Regione Abruzzo

Piano di risanamento Sistema Sanitario Regionale 2007-2009

Programma operativo di riorganizzazione e riqualificazione del servizio sanitario regionale di cui all'art. 1 comma 180 Legge n. 311 del 30-12-2004 e s.m.i., finalizzato alla stipula dell'accordo di cui all'art. 8 dell'Intesa Stato Regioni del 23-03-2005.

Giunta Regionale
Agenzia Sanitaria Regionale - Direzione Sanità
Via Conte di Ruvo, 74 - 65127 PESCARA

SOMMARIO

1. ANALISI DI CONTESTO 4

1.1.QUADRO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE 4

1.1.1 Normativa nazionale 4

1.1.2 Normativa regionale 6

1.1.2.1.Le tariffe nella normativa regionale 7

1.1.2 Patto per la salute e legge finanziaria 2007 8

1.1.3 Accordi di programma 10

1.1.4 VERIFICA DELL'EROGAZIONE DEI LEA 10

1.2 CONTESTO EPIDEMIOLOGICO 12

1.2.1 Popolazione 12

1.2.2 Stato di salute e bisogni 12

1.2.3 Sistema sanitario: offerta, domanda ed utilizzo di servizi e risorse, principali criticità del sistema. 13

1.3 CONTESTO ECONOMICO E FINANZIARIO 18

1.3.1 SERIE STORICA DEI MODELLI CE 2001-2006 18

1.3.2 Perdita 2006 e relativa copertura 21

1.4 ANALISI S.W.O.T. 21

2 IL PIANO DI RISANAMENTO 26

2.1 LE AZIONI DI RISTRUTTURAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE 27

2.1.1 Rimodulazione del macrolivello ospedaliero 27

2.1.1.1 Simulazione di impatto economico della rimodulazione del macrolivello ospedaliero 33

2.1.1.2 Le economie della rimodulazione del macrolivello ospedaliero sulle macrovoci CE per anno 36

2.1.1.3. Stima di impatto economico degli interventi di potenziamento del territorio 37

2.1.2. Rimodulazione della riabilitazione extra-ospedaliera 39

2.1.2.1. Impatto economico del riordino della riabilitazione extra-ospedaliera 41

2.1.2.2. Le economie del riordino della riabilitazione extra-ospedaliera sulle macrovoci CE per anno 42

2.1.3. Misure di contenimento della spesa farmaceutica programmate e/o assunte dalla Regione Abruzzo. 43

2.1.3.1. Le economie sulle macrovoci CE per anno 44

2.1.3.1.1. Distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL sul territorio, nelle RSA ed in ambito ADI (Obiettivo L2) 45

2.1.3.1.2. Monitoraggio delle prescrizioni di farmaci a livello territoriale(Obiettivo L1-L3) 47

2.1.3.1.3. Progetto Tessera Sanitaria (Obiettivo L3 bis) 49

2.1.3.1.4. Intervento inerente il monitoraggio consumi dei farmaci utilizzati nel canale ospedaliero (Obiettivo L1) 52

2.1.3.1.5. Istituzione della Commissione Terapeutica Regionale e redazione del Prontuario

Terapeutico Regionale (Obiettivo L1) 54

2.1.3.1.6. Unione di acquisto farmaci (Obiettivo L4) 57

2.1.3.1.7. Controllo farmaci innovativi e monitoraggio appropriatezza d'uso degli stessi 58

2.1.3.1.8. Introduzione di misure di compartecipazione alla spesa farmaceutica a carico dei cittadini (Obiettivo L 6) 61

2.1.4. Contenimento del costo del personale 65
2.1.5. Potenziamento degli acquisti centralizzati 72
2.1.6. Integrazione sui sistemi di programmazione, controllo e valutazione 73
2.1.7. Gli obiettivi relativi alla legge finanziaria per l'anno 2007 76

2.2 IMPATTO ECONOMICO DEL PIANO DI RISANAMENTO 77

2.2.1. Andamento dei Costi 2007-2009 in assenza di interventi e modello tendenziale 77
2.2.2. Modello tendenziale per il periodo 2007-2009, senza interventi, basato sulla serie storica 2001-2006 (forma aggregata dei CE) 78
2.2.3. Modelli CE tendenziale per il periodo 2007-2009 80
..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**
2.2.4. Effetti economici dei principali interventi previsti dal Piano sulle macrovoci CE per anno 82
2.2.5. Andamento dei CE 2007-2009 in presenza degli interventi: il MODELLO PROGRAMMATICO. 85

2.2.5.1. Modelli previsionali CE a seguito degli interventi del piano: MODELLO PROGRAMMATICO 86

2.3. VALUTAZIONE RIEPILOGATIVA DEL PIANO 88

3. LA SITUAZIONE DEL DEBITO AL 31 DICEMBRE 2005 91

3.1. LE OPERAZIONI DI CARTOLARIZZAZIONE 91
3.1.1.. Operazione di cartolarizzazione dei crediti "Cartesio" 92
3.1.2. Operazione di cartolarizzazione dei crediti "D'Annunzio" 94

3.2.. LA COPERTURA FINANZIARIA DEI DEBITI DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE 97

4. RAFFORZAMENTO DELLA STRUTTURA AMMINISTRATIVA ED IMPLEMENTAZIONE DEI PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI 100

5. MONITORAGGIO PIANO 101

APPENDICI 103

APPENDICE A - LINEE GUIDA PER L'ADEGUAMENTO ALLE INDICAZIONI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008 103

APPENDICE B - ACCORDI SANCITI DALLA CONFERENZA STATO-REGIONI RILEVANTI AI FINI DELL'APPLICAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA 103

APPENDICE C - LINEE GUIDA PER LA REDAZIONE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE 2007-2009 E PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO 103

APPENDICE D - PROGETTO "CONTROLLO DIREZIONALE" 103

APPENDICE E - LINEE GUIDA "SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI" 103

APPENDICE F- MODELLI LA STORICI, TENDENZIALI E PROGRAMMATICI 103

1. ANALISI DI CONTESTO

1.1.Quadro normativo nazionale e regionale

1.1.1 Normativa nazionale

Nel presente paragrafo si intende esaminare in modo sintetico, per gli aspetti di maggiore attualità, le linee evolutive della normativa nazionale e di quella regionale e le loro possibili implicazioni. La prima parte descrive il quadro di riferimento antecedente alla stipula del nuovo Patto per la salute, mentre la parte finale è dedicata alla descrizione delle recenti novità introdotte dal citato Patto.

Le continue riforme istituzionali e regolamentari che si susseguono annualmente in sanità sono frutto sia del processo devolutivo e di decentramento di funzioni in atto sia del continuo andamento in crescita della spesa sanitaria che incide negativamente sulle politiche di equilibrio della finanza pubblica.

In ordine al sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale ed alle misure dirette ad un suo contenimento, è da evidenziare che, sebbene la crescita del fabbisogno sanitario non rientri fra le variabili finanziarie monitorate in sede di Patto di stabilità e crescita, essa assume, tuttavia, rilevanza fondamentale ai fini del controllo sull'andamento di altri indicatori di finanza pubblica, primo fra i quali il rapporto fra debito pubblico e PIL.

Con l'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001 il finanziamento dell'assistenza sanitaria era stato condizionato dall'adempimento di numerosi obblighi, primo fra tutti il ripiano delle quote di deficit a carico dei bilanci regionali, pena l'applicazione della sanzione prevista dall'art. 4 del d.l. 63/2002 convertito con legge n. 112/2002.

La dimostrazione di avvenuto assolvimento a tale ultimo onere ha richiesto per il 2001 e gli anni seguenti verifiche complesse in contraddittorio fra Ministero dell'economia e Ministero della salute, da un lato, e Regioni dall'altro.

Il regime di transitorietà, determinato dal sistema delle verifiche annuali, ha comportato il ricorso ad anticipazioni provvisoriamente misurate sull'importo stabilito con il precedente accordo del 3 agosto 2000. Non a caso a fine anni 2002 , 2003 e 2004 i rendiconti regionali mostrano un ingente importo di residui attivi per competenze non incassate relative a IVA, IRAP, e addizionale IRPEF.

Il sistema che poggia su anticipazioni, prima fissate al 95% del fabbisogno sanitario e, ora, con il nuovo Patto, al 97%, ha, fino al 2006, scontato i ritardi derivati dall'attesa di un accordo tra le Regioni condizionato, fra l'altro, dall'esigenza di condivisione dei criteri di riparto e di definizione dei bisogni sanitari della popolazione (come sinora previsto dalla legge n. 662/1996)1. Con il nuovo Patto della salute si è cercato di superare tale problematicità prevedendo che per il triennio 2007-2009 i criteri siano gli stessi.

Con l'accordo dell'agosto 2001, il sistema di finanziamento previsto dal d.lgs. n. 56/2000, sostituendo il FSN di parte corrente con compartecipazioni e incrementi alle addizionali, ha definito un meccanismo di copertura del fabbisogno sanitario commisurato su una crescita del 3,5% annuo.

In questo quadro, la legge finanziaria per il 2005 (legge n. 311/2004) ha direttamente ed autonomamente definito nuove condizioni finanziarie e gestionali, disponendone il recepimento in un'Intesa fra Governo e Regioni, poi, siglata il 23 marzo 2005.

Dopo che il d.l. 30 dicembre 2004, n. 314 aveva sospeso l'applicazione dell'art. 7 del d.lgs. n. 56/2000 e rinviata l'efficacia del DPCM 14 maggio 2004 (e, quindi, il riparto definitivo della compartecipazione all'IVA e delle relative compensazioni), la finanziaria 2005 ha quantificato in 88.195 Meuro il livello di finanziamento della spesa per il servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato per il 2005 (cui sono da aggiungere 2.000 Meuro per il ripiano dei disavanzi registrati nel triennio 2001/2003 con un contenimento della spesa

[1] I criteri tradizionali prevedono di tenere conto di: popolazione residente per età e per sesso; frequenza dei consumi sanitari per livello e sottolivello di assistenza e per età e sesso; tassi di mortalità della popolazione; indicatori epidemiologici territoriali; indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili per definire i bisogni sanitari della popolazione. A tali criteri si è aggiunta, di recente, l'esigenza di stimare adeguatamente anche l'incidenza degli immigrati extracomunitari, regolarizzati o meno.

sanitaria rispetto al suo andamento tendenziale di circa 4.250 Meuro. Su tale livello di spesa, è stato applicato un incremento percentuale del 2% per il 2006, integrato poi da 2.000 Meuro nel ddl finanziaria 2007, mentre per il 2007 e gli anni seguenti è stato rideterminato il livello di finanziamento nel nuovo Patto per la salute più in linea con l'effettiva evoluzione della spesa sanitaria; infatti la crescita della spesa sanitaria media dell'ultimo triennio si attesta su livelli prossimi al 5% e, comunque, si pone ben al di sopra del tasso previsto per il PIL nominale.

L'Intesa del 23 marzo 2005 prevede il rispetto e la verifica di una nutrita serie di adempimenti organizzativi e gestionali, in linea di continuità con i precedenti provvedimenti di contenimento della spesa e Accordi.[2] Tra questi, vanno menzionate le nuove forme di controllo per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), i vincoli all'offerta ospedaliera, da attuarsi mediante il rispetto del nuovo standard di posti lettoe la disincentivazione dei ricoveri per lungodegenza, e, infine, una complessa articolazione di meccanismi procedurali e di controllo.

Per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla legge finanziaria, la Regione e tutti gli operatori del settore si stanno impegnando in un considerevole sforzo diretto a migliorare l'impostazione dei programmi e delle strategie di intervento, a razionalizzare l'organizzazione, a semplificare le procedure e ridurre i costi di gestione, ricorrendo anche a strumenti gestionali capaci di assicurare il concorso di sinergie diverse e il realizzarsi di economie di scala.

Per le Regioni risultate inadempienti è prevista inoltre la possibilità di sottoscrivere un ulteriore accordo al cui rispetto sarà subordinata l'erogazione dell'acconto e del saldo finale del maggior finanziamento a carico dello Stato. Tale accordo si considera dovuto, e, quindi un adempimento, nel caso in cui la regione presenti per l'anno di riferimento un disavanzo pari o superiore al 7%.

Resta salvo, comunque, l'obbligo per le Regioni di garantire, in sede di programmazione, l'equilibrio economico–finanziario delle aziende sanitarie, ospedaliere e universitarie, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle Pubbliche Amministrazioni, prevedendo l'adozione obbligatoria di misure volte al riequilibrio delle gestione, laddove necessarie, nonché l'eventuale decadenza del direttore generale.

Sempre al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, la legge finanziaria per il 2006 (art. 1, commi 274 ss., della legge n.266/2005) conferma gli obblighi posti a carico delle Regioni con la citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, intesi a garantire l'equilibrio economico-finanziario e il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

A questi si aggiunge l'obbligo di stipulare, entro il termine perentorio del 31 marzo 2006, specifici accordi regionali attuativi dell'accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, prevedendo di subordinare l'accesso all'indennità di collaborazione informatica al riscontro (mediante il supporto del sistema della tessera sanitaria) del rispetto della soglia del 70 per cento della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche effettuate da parte di ciascun medico. La mancata stipula dei medesimi accordi regionali costituisce per le Regioni inadempimento.

Un ulteriore incremento di 1.000 milioni di euro annui, a decorrere dall'anno 2006, è altresì previsto per il finanziamento complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale. Detto incremento, da ripartire tra le Regioni sulla base di una previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, è anch'esso subordinato alla stipula di specifici accordi diretti all'individuazione di obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione strutturale del disavanzo.

Per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004 è, invece, autorizzata la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2006. L'erogazione del suddetto importo da parte dello Stato, da ripartire secondo la medesima procedura della previa intesa, è, tuttavia, subordinata all'adozione, da parte delle Regioni, dei provvedimenti di copertura del residuo disavanzo posto a loro carico per i medesimi anni nonché all'intesa in

[2] In particolare, si tratta degli obblighi previsti dal D.L. n. 374/2001, convertito in legge n. 405/2001, nonché dal D.L. n. 63/2002, convertito in legge n. 112/2002, oltreché dall'art. 52 della legge n. 289/2002, dal D.L. n. 269/2003, convertito in legge n. 326/2003, e infine dalla legge n. 350/2003.

sede di Conferenza unificata, da raggiungersi entro il termine del 31 marzo 2006, sullo schema di Piano sanitario nazionale 2006-2008 e sul contenimento delle liste di attesa.

