

Regione Abruzzo

PROGRAMMA OPERATIVO 2010

Regione Abruzzo

PROGRAMMA OPERATIVO 2010

Sommario

PREMESSA.....	6
EXECUTIVE SUMMARY	6
Obiettivi del Programma Operativo e sintesi degli interventi	6
Tendenziale 2010	9
Programmatico 2010	11
Asse 1: INTERVENTI DI PROCESSO	14
Intervento 1: Potenziamento del processo di pianificazione strategica.....	14
Azione 1: Costituzione di un “ <i>Tavolo per l’Abruzzo</i> ”	14
Azione 2: Costituzione di un Comitato Guida.....	14
Azione 3: Processo di budget	15
Intervento 2: Governo dei flussi istituzionali.....	16
Azione 1: Integrazione dei dati di assistenza ospedaliera (SDO), assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale e condivisione degli stessi con i Medici di Medicina Generale	16
Azione 2: Gestione delle principali anagrafiche.....	17
Azione 3: Creazione di un dominio organizzativo responsabile per i “Flussi Istituzionali”	18
Intervento 3: Creazione di un sistema di monitoraggio gestionale del SSR	19
Azione 1: Avvio progetto di creazione di un modello di monitoraggio gestionale del SSR	19
Intervento 4: Gestione delle risorse umane a livello regionale	19
Azione 1: Contenimento del costo del personale	19
Azione 2: Avvio processo di rideterminazione delle dotazioni organiche del personale per ASL	20
Azione 3: Regolamento per la mobilità del personale eventualmente in esubero a livello regionale.....	20
Azione 4: Rideterminazione dei fondi integrativi aziendali per ASL.....	21
Intervento 5: Istituzione di un sistema di monitoraggio dell’appropriatezza del SSR	21
Azione 1: Istituzione dei Nuclei Operativi di Controllo.....	21

Asse 2: INTERVENTI DI PRODOTTO	24
Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	24
Azione 1: Piano della rete ospedaliera	24
Azione 2: Piano di trasferimento delle unità operative caratterizzate da produzione appropriata	25
Azione 3: Razionalizzazione delle unità operative semplici e complesse	25
Azione 4: Attuazione di un piano di mobilità del personale	26
Azione 5: Accordi con i Medici di Medicina Generale per la realizzazione dei primi presidi H24	27
Azione 6: Adeguamento dei layout delle strutture da riconvertire/realizzare	28
Intervento 7: Razionalizzazione della rete di assistenza territoriale	28
Azione 1: Piano della rete residenziale e semiresidenziale	28
Azione 2: Implementazione e Qualificazione delle Cure Domiciliari	29
Intervento 8: Rete emergenza e urgenza	30
Azione 1: Revisione del ruolo delle strutture all'interno della rete	30
Azione 2: Ricognizione ed aggiornamento dei meccanismi di coordinamento con gli enti convenzionati per il trasporto di emergenza-urgenza	30
Azione 3: Istituzione di un dominio organizzativo a livello regionale per il coordinamento degli interventi di emergenza-urgenza	31
Intervento 9: Razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati	32
Azione 1: Identificazione dei laboratori <i>hub</i> e <i>spoke pubblici</i>	32
Azione 2: Riconversione dei laboratori <i>spoke pubblici</i>	33
Azione 3: Riorganizzazione della rete dei laboratori privati	33
Intervento 10: Determinazione dei tetti di spesa per gli erogatori privati	34
Azione 1: Determinazione dei tetti di spesa per le strutture ospedaliere	34
Azione 2: Determinazione dei tetti di spesa per le RSA, RA e strutture <i>ex art. 26</i>	34
Azione 3: Determinazione dei tetti di spesa per le strutture ambulatoriali	35
Azione 4: Accredimento istituzionale definitivo delle strutture (socio) sanitarie private	35
Intervento 11: Razionalizzazione della spesa farmaceutica	36
Azione 1: Incentivazione prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali di contenimento della spesa	36
Azione 2: Creazione di un magazzino farmaceutico virtuale per i farmaci ospedalieri	37
VALORIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI	38
Ipotesi di costruzione del tendenziale 2010	39
Valorizzazione dell'Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	40
Valorizzazione dell'Intervento 10: Determinazione dei tetti di spesa per gli erogatori privati	42

Valorizzazione dell'Intervento 11: Razionalizzazione della spesa farmaceutica – Azione 1	44
Valorizzazione Intervento 4: Gestione delle risorse umane a livello regionale.....	45
Conto Economico Sintetico Tendentiale e Programmatico 2010.....	49
ALLEGATI	51
ALLEGATO 1 - Ulteriori difficoltà causate dagli eventi sismici.....	53
Intervento 12: Ulteriori difficoltà causate dagli eventi sismici.....	53
Azione 1: Interventi per il potenziamento dei servizi nelle ASL con popolazioni sfollate	53
Azione 2: Azioni temporanee per il potenziamento della struttura di offerta.....	54
Azione 3: Ripristino dell'operatività delle strutture danneggiate.....	55
Azione 4: Azioni temporanee di supporto alle popolazioni colpite dal sisma.....	55
Valorizzazione dell'Intervento 12: Ulteriori difficoltà causate dagli eventi sismici”.....	55
ALLEGATO 2 - Valorizzazione degli interventi: Metodi.....	57
Nota metodologica alla valorizzazione dell'Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	57
Nota metodologica alla valorizzazione dell'Intervento 11: Razionalizzazione della spesa farmaceutica – Azione 1.....	68
Nota metodologica alla valorizzazione Intervento 4: Gestione delle risorse umane a livello regionale.....	74
ALLEGATO 3 – Intervento 4 - Azione 1 - Contenimento del costo del personale	79

PREMESSA

La Legge n.191 del 23.12.2009, recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (Legge Finanziaria 2010) prevede espressamente che *“Per le Regioni già sottoposte al Piano di Rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l’assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati”* (art.2 comma 88).

Considerato che:

- con deliberazione del Consiglio dei Ministri il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario per l’attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo
- con deliberazione successiva lo stesso Consiglio dei Ministri il 13.01.2010 nominava la dott.ssa Baraldi Sub-Commissario per l’attuazione del Piano di Rientro della Regione Abruzzo con il compito di affiancare il Commissario ad Acta.

La Regione Abruzzo con il presente PROGRAMMA OPERATIVO 2010 intende dar prosecuzione al Piano di Rientro secondo gli interventi e le relative azioni di seguito descritte.

EXECUTIVE SUMMARY

Obiettivi del Programma Operativo e sintesi degli interventi

Durante il precedente triennio, coerentemente con gli obiettivi di Piano, la Regione Abruzzo ha impostato interventi mirati al contenimento dei costi. Tali interventi sono stati in grado di generare risultati parziali non sempre in linea con le aspettative dal punto di vista economico-finanziario.

A titolo esemplificativo:

- tra il 2006 ed il 2008 si è evidenziata una rilevante riduzione del numero di ricoveri per acuti sia in degenza ordinaria (-24%) sia in DH (-14%), che ha generato una corrispondente riduzione del numero di giornate di degenza del 15% in DO e del 19% in DH; tale tendenza è confermata anche dai primi dati disponibili per il 2009;
- per il costo del personale c’è stata una riduzione tendenziale, coerentemente con gli obiettivi fissati nel Piano di rientro dal disavanzo 2007-2009.

Tuttavia, il CE del Consuntivo 2009 evidenzia ancora un risultato economico negativo di 83 milioni di Euro al netto degli ammortamenti e dei costi capitalizzati (tale perdita si riduce a 44,5 milioni di Euro se ricalcolata secondo le metodologie del Tavolo di Verifica), da cui emerge che la Regione Abruzzo non è ancora pienamente riuscita ad intraprendere un percorso di riqualificazione strutturale del SSR tale da garantire l’equilibrio economico-gestionale nel tempo.

Affinché i percorsi di riduzione-contenimento delle attività possano contribuire a garantire l’equilibrio economico-finanziario ed i Livelli Essenziali di Assistenza, tali percorsi devono prevedere ulteriori azioni di razionalizzazione dell’utilizzo dei fattori produttivi. Ad esempio, una riduzione del numero dei ricoveri rischia di non avere nessun effetto significativo in termini di riduzione dei costi in assenza di interventi di accorpamento e/o riconversione, posto che la struttura dei costi fissi (personale dipendente incluso) rimane sostanzialmente invariata.

La riduzione dell’ospedalizzazione, infatti, non è stata affiancata da un efficace trasferimento dei volumi di produzione verso risposte assistenziali alternative. Conseguentemente, infatti, sebbene il costo del personale sia rimasto entro le soglie pre-stabilite, nessuna attività è stata ancora avviata per ridisegnare il suo collocamento tra ospedale e territorio. A fronte di una situazione globalmente in equilibrio, quindi, sussistono ambiti di sovra-dimensionamento e ambiti di sotto-dimensionamento.

Ora, il Patto della Salute 2010-2012 prevede il mantenimento della gestione commissariale e, in questo ambito, predispone la stesura di Programmi Operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, per la prosecuzione del Piano di Rientro.

Il Programma Operativo deve configurarsi come l'occasione per avviare in modo strutturale un processo di riordino del SSR mirato a:

- raggiungere l'equilibrio economico-finanziario del Sistema Sanitario Regionale (SSR)
- riqualificare l'offerta ospedaliera e dei servizi territoriali
- migliorare la qualità percepita da parte dei cittadini.

Indubbiamente, il perseguimento di questi obiettivi richiede la progettazione di interventi (che di seguito chiameremo **di prodotto**) orientati alla riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi erogati.

Tuttavia, la corretta progettazione, attuazione e monitoraggio degli interventi di cui sopra richiede necessariamente il potenziamento delle risorse e dei meccanismi organizzativi di Regione e di ASL, chiamati a supporto del governo del SSR. A tal fine, si ricorda come, in risposta alle richieste da parte del Tavolo di Verifica di provvedere al potenziamento della struttura amministrativa regionale a supporto del Piano di Rientro e dell'azione commissariale, la Regione ha indetto ed espletato alcuni bandi di selezione a tempo determinato, i cui vincitori sono stati assunti con decorrenza dal 1 aprile 2010.

Agli interventi di prodotto devono essere accompagnati quindi quegli interventi (che di seguito chiameremo **di processo**) orientati alla riqualificazione e al potenziamento delle competenze necessarie per il governo del SSR.

Sebbene logicamente tali interventi siano propedeutici agli interventi di prodotto, il carattere di straordinarietà del Programma Operativo ed i vincoli temporali del rientro dal disavanzo richiedono che il percorso di potenziamento delle competenze sia contestuale all'avvio degli interventi sulla rete di offerta, prevedendo che gradualmente *task-force* e nuove soluzioni gestionali si consolidino in veri e propri domini organizzativi, la cui costituzione non genera costi aggiuntivi che possano ripercuotersi sul costo del personale della Regione né tanto meno su quello della ASL.

Nel dettaglio, gli **interventi di processo** saranno mirati a:

- strutturare un processo di **pianificazione strategica** in grado di individuare le azioni prioritarie da implementare nel sistema e orientare a cascata il comportamento dei singoli (a partire dai Direttori Generali) al perseguimento degli obiettivi (*Intervento 1*)
- attivare e consolidare i **flussi informativi** necessari per il governo del sistema (*Intervento 2*)
- attivare e consolidare un sistema di **monitoraggio gestionale** completo e omogeneo su tutto il territorio regionale (*Intervento 3*)
- garantire la corretta **gestione delle risorse umane** a livello regionale, in termini di coerenza tra attività e fabbisogno di personale e di competenze (*Intervento 4*)
- sviluppare un sistema di monitoraggio della qualità delle prestazioni rese dagli operatori dal SSR attraverso l'istituzione di **Nuclei Operativi di Controllo** coordinati dal livello regionale (*Intervento 5*)

Gli **interventi di prodotto** saranno orientati:

- da un lato, alla **riprogettazione della rete di offerta** coerentemente rispetto ai rinnovati bisogni della popolazione abruzzese ed alle opportunità fornite dall'evoluzione della pratica clinica e dalle moderne tecnologie. Si prevedono quindi interventi focalizzati su:
 - **riprogettazione della rete di assistenza ospedaliera**, nell'ottica del potenziamento dei servizi per i pazienti cronici (avvicinando le cure a domicilio dei pazienti con la progettazione, rispetto ai “vecchi piccoli ospedali”, di strutture più snelle dotate di elevati livelli tecnologici) e della concentrazione delle competenze per favorire la specializzazione per disciplina (*Intervento 6*);
 - **potenziamento della rete di assistenza extra ospedaliera** dimensionando sulla base di criteri oggettivi il fabbisogno di prestazioni del SSR per individuare risposte assistenziali graduali che consentano di garantire la cura dei pazienti cronici a domicilio (tutelando l'esigenza di questi di non allontanarsi dal proprio nucleo familiare) e

prevedano il ricorso all'assistenza residenziale solo per quei pazienti particolarmente fragili per i quali non è più possibile restare a casa (*Intervento 7*);

- **riprogettazione della rete di emergenza-urgenza**, individuando (consapevoli che un intervento non adeguato può compromettere gravemente lo stato di salute del paziente) gli ospedali di riferimento per i casi che richiedono un elevato livello di specializzazione e dotazione tecnologica e decentrando sul territorio i punti di primo soccorso per gli interventi meno gravi (*Intervento 8*);
- **riprogettazione della rete dei laboratori pubblici**, con accentrimento delle attività per raggiungere livelli di qualità adeguati. I laboratori sono, infatti, nell'ambito della rete di offerta del Servizio Sanitario Regionale un servizio che può contemporaneamente garantire con l'aumento dei volumi di produzione maggior qualità e minori costi (*Intervento 9*);

- dall'altro, alla **natura dei costi**, per razionalizzare, a fronte della riorganizzazione di cui sopra, le voci di spesa del SSR, ottimizzando l'impiego e l'approvvigionamento dei fattori produttivi quali:

- prestazioni sanitarie acquistate dagli **erogatori privati**, attraverso la regolazione di rapporti contrattuali coerenti con il fabbisogno regionale di prestazioni definito in base ad opportune metodologie (*Azione 3*:

Riorganizzazione della rete dei laboratori privati

Per quanto concerne la razionalizzazione della rete dei laboratori privati, alla stessa si provvederà contestualmente alla riorganizzazione della Rete dei laboratori pubblici (di cui all'azione 1 e all'azione 2).

Dal ridisegno dell'assetto pubblico verranno evidenziati punti di forza e punti di debolezza in termini di copertura territoriale ed, eventualmente, prestazioni critiche per cui eventualmente la rete di offerta pubblica non risulta adeguata. Da tale contesto di riferimento sarà necessario studiare l'integrazione tra rete di offerta pubblica e privata.

Per quanto riguarda tale riorganizzazione sarà necessario:

- definire per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private (in termini di qualità e tipologia di prestazioni erogabili rispetto al fabbisogno),
- individuare la dimensione minima di prestazioni per ogni laboratorio privato (a seconda della branca) in modo da garantire il livello minimo di qualità e le relative tempistiche di adeguamento dei livelli di produzione per consentire l'eventuale nascita di consorzi di erogatori privati, coerentemente con le linee guida nazionali disponibili.

Risultato programmato

- definizione di un documento di linee guida che individua, per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private,
- individuazione dei criteri di dimensionamento minimo per branca coerenti con le linee guida regionali,
- definizione dei criteri di dimensionamento dei tetti di prestazioni per il biennio 2011-2012.

Indicatori di risultato

- avvio delle attività di ricognizione dei laboratori privati e delle relative prestazioni entro il 30 Settembre 2010,
- condivisione con gli erogatori privati del documento di linee guida su:
 - criteri minimi di qualità dei laboratori
 - fabbisogno di prestazioni per il 2011-2012
- sottoscrizione dei tetti di spesa per gli erogatori privati entro il 31 Dicembre 2010.
 - Intervento 10)
 - **farmaceutica convenzionata**, mediante azioni mirate alla modifica del mix prescrittivo dei MMG verso l'uso degli equivalenti che rappresentano un'importante opportunità di risparmio per il SSR a parità di qualità delle cure prestate (*Intervento 11*)
 - **farmaceutica ospedaliera**, attraverso l'adozione di sistemi per l'ottimizzazione della gestione dei magazzini (*Intervento 11*).

Naturalmente, realizzare un Programma Operativo che sia strutturale comporta valutare i singoli interventi in termini di impatto sui Livelli Essenziali di Assistenza e sui costi, a tal proposito si segnala che le azioni previste dal Programma

Operativo per l'anno 2010 consentiranno di contenere la perdita di esercizio per l'anno 2010, stimata intorno a **69,6 €mln** rispetto ad un valore “tendenziale” stimato a **101,8 €mln** come meglio verrà illustrato nel paragrafo “Programmatico 2010”. Tale valore a valle delle rettifiche per il “Tavolo di Monitoraggio”, delle coperture regionali e dei risparmi derivanti dalla mancata erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private sottoposte a budget¹, si stima **consentirà alla Regione Abruzzo di chiudere l'anno 2010 in pareggio**.

Conto economico (€/1000)	Tendenziale 2010	Programmatico 2010	Programmatico vs Tendenziale 2010
Ricavi	2.317.010	2.316.753	(257)
Costi	2.255.326	2.222.867	(32.459)
Altri costi e componenti finanziarie e straordinarie	163.529	163.482	(47)
Risultato economico	(101.846)	(69.597)	
Risultato per Tavolo di Monitoraggio	(86.378)	(53.872)	
Risorse regionali		46.711	
Risparmi per mancata erogazione strutture private		8.302	
Avanzo 2009		356	
Avanzo 2010		1.497	

Tabella 1: Stima del risultato di esercizio a Programmatico 2010 e manovra rispetto al Tendenziale 2010

Si sottolinea come non tutte le azioni contenute nel presente Programma Operativo matureranno pienamente i loro benefici economici per il SSR nel 2010. Il 2010 si configura, infatti, come:

- un momento necessario per avviare interventi strutturali che aumenteranno la qualità delle prestazioni erogate dal SSR;
- un primo momento importante di razionalizzazione dei costi.

Tendenziale 2010

Il Conto Economico Tendenziale per il 2010 è costruito secondo la logica di rappresentare, in un contesto in cui non variano le disposizioni regionali né quelle nazionali, lo sviluppo dei costi prevalentemente in base ai *trend* registrati nel triennio del piano di rientro, **comprensivi dei costi legati alle difficoltà del SSR generate dal sisma del 06 Aprile 2009**.

I razionali utilizzati a supporto di tale metodo e le dinamiche sottostanti lo sviluppo dei valori dei diversi aggregati economici hanno portato alla stima di:

¹ Il risparmio è stato stimato a fronte di un minor costo/fatturato atteso, a fronte delle prestazioni erogabili dalle strutture ospedaliere del Gruppo Villa Pini, in considerazione del fatto che la valorizzazione dei rispettivi tetti di spesa è stata calcolata, analogamente a quanto effettuato per le altre strutture private, applicando alle SDO 2008 la metodologia individuata, ma abbattendo tale tetto di una quota che tenesse conto dei periodi di inattività ad oggi rilevati, considerando che i contratti prevedono il rispetto del tetto su base mensile. In tale modo è possibile stimare le seguenti valorizzazioni:

- La struttura Villa Pini ha sottoscritto un tetto di 19,2 €/mln ma, non avendo fatturato prestazioni nel I trimestre 2010 come rilevato dai dati del CE del I trimestre 2010, si può stimare un abbattimento del tetto per 3/12 con un risparmio pari a 4,8€/mln (il 25% del tetto di spesa 2010),
- La struttura Santa Maria ad oggi, essendo in regime di sospensione temporanea dell’accreditamento provvisorio, non ha sottoscritto il tetto di spesa, stimato a valle dell’applicazione della metodologia in 5,1 €/mln. Poiché non ha fatturato prestazioni, come rilevato dai dati del CE relativi al I trimestre 2010, si può stimare un abbattimento del tetto per 3/12 con un risparmio pari a 1,3€/mln (il 25% del tetto di spesa 2010),
- La struttura Sanatrix a causa dei danni subiti in seguito al sisma del 6 Aprile 2010 non ha ancora sottoscritto il tetto di spesa, stimato nel programmatico a valle dell’applicazione della metodologia di calcolo dei tetti intorno a 4,4 €/mln. Al 30 Giugno 2010 la struttura risultava ancora inagibile e, quindi, evidentemente non ha erogato prestazioni, per cui si può stimare un risparmio certo pari a 2,2 €/mln (il 50% del valore inserito a programmatico)

- un aumento dei **ricavi**² dal 2009 al 2010 di **11,6 €mln**;
- una crescita dei **costi** dal 2009 al 2010 di **32,3 €mln**.

Di seguito si presenta una tabella di sintesi della variazione dei ricavi e delle principali voci di costo nel biennio 2009-2010 per la Regione Abruzzo, che portano ad una perdita nel 2010 stimato di **101,8 €mln**.

Costi (€/000)	Consuntivo 2007	Consuntivo 2008	Consuntivo 2009	Tendenziale 2010
Totale ricavi	2.175.462	2.239.152	2.305.358	2.317.010
Totale costi	2.184.671	2.181.816	2.200.310	2.255.326
Totale componenti finanziarie e straordinarie	141.265	169.789	186.248	163.529
Risultato economico	(150.474)	(112.453)	(81.200)	(101.846)
Risultato economico per Tavolo di Monitoraggio	(163.606)	(107.656)	(42.631)	(86.377)

Tabella 2: Stima del Tendenziale 2010

Applicando il saldo di mobilità extraregionale relativa al penultimo anno rispetto all'anno di riferimento (mobilità da Tavolo), la perdita "tendenziale" da Tavolo di Monitoraggio risulta essere di **86,4 €mln** nel 2010 (mobilità extra da proposta CIPE 2010)³. Per quanto concerne i costi, di seguito si presenta la tabella di sintesi della variazione delle principali voci di costo dal 2009 al 2010.

Costi (€/000)	Consuntivo 2007	Consuntivo 2008	Consuntivo 2009	Tendenziale 2010	Delta 2009-2010
Personale + Irap	794.227	829.672	831.387	836.841	5.454
Prodotti Farmaceutici	123.080	146.581	156.311	164.346	8.035
Altri Beni E Servizi	402.144	407.868	411.101	439.169	28.068
Altre Componenti Di Spesa	29.234	43.187	56.932	64.185	7.253
Medicina Di Base	150.786	150.750	149.769	155.987	6.218
Farmaceutica Convenzionata	267.202	267.497	260.766	261.940	1.174
Prestazioni Da Privato	449.359	381.060	390.018	397.397	7.379
Prestazioni Da Pubblico	32	112	1.889	945	(-945)
Saldo Intramoenia	(-2.159)	(-1.724)	(-931)	(-1.298)	(-367)
Accantonamenti	90.547	94.245	91.950	73.728	(-18.222)
Interessi E Altro	19.907	12.909	11.744	10.759	(-985)
Oneri Straordinari	1.577	19.448	25.622	14.858	(-10.765)
Totale Costi	2.325.936	2.351.605	2.386.558	2.418.855	32.297

Tabella 3: Variazione delle principali voci di costo tra Consuntivo 2007 e il Tendenziale 2010

Per quanto il costo del personale, analogamente a quanto implementato per le altre voci di conto economico, si è ipotizzata la non variazione delle disposizioni regionali e nazionali in materia. In particolare, ciò significa che il "Conto Economico Tendenziale" sconta al suo interno il blocco del *turn-over* del 40% previsto dal Piano di Rientro come misura di contenimento del costo del personale. Il blocco del *turn-over* storicamente registrato, pertanto, è stato valorizzato attraverso i dati disponibili da Conto Annuale in 258 unità al fine di poter stimare correttamente l'ulteriore manovra aggiuntiva sul personale (si veda paragrafo "Valorizzazione").

² Relativamente al Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2010 è stato riportato quanto previsto nel riparto nazionale.

³ Per quanto riguarda invece gli "Ammortamenti", i "Costi capitalizzati" e le "Altre rettifiche" in sede di stima del tendenziale non sono state prese in considerazione in quanto comunque voci non rilevanti per la determinazione del "Risultato Economico Per Tavolo di Monitoraggio".

Programmatico 2010

Il Programma Operativo 2010 porterà ad un contenimento del risultato economico per il SSR stimato a **-69,6 €mln**. Tale risultato, una volta effettuate le correzioni contabili per il “Tavolo di Monitoraggio”, è rideterminato in **-53,9 €mln**. Inoltre, il risultato migliora (**-53,5 €mln**) se si considera l’avanzo 2009 pari a **0,4 €mln** ed è pertanto entro valori ripianabili con le risorse regionali disponibili (**+46,711 €mln** per il 2010) e con i risparmi derivanti da mancata erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private sottoposte a budget (**8,3 €mln**).

Tale risultato è stato stimato comprensivo dei costi residuali da sostenere a causa delle difficoltà del SSR dovute agli eventi sismici del 2009, di cui all’”Ulteriori difficoltà causati dagli eventi sismici”.

Rispetto al Conto Economico Tendenziale, il Programma Operativo, la cui piena implementazione, ad esclusione dell’”Azione 3: **Riorganizzazione della rete dei laboratori privati**

Per quanto concerne la razionalizzazione della rete dei laboratori privati, alla stessa si provvederà contestualmente alla riorganizzazione della Rete dei laboratori pubblici (di cui all’azione 1 e all’azione 2).

Dal ridisegno dell’assetto pubblico verranno evidenziati punti di forza e punti di debolezza in termini di copertura territoriale ed, eventualmente, prestazioni critiche per cui eventualmente la rete di offerta pubblica non risulta adeguata. Da tale contesto di riferimento sarà necessario studiare l’integrazione tra rete di offerta pubblica e privata.

Per quanto riguarda tale riorganizzazione sarà necessario:

- definire per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private (in termini di qualità e tipologia di prestazioni erogabili rispetto al fabbisogno),
- individuare la dimensione minima di prestazioni per ogni laboratorio privato (a seconda della branca) in modo da garantire il livello minimo di qualità e le relative tempistiche di adeguamento dei livelli di produzione per consentire l’eventuale nascita di consorzi di erogatori privati, coerentemente con le linee guida nazionali disponibili.

Risultato programmato

- definizione di un documento di linee guida che individua, per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private,
- individuazione dei criteri di dimensionamento minimo per branca coerenti con le linee guida regionali,
- definizione dei criteri di dimensionamento dei tetti di prestazioni per il biennio 2011-2012.

Indicatori di risultato

- avvio delle attività di ricognizione dei laboratori privati e delle relative prestazioni entro il 30 Settembre 2010,
- condivisione con gli erogatori privati del documento di linee guida su:
 - criteri minimi di qualità dei laboratori
 - fabbisogno di prestazioni per il 2011-2012
- sottoscrizione dei tetti di spesa per gli erogatori privati entro il 31 Dicembre 2010.

Intervento 10” non potrà che avvenire se non a partire dal secondo semestre 2010, porta ad una riduzione dei costi rispetto al Tendenziale stimata intorno a **32,5 €mln**. Questo comporta che la crescita dei costi dal 2009 al 2010, prevista nell’intorno di 32,3 €/mln in sede di stima del Tendenziale (Tabella 2), potrà essere azzerata nonostante la limitata efficacia temporale del Programma Operativo.

Nella successiva Tabella 4, si illustrano sinteticamente gli effetti di cui sopra, effetti che consentono di ottenere un risultato di Conto Economico Programmatico in pareggio a valle delle coperture regionali.

Conto economico (€/1000)	Tendenziale 2010	Programmatico 2010	Programmatico vs Tendenziale 2010
Ricavi	2.317.010	2.316.753	(257)
Costi	2.255.326	2.222.867	(32.459)
Altri costi e componenti finanziarie e straordinarie	163.529	163.482	(47)
Risultato economico	(101.846)	(69.597)	
Risultato per Tavolo di Monitoraggio	(86.378)	(53.872)	
Risorse regionali		46.711	
Risparmi per mancata erogazione strutture private		8.302	
Avanzo 2009		356	
Avanzo 2010		1.497	

Tabella 4: Stima del risultato di esercizio a Programmatico 2010 e manovra rispetto al Tendenziale 2010

In sintesi, gli effetti economici del Programma Operativo si concentrano principalmente sulle voci “Prestazioni da privato”, “Farmaceutica Convenzionata” e “Personale”, cumulando su queste voci la quasi totalità dell’impatto economico. Nel dettaglio:

- per le “**Prestazioni da Privato**”, si stima una manovra pari a **21,4 €mln** rispetto al tendenziale e un risparmio pari a **14 €mln** rispetto al corrispondente valore del 2009⁴;
- per la “**Farmaceutica Convenzionata**”, si stima una manovra pari a **4,3 €mln** rispetto al tendenziale e un risparmio pari a **3,2 €mln** rispetto al corrispondente valore del 2009;
- per il “**Personale**”, si stima una manovra pari a **4 €mln** rispetto al tendenziale che limiterà la crescita per questa voce a **1,4 €mln** rispetto al corrispondente valore del 2009.

