

# 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 prudente, 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 31.12.2015<sup>82</sup>:

- 63,1 €/mln quali maggiori risorse disponibili rispetto alle perdite portate a nuovo del SSR<sup>83</sup>;
- 24,6 €/Mln utili portati a nuovo iscritti nel Bilancio della GSA nel bilancio 2014 e utile d'esercizio 2014;
- 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	2.362,9	2.371,9	2.371,6
Costi Interni	1.483,1	1.552,3	1.565,3	1.586,1	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	23,5	27,4	33,4
Componenti Finanziarie e Straordinarie	56,3	47,5	43,9	61,4	51,0	30,8
Risultato Economico	53,1	7,2	7,1	(37,9)	(23,7)	2,5

Nota: 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).

<sup>82</sup> Si precisa che con Determina DG22/31 del 22.07.2015, riadottata 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 Asl della Regione Abruzzo di un importo pari a 235,1 €/mln. Il pagamento di tale somma alle Asl 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 c) del comma 2 dell'articolo 19, è resa disponibile per il ripiano delle perdite del servizio sanitario regionale"

<sup>83</sup> Il saldo del conto PAA200 "A.V) CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE - A.V.3) Altro" al 2014 era 52.914.098,31 €. 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 coperture 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 v/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	767,8	766,5	771,3
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	179,4	195,7	244,3	248,1	255,8	263,2
Altri Beni e Servizi	501,8	499,6	513,5	500,1	501,3	505,6
Variazione Rimanenze	0,9	0,6	(4,9)	0,6	0,6	0,6
<b>Costi Interni</b>	<b>1.454,8</b>	<b>1.471,3</b>	<b>1.525,3</b>	<b>1.516,6</b>	<b>1.524,3</b>	<b>1.540,8</b>
<i>Δ yoy</i>	(6,7)	16,5	54,0	(8,7)	7,7	16,5
<i>Δ yoy %</i>	(0,0)	0,0	3,7%	-0,6%	0,5%	1,1%
Medicina Di Base	150,7	155,0	155,0	153,5	153,5	153,5
Farmaceutica Convenzionata	230,9	230,9	232,0	231,9	229,3	228,0
Prestazioni da Privato	367,4	362,2	365,0	367,9	364,1	365,6
<b>Costi Esterni</b>	<b>748,9</b>	<b>748,1</b>	<b>752,0</b>	<b>753,3</b>	<b>746,8</b>	<b>747,0</b>
<i>Δ yoy</i>	(3,0)	(0,8)	3,8	1,3	(6,5)	0,2
	(0,0)	(0,0)	0,5%	0,2%	-0,9%	0,0%
<b>Costi Operativi</b>	<b>2.203,8</b>	<b>2.219,4</b>	<b>2.277,3</b>	<b>2.269,9</b>	<b>2.271,1</b>	<b>2.287,8</b>

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
Variazione Rimanenze	(3,9)	(0,3)	(5,5)	5,5	-	-
<b>Costi Interni</b>	<b>(6,7)</b>	<b>16,5</b>	<b>54,0</b>	<b>(8,7)</b>	<b>7,7</b>	<b>16,5</b>
Medicina Di Base	(0,9)	4,3	(0,1)	(1,5)	-	-
Farmaceutica 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
<b>Costi Esterni</b>	<b>(3,0)</b>	<b>(0,8)</b>	<b>3,8</b>	<b>1,3</b>	<b>(6,5)</b>	<b>0,2</b>
<b>Costi Operativi</b>	<b>(9,7)</b>	<b>15,7</b>	<b>57,9</b>	<b>(7,4)</b>	<b>1,2</b>	<b>16,7</b>

## 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 rilasciate 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:

- 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 Sanitari (fino alla costituzione dell'ASU), il Dirigente del Servizio programmazione economico-finanziaria e finanziamento del SSR;
- entro un mese dalla nomina il NRS nomina il/i referente/i per ciascun progetto di investimento;
- 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 NRS 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 dalla 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