E' prevista, altresì, l'istituzione della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative per il personale medico e di informazione per gli utenti del Servizio sanitario, oltreché di elaborazione dei criteri di priorità e di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni. Ad essa si affianca il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), il quale, avvalendosi delle funzioni svolte dal Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR), ha il compito di verificare che i finanziamenti siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza.

Altre disposizioni di rilievo riguardano la definizione dei criteri e delle modalità di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, degli istituti zooprofilattici sperimentali e delle aziende ospedaliere universitarie, oltre alla rimodulazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, finalizzata ad incrementare qualitativamente e quantitativamente l'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale e, corrispondentemente, decrementare l'offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero.

La finanziaria per il 2006 dispone, infine, in ordine all'applicazione (in attesa dell'adozione dei provvedimenti di attuazione dell'articolo 119 della Costituzione) delle norme contenute nell'art. 7 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 (cd. meccanismo di perequazione). A tal fine, prevede una riduzione, per l'anno 2002, del 5 per cento e, a decorrere dall'anno 2003, di un ulteriore 1,5 per cento annuo delle quote annuali di incidenza della spesa storica (determinate dal comma 3 del citato decreto legislativo) ai fini del riparto delle risorse per la copertura dei fabbisogni sanitari regionali.

Nel complesso, sembra che la strategia del legislatore nazionale sia quella,già ampiamente sperimentata in passato, di imporre talune scelte gestionali attraverso l'attribuzione di fondi integrativi condizionati a determinate modalità operative o a particolari tipologie di spesa. A queste si associano la previsione di nuove responsabilità ed incombenze in capo ai responsabili degli enti gestori del servizio sanitario regionale e l'adozione di misure di sospensione o dilazione dei pagamenti, contestualmente all'introduzione di nuovi obblighi di comunicazione ed informazione nei confronti degli organi di controllo esterno.

Si inserisce su questa linea l'automatismo previsto dall'art. 1, comma 174 della L. 311/04, così come integrato dalla L. 266/05, consistente nell'innalzamento al livello massimo delle aliquote IRPEF ed IRAP nelle Regioni che non coprono integralmente i disavanzi registrati a partire dall'anno 2005.

Tra le principali innovazioni che hanno interessato la gestione sanitaria relativa agli ultimi esercizi finanziari, è da ricordare poi la fissazione di nuovi tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica. In particolare, il D.L. 30 settembre 2003, n.269, convertito nella legge 24 novembre 2003, n.326, recante "Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dei conti pubblici", aveva stabilito che l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non dovesse superare il 16% della spesa sanitaria complessiva, a livello nazionale ed in ogni singola Regione, fermo restando il tetto del 13% relativo all'assistenza farmaceutica territoriale.

Contestualmente è stata prevista, a decorrere dal 1° gennaio 2004, l'istituzione (in sostituzione della Commissione unica per il farmaco) dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia finanziaria e gestionale, con compiti di alta consulenza tecnica in materia di politiche per il farmaco, specie per quanto riguarda ricerca, investimenti, monitoraggio e prezzi.

Sulla base della normativa citata l'AIFA a partire dall'anno 2004 è tenuta a porre a carico dell'industria il 60% dello sfondamento del tetto di spesa, lasciando alle Regioni la copertura del restante 40%.

1.1.2 Normativa regionale

Il Piano proposto si inserisce compiutamente nel quadro normativo che disciplina la programmazione ed il controllo periodico del sistema sanitario regionale. Di seguito vengono elencati, in ordine cronologico, i principali atti normativi e regolamentari adottati a partire dal

2004.

- gli obiettivi annuali attribuiti alle Aziende USL in sede di riparto del Fondo Sanitario Regionale, ai sensi della L.R. 146/1996, come modificata dalla L.R. 15/2004;
- gli strumenti di controllo infrannuale, come previsti dall'art. 28 della predetta L.R. 146/1996 e s.m.i.;
- gli accordi negoziali con le strutture private accreditate per il periodo 2005 – 2007, ai sensi della L.R. 146/1996, come modificata dalla L.R. 15/2004;
- Attivazione dell'Agenzia Sanitaria Regionale, con D.G.R. n. 986 del 10.10.2005, alla quale sono stati affidati i compiti di verifica e di supporto alla programmazione coerenti al fine della realizzazione del Piano di rientro.
- D.G.R. 1439 del 2005 "Interventi per il contenimento della spesa farmaceutica – Anno 2006
- Legge regionale n° 20 del 23.06.2006, recante "Misure per il settore sanità relative al funzionamento delle strutture sanitarie ed all'utilizzo appropriato dei regimi assistenziali del macrolivello ospedaliero e territoriale e per la loro regolazione";
- D.G.R. 381 del 2006 "Progetto obiettivo sperimentale per il risparmio sulla spesa farmaceutica";
- D.G.R. 579 del 2006 "Disposizioni relative alla prescrizione e dispensazione di farmaci genericabili";
- D.G.R. 1086 del 2006 "Interventi urgenti relativi all'assistenza farmaceutica – disposizioni concernenti le modalità di prescrizione e dispensazione di particolari categorie di farmaci";
- D.G.R 1540 del 2006 "Interventi finalizzati al ripiano del disavanzo inerente la spesa farmaceutica convenzionata anno 2005 – introduzione di misure di compartecipazione alla spesa con previsione di esenzione per reddito, per patologia, per le categorie protette e per i farmaci equivalenti";
- D.G.R 15 del 2007, sul monitoraggio della spesa farmaceutica;
- D.G.R. n° 18/C del 09.01.2007, recante il disegno di legge relativo a "Linee guida per la redazione del Piano Sanitario 2007 – 2009 – Un sistema di garanzie per la salute - e Piano di riordino della rete ospedaliera"
- D.G.R. 122/C del 19.02.2007, recante il disegno di legge relativo a "Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzianale e accordi contrattuali delle struttura sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private".

Con il presente Piano la Regione si assume l'impegno di adeguare gli strumenti della programmazione e i provvedimenti normativi e di programma fin qui assunti alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 1, comma 281 della legge 23 dicembre 2005, n.266, in relazione alle disposizioni regionali da adottarsi per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza , di cui alle linee guida allegate (APPENDICE A).

1.1.2.1.Le tariffe nella normativa regionale

TARIFFE OSPEDALIERE

Con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 140/5 del 30.11.1999 sono state aggiornate le tariffe sulla base di quelle contenute nel D.M. Sanità del 30.6.1997, fissando il livello massimo delle tariffe regionali in misura pari all'80% di quelle di cui a detto Decreto.

Tale decurtazione è poi passata dal 20 al 10% con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 157/1 del 21.12.2004.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1422 del 29.12.2005 è stato recepito il Decreto Ministeriale 21.11.2005 recante "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere".

Poiché tale Decreto contiene le descrizioni dei DRG senza tariffazione degli stessi, con

Deliberazione della Giunta Regionale n. 529/C del 22.5.2006 è stato proposto al Consiglio Regionale, competente alla determinazione delle tariffe di che trattasi, di adottare, relativamente ai nuovi DRG (circa 30-40) previsti da detto Decreto Ministeriale, di fissare, con decorrenza 1.1.2006, le tariffe (TUC 2006) approvate dai Presidenti delle Regioni in data 15.12.2005, decurtate del 10%, restando in vigore per tutti gli altri DRG (poco meno di 500)la tariffazione vigente e cioè sempre quella di cui alla suddetta Deliberazione n. 140/5 del 30.11.1999, con cui, come detto, le tariffe venivano fissate sulla base del D.M. 30.6.97, decurtate del 20% e poi decurtate di un ulteriore 10%.

Attualmente, pertanto, sono in vigore le tariffe della delibera del 1999, così come modificate con delibera Consiliare n. 157/1 del 21.12.2004, che sono pertanto da considerare senz'altro nei tetti di cui al D.M. 12.9.2006, salvo da verificare quelle relative ai nuovi D.R.G. (30-40 circa) una volta che dovessero essere approvati dal Consiglio Regionale. Comunque anche per questi DRG, considerato che consistono nella TUC 2006-10%, le relative tariffe dovrebbero rientrare anch'esse nei tetti medesimi.

Inoltre con Determinazione del Direttore Regionale Sanità DG/87 del 6.10.2006 è stato istituito un Tavolo Tecnico per lo studio delle problematiche connesse alla tariffazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, che sta ultimando la sua attività, in seguito alla quale pur nella riformulazione delle tariffe non si potrà, comunque, superare i tetti di cui al D.M. 12.9.2006.

TARIFFE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 675 del 19.6.2006, è stato approvato il Nomenclatore Tariffario Regionale, precisandosi che le tariffe relative alle prestazioni ivi indicate sono quelle stabilite nel D.M. 22.07.1996 e nelle Deliberazioni di Giunta Regionale indicate nella medesima delibera (che riguardano poche prestazioni.

Comunque nello stesso atto deliberativo viene precisato che il Nomenclatore Tariffario Regionale è da ritenersi efficace fino all'adozione di eventuale nuovo Nomenclatore Nazionale.

Si ritiene pertanto che anche in questo caso si rientri nei tetti di cui al D.M. 12.9.2006.

1.1.2 Patto per la salute e legge finanziaria 2007

Nel quadro normativo sopra descritto si inserisce il nuovo Patto per la salute sottoscritto da Governo e Regioni il 28.09.2006 e i cui contenuti sono stati trasfusi nella finanziaria 2007 (L 296/06).

Tale Patto introduce novità importanti rispetto al passato, in particolare con riferimento alle disposizioni relative agli impegni delle Regioni interessate ai Piani di rientro, che di seguito sinteticamente vengono illustrate:

I. Accesso al fondo transitorio (punto 3 del Patto per la salute e articolo 1, comma 796, lettera b, della legge finanziaria per l'anno 2007)

- sottoscrizione dell'accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, comprensivo di un Piano di rientro;
- indicazione sia delle misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli Essenziali di Assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente DPCM di fissazione dei LEA, sia delle misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010, sia gli obblighi e le procedure previsti dall'articolo 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005.
- istituzione di un Fondo transitorio per le regioni in difficoltà il cui accesso è subordinato alla sottoscrizione del suddetto accordo;
- l' accesso presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'aliquota di addizionale Irpef e della maggiorazione Irap.
- indicazione, qualora durante il procedimento di verifica annuale del piano si prefiguri il mancato rispetto di parte degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo contenuti nel piano di rientro, delle misure equivalenti che la Regione può proporre e che devono essere approvate dal Ministero della salute e dell'economia e finanze.

- indicazione che , in ogni caso l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta che, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all'integrale copertura dei mancati obbiettivi;
- indicazione che qualora invece sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi è stato conseguito con risultati ottenuti quantitativamente migliori, la regione interessata può ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto.

II. Individuazione delle misure di copertura dei disavanzi pregressi (punto 1.4 del Patto per la salute e articolo 1,comma 796, lettera e) della legge finanziaria per l'anno 2007)

In via straordinaria, per le Regioni che abbiano stipulato l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della richiamata legge 311/2004 sono considerate idonee forme di copertura dei disavanzi pregressi, cumulativamente registrati e certificati fino al 2005, al netto per l'anno 2005 della copertura derivante dell'incremento automatico delle aliquote, in deroga a quanto previsto dalla predetta Intesa, con misure a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate.

III. Accreditamento (punto 4.9 del Patto per la salute e articolo1 comma 796 lettere s),t), u) della finanziaria per l'anno 2007)

E' prevista l'indicazione dei provvedimenti da adottare in materia di cui :

- viene individuata nel 1 gennaio 2008 la data a partire dalla quale devono considerarsi cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- viene individuata nel 1° gennaio 2010 la data a partire dalla quale cessano gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui dell'articolo 8-*quater*, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-*quater*, comma 1 del medesimo decreto;
-viene individuata nel 1° gennaio 2008, la data a partire dalla quale non possono essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi del d. lgs 229/1999, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione ai sensi dell'articolo 8-*quater*, comma 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Tale provvedimento è trasmesso al Comitato di verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Per le Regioni impegnate nei Piani di rientro, le sopra menzionate date del 1° gennaio 2008 sono anticipate al 1° luglio 2007 per le regioni nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si sia provveduto ad adottare o aggiornare, adeguandoli alle finalità del Patto i provvedimenti di cui all'articolo 8 quinquies commi 1 e 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni.

IV. Piano regionale di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera (punto 4.18 del Patto per la salute e articolo 1, comma 796, lettera l, punto 2) della legge finanziaria per l'anno 2007)

V. Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio (articolo 1, comma 796, lettera o) della legge finanziaria per l'anno 2007)

L'obiettivo del piano, da adottare entro il 28.2.2007, e' l'adeguamento degli standard

organizzativi e di personale coerenti con i processi di efficientamento resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate.

V bis -Adozione dei provvedimenti regionali , in attuazione delle modifiche da apportarsi al DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei LEA finalizzate all'inserimento , nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, delle prestazioni già erogate in regime di ricovero ospedaliero, nonché alla integrazione e modificazione delle soglie di appropriatezza per le prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario diurno. (articolo 1, comma 796 , lettera q) della legge 27 dicembre 2006, n. 296)

VI. Adozione di provvedimenti per recuperare le somme dovute dai cittadini , anche esenti, in caso di mancato ritiro di risultati di visite o esami diagnostici con decorrenza 1° gennaio 2007 (articolo 1 comma 796, lettera r) della legge finanziaria per l'anno 2007)

VII. Previsione di assumere come base d'asta nel 2007 sulla base dei piu' bassi prezzi unitari di acquisto dei dispositivi medici e invio al ministero dei dati relativo al biennio 2005-2006 (articolo1, comma 796, lettera v) della legge finanziaria per l'anno 2007)

VIII. Disposizioni da adottare entro il 28 febbraio 2007 per individuare i responsabili dei procedimenti applicativi delle disposizioni in materia di off label (articolo 1, comma 796, lettera z) della legge finanziaria per l'anno 2007)

IX. Impegno generale a dare attuazione a tutti i provvedimenti amministrativi che verranno adottati in attuazione del patto per la salute con riferimento a:

-lea;
-indicatori;
-programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel ssn;
-indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino;
-diffusione di linee guida e protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura;
-indirizzi per la razionalizzazione della funzione ospedaliera;
-indirizzi per garantire l'integrazione tra erogatori pubblici e privati in relazione all'esigenza della qualita' nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;
-invio di dati al nsis per il monitoraggio delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e farmaceutica convenzionata, distribuzione diretta dei farmaci, distribuzione per conto e monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera, assistenza protesica e assistenza integrativa.