Costi (€/1000)	Consuntivo 2009	Tendenziale 2010	Programmatico 2010	Programmatico vs Tendenziale 2010	Programmatico 2010 vs 2009
Personale + IRAP	831.387	836.841	832.760	(4.081)	1.373
Prodotti farmaceutici	156.311	164.346	163.919	(427)	7.608
Altri beni e servizi	411.101	439.169	437.030	(2.139)	25.929
Medicina di base	149.769	155.987	155.987	0	6.218
Farmaceutica convenzionata	260.766	261.940	257.570	(4.370)	(3.196)
Prestazioni da pubblico	1.889	945	945	0	(945)
Prestazioni da privato	390.018	397.397	375.956	(21.441)	(14.062)
Saldo intramoenia	(931)	(1.298)	(1.298)	0	(367)
Accantonamenti	91.950	73.728	73.728	0	(18.222)
Altre componenti di spesa	56.932	64.185	64.128	(57)	7.196
Interessi e altro	11.744	10.759	10.759	0	(985)
Oneri straordinari	25.622	14.858	14.867	10	(10.755)
Totale costi	2.386.558	2.418.855	2.386.349	(32.506)	(209)

I risparmi su “Prodotti farmaceutici” e “Altri beni e servizi” derivano dall’avvio dei percorsi di riconversione. La razionalizzazione della rete di offerta pubblica è condizione necessaria per frenare l’aumento

Tabella 5: Stima dei costi a Programmatico 2010 e confronto con il Tendenziale 2010 e il Consuntivo 2009⁵

Inoltre, agli effetti economici di cui sopra occorre aggiungere i risparmi che potranno essere realizzati attraverso l’avvio della riconversione di alcuni presidi, così come attualmente pianificato nell’ambito del crono programma⁶ delle riconversioni ad attuazione dell’azione sul “Piano della Rete Ospedaliera”, la cui realizzazione è oggetto proprio del presente Programma Operativo.

⁴ Relativamente alle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale, a valle della manovra sui tetti per gli erogatori privati è richiesta una correzione delle entrate per mobilità in compensazione extra-regionale a Conto Economico Tendenziale per circa -0,3 €/mln. Ai fini della stima del risultato di esercizio per il Tavolo di Monitoraggio, tuttavia, tale correzione risulta neutralizzata.

⁵ L’aggregato beni e servizi ha registrato tra il 2002 ed il 2008 (a valori omogenei) una crescita annua del 7%, tale crescita si è verificata in maniera costante nel periodo. Il Tendenziale 2010 è stato costruito a partire dai valori 2008 per annullare distorsioni legate al sisma e rispetto a questo cresce complessivamente del 6,6% pari al 3,3% annuo.

⁶ Cfr “Disattivazione dei presidi non coerenti con il fabbisogno e cronoprogramma delle loro riconversioni”

In questo modo, sarà possibile realizzare sul secondo semestre 2010 un risparmio di circa **2,6 €mln** e, soprattutto, sarà possibile sfruttare la ricollocazione del personale senza intervenire sulla relativa voce di costo e senza impattare sulla qualità dell'assistenza offerta.

Per quanto riguarda le voci “Prodotti Farmaceutici” e “Altri beni e servizi” i risparmi previsti rispetto al Tendenziale (insufficienti a frenare l'aumento rispetto al 2009) derivano dall'avvio dei percorsi di riconversione dei presidi ospedalieri pubblici di ridotte dimensioni. A partire dal 2011, è ragionevole attendersi impatti su queste nature legati alle attività di razionalizzazione che investirà tutta la rete pubblica.

Asse 1: INTERVENTI DI PROCESSO

Intervento 1: Potenziamento del processo di pianificazione strategica

Azione 1: Costituzione di un “Tavolo per l’Abruzzo”

Il “Tavolo per l’Abruzzo” sarà il “soggetto” responsabile della scelta delle azioni prioritarie da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi definiti dal Programma Operativo 2010.

I compiti del “Tavolo per l’Abruzzo” saranno:

- individuazione degli interventi e delle relative strategie per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Programma
- selezione degli interventi prioritari
- gestione della comunicazione del Programma Operativo al Comitato Guida (di cui all’Azione 2)
- valutazione del grado di raggiungimento dei singoli interventi ed eventuale rimodulazione delle azioni intraprese.

Composizione ed organizzazione del “Tavolo per l’Abruzzo”:

- i membri del “Tavolo per l’Abruzzo” saranno il Presidente (Commissario), l’Assessore alla Sanità ed il Sub-Commissario
- le funzioni di supporto operativo, organizzativo e di segreteria saranno svolte dal personale dell’Assessorato alla Sanità della Regione

Risultato programmato

- avvio di tutti gli interventi previsti nel Programma Operativo nei primi 30 giorni dall’approvazione del Programma stesso
- definizione dei meccanismi di *governance* tra “Tavolo per l’Abruzzo” e Comitato Guida (di cui all’Azione 2)
- inserimento degli interventi prioritari previsti dal Programma Operativo negli obiettivi del/dei:
 - Direttore Regionale dell’Assessorato alle Politiche della Salute
 - Direttore dell’Agenzia Sanitaria Regionale
 - 4 Direttori Generali delle ASL
- verifica del recepimento degli interventi da atti amministrativi aziendali che identifichino i responsabili operativi per ciascuno degli interventi ed i relativi meccanismi incentivanti legati agli stessi

Indicatori di risultato

- avvenuto invio Programma Operativo 2010 al Ministero dell’Economia e delle Finanze ed al Ministero della Salute
- numero di atti formali di nomina dei responsabili operativi emanati entro i primi 30 giorni dall’approvazione del Programma stesso per ciascun intervento sul totale degli interventi previsti
- avvenuto inserimento con atto formale degli interventi prioritari tra gli obiettivi dei Direttori Generali (di cui all’Azione 3)

Azione 2: Costituzione di un Comitato Guida

Il Comitato Guida recepisce le azioni prioritarie individuate dal “Tavolo per l’Abruzzo” e attiva un percorso di condivisione per declinare le stesse in accordi operativi di carattere aziendale ed interaziendale. Periodicamente i suoi membri presentano lo stato di avanzamento delle singole azioni e valutano se sottoporre al “Tavolo per l’Abruzzo” eventuali loro criticità e/o necessità di rimodulazione. Il “Tavolo per l’Abruzzo” può intervenire in autonomia in ogni momento per rimodulare le azioni identificate.

Oltre ad essere responsabile dell'attuazione delle azioni, il Comitato Guida deve svolgere le seguenti funzioni:

- individuare soluzioni comuni a esigenze e/o criticità emerse a livello aziendale ma considerate di interesse regionale
- formalizzare linee guida su tematiche strategiche, anche in risposta a criticità emerse a livello aziendale
- istituire gruppi di lavoro *ad hoc* per l'approfondimento di tematiche strategicamente rilevanti
- promuovere e diffondere *best practice* aziendali che possano essere riutilizzate da altre ASL

Composizione e organizzazione del Comitato Guida:

- del Comitato Guida dovranno far parte i membri del “*Tavolo per l'Abruzzo*”, il Direttore Generale dell'Assessorato, i Direttori Generali delle 4 ASL, il Direttore dell'ASR
- le funzioni di supporto operativo, tecnico-organizzativo e di segreteria saranno svolte dal personale dell'Assessorato alle Politiche della Salute della Regione e dell'Agenzia Sanitaria Regionale

Risultato programmato

- predisposizione di un regolamento interno sintetico, sottoscritto da tutti i membri del Comitato Guida, con le procedure per la formalizzazione degli accordi operativi relativi agli interventi previsti dal Programma Operativo, sia a livello regionale che a livello di singola ASL
- realizzazione di tutti gli interventi e delle relative azioni previste nel Programma Operativo entro il 31 dicembre 2010
- presa d'atto del Bilancio Annuale di Previsione (di cui all'Azione 3) ed invio dello stesso alla giunta regionale per l'approvazione
- redazione di uno stato avanzamento dei lavori mensile da cui si possa evincere:
 - l'avvio delle singole azioni previste dal Programma
 - i principali atti deliberati dalle singole ASL (tra cui l'assegnazione di obiettivi operativi alle strutture complesse)
 - le eventuali criticità da sottoporre al “*Tavolo per l'Abruzzo*”
 - i risultati raggiunti.
- la rilevanza strategica del coordinamento tra i Direttori Generali e il “*Tavolo per l'Abruzzo*” è tale che i suoi membri si impegnano a prender parte al 90% degli incontri

Indicatori di risultato

- avvenuta predisposizione del regolamento di costituzione e organizzazione del Comitato Guida entro 10 giorni dalla costituzione del “*Tavolo per l'Abruzzo*”
- avvenuta presa d'atto del Bilancio Annuale di Previsione
- numero di progetti sviluppati a livello aziendale riutilizzati in altre ASL al termine del Programma Operativo
- percentuale di interventi conclusi rispetto agli interventi previsti da Programma Operativo 2010 entro il 31 dicembre 2010
- percentuale dei documenti di stato avanzamento lavori mensile predisposti

Azione 3: Processo di budget

In coerenza con le decisioni prese dal “*Tavolo per l'Abruzzo*” e condivise con il Comitato Guida dovrà essere predisposto un processo che consenta di declinare sul fronte operativo tali decisioni, responsabilizzando a cascata i Direttori Generali delle ASL e le strutture semplici e complesse competenti.

Il processo di budget sarà così strutturato:

- declinazione per singola ASL, da parte dell'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo, degli interventi riportati nel presente Programma Operativo 2010, nell'ambito degli strumenti di programmazione e controllo regionali
- avvio, da parte dei Direttori Generali nelle singole ASL, della negoziazione degli obiettivi operativi dei responsabili aziendali (con relativa valorizzazione economica)
- consolidamento a livello di ASL dei valori contenuti nei *budget* che alimentano il Bilancio Annuale di Previsione (il quale, per ogni voce di Conto Economico, esporrà una previsione dei parametri economico-finanziari nonché l'indicazione dei criteri in base ai quali la medesima è stata calcolata)
- formalizzazione del risultato della negoziazione e comunicazione dello stesso alla Regione

- presa d'atto da parte del Comitato Guida del Bilancio Annuale di Previsione come previsto sopra
- monitoraggio del budget e del Bilancio Annuale di Previsione

Risultato programmato

- avvio del processo di budget sia a livello regionale sia a livello di ASL entro 30 giorni dall'approvazione commissariale del Programma Operativo
- recepimento a livello regionale degli atti formali di negoziazione e definizione dei budget e del Bilancio Annuale di Previsione delle ASL entro ottobre 2010
- adozione coerente con il Programma Operativo 2010 degli strumenti di programmazione e controllo sia a livello di ASL che a livello regionale
- elaborazione di un sistema di *reporting* per il monitoraggio, la verifica e l'analisi degli scostamenti del Bilancio Annuale di Previsione con particolare riferimento agli obiettivi prioritari identificati nel presente Programma Operativo

Indicatori di risultato

- percentuale delle scadenze rispettate per l'istruzione degli atti funzionali alla corretta sequenza cronologica del processo di budget e di monitoraggio
- verifica avvenuta assegnazione delle risorse per la produttività coerente con gli obiettivi di budget raggiunti, sia a livello regionale sia a livello aziendale
- avvenuta redazione di *report* di controllo trimestrale (mensile ove possibile) per la verifica/monitoraggio/analisi della corrispondenza tra le previsioni economiche inserite nel Bilancio di Previsione Annuale ed i Consuntivi a partire dal mese di chiusura del processo di *budget*

Intervento 2: Governo dei flussi istituzionali

Azione 1: Integrazione dei dati di assistenza ospedaliera (SDO), assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale e condivisione degli stessi con i Medici di Medicina Generale

Obiettivo dell'azione è disporre di un'unica banca dati delle prestazioni sanitarie riconducibili al soggetto che ne ha usufruito e al MMG scelto. In particolare, l'esistenza di un tale sistema informativo rappresenta il presupposto per monitorare ed intervenire sul ruolo di “*gate keeper*” dei MMG.

Si prevedono le seguenti attività:

- integrazione delle banche dati attraverso una chiave univoca che ne permetta la lettura trasversale (codice fiscale dell'assistibile anonimizzato): tale integrazione interesserà prioritariamente i ricoveri ospedalieri, l'assistenza farmaceutica e la specialistica ambulatoriale (esistendo la possibilità, in una fase successiva, di sviluppare il sistema con l'integrazione di RSA, ADI, assistenza protesica, ecc.). Le implementazioni tecnologiche, a sostegno di tale attività, saranno sviluppate attraverso il supporto dell'ARIT. Il Servizio competente definirà, d'intesa con il Sub-Commissario, i percorsi operativi volti alla piena integrazione delle banche dati e delle informazioni ad esse pertinenti
- predisposizione di una reportistica ad alto livello per il Direttore Generale/Sanitario della ASL e per il Direttore dell'Assessorato finalizzata alla pianificazione e al controllo della domanda, e di una reportistica dedicata ai MMG quale supporto al controllo della domanda come “*gate keeper*”. Le reportistiche saranno sviluppate dal Servizio competente attraverso accordi con i Direttori Generali/Sanitari delle ASL
- istituzione di tavoli di lavoro fra i soggetti coinvolti nel governo di sistema e nel controllo della domanda (MMG, Direttori delle ASL, responsabili dei “Servizi Territoriali” aziendali e regionali)

Risultato programmato

- integrazione completa delle banche dati afferenti a ricoveri ospedalieri, assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale
- sviluppo di metodologie per l'analisi della variabilità della domanda soddisfatta *pro capite* standardizzata per MMG (a tal fine, il Servizio competente si propone di predisporre e testare un modello entro il mese di settembre)

- coordinamento delle attività delle ASL con avvio di incontri di collaborazione con i MMG a partire dal mese di luglio 2010, al fine di:
 - condividere i report periodici (trimestrali) dei consumi sanitari per MMG
 - individuare i prescrittori “alto spendenti” per ciascuna delle tre tipologie di assistenza
 - condividere con questi le motivazioni che hanno originato tali livelli di spesa
 - condividere con i singoli MMG “alto spendenti” obiettivi che consentano una riduzione della spesa generata
- coordinamento delle attività delle ASL con avvio di incontri per condivisione e discussione di report trimestrali con i Direttori Generali a partire dal mese di luglio 2010

Indicatori di risultato

- percentuale di prestazioni sanitarie riconducibili all’assistito e al MMG prescrittore (min 90% a dicembre 2010)
- testing della metodologia per l’analisi della variabilità della domanda soddisfatta *pro capite* standardizzata per MMG entro il 30 settembre 2010
- avvenuta formalizzazione con le ASL di azioni concrete per la riduzione dell’inappropriatezza e della spesa sanitaria per singola azienda a partire da luglio 2010
- numero di incontri con MMG “alto spendenti” sul totale MMG “alto spendenti” individuati pari almeno all’80% nelle singole ASL
- avvenuta pubblicazione trimestrale di *report* con focus *ad hoc* per la categoria dei MMG “alto spendenti” con principali riflessioni ed accordi condivisi con i MMG e con i Direttori Generali delle ASL su azioni concrete per la riduzione dell’inappropriatezza e della spesa sanitaria a partire dal 2010

Azione 2: Gestione delle principali anagrafiche

Tale azione vuole garantire l’effettiva possibilità di integrazione dei dati raccolti a livello regionale. Nello specifico si prevedono le seguenti attività:

- monitoraggio, incentivazione e controllo da parte del Servizio competente delle attività svolte dal SSSIR, a cui oggi è demandata la gestione tecnica delle anagrafiche regionali
- collaborazione con il SSSIR per la verifica dello stato e l’implementazione delle relative azioni di recupero informativo delle principali anagrafiche regionali necessarie all’integrazione dei flussi relativi all’assistenza ospedaliera (SDO), assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale, ovvero:
 - Anagrafe Regionale Assistibili
 - Anagrafe Regionale Prestazioni
 - Anagrafe Regionale Prescrittori
 - Anagrafe Regionale Prescrizioni
 - Anagrafe Regionale Strutture
- identificazione dei domini organizzativi che si occuperanno della gestione del processo di popolamento e aggiornamento delle anagrafiche regionali
- coordinamento e predisposizione di un tavolo di lavoro congiunto con i principali attori interessati (in particolare, con il Ministero della Salute, con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, con SOGEI e con SSSIR) relativamente al popolamento e all’aggiornamento delle anagrafiche chiave

Risultato programmato

- versioni iniziali dell’anagrafe assistibili, dell’anagrafe strutture e dell’anagrafe MMG, uniche a livello regionale
- identificazione dei principali soggetti coinvolti nella gestione delle anagrafiche e relative responsabilità e mansioni entro 30 giorni dall’approvazione del Programma Operativo
- definizione del processo di aggiornamento delle anagrafiche con indicazione dei soggetti coinvolti, delle modalità e delle tempistiche entro il 30 settembre 2010
- predisposizione di un piano di lavoro con SOGEI relativamente all’allineamento delle anagrafiche chiave entro il 31 ottobre 2010

Indicatori di risultato

- riconoscimento di almeno il 90% degli assistiti che hanno avuto contatti con le strutture pubbliche e private regionali entro il 31 dicembre 2010
- avvenuta adozione a livello regionale e sottoscrizione a livello di singola ASL del processo di gestione, alimentazione, aggiornamento delle anagrafiche chiave adeguatamente condiviso con SOGEI (con indicazione dei soggetti responsabili, ruoli, tempistiche, input necessari e output da produrre) entro il 31 ottobre 2010
- certificazione del miglioramento della qualità delle anagrafiche regionali da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze (in collaborazione con il SSSIR) entro il 31 dicembre 2010

Azione 3: Creazione di un dominio organizzativo responsabile per i “Flussi Istituzionali”

La creazione di un dominio organizzativo responsabile per i “Flussi Istituzionali” permetterà alla Regione di potenziare il governo dei sistemi informativi delle ASL e l'integrazione dell'evoluzione degli stessi. Tale dominio non genera costi aggiuntivi che possano ripercuotersi sul costo del personale della Regione e delle ASL.

Si prevedono le seguenti attività:

- identificazione di un dominio organizzativo regionale e di ASL preposto alla gestione dei flussi istituzionali definendone:
 - responsabilità e mansioni
 - numero di unità di personale e relativo profilo di competenze individuali necessarie
- realizzazione di piani di formazione del personale per l'acquisizione di competenze *ad hoc* ove non disponibili.

Il dominio organizzativo responsabile per i “Flussi Istituzionali” avrà il compito di:

- interagire con i referenti dei flussi informativi sanitari sia a livello regionale (SSSIR, ASL) sia a livello nazionale (Ministero della Salute, Agenzie delle Entrate/SOGEI)
- fornire attività di supporto alle aziende sanitarie relativamente ai flussi NSIS
- censire e controllare, in collaborazione con il SSSIR, i flussi informativi sanitari esistenti (tipologia, destinatari, scadenze, ecc.)
- definire nuovi flussi informativi coerentemente con quanto previsto dal livello nazionale
- generare una reportistica standard condivisa con le ASL riguardante la qualità, completezza e tempestività dei dati
- coordinare e promuovere progetti di integrazione delle banche dati esistenti a livello di singola ASL

Risultati programmati

- mappatura dei flussi informativi esistenti, scadenze e relativi referenti di ASL coinvolti
- reportistica standard periodica che evidenzia lo stato dei flussi regionali e di ASL
- avvio di attività di coordinamento e integrazione fra i diversi soggetti coinvolti a livello sia locale sia nazionale

Indicatori di risultato

- avvenuto avvio di tavoli di lavoro fra i diversi soggetti coinvolti ed il dominio organizzativo identificato per la gestione dei “Flussi Istituzionali” entro 20 giorni dall'approvazione del Programma Operativo 2010
- numero *report* periodici realizzati rispetto a quelli previsti tra agosto e dicembre 2010
- certificazione del miglioramento di qualità e tempistiche di invio dei flussi istituzionali da parte del Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze entro il 31 dicembre 2010

Intervento 3: Creazione di un sistema di monitoraggio gestionale del SSR

Azione 1: Avvio progetto di creazione di un modello di monitoraggio gestionale del SSR

Con la presente azione, in linea con quanto previsto per le Regioni in Piano di Rientro all'art. 79, L. 133/2008, la Regione intende attivare un piano d'azione per l'implementazione di un modello di monitoraggio strutturato e continuativo per la raccolta, elaborazione ed interpretazione delle informazioni relative a fattori produttivi impiegati e prestazioni/servizi erogati di tutte le componenti del SSR.

Tale modello dovrà sia supportare le attività di pianificazione e di allocazione delle risorse, sia fornire alle ASL le informazioni necessarie per avviare concrete azioni di ottimizzazione delle modalità di impiego dei propri fattori produttivi.

A tal fine è necessario che la Regione sviluppi un progetto che identifichi le esigenze in termini di raccolta e monitoraggio dati tali da rendere gli obiettivi di cui sopra realizzabili integrando i sistemi esistenti.

Risultato programmato

- identificazione dei requisiti di massima del progetto per la raccolta, elaborazione ed interpretazione dei dati e delle informazioni relative a fattori produttivi impiegati e prestazioni/servizi erogati di tutte le componenti del SSR

Indicatori di risultato

- sottoscrizione dell'Accordo di Programma per l'accesso ai fondi ex art. 79, L. 133/2008, al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze entro il 31 ottobre 2010

Intervento 4: Gestione delle risorse umane a livello regionale

Azione 1: Contenimento del costo del personale

In coerenza con quanto disposto dall'articolo 2, commi 71 e 72, della legge n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), per il 2010 la Regione Abruzzo si pone l'obiettivo di contenere il costo del personale, pur senza pregiudicare la qualità del sistema grazie alla possibilità di "ricollocaimento" del personale disponibile in seguito alle riconversioni di cui all'intervento 6 azione 1 del Programma Operativo, definendo altresì una procedura per l'eventuale assunzione di personale, coerentemente con i tetti di spesa.

Risultato programmato

- adozione nell'ambito del presente "Programma Operativo 2010" della presente azione (si veda Allegato 3), coerente con le disposizioni normative previste dalla Finanziaria 2010⁷, contenente indicazioni in ordine a:
 - contenimento del costo del personale per l'anno 2010 e definizione del relativo tetto di spesa
 - definizione della procedura di assunzione con la quale si prevede che le ASL richiederanno il rilascio di un apposito nulla osta formale alla struttura commissariale della Regione, in coerenza con i limiti di spesa fissati nella delibera commissariale ed in conformità con la normativa vigente.

Indicatore di risultato

- avvenuta emanazione della delibera commissariale relativa al Programma Operativo 2010.

⁷ Legge 191/2009, art. 2, comma 71 e 72

Azione 2: Avvio processo di rideterminazione delle dotazioni organiche del personale per ASL

A seguito dell'attuazione degli interventi previsti dall'Asse 2, in particolare dall'Intervento 6, è ragionevole procedere alla ridefinizione del fabbisogno di personale per struttura e per Servizio/Ufficio in modo da ottenere un'allocazione del personale coerente con la nuova organizzazione del SSR. A tal fine, il livello regionale dovrà coordinarsi con le ASL per:

- attuare una ricognizione del numero e della tipologia di personale attualmente in servizio nelle ASL presso i singoli servizi/uffici
- definire criteri per la stima del fabbisogno di personale
- rideterminazione della dotazione organica della ASL, dopo la riformulazione dei nuovi atti aziendali successiva alla razionalizzazione della rete di offerta.

Risultato programmato

- predisposizione di un database a livello regionale del personale attualmente in servizio presso le ASL con specifica indicazione di:
 - servizio/ufficio di assegnazione
 - profilo professionale posseduto
 - anzianità di servizio del personale dipendente e livello di impiego del personale assunto con rapporto di lavoro flessibile e/o in convenzione
- emanazione della delibera di definizione dei criteri per la rideterminazione delle dotazioni organiche, sulla base delle disposizioni della Finanziaria 2010
- rideterminazione delle dotazioni organiche delle ASL, all'esito della riformulazione degli atti aziendali che seguirà la razionalizzazione della rete di offerta
- si mantiene in essere la verifica trimestrale dei costi del personale mediante la tabella 2, secondo le modalità previste nel cap. 2.1.4 del Piano di Rientro dal disavanzo per gli anni 2007-2009
- riconciliazione tra Tabella 2 del Piano di Rientro e Conto Annuale per ASL entro ottobre 2010 e analisi di dettaglio sui dati relativi al personale non incluso nel tempo indeterminato.

Indicatori di risultato

- avvenuta predisposizione del database del personale in servizio entro il 30 settembre 2010
- avvenuta compilazione del database del personale in servizio da parte delle ASL e invio alla Regione entro il 31 ottobre 2010
- avvenuta emanazione della delibera sulle linee guida per la definizione delle dotazioni organiche entro il 30 novembre 2010
- avvenuta riconciliazione tra Tabella 2 del Piano di Rientro e Conto Annuale per ASL entro ottobre 2010 e avvenuta produzione delle analisi di dettaglio sui dati relativi al personale non incluso nel tempo indeterminato.

Azione 3: Regolamento per la mobilità del personale eventualmente in esubero a livello regionale

A valle della definizione del fabbisogno di personale e della riprogettazione delle unità operative, sanitarie e non sanitarie, (come previsto da Intervento 4 – Azione 1, intervento 6 – Azione 3), la Regione redige un Regolamento per la definizione delle modalità e delle procedure per la gestione del personale eventualmente in esubero, facilitando l'incontro tra domanda e offerta di personale per competenze e profilo professionale.

In particolare, il Regolamento per la mobilità del personale in esubero definisce:

- i soggetti a cui il Regolamento si applica
- la procedura per la mobilità del personale eventualmente in esubero

Risultati programmati

- emanazione della delibera contenente il Regolamento per la mobilità del personale in esubero a livello regionale

Indicatori di risultato

- avvenuta emanazione della delibera contenente il Regolamento per la mobilità del personale in esubero a livello regionale entro il 31 ottobre 2010

Azione 4: Rideterminazione dei fondi integrativi aziendali per ASL

In coerenza con la ridefinizione del fabbisogno di personale e delle dotazioni organiche delle ASL occorre prevedere la definizione di linee di indirizzo per la rideterminazione dei fondi integrativi aziendali nel rispetto delle indicazioni previste dai CCNL, e della Finanziaria 2010 precedentemente citata; tale rideterminazione potrà essere attuata in concreto solo successivamente ai provvedimenti di adozione delle nuove dotazioni organiche.

Il livello regionale dovrà intervenire:

- fornendo delle linee di indirizzo, mediante la costituzione di un gruppo di lavoro del quale faranno parte anche le figure competenti in tema di fondi in ambito aziendale
- informando le organizzazioni sindacali firmatarie dei contratti del comparto sanitario (area dirigenza medico-veterinario; area dirigenza SPTA; area comparto)

Risultato programmato

- redazione delle linee di indirizzo per la rideterminazione dei fondi integrativi aziendali da parte delle ASL
- accordo con le rappresentanze sindacali sulle azioni per la rideterminazione dei fondi integrativi aziendali

Indicatori di risultato

- avvenuta emanazione della delibera di definizione delle linee di indirizzo per la rideterminazione dei fondi integrativi aziendali, previa intesa con le rappresentanze sindacali, entro il 30 aprile 2011
- informativa alle rappresentanze sindacali di cui sopra

Intervento 5: Istituzione di un sistema di monitoraggio dell'appropriatezza del SSR

Azione 1: Istituzione dei Nuclei Operativi di Controllo

In coerenza con quanto previsto dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, la Regione Abruzzo istituirà i "Nuclei Operativi di Controllo" (NOC), la cui costituzione non genera costi aggiuntivi che possano ripercuotersi sul costo del personale della Regione e delle ASL, quale struttura organizzativa regionale responsabile del controllo del funzionamento del sistema e del rispetto delle regole necessarie per il perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale. A tal fine, la Regione Abruzzo:

- nominerà le unità di personale con profili di competenze coerenti con l'attività da svolgere, sulla base delle designazioni effettuate dai Direttori Generali delle ASL
- individuerà le procedure e le linee di indirizzo regionali per la redazione dei nuovi protocolli ispettivi nonché per l'adozione da parte delle ASL dei "Piani Operativi dei Controlli"
- predisporrà un flusso informativo sui controlli programmati ed effettuati, al fine di supportare e monitorare la programmazione dei controlli a livello regionale e aziendale, creando serie storiche sui controlli effettuati e sui comportamenti degli erogatori individuati.

Il sistema dei controlli, parte sostanziale del sistema di verifica della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, mira all'individuazione di fenomeni indicativi di comportamenti potenzialmente inappropriati e/o opportunistici, sulla base

delle informazioni desunte dai flussi informativi, previsti normativamente e contrattualmente, ed attraverso un set di parametri ed indicatori utili al monitoraggio analitico.

L'attività di controllo analitico annuo deve essere effettuata su un campione casuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera (SDO), tenuto conto dei suddetti indicatori e parametri.

Il D.M. 10.12.2009 pubblicato in G.U. il 27.05.2010 definisce i parametri da utilizzare per individuare le prestazioni da sottoporre a controllo, quali l'elevato valore tariffario per singoli ricoveri o per gruppi di ricovero, l'elevato scostamento del volume di ricoveri erogati nelle aree territoriali afferenti alle ASL regionali, la sbilanciata proporzione, per specifici ricoveri, tra i volumi erogati da diverse strutture del territorio delle ASL.