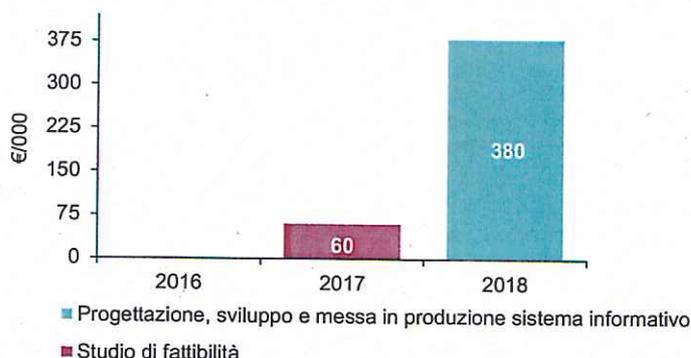
Manovra	2017	2018	Impatto totale
1.1 Sviluppo di strumenti per la verifica del PAI	60.000	380.000	440.000
1.1 Avvio e sottoscrizione dei contratti di ADI	2.000.000	2.000.000	4.000.000
1.2 Promozione contatto Territori-paziente e famiglia	-	-	-
1.3 Aggiornamento registri regionali di patologia	-	-	-
1.3 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 Potenziamento della formazione a diversi livelli	121.900	510.400	632.300
2.3 Studio di fattibilità DEA di secondo livello	50.000	-	50.000
2.3 Formazione ai caregiver	1.681.865	2.522.797	4.204.662
2.3 Sviuppo call center non in emergenza	252.270	2.007.080	2.259.350
2.3 Potenziamento del personale per le postazioni 118	2.432.664	5.246.389	7.679.053
2.3 Sviluppo di un software gestionale unico per le CO	1.050.000	350.000	1.400.000
3.1 Fondo incrementale per la formazione del personale	266.667	1.000.000	1.266.667
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	5.650	3.000	8.650
6.3 Sviluppo sito web aziendale	16.667	33.333	50.000
<b>Totale</b>	<b>10.157.682</b>	<b>16.272.999</b>	<b>26.430.681</b>

Nota: Con riferimento alla manovre 1.2 la copertura finanziaria è garantita da fondi vincolati mentre con riferimento alla manovra 1.3 la copertura finanziaria sarà garantita da una rimodulazione di risorse previste e 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.

**OBBIETTIVO 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 480,0 €/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 carico 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.

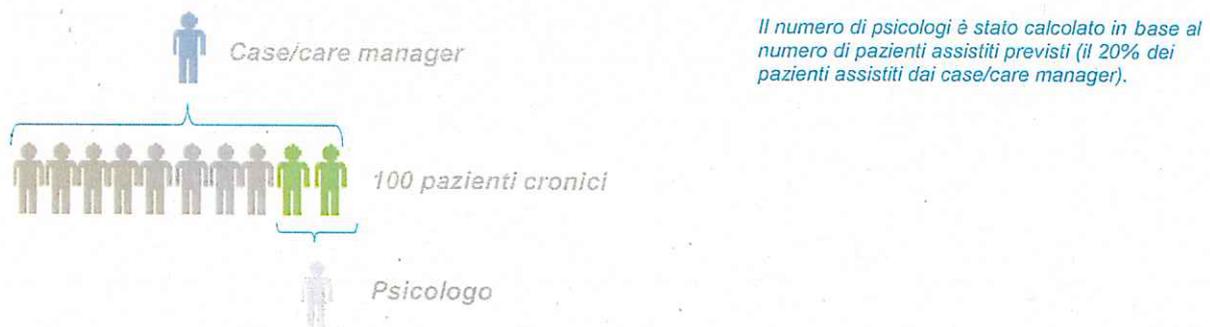
La manovra per promuovere a livello locale il contatto con il paziente e la sua famiglia (Intervento 1.2) è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra si prevede un investimento complessivo pari a circa 4,2 €/mln, finanziabile, in continuità con la 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 2015. 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

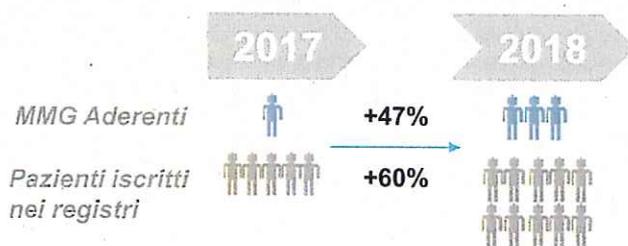


Parallelamente all'attivazione del servizio territoriale di assistenza dei pazienti da parte delle figure professionali sopra citate, il secondo progetto prevede lo sviluppo di attività ricreative e di formazione del paziente cronico-degenerativo presso strutture già in uso, sempre rivolto a pazienti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