X. Adeguamento alle disposizioni in materia di personale (articolo 1, comma 565, della legge finanziaria per l'anno 2007 e patto per la salute)

XI . Alla verifica degli adempimenti conseguenti provvede il tavolo ex articolo 12 (punto 3.1 patto e art. 1, comma 796 lettera c) della legge finanziaria per l'anno 2007).

1.1.3 Accordi di programma

La Regione si impegna a garantire che i programmi di cui agli Accordi di programma ai sensi dell'articolo 5bis del dlgs 30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni siano coerenti con gli interventi previsti dal presente Piano.

1.1.4 Verifica dell'erogazione dei LEA

La Regione si impegna a fornire gli elementi documentali per la verifica degli adempimenti 2005 sia al Tavolo per la verifica degli adempimenti presso il Ministero dell'economia e finanze di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 e al Comitato LEA di cui all'articolo 9 della medesima Intesa.

Aseguito degli esiti della verifica effettuata dal Comitato nella seduta del 2 febbraio 2007 per i seguenti aspetti relativi agli adempimenti fissati dall'Intesa in relazione al Piano di rientro dei disavanzi presentato dalla Regione Abruzzo, la Regione con il presente Piano si impegna a:

1. Migliorare, intermini di completezza e qualità, tutti i flussi del Sistema Informativo Sanitario ed in particolare i modelli STS21,STS24,HSP24,FLS21, che , allo stato attuale, presentano le maggiori criticità

2. Trasmettere telematicamente al Ministero della salute il flusso informativo dei dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci di classe A (contenente informazioni relative a: primo ciclo di terapia, farmaci inseriti nel PHT e altri farmaci eventualmente oggetto di distribuzione diretta, distribuzione di farmaci "per conto"), istituito nell'ambito del NSIS. per verificare che l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza farmaceutica sia contenuto entro i tetti fissati dalla legislazione vigente (13% per la spesa territoriale e 16% per la spesa complessiva, ai sensi dell'articolo 48 del decreto - legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326)

3. Adottare la deliberazione di recepimento del DPCM 28 novembre 2003 di modifica del DPCM 29 novembre 2001 entro 15 giorni dalla data di approvazione del presente Piano;

4. Approvare il disegno di legge regionale in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale di cui alla delibera n.122/2007 entro 30 giorni dalla data di approvazione del presente Piano.

5. Adempiere con il presente Piano, con riferimento alla trasmissione al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze dei provvedimenti con i quali sono stati adottati i contenuti degli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni successivamente all'entrata in vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, limitatamente agli accordi rilevanti, ai fini dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, con il recepimento degli accordi riportati nell'APPENDICE B .allegato Piano di rientro.

6. Adottare, con il presente Piano, i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo entro l'anno 2009 il raggiungimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti di cui quelli in regime diurno, di norma pari al 20% (cfr. § 2.1.1. - Obiettivo N1) , precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica;

7. Adottare, entro il 30 settembre 2007, un nuovo strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti, dopo averlo concordato con il Ministero della salute e dell'economia e finanze;

8. Adottare una delibera di recepimento del DM 19 settembre 2006 sulle tariffe entro il 31 marzo a modifica delle deliberazioni precedentemente approvate in materia;

9. Promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione;

10. Garantire l'adozione di adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera. Si riportano in **APPENDICE**

E le "Linee guida sulle Cure domiciliari" che verranno approvate dalla Giunta Regionale entro il 15 marzo p.v.. Contengono, tra l'altro, gli strumenti di Valutazione Multidimensionale, le schede per le Dimissiioni Protette, la definizione delle funzioni del Punto Unico di Accesso. Si ricorda altresì che è stata conclusa la fase di sperimentazione del sistema RUG III per le RSA. Si prevede che il sistema RUG III verrà adottato entro la fine del 2007, come sistema per l'analisi del case-mix di tutto il sistema residenziale.

1.2 Contesto epidemiologico

1.2.1 Popolazione

Al 1° gennaio 2005 la popolazione abruzzese è composta da 1.299.272 residenti, le persone con 65 anni e oltre (indice di invecchiamento) rappresentano il 21,1% (Tasso nazionale: 19,5%) con un indice di vecchiaia del 155,2 (Tasso nazionale: 137,7).

Al 1° gennaio 2004 le persone con 65 anni e più erano 268.521; indice di invecchiamento: 20,9% (Tasso nazionale: 19,2%); indice di vecchiaia: 153,0 (Tasso nazionale: 135,4). L'indice di invecchiamento per le donne è del 23%, per gli uomini del 18%. Nel 2004 il tasso di natalità è 8,6‰ (Tasso nazionale: 9,7‰), il tasso di mortalità è 10,1‰ (saldo nati – morti: - 1.974); il saldo migratorio è + 15.350. Il saldo naturale è negativo dal 1993, il saldo migratorio mostra un picco nel 2002-2004. Il tasso di natalità scende dal 10,0‰ del 1992 (Tasso nazionale: 10,1‰) all'8,4‰ del 1999. L'indice di invecchiamento sale dal 14,1% del 1984 al 21,1% del 2004; la popolazione con meno di 15 anni varia dal 20,6% del 1982 al 13,6% del 2005.

Su un totale di 305 Comuni, 25 registrano un numero di residenti superiore alle 10.000 unità, prevalentemente situati sulla fascia costiera, mentre sono oltre 100 i Comuni con meno di 1.000 abitanti (zone interne/montane). L'indice di invecchiamento varia da un minimo del 12% ad un massimo del 57% per Comune; nella metà dei Comuni, prevalentemente situati nelle zone interne/montane, tale indice supera il 25%.

Al 1° gennaio 2005 l'Anagrafe Sanitaria registra 1.284.002 assistiti. L'analisi dell'Anagrafe dei Medici di Medicina Generale (con almeno 50 assistiti) mostra una media di 1.077 assistiti (52-1.830), con percentuali di anziani variabili dal 4% al 64% (media: 26%).

1.2.2 Stato di salute e bisogni

Nel confronto sullo stato di salute regionale, rispetto allo standard nazionale, gli indicatori sono complessivamente migliori, sia per il tasso di mortalità totale standardizzato (inferiore del 10% nel 2003), sia per malattie cardiovascolari, sia per i tumori ed altre condizioni croniche (inferiori del 10-20%, fino al 35-40% per i tumori di polmone, mammella, utero e vescica). Inoltre, per molte patologie si registrano importanti riduzioni di mortalità negli ultimi 15 anni. Le frequenze di notifica delle malattie infettive non mostrano particolari scostamenti rispetto all'andamento nazionale. L'incidenza dei casi di AIDS, inferiore rispetto alla media nazionale, è di circa 20 nuove notifiche/anno (1,7 x 100.000); nel periodo luglio 2004-giugno 2005 sono stati registrati 27 nuovi casi; la mortalità è in diminuzione e, pertanto, la prevalenza è in aumento (casi totali) anche se pari a meno della metà della frequenza nazionale (14,9 x 100.000 vs Italia: 34,1). In antitesi è da rilevare una maggiore incidenza in materia di **infortuni sul lavoro** che, nonostante registrino una lieve riduzione nei periodi 1996-2000 e 2001-2004 sulla base degli indici di frequenza ed incidenza, posizionano comunque l'Abruzzo fra le Regioni a più alto rischio relativo e con aumento assoluto di eventi. Anche il rischio di morbi-mortalità da **incidenti stradali** è più elevato in Abruzzo rispetto allo standard nazionale.

Dal momento che la popolazione abruzzese tende ad essere più anziana della media nazionale, nel caso di alcune patologie croniche il maggior numero di casi/anno è dovuto all'invecchiamento, ed alla migliore sopravvivenza, superando i casi incidenti per età, determinando una frequenza di casi totali più alta rispetto alla media nazionale (prevalenza maggiore del 10-20% per cardiopatie ischemiche, ipertensione, patologie respiratorie, artrosi/artriti), mentre per altre malattie l'effetto combinato di invecchiamento, incidenza e sopravvivenza sembra determinare una prevalenza inferiore (tumori).

Con riferimento ai dati Istat sulle **disabilità** le Regioni del Centro, fra cui l'Abruzzo,

registrano prevalenze più alte del Nord ed inferiori rispetto al Sud, soprattutto nelle forme più gravi di disabilità e non autosufficienza fra gli anziani (disabilità su popolazione totale: 2-3% vs 5-6% nel Sud). In particolare, su circa 60.000 pazienti con disabilità stimati in Abruzzo, 50.000 sono **anziani** (83,3%), pari ad un tasso di disabilità del 20% fra le persone con età >= 65 anni, di cui circa **il 2-3% con disabilità gravi / in condizione di non autosufficienza** (5.000-8.000). Dati preliminari rilevati in Medicina Generale registrano frequenze di non autosufficienza grave / completa fra gli anziani pari al 3,9%, sia in zone costiere che interne/montane. Fra gli anziani la stima dei casi di **demenza** è di circa **15.000 (6%)**, di cui oltre 2.500 gravi (1-2%). Il numero di pensioni per inabilità registrate al 2003 è pari a 47.560 (Inps). Pur essendo la frequenza assoluta di patologie molto alta nei grandi centri, i carichi assistenziali da cronicità sono relativamente più elevati nei piccoli centri montani, dal momento che le frequenze di anziani arrivano ad oltre il 60%.

Al di là dell'invecchiamento - che rappresenta comunque un fenomeno di salute positivo della popolazione, oltre che di maggiori carichi assistenziali ed economici - i profili favorevoli di morbi-mortalità potrebbero essere associati (in coorti e periodi precedenti) sia a fattori economici, socio-culturali ed ambientali protettivi/di minor rischio (stili di vita sani, minore abitudine al fumo, fattori alimentari protettivi, attività fisica) sia, probabilmente in misura minore, ad interventi preventivi del sistema sanitario, dal momento che per alcuni settori gli interventi sono da ottimizzare.

A fronte di un profilo di mortalità della popolazione abruzzese nel periodo 1997-2001 complessivamente migliore rispetto alla media nazionale, gli indicatori di mortalità evitabile - con prevenzione primaria, diagnosi precoce/terapia ed assistenza sanitaria/igiene - mostrano variazioni fra ASL e territori (tassi di mortalità annui standardizzati), con eccessi di rischio che arrivano al 24% nel confronto con la media regionale e al 45% fra ASL con tassi estremi (viceversa, le riduzioni di rischio vanno dal 5-15% dei confronti regionali al 30% fra ASL).

Nel 2004 la frequenza di donne 45-69 anni sottoposte a mammografia è del 13% (intervallo fra ASL: 6%-20%) (rilevazioni ASL su modelli ministeriali; dati di Pescara non trasmessi). Nelle aree coperte dal progetto di screening mammografico (50-70 anni) le frequenze arrivano al 45-59% (variabili fra periodi e territori coperti). La frequenza di donne 25-65 anni che hanno effettuato pap-test è del 10% (intervallo fra ASL: 2%-17%). Nelle aree coperte dal progetto di screening citologico del cervicocarcinoma le frequenze stimate / anno superano il 20%. Tali stime, variabili fra periodi e territori, contribuiscono ad accentuare l'aspetto "a macchia di leopardo" degli interventi erogati a livello regionale, con differenze fra territori evidenziate da rapporti fra tassi ASL di 2-3 volte.

Il controllo adeguato delle malattie infettive è coerente con i dati di copertura vaccinale dell'età pediatrica (anno 2004); anche se i valori morbillo/parotite/rosolia (86,7%) sono superiori a quelli nazionali (85,5%), la copertura è ancora al di sotto delle raccomandazioni. La frequenza di vaccinazione antinfluenzale fra gli anziani nel periodo 2004-2005 è del 70% (Italia: 67%).

1.2.3 Sistema sanitario: offerta, domanda ed utilizzo di servizi e risorse, principali criticità del sistema.

A fronte di minori bisogni rilevati nel periodo 1994-1998 con indicatori di morbi-mortalità costruiti dall'Istat (16° rango), il Servizio Sanitario d'Abruzzo delineato nel Piano Sanitario Regionale 1999-2001 (luglio 1999) registra un'offerta più alta rispetto alle altre Regioni (medici e posti ospedalieri: 8° rango; 1° per offerta ospedaliera). Per quanto concerne la spesa, nel periodo 1995-2002 l'Abruzzo registra il più elevato incremento a livello interregionale (89% vs media del 64%). Nel 2002 l'analisi per livelli di assistenza mostra un eccesso relativo per la spesa ospedaliera (49,0% vs standard del 46,6%) ed un difetto per l'assistenza distrettuale e collettiva in ambiente di vita e di lavoro (46,4% e 4,6% vs standard del 50% e 5%). Nel 2003 e 2004 la spesa ospedaliera raggiunge il 49% e 49,3%, mentre la spesa per l'assistenza distrettuale scende al 43%[3] Sulla base dei dati economico-finanziari preliminari del 2005 la ripartizione dei fattori produttivi si mantiene in linea con i dati del 2004, pertanto tuttora inadeguata (rispetto allo standard del 44-45%).

[3] (Relazione della Corte dei Conti 2004; elaborazioni da mod. LA del Servizio Risorse Finanziarie della Direzione Sanità, nota prot. n. 23438/3 del 28.09.2005).

Rispetto al quadro epidemiologico registrato, il sistema sanitario mostra in termini di offerta:

- **un'elevata offerta ospedaliera,** con un quadro di forte disomogeneità di dotazioni di PL fra ASL non correlate ai bisogni territoriali (dal 6,7‰ al 4,1‰) e da importanti eterogeneità quali-quantitative per discipline e con una carenza generalizzata di day hospital/day surgery e della lungodegenza.
- **un'elevata offerta riabilitativa residenziale per pazienti con disabilità fisiche e per pazienti con disabilità psichiche.** Il profilo di offerta residenziale destinata a pazienti con disabilità, non autosufficienti anziani e psichiatrici (riabilitazione, residenze sanitarie assistenziali, centri residenziali) mostra importanti disomogeneità fra territori ed ASL, con rapporti fra indici che arrivano a 7 volte per l'assistenza residenziale per anziani, a 10-20 volte per la riabilitazione e a 5-6 volte per l'assistenza domiciliare integrata.
- **una carenza relativa dei servizi di assistenza domiciliare e territoriale/ambulatoriale e di integrazione/continuità assistenziale con la medicina generale.**

Sono di seguito riportati alcuni dettagli su offerta/utilizzo per l'assistenza ospedaliera e territoriale/residenziale.