Oltre ai parametri del citato D.M., la Regione Abruzzo utilizza altresì indicatori, di seguito riportati, quali strumenti capaci di evidenziare fenomeni di opportunismo nella codifica delle SDO e di inappropriatezza di erogazione legati al finanziamento prospettico dei ricoveri.

I parametri ed indicatori da utilizzare sono quindi di seguito riepilogati:

- Verifica della coerenza delle prestazioni fornite con quelle accreditate;
- Verifica della corretta applicazione delle tariffe;
- Verifica del prodotto economico delle prestazioni rese rispetto a quello dichiarato e fatturato dalla struttura;
- Verifica dell'appropriatezza del setting assistenziale del ricovero rispetto ad eventuali modalità alternative di assistenza;
- Verifica della congruità tra quanto codificato nella SDO e quanto riportato nella documentazione clinica presente in cartella ai fini della corretta attribuzione del DRG;
- verifica della congruità tra peso economico del DRG e risorse impegnate durante il ricovero.
- Verifica dei tassi di occupazione;
- Verifica della presenza e completezza della documentazione clinica in cartella, in particolare: richiesta di ricovero formulata su modulistica del SSN, completa di data, firma, timbro del prescrittore e motivo del ricovero, e conforme al DM 350/1988, SDO sottoscritta, eventuale verbale di intervento chirurgico, eventuale cartella anestesiológica compilata, referti degli esami indicati come eseguiti in cartella, consenso informato datato e firmato;
- Verifica dei ricoveri brevi: casi di degenze brevi di 0-1 giorno o di 2-3 giorni che possano dissimulare prestazioni di day hospital o ambulatoriali, oppure ricoveri risolvibili in un solo giorno;
- Verifica dei ricoveri anomali: casi di durata della degenza oltre il valore soglia (cosiddetti outliers);
- Verifica dei ricoveri attribuiti a DRG complicati: la produzione di DRG complicati può essere indice di una elevata complessità della casistica trattata e di una buona qualità della codifica della scheda di dimissione, ma può riflettere anche fenomeni di "sovracodifica" delle diagnosi secondarie.
- Verifica dei ricoveri ripetuti: casi di ricovero dello stesso paziente più volte nell'arco dell'anno ed entro 30 giorni dalla precedente dimissione;
- Verifica dei ricoveri eccedenti: ricoveri oltre l'occupazione massima consentita dal numero dei posti letto accreditati;
- Verifica dei ricoveri incoerenti: ricoveri che presentano una discordanza tra diagnosi principale ed intervento chirurgico (solo per DRG chirurgici);
- Verifica dei trasferimenti inappropriati: trasferimenti in merito al passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza e viceversa disciplinati dalla DGR 655/2007; Verifica dei ricoveri relativi ai parti cesarei;
- Verifica dei ricoveri di tipo urgente: si considerano ricoveri ordinari di tipo urgente quei ricoveri dove il carattere d'urgenza sia evidenziabile, ed i pazienti siano transitati dal Pronto Soccorso;
- Verifica dei ricoveri attribuiti ai DRG ad elevato rischio di inappropriatezza, così come individuati dalla Legge Regionale n. 20/2006, dal DPCM 29 novembre 2001, e successive modificazioni e dalla citata deliberazione del Commissario ad Acta n. 13 del 10.02.2010.

Risultati programmati

- istituzione dei Nuclei Operativi di Controllo entro 20 giorni dall'approvazione del presente Programma Operativo

- definizione dei nuovi protocolli ispettivi entro il 30 novembre 2010
- avvio delle prime attività di controllo sulla base di indirizzi regionali entro il 31 luglio 2010
- predisposizione del flusso informativo dei controlli e produzione prima reportistica dell'attività 2010

Indicatori di risultato

- adozione deliberazione per l'istituzione dei Nuclei Operativi di Controllo
- avvenuta adozione dei nuovi protocolli ispettivi e dei Piani Operativi di Controllo da parte delle ASL per l'anno 2011 entro il 31 dicembre 2010
- avvenuta predisposizione del flusso informativo dei controlli e produzione prima reportistica dell'attività 2010 entro il 31 ottobre 2010.
- percentuale dei controlli eseguiti nel 2010 rispetto al valore programmato a livello regionale

Asse 2: INTERVENTI DI PRODOTTO

Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera

Azione 1: Piano della rete ospedaliera

In ottica di razionalizzazione e di riqualificazione del SSR, occorre individuare le strutture ospedaliere che non risultano coerenti, sotto un profilo sia quantitativo sia qualitativo, con il fabbisogno di prestazioni della popolazione e prevedere una riconversione dell'impiego delle risorse (personale, apparecchiature, ecc.) verso forme di assistenza alternative a quella ospedaliera. Tale azione richiede la definizione di criteri che consentano di:

- stabilire il fabbisogno di prestazioni della popolazione dei vari bacini di utenza per l'assistenza ospedaliera ed individuare lo scostamento rispetto all'offerta esistente
- mappare le strutture ospedaliere esistenti rispetto a:
 - servizi offerti (livello di organizzazione del Pronto Soccorso, discipline attivate, dotazione di grandi apparecchiature, somministrazione di terapie, ecc.)
 - parametri di efficienza organizzativa (numero totale dei posti letto attivati, dimensioni dei reparti, ecc.)
 - appropriatezza delle prestazioni erogate
 - posizionamento rispetto al bacino di utenza.
- riconvertire i presidi non coerenti con il fabbisogno individuato, cercando di:
 - colmare il *gap* assistenziale legato ad altre forme di assistenza (ad es: assistenza territoriale, RSA, ecc.); in particolare, come alternativa all'assistenza degli attuali presidi, il Presidio Territoriale h24 si configura come soluzione assistenziale per fornire risposte di minore criticità e bassa complessità e fronteggiare e stabilizzare temporaneamente le urgenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso di riferimento
 - contenere i costi di investimento (ad es: preservando attività che siano il più possibili coerenti con quelle storicamente condotte nel presidio).

Le scelte di riconversione dovranno inoltre basarsi su un'analisi della variazione dei costi di gestione a fronte delle alternative individuate.

Una volta decise le strutture da riconvertire, occorrerà disegnare un "cronoprogramma delle riconversioni" che consideri:

- il grado di idoneità strutturale degli attuali presidi per le future attività (vd: "Azione 6")
- i meccanismi organizzativi da adottare per avviare i nuovi servizi (vd: "Azione 4" e "Azione 5")
- le iniziative di comunicazione verso i cittadini da attivare (ad es: attraverso il coinvolgimento dei MMG) per informare la popolazione delle modifiche assistenziali introdotte.

Risultati programmati

- metodologia per la definizione del fabbisogno di prestazioni per bacino di utenza
- invio del "cronoprogramma delle riconversioni" al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze

Indicatori di risultato

- invio ai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute della metodologia di definizione del fabbisogno entro il 31 luglio 2010
- avvenuto invio del "cronoprogramma delle riconversioni" ai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute entro il 31 luglio 2010

Azione 2: Piano di trasferimento delle unità operative caratterizzate da produzione appropriata

A valle dell'”Azione 1”, occorre capire se presso i presidi in via di riconversione sussistono delle unità operative che, in quanto dotate di adeguate competenze clinico-assistenziali, erogano prestazioni coerenti sul fronte quantitativo e qualitativo con il fabbisogno regionale (prestazioni appropriate). Occorre verificare che vi sia coerenza tra le risorse disponibili presso le strutture limitrofe e l’afflusso di nuova casistica dai presidi riconvertiti e che la rete ospedaliera sostenga, a livello locale, gli interventi in atto:

- è ragionevole attendersi che, a parità di disciplina, parte della casistica dei presidi in via di riconversione debba essere trasferita ad altro presidio, sulla base dell’analisi dei bacini di utenza e dei plausibili flussi di pazienti
- occorre però verificare che le competenze disponibili presso la struttura in via di riconversione siano da mantenere perché qualitativamente riconosciute e che contribuiscano all’erogazione di prestazioni strategiche (per cui, per esempio, si registra un’elevata mobilità passiva e, pertanto, si rende necessario potenziarle).

Risultati programmati

- adozione di un “Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate”, onde liberare risorse anche presso i presidi non soggetti a riconversione
- istituzione di tavoli *ad hoc* con referenti regionali e delle ASL per la stesura di piani di fattibilità che valutino:
 - il flusso di pazienti tra presidi per tipologia di prestazione e/o disciplina
 - il livello di saturazione delle risorse e l’individuazione dei “colli di bottiglia” per singolo presidio (il sottodimensionamento di servizi quali il blocco operatorio, la terapia intensiva, può generare un prolungamento delle degenze ed il congestionamento dei reparti)
 - le opportunità in termini di mobilità del personale

Indicatori di risultato

- adozione delibera relativa al “Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate” da recepire anche ad aggiornamento degli obiettivi dei Direttori Generali entro il 31 luglio 2010
- incidenza della casistica definita come “inappropriata” (come da piano regionale) sul totale della casistica entro valori soglia definiti a consuntivo 2010 sulla produzione dei presidi pubblici
- avvenuta sottoscrizione tra Direttori Generali e Regione dei piani di fattibilità, che indichino in via eccezionale le unità operative che operano all’interno delle strutture da riconvertire “strategicamente rilevanti”, da allegare al cronoprogramma di cui all'”Azione 1” per l’invio ai Ministeri (entro il 30 settembre 2010)

Azione 3: Razionalizzazione delle unità operative semplici e complesse

Una volta allocato sui vari presidi il volume delle prestazioni appropriato (“Azione 2”), risulta opportuno verificare che la strutturazione delle relative unità operative consenta di erogare prestazioni anche in modo efficiente. La presente azione, infatti, risulta strettamente propedeutica all’implementazione dell'”Intervento 4 – Azione 1”.

A tal fine, il livello regionale (nello specifico, il “Servizio Programmazione Sanitaria” ed il “Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane”) deve indirizzare i Direttori Generali attraverso criteri per l’identificazione, come previsti dalla Legge Finanziaria 2010, di:

- livelli minimi di dimensionamento delle unità operative, semplici e complesse, a seconda del livello di intensità delle cure e dell’area di specialità
- modalità organizzative di condivisione delle risorse, ove necessario a causa delle dimensioni delle unità operative o del *layout* degli spazi
- riprogettazione dell’assetto organizzativo delle funzioni *no core* in base alla tipologia di organizzazione sanitaria (ASL, presidi ospedalieri medio grandi, presidi ospedalieri piccoli e territoriali dotati di struttura amministrativa pesante, presidi ospedalieri piccoli e territoriali dotati di struttura amministrativa snella e U.O. semplici e complesse),

individuando le eventuali attività da concentrare/decentrare per tipologia di organizzazione o da duplicare all'interno della medesima ASL.

Risultati programmati

- il livello regionale dovrà emanare una delibera contenente:
 - i criteri per l'individuazione delle unità operative complesse e semplici
 - i tempi e i modi per l'applicazione dei criteri individuati
 - le linee guida per l'adozione degli atti aziendali per attuare le riorganizzazioni aziendali e in particolare la concentrazione del personale delle funzioni *no core*
- i Direttori Generali, sulla scorta delle attività di razionalizzazione e delle relative stime dei fabbisogni di personale, dovranno adottare con atto aziendale il nuovo modello organizzativo aziendale (che costituirà *input* per la ridefinizione delle dotazioni organiche di cui all'Intervento 4 – Azione 1")

Indicatori di risultato

- avvenuta emanazione della delibera regionale inerente le linee guida per gli atti aziendali contenente la definizione dei criteri per l'individuazione delle unità operative semplici e complesse e l'adozione delle stesse entro il 30 settembre 2010
- numero di unità operative complesse disattivate sul totale delle ASL-Regione
- numero di unità operative semplici disattivate sul totale delle ASL-Regione
- percentuale delle unità operative complesse disattivate sul totale per ASL-Regione

Azione 4: Attuazione di un piano di mobilità del personale

La seguente azione assume carattere di straordinarietà in quanto affronta il problema strategico del ricollocamento massivo del personale che si rende disponibile a fronte della riconversione dei presidi e della conseguente modifica del fabbisogno di personale, in termini numerici e di mix di professionalità richiesto.

Rendere efficace sul fronte economico-finanziario il processo di riqualificazione di cui all'Azione 1" richiede di integrare/correggere il "cronoprogramma delle riconversioni" con un "Piano di mobilità del personale da ricollocare" che valuti la possibilità di:

- reintegro del personale per superare eventuali sottodimensionamenti/esuberi di personale registrati a valle dell'accorpamento delle unità operative ("Azione 3") nei presidi in via di potenziamento o sul territorio
- minimizzare i costi della mobilità sfruttando il *turn-over* naturale o ricollocando il personale presso sedi di lavoro il più possibile adiacenti a quelle precedenti (entro i 40 km)

Il Piano, infatti, sulla base del *turn-over* e delle tappe del processo di riqualificazione in atto, dovrà simulare il flusso del ricollocamento del personale in esubero rispetto alla riconversione e valutare l'impatto economico-finanziario delle varie alternative.

Risultato programmato

- costituzione di un gruppo di lavoro da parte del Direttore Generale della ASL che si occupa di redigere il "Piano di mobilità del personale da ricollocare":
 - individuando le modalità operative, attivabili a livello aziendale, per la compensazione del fabbisogno e la mobilità del personale, in conformità alle disposizioni legislative e contrattuali vigenti in materia
 - valutando la fattibilità normativa ed economica delle soluzioni proposte
- sottoscrizione del "Piano di mobilità del personale da ricollocare" da parte delle rappresentanze sindacali
- recepimento del "Piano di mobilità del personale da ricollocare" a livello aziendale

Indicatori di risultato

- firma dell'accordo per la gestione del personale da ricollocare tra Direttore Generale e rappresentanze sindacali entro il 30 settembre 2010
- avvenuto invio delibera del "Piano di mobilità del personale da ricollocare" come allegato al "cronoprogramma delle riconversioni" ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze per l'approvazione entro il 30 settembre 2010
- avvenuto recepimento del "Piano di mobilità del personale da ricollocare" a livello di ASL entro il 31 dicembre 2010
- numero di unità di personale in eccesso ricollocate su servizi attualmente sottodimensionati (a dicembre 2010)

Azione 5: Accordi con i Medici di Medicina Generale per la realizzazione dei primi presidi H24

Per rendere operative le riconversioni di cui all'"Azione 1" occorre predisporre i meccanismi organizzativi che consentano di coinvolgere MMG-PLS e MCA nei servizi garantiti nei Presidi Territoriali h24, attraverso i quali la domanda assistenziale, ad oggi soddisfatta in modo inappropriato dall'ospedale, possa trovare adeguata risposta sul territorio.

Di conseguenza, dovranno essere avviati dei tavoli di concertazione tra Regione, ASL e organizzazioni sindacali che regolino la dislocazione presso i Presidi Territoriali h24 di "unità di cure primarie" in termini di:

- caratteristiche dei servizi che i MMG saranno chiamati a gestire per:
 - realizzare sul territorio la continuità dell'assistenza 24h su 24h e l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria di base e di diagnostica di primo livello, onde ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso
 - garantire l'effettiva presa in carico del paziente, in particolare di quello cronico
 - contribuire all'integrazione tra assistenza sanitaria di base e specialistica e sociale nello stesso luogo fisico, con particolare riferimento al servizio ADI
- il sistema di valutazione dei MMG partecipanti all'iniziativa, che dovrà essere orientato a cogliere la capacità della nuova modalità organizzativa di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione inappropriata, di pazienti cronici e non
- il sistema di incentivazione-remunerazione dei MMG (incentivi monetari, dotazione di spazi e strumentazioni, ecc.).

Ai fini del successo dei tavoli, il livello regionale avvierà una serie di attività complementari alla concertazione, quali:

- ricognizione delle iniziative già in essere nelle ASL per evidenziare le forme associative adottate ed individuare i MMG che meglio si prestano ad implementare, come pilota, la nuova modalità assistenziale del Presidio h24
- definizione di protocolli operativi, con il coinvolgimento dei MMG, per il funzionamento ed il coordinamento dei singoli servizi, nonché i criteri per l'accettazione dei pazienti ed il rinvio ad altra struttura
- adozione di un piano di formazione dei MMG per il riallineamento delle competenze e per assicurare il corretto utilizzo degli strumenti a disposizione (ad es: delle tecnologie per la condivisione delle informazioni, cliniche e non, dei pazienti tra i vari MMG e medici specialisti, nonché alle tecnologie per il teleconsulto)
- individuazione un dominio organizzativo regionale responsabile del monitoraggio dell'attuazione degli accordi.

Risultati programmati

- stipula delle convenzioni *ad hoc* con i MMG, necessarie per avviare le prime riconversioni, entro il 31 agosto 2010
- implementazione di un sistema di monitoraggio degli accordi

Indicatori di risultato

- avvenuta stipula delle prime convenzioni con i MMG entro il 31 agosto 2010
- percentuale di accordi stipulati sul totale previsto dal "cronoprogramma delle riconversioni"
- percentuale di MMG che accettano di trasferirsi presso i Presidi H24 sul totale previsto dal "cronoprogramma delle riconversioni"
- avvenuta identificazione del dominio organizzativo regionale responsabile della valutazione dei MMG, attraverso il monitoraggio di fenomeni quali:
 - accessi ai Presidi h24
 - riduzione dell'accesso di codici bianchi (totale e di cui *over-65enni*) al Pronto Soccorso o DEA

- riduzione dell'ospedalizzazione inappropriata (ricoveri 0-1 gg), soprattutto per pazienti *over-65*enni o cronici

Azione 6: Adeguamento dei layout delle strutture da riconvertire/realizzare

La tempistica di riconversione dei presidi (cronoprogramma delle riconversioni) non può prescindere dall'analisi del loro grado di idoneità strutturale ad ospitare le future attività (vd: "Intervento 6 – Azione 1"). Un gruppo di lavoro regionale con competenze in materia di programmazione sanitaria e di edilizia dovrà coinvolgere le ASL per valutare:

- il grado di idoneità dei "presidi da riconvertire" che, se basso, dovrà prevedere un ripensamento da zero del loro *layout* strutturale con impatti sulle scadenze del "cronoprogramma delle riconversioni"
- le tempistiche ed il monte investimenti necessari per modificare gli attuali reparti e servizi offerti (ad es: blocco operatorio) dei "presidi da mantenere", al fine di potenziarne l'assetto tecnologico-strutturale e renderne la struttura più coerente con i nuovi flussi di pazienti ed i nuovi volumi di attività.

A valle di questa attività programmatoria, gli uffici tecnici di Regione ed ASL dovranno predisporre le attività per garantire l'operatività dei lavori (richiesta fondi, istituzioni gare d'appalto, ecc.).

Risultati programmati

- avvio dei tavoli di lavoro tra Regione e ASL per la valutazione dal punto di vista strutturale dei presidi ospedalieri abruzzesi
- individuazione delle alternative strutturali dei presidi di piccole dimensioni (potenzialmente destinati alla riconversione), con stima degli eventuali costi di adeguamento

Indicatori di risultato

- avvenuta istruttoria sulle caratteristiche strutturali dei presidi ospedalieri e le alternative di riprogettazione entro il 30 settembre 2010 per i presidi di piccole dimensioni (potenzialmente destinati alla riconversione)
- avvenuto avvio dei lavori di adeguamento in coerenza con il "cronoprogramma delle riconversioni"

Intervento 7: Razionalizzazione della rete di assistenza territoriale

Azione 1: Piano della rete residenziale e semiresidenziale

Le prestazioni residenziali e semiresidenziali si configurano come un sistema integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di idonei "nuclei" accreditati per la specifica funzione. Nell'ottica di una riqualificazione del SSR, occorre riprogettare la rete di assistenza residenziale e semiresidenziale ridefinendo le diverse tipologie di strutture (anziani non autosufficienti, disabili, persone affette da patologie psichiatriche e cure palliative erogate negli *Hospice*) sulla base della complessità assistenziale definita in modo coerente con i parametri di carico assistenziale e di fragilità dell'assistito e tenendo conto dei principi indicati dalla normativa nazionale vigente.

Tale azione richiede la definizione di criteri che consentano di:

- stabilire il fabbisogno di prestazioni della popolazione dei vari bacini di utenza per l'assistenza residenziale e semiresidenziale
- mappare le strutture residenziali e semiresidenziali esistenti
- riqualificare, ove necessario, l'assistenza erogata
- integrare la rete residenziale e semiresidenziale con tipologie di strutture non presenti sul territorio (ad es: *Hospice*)
- ridefinire il sistema tariffario delle prestazioni residenziali e semiresidenziali
- definire le caratteristiche del flusso informativo coerentemente con quanto previsto da NSIS.

Risultati programmati

- metodologia per la definizione del fabbisogno di prestazioni per bacino di utenza
- formalizzazione analisi delle caratteristiche della rete residenziale e semiresidenziale
- approvazione del nuovo sistema tariffario
- attivazione di un flusso informativo uniforme a livello regionale coerente con quanto previsto dal NSIS

Indicatori di risultato

- approvazione da parte del Ministero della Salute della metodologia di definizione del fabbisogno entro il 31 dicembre 2010
- avvenuto invio ai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute del documento di analisi delle caratteristiche della rete residenziale e semiresidenziale entro il 31 dicembre 2010
- avvenuta adozione con apposito provvedimento regionale del nuovo sistema tariffario entro il 31 dicembre 2010
- avvenuta istituzione con delibera regionale di un flusso informativo uniforme a livello regionale e coerente con quanto previsto dal NSIS entro il 31 luglio 2010

Azione 2: Implementazione e Qualificazione delle Cure Domiciliari

L'obiettivo dell'azione è potenziare l'Assistenza Domiciliare e gli strumenti di supporto alle condizioni di fragilità del paziente mediante l'implementazione e la qualificazione di presa in carico delle cure domiciliari.

Si prevedono le seguenti attività:

- stabilire il fabbisogno delle cure domiciliari
- mappare le caratteristiche dei servizi di assistenza domiciliare presenti sul territorio regionale
- qualificare le cure domiciliari
- implementare piani di azione finalizzati all'aumento del numero di pazienti assistiti in cure domiciliari al fine di diminuire il ricovero ospedaliero per le patologie croniche
- implementare e qualificare le cure palliative all'interno delle cure domiciliari di terzo livello nell'ottica di partecipare in maniera integrata alla rete del dolore evitabile
- attivare il flusso informativo ministeriale delle cure domiciliari coerentemente con quanto previsto da NSIS.

Risultati programmati

- predisposizione di una metodologia per la definizione del fabbisogno delle cure domiciliari
- formalizzazione analisi delle caratteristiche della rete dei servizi domiciliari
- attivazione di un flusso informativo uniforme a livello regionale coerente con quanto previsto dal NSIS
- concertazioni delle attività formative per gli operatori coinvolti nel Sistema delle Cure Domiciliari finalizzate all'implementazione del sistema ed all'applicazione dei protocolli integrativi per la gestione delle problematiche relative all'assistenza

Indicatori di risultato

- avvenuta approvazione da parte del Ministero della Salute della metodologia di definizione del fabbisogno entro il 31 dicembre 2010
- avvenuto invio ai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute del documento di analisi delle caratteristiche della rete residenziale e semiresidenziale entro il 31 dicembre 2010
- avvenuta istituzione con delibera regionale di un flusso informativo uniforme a livello regionale e coerente con quanto previsto dal NSIS entro il 31 luglio 2010
- avvenuta adozione piano formativo del personale entro il 31 dicembre 2010

Intervento 8: Rete emergenza e urgenza

Azione 1: Revisione del ruolo delle strutture all'interno della rete

Tale azione si propone di adottare criteri uniformi per la progettazione strutturale dei nodi e dei raggi della rete di emergenza-urgenza, nonché dei meccanismi di interazione e divisione dei compiti, al fine di garantire una risposta assistenziale in sicurezza ed omogenea sul territorio regionale.

La revisione dell'assetto attuale della rete di emergenza-urgenza dovrà progressivamente essere attuata attraverso:

- definizione di requisiti minimi di “sicurezza” necessari per l’attivazione dei diversi livelli della rete di emergenza-urgenza (punto di primo intervento, pronto soccorso, DEA I-II livello) quali:
 - discipline di base necessarie
 - strumentazione richiesta
 - disponibilità minima di risorse di personale (ad es: anestesisti)
 - disponibilità di beni mobili (ambulanze di tipo A e B, unità di rianimazione) e di eventuali altri beni, con indicazione di caratteristiche quali la vetustà
- individuazione, attraverso anche *benchmark* con altre Regioni, di bacini di utenza ottimali per tipologia di servizio (almeno un punto di primo intervento entro x minuti, un centro di una data disciplina ogni z abitanti), di servizi specialistici (ad es: grandi ustionati, centro veleni, eliambulanza, ma anche laboratorio analisi) e strutturazione di reti di patologia (centro specialistico di cardiocirurgia, di neurochirurgia, ecc.)
- mappatura delle strutture esistenti rispetto ai criteri di cui sopra e del loro posizionamento rispetto al bacino di utenza attraverso un sistema di georeferenziazione per valutare come ridisegnare ruoli e funzioni all'interno della rete
- stesura di un cronoprogramma per la riconversione/potenziamento delle strutture individuate che tenga conto delle riconversioni di cui all' “Intervento 6” (soprattutto per quanto riguarda la realizzazione di Presidi Territoriali h24) e contestuale sviluppo di piani di mobilità del personale per la concentrazione delle competenze specialistiche (vd: “Intervento 4 - Azione 1”)
- aggiornamento dei protocolli operativi attuali sulla base delle ipotesi del cronoprogramma per:
 - la classificazione del paziente e lo smistamento della casistica tra i raggi ed i nodi della rete
 - l'adozione di meccanismi per il teleconsulto e la tele-refertazione.

Risultato programmato

- emanazione di criteri di progettazione della rete dell'emergenza ed urgenza
- invio del cronoprogramma di ristrutturazione della rete dell'emergenza-urgenza ai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute
- riconversione delle strutture che non rispettano i requisiti minimi entro il 2010

Indicatori di risultato

- avvenuta approvazione del cronoprogramma da parte del Ministero della Salute entro il 31 ottobre 2010
- percentuale degli interventi di conversione previsti conclusi entro il 2010

Azione 2: Ricognizione ed aggiornamento dei meccanismi di coordinamento con gli enti convenzionati per il trasporto di emergenza-urgenza

In modo complementare alla precedente, la presente azione mira alla revisione dei meccanismi di coordinamento attualmente in essere tra i punti della rete (soggetti erogatori) e chi gestisce l'accesso dei pazienti ai punti della rete (enti di trasporto), in termini di coerenza tra risorse e competenze, per permettere che già dalla fase di trasporto in urgenza il paziente venga orientato verso la risposta assistenziale più appropriata.

Si prevedono le seguenti attività:

- definizione di criteri per la ricognizione delle convenzioni attualmente in essere tra le ASL e gli enti per il trasporto di emergenza (Croce Rossa, Croce Gialla, ecc.) con particolare attenzione ai protocolli organizzativi adottati e alla disponibilità di risorse umane e di beni mobili (con indicazione di caratteristiche quali la vetustà)
- mappatura delle risorse e competenze disponibili nei servizi attivati per valutarne la coerenza, nonché studiare la possibilità di potenziare alcuni servizi attraverso le risorse e le competenze già disponibili (ad es: potenziamento dei servizi per la stabilizzazione del paziente a domicilio)
- elaborazione di protocolli organizzativi condivisi tra Regione, ASL e enti di trasporto convenzionati circa:
 - il coinvolgimento dei vari attori della “filiera” dell’emergenza/urgenza (quando coinvolgere MCA/auto medica/trasporto verso struttura di ricovero, ecc.)
 - il corretto smistamento del paziente a seconda del ruolo delle strutture sanitarie all’interno della rete
 - l’eventuale adozione di sistemi di teleconsulto e, nel tempo, di tele-refertazione
- sperimentazione dell’unione organizzativo/funzionale dei medici del 118 e di Pronto Soccorso, fornendo la possibilità ai medici del 118 di gestire i codici bianchi all’interno dei punti di Pronto Soccorso
- nuova organizzazione del personale in carico alle postazioni del 118 periferiche con bassa frequenza di intervento, che preveda ulteriori compiti territoriali a supporto, ad esempio, dell’attività dei Presidi Territoriali H24 (vedi “Intervento 6 – Azione 5”)
- eventuale aggiornamento delle convenzioni in essere.

Risultato programmato

- adozione di protocolli organizzativi condivisi a livello regionale
- aumento di interventi per la stabilizzazione dei pazienti al di fuori di strutture di ricovero
- riduzione del numero dei casi che accedono alle strutture ospedaliere attraverso 118 per essere immediatamente trasportate ad altra struttura più specializzata
- aumento della saturazione delle risorse disponibili

Indicatori di risultato

- avvenuta sottoscrizione formale dei protocolli operativi tra enti di trasporto convenzionati, Regione e ASL entro il 30 novembre 2010

Azione 3: Istituzione di un dominio organizzativo a livello regionale per il coordinamento degli interventi di emergenza-urgenza

Il seguente intervento si propone di individuare un dominio organizzativo regionale responsabile di attuare nel tempo le attività di cui all’”Azione 2”, in ottica di monitoraggio e continuo adeguamento. Tale dominio non genera costi aggiuntivi che possano ripercuotersi sul costo del personale della Regione

A tal fine occorrerà definire:

- responsabilità e mansioni
- numero di unità di personale necessario (funzione del numero di servizi di urgenza da coordinare) e del profilo di competenze presenti.