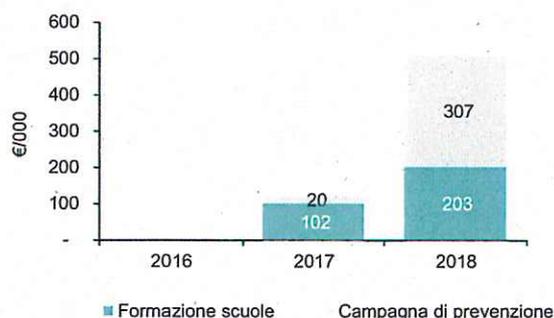
La manovra per favorire l'aggregazione di MMG in "Case della Salute" (Intervento 1.3) è responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra la valorizzazione del limite massimo di risorse economiche assegnabili è pari 1,12 €/mln nel biennio 2017-2018 per un totale di 2,24 €/mln. 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 €/mln nel 2017 e 0,51 €/mln nel 2018 per un totale di 0,63 €/mln. 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 €/mln 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 €/mln 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.

Grafico 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 rump up previsto per lo sviluppo della manovra.*

## OBIETTIVO 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 €/mln 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.

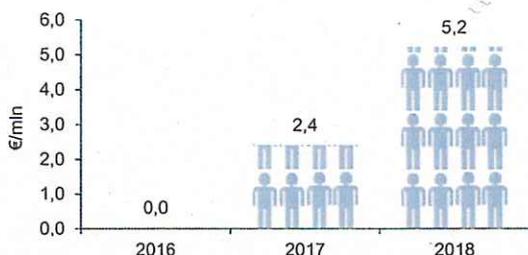
La manovra per lo sviluppo di un call center non in emergenza (Intervento 2.3), per pazienti cronico-degenerativi, è di responsabilità della Regione, attraverso il Nucleo Regionale per lo Sviluppo. Per tale manovra la valorizzazione del limite massimo di risorse economiche assegnabili è 0,25 €/mln nel 2017 e 2,00 €/mln nel 2018 per un totale di 2,26 €/mln. 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 €/mln nel 2017 e 5,25 €/mln nel 2018 per un totale di 7,68 €/mln.

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 €/mln 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 €/mln nel 2017 e 5,24 €/mln nel 2018. Il valore degli altri costi (assicurazione, carburante, beni di consumo) ammontano, complessivamente, a circa 0,1 €/mln 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 €/mln nel 2017 e 0,35 €/mln nel 2018 per un totale di 1,40 €/mln. 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 36: 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 €/mln nel 2017 e 1,00 €/mln nel 2018 per un totale di 1,27 €/mln. 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 €/mln 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 €/mln per ciascun anno del biennio 2017 – 2018 per un totale di 1,00 €/mln.

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 €/mln per ciascun anno del biennio 2017 – 2018 per un totale di 0,20 €/mln. 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 €/mln per ciascun anno del biennio 2017 – 2018 per un totale di 1,00 €/mln. 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 58,65 €/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)	(9.548.188)	(9.309.167)
5.2 Efficientamento dei costi di prodotti farmaceutici, beni e servizi	(20.257.437)	(46.027.693)	(73.498.737)
7.2 Ricognizione e monitoraggio del contenzioso	-	(10.099.531)	(30.298.592)
<b>Totale</b>	<b>(25.134.671)</b>	<b>(65.675.412)</b>	<b>(113.106.496)</b>

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.

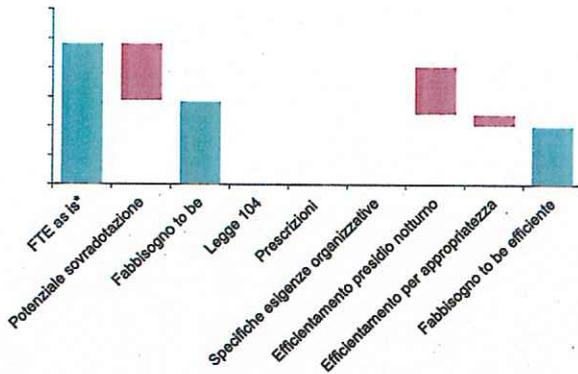
La stima del fabbisogno di personale ospedaliero per la nuova rete ospedaliera si è ottenuta applicando i requisiti previsti dal DCA 49/2012 ai dati forniti dalle ASL sui posti letti per Unità Operativa ipotizzati nella nuova rete ed ha evidenziato una potenziale sovradotazione rispetto alla dotazione 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-acuto 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.