Per quanto concerne i **PL ospedalieri** (dotazione di 35 istituti che producono SDO: 22 ospedali pubblici e 13 case di cura private), il PSR 1999-2001 prevede 7.252 PL (rispetto allo standard del 5,5‰ con riferimento a 1.300.000 abitanti) pari ad un tasso del 5,66‰ su popolazione al 2000, di cui 957 per riabilitazione e lungodegenza - R/LD: 0,75‰ (R: 743 - 0,58‰; LD: 214 - 0,17).

Al 03.02.2004 (ricognizione ispettiva) il sistema registra 6.940 PL (5,45‰: 4,87‰ acuti; 0,59‰ R/LD); i PL di LD sono 97 (0,08‰), i PL di R sono 648 (0,51‰).

Nel luglio 2006 si è proceduto alla ricognizione dei posti letto effettivamente attivati al 31 12 2005. Tale ricognizione è stata "certificata" dalle Direzioni sanitarie aziendali. La dotazione di PL nel 2005 è risultata pari a 6.480, 5.139 nel pubblico (79%) e 1.341 nel privato (21%): i PL complessivi per acuti sono 5.775 e quelli per i post-acuti sono 705. Nel pubblico i PL per acuti sono 4.921 (85% sul totale acuti) e quelli post-acuti 218 (31% sul totale post-acuti). Nel privato i PL per acuti sono 854 (15% sul totale acuti) e quelli post-acuti 487 (69% sul totale post-acuti)..

Nella tabella che segue vengono riportati i dati ministeriali. **Per i calcoli relativi al piano di rientro sono stati utilizzati come base i dati risultanti dalla ricognizione del luglio 2006**.

Offerta ospedaliera della regione Abruzzo (elaborazione su dati SIS)

Posti letto in anagrafe al 31.12.2005

	Popolazione stimata al 1.1.06	p.l. in anagrafe pubblici acuti	per mille ab.	p.l. in anagrafe pubblici non acuti	per mille ab.	p.l. in anagrafe provvisoriamente accreditati acuti	per mille ab.	p.l. in anagrafe provvisoriamente accreditati non acuti	per mille ab.	Totale p.l. in anagrafe acuti	per mille ab.	Totale p.l. in anagrafe non acuti (	per mille ab.	Totale p.l. in anagrafe	per mille ab.
attuale	1.305.307	5.153	3,95	234	0,18	861	0,66	497	0,38	6.014	4,61	731	0,56	6.745	5,17
prevista	1.305.307									**4.569**	3,5	**1.305**	1,0	**5.874**	4,5
eccedenza										1.445		-574		871	

Posti letto in esercizio al 31.12.2005

	Popolazione stimata al 1.1.06	p.l. in esercizio pubblici acuti	per mille ab.	p.l. in esercizio pubblici non acuti	per mille ab.	p.l. in esercizio provvisoriamente accreditati acuti	per mille ab.	p.l. in esercizio provvisoriamente accreditati non acuti	per mille ab.	Totale p.l. in esercizio acuti	per mille ab.	Totale p.l. in esercizio non acuti	per mille ab.	Totale p.l. in esercizio	per mille ab.
attuale	1.305.307	4964	3,80	218	0,17	595	0,46	284	0,22	5.559	4,26	502	0,38	6.061	4,64
prevista	1.305.307									**4.569**	3,5	**1.305**	1,0	**5.874**	4,5
eccedenza										990		-803		187	

I PL del 2005 (6.595) registrano una riduzione di 345 unità rispetto alla dotazione del 2004 (6.940), corrispondente ad una riduzione di 422 PL ordinari (5.984 vs 6.406) e ad un aumento di 77 PL per ricoveri diurni (534 vs 611). La differenza complessiva di 657 PL pubblici fra PSR e dotazione 2005 (PL mai attivati e/o disattivati a livello di ASL/Presidio) è pari all'11% dei posti pubblici.

L'offerta di PL più elevata si registra nella ASL di Chieti (6,69‰,) seguita da L'Aquila (5,88‰,), quella più bassa nelle ASL Lanciano-Vasto (4,16‰) e Teramo (4,13‰). Oltre alla carenza generalizzata di PL di lungodegenza, si registrano eterogeneità quali-quantitative fra ASL (es.: offerta PL di riabilitazione, dai tassi di 0,00 e 0,01‰ delle ASL di Lanciano-Vasto e Teramo all'1,04‰ della ASL di Chieti).

Nel 2004 il tasso di ospedalizzazione totale è 276‰ (ordinari acuti: 195‰), sostanzialmente stabile rispetto al 2002; escludendo le dimissioni dei residenti abruzzesi fuori regione il tasso intraregionale è 249‰ (ordinari acuti: 176‰); per i day-hospital acuti si registra un tasso intraregionale del 62‰ (25% della domanda). L'andamento dei tassi di ospedalizzazione nel periodo 1998–2004 evidenzia un incremento dei ricoveri in day-hospital, fenomeno che determina l'aumento del tasso totale nel periodo (242-276‰, 214-249‰). I tassi di ospedalizzazione abruzzesi sono i più elevati a livello interregionale: considerando l'anno 2003, per il quale sono disponibili i dati di tutte le regioni (Ministero della Salute), il tasso di ospedalizzazione standardizzato per ricoveri acuti in regime ordinario dell'Abruzzo è pari a 190,5‰, seguito da quello della Puglia con 180,1‰; a confronto, il tasso medio nazionale è 146,1‰ mentre il tasso più basso è registrato in Piemonte: 110,4‰.

Il tasso intra-ASL (residenti della propria ASL), in media pari a 195‰, varia dal 241‰ e 239‰ delle ASL di L'Aquila e Chieti al 174‰ e 166‰ delle ASL di Teramo e Lanciano-Vasto (in correlazione con l'offerta); tale andamento è meno evidente per il tasso intraregionale, rispetto al quale soprattutto la ASL di Pescara registra un aumento di domanda per la mobilità passiva intraregionale, mentre rimangono inferiori i tassi delle ASL di Teramo e Lanciano-Vasto. Gli indicatori di mobilità passiva intraregionale ed interregionale devono essere letti contestualmente ai dati complessivi di domanda. Rapportati a 100 ricoverati, i tassi di emigrazione intraregionali più elevati si registrano per le ASL di Lanciano-Vasto e Pescara (24% e 29%) (vs 61‰ e 82‰ residenti), mentre il tasso di emigrazione fuori regione più elevato si registra nella ASL di Teramo (17%, vs 45‰ residenti) (tassi di emigrazione complessivi per le 3 ASL: 32-35%, media regionale: 29%; ASL di Chieti e L'Aquila: 19 e 16%). Considerando i tassi di immigrazione - più elevati per le ASL di Chieti, L'Aquila e Pescara – e rapportandoli ai tassi di emigrazione, si ottengono gli indici di fuga, che risultano più elevati per le ASL di Lanciano-Vasto (soprattutto fuori ASL verso Chieti) e Teramo (soprattutto fuori regione), seguiti dalle ASL di Pescara e Avezzano-Sulmona; in maniera speculare, gli indici di attrazione risultano più elevati per le ASL di Chieti (da fuori ASL e regione) e L'Aquila (soprattutto da fuori regione). Pertanto, anche gli indicatori di emigrazione/fuga sembrano registrare una correlazione (inversa) con l'indice di PL per ASL.

Con riferimento a tutte le SDO del 2004 prodotte nelle strutture abruzzesi, il tasso di occupazione (TO) regionale dei posti letto ordinari (5.984), calcolato escludendo i ricoveri di 0 giorni (entrati/usciti, E/U), è 82,4%. Il TO regionale calcolato includendo i ricoveri di 0 giorni (E/U) fra le giornate maturate è 83,2% (da confrontare con il TO 2003 riportato nella Relazione Sanitaria 2004). La frequenza dei ricoveri con 0 giorni (E/U) è del 6,3%. Il TO regionale, pari all'82.4% (pubblico: 80,0%, privato: 90,9%), varia dal 91,5% della ASL di Chieti al 71,5% della ASL Lanciano-Vasto. Sulla base della presenza media sono stimati 4.934 posti letto effettivamente utilizzati. Su 70 codici di specialità cliniche e discipline ospedaliere il database regionale ne registra 43 (inclusi i codici per nido, detenuti e day hospital), per un totale di 390 unità operative accorpate in discipline nei 35 istituti di ricovero (pari a 447 unità operative distinte); escludendo le discipline di terapia intensiva (24), unità coronarica (13), terapia intensiva neonatale (5), riabilitazione (22), lungodegenza (9), nido (10) e detenuti (4), le unità operative/discipline sono 303. In 92 unità operative/discipline (30,4%) il tasso di occupazione dei PL (TO) registra valori inferiori al 60%. Tali unità corrispondono a 20 discipline (le più frequenti sono: otorinolaringoiatria, oculistica, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, pediatria, ortopedia, nefrologia, chirurgia plastica, dermatologia, urologia, gastroenterologia, malattie endocrine e del ricambio, medicina generale). In seguito alla riduzione dei PL nel 2004, i TO di 63 discipline restano inferiori al 60% (20,8%).

La frequenza dei ricoveri ordinari acuti relativi ai 43 DRG a rischio di inappropriatezza

organizzativa (26 medici e 17 chirurgici) (DPCM 29.11.2001), ossia di prestazioni erogabili in regime diurno, ambulatoriale o territoriale (residenziale o domiciliare), è pari al 16% della casistica regionale (al lordo delle soglie di ammissibilità) (intervallo: 8%-49%).

Rispetto al TO regionale dell'82%, sulla base della presenza media sono stimati 4.934 PL effettivamente utilizzati nell'anno rispetto a 5.984 attivati (differenza: 1.050 per un TO del 100%). Escludendo 597 PL ordinari di riabilitazione e 97 di lungodegenza, il TO dei PL ordinari acuti (5.290) è 79,4%, con una presenza media di 4.201 (differenza PL attivati – PL simulati: 1.089). Escludendo i ricoveri ordinari acuti relativi ai 43 DRG a rischio di inappropriatezza, il TO è 71,2% con una presenza media di 3.765 (differenza PL attivati – PL simulati: 1.525, di cui 436 attribuibili ai DRG inappropriati e 1.089 agli altri ordinari acuti).

Rispetto a 818 PL ordinari attivati nelle chirurgie generali, la presenza media è 653 al lordo di tutte le dimissioni (scarto PL: 165); il 48% dei DRG prodotti è di tipo chirurgico (intervallo: 25%-94%).

Il TO calcolato escludendo i ricoveri di mobilità (occupazione media dei PL per i residenti ASL) è pari al 58%, variabile dal 48% della ASL di Cheti al 70% della ASL di Teramo.

In molti territori / bacini di utenza con bassi tassi di occupazione dei posti letto si registrano alte frequenze di mobilità fuori ASL e fuori Regione per ricoveri ordinari nelle stesse discipline ospedaliere sottoutilizzate.

Il numero di posti letto (PL) accreditati relativo alle **Residenze Sanitarie Assistenziali** (RSA) per anziani disabili gravi / non autosufficienti è di 946. I PL relativi ai **Centri Residenziali** (CR: strutture residenziali che erogano assistenza socio-sanitaria a disabili ed anziani non autosufficienti) sono 1.006. A questa offerta vanno aggiunti 1.185 PL accreditati dei **Centri di Riabilitazione** per disabilità (**ex art. 26**) e 108 PL **RSA disabili**.

Dall'indagine promossa dalla ASR-Abruzzo sulle **Cure Domiciliari**, nella Regione Abruzzo, nel 2005, le cure domiciliari sono state erogate principalmente nella forma di ADP (38%); seguono quelle di ADI 1 (25%) (Assistenza domiciliare preceduta dalla valutazione del caso da parte dell'UVM e dalla redazione del piano assistenziale individuale), le restanti tipologie di assistenza mostrano percentuali di erogazione inferiore pari al 15% in ADI semplice , 17% in AID e solo il 5% nella forma complessa di ADI 2 , che prevede il coinvolgimento dei servizi sociali. Nell'anno 2005 le cure domiciliari hanno riguardato **17.760** Assistiti (ADP, 6.893; AID, 2.957; ADI semplice, 2.596; ADI 1, 4.405; ADI 2, 909).