Compiti del dominio organizzativo saranno:

- studiare le scelte organizzative adottate in altre Regioni o a livello internazionale e valutarne la riapplicabilità
- confrontare le scelte organizzative adottate nelle singole ASL per individuare delle *best-practice* da perseguire in ottica anche di omogenea risposta assistenziale a livello regionale.
- proporsi come soggetto facilitatore nei processi di revisione dei meccanismi di coordinamento all’interno della rete, in quanto collettore delle criticità segnalate
- essere responsabile della formalizzazione e del monitoraggio delle azioni correttive proposte da eventuali tavoli di lavoro istituiti *ad hoc* per rispondere alle criticità emerse
- proporre monitorare i piani di formazione del personale afferente

- gestire la comunicazione a livello regionale (ad es: circa modifiche organizzative e strutturali a livello locale).

Risultato programmato

- individuazione del dominio organizzativo
- sviluppo di un sistema di monitoraggio del sistema regionale dell'emergenza-urgenza

Indicatori di risultato

- avvenuta individuazione formale del dominio organizzativo entro il 30 settembre 2010
- creazione di un sistema di raccolta dati condiviso a livello regionale sul servizio di emergenza-urgenza entro il 31 dicembre 2010
- implementazione di un processo di controllo delle azioni basato su indicatori alimentato da ASL ed enti convenzionati entro il 31 dicembre 2010 coerentemente con i modelli di rilevazione NSIS

Intervento 9: Razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati

Azione 1: Identificazione dei laboratori *hub* e *spoke* pubblici

Obiettivo della presente azione è creare una rete di laboratori su scala provinciale mirata a centralizzare la normale attività di *routine*, garantendo presso i presidi ospedalieri periferici solo attività di diagnostica di base o di urgenza in modo tale da:

- creare massa critica per lo sfruttamento di economie di scala nella gestione dell'attività di diagnostica di laboratorio
- minimizzare gli investimenti, soprattutto per quanto riguarda le apparecchiature ad alto investimento tecnologico
- condividere protocolli, tecnologie, controlli ed esperienze nei diversi punti della rete

Coerentemente con i processi di razionalizzazione di cui all'Intervento 6", occorrerà attivare un'attività di ricognizione che consenta di classificare i punti della rete in:

- nodi periferici (*spoke*, tipicamente ospedali convertiti in Presidi Territoriali h24 o ambulatori) attrezzati con punti prelievo o *point of care testing* per attività diagnostica di base
- nodi periferici presso cui attivare, stante il posizionamento rispetto ai centri della rete, attività diagnostica di urgenza a supporto dell'attività chirurgica (per pannelli di prestazioni coerenti con la complessità della casistica trattata)
- nodi centrali presso cui concentrare prestazioni assistenziali *routinarie* confluenti dai nodi periferici
- nodi centrali, a valenza regionale (detti "Laboratori di riferimento"), presso cui concentrare, coerentemente con la loro funzione assistenziale a livello regionale, prestazioni ad alto contenuto tecnologico e specialistiche.

I nodi centrali (*hub*) dovranno essere individuati sulla base di criteri quali:

- volumi di prestazioni storicamente erogati dal laboratorio per branca
- posizionamento logistico rispetto ai nodi *spoke*
- tecnologia disponibile
- livello di complessità delle struttura ospedaliera di riferimento.

Inoltre, nel caso in cui si riterrà fattibile, si potrà prevedere una specializzazione dei diversi *hub* provinciali su determinate branche onde evitare la duplicazione di attività all'interno della rete.

Le diverse alternative di configurazione possibili dovranno essere corredate da un'analisi dei costi di gestione del nuovo assetto.

Risultato programmato

- mappatura e riclassificazione dei laboratori di analisi esistenti rispetto ai criteri indicati
- delibera di riorganizzazione della rete pubblica dei laboratori

Indicatori di risultato

- avvenuta emanazione delibera di riorganizzazione della rete pubblica dei laboratori entro il 31 dicembre 2010

Azione 2: Riconversione dei laboratori *spoke* pubblici

L'operatività di quanto previsto all'"Azione 1" dipende strettamente dall'adozione di un "Piano di riconversione dei laboratori *spoke*" che pianifichi tempi e modalità per la messa a regime delle nuove modalità organizzative.

Per quanto concerne la dismissione degli attuali laboratori presso i futuri *spoke*, il "Piano" dovrà indicare:

- le eventuali tecnologie da mantenere/acquisire per garantire il pannello di prestazioni previste presso la singola struttura
- le tecnologie e le risorse umane che si renderanno disponibili dalla riconversione e le possibilità alternative di impiego
- gli eventuali interventi di potenziamento delle strutture *hub*

Per quanto riguarda l'adozione delle nuove modalità organizzative della rete, il "Piano" dovrà progettare:

- i meccanismi di coordinamento tra nodi, con identificazione dei vari responsabili
- i flussi della logistica tra i nodi *hub* ed i nodi *spoke*
- i meccanismi di condivisione delle richieste, dei risultati e dei referti attraverso la creazione di un unico sistema informativo

Nel caso di collegamento tra strutture *hub*, il "Piano" dovrà contenere una sezione *ad hoc* per descrivere i principali meccanismi organizzativi per il raccordo delle attività.

Risultato programmato

- individuazione degli aspetti operativi per implementare la riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici attraverso un "Piano di riconversione dei laboratori *spoke*"

Indicatori di risultato

- avvio delle attività istruttorie e formulazione prime ipotesi entro il 31 dicembre 2010

Azione 3: Riorganizzazione della rete dei laboratori privati

Per quanto concerne la razionalizzazione della rete dei laboratori privati, alla stessa si provvederà contestualmente alla riorganizzazione della Rete dei laboratori pubblici (di cui all'azione 1 e all'azione 2).

Dal ridisegno dell'assetto pubblico verranno evidenziati punti di forza e punti di debolezza in termini di copertura territoriale ed, eventualmente, prestazioni critiche per cui eventualmente la rete di offerta pubblica non risulta adeguata. Da tale contesto di riferimento sarà necessario studiare l'integrazione tra rete di offerta pubblica e privata.

Per quanto riguarda tale riorganizzazione sarà necessario:

- definire per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private (in termini di qualità e tipologia di prestazioni erogabili rispetto al fabbisogno),
- individuare la dimensione minima di prestazioni per ogni laboratorio privato (a seconda della branca) in modo da garantire il livello minimo di qualità e le relative tempistiche di adeguamento dei livelli di produzione per consentire l'eventuale nascita di consorzi di erogatori privati, coerentemente con le linee guida nazionali disponibili.

Risultato programmato

- definizione di un documento di linee guida che individua, per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private,
- individuazione dei criteri di dimensionamento minimo per branca coerenti con le linee guida regionali,
- definizione dei criteri di dimensionamento dei tetti di prestazioni per il biennio 2011-2012.

Indicatori di risultato

- avvio delle attività di ricognizione dei laboratori privati e delle relative prestazioni entro il 30 Settembre 2010,
- condivisione con gli erogatori privati del documento di linee guida su:
 - criteri minimi di qualità dei laboratori
 - fabbisogno di prestazioni per il 2011-2012
- sottoscrizione dei tetti di spesa per gli erogatori privati entro il 31 Dicembre 2010.

Intervento 10: Determinazione dei tetti di spesa per gli erogatori privati

Azione 1: Determinazione dei tetti di spesa per le strutture ospedaliere

Il corretto impiego delle risorse disponibili per il SSR richiede di indirizzare l'attività delle strutture private ospedaliere verso l'erogazione di un volume di prestazioni che sia coerente con il fabbisogno regionale. Di conseguenza, occorre:

- individuare vincoli di budget che incentivino l'appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (con riferimento, ad esempio, ai DRG LEA del DPCM 29.11.2001 e del "Patto della Salute 2010-2012")
- stipulare entro il 31 maggio 2010 i relativi contratti di erogazione con le strutture private per limitare il periodo di vacanza contrattuale e le conseguenti incertezze per i fornitori privati, avvalendosi delle clausole di revoca dell'accreditamento per le strutture che non rinunceranno ad attivare contenziosi e/o giudizi relativi ai contratti o contro atti o provvedimenti prodromici o consequenziali.

Risultati programmati

- stipula dei contratti con gli erogatori privati

Indicatori di risultato

- percentuale dei contratti (numero e valore) sottoscritti entro il 31 maggio 2010 rispetto al totale
- importi accantonati a fondo rischi per fatturato extra-budget (valore tendente a zero)

Azione 2: Determinazione dei tetti di spesa per le RSA, RA e strutture *ex art. 26*

Coerentemente con quanto previsto dall'"Azione 1", anche per le altre forme assistenziali occorre predisporre dei contratti di fornitura con gli erogatori privati per far fronte alle esigenze assistenziali della popolazione e, pertanto:

- stimare vincoli di budget che siano coerenti con la capacità produttiva (in termini di posti letto) delle singole strutture, per quanto riguarda l'assistenza residenziale di RA e di RSA e con la capacità produttiva (in termini di fatturato) delle singole strutture per quanto riguarda la riabilitazione extra-ospedaliera *ex art.26*
- stipulare entro il 31 maggio 2010 i relativi contratti di erogazione con le strutture private per limitare il periodo di vacanza contrattuale e le conseguenti incertezze per i fornitori privati, avvalendosi delle clausole di revoca dell'accreditamento per le strutture che non rinunceranno ad attivare contenziosi e/o giudizi relativi ai contratti o contro atti o provvedimenti prodromici o consequenziali

Risultati programmati

- stipula dei contratti con gli erogatori privati

Indicatori di risultato

- percentuale dei contratti (numero e valore) sottoscritti entro il 31 maggio 2010 rispetto al totale
- importi accantonati a fondo rischi per fatturato extra-budget (valore tendente a zero)

Azione 3: Determinazione dei tetti di spesa per le strutture ambulatoriali

Infine, analogamente alla precedente "Azione 1" e "Azione 2", per far fronte al fabbisogno di prestazioni ambulatoriali, per la contrattazione con le relative strutture private si prevede di:

- stimare vincoli di budget che siano coerenti con la capacità produttiva (in termini di fatturato) delle singole strutture
- stipulare entro il 31 agosto 2010 i relativi contratti di erogazione con le strutture private, avvalendosi delle clausole di revoca dell'accreditamento per le strutture che non rinunceranno ad attivare contenziosi e/o giudizi relativi ai contratti o contro atti o provvedimenti prodromici o consequenziali.

Risultati programmati

- stipula dei contratti con gli erogatori privati

Indicatori di risultato

- percentuale dei contratti (numero e valore) sottoscritti entro il 31 agosto 2010 rispetto al totale
- importi accantonati a fondo rischi per fatturato extra-budget (valore tendente a zero)

Azione 4: Accredittamento istituzionale definitivo delle strutture (socio) sanitarie private

A fronte della necessità di concludere entro il 31 Dicembre 2010, come previsto dalla Legge Finanziaria 2010, il processo per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture private avviato sulla base delle istanze pervenute al 06 Ottobre 2009, la Regione Abruzzo dovrà predisporre l'impianto programmatico e gli strumenti operativi che consentano di individuare il proprio "parco fornitori" di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Sul fronte programmatico si prevede:

- avvio di tavoli tra Regione – ASL per pianificare la quota del fabbisogno di prestazioni della popolazione da acquistare dagli erogatori privati nel medio-lungo termine, da definirsi in termini:
 - quantitativi (ad esempio: numero di posti letto per AFO come da L.R. 06/2007,...)
 - qualitativi, inteso come tipologie di prestazioni che occorre incrementare per ridurre la mobilità passiva extra-regionale o gravi carenze della struttura di offerta regionale (ad esempio: attivazione di posti letto residenziali, di servizi domiciliari, ...) in linea con gli interventi dell'Asse 2, in particolare "Intervento 6" e "Intervento 7"
- avvio di tavoli di concertazione con le strutture private per condividere la programmazione di cui sopra ed allineare i comportamenti degli erogatori privati alla strategia di offerta regionale
- il potenziamento della struttura organizzativa preposta alla verifica dei requisiti di accreditamento, con formazione del personale dei nuclei ispettivi (Gruppo Esperti Regionali per l'Accreditamento). Nessun onere farà carico sui Fondi del Servizio Sanitario per l'espletamento dei corsi di formazione in questione atteso che agli stessi si farà fronte con gli oneri economici posti a carico dei soggetti privati, che hanno fatto richiesta di accreditamento

Risultati programmati

- invio ai Ministeri del piano strategico di acquisto di prestazioni dalla rete di offerta privata di medio-lungo termine per approvazione entro il 31 dicembre 2010
- avvio del processo di formazione dei nuclei ispettivi (GERA) entro il 30 settembre 2010
- accreditamento definitivo entro il 31 dicembre 2010

Indicatori di risultato

- avvenuta sottoscrizione da parte delle strutture degli obiettivi programmatici regionali di acquisto di prestazioni dalla rete di offerta privata entro il 31 dicembre 2010
- passaggio da accreditamento istituzionale provvisorio (ex art.8-quarter, comma 7 del DLgs 229/99) a definitivo per tutte le strutture private entro il 31 dicembre 2010

Intervento 11: Razionalizzazione della spesa farmaceutica

Azione 1: Incentivazione prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali di contenimento della spesa

L'obiettivo perseguito è di incrementare la prescrizione di farmaci equivalenti⁸, a parità di volumi di prescrizioni, ed evitare il fenomeno, indotto dalla pressione commerciale delle aziende farmaceutiche, della modifica del mix prescrittivo verso diverse specialità medicinali alla scadenza della copertura brevettuale delle molecole.

Si prevedono le seguenti attività:

- definizione da parte del Servizio Assistenza Distrettuale-Assistenza Farmaceutica degli obiettivi da assegnare ai prescrittori in termini di:
 - incidenza minima dei farmaci equivalenti sul totale delle prescrizioni
 - incidenza dei farmaci equivalenti per classi ATC selezionate
- formalizzazione attraverso delibera commissariale degli obiettivi posti alle ASL entro il 30 luglio 2010
- definizione, nell'ambito dell'accordo integrativo regionale con i MMG ed i PLS, del sistema premiante per i prescrittori (MMG/PLS) che rispettino gli obiettivi definiti dalle ASL, sulla base degli obiettivi ad esse posti dalla Regione
- monitoraggio e verifica da parte della Regione del raggiungimento degli obiettivi aziendali
- monitoraggio e verifica da parte delle ASL del raggiungimento degli obiettivi da parte dei singoli prescrittori sulla base dei flussi aziendali disponibili (in particolare "File D"⁹ e art.50 con compilazione di tutti i campi del tracciato, incluso il codice identificativo del prescrittore) e assegnazione incentivi

Risultato programmato

- avvenuta emanazione delibera regionale degli obiettivi posti alle ASL entro il 30 luglio 2010
- contenimento della spesa grazie al risparmio che si ottiene dall'incremento delle prescrizioni:
 - all'interno di classi terapeutiche equivalenti, di Principi Attivi scaduti in luogo di quelli ancora coperti da brevetto
 - a parità di Principio Attivo, delle forme farmaceutiche di cui esistono generici equivalenti.
- avvio di un sistema di incentivazione dei prescrittori in linea con gli obiettivi della programmazione regionale, basato su un processo strutturato di definizione degli obiettivi e verifica dei risultati conseguiti in relazione ai consumi dei propri assistiti, misurati sulla base dei flussi dei dati disponibili

Il risultato programmato non tiene conto degli impatti derivanti dalle misure introdotte dal Decreto Legge n.78/2010.¹⁰

Indicatori di risultato

- delta spesa netta farmaceutica territoriale 2010 vs 2009 con allineamento alla spesa *pro capite* media delle Regioni non in disavanzo

⁸ Medicinali non coperti da brevetto, di cui è stato prodotto un generico, avente uguale composizione in Principio Attivo, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie.

⁹ Del testo unico della compensazione interregionale della mobilità sanitaria, esteso alle prescrizioni dei pazienti residenti, come previsto tra gli altri dalla DGR 1086 del 2 ottobre 2006.

¹⁰ D.L. 78/2010, art. 11, commi da 6 a 11, che dispone:

- il taglio del 12% del prezzo dei generici (esclusi cioè gli *originator*);
- la rideterminazione dei margini sui medicinali di fascia A;
- l'individuazione delle linee guida per incrementare l'efficienza delle aziende sanitarie nelle attività di acquisizione, immagazzinamento e distribuzione interna dei medicinali;

- delta spesa farmaceutica territoriale 2010 vs 2009 per classe ATC inserita negli obiettivi regionali di contenimento della spesa
- completezza dei campi del tracciato relativo al File D e art.50
- percentuale di prescrittori premiati sul totale dei prescrittori

Azione 2: Creazione di un magazzino farmaceutico virtuale per i farmaci ospedalieri

L'obiettivo perseguito è di centralizzare la gestione dei magazzini farmaceutici ospedalieri così da minimizzare le scorte dei reparti. Tale soluzione produrrà dei risparmi legati alla riduzione del valore degli scaduti e dei furti; inoltre, è sinergica rispetto alla previsione di incrementare gli acquisti centralizzati dei farmaci (vd progetto "Unione d'acquisto dei Farmaci", DG7/54 2008) e all'introduzione dell'obbligo di prescrizione conforme al PTOR.

Entro il 31 dicembre 2010 si prevedono le seguenti attività:

- mettere in rete i magazzini farmaceutici ospedalieri di tutte le strutture pubbliche regionali attraverso la condivisione delle informazioni relative, per ogni reparto, al fabbisogno di prodotti farmaceutici e alle giacenze
- implementare procedure uniche per la gestione del farmaco in reparto al fine di tracciare correttamente il suo utilizzo (armadietti informatizzati, palmari di scarico, ecc.)
- definire dei magazzini centrali per ASL (valutando la possibilità di sfruttare i magazzini esistenti) con il compito di accentrare le attività di acquisto, stoccaggio e allestimento di tutti i prodotti farmaceutici necessari alle attività dei reparti
- sensibilizzare i responsabili delle farmacie, attraverso specifici obiettivi di budget, ad una più efficiente gestione delle scorte che consenta una effettiva riduzione del valore in giacenza.

Risultato programmato

- riduzione della spesa per consumi farmaceutici ospedalieri per effetto di:
 - ottimizzazione delle giacenze
 - riduzione valore scaduti
 - maggior controllo implicito nella gestione centralizzata attraverso il magazzino virtuale (riduzione furti e consumi inappropriati)
 - riduzione degli acquisti di farmaci ospedalieri fuori dal PTOR
- incremento della capacità di monitoraggio dei consumi e di lettura integrata dei consumi rispetto all'attività erogata, con possibilità di attivare dei controlli incrociati consumo-*case mix* prodotto per singolo reparto

Indicatori di risultato

- delta consumi farmaceutici ospedalieri 2010 vs 2009
- delta rimanenze dei magazzini farmaceutici ospedalieri 2010 vs 2009 (di cui % farmaci scaduti rispetto al totale consumato)
- delta consumi e spesa per farmaci fuori PTOR

VALORIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI

Nel seguente paragrafo vengono illustrate le ipotesi con cui è stato costruito il Conto Economico Tendenziale e con cui sono state stimate le manovre delle azioni previste nel Programma Operativo e quindi il Conto Economico Programmatico.

Considerando da un lato il tempo disponibile entro la fine del 2010 e dall'altro la limitata entità del disavanzo non coperto desumibile dal Conto Economico Tendenziale si è provveduto ad identificare le azioni prioritarie coerenti con gli obiettivi finanziari programmati. Tali azioni sono:

- l'Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera – da cui deriva una manovra per il 2010 pari a **2,6 €mln** al netto degli effetti economici sul costo del personale e considerando che le riconversioni stimate riguardano 6 strutture in PTA entro Dicembre 2010;
- l'Azione 3: Riorganizzazione della rete dei laboratori privati
- Per quanto concerne la razionalizzazione della rete dei laboratori privati, alla stessa si provvederà contestualmente alla riorganizzazione della Rete dei laboratori pubblici (di cui all'azione 1 e all'azione 2).

Dal ridisegno dell'assetto pubblico verranno evidenziati punti di forza e punti di debolezza in termini di copertura territoriale ed, eventualmente, prestazioni critiche per cui eventualmente la rete di offerta pubblica non risulta adeguata. Da tale contesto di riferimento sarà necessario studiare l'integrazione tra rete di offerta pubblica e privata.

Per quanto riguarda tale riorganizzazione sarà necessario:

- definire per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private (in termini di qualità e tipologia di prestazioni erogabili rispetto al fabbisogno),
- individuare la dimensione minima di prestazioni per ogni laboratorio privato (a seconda della branca) in modo da garantire il livello minimo di qualità e le relative tempistiche di adeguamento dei livelli di produzione per consentire l'eventuale nascita di consorzi di erogatori privati, coerentemente con le linee guida nazionali disponibili.

Risultato programmato

- definizione di un documento di linee guida che individua, per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private,
- individuazione dei criteri di dimensionamento minimo per branca coerenti con le linee guida regionali,
- definizione dei criteri di dimensionamento dei tetti di prestazioni per il biennio 2011-2012.

Indicatori di risultato

- avvio delle attività di ricognizione dei laboratori privati e delle relative prestazioni entro il 30 Settembre 2010,
- condivisione con gli erogatori privati del documento di linee guida su:
 - criteri minimi di qualità dei laboratori
 - fabbisogno di prestazioni per il 2011-2012
- sottoscrizione dei tetti di spesa per gli erogatori privati entro il 31 Dicembre 2010.
- Intervento 10: Determinazione dei tetti di spesa per gli erogatori privati – da cui deriva una manovra di **21,4 €mln** su un importo pari a **299 €mln**¹¹ di cui si specifica che la contrattazione con gli erogatori privati ad oggi è già stata avviata e si è conclusa con la sottoscrizione di contratti per un importo pari a **215,2 €mln** (72% del totale considerato); a tale manovra, corrisponde una contrazione delle entrate per mobilità in compensazione extraregionale per circa **-0,3 €mln**, neutralizzata dalle rettifiche sul saldo di mobilità ai fini della stima del “risultato per il Tavolo di Monitoraggio”;

¹¹ Importo riferito alle seguenti tipologie di erogatori: ospedali, strutture di riabilitazione ex art. 26, RSA, RA e strutture di specialistica ambulatoriale e di psicoriabilitazione. Per le altre tipologie di erogatori, invece, è stato mantenuto il valore a tendenziale.

- l'Intervento 11: Razionalizzazione della spesa farmaceutica e nello specifico l'Azione 1: Incentivazione prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali di contenimento della spesa – da cui deriva una manovra di **4,3 €mln**, subordinata alla capacità della Regione di coinvolgere i MMG/PLS in un'azione di controllo delle prescrizioni. Non sono stati valorizzati eventuali impatti derivanti dalle misure introdotte dal D.L. 78/2010, con particolare riferimento alle misure sui prezzi dei farmaci generici.

Infine, si stima una manovra sul costo del personale per effetto della non completa sostituzione del personale cessante pari a **4 €mln**. Tale risparmio potrebbe risultare potenziale poiché la realizzazione dello stesso dipende strettamente dall'avvio degli interventi di prodotto relativi alla riprogettazione dell'offerta che consentiranno di riallocare il personale già presente nel SSR sui servizi.

Ipotesi di costruzione del tendenziale 2010

Nel seguito si riportano le principali ipotesi adottate per la costruzione del Conto Economico Tendenziale per il 2010.

Per quanto riguarda la stima dei ricavi netti (per cui si attende una crescita pari a +11,6 €/mln nel 2010 rispetto al 2009) le assunzioni per singolo aggregato di conto economico risultano le seguenti:

- Contributi Fondo Sanitario Regionale: per l'anno 2010 è stata riportata l'attuale proposta di riparto;
- Mobilità: relativamente alla mobilità extraregionale da pubblico, per l'anno 2010 è stato considerato il trend 2007-2009 (per la mobilità attiva extraregionale ospedaliera si è considerato invece il valore effettivo 2009);
- Entrate proprie: si è considerato il trend 2001-2009 (al netto dei rimborsi assicurativi di 47 €/mln ricevuti dall'Asl de L'Aquila nell'anno 2009) per l'anno 2010;

Sul fronte dei costi, per cui si stima un aumento dal 2009 al 2010 di 32,3 €/mln, alla crescita del costo dei fattori produttivi impiegati per l'erogazione delle prestazioni, si sottendono le seguenti dinamiche:

- Personale: il costo del personale dipendente è stato determinato a partire dal costo del personale da CE 2009 incrementato dei rinnovi contrattuali della dirigenza (biennio 2008-2009) e ipotizzando il mantenimento dei vincoli attuali al turnover e quindi una rotazione del personale in linea con gli ultimi due anni. Per costruzione, infatti, il Tendenziale pone la non variazione delle disposizioni regionali e nazionali in materia. In particolare, ciò significa che il "Conto Economico Tendenziale" sconta al suo interno il blocco del *turn-over* del 40% previsto dal Piano di Rientro come misura di contenimento del costo del personale. I rinnovi contrattuali sono stati accantonati in relazione alla percentuale prevista per la vacanza contrattuale (pari a 0,35% nel 2010);
- Prodotti farmaceutici e altri Beni e Servizi: il costo per l'acquisto di beni e servizi è stato determinato applicando ai dati 2008 il CAGR 2002-2007. Si è scelto di non considerare i valori 2009 per eliminare gli effetti distorsivi indotti dal sisma.

Il costo tendenziale delle prestazioni acquistati dall'esterno e dai privati da parte della Regione risulta, invece, così determinato:

- Medicina di base: il costo del personale convenzionato è stato determinato a partire dal costo del personale da CE 2009 incrementato dei rinnovi contrattuali (biennio 2008-2009). I rinnovi contrattuali del biennio 2010-2011 sono stati accantonati in relazione alla percentuale prevista per la vacanza contrattuale (pari a 0,35% nel 2010);
- Farmaceutica convenzionata: si è considerato il trend 2007-2009, corretto prevedendo un graduale ripristino dell'attività svolta dalla ASL de L'Aquila e del relativo costo per assistenza farmaceutica territoriale;
- Prestazioni da privato: il costo per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato è stato determinato applicando ai dati 2009 (pari al valore fatturato dalle strutture private) il tasso di crescita della spesa sanitaria previsto nel DPEF 2010-2013 (pari al 1,6% nel 2010 rispetto al 2009).

Infine, per quanto riguarda le altre voci di costo e le componenti straordinarie e finanziarie, le dinamiche previste risultano:

- Altre componenti di spesa e Interessi: si è considerato il trend 2007-2009, corretto prevedendo un graduale ripristino dell'attività svolta dalla ASL de L'Aquila e dei relativi costi

- Accantonamenti: si è considerato il trend 2007-2009. Gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del 2010 del personale dipendente e convenzionato sono stati calcolati applicando la percentuale prevista per la vacanza contrattuale (pari a 0,35% nel 2010);
- Oneri straordinari: il valore del saldo fra oneri e proventi straordinari è stato posto uguale alla media fra l'anno 2008 e l'anno 2009, al netto delle sopravvenienze per mobilità extraregionale.

Valorizzazione dell'Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera

I risultati dell'analisi condotta nell'ambito della "Metodologia di definizione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere e dei posti letto correlati" (come da Intervento 6 – Azione 1) ha diagnosticato un potenziale eccesso di posti letto per acuti sulla rete di offerta ospedaliera per un numero complessivo di posti letto, tra pubblico e privato, pari a 840 circa il 18% dell'attuale configurazione.

Nell'ambito della definizione del cronoprogramma¹² delle riconversioni ad attuazione del "Piano della Rete Ospedaliera" sono state, pertanto, individuate 6 strutture da riconvertire entro Dicembre 2010 in strutture più snelle, ma più coerenti con il fabbisogno di prestazioni della popolazione quali i Presidi Territoriali H24 (PTA):

- sul fronte dei LEA, la riconversione di questi presidi (caratterizzati da caratteristiche quali-quantitative non coerenti con il fabbisogno) comporterà una potenziale riduzione dei posti letto pubblici dedicati all'attività ospedaliera per circa 338 posti letto di cui circa 170 per acuti;
- sul fronte dei costi, il potenziale impatto è pari a circa **11,4 €mln**¹³ annui al netto della riduzione del costo del personale per effetto dell'efficacia del parziale blocco delle assunzioni.

La riconversione dei presidi di ridotte dimensioni secondo il cronoprogramma indicato in tabella consentirà di realizzare sul secondo semestre 2010 un risparmio di circa **2,6 €mln** (nel 2011 tale manovra potrà raggiungere **11,4 €mln**) e, soprattutto, di sfruttare il *turn-over* del personale per intervenire sulla relativa voce di costo senza impattare sulla qualità dell'assistenza offerta.