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

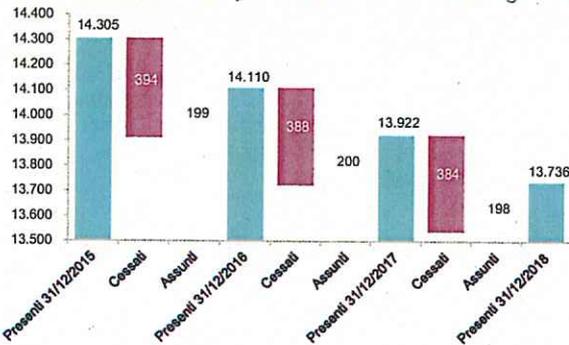


Risulta necessario avviare una ricognizione puntuale del personale che usufruisca di "Legge 104" e con "Prescrizioni" e specifiche esigenze organizzative aziendali tali da necessitare di un fabbisogno aggiuntivo di personale, in quanto al momento tali dati non sono attualmente disponibili a livello regionale.

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).

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



Nel 2016 si stimano fuoriuscite di 195 unità (differenza fra cessati e assunti). La fuoriuscita nel 2017 è di 188 unità, di 186 nel 2018.

Si evidenzia che tale manovra viene effettuata sulla base dell'attuale assetto produttivo della Regione e verrà rivalutata 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 erogata<sup>84</sup>, 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	4,56	4,56	-	9,12
Valorizzazione economica 2017	-	4,37	4,37	8,74
Valorizzazione economica 2018	-	-	4,34	4,34
Valorizzazione totale	4,56	8,93	8,71	22,20

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

## OBIETTIVO 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 dei tetti per 76,2 €/mln (18,27% vs 14,85%, sfioramento

<sup>84</sup> 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 e 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 €/mln (12,73% vs 11,35%) e la spesa ospedaliera per 45,7 €/mln (5,51% vs 3,50%).

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

(€/000)	Ospedaliera 3,50%	Territoriale 11,35%	Farma Totale 14,85%
Tetto Abruzzo 2015	79.452	250.970	330.422
Spesa per cfr tetti	125.134	281.449	406.583
Sfioramento	45.681	30.479	76.160
Incidenza su FSR	5,51%	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 8 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 €/mln 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:

- **potenziamento dell'efficacia di gare 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 €/mln per l'anno 2017 e 12,8 €/mln per l'anno 2018;
- **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 €/mln 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 "Protto 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;
- **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"<sup>85</sup>. Si stima una riduzione del costo pari a circa 4,5 €/mln nel 2016, 8,8 €/mln per il 2017 e 13 €/mln 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;
- **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 €/mln nel 2016, 3,2 €/mln nel 2017 e 5 €/mln nel 2018.
- **efficiente gestione del payback** con particolare riferimento all'efficientamento della gestione dei payback derivante dal payment by result; Si stima, a seguito di tali interventi, un impatto di 6,5 €/mln nel 2018;
- **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 €/mln 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

<sup>85</sup>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 "naive" (mai trattato o esposto a nuovo trattamento dopo adeguato 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.

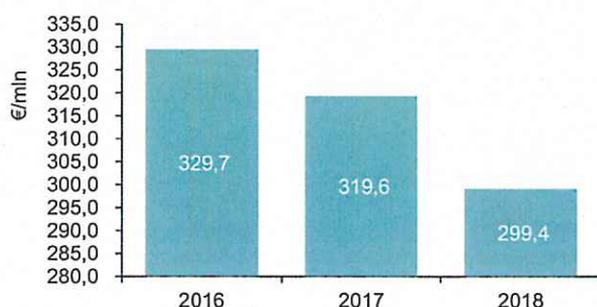
ambito sanitario e di conseguire un efficientamento della spesa per acquisto di beni e servizi, e dispositivi medici anche mediante la rinegoziazione dei relativi contratti, che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti 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 al 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.