1.3 Contesto economico e finanziario

1.3.1 Serie Storica dei Modelli CE 2001-2006

Riclassificati

MODELLI C.E.	2001	2002	Δ%	2003	Δ%	2004	Δ%	2005	Δ%	2006
MODELLI CE RICLASSIFICATI										
valore della produzione										
- contributi F.S.R.	1.444	1.608	11,3%	1.673	4,0%	1.733	3,6%	1.946	12,3%	2.018
- saldo di mobilità	11	10	-13,0%	14	43,8%	29	101,5%	12	-58,3%	12
- entrate proprie	52	54	3,3%	57	6,6%	61	6,2%	60	-1,6%	62
totale entrate	**1.508**	**1.672**	10,8%	**1.744**	**4,3%**	**1.822**	**4,5%**	**2.018**	**10,8%**	**2.092**
costi della produzione										
- assistenza farmaceutica convenzionata	282	288	2,2%	278	-3,5%	277	-0,4%	275	-0,7%	289
- assistenza sanitaria di base	113	114	0,8%	113	-0,9%	111	-1,6%	131	17,8%	133
- assistenza convenzionata esterna	270	319	17,9%	338	6,2%	366	8,3%	405	10,6%	410
- altri costi esterni	17	23	31,4%	23	3,2%	24	3,7%	29	19,8%	31
totale costi esterni	**683**	**743**	8,9%	**753**	**1,2%**	**778**	**3,4%**	**840**	**7,9%**	**863**
prodotti farmaceutici	53	69	30,1%	82	18,5%	93	13,2%	106	14,0%	118
acquisto di beni	126	134	7,1%	140	4,1%	151	7,7%	155	2,9%	168
acquisto di servizi	123	140	13,3%	153	9,8%	162	5,9%	194	19,5%	196
costi del personale	634	650	2,4%	673	3,6%	677	0,7%	755	11,5%	755
accantonamenti	11	10	-9,1%	9		10		35	250,0%	3
oneri fiscali	47	49	4,8%	50		51		53	3,6%	56
oneri finanziari	2	2	49,4%	4		4		10	130,9%	19
altri costi interni	30	31	3,3%	35	12,9%	42	20,0%	36	-14,3%	32
totale costi interni	**1.026**	**1.086**	5,9%	**1.147**	**5,6%**	**1.191**	**3,8%**	**1.345**	**12,9%**	**1.347**
totale costi della produzione	**1.709**	**1.830**	7,1%	**1.900**	**3,8%**	**1.970**	**3,7%**	**2.185**	**10,9%**	**2.210**
Saldo gestione straordinaria + costi intramoenia e variazioni rimanenze	(8)	9	-218,1%	96	970,1%	10	-90,0%	72	651,7%	15
totale costi	**1.701**	**1.839**	8,1%	**1.996**	**8,5%**	**1.979**	**-0,8%**	**2.257**	**14,0%**	**2.225**
risultato dell'esercizio	**(193)**	**(167)**	-13,4%	**(251)**	**50,3%**	**(157)**	**-37,6%**	**(238)**	**52,0%**	**(133)**

Originari

Codice Voce Ce	Descrizione	Consuntivo 2001	Consuntivo 2002	Consuntivo 2003	Consuntivo 2004	Consuntivo 2005	IV Trimestre 2006
	A) Valore della produzione						
A0010	A.1) Contributi in c/esercizio	1.445.883	1.608.010	1.672.985	1.733.247	1.736.868	1.765.014
A0020	A.1.a) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	1.444.477	1.607.814	1.672.632	1.732.723	1.736.241	1.764.429
A0030	A.1.b) da enti pubblici per ulteriori trasferimenti	1.134	31	142	305	84	405
A0040	A.1.c) da enti privati	272	165	211	219	543	180
A0050	A.2) Proventi e ricavi diversi	285.614	141.348	149.326	162.051	151.550	159.119
A0060	A.2.a) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti pubblici	260.581	115.264	120.787	130.723	120.775	127.134
A0070	A.2.a.1) ad altre ASL e A.O. della Regione	141.988					
A0080	A.2.a.2) ad altri soggetti pubblici della Regione	909	1.475	593	568	551	424
A0090	A.2.a.3) a soggetti pubblici extra Regione	117.684	113.789	120.194	130.155	120.224	126.710
A0100	A.2.b) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati	7.168	8.408	8.913	10.255	9.899	10.067
A0110	A.2.c) per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	11.746	13.397	14.627	15.858	16.003	16.326
A0120	A.2.d) per prestazioni non sanitarie	1.487	878	848	1.297	822	793
A0130	A.2.e) fitti attivi	771	738	636	573	798	785
A0140	A.2.f) altri proventi	3.861	2.663	3.515	3.345	3.253	4.014
A0150	A.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	1.949	3.532	4.299	4.586	3.984	4.013
A0160	A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	23.720	24.030	24.184	24.507	23.777	24.656
A0170	A.5) Costi capitalizzati	32.187	34.570	34.860	33.319	33.056	34.436
A0180	A.5.1) da utilizzo contributi in c/capitale	28.807	31.748	31.620	33.319	33.056	34.436
A0190	A.5.2) da costi sostenuti in economia	3.380	2.822	3.240			
A9999	**Totale valore della produzione (A)**	**1.789.353**	**1.811.490**	**1.885.654**	**1.957.710**	**1.949.235**	**1.987.238**

Codice Voce Ce	Descrizione	Consuntivo 2001	Consuntivo 2002	Consuntivo 2003	Consuntivo 2004	Consuntivo 2005	IV Trimestre 2006
B0010	**B.1) Acquisti di beni**	**178.960**	**203.426**	**222.301**	**243.981**	**261.904**	**285.676**
B0020	B.1.a) Prodotti farmaceutici	53.414	68.945	82.330	93.232	106.311	117.974
B0030	B.1.b) Emoderivati e prodotti dietetici	1.968	613	2.457	1.617	1.633	9.301
B0040	B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)	2.949	2.573	2.809	3.745	3.747	3.952
B0050	B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici	27.079	27.150	28.531	34.478	40.023	41.001
B0060	B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	7.851	9.774	9.140	9.266	6.418	6.630
B0070	B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	50.096	54.617	56.389	57.441	60.285	63.564
B0080	B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	23.396	26.678	28.254	30.793	30.697	31.049
B0090	B.1.h) Prodotti farmaceutici per uso veterinario	51	39	49	52	88	92
B0100	B.1.i) Materiali chirurgici, sanitari e diagnostici per	239	294	204	189	186	155
B0110	B.1.j) Prodotti alimentari	2.973	3.068	2.840	2.866	3.277	3.088
B0120	B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	1.022	1.039	1.122	1.015	881	890
B0130	B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	1.946	1.690	1.187	1.010	1.197	1.067
B0140	B.1.m) Supporti informatici e cancelleria	1.499	1.942	2.118	2.186	2.022	2.390
B0150	B.1.n) Materiale per la manutenzione di -	2.255	2.394	2.725	4.206	3.267	2.928
B0160	B.1.n.1) - immobili e loro pertinenze	912	881	949	1.709	876	681
B0170	B.1.n.2) - mobili e macchine	105	28	48	17	14	72
B0180	B.1.n.3) - attrezzature tecnico scientifiche sanitarie	1.238	1.485	1.728	2.480	2.377	2.175
B0190	B.1.n.4) - automezzi (sanitari e non)						
B0200	B.1.o) Altro	2.222	2.610	2.146	1.885	1.872	1.595
B0210	**B.2) Acquisti di servizi**	**1.028.655**	**957.748**	**971.867**	**995.860**	**1.093.371**	**1.134.125**
B0220	B.2.1) per medicina di base -	113.085	114.017	112.958	111.196	128.232	132.995
B0221	B.2.1.1) - da convenzione	113.085	114.017	112.958	111.196	128.142	132.895
B0222	B.2.1.2) – da pubblico (ASL della Regione)						
B0223	B.2.1.3) – da pubblico (ASL extra Regione)					90	100
B0230	B.2.2) per farmaceutica -	282.079	288.219	279.099	277.958	275.400	289.639
B0231	B.2.2.1) - da convenzione	282.079	288.219	278.076	276.935	274.874	288.879
B0232	B.2.2.2) – da pubblico (ASL della Regione)						
B0233	B.2.2.3) – da pubblico (ASL extra Regione)			1.023	1.023	526	760
B0240	B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale -	39.862	35.120	31.341	52.031	43.565	47.663
B0250	B.2.3.1) - da pubblico (ASL e Aziende osp. della	6.829	552				
B0260	B.2.3.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della	3		7	20	103	18
B0270	B.2.3.3) - da pubblico (extra Regione)	1.617	1.893	3.552	3.416	1.678	2.111
B0280	B.2.3.4) - da privato	31.413	32.675	27.782	48.595	41.784	45.534
B0290	B.2.4) per assistenza riabilitativa -	96.074	110.180	122.767	123.645	141.833	152.067
B0300	B.2.4.1) - da pubblico (ASL e Aziende osp. della						
B0310	B.2.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della						
B0320	B.2.4.3) - da pubblico (extra Regione)						
B0330	B.2.4.4) - da privato	96.074	110.180	122.767	123.645	141.833	152.067
B0340	B.2.5) per assistenza integrativa e protesica -	16.694	16.561	17.044	17.156	36.477	22.844
B0350	B.2.5.1) - da pubblico (ASL e Aziende osp. della	1.674					
B0360	B.2.5.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della		2.079	2.238	2.221	2.166	1.853
B0370	B.2.5.3) - da pubblico (extra Regione)	4.045				484	546
B0380	B.2.5.4) - da privato	10.975	14.482	14.806	14.935	33.827	20.445
B0390	B.2.6) per assistenza ospedaliera -	360.098	249.464	255.782	259.250	287.578	310.339
B0400	B.2.6.1) - da pubblico (ASL e Aziende osp. della	135.738					
B0410	B.2.6.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della						
B0420	B.2.6.3) - da pubblico (extra Regione)	99.255	102.802	102.431	102.430	113.416	122.291
B0430	B.2.6.4) - da privato	125.105	146.662	153.351	156.820	174.162	188.048
B0440	B.2.7) per altra assistenza -	17.656	27.653	31.517	29.918	30.924	22.572
B0451	B.2.7.1) - da pubblico (ASL e Aziende osp. della				4.130		
B0452	B.2.7.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della		6.800	7.682			
B0453	B.2.7.3) - da pubblico (extra Regione)					36	44
B0460	B.2.7.4) - da privato	17.656	20.853	23.835	25.788	30.888	22.528
B0470	B.2.8) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	11.673	13.312	13.775	14.504	15.145	14.754
B0480	B.2.9) Rimborsi, assegni e contributi	6.244	8.140	8.538	9.277	9.045	9.797
B0490	B.2.9.1) contributi ad associazioni di volontariato	542	1.289	2.501	2.937	2.064	2.379
B0500	B.2.9.2) altro	5.702	6.851	6.037	6.340	6.981	7.418
B0510	B.2.10) Consulenze	7.020	6.957	5.087	6.029	5.942	5.456
B0520	B.2.10.1) sanitarie	2.240	3.226	1.971	2.792	2.477	2.626
B0530	B.2.10.2) non sanitarie	4.780	3.731	3.116	3.237	3.465	2.830
B0540	B.2.11) Altri servizi sanitari	6.193	6.974	6.659	6.836	7.748	19.517
B0550	B.2.11.1) trasporti sanitari per l'emergenza			63	29	3.401	3.276
B0560	B.2.11.2) trasporti sanitari per l'urgenza	4.361	3.595	4.357	4.433	1.630	1.589
B0570	B.2.11.3) altro	1.832	3.379	2.239	2.374	2.717	14.652
B0580	B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)	2.398	2.857	3.726	4.988	7.800	7.777
B0590	B.2.13) Servizi non sanitari	69.579	78.294	83.574	83.072	103.682	98.705
B0600	B.2.13.1) Lavanderia	9.011	13.534	14.189	14.525	16.581	17.111
B0610	B.2.13.2) Pulizia	11.511	12.410	13.717	15.095	17.838	17.582
B0620	B.2.13.3) Mensa	9.388	9.761	10.432	10.833	12.328	12.482
B0630	B.2.13.4) Riscaldamento	2.090	3.082	5.050	4.426	4.613	7.614
B0640	B.2.13.5) Elaborazione dati	1.435	2.222	1.957	2.290	2.661	2.214
B0650	B.2.13.6) Servizi trasporti (non sanitari)	1.407	1.738	2.945	3.937	3.714	3.649
B0660	B.2.13.7) Smaltimento rifiuti	5.139	5.115	5.645	4.876	5.645	5.293
B0670	B.2.13.8) Utenze telefoniche	5.481	5.751	5.789	5.043	5.821	5.729
B0680	B.2.13.9) Altre utenze	16.000	15.984	14.706	13.879	14.165	13.650
B0690	B.2.13.10) Altro	8.117	8.697	9.144	8.168	20.316	13.381
B0700	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	29.050	32.496	39.120	46.017	52.070	51.799
B0710	B.3.a) - agli immobili e loro pertinenze	12.412	14.003	18.266	25.028	28.355	29.172
B0720	B.3.b) - ai mobili e macchine	3.537	3.566	3.756	2.921	3.426	2.361
B0730	B.3.c) - alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	13.042	14.688	16.943	17.976	20.186	18.830
B0740	B.3.d) - per la manut. di automezzi (sanitari e non)	59	239	155	92	103	1.436
B0750	B.4) Godimento di beni di terzi	8.921	11.846	15.076	15.410	16.700	16.413
B0760	B.4.a) Fitti reali	1.705	2.415	2.369	2.378	2.211	1.677
B0770	B.4.b) Canoni di noleggio	5.574	7.244	10.420	10.196	10.897	10.514
B0780	B.4.c) Canoni di leasing operativo	1.397	1.415	1.770	2.258	2.361	2.652
B0781	B.4.d) Canoni di leasing finanziario						
B0790	B.4.e) Altro	245	772	517	578	1.231	1.570
B0800	B.5) Personale del ruolo sanitario	504.663	519.069	539.783	545.755	571.399	601.419
B0810	B.6) Personale del ruolo professionale	1.675	1.737	1.748	1.713	1.682	1.709
B0820	B.7) Personale del ruolo tecnico	83.362	82.783	84.230	82.339	76.129	76.073
B0830	B.8) Personale del ruolo amministrativo	44.562	45.988	47.127	47.530	52.875	56.545
B0840	B.9) Oneri diversi di gestione	20.088	21.033	22.130	29.978	35.996	32.103
B0850	B.9.a) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli	2.946	3.035	3.101	4.663	5.282	4.099
B0860	B.9.b) Premi di assicurazione	9.781	10.790	10.990	16.496	17.613	18.099
B0861	B.9.c) Spese legali	1.457	1.460	1.993	2.245	5.212	3.179
B0870	B.9.d) Altro	5.904	5.748	6.046	6.574	7.889	6.726
B0880	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	386	456	495	570	540	395
B0890	B.11) Ammortamento dei fabbricati	17.687	18.557	18.672	19.151	19.484	19.512
B0900	B.11.a) disponibili	15.438	16.215	16.387	16.802	15.196	17.176
B0910	B.11.b) indisponibili	2.249	2.342	2.285	2.349	4.288	2.336
B0920	B.12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	20.640	25.601	27.414	25.075	25.279	24.889
B0930	B.13) Svalutazione dei crediti	3.615		1.389			
B0940	B.14) Variazione delle rimanenze	1.199	-3.106	1.061	-420	-8.639	-1.309
B0950	B.14.a) sanitarie	573	-2.090	439	-564	-8.701	-1.427
B0960	B.14.b) non sanitarie	626	-1.016	622	144	62	118
B0970	B.15) Accantonamenti tipici dell'esercizio	10.567	10.421	9.350	10.366	89.569	19.048
B0980	B.15.a) per rischi	89	1.076	437	1.000	9.987	3.384
B0990	B.15.b) per trattamento di fine rapporto	3.956	3.574	2.391	3.339	9.662	468
B1000	B.15.c) per premio di operosità (SUMAI)	544	364	454	656	748	732
B1010	B.15.d) altri accantonamenti	5.978	5.407	6.068	5.371	69.172	14.464
B9999	**Totale costi della produzione (B)**	**1.954.030**	**1.928.055**	**2.001.763**	**2.063.325**	**2.288.359**	**2.318.397**