Intervento 6 - Manovra per il 2010 derivante dalle riconversioni [€/1.000]					
Struttura	Tipo struttura	PL	Economie/ anno	Data disattivazione	Manovra 2010
130038 - P.O. S. VALENTINO*	Riabilitazione (56)	37	N.D.	31/08/2010	N.D.
130006 - P.O. UMBERTO 1° TAGLIACOZZO		57	3.013	30/09/2010	753
130031 - OSPEDALE MARIA SS IMMACOLATA		75	2.819	31/12/2010	-
130004 - P.O. S. RINALDI PESCHINA		49	2.070	31/08/2010	690
130033 - OSPEDALE CIVILE CONSALVI		69	1.880	31/08/2010	627
130037 - OSPEDALE CIVILE GISSI		51	1.632	31/08/2010	544
Totale		338	11.414		2.614

Tabella 6: Effetti economici delle riconversioni – economie annue attese

La valorizzazione degli interventi di riconversione si basa sulla stima dei costi cessanti, cioè della quota dei costi (così come desumibili dai "Conto Presidio - CP" per l'anno 2008) che le ASL e, di conseguenza, il SSR non dovranno più sostenere per i presidi ospedalieri in oggetto a seguito delle riconversioni.

Ciò richiede, quindi, di effettuare una distinzione tra i fattori produttivi:

- personale, per cui sussistono vincoli contrattuali-normativi che consentono di realizzare le economie delle eventuali unità in esubero solo seguendo la cadenza del *turn-over*. Si consideri, tuttavia, che la corretta stima del fabbisogno di personale per le strutture oggetto di riconversione permette di individuare quelle unità di personale potenzialmente in

¹² Cfr "Disattivazione dei presidi non coerenti con il fabbisogno e cronoprogramma delle loro riconversioni"

¹³ Per quanto riguarda la struttura di riabilitazione (codice 56) "San Valentino" non sono disponibili dati economici strutturati a supporto delle stime.

esuberano, definendo, quindi, un “serbatoio” di unità in esubero che permette di sfruttare gli effetti del *turn-over* non solo a livello locale, ma anche regionale rendendo disponibili ai servizi sotto-dimensionati personale che già opera all’interno del SSR (si veda Tabella 7);

- fattori produttivi associati a costi variabili, il cui assorbimento si ritiene possa variare “proporzionalmente” a seconda dei livelli di attività delle strutture e in funzione della tipologia di assistenza erogata e per cui, stante l’assenza di vincoli contrattuali-normativi, i risparmi risultano realizzabili già dal primo anno;
- altri fattori produttivi associati a costi fissi che, in quanto tali, non subiscono variazioni a seconda dei livelli di attività delle strutture e in funzione della tipologia di assistenza erogata (per esempio, gli ammortamenti¹⁴ e altre voci di manutenzione).

Personale disponibile da riconversione			
130037 - OSPEDALE CIVILE GISSI	Dotazione	Fabbisogno	Delta
Personale Sanitario	111	21	90
Medici	26	5	21
Altro medici	0	-	0
Sanitari non medici	1	-	1
Infermieri	70	16	54
Tecnici	7	-	7
Riabilitatori	6	-	6
Altro	1	-	1
Personale Tecnico	64	2	62
Comparto	64	2	62
Personale Amministrativo	6	7	(-1)
Comparto	6	7	(-1)
Personale Professionale	0	0	0
Comparto	0	-	0
Totale complessivo	181	30	151

La riconversione del presidio rende disponibili al SSR **21 medici**

.. ma richiede il trasferimento presso il presidio di **1 amministrativo**

Tabella 7: Esempificazione del calcolo del personale da trasferire ad altri servizi a valle delle riconversioni

Di conseguenza, sulla base delle precedenti distinzioni:

- per il personale, è stato valutato lo scostamento tra dotazione di personale (“Tabella 1C”) e fabbisogno di personale per ciascuna struttura attraverso la strutturazione di un modello gestionale *ad hoc* per stimare in modo puntuale il fabbisogno di personale per figura professionale per il PTA. Gli eventuali risparmi connessi alla riconversione rientrano nelle economie stimate nell’ambito degli effetti economici legati alla manovra sul personale;
- per i costi variabili è stato individuato, attraverso analisi di *benchmarking*, un costo standard dei fattori produttivi da correlare ai livelli di attività attesi o altre variabili produttive (numero unità di personale in servizio, metratura, eccetera). Sulla base di tali costi standard è, pertanto, possibile stimare la variazione di costi che si origina a fronte della riconversione;
- per i costi fissi è stata individuata una valorizzazione in linea con il valore storico (al netto di alcuni abbattimenti percentuali).

Nel seguito, si illustra in modo sintetico l’entità dei risparmi attesi per anno, distinti per natura di costo. Si sottolinea che nella seguente Tabella 8¹⁵ il dettaglio dei risparmi per natura di costo per presidio è inteso come economia attesa annua realizzabile a partire dal 2011, anno a partire dal quale potrà essere possibile beneficiare completamente (per 12 mensilità) degli effetti economici della riconversione. Per il 2010, la manovra è stimata in proporzione alle mensilità per cui risulterà attivata la nuova configurazione.

¹⁴ Per questi costi, tipicamente legati ad investimenti strutturali e in tecnologia, occorrerà effettuare delle analisi *ad hoc* in sede di implementazione degli interventi di adeguamento, così come previsti in “Azione 6”.

¹⁵ Vedi nota 13

Intervento 6 - Economia per il 2010 derivante dalle riconversioni [€/1000] - dettaglio per natura di costo						
Struttura	130006 - P.O. UMBERTO 1° TAGLIACOZZO	130031 - OSPEDALE MARIA SS IMMACOLATA	130004 - P.O. S. RINALDI PESCHINA	130033 - OSPEDALE CIVILE CONSALVI	130037 - OSPEDALE CIVILE GISSI	
da:	presidio ospedaliero (57 pl)	presidio ospedaliero (75 pl)	presidio ospedaliero (49 pl)	presidio ospedaliero (69 pl)	presidio ospedaliero (51 pl)	
riconvertita in:	PTA	PTA	PTA	PTA	PTA	Economie/anno
Costi interni	3.013	2.819	2.070	1.880	1.632	11.414
Personale	Turn over	Turn over	Turn over	Turn over	Turn over	Turn over
Prodotti farmaceutici	640	343	334	292	178	1.785
Altri beni e servizi	2.374	2.431	1.737	1.621	1.450	9.613
Beni	1.283	1.063	702	792	670	4.510
Altri beni sanitari	1.219	1.048	575	636	522	3.999
Beni non sanitari	64	15	127	156	148	511
Servizi	829	1.325	821	322	396	3.693
Servizi Appalti	490	903	374	78	136	1.982
Servizi Appalti (manutenzione)	73	281	58	68	22	502
Servizi Utenze	250	120	368	105	171	1.013
Altre componenti di spesa	16	21	21	71	67	196
Godimento beni di terzi	188	42	110	210	80	630
Altri servizi (oneri diversi di gestione)	74	1	104	297	304	780
Ammortamenti	-	-	-	-	-	-
Oneri straordinari (variazione rimanenze)	-	45	-	33	4	16

Tabella 8: Effetti economici delle riconversioni – economie annue attese per natura di costo

Valorizzazione dell'Azione 3: Riorganizzazione della rete dei laboratori privati

Per quanto concerne la razionalizzazione della rete dei laboratori privati, alla stessa si provvederà contestualmente alla riorganizzazione della Rete dei laboratori pubblici (di cui all'azione 1 e all'azione 2).

Dal ridisegno dell'assetto pubblico verranno evidenziati punti di forza e punti di debolezza in termini di copertura territoriale ed, eventualmente, prestazioni critiche per cui eventualmente la rete di offerta pubblica non risulta adeguata. Da tale contesto di riferimento sarà necessario studiare l'integrazione tra rete di offerta pubblica e privata.

Per quanto riguarda tale riorganizzazione sarà necessario:

- definire per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private (in termini di qualità e tipologia di prestazioni erogabili rispetto al fabbisogno),
- individuare la dimensione minima di prestazioni per ogni laboratorio privato (a seconda della branca) in modo da garantire il livello minimo di qualità e le relative tempistiche di adeguamento dei livelli di produzione per consentire l'eventuale nascita di consorzi di erogatori privati, coerentemente con le linee guida nazionali disponibili.

Risultato programmato

- definizione di un documento di linee guida che individua, per area territoriale e per tipologia di prestazione, a fronte dei punti di forza e di debolezza della rete pubblica, il ruolo delle strutture private,
- individuazione dei criteri di dimensionamento minimo per branca coerenti con le linee guida regionali,
- definizione dei criteri di dimensionamento dei tetti di prestazioni per il biennio 2011-2012.

Indicatori di risultato

- avvio delle attività di ricognizione dei laboratori privati e delle relative prestazioni entro il 30 Settembre 2010,
- condivisione con gli erogatori privati del documento di linee guida su:
 - criteri minimi di qualità dei laboratori
 - fabbisogno di prestazioni per il 2011-2012

- sottoscrizione dei tetti di spesa per gli erogatori privati entro il 31 Dicembre 2010.

Intervento 10: Determinazione dei tetti di spesa per gli erogatori privati

Come si evince da Tabella 9, **gli effetti economici della manovra generano un contenimento dei costi rispetto al Tendenziale pari a circa 21,4 €mln.**

Intervento 10 - Impatto economico manovra 2010 tetti strutture private [€/1.000]			
	Tendenziale 2010	Programmatico 2010	Manovra
Prestazioni da privato			
Prestazioni ospedalità privata	147.279	143.400	(3.879)
Prestazioni ambulatoriali da privato	35.697	33.170	(2.527)
Prestazioni da sumaisti	12.737	12.737	-
Prestazioni riabilitazione extra-ospedaliera da privato	78.016	68.706	(9.310)
Assistenza integrativa e protesica da privato	26.512	26.512	-
Altre prestazioni da privato	97.156	91.431	(5.725)
Totale	397.397	375.956	(21.441)

Tabella 9: Effetti economici della manovra sui tetti per gli erogatori privati – confronto tra Tendenziale e Programmatico

La Regione Abruzzo ha provveduto tra i mesi di Febbraio e Maggio 2010 alla definizione dei tetti di spesa degli erogatori privati. In particolare:

- il tetto per l'**ospedalità** privata è pari a **143,4 €mln¹⁶** (45,1 €/mln destinati alle prestazioni rese a pazienti extra-Regione), di cui 28,8 €/mln sono relativi al budget attribuibile alle strutture Villa Pini alla data di definizione dei tetti. La Curatela fallimentare ha firmato nel mese di maggio 2010 il contratto relativo alla Casa di Cura Villa Pini per un importo su base annua di 19,2 €/mln con probabile operatività dal luglio 2010. La Casa di Cura Santa Maria (tetto pari a 5,1 €/mln) con sentenza del luglio 2010 è stata dichiarata fallita (tetto pari a 4,4 €/mln) mentre la Sanatrix risulta inoperativa a causa dei danni del sisma 2009;
- il tetto per le strutture private **ex. Art 26** è pari a circa **68,7 €mln¹⁷**, di cui 12,7 €/mln sono relativi al budget attribuito alle strutture del Gruppo Villa Pini per cui sussiste ancora la sospensione dell'accreditamento provvisorio alla data di definizione dei tetti di spesa. Nel mese di giugno 2010 tali strutture (nello specifico Maristella e San Stef.ar) sono state dichiarate fallite ed è stato sottoscritto il relativo contratto con la Curatela Fallimentare;
- il tetto per le strutture **RSA** private è pari a **17,9 €mln¹⁸**;
- il tetto per le strutture residenziali private (RA) pari a **15,7 €mln¹⁹**, di cui 1,1 €/mln sono relativi al budget attribuibile alla struttura Piccolo Rifugio La Cicala del Gruppo Villa Pini, che con sentenza del luglio 2010 è stata dichiarata fallita;
- il tetto per le strutture psico-riabilitative pari a **19 €mln²⁰**, di cui **7,8 €mln** sono il budget attribuito alle strutture del Gruppo Villa Pini al netto delle strutture "Ex Paolucci" e "Le Villette e Padiglione" a cui è stato revocato l'accreditamento.

Il valore programmatico per tipologia di erogatore è stato, quindi, individuato sulla base del budget assegnato alle strutture.

Inoltre, si ritiene che:

¹⁶ Tutti i contratti sono stati sottoscritti ad eccezione di Sanatrix e Santa Maria.

¹⁷ Non risultano ancora sottoscritti contratti per circa 1,7 milioni di Euro, relativi alle strutture private Anesis e Wellness per le quali è stato sospeso l'accreditamento a causa della mancata sottoscrizione del contratto.

¹⁸ Tutti i contratti sono stati sottoscritti.

¹⁹ Tutti i contratti sono stati sottoscritti ad eccezione di Piccolo Rifugio La Cicala.

²⁰ Tutti i contratti non sono ancora stati sottoscritti.

- per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, il valore programmatico non possa superare l'importo del fatturato registrato per l'anno 2009 (al netto della rettifica delle prestazioni codificate con il codice "T09" e quindi attribuibili al sisma del 6 Aprile 2009) pari a 33,2 €/mln.
- per quanto riguarda le altre prestazioni, il valore programmatico si allinei al valore tendenziale stimato.

Per quanto riguarda l'ospedalità, si segnala come la metodologia adottata abbia generato un abbattimento della produzione di riferimento per il calcolo dei tetti per circa 20 €/mln (da 161,1 €/mln, valore della produzione dell'ospedalità privata nel 2008 così come calcolato dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, a 141,2 €/mln), il che ha consentito di stabilizzare la voce di costo non solo rispetto al tendenziale (contenimento dei costi per circa 7,1 €/mln), ma anche rispetto all'anno 2009 (146 €/mln), anno caratterizzato da contrazione nella produzione.

A fronte della manovra indicata in Tabella 9, avendo aggiornato a Conto Economico Programmatico anche il relativo valore della mobilità attiva per le prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale²¹, occorre effettuare le seguenti rettifiche sul saldo di mobilità in compensazione extraregionale. Tali modifiche impattano sul risultato gestionale dell'anno 2010 per **-0,3 €/mln**, impatto che viene assorbito dalle rettifiche per determinare il risultato di esercizio per il Tavolo di Monitoraggio²².

Intervento 10 - Rettifiche saldo di mobilità			
Ricavi mobilità in compensazione extra	Tendenziale	Programmatico	Delta
... Da privato ospedaliero	45.346	45.193	(153)
... Da privato specialistica	1.142	1.038	(104)
Rettifica mobilità da tavolo			(257)

Tabella 10: Effetti della manovra sui tetti sul saldo di mobilità a CE e sulle rettifiche della "mobilità da Tavolo"

Valorizzazione dell'Intervento 11: Razionalizzazione della spesa farmaceutica – Azione 1

L'"Azione 1" dell'intervento in esame ("Incentivazione prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali di contenimento della spesa") si prefigge l'obiettivo specifico di incrementare la prescrizione di farmaci equivalenti, a parità di volumi di prescrizioni, ed evitare il fenomeno della modifica del mix prescrittivo verso diverse specialità medicinali alla scadenza – o in prossimità della scadenza - della copertura brevettuale dei principi attivi.

Le simulazioni condotte, ipotizzando un'efficacia del Programma Operativo limitata al secondo semestre del 2010, stimano una **manovra per la "Farmaceutica convenzionata" pari a 4,3 €/mln**, dovuti allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto o in scadenza nel 2010 per categorie oggetto di monitoraggio (la stima iniziale è stata abbattuta prudenzialmente del 10%).

Le simulazioni sono state condotte in base alle evidenze storiche disponibili e per categorie terapeutiche predefinite, dei principi attivi prescritti in passato anche successivamente alla perdita del brevetto di specifici prodotti. Non sono stati considerati eventuali impatti derivanti dal D.L. 78/2010.

A tal fine sono state individuate:

- le categorie terapeutiche oggetto del monitoraggio in base al volume di prescrizioni registrate per l'anno 2009 e alla scadenza brevettuale dei principi attivi in esse contenute;
- i principi attivi con brevetto scaduto fino a dicembre 2009 e in scadenza nell'anno 2010, contenuti all'interno delle categorie terapeutiche di cui al punto precedente.

²¹ Le variazioni sul saldo di mobilità in compensazione extra rappresentano una stima calcolata sulla base dell'ultimo dato disponibile.

²² Cfr paragrafo "Tendenziale 2010".

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

- considerando sia i volumi storici, espressi in DDD (dosi prescritte) sia i volumi di prescrizione attesi in ragione dei prodotti per i quali è prevista la scadenza nel corso dell'esercizio oggetto di programmazione;
- ipotizzando sul consumo dei principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza, un riallineamento dei comportamenti verso le performance di eccellenza costituite dalla ASL *best-in-class* per ogni specifica categoria terapeutica.

La simulazione del risparmio atteso nel 2010 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto o in scadenza nel 2010 per le categorie oggetto di monitoraggio misura, invece, la diminuzione teorica di spesa netta sotto l'ipotesi che tutte le ASL raggiungano i livelli della ASL *best-in-class* nel II semestre 2010 (Tabella 11).

La stima ottenuta è stata abbattuta prudenzialmente del 10% per tenere conto del rischio associato all'ipotesi di allineamento di tutte le ASL al valore della *best-in-class*.

Intervento 12 - Economie attese da spostamento prescrizioni verso specialistica con PA scaduto [€/1000]			
Categoria Terapeutica	Spesa netta 2009	DDD 2009	Risparmi 2010
Inibitori della pompa protonica	16.091	24.174.847	521
Antipertensivi	29.068	102.262.441	364
Sartani	25.753	38.470.745	2.672
Statine	20.510	21.455.723	137
Bifosfonati	6.703	6.875.111	26
Antiepilettici	8.096	5.720.127	329
Antipsicotici atipici	7.669	2.022.425	61
Antidepressivi	8.712	15.930.527	138
Antibiotici	15.974	5.932.361	109
Antinfiammatori cortisonici inal.	4.035	6.242.049	5
Broncodilatatori	1.335	2.386.062	9
Totale	143.945	231.472.418	4.370

Tabella 11: Simulazione del risparmio 2010 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con PA scaduto o in scadenza

Nel seguito, si riporta l'incidenza percentuale del consumo (DDD) di principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza all'interno delle categorie terapeutiche oggetto di monitoraggio calcolata per ASL nell'anno 2009 come valore di riferimento per la definizione dei livelli di prescrizione di farmaco genericato e per l'individuazione della ASL *best-in-class* per ciascuna categoria terapeutica (Tabella 12).

Incidenza percentuale consumo di principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza per categoria terapeutica (DDD)							
Categoria Terapeutica	ABRUZZO	Avezzano-Sulmona	Chieti	Lanciano-Vasto	L'Aquila	Pescara	ITALIA
Inibitori della pompa protonica	83,9	82,6	79,2	84	91,3	81,8	88,4
Antipertensivi	90	88,8	89,5	90,4	90,7	91	89,7
Sartani	11,7	13,1	9,5	8,9	9,8	13,9	12,4
Statine	35,7	37,4	32,2	35,9	28	35,9	38
Bifosfonati	28,6	25	31,3	31,1	29,6	27,8	27,5
Antiepilettici	46,9	44	48,4	46,9	46,8	48,5	46,5
Antipsicotici atipici	23,7	21,2	24,9	27,1	26,3	24,4	21,5
Antidepressivi	73,2	70,6	76,9	75,9	68,2	71,6	73,7
Antibiotici	60,2	59,3	58,5	59,9	65,3	59	62,7
Antinfiammatori cortisonici inal.	89,8	87,7	91	90,4	89,8	89,7	90,1
Broncodilatatori	85	86,6	79,1	85,3	86,6	82	89,4
Totale	65,9	64,6	64,9	65,3	65,6	66	67

Tabella 12: Incidenza percentuale del consumo (DDD) di principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza per categoria terapeutica

Valorizzazione Intervento 4: Gestione delle risorse umane a livello regionale

Nel 2010 il personale cessante, così come stimato dai dati di Conto Annuale 2006-2009, risulta nell'ordine delle 500 unità (al lordo di eventuali reintegri). Considerando che la stima del "Conto Economico Tendenziale" sconta già un saldo delle

cessazioni intorno a 260 unità come “trascinamento” delle politiche del personale storicamente registrate a livello regionale e considerando le eventuali deroghe al blocco totale del *turn-over* per garantire la qualità dell’assistenza (blocco del *turn-over* del 90%), per il 2010, è prevista un’ulteriore variazione sul personale per un numero di cessazioni pari a **179 unità**.

Tale variazione determina una **manovra che genera impatti per 4 €mln**:

- sul costo del personale di **3,7 €mln** (3,1 €mln per il personale sanitario e 0,6 €mln per quello non sanitario)
- sul valore dell’IRAP di **0,3 €mln**.

La valorizzazione si basa sulla stima dei costi del personale che la Regione Abruzzo non dovrà sostenere a seguito delle misure di blocco delle assunzioni, ulteriori a quanto previsto a “tendenziale”. Dall’avvio delle azioni di razionalizzazione dei servizi dell’Asse 2, infatti, scaturiranno le azioni di razionalizzazione dell’impiego del personale che consentiranno di distribuire risorse di personale già presenti nel SSR sui servizi, coerentemente con il fabbisogno.

In particolare, a fronte della riconversione di 6 presidi in PTA (come da crono programma delle riconversioni - Intervento 6 Azione 1) si renderanno disponibili al SSR le seguenti unità di personale per ruolo e qualifica (vedi paragrafo sulla relativa valorizzazione). Si segnala, inoltre, che al momento non è ancora stato stimato il numero delle unità che si renderà disponibile a seguito delle operazioni di concentrazione delle unità operative sanitarie.

Personale disponibile da riconversione						
	130004 - P.O. S. RINALDI PESCHINA	130006 - P.O. UMBERTO 1° TAGLIACCOZZO	130031 - OSPEDALE MARIA SS IMMACOLATA	130033 - OSPEDALE CIVILE CONSALVI	130037 - OSPEDALE CIVILE GISSI	Totale
Personale Sanitario	69	91	112	89	90	451
Medici	17	21	28	20	21	107
Altro medici	0	0	1	0	0	1
Sanitari non medici	0	2	2	0	1	5
Infermieri	37	45	68	56	54	260
Tecnici	9	10	10	5	7	41
Riabilitatori	6	13	3	8	6	36
Altro	0	0	0	0	1	1
Personale Tecnico	30	20	37	46	62	195
Comparto	30	20	37	46	62	195
Personale Amministrativo	(1)	0	8	0	(1)	6
Comparto	(1)	0	8	0	(1)	6
Personale Professionale	0	0	10	0	0	10
Comparto	0	0	10	0	0	10
Totale complessivo	98	111	167	135	151	662

Tabella 13: Personale disponibile a seguito delle riconversioni previste per il “Piano della Rete Ospedaliera”

Al fine di determinare la misura con cui attuare un’ulteriore restrizione delle assunzioni per raggiungere un’entità del blocco del *turn-over* pari al 90% , occorre confrontare tra loro il numero di cessazioni attese per l’anno 2010 e il numero di unità di personale che si renderà disponibile a valle delle riconversioni.

Per quanto riguarda il numero delle cessazioni già valorizzate nella stima del “Conto Economico Tendentiale”, considerando che tale tendenziale risulta essere per costruzione il “trascinamento” delle misure passate al 2010:

- è stato calcolato, su base storica a partire dal 2005 al 2009, il saldo percentuale medio annuo tra cessanti e assunti (CAGR 2005-2009);
- tale percentuale annua è stata applicata al numero di unità di personale 2009, a tempo indeterminato e determinato (come desumibile da Conto Economico).

Stima del saldo dei cessanti 2010							
Conto Annuale	2005	2006	2007	2008	2009	CAGR 2005-2009	Saldo 2010 stimato
Personale Sanitario						-	148
Dirigenza	3.338	3.297	3.242	3.222	3.194	-1%	35
Comparto	8.434	8.365	8.191	8.038	7.963	-1%	114
Personale Tecnico						-	80
Dirigenza	25	25	23	18	18	-8%	1
Comparto	2.893	2.793	2.719	2.600	2.552	-3%	79
Personale Amministrativo						-	42
Dirigenza	67	68	57	48	41	-12%	5
Comparto	1.727	1.694	1.638	1.624	1.569	-2%	37
Personale Professionale						-	1
Dirigenza	18	16	18	16	14	-6%	1
Comparto	10	6	6	5	7	-9%	1
Altro personale							14
Contrattisti	57	78	73	70	98	15%	14
Organi Direttivi	14	18	18	18	11	-6%	1
Totale	16.583	16.360	15.985	15.659	15.468	-	258

Tabella 14: Stima del saldo cessanti-assunti “tendenziale” per il 2010

Come si nota in Tabella 14, “trascinando” le politiche sul personale del passato al 2010 si origina un saldo negativo tra cessanti e assunti pari a 258 unità (272 se si escludono i contrattisti). L’entità negativa del saldo indica che, coerentemente con le misure di contenimento del personale intraprese, annualmente il numero dei cessanti è stato superiore al numero degli assunti.

Analogamente, sulla base della serie storica 2005-2009 del Conto Annuale è stato calcolato il numero dei cessanti attesi per il 2010 come proiezione sul dato del 2009 dell’incidenza media annua dei cessanti tra il 2006 e il 2009. In tal modo, è stato determinato un numero di cessazioni atteso per l’anno 2010 pari a 501 unità²³. Si rimanda all’Allegato 2 per il dettaglio delle cessazioni previste per il 2010 per ASL.

Per capire l’ulteriore manovra da applicare sul personale per attuare un blocco del *turn-over* del 90%, occorre quindi confrontare il numero dei cessanti atteso con il saldo già incluso nel “Tendenziale”, che, come anticipato, per le sue modalità di stima, considerando il saldo netto di diminuzione che si registra negli ultimi 5 anni, tiene già conto di una cessazione di personale pari a 258 unità (272 esclusi i contrattisti e organi direttivi). In particolare, a fronte della decisione di limitare al 10% le assunzioni a fronte dei dipendenti a tempo indeterminato cessati:

- si applica la soglia del 90% per capire la quota dei cessanti che non potrà essere reintegrata;
- si confronta il numero relativo a quanto già incluso nella stima del Tendenziale;
- si determina per differenza l’ulteriore manovra sul personale necessaria per attuare un blocco del *turn-over* del 90%;
- si valorizza tale manovra considerando il costo medio per ruolo e qualifica (vedi Allegato 2).

²³ Tale valore non include il personale contrattista e gli organi direttivi.

Sintesi situazione personale per calcolo Manovra											
Qualifiche	Personale 2009	Stima cessazioni	Saldo tendenziale	Possibili assunzioni a tendenziale	% blocco turn over	Ulteriore blocco del personale	Costo medio	Importo Manovra	Possibili assunzioni	Stima personale disponibile da riconversioni	Stima personale disponibile da "concentrazioni"
Personale Sanitario	11.157	316 -	148	167		136		2.468.648	32	451	
Dirigenza	3.194	89 -	35	54	90%	45	59.482	1.342.531	9	113	
Comparto	7.963	227 -	114	113	90%	90	24.919	1.126.118	23	338	
Personale Tecnico	2.570	105 -	80	26		15		156.609	11	195	
Dirigenza	18	1 -	1	-	90%	-	45.625	-	0		
Comparto	2.552	104 -	79	26	90%	15	20.605	156.609	10	195	
Personale Amministrativo	1.610	78 -	42	35		28		322.840	8	6	
Dirigenza	41	5 -	5	-	90%	-	47.576	-	1		
Comparto	1.569	72 -	37	35	90%	28	23.046	322.840	7	6	
Personale Professionale	21	3 -	1	1		1		12.193	0	10	
Dirigenza	14	2 -	1	1	90%	1	46.232	12.193	0		
Comparto	7	1 -	1	-	90%	-	24.700	-	0	10	
Totale complessivo	15.359	501 -	272	229	90%	179		2.960.290	50	662	

Tabella 15: Stima della manovra per l'attuazione del blocco del *turn-over* al 90%²⁴

La stima dei risparmi rispetto al Tendenziale sui costi del personale è stata corretta dividendo la somma dei costi cessanti delle ASL della Regione Abruzzo per 6/12 per tenere conto della limitata efficacia temporale del Programma Operativo.

Al valore del costo del personale in precedenza calcolato si aggiungono gli oneri sociali, calcolati in percentuale sul costo del personale cessante (27% sul costo del personale cessante²⁵) per un valore complessivo di 0,8 €/mln (di cui 0,65 sul personale sanitario).

In conclusione, la mancata sostituzione di detto personale impatta sulle seguenti voci di costo del Conto Economico Tendenziale:

- costo del personale con una variazione in riduzione di **3,7 €/mln** (**3,1 €/mln** per il personale sanitario e **0,6 €/mln** per quello non sanitario);
- IRAP con una riduzione di **0,3 €/mln**, calcolata come 8,55% sulla somma del costo del personale e degli oneri sociali per i cessanti nel 2010.

La riduzione dei costi del personale riportata, non è comprensiva delle riduzioni di spesa derivanti dalle ulteriori cessazioni di dipendenti che si stanno verificando nel corso del 2010, e che sono già oggetto di monitoraggio da parte della Regione. In funzione di tali ulteriori cessazioni, la Regione, nel rispetto dei limiti di spesa fissati, potrà rilasciare appositi nulla osta alle ASL per l'assunzione di personale, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente.

²⁴ Si veda nota 23

²⁵ Costo del personale per le sole competenze fisse.

