	dic-11	Integrazione	Attività di formazione	Formazione
	Addebiatone in parte di un Regione di cura, una di addebiatone e un altro di periferia con un DEAR (b)		Attività di formazione	Attività di formazione	Formazione
Ridurre la rete dei servizi di emergenza (c)	Definizione di una rete di emergenza-urgenza reattiva rispetto al bisogno assistenziale (a)	dic-16	Attività di formazione	Attività di formazione	Formazione
	Addebiatone di un servizio di emergenza-urgenza reattivo rispetto al bisogno assistenziale (b)		Attività di formazione	Attività di formazione	Formazione
	Addebiatone di un servizio di emergenza-urgenza reattivo rispetto al bisogno assistenziale (c)		Attività di formazione	Attività di formazione	Formazione
	Verifica dell'efficacia dell'intervento (d)				

**Investire in selezione, formazione e valutazione delle risorse umane
Legare il fabbisogno di personale ai livelli di produzione**

**OBIETTIVO 3
INTERVENTO 3.2**

Rivoluzione il fabbisogno di personale	Definizione del fabbisogno di personale per la gestione del servizio che consente il collegamento con il sistema sanitario (a)	dic-15	Definizione del fabbisogno di personale	Definizione del fabbisogno di personale	Formazione
	Definizione del fabbisogno di personale per la gestione del servizio che consente il collegamento con il sistema sanitario (b)		Definizione del fabbisogno di personale	Definizione del fabbisogno di personale	Formazione
	Definizione del fabbisogno di personale per la gestione del servizio che consente il collegamento con il sistema sanitario (c)				

**Privilegiare il contatto diretto con il paziente
Definire una nuova organizzazione del SSR per una maggiore vicinanza al paziente**

**OBIETTIVO 5
INTERVENTO 5.1**

Ridurre il livello di ASU le funzioni di cura	Addebiatone di un livello di ASU delle funzioni di cura (a)	dic-15	Definizione del fabbisogno di personale	Definizione del fabbisogno di personale	Formazione
	Definizione del fabbisogno di personale per la gestione del servizio che consente il collegamento con il sistema sanitario (b)		Definizione del fabbisogno di personale	Definizione del fabbisogno di personale	Formazione
Definire una nuova organizzazione del SSR per una maggiore vicinanza al paziente	Definizione di una nuova organizzazione del SSR per una maggiore vicinanza al paziente (c)				

Rivedere i meccanismi di finanziamento per le strutture pubbliche

INTERVENTO 5.2

Efficientare la gestione dei costi di prodotti farmaceutici, beni e servizi	Definizione di un sistema di finanziamento per le strutture pubbliche (a)	nov-16	Definizione del fabbisogno di personale	Definizione del fabbisogno di personale	Formazione
	Definizione di un sistema di finanziamento per le strutture pubbliche (b)		Definizione del fabbisogno di personale	Definizione del fabbisogno di personale	Formazione
	Definizione di un sistema di finanziamento per le strutture pubbliche (c)				

**Certificazione dei bilanci e della qualità (outcome) del SSR
Misurare gli outcome per valutare le strutture pubbliche e private**

**OBIETTIVO 6
INTERVENTO 6.2**

Adottare gli indicatori di outcome previsti dal PHE e nuovi indicatori in base ai quali valutare le strutture	Definizione di un sistema di finanziamento per le strutture pubbliche (a)	dic-16	Definizione del fabbisogno di personale	Definizione del fabbisogno di personale	Formazione
	Definizione di un sistema di finanziamento per le strutture pubbliche (b)		Definizione del fabbisogno di personale	Definizione del fabbisogno di personale	Formazione
	Definizione di un sistema di finanziamento per le strutture pubbliche (c)				

**Garantire tempestività e correttezza nei rapporti con i fornitori
Definire un nuovo modello organizzativo per la gestione del contenzioso**

**OBIETTIVO 7
INTERVENTO 7.2**

Gestire e Revolver l'attuale il contenzioso	Definizione di un sistema di finanziamento per le strutture pubbliche (a)	dic-16	Definizione del fabbisogno di personale	Definizione del fabbisogno di personale	Formazione
	Definizione di un sistema di finanziamento per le strutture pubbliche (b)		Definizione del fabbisogno di personale	Definizione del fabbisogno di personale	Formazione
	Definizione di un sistema di finanziamento per le strutture pubbliche (c)				

Ulteriori interventi operativi di gestione

Avvio esecutivo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Definizione di un sistema di finanziamento per le strutture pubbliche (a)	Aprile da giugno-16	Definizione del fabbisogno di personale	Definizione del fabbisogno di personale	Formazione
	Definizione di un sistema di finanziamento per le strutture pubbliche (b)		Definizione del fabbisogno di personale	Definizione del fabbisogno di personale	Formazione
	Definizione di un sistema di finanziamento per le strutture pubbliche (c)				