Codice Voce Ce	SEGUE 'Descrizione	Consuntivo 2001	Consuntivo 2002	Consuntivo 2003	Consuntivo 2004	Consuntivo 2005	IV Trimestre 2006
A9999	**Totale valore della produzione (A)**	**1.789.353**	**1.811.490**	**1.885.654**	**1.957.710**	**1.949.235**	**1.987.238**
B9999	**Totale costi della produzione (B)**	**1.954.030**	**1.928.055**	**2.001.763**	**2.063.325**	**2.288.359**	**2.318.397**
	C) Proventi e oneri finanziari						
C0010	C.1) Interessi attivi	8	7	28	20	4	
C0020	C.1.a) su c/tesoreria	5	5		7	2	
C0030	C.1.b) su c/c postali e bancari	3	2	1	1	2	
C0040	C.1.c) vari			27	12		
C0050	C.2) Altri proventi						
C0060	C.3) Interessi passivi	1.550	2.364	4.344	4.444	10.277	19.104
C0070	C.3.a) per anticipazioni di tesoreria	829	1.465	1.353	1.663	1.397	1.770
C0080	C.3.b) su mutui		103	79	59	40	19
C0090	C.3.c) altri interessi passivi	721	796	2.912	2.722	8.840	17.315
C0100	C.4) Altri oneri	48	18	46	51	96	54
C9999	**Totale proventi e oneri finanziari (C)**	**-1.590**	**-2.375**	**-4.362**	**-4.475**	**-10.369**	**-19.158**
	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie						
D0010	D.1) Rivalutazioni		2.559				
D0020	D.2) Svalutazioni	3.127	170				
D9999	**Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)**	**-3.127**	**2.389**				
	E) Proventi e oneri straordinari						
E0010	E.1) Minusvalenze	160		48	40	32	
E0020	E.2) Plusvalenze	106	16	138			
E0030	E.2.a) vendita di beni fuori uso	103					
E0040	E.2.b) altro	3	16	138			
E0050	E.3) Accantonamenti non tipici dell'attività sanitaria						
E0060	E.4) Concorsi, recuperi, rimborsi per attività non tipiche	965	1.486	1.327	1.444	1.949	1.090
E0070	E.5) Sopravvenienze e insussistenze	22.676	2.644	-82.453	3.102	67.545	-2.302
E0080	E.5.a.1) sopravvenienze attive	43.085	8.403	15.634	12.167	10.636	17.650
E0081	E.5.a.2) insussistenze passive	2.702	1.591	8.467	3.741	4.566	7.701
E0090	E.5.b.1) sopravvenienze passive	22.925	12.481	106.512	11.998	81.885	27.389
E0091	E.5.b.2) insussistenze attive	186	157	42	808	862	264
E9999	**Totale proventi e oneri straordinari (E)**	**23.587**	**-1.142**	**-81.036**	**4.506**	**-65.628**	**-2.212**
X0010	**Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)**	**-145.807**	**-117.693**	**-201.507**	**-105.584**	**-415.121**	**-351.529**
	Imposte e tasse						
Y0010	IRAP	44.820	45.819	46.943	48.266	50.586	53.246
Y0020	Imposte, tasse, tributi a carico dell'azienda	2.035	2.743	2.727	2.773	2.825	3.181
Y0030	Accantonamento imposte	375	913	121	122		
Y9999	**Totale imposte e tasse**	**47.230**	**49.475**	**49.791**	**51.161**	**53.411**	**56.427**
Z9999	**UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO**	**-193.037**	**-167.168**	**-251.298**	**-156.745**	**-468.532**	**-407.956**

I risultati degli anni 2005 e 2006 non tengono conto in entrata dell'intero ammontare dell'importo assegnato alla Regione per ciascun anno dalla delibera CIPE di riparto del Fondo sanitario.

1.3.2 Perdita 2006 e relativa copertura

La perdita dell'anno 2006 accertata dal tavolo di monitoraggio è riportata nel prospetto che segue con le relative coperture.

PERDITE DA COPRIRE	**MLN DI EURO**
ANNO 2006	**133**
totale perdite da coprire	**133**
FORME DI COPERTURA TRADIZIONALE	**2006**
- MANOVRA FISCALE 2006	**101**
Quota attribuita del Fondo di 1.000 mln di euro di cui alla legge 266/06	**32**
Copertura a pareggio	**133**
Saldo	**0**

1.4 Analisi S.W.O.T.

L'analisi S.W.O.T. del Piano di rientro viene condotta sui punti di forza (**s**trenghts), debolezza (**w**eaknesses) propri del contesto di analisi e sulle opportunità (**o**pportunities) e minacce (**t**hreats) che derivano dal contesto esterno cui sono esposte le specifiche realtà settoriali analizzate.

I PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA sono propri del contesto di analisi e sono modificabili grazie alla politica o all'intervento proposto;

LE OPPORTUNITÀ E LE MINACCE derivano dal contesto esterno e non sono quindi modificabili;

L'analisi SWOT è un'analisi ragionata del contesto settoriale in cui si realizza un programma di intervento. Lo scopo dell'analisi è quello di definire le opportunità di un ambito di intervento, che derivano da una valorizzazione dei punti di forza e da un contenimento dei punti di debolezza alla luce del quadro di opportunità e rischi che deriva, di norma, dalla congiuntura esterna.

L'analisi SWOT consente di identificare le principali linee guida strategiche in relazione ad un obiettivo globale di sviluppo settoriale; il suo utilizzo è raccomandato soprattutto in fase ex ante per migliorare l'integrazione del programma nel suo contesto; in fase intermedia consentirà di verificare se, in relazione ai cambiamenti intervenuti nel contesto, le linee di azione individuate siano ancora pertinenti e fornisce uno strumento per decidere modifiche al programma.

L'analisi SWOT del Piano – di seguito illustrata – è focalizzata sugli obiettivi specifici che quindi assumono il significato di "contesto settoriale"; a questo livello è infatti possibile evidenziare quali sono i punti di forza e debolezza, così come le opportunità e le minacce.

Di seguito è rappresentata in forma matriciale l'analisi S.W.O.T. del Piano.

	Obiettivo Specifico	Punti di Forza	Punti di Debolezza	Minacce	Opportunità
Macrolivello Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro					
A	Riassetto articolazione organizzativa dei dipartimenti di prevenzione	Copertura sostanziale dei LEA istituzionali;	Eterogeneità dei servizi erogati dalle singole strutture; Sviluppo di aree di intervento non proprie dl Macrolivello;	Resistenza al cambiamento da parte degli operatori interessati dal processo di riassetto organizzativo con particolare riferimento a quelli afferenti ad aree di intervento non proprie del Macrolivello;	L'istituzione dell'CCM a livello nazionale; Definizione del Piano Nazionale della Prevenzione;
B	Potenziamento e riqualificazione dei Dipartimenti di Prevenzione	Elevato grado di coordinamento in ambito veterinario e integrazione con l'Istituto Zooprofilattico.	Carenza di personale professionalizzato in alcune aree di intervento in particolare nella sicurezza del lavoro; Difficoltà ad assicurare l'integrazione tra strutture e aree di intervento della prevenzione; Carenza di cultura Evidence Based;	Nessuna	L'istituzione dell'CCM a livello nazionale; Definizione del Piano Nazionale della Prevenzione;

	Obiettivo Specifico	Punti di Forza	Punti di Debolezza	Minacce	Opportunità
Macrolivello Assistenza Distrettuale					
C	Riassetto articolazione organizzativa dei distretti	Capillarità dell'assetto di offerta sanitaria territoriale.	Identificazione della struttura di erogazione con il servizio; Numero elevato di punti decisionali dotati di autonomia e costi elevati di coordinamento; Difficoltà ad assicurare omogenea erogazione dei LEA; Difficoltà ad assicurare l'integrazione con la dimensione socio-sanitaria; Scarso sviluppo nell'evoluzione delle funzioni distrettuali.	Resistenza al cambiamento da parte degli Enti Locali interessati dal processo di razionalizzazione che potrebbero rallentare lo stesso.	L'esistenza di ambiti sociali, già esistenti ed operativi, dimensionati in coerenza con il piano di riorganizzazione dei distretti sanitari e, conseguentemente, la possibilità di assicurare una maggiore integrazione socio-sanitaria; Spinta nazionale verso il potenziamento di questo livello di assistenza.
D	Potenziamento e regolazione dell'emergenza territoriale e della continuità assistenziale	Capillare diffusione del servizio	Eccesso di offerta di medici di continuità assistenziale; Esistenza di alcune zone non adeguatamente coperte dalla rete dell'emergenza.	Nessuna	Sviluppo tecnologico nella telemedicina e in altri strumenti di comunicazione

	Obiettivo Specifico	Punti di Forza	Punti di Debolezza	Minacce	Opportunità
Macrolivello Assistenza Distrettuale					
E	Riequilibrio e regolazione dell'assistenza riabilitativa	Esistenza di poli consolidati di erogazione;	Carenza di prestazioni riabilitative di terzo livello; Carenza di criteri di valutazione dell'appropriatezza; Carenza di sistemi di controllo e verifica; Carenza di programmazione del fabbisogno; Carenza di funzionalità delle UVM;	Invecchiamento della popolazione;	Nessuna
F	Riequilibrio e regolazione dell'assistenza riabilitativa psichiatrica	Esistenza di poli consolidati di erogazione; Esistenza di sperimentazioni organizzative a forte valenza socio-sanitaria;	Eccesso di ricorso a prestazioni di riabilitazione psichiatrica residenziale ed ospedaliera; Carenza di regimi diurni e semiresidenziali; Carenza di criteri di valutazione dell'appropriatezza; Carenza di sistemi di controllo e verifica; Carenza di programmazione del fabbisogno; Elevata presenza di strutture private;	Nessuna	Sviluppo di forme di collaborazione interistituzionale sul fronte sociale con gli Enti Locali;
G	Regolazione assistenza specialistica territoriale di diagnosi e cura	Nessuno	Eccesso di offerta e, quindi, di prestazioni specialistiche; Carenza di criteri di valutazione dell'appropriatezza; Carenza di sistemi di controllo e verifica; Carenza di programmazione del fabbisogno; Elevata presenza di strutture private; Carenza della cultura EBM e dei processi assistenziali;	Crescita della domanda di assistenza specialistica da parte della popolazione; Invecchiamento della popolazione; Sviluppo tecnologico;	Sviluppo tecnologico;
H	Riassetto organizzativo assistenza pazienti con dipendenze patologiche	Discreto dimensionamento del settore rispetto alla domanda; Esistenza di un ottimo sistema informativo; Forte motivazione del personale;	Frazionamento dei rapporti tra strutture pubbliche e private con ricadute negative sul piano dell'integrazione; Carenze di offerta in talune situazioni puntuali	Nessuna	Ridefinizione della normativa in materia di dipendenze patologiche

	Obiettivo Specifico	Punti di Forza	Punti di Debolezza	Minacce	Opportunità
Macrolivello Assistenza Distrettuale					
I	Potenziamento e regolazione del sistema residenziale per assistenza anziani non autosufficienti	Esistenza di poli consolidati di erogazione;	Squilibrio territoriale dell'offerta; Carenza di sistemi di controllo e verifica; Carenza di programmazione del fabbisogno; Elevata presenza, solo in alcune aree territoriali, di strutture private;	Invecchiamento della popolazione; Scarsa definizione di politiche intersettoriali	Fondo per la non autosufficienza; Forte richiesta da parte della popolazione e delle sue rappresentanze; Settore attrattivo per investimenti privati; Formulazione di politiche intersettoriali; Sviluppo tecnologico nella telemedicina e in altri strumenti di comunicazione
J	Potenziamento assistenza territoriale ai malati terminali	Nessuno: la funzione non è presidiata	Nessuno: la funzione non è presidiata	Nessuna	Possibile individuazione di specifico LEA a livello nazionale
K	Potenziamento del sistema delle cure domiciliari	Esistenza diverse sperimentazioni in via di consolidamento e ad alta valenza sociosanitaria in alcune aziende	Disequilibrio dell'offerta a livello territoriale; Carenza di sistemi di controllo e verifica; Carenza di programmazione del fabbisogno	Resistenza culturale da parte della popolazione	Spinta nazionale verso il potenziamento di questo livello di assistenza; Sviluppo tecnologico nella telemedicina e in altri strumenti di comunicazione

	Obiettivo Specifico	Punti di Forza	Punti di Debolezza	Minacce	Opportunità
Macrolivello Assistenza Distrettuale					
L	Ripiano del superamento del tetto per la spesa farmaceutica del 40%	Adozione della ricetta unica nazionale con identificazione certa del medico prescrittore e avvio dal 2006 del monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche; Prescrizione diretta da parte degli specialisti; Capillarità della distribuzione territoriale delle farmacie convenzionate.	Diffusione di comportamenti prescrittivi inappropriati e scarsa cultura Evidence Based; Scarso sviluppo della distribuzione e somministrazione diretta dei farmaci alla dimissione e ai pazienti gestiti sul territorio in regime di RSA e ADI; Scarso ricorso al Technology Assessment per l'introduzione di nuovi farmaci ad elevato costo; Frammentazione dei processi di acquisto e di gestione del farmaco secondo modalità non economiche; Scarso ricorso all'utilizzo di farmaci generici e di prodotti galenici; Eccessiva onerosità delle indennità delle Farmacie Rurali;	Eventuali aggiornamenti economici del Prontuario Farmaceutico e delle politiche nazionali di partecipazione del cittadino alla spesa farmaceutica; Progresso scientifico in campo farmaco-terapeutico con l'immissione sul mercato di specialità ad elevato costo;	Nessuna.

	Obiettivo Specifico	Punti di Forza	Punti di Debolezza	Minacce	Opportunità
Macrolivello Ospedaliero					
M	Riassetto della rete ospedaliera Regione Abruzzo	Esistenza di alcune realtà eccellenti sia sul piano organizzativo che professionale con riflessi positivi sul fronte della mobilità interregionale;	Elevato numero di posti letto per acuti sia a livello globale che rispetto a singole specialità; Carenza posti letto per lungodegenza; Disequilibrio dei posti letto di riabilitazione; Elevato numero di presidi ospedalieri; Indifferenziazione della produzione; Elevata presenza di strutture di ricovero private; Scarso sviluppo di strutture territoriali alternative al ricovero;	Resistenze al cambiamento sia a livello di Enti Locali, eventualmente interessati dal processo di ristrutturazione, che degli operatori interessati dagli stessi processi;	Esistenza di due poli universitari con facoltà di medicina e chirurgia;
N	Riduzione tasso di ospedalizzazione	Somma dei punti di forza degli altri tre interventi	Somma dei punti di debolezza degli altri tre interventi	Somma delle minacce degli altri tre interventi; Crescita della domanda di assistenza complessa, anche sul piano tecnologico, e intensa da parte della popolazione; Invecchiamento della popolazione;	Somma delle opportunità degli altri tre interventi.