Conto Economico Sintetico Tendenziale e Programmatico 2010

Conto economico sintetico	Consuntivo 09	Tendenziale 2010	Programmatico 2010
€/000			
Contributi F.S.R.	2.246.036	2.308.072	2.308.072
Saldo Mobilità	- 54.072	- 48.961	- 49.218
Entrate Proprie	113.394	57.898	57.898
Totale Ricavi Netti	2.305.358	2.317.010	2.316.753
<i>Personale</i>	776.073	781.350	777.590
<i>Irap</i>	55.314	55.491	55.170
Personale + Irap	831.387	836.841	832.760
Prodotti Farmaceutici	156.311	164.346	163.919
Altri Beni E Servizi	411.101	439.169	437.030
Totale Costi Interni	1.398.799	1.440.356	1.433.709
Medicina Di Base	149.769	155.987	155.987
Farmaceutica Convenzionata	260.766	261.940	257.570
<i>Privato-Ospedaliera</i>	144.981	147.279	143.400
<i>Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale</i>	35.140	35.697	33.170
<i>Prestazioni Da Sumaisti</i>	12.538	12.737	12.737
<i>Privato-Ambulatoriale</i>	47.678	48.434	45.907
<i>Privato-Riabilitazione Extra Ospedaliera</i>	76.799	78.016	68.706
<i>Privato-Integrativa E Protesica</i>	26.098	26.512	26.512
<i>Altre Prestazioni Da Privato</i>	94.462	97.156	91.431
Prestazioni Da Privato	390.018	397.397	375.956
Prestazioni Da Pubblico	1.889	945	945
Saldo Intramoenia	- 931	- 1.298	- 1.298
Totale Costi Esterni	801.511	814.970	789.159
Totale Costi 1° Livello	2.200.310	2.255.326	2.222.867
Margine Operativo	105.048	61.684	93.885
Altre Componenti Di Spesa	56.932	64.185	64.128
Accantonamenti	91.950	73.728	73.728
Interessi E Altro	11.744	10.759	10.759
Oneri Straordinari	25.622	14.858	14.867
Totale Costi 2° Livello	186.248	163.529	163.482
Totale Costi	2.386.558	2.418.855	2.386.349
Risultato Economico	- 81.200	- 101.846	- 69.597
Risultato Economico Per Tavolo di Monitoraggio	- 42.631	- 86.378	- 53.872

Tabella 16: Conto Economico Sintetico Tendenziale e Programmatico 2010

ALLEGATI

ALLEGATO 1 - Ulteriori difficoltà causate dagli eventi sismici

La Regione Abruzzo è attualmente impegnata nella gestione dell'emergenza legata al sisma del 6 aprile 2009. Tale evento, che ha generato attività e costi connessi aggiuntivi rispetto all'ordinario nel 2009, sta attualmente generando attività e costi aggiuntivi per il 2010, attualmente considerati nel "Conti Economici Tendenziale" 2010.

Il SSR si è trovato in prima linea nel fronteggiare il sisma del 6 aprile 2009, con attività riconducibili alla gestione dell'emergenza nell'immediato, alla gestione delle popolazioni sfollate ed al ripristino della capacità produttiva della ASL di L'Aquila. Come rendicontato nel Programma Operativo 2009 tale emergenza ha generato costi aggiuntivi per 41€/mln nel corso di quell'esercizio, al netto delle componenti di mobilità extraregionale che verranno valutate in sede di tavolo di compensazione e al netto delle minori entrate regionali legate agli impatti del sisma sul tessuto produttivo locale.

L'emergenza non può tuttavia considerarsi conclusa nel 2009, il percorso di rientro dalla crisi del sisma è legato a due eventi:

- il ritorno a regime dell'offerta di servizi sanitari da parte della ex asl di L'Aquila. Le somme necessarie al ripristino dell'attività verranno reperite nei fondi ex art. 20;
- la riduzione e progressivo azzeramento del numero degli sfollati presenti nelle rimanenti ASL regionali o in RSA.

I costi che si ritiene saranno sostenuti nel 2010 a fronte delle attività residuali sono riportati nella tabella successiva, mentre gli interventi che si prevede vengano posti in essere affinché tali costi aggiuntivi cessino sono declinati nei punti successivi.

Rendicontazione T09 - stime risultato economico 2009-2010		
Costi (€/1000)	Rendicontazione 2009	Rendicontazione 2010
	T09	T09
Contributi F.S.R.	-	-
Saldo mobilità	N.D.	N.D.
Entrate proprie	(5.450)	(5.450)
Totale Ricavi	(5.450)	(5.450)
Personale + IRAP	3.003	2.830
Prodotti farmaceutici	2	-
Altri beni e servizi	12.816	4.385
Medicina di base	890	840
Farmaceutica convenzionata	971	-
Prestazioni da pubblico	-	-
Prestazioni da privato	3.686	1.276
Saldo intramoenia	-	-
Accantonamenti	-	-
Altre componenti di spesa	751	-
Interessi e altro	-	-
Oneri straordinari	8.381	-
Totale costi	30.499	9.331
ULTERIORI COSTI NON RENDICONTABILI A CE		
Prestazioni da strutture Pubbliche (Valore DRG/Tariffa)	3.375	450
Altre attrezzature	1.405	-
Totale ulteriori costi	4.780	450
Risultato Economico	(40.729)	(15.230)

Tabella 17: Rendicontazione T09 – Stime 2009 e 2010

Intervento 12: Ulteriori difficoltà causate dagli eventi sismici

Azione 1: Interventi per il potenziamento dei servizi nelle ASL con popolazioni sfollate

Le popolazioni sfollate hanno generato e generano ancora la necessità di utilizzare maggiore manodopera da parte delle ASL accoglienti a fronte di un personale che rimane invariato nella ex ASL di L'Aquila.

Per ripristinare la situazione a livelli di normalità, a seguito del rientro delle popolazioni sfollate è necessario procedere alla cessazione dei contratti di assunzione del personale a tempo determinato, di appalto di servizi e del ripristino della normale

attività di continuità assistenziale cui la Regione Abruzzo ha dovuto ricorrere per far fronte all'emergenza sanitaria del terremoto.

Di seguito si riportano i principali ambiti di azione su cui intervenire:

- **Personale:** il sisma ha reso necessaria l'assunzione di personale a termine per fronteggiare l'aumento di domanda causata dal terremoto. Si ritiene che tale personale debba essere mantenuto in organico fino al 30 settembre 2010
- **Guardia Medica:** immediatamente dopo il sisma è stato potenziato il servizio di continuità assistenziale, tale potenziamento rimarrà in essere fino a settembre 2010
- **Servizi Appaltati:** la gestione degli sfollati ha richiesto il potenziamento delle strutture di *front office* per l'accoglienza e l'assistenza agli sfollati (cup, magazzini, ecc.). Tale potenziamento sarà mantenuto fino a settembre 2010

Risultati programmati

- cessazione dei rapporti di lavoro a tempo determinato collegati al sisma e dei contratti di appalto legati al potenziamento del front office e dell'accoglienza
- ripristino dell'attività ordinaria della Guardia Medica a seguito del potenziamento resosi necessario per gestire il disagio del terremoto

Indicatori di risultato

- avvenuta cessazione dei rapporti di lavoro a tempo determinato collegati al sisma e di appalto legati al potenziamento del front office e dell'accoglienza, entro il 30 settembre 2010
- approvazione atto formale che indichi le modalità e la procedura di ripristino dell'attività ordinaria della Guardia Medica, entro il 30 settembre 2010

Azione 2: Azioni temporanee per il potenziamento della struttura di offerta

Il SSR per gestire l'emergenza ha dovuto ricorrere, nel corso del 2009, ad un maggiore e non previsto ricorso alle strutture private. Le eventuali azioni ancora in essere anche nel 2010 dovranno essere annullate entro il termine massimo di settembre, in particolare:

- **RSA:** verifica delle prestazioni erogate ai pazienti anziani ricoverati in RSA private, cui il SSR ha dovuto ricorrere per inagibilità delle strutture pubbliche e delle abitazioni private e cessazione dei contratti in essere con le strutture private per l'erogazione di tali servizi
- **Blocco chirurgico S. Salvatore:** le sale operatorie del S. Salvatore sono state la parte maggiormente danneggiata dal sisma del 6 aprile. La ASL ha quindi provveduto a stipulare un contratto di affitto delle sale operatorie di una struttura privata locale, tale contratto è previsto in scadenza a settembre 2010

Risultati programmati

- previsione del divieto per gli erogatori privati di fatturare prestazioni extra-tetto riconducibili al terremoto (prestazioni per fini puramente sociali, vedi RSA)
- definizione della procedura e del soggetto attuatore dei controlli sulle prestazioni erogate
- ripristino dell'attività del blocco chirurgico del P.O. S. Salvatore e cessazione del contratto di affitto delle sale operatorie di una struttura privata locale

Indicatori di risultato

- avvenuta emanazione di provvedimento per disporre il divieto per gli erogatori privati di fatturare prestazioni extra-tetto riconducibili al terremoto (prestazioni per fini puramente sociali, vedi RSA) entro il termine massimo del 30 settembre 2010
- avvenuta cessazione del contratto di affitto delle sale operatorie di una struttura privata locale, entro il 30 settembre 2010

Azione 3: Ripristino dell'operatività delle strutture danneggiate

Per ripristinare l'operatività delle strutture danneggiate a seguito del terremoto, la Regione sta predisponendo un **“Programma di rimodulazione degli investimenti ex art. 20”** che verrà sottoposto a breve al Ministero della Salute, al fine di ottenere i finanziamenti necessari alla ricostruzione e alla messa in funzione di tali strutture.

Gli obiettivi strategici di questo programma, inseriti nell'ambito di una più ampia strategia di razionalizzazione della rete di offerta di servizi sanitari, riguardano la riqualificazione dei presidi ospedalieri di medie e grandi dimensioni facendo fronte alle situazioni di degrado della struttura e degli impianti ed il completamento e potenziamento della rete di assistenza territoriale che garantisca la continuità assistenziale per pazienti anziani e disabili.

In particolare, la Regione ha individuato, quale priorità d'intervento, la **ricostruzione del P.O. San Salvatore all'Aquila**, per rimediare ai danni, anche gravi, alle mura e agli impianti dei diversi fabbricati, causati dal terremoto del 6 Aprile 2009; e per migliorare la capacità produttiva dell'unico presidio che eroga assistenza ospedaliera per un bacino di utenza non garantito da altre strutture della Regione.

Risultati programmati

- invio del “Programma di rimodulazione degli investimenti ex art. 20” della Regione Abruzzo per valutazione istruttoria al Ministero della Salute (Siveas), entro giugno 2010

Indicatori di risultato

- approvazione da parte del Nucleo di Valutazione degli Investimenti Pubblici dei finanziamenti richiesti dalla Regione Abruzzo per la ricostruire il P.O. San Salvatore all'Aquila, entro settembre 2010

Azione 4: Azioni temporanee di supporto alle popolazioni colpite dal sisma

Come agevolazione alle popolazioni colpite dal sisma, la Regione Abruzzo protrae l'esenzione dal pagamento del ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale e sulla farmaceutica possibilmente fino al 30 settembre 2010.

Risultati programmati

- emanazione provvedimento per la revoca dell'esenzione dal pagamento del ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale e sulla farmaceutica

Indicatori di risultato

- avvenuta emanazione provvedimento per la revoca dell'esenzione dal pagamento del ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale e sulla farmaceutica entro il 30 agosto 2010

Valorizzazione dell'“Intervento 12: Ulteriori difficoltà causate dagli eventi sismici”

Come già riportato nella descrizione dell'intervento, ai costi legati agli interventi descritti che sono riportati in Tabella 17, dovranno essere aggiunti nel momento in cui saranno noti il peggioramento del saldo di mobilità 2009 e le minori entrate fiscali legate al potenziamento del tessuto produttivo della zona colpita dal sisma.

I valori attesi sono stati determinati sulla base di quanto rendicontato già nel 2009 e sulla base della durata attesa dell'azione. In particolare:

- **Entrate Proprie:** minori entrate legate al mantenimento dell'esenzione dal pagamento del ticket per le popolazioni colpite dal sisma fino al 30 settembre 2010 (minori entrate su base mensile attese: **0,6 €mln**)
- **Personale:** mantenimento dei contratti di lavoro temporanei in essere e finalizzati alla gestione delle criticità connesse con le popolazioni sfollate fino al 30 settembre 2010 (maggiori costi su base mensile attesi: **0,3 €mln**)
- **Altri beni e servizi:** sono ricompresi in questa voce:

- interventi di potenziamento delle strutture di front office per la gestione degli sfollati sino al 30 settembre 2010 per 1,2 €/mln (maggiori costi su base mensile attesi: **0,1 €/mln**)
- affitti da parte della ASL di L'Aquila delle sale operatorie di una struttura privata fino al 30 settembre 2010 per 2,1 €/mln (maggiori costi su base mensile attesi: **0,4 €/mln**)
- **Medicina di base:** Potenziamento del servizio di continuità assistenziale da mantenersi fino al 30 settembre 2010 (maggiori costi su base mensile attesi: **0,1 €/mln**)
- **Prestazioni da privato e da pubblico:** i soggetti maggiormente colpiti dal terremoto e dai disagi conseguenti sono stati gli anziani molti dei quali non potendo più essere assistiti in casa sono stati ricoverati in RSA sia pubbliche che private. Tale emergenza è prevista in esaurimento entro il termine massimo di settembre (maggiori costi su base mensile attesi: **0,2 €/mln**).

ALLEGATO 2 - Valorizzazione degli interventi: Metodi

Nota metodologica alla valorizzazione dell'Intervento 6: Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera

La valorizzazione degli interventi di riconversione si basa sulla stima dei costi cessanti, cioè della quota dei costi (così desumibili dai Conto Presidio 2008, nel seguito CP) che le ASL e, di conseguenza, il SSR non dovranno più sostenere per i presidi ospedalieri in oggetto a seguito delle riconversioni.

A tal fine, sono stati presi in esame i CP dei presidi ospedalieri abruzzesi individuati per la riconversione e, per una loro migliore elaborazione e rappresentazione, ne è stata eseguita una riclassificazione secondo quanto indicato nella successiva Tabella 18.

Riclassificazione Conto Presidio		
Ricavi		
Saldo intramoenia		
B.2) Acquisti di servizi	B0470 -	B.2.8) COMPARTECIPAZIONE AL PERSONALE PER ATT. LIBERO-PROF. (INTRAMOENIA)
Costi interni		
Personale		
B.5) Personale del ruolo sanitario	B0800 -	B.5) Personale del ruolo sanitario
B.6) Personale del ruolo professionale	B0810 -	B.6) Personale del ruolo professionale
B.7) Personale del ruolo tecnico	B0820 -	B.7) Personale del ruolo tecnico
B.8) Personale del ruolo amministrativo	B0830 -	B.8) Personale del ruolo amministrativo
Prodotti farmaceutici		
B.1) Acquisti di beni	B0020 -	B.1.a) Prodotti farmaceutici
B.1) Acquisti di beni	B0030 -	B.1.b) Emoderivati e prodotti dietetici
Altri beni e servizi		
Beni		
Altri beni sanitari		
B.1) Acquisti di beni	B0040 -	B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)
B.1) Acquisti di beni	B0050 -	B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici
B.1) Acquisti di beni	B0060 -	B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.
B.1) Acquisti di beni	B0070 -	B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari
B.1) Acquisti di beni	B0080 -	B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi
B.1) Acquisti di beni	B0200 -	B.1.o) Altro
Beni non sanitari		
B.1) Acquisti di beni	B0110 -	B.1.j) Prodotti alimentari
B.1) Acquisti di beni	B0120 -	B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere
B.1) Acquisti di beni	B0130 -	B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti
B.1) Acquisti di beni	B0140 -	B.1.m) Supporti informatici e cancelleria
B.1) Acquisti di beni	B0150 -	B.1.n) Materiale per la manutenzione
Servizi		
Servizi		
Servizi Utenze		
B.2) Acquisti di servizi	B0671 -	B.2.13.a) Utenze
Servizi Appalti		
B.2) Acquisti di servizi	B0691 -	B.2.13.b) Altro
Servizi Appalti (manutenzione)		
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)	B0700 -	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)
Altre componenti di spesa		
Consulenze personale non dipendente sanitario		
B.2) Acquisti di servizi	B0510 -	B.2.10) Consulenze sanitarie e non sanitarie
Altri servizi sanitari		
B.2) Acquisti di servizi	B0540 -	B.2.11) Altri servizi sanitari
Altri servizi non sanitari		
B.2) Acquisti di servizi	B0580 -	B.2.12) Formazione (externalizzata e non)
Godimento beni di terzi		
B.4) Godimento di beni di terzi	B0750 -	B.4) Godimento di beni di terzi
Altri servizi (oneri diversi di gestione)		
B.9) Oneri diversi di gestione	B0840 -	B.9) Oneri diversi di gestione
Ammortamenti		
B.10) + B.12) Ammortamenti delle immobilizzazioni	B0881 -	B.10) + B.12) Ammortamenti delle immobilizzazioni
Oneri straordinari (variazione rimanenze)		
B.14) Variazione delle rimanenze	B0940 -	B.14) Variazione delle rimanenze
Costi esterni		
Prestazioni da privato - ambulatoriale		
B.2) Acquisti di servizi	B0240 -	B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale
Altre prestazioni da privato		
B.2) Acquisti di servizi	B0440 -	B.2.7) per altra assistenza

Tabella 18: Riclassificazione voci di costo da Conto Presidio

Sulla base della precedente riclassificazione, si giunge alla seguente rappresentazione dei dati di costo, così come desumibili da CP 2008 per i presidi oggetto di riconversione²⁶.

²⁶ Si veda nota 13

Conto Presidio 2008 riclassificato - presidi da riconvertire [€/1000]					
Struttura	130006 - P.O. UMBERTO 1° TAGLIACOZZO	130031 - OSPEDALE MARIA SS IMMACOLATA	130004 - P.O. S. RINALDI PESCHINA	130033 - OSPEDALE CIVILE CONSALVI	130037 - OSPEDALE CIVILE GISSI
	presidio ospedaliero (57 pl)	presidio ospedaliero (75 pl)	presidio ospedaliero (49 pl)	presidio ospedaliero (59 pl)	presidio ospedaliero (61 pl)
Ricavi	- 46	- 70	- 77	- 26	- 53
Saldo intramoenia	- 46	- 70	- 77	- 26	- 53
Costi interni	- 10.188	- 13.100	- 8.849	- 10.641	- 10.444
Personale	- 6.654	- 9.491	- 6.364	- 8.211	- 8.386
Prodotti farmaceutici	- 640	- 343	- 334	- 292	- 178
Altri beni e servizi	- 2.641	- 3.186	- 1.970	- 1.878	- 1.600
Beni	- 1.284	- 1.064	- 703	- 793	- 671
Altri beni sanitari	- 1.219	- 1.048	- 575	- 636	- 522
Beni non sanitari	- 65	- 16	- 128	- 157	- 149
Servizi	- 1.095	- 2.079	- 1.053	- 578	- 545
Servizi Appalti	- 568	- 981	- 452	- 156	- 214
Servizi Appalti (manutenzione)	- 242	- 938	- 193	- 227	- 74
Servizi Utenze	- 269	- 139	- 387	- 124	- 190
Altre componenti di spesa	- 16	- 21	- 21	- 71	- 67
Godimento beni di terzi	- 188	- 42	- 110	- 210	- 80
Altri servizi (oneri diversi di gestione)	- 74	- 1	- 104	- 297	- 304
Ammortamenti	- 253	- 35	- 181	- 293	- 276
Oneri straordinari (variazione rimanenze)	- -	- 45	- -	- 33	- 4
Costi esterni	- -	- -	- 1	- 4	- 1
Prestazioni da privato - ambulatoriale	- -	- -	- 1	- 4	- -
Altre prestazioni da privato	- -	- -	- -	- -	- 1
Totale CP 2008	- 10.234	- 13.170	- 8.927	- 10.671	- 10.498

Tabella 19: Conto Presidio 2008 riclassificato dei presidi da riconvertire (fonte: Regione Abruzzo)²⁷

Per poter pervenire alla stima dei costi cessanti, è stata introdotta la seguente distinzione tra i fattori produttivi per tenere conto della diversa variabilità dei livelli di impiego al variare dei volumi di attività delle strutture:

- personale, per cui sussistono vincoli contrattuali-normativi che consentono di realizzare le economie delle eventuali unità in esubero solo seguendo la cadenza del *turn-over*. Si consideri, tuttavia, che la corretta stima del fabbisogno di personale per le strutture oggetto di riconversione permette di individuare quelle unità di personale potenzialmente in esubero; definisce, così, un “serbatoio” di unità in esubero che permette di sfruttare gli effetti del *turn-over* non solo a

²⁷ Ai fini delle analisi sono state considerate le soli voci di costo classificate come “Costi interni”, cioè le nature di costo dei fattori produttivi impiegati per l'erogazione delle prestazioni.

livello locale, ma anche regionale rendendo disponibili ai servizi sotto-dimensionati personale che già opera all'interno del SSR;

- fattori produttivi associati a costi variabili, il cui assorbimento si ritiene possa variare “proporzionalmente” a seconda dei livelli di attività delle strutture e in funzione della tipologia di assistenza erogata e per cui, stante l'assenza di vincoli contrattuali-normativi, i risparmi risultano realizzabili già dal primo anno;
- altri fattori produttivi associati a costi fissi che, in quanto tali, non subiscono variazioni a seconda dei livelli di attività delle strutture e in funzione della tipologia di assistenza erogata (per esempio, gli ammortamenti²⁸ e altre voci di manutenzione).

Di conseguenza, per il **personale**, è stato valutato lo scostamento tra dotazione di personale (come da Conto Annuale 2009 “Tabella 1C” – fonte: Regione Abruzzo) e fabbisogno di personale per ciascuna struttura attraverso l'implementazione di un modello gestionale *ad hoc* per il PTA. Gli eventuali risparmi connessi alla riconversione, come illustrato, rientrano nelle economie stimate nell'ambito degli effetti economici legati alla manovra sul personale.

Nel dettaglio, per quanto riguarda il PTA è previsto un fabbisogno complessivo di personale pari a 30 unità (Tabella 20).

Modello gestionale -PTA	
	Fabbisogno
Personale Sanitario	21
Medici	5
Altro medici	-
Sanitari non medici	-
Infermieri	16
Tecnici	-
Riabilitatori	-
Altro	-
Personale Tecnico	2
Comparto	2
Personale Amministrativo	7
Comparto	7
Personale Professionale	-
Comparto	-
Totale complessivo	30

Tabella 20: Fabbisogno di personale per Presidio Territoriale H24

Dall'applicazione del modello gestionale ai presidi oggetto di riconversione e dal confronto tra fabbisogno individuato e dotazione del personale (così come desumibile da “Tabella 1C” Conto Annuale 2009), è possibile individuare il numero di unità di personale potenzialmente riallocabile su altri servizi sottodimensionati²⁹.

²⁸ Per questi costi, tipicamente legati ad investimenti strutturali e in tecnologia, occorrerà effettuare delle analisi *ad hoc* in sede di implementazione degli interventi di adeguamento, così come previsti in “Azione 6”.

²⁹ Analogamente a quanto si verifica per i dati economici, non sono disponibili i dati di Conto Annuale (2009) per la struttura “San Valentino”.

Personale disponibile da riconversione						
	130006 - P.O. UMBERTO 1° TAGLIACCOZZO	130031 - OSPEDALE MARIA SS IMMACOLATA	130004 - P.O. S. RINALDI PESCHINA	130033 - OSPEDALE CIVILE CONSALVI	130037 - OSPEDALE CIVILE GISSI	Totale
Personale Sanitario	91	112	69	89	90	451
Medici	21	28	17	20	21	107
Altro medici	0	1	0	0	0	1
Sanitari non medici	2	2	0	0	1	5
Infermieri	45	68	37	56	54	260
Tecnici	10	10	9	5	7	41
Riabilitatori	13	3	6	8	6	36
Altro	0	0	0	0	1	1
Personale Tecnico	20	37	30	46	62	195
Comparto	20	37	30	46	62	195
Personale Amministrativo	0	8	(1)	0	(1)	6
Comparto	0	8	(1)	0	(1)	6
Personale Professionale	0	10	0	0	0	10
Comparto	0	10	0	0	0	10
Totale complessivo	111	167	98	135	151	662

Tabella 21: Scostamento tra dotazione e fabbisogno di personale – presidi da riconvertire

Per quanto riguarda gli **altri costi**, la successiva tabella riporta le ipotesi formulate. Come si osserva in Tabella 22:

- per i costi individuati come fissi, è stato mantenuto un valore in linea con quello storicamente osservato al netto (eventualmente) di alcuni abbattimenti percentuali;
- per i costi definiti come variabili, invece, non essendo disponibili *benchmark* consolidati sulla realtà gestionale del PTA sono state elaborate delle stime a partire da valori di *benchmark* disponibili per altre tipologie di assistenza:
 - sono stati individuati dei parametri di assorbimento delle risorse;
 - in seguito ad analisi di *benchmarking*, sono stati calcolati i costi *standard* unitari per unità di parametro.

In particolare, nell'ambito dei parametri di assorbimento (di cui in Tabella 22):

- per quanto riguarda i fattori produttivi variabili che in altre realtà assistenziali dipendono dal volume delle giornate di degenza, è stato ipotizzato che un consumo giornaliero nel PTA analogo ai fattori produttivi variabili richiesti in altre strutture per l'erogazione di una giornata di degenza;
- il personale (sanitario e non) è stato derivato dall'applicazione del modello gestionale precedentemente descritto;
- è stata ipotizzata una metratura pari a 1.000 mq da destinare alla attività del PTA.

Parametri di assorbimento dei fattori produttivi - escluso il personale	
Natura	Parametro di assorbimento
Beni sanitari	Giornate di degenza
Beni non sanitari	Giornate di degenza
Prodotti farmaceutici	Giornate di degenza
Servizi Appalti	
Lavanderia degenze	N.A.
Lavanderia dipendenti (sanitari)	Personale Sanitario
Pulizia	Metri quadrati
Mensa degenti	N.A.
Mensa dipendenti	Personale * gg lavorate
Riscaldamento	Metri quadrati
Elaborazione dati	In carico alla ASL
Servizi trasporti (non sanitari)	In carico alla ASL
Smaltimento rifiuti	Metri quadrati
Servizi Utenze	
Utenze telefoniche	Personale
Utenze elettricità	Metri quadrati
Servizi Appalti (manutenzione)	% Valore old
Ammortamenti	% Valori old
Voci residue	% Valori old

Tabella 22: Parametri di assorbimento dei fattori produttivi

Sulla base delle ipotesi fino a qui illustrate, è ricostruito il conto economico prospettico riclassificato dei presidi riconvertiti. In tal modo, risulta possibile valutare lo scostamento tra i costi storicamente registrati (come da CP 2008) e la nuova struttura dei costi a valle della riconversione. Stante la limitata efficacia temporale del Programma Operativo 2010, i potenziali risparmi per l'anno 2010 sono individuati come frazione dell'annualità, in proporzione al numero di mensilità 2010 per cui verrà attivato il PTA e non includono i risparmi sul costo del personale (realizzabili solo al tasso del *turn-over* sulla base di quanto previsto dalla manovra sul personale).

In sintesi, a valle della riconversione

- la struttura dei costi del Presidio “Umberto I” di Tagliacozzo (per cui è prevista la riconversione entro il 30 Settembre 2010) vedrà, nel lungo termine, una riduzione di circa 8,5 €/mln (di cui 5,5 sul personale), mentre per il 2010 potrà essere realizzata una manovra pari a circa 3/12 del risparmio potenziale e pertanto nell'intorno di 0,75 €/mln (Tabella 23);

130006 - P.O. UMBERTO 1° TAGLIACOZZO [€/1000]						
Nature	CP 2008	"CP" post-riconversione	Delta	Delta %	Manovra 2010	
Costi interni	10.188	1.675	8.513	-84%	753	
Personale	6.654	1.155	5.499	-83%	Turn-over	
Prodotti farmaceutici	640	0	640	-100%	160	
Altri beni e servizi	2.641	267	2.374	-90%	593	
Beni	1.284	1	1.283	-100%	321	
Altri beni sanitari	1.219	0	1.219	-100%	305	
Beni non sanitari	65	1	64	-99%	16	
Servizi	1.095	266	829	-76%	207	
Servizi Appalti	568	78	490	-86%	123	
Servizi Appalti (manutenzione)	242	169	73	-30%	18	
Servizi Utenze	269	19	250	-93%	62	
Altre componenti di spesa	16	-	16	-100%	4	
Consulenze personale non dipendente sanitario	8	-	8	-100%	2	
Altri servizi sanitari	8	-	8	-100%	2	
Altri servizi non sanitari	-	-	-	-	-	
Godimento beni di terzi	188	-	188	-100%	47	
Altri servizi (oneri diversi di gestione)	74	-	74	-100%	19	
Ammortamenti	253	253	-	0%	-	
Oneri straordinari (variazione rimanenze)	-	-	-	-	-	

Tabella 23: Manovra 2010 su riconversioni – dettaglio presidio ospedaliero “Umberto I” di Tagliacozzo³⁰

A valle della riconversione, per quanto riguarda lo scostamento tra dotazione di personale attuale e il fabbisogno futuro si verificherà quanto illustrato in Tabella 24.