## OBBIETTIVO 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 10,1 €/mln per il 2017 e 30,3 €/mln per il 2018.*

L'impatto della manovra<sup>86</sup> 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.

<sup>86</sup> 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.

# Schema di sintesi 2016-2018

999 Consolidato Regione Abruzzo		CONTO ECONOMICO											
ID	€000	2015F	2016T	2016P	2017T	2017P	2018T	2017P	2018T	MANOVRA SVILUPPO TO cc	MANOVRA SVILUPPO TO ds	MANOVRA CONTENIMEN TO dc	2018P
		A	B1	B2	C1	C2	D1	C2	D1				D2
A1	Contributi F.S.R.	2.366.088	2.384.288	2.384.288	2.384.288	2.384.288	2.384.288	2.384.288	2.384.288	-	-	-	2.384.288
A2	Saldo Mobilità	(76.982)	(76.982)	(76.982)	(76.982)	(76.982)	(76.982)	(76.982)	(76.982)	-	-	-	(76.982)
A3	Entrate Proprie	104.345	77.647	77.647	77.278	76.946	76.946	76.946	76.946	2.000	2.000	-	78.946
A4	Saldo Intramoenia	2.921	1.171	1.171	1.171	1.171	1.171	1.171	1.171	-	-	-	1.171
A5	Rettifica Contributi cesercizio per destinazione ad investimenti	(32.587)	(28.289)	(28.289)	(20.934)	(20.934)	(20.934)	(20.934)	(20.934)	-	-	-	(20.934)
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi Vincolati	4.483	5.064	5.064	5.064	5.064	5.064	5.064	5.064	-	-	-	5.064
A	Totale Ricavi Netti	2.366.268	2.362.928	2.362.928	2.369.884	2.369.884	2.369.884	2.369.884	2.369.884	2.000	2.000	-	2.371.552
B1	Personale	772.361	772.361	767.800	772.361	772.361	772.361	772.361	772.361	(8.930)	7.633	(8.706)	771.288
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	244.335	253.733	248.113	276.994	276.994	302.961	255.819	302.961	(21.175)	-	(39.726)	283.235
B3	Altri Beni e Servizi	513.508	514.663	500.071	516.952	516.952	526.755	501.319	526.755	(21.587)	7.520	(28.667)	505.607
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	6.930	7.992	7.992	7.992	7.992	7.992	9.112	7.992	1.120	1.120	-	9.112
B5	Accantonamenti	33.041	41.264	41.264	41.264	41.264	41.264	64.278	41.264	-	-	-	41.264
B6	Variazione Rimanenze	(4.864)	648	648	648	648	648	648	648	-	-	-	648
B	Totale Costi Interni	1.565.311	1.590.661	1.586.146	1.616.211	1.616.211	1.651.981	1.597.691	1.651.981	(28.678)	16.273	(77.100)	1.591.154
C1	Medicina Di Base	154.957	153.453	153.453	153.453	153.453	153.453	153.453	153.453	-	-	-	153.453
C2	Farmaceutica Convenzionata	231.970	231.991	231.945	232.527	232.527	233.065	229.261	233.065	(3.266)	-	(5.105)	227.960
C3	Prestazioni da Privato	365.032	367.905	367.905	364.127	364.127	365.029	364.127	365.029	-	-	-	365.829
C	Totale Costi Esterni	751.959	753.349	753.303	750.108	750.108	752.147	746.842	752.147	(3.266)	-	(5.105)	747.042
D	Totale Costi Operativi (B+C)	2.317.270	2.344.010	2.339.449	2.366.319	2.366.319	2.404.129	2.344.533	2.404.129	(31.944)	16.273	(82.205)	2.338.197
E	Margine Operativo (A-D)	50.998	18.918	23.480	3.566	3.566	(34.376)	27.352	(34.376)	31.944	(14.273)	82.205	33.355
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	100	367	367	367	367	367	367	367	-	-	-	367
F2	Saldo Gestione Finanziaria	1.312	1.760	1.760	1.760	1.760	1.760	1.760	1.760	-	-	-	1.760
F3	Oneri Fiscali	61.162	59.608	59.292	59.608	59.608	59.608	58.990	59.608	(618)	-	(603)	59.005
F4	Saldo Gestione Straordinaria	(18.654)	-	-	-	-	-	(10.100)	-	(10.100)	-	(30.299)	(30.299)
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	43.920	61.735	61.419	61.735	61.735	61.735	51.017	61.735	(10.718)	-	(30.901)	30.834
G	Risultato Economico (E-F)	7.078	(42.817)	(37.940)	(58.169)	(58.169)	(96.311)	(23.665)	(96.311)	42.662	(14.273)	113.106	2.522
AA0080	Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondi) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I	Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva (G+H)	7.078	(42.817)	(37.940)	(58.169)	(58.169)	(96.311)	(23.665)	(96.311)	42.662	(14.273)	113.106	2.522