	Obiettivo Specifico	Punti di Forza	Punti di Debolezza	Minacce	Opportunità
Macrolivello Ospedaliero					
O	Sviluppo regimi di assistenza alternativi al ricovero ordinari	Assenza di vincoli precostituiti e determinati dallo sviluppo storico dei servizi e delle specialità;	Scarso sviluppo dei regimi di ricovero a carattere diurno e delle prestazioni complesse in ambito ambulatoriale; Scarsa cultura generale sul ricovero diurno a livello di operatori ospedalieri, di strutture di invio e di pazienti; Scarso sviluppo di modelli organizzativi adeguati alla gestione del ricovero in regime diurno con modalità efficienti ed efficaci; Difficoltà di integrazione con e strutture territoriali e, in particolare, con i MMG;	Difficoltà a trasmettere alla popolazione la cultura della prestazione in regime diurno;	Nessuna
P	Sviluppo sistemi di valutazione e controllo della appropriatezza	Buona qualità media dei professionisti;	Scarsa cultura dell'audit; Scarso sviluppo dei sistemi di controllo dell'appropriatezza sia a livello regionale che aziendale;	Nessuna	L'esistenza di modelli concettuali di riferimento consolidati al fine di monitorare e valutare l'appropriatezza in campo sanitario; L'evoluzione in campo IT che consente di misurare fenomeni sempre più complessi a costi contenuti.

2 IL PIANO DI RISANAMENTO

Il Piano di risanamento viene sviluppato attraverso le seguenti linee:

a) Le azioni di ristrutturazione del sistema sanitario regionale relativamente ai settori che hanno mostrato le maggior criticità:
   I. Macrolivello ospedaliero
   II. Riabilitazione extra-ospedaliera
   III. Farmaceutica
b) L'analisi economica di impatto articolata nei seguenti punti
   I. Andamento dei CE 2007-2009 in assenza di interventi: il MODELLO DI PREVISIONE TENDENZIALE.
   II. Effetti economici dei principali interventi previsti dal Piano sulle macrovoci CE per anno
   III. Andamento dei CE 2007-2009 in presenza degli interventi: il MODELLO DI PREVISIONE EX POST

2.1 Le azioni di ristrutturazione del sistema sanitario regionale

2.1.1 Rimodulazione del macrolivello ospedaliero

Gli interventi previsti nel triennio per la rimodulazione del macrolivello ospedaliero sono riportati di seguito indicando per ciascuno: obiettivi specifici, obiettivi operativi, interventi, indicatori, fonti di verifica e cronogramma di attuazione scandito per semestre.

OBIETTIVI SPECIFICI, OPERATIVI, INTERVENTI, FONTI DI VERIFICA										
Obiettivi specifici	**Obiettivi operativi**	**Interventi**	**Indicatori**	**Fonti di verifica**	**1° sem 2007**	**2° sem 2007**	**1° sem 2008**	**2° sem 2008**	**1° sem 2009**	**2° sem 2009**
Riduzione tasso di ospedalizzazione (T.O.) (N)	Determinazione con atti legislativi degli obiettivi annuali di ospedalizzazione (**N1**)	Obiettivo del tasso di ospedalizzazione intraregionale al 220 x 1.000 nel 2006 (valore registrato nel 2005: 247 x 1.000) sulla base della L.R. 20 del 23/06/06	Tasso di ospedalizzazione intraregionale della popolazione abruzzese	SDO 2006 (dato disponibile entro marzo 2007)						
		Introduzione nella DGR n. 18/c del del 19-01-2007 § 5.4. dei seguenti obiettivi di T.O.: 2007, 200 x 1000 ab.;2008, 190 x 1000 ab.;2009, 180 x 1000 ab.	Tasso di ospedalizzazione complessivo per la popolazione abruzzese	SDO 2007, 2008, 2009						
	Messa a regime del piano annuale delle prestazioni ospedaliere per il settore pubblico e privato (**N2**)	Perseguire nel **2006** obiettivi di abbattimento dei ricoveri pubblici e privati sulla base dei diversi criteri d appropriatezza previsti dalla L.R. 20 del 23/06/06.	% dei ricoveri abbattuti sul totale dei ricoveri da abbattere indicati a ciascuna struttura pubblica e privata	SDO 2006 (dato disponibile entro marzo 2007)						

		Per il **2007-2008-2009** determinazione del piano delle prestazioni ospedaliere delle **aziende sanitarie pubbliche**	Piano delle prestazioni ospedaliere per le strutture pubbliche	Documentazione probatoria del piano delle prestazioni ospedaliere per le strutture pubbliche attraverso il sistema del Balanced Scorecard (BSC)						
		Per il **2008-2009** determinazione del piano delle prestazioni ospedaliere delle **strutture ospedaliere private**	Piano delle prestazioni ospedaliere per le strutture private	Nuovi contratti negoziali 2008-2009						
	Contenimento della domanda di ricovero ospedaliero (**N3**)	Attivazione degli osservatori sull'appropriatezza in Medicina Generale a livello aziendale/distrettuale e a livello regionale	Tasso di ricovero per MMG	Report trimestrali						

OBIETTIVI SPECIFICI, OPERATIVI, INTERVENTI, FONTI DI VERIFICA										
Obiettivi specifici	**Obiettivi operativi**	**Interventi**	**Indicatori**	**Fonti di verifica**	**1° sem 2007**	**2° sem 2007**	**1° sem 2008**	**2° sem 2008**	**1° sem 2009**	**2° sem 2009**
Riassetto della rete ospedaliera Regione Abruzzo (M), riequilibrio dei regimi assistenziali ospedalieri (O) e potenziamento e regolazione dell'emergenza territoriale (D)	Dotazione dei PL ai sensi dell'art.4 comma, 1.a, dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, (**M1**)	Rimodulazione dei PL per acuti e postacuti previsti nella DGR n. 18/c del 19-01-2007	Per il **settore pubblico** rimodulazione dei posti letto del 60% entro il 31.12.2007	Proposta aziendale di riordino e HPS 2007						
			Per il **settore pubblico** rimodulazione del restante 40% entro la data del 31.12.2008.	HPS 2008						
			Per il **settore privato** rimodulazione dei posti letto all'atto dell'approvazione della legge regionale	HPS 2007						
		Trasformazione dei piccoli ospedali in Ospedali del Territorio	Proposta aziendale di riordino (entro 3 mesi dall'approvazione della LR)	Documentazione probatoria dell'attivazione delle funzioni tipiche dell'ospedale di territorio ai sensi della DGR n. 18/c del 19-01-2007						
		DGR n. 1115 del 9 ott. 2006 e s.m.i. "Linee guida sull'atto aziendale"	Rideterminazione dell'articolazione organizzativa interna dei presidi ospedalieri pubblici	Proposta aziendale di riordino e HPS 2007						
	Riordino del sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria (**D**)	Progetto di riordino	Inserimento del progetto di riordino nel Piano Sanitario Regionale	Piano Sanitario Regionale						
		Attivazione progetto	Nr. Punti continuità assistenziale attivati	Documentazione probatoria del perseguimento degli obiettivi previsti nel PSR						

	Aggiornamento sistema di remunerazione delle prestazioni di ricovero (**M2**)	Tariffario regionale	Corretta applicazione delle tariffe	SDO						
	Sviluppo regimi di assistenza alternativi al ricovero ordinari (**O**)	Istituzione PL DH e DS	Deliberazioni delle Aziende pubbliche e private sulla istituzione dei posti di day hospital e day surgery sulla base della LR 20 del 23/06/06 art 2 e allegato B	Atto deliberativo da parte delle Aziende pubbliche e private sulla istituzione dei posti di day hospital e day surgery						
		Avvio attività DH e DS secondo regolamenti aziendali	Entro il 2007 almeno il 10% dei PL per acuti dedicati a DH e DS	Modeli HSP 2007						
			%di DH e DS sul totale dei ricoveri	SDO 2007, 2008, 2009						
		Attivazione delle attività di Day Service ai sensi dell'art.2 LR 20 23/06/06	Attivazione servizi	Documentazione attività dei servizi						

OBIETTIVI SPECIFICI, OPERATIVI, INTERVENTI, FONTI DI VERIFICA										
Obiettivi specifici	**Obiettivi operativi**	**Interventi**	**Indicatori**	**Fonti di verifica**	**1° sem 2007**	**2° sem 2007**	**1° sem 2008**	**2° sem 2008**	**1° sem 2009**	**2° sem 2009**
Sviluppo sistemi di valutazione e controllo della appropriatezza dell'utilizzo dei regimi assistenziali di ricovero ordinario e diurno (P)	Messa a regime del sistema di valutazione approvato con LR 20 del 18/06/06 (**P1**)	Applicazione del sistema PRUO	% di cartelle verificate con PRUO su totale programmato	Documentazione probatoria dell'avvenuta applicazione del sistema PRUO						
	Definizione di ulteriori requisiti di appropriatezza attività ospedaliere (**P2**)	Definizione di ulteriori criteri di appropriatezza riferiti a ricoveri ordinari, DH/DS e riabilitazione ospedaliera:	Elenco criteri e indicatori di appropriatezza riferiti a ricoveri ordinari, DH/DS e riabilitazione ospedaliera	Delibera GR che individua ulteriori parametri di appropriatezza ai sensi dell'art. 1 comma 1 e art 3 comma 3 della L.R. 20 del 23/06/06						
	Ridefinizione del sistema di controllo ispettivo regionale e aziendale (**P3**)	Ridefinizione del sistema di controllo ispettivo regionale	Regolamento su costituzione e funzionamento del sistema di controllo ispettivo regionale	Atto deliberativo regionale Ridefinizione del sistema di controllo ispettivo regionale						
		Costituzione dei nuclei di controllo di appropriatezza aziendali	Deliberazioni sui nuclei di controllo di appropriatezza aziendali	Atto deliberativo di costituzione dei nuclei di controllo di appropriatezza territoriali						

La rimodulazione dei posti letto previsti dalla DGR n. 18/c del 19-01-2007, riportata nella tabella A verrà scadenzata nel biennio 2007-2008 secondo le indicazioni riportate nelle tabelle sottoriportate

Tabella A – Rimodulazione dei PL previsti dalla DGR n. 18/c del 19-01-2007

	PUBBLICO		PRIVATO	
Tipologia Letti	**ATTUALI**	**PIANO**	**ATTUALI**	**PIANO**
Acuti	**4.921**	**4.085**	**854**	**675**
Postacuti	**218**	**756**	**487**	**432**
Totali	**5.139**	**4.841**	**1.341**	**1.107**

N.B.: Sono esclusi gli 82 pl di alta riabilitazione

RIMODULAZIONE PL PUBBLICI al 31.12.2007 (60% previsto dal piano)							
ASL riordino	AFO1	AFO2	AFO3	AFO4	TOT. ACUTI	AFO5*	Tot. ASL
Avezzano/Sulmona	-38	-41	1	-2	-80	54	-26
Chieti	-38	-32	4	-18	-84	26	-58
Lanciano/Vasto	-66	-44	1	-11	-120	85	-35
L'Aquila	-14	-13	-2	-2	-32	20	-12
Pescara	-27	-34	5	-20	-76	43	-33
Teramo	-23	-38	-6	-36	-104	95	-9
Totale Abruzzo	-207	-202	2	-90	-496	323	-173

** nel 2007 l'incremento dei PL per l'AFO 5 è per il cod. 60 Lungodegenza*

RIMODULAZIONE PL PUBBLICI al 31.12.2008 (40% previsto dal piano)							
ASL riordino	AFO1	AFO2	AFO3	AFO4	TOT. ACUTI	AFO5	Tot. ASL
Avezzano/Sulmona	-25	-27	0	-2	-54	-4	-58
Chieti	-26	-21	3	-12	-56	53	-3
Lanciano/Vasto	-44	-29	1	-8	-80	6	-74
L'Aquila	-10	-8	-2	-2	-21	2	-19
Pescara	-18	-23	3	-13	-51	46	-5
Teramo	-16	-26	-4	-24	-69	112	43
Totale Abruzzo	-138	-134	2	-60	-331	215	-116

RIMODULAZIONE PL PRIVATI all'atto di approvazione della L.R. di riordino							
ASL riordino	AFO1	AFO2	AFO3	AFO4	TOT. ACUTI	AFO5	Tot. ASL
Avezzano/Sulmona	-18	-22	-4	-11	-55	0	-55
Chieti	-20	-17	-6	0	-43	-47	-90
Lanciano/Vasto	0	0	0	0	0	0	0
L'Aquila	-8	-3	-3	-8	-22	0	-22
Pescara	-34	-23	-2	0	-59	-8	-67
Teramo	0	0	0	0	0	0	0
Totale Abruzzo	-80	-65	-15	-19	-179	-55	-234

La Regione si impegna a convertire in Legge Regionale entro la data del 31.03.2007 la sopraccitata DRG n. 18/C del 19.01.2007 relativa alla: "Rimodulazione dei posti letto " .

2.1.1.1 Simulazione di impatto economico della rimodulazione del macrolivello ospedaliero

Il Piano di riordino ospedaliero (vedi **APPENDICE C**) prevede la seguente configurazione dei posti letto suddivisi tra pubblico e privato.

	PUBBLICO		PRIVATO	
Tipologia Letti	**ATTUALI**	**PIANO**	**ATTUALI**	**PIANO**
Acuti	**4.921**	**4.085**	**854**	**675**
Postacuti	**218**	**756**	**487**	**432**
Totali	**5.139**	**4.841**	**1.341**	**1.107**

N.B.: Sono esclusi gli 82 pl di alta riabilitazione

La simulazione di impatto economico si è sviluppata attraverso i seguenti step:

A) Determinazione dei ricoveri attesi per un tasso di ospedalizzazione a regime (**2009**) del **180 per 1000 abitanti** (**234.000 ricoveri**).

B) Calcolo dei ricoveri attesi nelle macrotipologie di PL. Sono stati utilizzati i seguenti parametri:

DEGENZA MEDIA

a) la degenza media per l'insieme dei ricoveri per acuti (si è utilizzato il parametro di 6,2 gg)
b) la degenza media per i ricoveri di riabilitazione (15 gg dato nazionale calcolato dall'ASSR di Roma sui posti di letto pubblici di riabilitazione)
c) la degenza media per i ricoveri di lungodegenza (19 gg dato nazionale calcolato dall'ASSR di Roma sui posti di letto pubblici di lungodegenza)
d) la degenza media per i ricoveri di alta riabilitazione (180 gg: in questo caso è stato adottato un parametro medio di letteratura[4]).