³⁰ Ai fini delle analisi sono state considerate le soli voci di costo classificate come “Costi interni”, cioè le nature di costo dei fattori produttivi impiegati per l'erogazione delle prestazioni.

Personale disponibile da riconversione			
130006 - P.O. UMBERTO 1° TAGLIACOZZO	Dotazione	Fabbisogno	Delta
Personale Sanitario	112	21	91
Medici	26	5	21
Altro medici	0	-	0
Sanitari non medici	2	-	2
Infermieri	61	16	45
Tecnici	10	-	10
Riabilitatori	13	-	13
Altro	0	-	0
Personale Tecnico	22	2	20
Comparto	22	2	20
Personale Amministrativo	7	7	0
Comparto	7	7	0
Personale Professionale	0	0	0
Comparto	0	-	0
Totale complessivo	141	30	111

Tabella 24: Scostamento tra dotazione e fabbisogno di personale – dettaglio presidio ospedaliero “Umberto I” di Tagliacozzo

- la struttura dei costi del presidio “SS Immacolata” di Guardiagrele vedrà, nel lungo termine, una riduzione di circa 11,1 €/mln (di cui 8,3 sul personale), ma tale risparmio non si concretizza come manovra per il 2010 poiché la riconversione è attesa entro il 31 Dicembre 2010 (Tabella 25);

130031 - OSPEDALE MARIA SS IMMACOLATA		[€/1000]			
Nature	CP 2008	"CP" post-riconversione	Delta	Delta %	Manovra 2010
Costi interni	- 13.100	- 1.945	11.155	-85%	-
Personale	- 9.491	- 1.155	8.336	-88%	Turn-over
Prodotti farmaceutici	- 343	- 0	343	-100%	-
Altri beni e servizi	- 3.186	- 755	2.431	-76%	-
Beni	- 1.064	- 1	1.063	-100%	-
Altri beni sanitari	- 1.048	- 0	1.048	-100%	-
Beni non sanitari	- 16	- 1	15	-95%	-
Servizi	- 2.079	- 754	1.325	-64%	-
Servizi Appalti	- 981	- 78	903	-92%	-
Servizi Appalti (manutenzione)	- 938	- 657	281	-30%	-
Servizi Utenze	- 139	- 19	120	-86%	-
Altre componenti di spesa	- 21	-	21	-100%	-
Consulenze personale non dipendente sanitario	- 3	-	3	-100%	-
Altri servizi sanitari	-	-	-	-	-
Altri servizi non sanitari	- 8	-	8	-100%	-
Godimento beni di terzi	- 42	-	42	-100%	-
Altri servizi (oneri diversi di gestione)	- 1	-	1	-100%	-
Ammortamenti	- 35	- 35	-	0%	-
Oneri straordinari (variazione rimanenze)	- 45	-	45	-100%	-

Tabella 25: Manovra 2010 su riconversioni – dettaglio presidio ospedaliero “SS.Immacolata” di Guardiagrele

Nel 2011, a valle della riconversione, per quanto riguarda lo scostamento tra dotazione di personale attuale e il fabbisogno futuro si verificherà quanto illustrato in Tabella 26.

Personale disponibile da riconversione			
130031 - OSPEDALE MARIA SS IMMACOLATA	Dotazione	Fabbisogno	Delta
Personale Sanitario	133	21	112
Medici	33	5	28
Altro medici	1	-	1
Sanitari non medici	2	-	2
Infermieri	84	16	68
Tecnici	10	-	10
Riabilitatori	3	-	3
Altro	0	-	0
Personale Tecnico	39	2	37
Comparto	39	2	37
Personale Amministrativo	15	7	8
Comparto	15	7	8
Personale Professionale	10	0	10
Comparto	10	-	10
Totale complessivo	197	30	167

Tabella 26: Scostamento tra dotazione e fabbisogno di personale – dettaglio presidio ospedaliero “SS. Immacolata” di Guardiagrele

- la struttura dei costi del presidio “S. Rinaldi” di Pescara vedrà, nel lungo termine, una riduzione di circa 7,3 €/mln (di cui 5,2 sul personale), mentre per il 2010, essendo prevista la data del 31 Agosto 2010 come termine ultimo per la riconversione, potrà essere realizzata una manovra pari 4/12 del risparmio annuale atteso per circa 0,7 €/mln (Tabella 27).

130004 - P.O. S. RINALDI PESCINA		[€/1000]					
Nature		CP 2008	"CP" post-riconversione	Delta	Delta %	Manovra 2010	
Costi interni	-	8.849	-	1.569	7.280	-82%	690
Personale	-	6.364	-	1.155	5.209	-82%	Turn-over
Prodotti farmaceutici	-	334	-	0	334	-100%	111
Altri beni e servizi	-	1.970	-	233	1.737	-88%	579
Beni	-	703	-	1	702	-100%	234
Altri beni sanitari	-	575	-	0	575	-100%	192
Beni non sanitari	-	128	-	1	127	-99%	42
Servizi	-	1.053	-	232	821	-78%	274
Servizi Appalti	-	452	-	78	374	-83%	125
Servizi Appalti (manutenzione)	-	193	-	135	58	-30%	19
Servizi Utenze	-	387	-	19	368	-95%	123
Altre componenti di spesa	-	21	-	-	21	-100%	7
Consulenze personale non dipendente sanitario	-	8	-	-	8	-100%	3
Altri servizi sanitari	-	8	-	-	8	-100%	3
Altri servizi non sanitari	-	5	-	-	5	-100%	2
Godimento beni di terzi	-	110	-	-	110	-100%	37
Altri servizi (oneri diversi di gestione)	-	104	-	-	104	-100%	35
Ammortamenti	-	181	-	181	-	0%	-
Oneri straordinari (variazione rimanenze)	-	-	-	-	-	-	-

Tabella 27: Manovra 2010 su riconversioni – dettaglio presidio ospedaliero “S. Rinaldi” di Pescara

Nel seguito, si evidenzia lo scostamento che si registrerà tra dotazione e fabbisogno di personale a valle delle riconversioni (Tabella 28). Nel dettaglio, la riconversione renderà disponibile al SSR 99 unità di personale, ma richiederà il trasferimento presso la struttura di 1 unità di personale amministrativo.

Personale disponibile da riconversione			
130004 - P.O. S. RINALDI PESCHINA	Dotazione	Fabbisogno	Delta
Personale Sanitario	90	21	69
Medici	22	5	17
Altro medici	0	-	0
Sanitari non medici	0	-	0
Infermieri	53	16	37
Tecnici	9	-	9
Riabilitatori	6	-	6
Altro	0	-	0
Personale Tecnico	32	2	30
Comparto	32	2	30
Personale Amministrativo	6	7	(-1)
Comparto	6	7	(-1)
Personale Professionale	0	0	0
Comparto	0	-	0
Totale complessivo	128	30	98

Tabella 28: Scostamento tra dotazione e fabbisogno di personale – dettaglio presidio ospedaliero “S. Rinaldi” di Pescina

- la struttura dei costi del presidio “Consalvi” di Casoli vedrà, nel lungo termine, una riduzione di circa 8,9 €/mln (di cui 7 €/mln sul personale), mentre per il 2010, essendo prevista la data del 31 Agosto 2010 come termine ultimo per la riconversione, potrà essere realizzata una manovra pari 4/12 del risparmio annuale atteso per circa 0,6 €/mln (Tabella 27).

130033 - OSPEDALE CIVILE CONSALVI [€/1000]					
Nature	CP 2008	"CP" post-riconversione	Delta	Delta %	Manovra 2010
Costi interni	10.641	1.705	8.936	-84%	627
Personale	8.211	1.155	7.056	-86%	Turn-over
Prodotti farmaceutici	292	0	292	-100%	97
Altri beni e servizi	1.878	257	1.621	-86%	540
Beni	793	1	792	-100%	264
Altri beni sanitari	636	0	636	-100%	212
Beni non sanitari	157	1	156	-100%	52
Servizi	578	256	322	-56%	107
Servizi Appalti	156	78	78	-50%	26
Servizi Appalti (manutenzione)	227	159	68	-30%	23
Servizi Utenze	124	19	105	-84%	35
Altre componenti di spesa	71	-	71	-100%	24
Consulenze personale non dipendente sanitario	-	-	-	-	-
Altri servizi sanitari	71	-	71	-100%	24
Altri servizi non sanitari	-	-	-	-	-
Godimento beni di terzi	210	-	210	-100%	70
Altri servizi (oneri diversi di gestione)	297	-	297	-100%	99
Ammortamenti	293	293	-	0%	-
Oneri straordinari (variazione rimanenze)	33	-	33	-100%	11

Tabella 29: Manovra 2010 su riconversioni – dettaglio presidio ospedaliero “Consalvi” di Casoli

Nel seguito, si evidenzia lo scostamento che si registrerà tra dotazione e fabbisogno di personale a valle delle riconversioni (Tabella 28).

Personale disponibile da riconversione			
130033 - OSPEDALE CIVILE CONSALVI	Dotazione	Fabbisogno	Delta
Personale Sanitario	110	21	89
Medici	25	5	20
Altro medici	0	-	0
Sanitari non medici	0	-	0
Infermieri	72	16	56
Tecnici	5	-	5
Riabilitatori	8	-	8
Altro	0	-	0
Personale Tecnico	48	2	46
Comparto	48	2	46
Personale Amministrativo	7	7	0
Comparto	7	7	0
Personale Professionale	0	0	0
Comparto	0	-	0
Totale complessivo	165	30	135

Tabella 30: Scostamento tra dotazione e fabbisogno di personale – dettaglio presidio ospedaliero “Consalvi” di Casoli

- la struttura dei costi del presidio di Gissi vedrà, nel lungo termine, una riduzione di circa 8,8 €/mln (di cui 7,2 €/mln sul personale), mentre per il 2010, essendo prevista la data del 31 Agosto 2010 come termine ultimo per la riconversione, potrà essere realizzato una manovra pari 4/12 del risparmio annuale atteso per circa 0,55 €/mln (Tabella 27).

130037 - OSPEDALE CIVILE GISSI		[€/1000]				
Nature		CP 2008	"CP" post-riconversione	Delta	Delta %	Manovra 2010
Costi interni	-	10.444	- 1.581	8.863	-85%	544
Personale	-	8.386	- 1.155	7.231	-86%	Turn-over
Prodotti farmaceutici	-	178	- 0	178	-100%	59
Altri beni e servizi	-	1.600	- 150	1.450	-91%	483
Beni	-	671	- 1	670	-100%	223
Altri beni sanitari	-	522	- 0	522	-100%	174
Beni non sanitari	-	149	- 1	148	-100%	49
Servizi	-	545	- 149	396	-73%	132
Servizi Appalti	-	214	- 78	136	-64%	45
Servizi Appalti (manutenzione)	-	74	- 52	22	-30%	7
Servizi Utenze	-	190	- 19	171	-90%	57
Altre componenti di spesa	-	67	- -	67	-100%	22
Consulenze personale non dipendente sanitario	-	10	- -	10	-100%	3
Altri servizi sanitari	-	56	- -	56	-100%	19
Altri servizi non sanitari	-	1	- -	1	-100%	0
Godimento beni di terzi	-	80	- -	80	-100%	27
Altri servizi (oneri diversi di gestione)	-	304	- -	304	-100%	101
Ammortamenti	-	276	- 276	-	0%	-
Oneri straordinari (variazione rimanenze)	-	4	- -	4	-100%	1

Tabella 31: Manovra 2010 su riconversioni – dettaglio presidio ospedaliero di Gissi

Nel seguito, si evidenzia lo scostamento che si registrerà tra dotazione e fabbisogno di personale a valle delle riconversioni (Tabella 28). In questo caso, la riconversione metterà a disposizione del SSR 152 unità di personale, ma presso la struttura dovranno essere trasferiti 1 amministrativo.

Personale disponibile da riconversione			
130037 - OSPEDALE CIVILE GISSI	Dotazione	Fabbisogno	Delta
Personale Sanitario	111	21	90
Medici	26	5	21
Altro medici	0	-	0
Sanitari non medici	1	-	1
Infermieri	70	16	54
Tecnici	7	-	7
Riabilitatori	6	-	6
Altro	1	-	1
Personale Tecnico	64	2	62
Comparto	64 	2	62
Personale Amministrativo	6	7	(-1)
Comparto	6 	7	(-1)
Personale Professionale	0	0	0
Comparto	0	-	0
Totale complessivo	181	30	151

Tabella 32: Scostamento tra dotazione e fabbisogno di personale – dettaglio presidio ospedaliero di Gissi

Infine, la carenza di dati strutturati e sistemici per quanto riguarda il presidio di riabilitazione “San Valentino” non consente di effettuare analoghe stime per tale struttura.

Nota metodologica alla valorizzazione dell'Intervento 11: Razionalizzazione della spesa farmaceutica – Azione 1

Tra le politiche di contenimento della spesa farmaceutica, rientrano le azioni finalizzate al mantenimento dei comportamenti prescrittivi - in base alle evidenze storiche disponibili e per categorie terapeutiche predefinite - dei principi attivi prescritti in passato anche successivamente alla perdita del brevetto di specifici prodotti.

A questo proposito è stato costruito un indicatore che tiene conto dei volumi prescritti di farmaco generico costruito considerando sia i volumi storici, espressi in DDD³¹ (*dosi definite die*), sia i volumi di prescrizione attesi in ragione dei prodotti per i quali è prevista la scadenza nel corso dell'esercizio oggetto di programmazione e immaginando sul consumo dei principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza, un riallineamento dei comportamenti verso le performance di eccellenza costituite dalla ASL *best-in-class* per ogni specifica categoria terapeutica.

Il lavoro sopra brevemente descritto si è articolato in 3 fasi:

- individuazione delle categorie terapeutiche oggetto del monitoraggio in base al volume di prescrizioni registrate per l'anno 2009 e alla scadenza brevettuale dei principi attivi in esse contenute (Allegati - Tabella 36);
- individuazione dei principi attivi con brevetto scaduto fino a dicembre 2009 e in scadenza nell'anno 2010, contenuti all'interno delle categorie terapeutiche di cui al punto precedente (Allegati - Tabella 37);
- simulazione del risparmio atteso nel 2010 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto o in scadenza nel 2010 per le categorie oggetto di monitoraggio che misura la diminuzione teorica di spesa netta sotto l'ipotesi che tutte le ASL raggiungano i livelli della ASL *best-in-class* nel II semestre 2010 (Tabella 35).

Si riporta l'incidenza percentuale del consumo (DDD) di principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza all'interno delle categorie terapeutiche oggetto di monitoraggio calcolata per ASL nell'anno 2009 come valore di riferimento per la definizione dei livelli di prescrizione di farmaco generico e per l'individuazione della ASL *best-in-class* (ASL con la % farmaci equivalenti maggiore) per ciascuna categoria terapeutica (Tabella 33).

Fonti dati

Per quanto riguarda le analisi che hanno prodotto il calcolo del risparmio ipotizzato in seguito allo spostamento delle prescrizioni verso specialità equivalenti nel secondo semestre dell'anno 2010, è stato necessario il *record linkage* tra le seguenti banche dati:

- **consumi SFERA** anno 2009 delle ASL della Regione Abruzzo disaggregati per mese e specialità in termini di n. confezioni, spesa netta e spesa lorda;
- **anagrafe farmaci OsMed** utilizzata per il calcolo delle DDD (Dosi Definite Die) ossia di un valore standardizzato del numero di giornate di terapia relative alla singola specialità medicinale;
- **liste AIFA farmaci equivalenti** a partire da dicembre 2001 (scaricabili dal sito AIFA);
- **lista dei certificati complementari di protezione** (CCP) (legge n. 31 del 28 febbraio 2008) disponibili nel sito del Ministero della Salute.

Metodi e risultati

La percentuale di farmaci equivalenti sul totale dei farmaci della categoria terapeutica (% FE= % farmaci equivalenti) è calcolata nel seguente modo:

³¹ Le DDD (Dosi Definite Die) pubblicate dal WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology di Oslo, rappresentano la dose di mantenimento per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza (si tratta quindi di una unità standard e non della dose raccomandata per il singolo paziente).

- numeratore: totale delle giornate di terapia di farmaci i cui principi attivi hanno perso / perderanno il brevetto fino a novembre 2010;
- denominatore: totale delle giornate di terapia della categoria terapeutica a cui appartengono i principi attivi al numeratore.

Il calcolo dell'incidenza percentuale dei principi attivi che hanno perso il brevetto sul totale della categoria terapeutica è stato effettuato, visto che nelle liste AIFA vi sono le specialità con un corrispondente generico che non necessariamente coprono tutte le specialità relative ad un determinato principio attivo (ve ne sono alcune che, in termini di dosaggio e forma, non hanno corrispondente generico e quindi non sono contenute nelle liste AIFA), accodando le specialità delle liste AIFA a partire dal 2001 (circa una lista- mese per un totale di 90 liste); di conseguenza è stato possibile risalire ai principi attivi e alla data in cui la prima specialità con corrispondente generico è stata inserita nella lista AIFA prendendo quella come data di scadenza brevettuale del principio attivo (in realtà è la data in cui è stata immessa in commercio la prima specialità con corrispondente generico relativamente al principio attivo considerato). Questo è stato necessario in quanto vi sono stati alcuni principi attivi per cui i CCP riportavano la scadenza ad una data, ma l'immissione in commercio di specialità equivalenti è stata successiva – ad esempio la fluvastatina riportava la scadenza ad agosto 2008, ma le specialità equivalenti sono entrate in commercio soltanto nei primi mesi del 2009. Non si possono dunque considerare nel calcolo degli obiettivi principi attivi scaduti in base alle date di scadenza registrate dall'ufficio brevetti se, di fatto, non vi è una contemporanea produzione di farmaci equivalenti che determina un corrispondente abbassamento del prezzo.

Incidenza percentuale nell'anno 2009 di principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza per categorie terapeutiche								
Categorie terapeutiche	% FE - Incidenza Farmaci Equivalenti							
	ABRUZZO	Avezzano - Sulmona	Chieti	Lanciano- Vasto	L'Aquila	Pescara	Teramo	ITALIA
1 - IPP	83,9%	82,6%	79,2%	84,0%	91,3%	81,8%	88,4%	83,0%
2 - Antiipertensivi_1	90,0%	88,8%	89,5%	90,4%	90,7%	91,0%	89,7%	92,0%
3 - Antiipertensivi_2	11,7%	13,1%	9,5%	8,9%	9,8%	13,9%	12,4%	14,0%
4 - Statine	35,7%	37,4%	32,2%	35,9%	28,0%	35,9%	38,0%	36,0%
5 - Bifosfonati	28,6%	25,0%	31,3%	31,1%	29,6%	27,8%	27,5%	33,0%
6 - Antiepilettici	46,9%	44,0%	48,4%	46,9%	46,8%	48,5%	46,5%	49,0%
7 - Antipsicotici atipici	23,7%	21,2%	24,9%	27,1%	26,3%	24,4%	21,5%	20,0%
8 - Antidepressivi	73,2%	70,6%	76,9%	75,9%	68,2%	71,6%	73,7%	73,0%
9 - Antibiotici	60,2%	59,3%	58,5%	59,9%	65,3%	59,0%	62,7%	59,0%
10 - Antinfiammatori - cortisonici inal.	89,8%	87,7%	91,0%	90,4%	89,8%	89,7%	90,1%	89,0%
11 - Broncodilatatori	85,0%	86,6%	79,1%	85,3%	86,6%	82,0%	89,4%	87,0%
TOTALE CATEGORIE	65,9%	64,6%	64,9%	65,3%	65,6%	66,0%	67,7%	67,0%

Tabella 33: Incidenza percentuale nel 2009 del consumo (DDD) di principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza all'interno delle categorie terapeutiche oggetto di monitoraggio.³²

Utilizzando il numero di giornate di terapia per specialità è stato possibile costruire il prezzo medio ponderato (PMP) per giornata di terapia e applicarlo al numero di giornate di terapia per effettuare le simulazioni.

I prezzi a livello di una singola specialità sono ottenuti come rapporto tra i valori di spesa (in euro) e le quantità vendute in termini di DDD.

A partire dai prezzi a livello di singola specialità sono stati calcolati per ogni mese i prezzi medi ponderati (PMP), dove i pesi sono costituiti dal numero delle DDD, secondo la seguente formula:

³² In Tabella 33:

- sono evidenziate in azzurro le ASL *best in class*;
- la categoria "Antiipertensivi_1" si riferisce a ace inibitori (da soli e in ass), calcio antagonisti e beta bloccanti
- la categoria "Antiipertensivi_2" riguarda i sartani (da soli e in ass)

$$PMP_i = \frac{\sum_{j=1}^n p_j q_j}{\sum_{j=1}^n q_j}$$

dove:

n = è il numero delle specialità in commercio nel mese i

p_j = è il prezzo di una DDD della specialità j nel mese i

q_j = è il numero delle DDD della specialità j vendute nel mese i

Una volta calcolato, all'interno di ogni categoria terapeutica, il PMP relativo all'insieme dei principi attivi a brevetto scaduto o in scadenza e il PMP relativo al loro insieme complementare, è stata calcolata la spesa netta che si sarebbe avuta se la % FE fosse stata, per l'intera Regione, quella della ASL con la % FE maggiore (ASL *best-in-class*) moltiplicando il PMP calcolato sulla spesa netta al numero di DDD ottenute simulando, per i due sottoinsiemi della categoria terapeutica, la % FE della ASL *best-in-class*.

Si riporta di seguito un esempio sulla categoria degli inibitori di pompa protonica:

Dettaglio simulazione allineamento %FE ASL <i>best-in-class</i>						
	Spesa netta 2009 [€]	DDD totali 2009	PMP	% FE best- in-class	Spesa netta attesa ⁽¹⁾ [€]	Risparmio II semestre ⁽²⁾ [€]
Inibitori della pompa protonica	16.091.210,22	24.174.847			14.701.044	695.083
PA monitoraggio 2010	10.964.204,30	20.276.994	0,54	91,3%	11.934.605	
Altro	5.127.005,92	3.897.855	1,32	8,7%	2.766.439	

Tabella 34: Dettaglio simulazione del risparmio atteso nel 2010 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con PA scaduto o in scadenza

dove:

(1) valore teorico che serve da punto di partenza per il calcolo del risparmio ed esprime la spesa attesa se tutte le ASL, e dunque l'intera Regione, avessero già raggiunto – dal 1 gennaio 2010 - la percentuale della ASL *best-in-class* e avessero mantenuto costanti i loro consumi rispetto al 2009.

(2) risparmio teorico sotto l'ipotesi che tutte le ASL raggiungano i livelli della ASL *best-in-class* nel II semestre.

Utilizzando i dati riportati nelle seguenti tabelle è possibile calcolare l'impatto, per l'anno 2010, di un eventuale spostamento delle prescrizioni verso farmaci equivalenti. Come è noto, nell'anno 2008 e 2009, la Regione Abruzzo si è dotata di uno strumento di valutazione delle performance delle ASL (*Balanced Scorecard*). Tra i vari obiettivi assegnati alle ASL, vi è stato anche l'aumento delle prescrizioni di farmaco genericato sul totale per categoria terapeutica. Analizzando il consuntivo 2009, è stato evidenziato come il richiesto processo di spostamento delle prescrizioni verso farmaci equivalenti sia stato minimo in mancanza di specifici fattori che ne incentivassero l'uso, ovvero in assenza di accordi negoziati con i MMG che prevedessero, ad esempio, strumenti quali l'implementazione di sistemi di reportistica condivisa. Si ritiene, pertanto, prudenzialmente di abbattere del 10% il risparmio ipotizzato per il II semestre 2010 per tenere conto del rischio associato all'ipotesi di allineamento di tutte le ASL al valore della *best-in-class*.

A fronte del metodo applicato, è stata stimata una manovra sulla farmaceutica convenzionata pari a **4,3 € mln** da realizzare nel II semestre 2010.

Intervento 11 - Economie attese da spostamento prescrizioni verso specialità con PA scaduto [€]					
	Spesa netta 2009	DDD totali 2009	%best-in-class	Risparmio teorico II sem 2010	Risparmio II sem 2010
Inibitori della pompa protonica	16.091.210,22	24.174.847		579.236	521.312
PA Monitoraggio 2010	10.964.204,30	20.276.994	91,3		
Altro	5.127.005,92	3.897.855	8,7		
Antipertensivi 1	29.068.224,76	102.262.441		404.113	363.701
PA Monitoraggio 2010	23.956.021,16	92.045.625	91,0		
Altro	5.112.203,60	10.216.819	9,0		
Sartani	25.752.515,23	38.470.745		2.969.243	2.672.319
PA Monitoraggio 2010	3.778.602,79	4.508.365	13,9		
Altro	21.973.912,44	33.962.381	86,1		
Statine	20.510.142,59	21.455.723		152.138	136.925
PA Monitoraggio 2010	3.640.669,35	7.665.226	38,0		
Altro	16.869.473,24	13.790.493	62,0		
Bifosfonati	6.702.537,99	6.875.111		28.429	25.586
PA Monitoraggio 2010	1.394.059,57	1.969.659	31,3		
Altro	5.308.478,42	4.905.449	68,7		
Antiepilettici	8.095.869,45	5.720.127		365.606	329.045
PA Monitoraggio 2010	4.441.984,67	2.683.675	48,5		
Altro	3.653.884,78	3.036.453	51,5		
Antipsicotici atipici	7.668.630,49	2.022.425		67.353	60.618
PA Monitoraggio 2010	958.596,40	479.230	27,1		
Altro	6.710.034,09	1.543.196	72,9		
Antidepressivi	8.712.228,13	15.930.527		152.989	137.690
PA Monitoraggio 2010	4.426.040,93	11.662.977	76,9		
Altro	4.286.187,20	4.267.551	23,1		
Antibiotici	15.973.639,57	5.932.361		121.163	109.047
PA Monitoraggio 2010	8.248.055,21	3.572.465	65,3		
Altro	7.725.584,36	2.359.897	34,7		
Antinfiammatori cortisonici inal.	4.035.142,87	6.242.049		5.599	5.040
PA Monitoraggio 2010	3.416.547,78	5.605.760	90,4		
Altro	618.595,09	636.288	9,6		
Broncodilatatori	1.334.586,11	2.386.062		9.939	8.945
PA Monitoraggio 2010	1.065.316,47	2.028.861	89,4		
Altro	269.269,64	357.202	10,6		
TOTALE CATEGORIE MONITORAGGIO	143.944.727,41	231.472.418		4.855.809	4.370.228

Tabella 35: Simulazione del risparmio atteso nel 2010 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto o in scadenza nel 2010 per le categorie oggetto di monitoraggio

Allegati

Gruppo	Categoria terapeutica	ATC
Inibitori di pompa		A02BC
Antipertensivi	Beta bloccanti	C07A
	Calcio-antagonisti	C08CA
	Ace inibitori non associati	C09AA
	Ace inibitori associati con diuretici	C09BA
Sartani da soli e in ass.	Angio II antag.	C09CA
	Angio II antag. e diuretici	C09DA
Statine		C10AA, C10BA
Bifosfonati		M05BA, M05BB
Antiepilettici		N03
Antipsicotici atipici		N05AH, N05AX
Antidepressivi	Inibitori selettivi della serotonina	N06AB
	Altri antidepressivi	N06AX
Antibiotici	Cefalosporine	J01D
	Macrolidi	J01FA
	Chinoloni	J01M
Antinfiammatori - cortisonici inal.		R01AD, R03BA
Broncodilatatori		R03AC

Tabella 36: Classificazione delle categorie terapeutiche oggetto del monitoraggio per l'anno 2010.