# 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

### OBBIETTIVO 1 INTERVENTO 1.1

Azione	Sotto-azione	Tempistica	Tipologia prodotto	Indicatore di risultato	Tempistica monitoraggio
Definire regole di sistema per l'erogazione dell'AD	Definizione delle responsabilità dell'ASU nella valutazione dei pazienti, nella declinazione ed aggiornamento del PAI e nell'identificazione dei dispositivi di monitoraggio eventualmente necessari; (a)	set-16	Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	Individuazione percorso normativo per la definizione di criteri di autorizzazione e accreditamento degli operatori di AD; (b)		Relazione	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	Accreditamento degli operatori regionali di AD; (c)		Provvedimento Regionale	Numero operatori di AD accreditati / Numero operatori di AD regionali	Trimestrale
	Definizione schema di accordo contrattuale da sottoporre ai singoli erogatori; (d)		Schema di contratto	Numero accordi contrattuali sottoscritti	Trimestrale
	Qualificazione del fabbisogno sulla base dei dati nella BDA; (e)		Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	Identificazione del ruolo del MMG quale attore nella gestione del percorso del paziente in AD anche Tele Assista; (f)		Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale

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

### INTERVENTO 1.2

Azione	Sotto-azione	Tempistica	Tipologia prodotto	Indicatore di risultato	Tempistica monitoraggio
Ridefinire i minuti di assistenza die per tipo di assistenza, le relative tariffe e la quota sociale	Determinazione del fabbisogno di assistenza in termini di minuti die per figura professionale per tipologia di paziente; (a)	dic-16	Provvedimento Regionale	Minuti die per figura professionale e per tipologia di paziente / Minuti die	Trimestrale
	Aggiornamento dei requisiti organizzativi di accreditamento delle strutture; (b)		Provvedimento Regionale	Numero requisiti aggiornati / Numero requisiti	Trimestrale
	Adeguamento tariffa, se necessario; (c)		Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	Verifica dell'efficacia della quota sociale a carico del cittadino/Comune di residenza potenziando i meccanismi di monitoraggio della corretta fatturazione da parte delle strutture private accreditate; (d)		Relazione	% quota sociale a carico del cittadino/Comune	Trimestrale
	Rimodulazione dei tetti alle strutture private in coerenza con quanto sopra esposto; (e)		Provvedimento Regionale	N. strutture con tetti rimodulati / N. strutture con tetti da rimodulare	Trimestrale

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

### INTERVENTO 1.3

Azione	Sotto-azione	Tempistica	Tipologia prodotto	Indicatore di risultato	Tempistica monitoraggio
Favorire l'aggregazione di MMG sul territorio per dare un punto di riferimento al paziente	Potenziamento delle nuove forme di aggregazione della Medicina Generale; (a)	lug-16	Accordi Integrativi Regionali o successivo provvedimento regionale	% nuove AFT/UCCP attivati / esistenti	Trimestrale
	Superamento della logica delle Equipe territoriali indirizzando il sistema verso nuove forme di aggregazione al fine di rendere più operative e riconoscibili per il cittadino le Cure Primarie; (b)		Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	Definizione del modello e delle funzioni delle AFT/UCCP previste dal Patto per la Salute; (c)		Provvedimento Regionale	% AFT/UCCP in linea con il modello definito	Trimestrale
	Individuazione delle sedi locali delle AFT/UCCP; (d)		Relazione	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale

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

### OBBIETTIVO 2 INTERVENTO 2.1

Azione	Sotto-azione	Tempistica	Tipologia prodotto	Indicatore di risultato	Tempistica monitoraggio
Sviluppare una rete di ospedali di primo livello per garantire anche discipline di ospedali di secondo livello	Identificazione di 7 presidi che costituiranno i DEA di primo livello, 4 dei quali sede di discipline di riferimento per le Reti delle patologie complesse; (a)	A partire da dic-16	Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	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; (b)		Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	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; (c)		Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	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; (d)		Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
Sviluppare una rete di ospedali di base	Identificazione di 4 presidi ospedalieri sede di PS; (a)	dic-16	Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	Attivazione di due presidi ospedalieri in zona particolarmente disagiata; (b)		Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	Approvazione di un piano di integrazione funzionale degli ospedali sedi di PS e dei presidi ospedalieri di zona disagiata con la rete degli ospedali di primo livello; (c)		Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale

Azione	Sotto-azione	Tempistica	Tipologia prodotto	Indicatore di risultato	Tempistica monitoraggio
Sviluppare connessione funz. Chieti-Pescara per un DEAI	Definizione di un cronoprogramma con i relativi provvedimenti necessari; (a)	dic-17	Cronoprogramma	Rispetto di 15 sotto-azioni	Semestrale
	Approvazione da parte della Regione di un piano di integrazione funzionale con specifici protocolli operativi inerenti ruoli, competenze, responsabilità e condivisione delle informazioni tra i due presidi; (b)		Approvazione protocollo di integrazione	Rispetto di 15 sotto-azioni	Semestrale
Riqualificare le reti tempo dipendenti (infarto, politrauma e stroke)	Costituzione di tavoli regionali per il monitoraggio/aggiornamento semestrale degli scenari logistico-clinici possibili e dei relativi PDTA; (a)	dic-16	Atto di costituzione tavoli regionali	Numero iniziative svolte	Semestrale
	Identificazione dei nodi coinvolti nei diversi scenari logistico-clinici; (b)		Relazione	Rispetto della sotto-azione	Semestrale
	Declinazione, in coerenza con il DM70/2015, dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici per ogni tipologia di nodo della rete; (c)		Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Semestrale
	Valutazione dell'impatto economico-finanziario; (d)		Relazione	Rispetto della sotto-azione	Semestrale

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

OBIETTIVO 3  
INTERVENTO 3.2

Azione	Sotto-azione	Tempistica	Tipologia prodotto	Indicatore di risultato	Tempistica monitoraggio
Rivalutare il fabbisogno di personale	Identificazione del piano del CRIL per l'allocazione del personale che consenta il collegamento dello stesso all'attività erogata; (a)	dic-16	Provvedimento Regionale/ Delibera DG ASU/ASL	Numero di persone allocate / Totale personale	Trimestrale
	Determinazione del fabbisogno di personale in relazione alle attività erogate ed alla normativa vigente, anche a fronte delle altre dimensioni di analisi determinanti per la quantificazione dei fabbisogni; (b)		Provvedimento Regionale/ Delibera DG ASU/ASL	Personale impiegato / Attività erogate e normativa vigente	Trimestrale
	Identificazione di eventuali possibili aggiornamenti delle disposizioni regionali che supportino l'ASU/ASL in iniziative di efficientamento a livello locale; (c)		Provvedimento Regionale/ Delibera DG ASU/ASL	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale

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

OBIETTIVO 5  
INTERVENTO 5.1

Azione	Sotto-azione	Tempistica	Tipologia prodotto	Indicatore di risultato	Tempistica monitoraggio
Accentrare a livello di ASU le funzioni no core	Accentramento a livello di ASU delle funzioni no core; (a)	Entro 120 gg dalla nomina DG ASU	Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
Potenziare governo spesa farmaceutica territoriale	Potenziare a livello regionale il governo della spesa farmaceutica territoriale attraverso l'utilizzo della Banca Dati Assistito come strumento di politica sanitaria	Entro 6 mesi costituzione ASU	Provvedimento regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale

Rivedere i meccanismi di finanziamento per le strutture pubbliche

INTERVENTO 5.2

Azione	Sotto-azione	Tempistica	Tipologia prodotto	Indicatore di risultato	Tempistica monitoraggio
Efficientare la struttura dei costi di prodotti farmaceutici, beni e servizi	Integrazione delle informazioni disponibili a livello aziendale negli uffici responsabili del controllo di gestione e della contabilizzazione dei consumi e riconciliazione con il dato contabile; (a)	nov-16	Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	Analisi dei meccanismi di approvvigionamento, gestione logistica e monitoraggio del consumo di farmaci e dispositivi medici; (b)		Relazione	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	Sviluppo dei contenuti informativi per la condivisione con la Regione dei "Term sheet"; (c)		Ripart di monitoraggio	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	Identificazione delle possibilità di intervento per le principali classi merceologiche per la riqualificazione della spesa per prodotti farmaceutici e dispositivi medici acquistati; (d)		Provvedimento Regionale	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	Potenziamento degli strumenti di monitoraggio dei consumi collegandoli ai relativi driver operativi (in primis le prestazioni erogate); (e)		Ripart di monitoraggio	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	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 Territorio; (f)		Ripart di monitoraggio	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	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; (g)		Provvedimento Regionale/ Delibera DG ASU	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale

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

OBIETTIVO 6  
INTERVENTO 6.2

Azione	Sotto-azione	Tempistica	Tipologia prodotto	Indicatore di risultato	Tempistica monitoraggio
Adottare gli indicatori di outcome previsti dal PNE o livelli desiderati in base ai quali valutare le strutture	Individuare dal PNE un set di indicatori di outcome su cui valutare le strutture di erogazione; (a)	dic-16	Provvedimento regionale	numero di indicatori individuati/ adottati	Trimestrale
	Definire dei livelli di outcome attuali per le strutture di erogazione; (b)		Relazione	livello di outcome attuale su livello desiderato	Annuale
	Definizione dei livelli minimi di outcome per ogni tipologia di struttura alla base dell'offerta sanitaria della Regione; (c)		Relazione di monitoraggio	% soglia minima	Trimestrale
	Realizzazione di un piano per raggiungere gli obiettivi individuali in termini di outcome per le strutture pubbliche; (d)		Provvedimento regionale	% outcome raggiunti su obiettivi individuati	Trimestrale

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

OBIETTIVO 7  
INTERVENTO 7.2

Azione	Sotto-azione	Tempistica	Tipologia prodotto	Indicatore di risultato	Tempistica monitoraggio
Gestire a livello regionale il contenzioso	Individuazione di azioni condivise (linee guida, metodologie, ecc.) finalizzate a smaltire, ove possibile, il contenzioso in essere; (a)	dic-16	Provvedimento regionale	% contenzioso in essere	Trimestrale
	Introduzione di meccanismi atti a prevenire l'insorgere di nuovo contenzioso che impedisca la liquidazione delle fatture; (b)		Adozione provvedimento	nuovi contenziosi (anno n) / nuovi contenziosi (anno n-1)	Trimestrale
	Definizione del contenuto informativo necessario (tracciato informativo) al monitoraggio dello stato di contenzioso in essere e quello di nuova formazione; (c)		Relazione di monitoraggio	% richieste di informazioni aggiornate	Trimestrale
	Verificare l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi ed oneri iscritti nei bilanci degli enti come disposto dal D.lgs 118/2011; (d)		Nota ufficio legale	contenzioso smaltito / contenzioso effettivo	Annuale

Ulteriori interventi operativi di gestione

Azione	Sotto-azione	Tempistica	Tipologia prodotto	Indicatore di risultato	Tempistica monitoraggio
Avvio esecutivo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Avviare il collegamento tra i sistemi informatici Aziendali e il sistema tecnologico "Rete in MMG" con il supporto tecnico dell'ARIT; (a)	A partire da glu-16	Adozione provvedimento	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	Mettere in atto tutte le attività necessarie per il pieno coinvolgimento dei medici convenzionati con le AASS.LL; (b)		Adozione provvedimento	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	Avvio in esecuzione delle nuove 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; (c)		Adozione provvedimento	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale
	Adozione da parte dell'ARIT e delle Aziende Sanitarie di un sistema che regolamenti aspetti legali e modalità tecnico-operative per il trattamento dei dati personali; (d)		Regolamento	Rispetto della sotto-azione	Trimestrale