Categoria terapeutica	ATC5	Principio_attivo	Data
Inibitori di pompa	A02BC01	Omeprazolo	11-2007
Inibitori di pompa	A02BC02	Pantoprazolo	07-2009
Inibitori di pompa	A02BC03	Lansoprazolo	03-2006
Beta bloccanti	C07AA07	Sotalolo	12-2001
Beta bloccanti	C07AB02	Metoprololo	12-2001
Beta bloccanti	C07AB03	Atenololo	12-2001
Beta bloccanti	C07AB07	Bisoprololo	03-2007
Beta bloccanti	C07AG02	Carvedilolo	10-2004
Beta bloccanti	C07AB12	Nebivololo	10-2010
Calcio antag. (diidro.)	C08CA01	Amlodipina	01-2008
Calcio antag. (diidro.)	C08CA02	Felodipina	05-2009
Calcio antag. (diidro.)	C08CA04	Nicardipina	12-2001
Calcio antag. (diidro.)	C08CA05	Nifedipina	12-2001
Calcio antag. (diidro.)	C08CA07	Nisoldipina	07-2010
Calcio antag. (diidro.)	C08CA12	Barnidipina	04-2010
Ace inibitori	C09AA01	Captopril	12-2001
Ace inibitori	C09AA02	Enalapril	01-2005
Ace inibitori	C09AA03	Lisinopril	09-2007
Ace inibitori	C09AA04	Perindopril	07-2009
Ace inibitori	C09AA05	Ramipril	01-2008
Ace inibitori	C09AA06	Quinapril	06-2007
Ace inibitori	C09AA07	Benazepril	04-2009
Ace inibitori	C09AA09	Fosinopril	06-2009
Ace inibitori	C09AA10	Trandolapril	03-2009
Ace inibitori e diur. (ass)	C09BA01	Captopril + Idroclorotiazide	11-2006
Ace inibitori e diur. (ass)	C09BA02	Enalapril + Idroclorotiazide	12-2007
Ace inibitori e diur. (ass)	C09BA03	Lisinopril+Idroclorotiazide	05-2009
Ace inibitori e diur. (ass)	C09BA04	Perindopril+indapamide	10-2009
Ace inibitori e diur. (ass)	C09BA05	Ramipril + Idroclorotiazide	01-2008
Ace inibitori e diur. (ass)	C09BA06	Quinapril + Idroclorotiazide	07-2007
Ace inibitori e diur. (ass)	C09BA07	Benazepril + Idroclorotiazide	05-2009
Ace inibitori e diur. (ass)	C09BA09	Fosinopril + Idroclorotiazide	01-2009
Angio II antag.	C09CA01	Losartan	02-2010
Angio II antag. e diur (ass)	C09DA01	Losartan e diuretici	02-2010
Statine	C10AA01	Simvastatina	04-2007
Statine	C10AA03	Pravastatina	01-2008
Statine	C10AA04	Fluvastatina	10-2009
Cefalosporine im/ev I gen	J01DB04	Cefazolina	11-2009
Cefalosporine im/ev III-IV gen	J01DD01	Cefotaxima	01-2005
Cefalosporine im/ev III-IV gen	J01DD02	Ceftazidima	05-2005
Cefalosporine im/ev III-IV gen	J01DD04	Ceftriaxone	01-2005
Macrolidi	J01FA01	Eritromicina	12-2001
Macrolidi	J01FA02	Spiramicina	01-2003
Macrolidi	J01FA07	Josamicina	12-2001
Macrolidi	J01FA09	Clarithromicina	01-2008
Macrolidi	J01FA10	Azitromicina	06-2009

Tabella 37: Principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza oggetto del monitoraggio nell'anno 2010³³ (segue)

³³In Tabella 37, l'anno e il mese indicano la lista AIFA in cui – per la prima volta - è presente una specialità equivalente relativa al principio attivo. Le date evidenziate indicano quelle riportate dalla lista CCP per l'anno 2010.

Categoria terapeutica	ATC5	Principio_attivo	Data
Chinoloni	J01MA02	Ciprofloxacina	04-2007
Chinoloni	J01MA06	Norfloxacina	12-2001
Chinoloni	J01MB04	Acido pipemidico	10-2003
Bifosfonati orali e iniettabili	M05BA02	Acido clodronico	12-2001
Bifosfonati orali e iniettabili	M05BA04	Acido alendronico	11-2006
Antiepilettici	N03AF01	Carbamazepina	12-2001
Antiepilettici	N03AG01	Acido valproico (sale di sodio)	12-2001
Antiepilettici	N03AX09	Lamotrigina	07-2006
Antiepilettici	N03AX12	Gabapentin	07-2004
Antiepilettici	N03AX14	Levetiracetam	01-2010
Altri antipsicotici	N05AH02	Clozapina	01-2003
Altri antipsicotici	N05AX08	Risperidone	01-2008
Antidepressivi-SSRI	N06AB03	Fluoxetina	12-2001
Antidepressivi-SSRI	N06AB04	Citalopram	07-2004
Antidepressivi-SSRI	N06AB05	Paroxetina	01-2003
Antidepressivi-SSRI	N06AB06	Sertralina	12-2005
Antidepressivi-SSRI	N06AB08	Fluvoxamina	11-2007
Antidepressivi-Altri	N06AX11	Mirtazapina	05-2005
Antidepressivi-Altri	N06AX16	Venlafaxina	03-2009
Broncodilatatori - beta2 agonisti	R03AC02	Salbutamolo	12-2001
Broncodilatatori - beta2 agonisti	R03AC13	Formoterolo	12-2006
Antinfiammatori - cortisonici inal.	R03BA01	Beclometasone	12-2001
Antinfiammatori - cortisonici inal.	R03BA02	Budesonide	10-2004
Antinfiammatori - cortisonici inal.	R03BA03	Flunisolide	10-2003

Tabella 37 – Principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza oggetto del monitoraggio nell'anno 2010

Nota metodologica alla valorizzazione **Intervento 4: Gestione delle risorse umane a livello regionale**

Il presente paragrafo chiarifica, sul fronte metodologico, gli input impiegati per il calcolo della manovra sul parziale blocco del personale che determinerà, nel 2010, una riduzione di 179 unità di personale (ulteriore alle 258 unità cessanti già individuate in fase di stima del “Conto Economico Tendenziale” che **genererà impatti sul costo del personale per 3,7 €mln (3,1 €mln per il personale sanitario e 0,6 €mln per quello non sanitario) e sul valore dell’IRAP per 0,3 €mln.**

Fonte dati

Ai fini delle analisi, è stata impiegata come fonte la serie storica 2005-2009 del “Conto Annuale” (fonte: Regione Abruzzo), con particolare riferimento alle seguenti tabelle:

- “Tabella 1” per la rilevazione delle unità di personale a tempo indeterminato in servizio al 31/12 e “Tabella 2” per la rilevazione delle unità di “uomo/anno” a tempo determinato al 31/12;
- “Tabella 1C” per la rilevazione delle unità di personale a tempo indeterminato in servizio al 31/12 presso i presidi a gestione diretta della rete di offerta ospedaliera;
- “Tabella 5” per la rilevazione delle unità di personale a tempo indeterminato cessanti al 31/12;
- “Tabella 12” per la stima del costo medio per qualifica (vedi successivo paragrafo).

Nella seguente tabella, si confrontano le serie storiche 2005-2009 di “Tabella 1” e “Tabella 2” la serie storica della cosiddetta “Tabella 2” del Piano di Rientro per valutarne la coerenza.

Come si rileva, si registra uno scostamento tra Conto Annuale e Tabella 2 sulle unità di personale a tempo indeterminato nell’intorno del 4% di quanto rilevato in Tabella 2: tale fenomeno risulta principalmente giustificato dalla mancata rilevazione delle “categorie protette” in Tabella 2.

Per quanto riguarda le altre unità di personale (sulle quali però non è stata conteggiata la manovra) lo scostamento tra le due fonti (probabilmente riconducibile alle diverse unità di rilevazione, uomo/anno e teste) risulta più consistente: la relativa riconciliazione risulta obiettivo del presente Programma Operativo (vd: Intervento 4).

Confronto tra Conto Annuale e Tabella 2 del Pdr					
Conto Annuale	al 31.12.05	al 31.12.06	al 31.12.07	al 31.12.08	al 31.12.09
Personale a tempo indeterminato (T1)	15.796	15.556	15.229	14.933	14.491
Personale a tempo determinato (T2)	787	804	756	726	977
Totale CA	16.583	16.360	15.985	15.659	15.468
Tabella 2	al 31.12.05	al 31.12.06	al 31.12.07	al 31.12.08	al 31.12.09
Personale dipendente a tempo indeterminato		15.033	14.651	14.327	13.869
Personale a tempo determinato		726	613	586	973
Restante personale		503	437	370	212
Totale Tabella 2		16.262	15.701	15.283	15.054
Delta tempo indeterminato		523	578	606	622
Delta % tempo determinato		3,5%	3,9%	4,2%	4,5%

Tabella 38: Confronto tra Conto Annuale e Tabella 2 Pdr (2005-2009)

Stima del numero dei cessanti per il 2010

Per quanto riguarda il numero delle cessazioni già valorizzate nella stima del “Conto Economico Tendenziale”, considerando che tale tendenziale risulta essere per costruzione il “trascinamento” delle misure passate al 2010:

- è stato calcolato, su base storica a partire dal 2005 al 2009, il saldo percentuale medio annuo tra cessanti e assunti (CAGR 2005-2009 sul totale delle unità di personale del SSR stimate come somma di “Tabella 1” e “Tabella 2” del Conto Annuale);

- tale percentuale annua è stata applicata al numero di unità di personale 2009, a tempo indeterminato e determinato (come desumibile da Conto Economico).

Stima del saldo dei cessanti 2010							
Conto Annuale	2005	2006	2007	2008	2009	CAGR 2005-2009	Saldo 2010 stimato
Personale Sanitario						-	148
Dirigenza	3.338	3.297	3.242	3.222	3.194	-1%	35
Comparto	8.434	8.365	8.191	8.038	7.963	-1%	114
Personale Tecnico						-	80
Dirigenza	25	25	23	18	18	-8%	1
Comparto	2.893	2.793	2.719	2.600	2.552	-3%	79
Personale Amministrativo						-	42
Dirigenza	67	68	57	48	41	-12%	5
Comparto	1.727	1.694	1.638	1.624	1.569	-2%	37
Personale Professionale						-	1
Dirigenza	18	16	18	16	14	-6%	1
Comparto	10	6	6	5	7	-9%	1
Altro personale							14
Contrattisti	57	78	73	70	98	15%	14
Organi Direttivi	14	18	18	18	11	-6%	1
Totale	16.583	16.360	15.985	15.659	15.468	-	258

Tabella 39: Stima del saldo cessanti-assunti “tendenziale” per il 2010

Come si nota in Tabella 14, “trascinando” le politiche sul personale del passato al 2010 si origina un saldo negativo tra cessanti e assunti pari a 258 unità. L’entità negativa del saldo indica che, coerentemente con le misure di contenimento del personale intraprese, annualmente il numero dei cessanti è stato superiore al numero degli assunti.

Analogamente, sulla base della serie storica 2005-2009 del Conto Annuale (“Tabella 1” e “Tabella 5”) è stato calcolato il numero dei cessanti attesi per il 2010 come proiezione sul dato del 2009 dell’incidenza media annua dei cessanti (come da “Tabella 5”) tra il 2006 e il 2009. In tal modo, è stato determinato un numero di cessazioni atteso per l’anno 2010 pari a 504 unità (501 se si escludono contrattisti e organi direttivi).

Di seguito, il dettaglio dei cessanti per ASL.

130101 - AVEZZANO/SULMONA	2005	2006	2007	2008	2009	Cessati medi anno ('06 - '09)	Saldo stimato
Personale Sanitario	1.609	1.666	1.631	1.606	1.565		45
Dirigenza	521	522	513	501	488	3%	12
Comparto	1.088	1.144	1.118	1.105	1.077	3%	33
Personale Tecnico	478	477	460	437	418		16
Dirigenza	1	1	1	1	-	0%	-
Comparto	477	476	459	436	418	4%	16
Personale Amministrativo	296	298	290	263	256		9
Dirigenza	15	15	13	6	3	46%	0
Comparto	281	283	277	257	253	4%	9
Personale Professionale	4	4	3	2	2		-
Dirigenza	3	3	3	2	2	0%	-
Comparto	1	1				0%	-
Altro personale	22	25	22	21	21		1
Contrattisti	20	20	19	18	18	5%	1
Organi Direttivi	2	5	3	3	3	50%	-
Totale complessivo	2.409	2.470	2.406	2.329	2.262		71

130102 - CHIETI	2005	2006	2007	2008	2009	Cessati medi anno ('06 - '09)	Saldo stimato
Personale Sanitario	1.835	1.890	1.896	1.863	1.811		46
Dirigenza	509	516	510	498	487	3%	12
Comparto	1.326	1.374	1.386	1.365	1.324	3%	34
Personale Tecnico	422	423	393	354	338		16
Dirigenza	2	2	2	2		0%	-
Comparto	420	421	391	352	338	5%	16
Personale Amministrativo	285	299	295	305	288		14
Dirigenza	7	9	8	8	7	7%	0
Comparto	278	290	287	297	281	5%	14
Personale Professionale	1	1	1	1	1		-
Dirigenza	1	1	1	1	1	0%	-
Altro personale	8	11	11	11	13		-
Contrattisti	8	8	8	8	8	0%	-
Organi Direttivi		3	3	3	5	0%	-
Totale complessivo	2.551	2.624	2.596	2.534	2.451		76

130103 - LANCIANO/VASTO	2005	2006	2007	2008	2009	Cessati medi anno ('06 - '09)	Saldo stimato
Personale Sanitario	1.776	1.814	1.759	1.738	1.701		43
Dirigenza	540	553	537	527	518	3%	16
Comparto	1.236	1.261	1.222	1.211	1.183	2%	27
Personale Tecnico	594	605	567	544	509		22
Dirigenza	1	1	1	1	2	0%	-
Comparto	593	604	566	543	507	4%	22
Personale Amministrativo	240	240	241	232	222		12
Dirigenza	12	17	13	11	9	22%	2
Comparto	228	223	228	221	213	5%	10
Personale Professionale	3	4	2	2	2		0
Dirigenza	2	3	2	2	2	25%	0
Comparto	1	1				0%	-
Altro personale	3	25	25	25	25		-
Contrattisti		22	22	22	22	0%	-
Organi Direttivi	3	3	3	3	3	25%	-
Totale complessivo	2.616	2.688	2.594	2.541	2.459		77

130104 - L'AQUILA	2005	2006	2007	2008	2009	Cessati medi anno ('06 - '09)	Saldo stimato
Personale Sanitario	1.042	1.071	1.068	1.042	1.009		39
Dirigenza	298	308	309	309	296	4%	11
Comparto	744	763	759	733	713	4%	29
Personale Tecnico	218	217	207	225	213		10
Dirigenza	3	3	3	3	2	8%	0
Comparto	215	214	204	222	211	5%	10
Personale Amministrativo	183	185	175	163	155		9
Dirigenza	8	9	6	6	7	14%	1
Comparto	175	176	169	157	148	6%	8
Personale Professionale	4	5	4	4	5		1
Dirigenza	3	4	4	4	5	15%	1
Comparto	1	1				0%	-
Altro personale	11	12	11	10	13		1
Contrattisti	8	8	8	7	8	3%	0
Organi Direttivi	3	4	3	3	5	33%	1
Totale complessivo	1.458	1.490	1.465	1.444	1.395		60

130105 - PESCARA	2005	2006	2007	2008	2009	Cessati medi anno ('06 - '09)	Saldo stimato
Personale Sanitario	2.379	2.442	2.413	2.371	2.301		61
Dirigenza	698	714	711	696	679	3%	18
Comparto	1.681	1.728	1.702	1.675	1.622	3%	43
Personale Tecnico	536	560	531	511	510		19
Dirigenza	6	6	6	5	5	15%	1
Comparto	530	554	525	506	505	4%	18
Personale Amministrativo	387	405	399	391	379		19
Dirigenza	12	14	14	13	10	15%	1
Comparto	375	391	385	378	369	5%	18
Personale Professionale	11	11	10	9	7		1
Dirigenza	6	6	5	5	4	13%	1
Comparto	5	5	5	4	3	11%	0
Altro personale	16	17	17	14	13		1
Contrattisti	13	14	14	11	10	8%	1
Organi Direttivi	3	3	3	3	3	0%	-
Totale complessivo	3.329	3.435	3.370	3.296	3.210		100

130106 - TERAMO	2005	2006	2007	2008	2009	Cessati medi anno ('06 - '09)	Saldo stimato
Personale Sanitario	2.450	2.469	2.465	2.367	2.311		81
Dirigenza	642	651	643	636	618	3%	21
Comparto	1.808	1.818	1.822	1.731	1.693	4%	61
Personale Tecnico	575	574	566	529	507		23
Dirigenza	12	12	12	11	10	2%	0
Comparto	563	562	554	518	497	5%	22
Personale Amministrativo	392	393	380	365	357		15
Dirigenza	13	13	12	12	15	8%	1
Comparto	379	380	368	353	342	4%	14
Personale Professionale	5	5	4	4	4		0
Dirigenza	3	3	3	3	3	8%	0
Comparto	2	2	1	1	1	13%	0
Altro personale	11	11	11	9	9		0
Contrattisti	8	8	8	6	6	6%	0
Organi Direttivi	3	3	3	3	3	0%	-
Totale complessivo	3.433	3.452	3.426	3.274	3.188		120

Stima del costo medio del personale

Per quantificare la manovra sui costi del personale si determina il costo medio del personale dipendente e si moltiplica tale valore al numero di cessanti stimato per il 2010 (escludendo i cessanti già inclusi a “Tendenziale”). L’analisi per la stima del costo medio del personale dipendente, assunto con contratto a tempo indeterminato e determinato 15 septies, si basa sul rapporto fra le componenti fisse del costo del personale (fonte dati: Conto Annuale 2008 – Tabella 12) e il numero di mensilità in cui le unità di personale dipendente sono state in servizio (fonte dati: Conto Annuale 2008 – Tabella 12).

Di seguito, il costo medio 2008 del personale dipendente, assunto con contratto a tempo indeterminato e determinato 15 septies, distinto per ruolo e per area contrattuale della Regione Abruzzo.

Costo medio per qualifica (CA 2008)	
Personale Sanitario	
Dirigenza	59.482
Comparto	24.919
Personale Tecnico	
Dirigenza	45.625
Comparto	20.605
Personale Amministrativo	
Dirigenza	47.576
Comparto	23.046
Personale Professionale	
Dirigenza	46.232
Comparto	24.700
Altro personale	
Contrattisti	16.632
Organi Direttivi	144.183

Tabella 40: Costo medio del personale dipendente distinto per ruolo e per area contrattuale (Conto Annuale 2008)

ALLEGATO 3 – Intervento 4 - Azione 1 - Contenimento del costo del personale

In relazione a quanto previsto dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009, ove si prevede che “*gli enti del Servizio sanitario nazionale concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando, anche nel triennio 2010-2012, misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%*”, specificandosi ulteriormente che “*a tal fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni*” e che “*ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma, le spese per il personale sono considerate al netto: a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro; b) per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004*”, le Aziende USL regionali per le spese di personale non potranno comunque superare i tetti di spesa come risultanti dalla seguente tabella:

Tetti di spesa ai sensi della legge 191/2009			
Azienda	Spesa 2004 (€/mln)	1,4% spesa 2004 (€/mln)	Tetto di spesa 2010 (€/mln)
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	181,7	2,5	179,1
Chieti-Lanciano-Vasto	225,3	3,2	222,2
Pescara	157,0	2,2	154,8
Teramo	152,1	2,1	149,9
Totale Regionale	716,1	10,0	706,1

Tabella 41: Tetti di spesa ai sensi della legge 191/2009

Considerato, inoltre, che - in base a quanto disposto con il presente Programma Operativo in ordine alla manovra di contenimento del costo del personale – per l'anno 2010 è previsto un tetto di spesa complessivo regionale da C/E programmatico pari a € 832.747 (personale + IRAP) al netto dell'indennità di vacanza contrattuale, si prevede che ciascuna Azienda USL regionale in termini di conto economico programmatico dovrà attestarsi entro i seguenti limiti di spesa:

Tetti di spesa da CE programmatico			
Azienda	Personale (€/mln)	IRAP (€/mln)	Limite di spesa da CE (€/mln)
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	193,1	13,7	206,8
Chieti-Lanciano-Vasto	246,5	17,1	263,6
Pescara	168,9	11,9	180,8
Teramo	169,0	12,6	181,6
Totale Regionale	777,5	55,2	832,7

Tabella 42: Tetti di spesa da CE programmatico

Al fine di assicurare il rispetto dei riferiti limiti di spesa, le Aziende USL regionali predispongono per il 2010 un programma di revisione delle proprie consistenze organiche mediante compilazione della tabella di seguito riportata. Si tenga conto, tuttavia, che nell'anno 2010 le Aziende USL regionali non possono procedere ad assunzioni a tempo determinato ovvero a conferimenti di altri incarichi (restante personale) superiori a quanto consuntivato da ciascuna Azienda per l'anno 2009 e riportato nella verifica trimestrale dei costi del personale, secondo le modalità previste nel cap. 2.1.4 del Piano di Rientro dal disavanzo per gli anni 2007-2009. Il costo complessivo a livello regionale, pertanto, prevede la soglia massima di 42,4 milioni di euro (di cui 36,0 milioni inclusi nei 832,7 milioni del costo del personale riportato nella tabella “Tetti di spesa da CE programmatico” sopra riportata e 7,2 milioni relativi al restante personale il cui costo è invece incluso nelle “altre componenti di spesa” del Conto economico sintetico riportato nel presente Programma Operativo 2010).

REGIONE ABRUZZO											
AZIENDA USL											
Periodo di rilevazione 01/01/10-31/12/10											
(valori in migliaia di euro)	Totale presenti al 31/12/2010 (1)	Spese per competenz e fisse (2)	Spese per competenz e accessorie (3)	Totale spese fisse + accessorie (4) = (2) + (3)	IRAP (5)	Spese per contributi a carico dell'azienda (6)	Altre voci di spesa (7)	Totale (8) = (4) + (5) + (6) + (7)	di cui: derivante dai rinnovi contrattuali interventuti successivamente all'anno 2004 (9)	Totale al netto dei rinnovi (10) = (8) - (9)	Totale Spesa da CE programmatico al netto dell'indennità di vacanza contrattuale
Personale dipendente a tempo indeterminato											
Medici											
Dirigenti non medici											
Personale non dirigente											
Personale contrattista											
Personale a tempo determinato											
Restante personale											
Totale											
Categorie protette											
(valori in migliaia di euro)											
Indennità De Maria								Totale rimborsi (9)		Totale rimborsi al netto dei rinnovi	

Tabella 43: Consistenze organiche programmate per l'anno 2010

Detta programmazione va approvata con apposito provvedimento del Direttore generale entro il 15.9.2010 garantendo che la stessa si attesti entro i tetti di spesa 2010 riportati nelle tabelle di cui sopra, cui si aggiungono i 7,2 milioni relativi al restante personale (costo incluso nelle "altre componenti di spesa" del Conto economico sintetico riportato nel presente Programma Operativo 2010). Il riferito provvedimento programmatico aziendale dovrà essere inviato alla Direzione Politiche della Salute entro 15 giorni dalla sua adozione e fatto oggetto di specifica e formale approvazione da parte del Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Abruzzo.

Nell'ambito della riferita programmazione delle consistenze di personale per l'anno 2010 le Aziende USL provvedono a definire anche un piano delle assunzioni del personale a tempo indeterminato per l'anno 2010 (da allegare al riferito atto programmatico), con riferimento specifico e limitato:

- agli incarichi di dirigente medico - direttore di struttura complessa, a condizione che gli stessi afferiscano a strutture che trovano conferma nel piano di ristrutturazione della rete ospedaliera;
- alle assunzioni di dirigenti medici, anche mediante l'istituto della mobilità interregionale, relativamente a situazioni di particolare carenza di personale che pongano a serio rischio la possibilità di garantire i livelli essenziali di assistenza e alle quali non si riesca a far fronte mediante l'adozione di provvedimenti organizzativi aziendali;
- alle assunzioni, anche mediante l'istituto della mobilità interregionale, di personale infermieristico, di tecnici sanitari di radiologia medica, di tecnici sanitari di laboratorio biomedico e di operatori socio-sanitari;

Inoltre, nel descritto piano di assunzioni, le Aziende USL possono prevedere anche ipotesi di assunzioni mediante mobilità infraregionale, comunque a parità di costo per il SSR coerentemente con il tetto di spesa programmato per il 2010.

Con riferimento alle assunzioni di cui ai punti 2) e 3), al fine di migliorare la qualità del sistema a fronte di un incremento del personale a tempo determinato nell'ultimo anno del 35% rispetto al precedente (726 teste equivalenti nel 2008 e 977 teste equivalenti nel 2009), si prevede la possibilità di convertire la tipologia di contratto da tempo determinato a tempo indeterminato: in tal caso le assunzioni potranno essere autorizzate solo allorché l'Azienda provveda alla contestuale riduzione della spesa di personale a tempo determinato per un importo corrispondente ai nuovi costi da sostenere per tali assunzioni a tempo indeterminato.

Al di fuori delle ipotesi appena descritte afferenti la sola modifica giuridica del rapporto di lavoro (da tempo determinato a tempo indeterminato) che non comporta alcun aumento di spesa, eventuali ulteriori assunzioni potranno effettuarsi nel

limite massimo del **10% del turn-over** rispetto alle cessazioni di personale che si verificano nell'anno 2010 e sempre nel rispetto dei limiti di spesa di cui alle sopra riportate tabelle 1 e 2.

Tale limitato piano di assunzioni deve porsi comunque in una prospettiva di continuità ed omogeneità logica e funzionale rispetto ai provvedimenti di razionalizzazione della rete ospedaliera (Asse 2, Intervento 6) e a tal fine si prevede che, per poter procedere alle assunzioni relative alle singole figure professionali programmate, le Aziende USL devono chiedere preventivamente, in relazione ad ogni specifica assunzione da effettuare (sia a tempo determinato che a tempo indeterminato), il rilascio di un apposito nulla-osta formale da parte del Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Abruzzo, che ne valuterà la coerenza e l'opportunità rispetto alla ristrutturazione della rete ospedaliera oltre che rispetto all'andamento dei costi del personale aziendale rilevati in corso d'anno.

Inoltre, si mantiene in essere la verifica trimestrale dei costi del personale, secondo le modalità previste nel cap. 2.1.4 del Piano di Rientro dal disavanzo per gli anni 2007-2009.

In relazione, poi, al disposto dell'art. 2, comma 72, della legge n. 191/2009, ove si prevede che gli enti del Servizio sanitario nazionale *“nell'ambito degli indirizzi fissati dalle Regioni, anche in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa di cui al comma 71: a) predispongono un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato, che presta servizio con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni (...) con conseguente ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa (...); b) fissano parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente, delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa (...)”*, si evidenzia che, nelle more dell'attuazione del procedimento di razionalizzazione della rete ospedaliera regionale (intervento 6), appare opportuno rinviare l'adozione dei provvedimenti volti a rideterminare i fondi della contrattazione integrativa atteso che solo a seguito dei provvedimenti di revisione delle dotazioni organiche che saranno posti in essere successivamente all'attuazione della riferita razionalizzazione della rete ospedaliera potrà definirsi e determinarsi una riduzione permanente della consistenza del personale aziendale e, conseguentemente, si potrà provvedere al ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa (Intervento 4, Azione 4).

Per quanto riguarda la fissazione dei parametri *standard* per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, si provvede al riguardo nell'ambito dei provvedimenti inerenti la razionalizzazione della rete ospedaliera (intervento 6), attesa la stretta correlazione che lega le due fattispecie.

Con riferimento, invece, all'emanazione degli indirizzi regionali ai fini della fissazione di parametri standard aziendali per l'individuazione delle posizioni organizzative e di coordinamento del personale del comparto, si ritiene opportuno provvedere al riguardo, oltre che per le richiamate finalità complessive di risparmio sulla spesa, anche per una più generale esigenza di omogeneità applicativa tra le Aziende USL regionali in relazione ad istituti contrattuali che hanno un evidente riflesso sulla spesa del personale. Pertanto, vengono fissati i seguenti indirizzi regionali – a cui i relativi regolamenti aziendali dovranno adeguarsi e conformarsi - fatta salva la possibilità di provvedere alla loro revisione qualora, nell'ambito del riferito procedimento di razionalizzazione della rete ospedaliera, dovesse sorgere la necessità o l'opportunità e precisandosi, altresì, che restano fermi – fino alla loro naturale scadenza – gli incarichi attualmente conferiti:

■ per le **posizioni organizzative**:

- ciascuna Azienda USL può prevedere un numero di posizioni organizzative non superiore, al massimo, al 3% delle unità di personale di categoria D/Ds in servizio al 31.12.2009; per l'Aziende USL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila e l'Azienda USL 2 Chieti-Lanciano-Vasto si fa temporaneamente riferimento al personale in servizio alla riferita data presso le Aziende USL accorpate;
- al finanziamento delle posizioni organizzative non può comunque essere destinata una quota superiore al 3 % del fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, del valore comune dell'ex

indennità di qualificazione professionale e dell'indennità professionale specifica (la percentuale del 3% del fondo rappresenta un abbattimento dello 0,42% rispetto alla media della percentuale di fondo destinata al finanziamento delle posizioni organizzative nelle Aziende USL dove le posizioni organizzative sono state assegnate, pari al 3,42%);

- in ogni caso non possono essere attribuite posizioni organizzative per cui non sussista la necessaria disponibilità economica nel fondo che le finanzia.

■ per le **posizioni di coordinamento**:

- ciascuna Azienda USL regionale può prevedere, al massimo, una posizione di coordinamento per ogni struttura complessa aziendale; in relazione a particolari esigenze organizzative aziendali possono essere individuate posizioni di coordinamento, fino ad un massimo di 10 per Azienda, al di fuori delle strutture complesse aziendali, ferma restando comunque l'esigenza del numero minimo di persone da coordinare fissato al successivo punto 2;
- la posizione di coordinamento può essere attribuita solo allorché, all'interno della struttura in cui l'incarico viene affidato, vi sia un numero minimo di almeno otto unità di personale, appartenente allo stesso o ad altro profilo anche di pari categoria, da coordinare;
- in ogni caso non possono essere attribuite funzioni di coordinamento nelle ipotesi in cui il fondo che le finanzia non presenti la necessaria disponibilità economica.