TASSO DI OCCUPAZIONE

a) il 75% per i PL acuti (in modo da lasciare il 25% dell'occupazione a disposizione per le emergenze nel settore pubblico e per i ricoveri extraregionali nel settore privato)
b) il 90% per la riabilitazione (per garantire a regime l'accoglienza anche dei pazienti attualmente che utilizzano l'intensività extra ospedaliera ex art. 26)
c) il 90% per la lungodegenza (PL da sviluppare e da utilizzare "a pieno" per scaricare di pazienti i PL acuti)
d) il 100% per l'alta riabilitazione (il massimo di utilizzazione stante il costo dell'impegno assistenziale da garantire).

[4] UGCA-RAI Unità Gravi Cerebrolesioni – Riabilitazione in Assistenza Intensiva (codice 80): 180 gg prorogabili a 360 per i traumatizzati o soggetti con segni di recupero
UGCA (codice 75): 120 gg prorogabili a 240 su relazione fisiatrica per specifici programmi di recupero
Unità spinale (codice 28): 120 gg prorogabili a 240 su relazione fisiatrica per specifici programmi di recupero

Si è quindi pervenuti all'atteso di ricoveri riportati di seguito:

Popolazione		Tasso per 1000	180	2009
1.300.000		Ricoveri attesi	234.000	
Tipologia	**PL**	**DM**	**Tasso occ**	**Ricoveri attesi**
ACUTI	4.760	6,2	75%	209.619
RIABIL	797	15	90%	17.454
LUNGOD	391	19	90%	6.760
ALTA RIAB	82	180	100%	166
TOTALE	**6.030**			**234.000**

C) Distribuzione dei ricoveri attesi tra pubblico e privato

La distribuzione dei ricoveri tra pubblico e privato tra le macrotipologie di posti letto à stata effettuata sulla base delle percentuali di distribuzione dei PL tra pubblico e privato previste dal piano che sono le seguenti:

TIPOLOGIA PL	PIANO RIORDINO PL	
	% Pubblico	% Privato
Acuti	**85,8%**	**14,2%**
Riabilitazione	**54,3%**	**45,7%**
Lungodegenza	**82,6%**	**17,4%**

N.B.: Sono esclusi gli 82 pl di alta riabilitazione ancora da attribuire al pubblico e privato[5]

Si è pervenuti, quindi, alla seguente configurazione di ricoveri attesi nel pubblico e nel privato (sono esclusi i 166 ricoveri di alta riabilitazione)

Anno	2009	RICOVERI ATTESI	
Tipologia	**Ricoveri attesi**	**Pubblico**	**Privato**
ACUTI	209.619	179.894	29.725
RIABIL	17.454	9.483	7.972
LUNGOD	6.760	5.585	1.176
TOTALE	233.834	194.961	38.873
		83%	17%

D) Calcolo dei costi

In questa simulazione si sono seguite le seguenti ipotesi di lavoro:

a) il prezzo di retribuzione dei DRG per ricovero rapprentano il miglior proxi del costo del ricovero attualmente a disposizione;
b) tutti i ricoveri sono stati considerati, in via cautelativa[6], come ricoveri ordinari;
c) il valore medio dei DRG è stato calcolato sulla base dei valori medi registrati nel data base regionale delle SDO per macrotipologie di prestazioni (per comodità gli 8 pl di alta riabilitazione già assegnati sono stati valorizzati come riabilitazione cod. 56);

Si è quindi pervenuti alla seguente configurazione dei costi:

[5] Nel Piano di riordino ospedaliero si prevede "Per tali 82 posti letto, distribuiti su un massimo di tre poli di cui almeno uno nell'entroterra, la Regione si riserva di definirne l'attribuzione in apposita norma contenuta nel Piano Sanitario Regionale".

[6] La diffusione delle attività di DH e DS contribuisce ad abbassare il valore di costo, così come la diffusione del Day Service (PAC) in alternativa al DH (in una simulazione sul DRG Ipertensione il relativo PAC abbassa il costo di ca. 60%)

Anno	2009	COSTI ATTESI		TOTALE
Tipologia	Valore medio DRG	Pubblico	Privato	
ACUTI PUBBLICI	2.650 €	476.718.625		
ACUTI PRIVATI	2.200 €		65.395.918	542.114.543
RIABIL	3.400 €	32.241.180	27.103.440	59.344.620
LUNGOD	3.000 €	18.987.300	3.997.326	22.984.626
	TOTALE	**527.947.105**	**96.496.684**	**624.443.789**
		85%	15%	

E) Calcolo dei risparmi attesi

I costi attuali sono stati calcolati ponendo:

- per il pubblico il valore economico dei DRG del 2005;
- per il privato il valore economico dei contratti negoziali 2005-2007 per il 2005.

Casa di Cura	Importo negoziato
CdC DI LORENZO	**€ 8.763.340**
CdC SANTA MARIA	**€ 5.535.750**
CdC IMMACOLATA	**€ 6.010.960**
CdC S. RAFFAELE	**€ 2.339.222**
CdC INI CANISTRO	**€ 2.595.852**
CdC NOVA SALUS	**€ 1.668.517**
CdC VILLA PINI	**€ 32.431.122**
CdC SPATOCCO	**€ 12.201.919**
CdC SAN FRANCESCO	**€ 1.130.906**
CdC SANATRIX	**€ 7.061.572**
CdC VILLA LETIZIA	**€ 4.291.046**
CdC PIERANGELI	**€ 18.079.032**
CdC VILLA SERENA	**€ 27.617.970**
TOTALE	**€ 129.727.209**

E' stato calcolato quindi il risparmio **teorico** per pubblico e privato:

	RISPARMI ATTESI		
	PUBBLICO	**PRIVATO**	**TOTALE**
COSTI ATTUALI	610.179.999	129.727.209	739.907.209
COSTI ATTESI	527.947.105	96.496.684	624.443.789
RISPARMIO TEORICO	82.232.894	33.230.525	115.463.419

Per il calcolo del risparmio **"reale"** è stata effettuata una necessaria correzione per quanto attiene il settore pubblico (nelle strutture accreditate private "l'acquisto" da parte del Servizio Sanitario Regionale di un numero minore di prestazioni a ricovero comporterà un risparmio netto coincidente con detta riduzione).

La riduzione dei posti letto per acuti e l'incremento di quelli per post-acuti nel settore pubblico comporterà solo una riduzione dei costi percentualmente proporzionale alla riduzione del tasso di ospedalizzazione. Tale percentuale è stimata intorno al **10%**[7] del costo reale dei ricoveri per riduzione delle spese dei soli costi alberghieri, terapeutici e diagnostici con il riutilizzo delle risorse umane e/o dotazionali in altri settori ospedalieri ed extraospedalieri.

[7] Rosito A.M., Balzan M., Pavanello F., Vollone G., Perna F., Giusberti C., Marcante A., Pizzo E.: The variability in medical practice and related cost of some surgical procedures. 2 International Conference on Health economics and health management. Kalamata (Grecia), maggio 2003

Il quadro che emerge è quindi il seguente:

	RISPARMI ATTESI		2009
	PUBBLICO	**PRIVATO**	**TOTALE**
COSTI ATTUALI	610.179.999	129.727.209	739.907.209
COSTI ATTESI	527.947.105	96.496.684	624.443.789
RISPARMIO TEORICO	82.232.894	33.230.525	115.463.419
RISPARMIO ATTESO	8.223.289	33.230.525	41.453.815
	10% differenza	100% differenza	

A questi costi devono essere aggiunti i costi dell'attivazione dell'alta riabilitazione stimabile nei seguenti valori. Tali costi sono compensati al 40% circa dall'annullamento della relativa quota di mobilità passiva extraregionale generata da ricoveri di pazienti abruzzesi in strutture di altre regioni. L'attivazione di tali nuove specialità si prevede venga avviata a partire dalla seconda metà del 2008.

COSTI Alta Riabilitazione	cod. 28	cod. 80	cod. 75	TOTALE
PL da attivare	25	25	32	82
Tariffa die	360	460	360	
Costi (100% Tasso Occ)	**3.283.449**	**4.197.500**	**4.202.814**	**11.683.763**

2.1.1.2 Le economie della rimodulazione del macrolivello ospedaliero sulle macrovoci CE per anno

Le economie previste nel paragrafo precedente impattano in particolare su due macrovoci del modello CE: assistenza ospedaliera convenzionata e acquisto beni e servizi.

Di seguito sono indicati gli impatti stimati dei principali interventi sui costi di produzione per anno.

In calce ad ogni tabella sono riportati gli effetti degli interventi in termini di:

- variazione di costo della previsione rispetto al modello tendenziale
- variazione di costo del modello previsionale anno su anno (incrementi o riduzioni marginali di costo).

Impatto su Assistenza Ospedaliera Convenzionata						
	Intervento / Obiettivo	**2007**	**2008**	**2009**	**TOTALE 2007-2009**	**Note**
N	Abbattimento tasso di ospedalizzazione	0	(29)	(30)	(59)	cfr. § 2.1.1.1. simulazione impatto macrolivello ospedaliero
N2	Rinnovo dei contratti negoziali con le strutture convenzionate	0				
P1 P3 M2	Sviluppo sistemi di valutazione e controllo della appropriatezza e riformulazione del tariffario regionale	(7)	(3)	(2)	(12)	L'impatto dei controlli ispettivi viene ridotto a partire dal 2008 in coincidenza con i rinnovi contrattuali, stante la ridefinizione della quantità e qualità delle prestazioni acquistate. Con l'introduzione del nuovo tariffario regionale si prevede un'abbattimento della remunerazione almeno del 7%
	Totale impatto dell'intervento sull'Assistenza Convenzionata Esterna rispetto al modello tendenziale	**(7)**	**(32)**	**(32)**	**(71)**	

Impatto sull'acquisto di beni e servizi						
	Intervento / Obiettivo	**2007**	**2008**	**2009**	**TOTALE 2007-2009**	**Note**
N	Abbattimento tasso di ospedalizzazione	(4)	(5)	(8)	(17)	cfr. § 2.1.1.1. simulazione impatto macrolivello ospedaliero
M	Riassetto della rete ospedaliera		(2)	(2)	(4)	
L4	Potenziamento degli acquisti centralizzati	(2)	(2)	(3)	(7)	Si stima una riduzione dei costi di circa l'1% medio annuo per la centralizzazione degli acquisti (cfr. § 2.1.5. Potenziamento degli acquisti centralizzati)
	Totale impatto sull'acquisto di servizi rispetto al modello tendenziale	**(6)**	**(9)**	**(13)**	**(28)**	

2.1.1.3. Stima di impatto economico degli interventi di potenziamento del territorio

Alla riduzione dell'offerta ospedaliera deve affiancarsi il contestuale e necessario potenziamento delle funzioni territoriali.

Le linee guide del PSR 2007-2009 (DGR 18/c del 19/01/07 – **vedi APPENDICE C**) delineano il quadro complessivo degli interventi previsti di potenziamento di tali funzioni.

Di particolare rilievo per il riequilibrio dell'offerta ospedaliera sono i seguenti settori di intervento: Sistema delle **Cure Domiciliari**; **Strutture per anziani non autosufficienti** (RSA e Centri Residenziali); **Hospice**.

Nella Tabella che segue viene riportata una sintesi degli obiettivi e una stima dell'impatto economico del potenziamento di tali attività

	Cure Domiciliari	**RSA - CR**	**Hospice**
Situazione Attuale	17.000 pazienti in assistenza domiciliare: ca. 5000 pz (23%) classificabili come ADI complessa[8]	1952 PL: 946 PL RSA e 1006 PL CR (Centri residenziali)	2 Hospice in fase di realizzazione
Obiettivo	40.000 pazienti in assistenza domiciliare di cui 10.000 in ADI complessa	Copertura con PL del 50% degli anziani non autosufficienti (ca. 8.000 = 3% della popolazione > 65 anni). Rapporto RSA/CR=1 a 2	60 PL[9]
Costo attuale	Ca. € 12.000.000 (stima)	Ca. € 39.000.000 (contratti negoziali strutture private 2005-2007)	0
Costo giornaliero di riferimento	Da € 14 (CD prestazionali) a € 50 (CD oncologiche)[10]	€ 70 RSA e € 40 CR	€ 200[11]
Stima dei costi complessivi a regime	Ca. € 24-26.000.000	Ca. € 70-75.000.000	€ 4,5-5.000.000
Costi aggiuntivi da sostenere	Ca. € 12-14.000.000 (stima)	Ca. € 30-35.000.000	€ 5.000.000

Le risorse aggiuntive da reperire a regime sono comprese tra 47 e 54 milioni di euro.

[8] Indagine ASR-Abruzzo sulle cue domiciliari i Abruzzo anno 2005.
[9] Legge 30 Dicembre 2004, N° 311: "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo"
[10] Documento conclusivo "Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari"del Comitato Ospedalizzazione Domiciliare del 30 settembre 2002; "Bilanciamento costi e qualità nei servizi di Cure Domiciliari Sanitarie" di Scaccabarozzi G. e coll.; "Progetto finanziare i costi per la long term care Asl Lecco" Scaccabarozzi G. e coll.
[11] Documento del Comitato Ministero Salute Cure Palliative. Anno 2002

Si prevede in via di massima il seguente cronogramma di messa a regime

	2007	2008	2009	2010	2011
Cure domiciliari	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	
RSA-CR		[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Hospice			[redacted]	[redacted]	

Lo sviluppo del programma, con l'eccezione del potenziamento dell'assistenza domiciliare che è priorità assoluta, si realizzerà una volta perseguiti gli obiettivi intermedi di razionalizzazione del macrolivello ospedaliero e dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera.

Come previsto nelle Linee Guida per la Redazione del Piano Sanitario Regionale 2007-2009 "Un sistema di garanzie per la Salute" una funzione fondamentale da potenziare è quella delle Unità di Valutazione Multidimensionali (con i relativi strumenti d valutazione) per garantire:

- la presa in carico dei pazienti, in particolare quelli con gravi fragilità socio-sanitarie;
- l'utilizzo appropriato di diversi regimi assistenzali extra ospedalieri (residenze riabilitative, RSA anziani, RSA disabilii, sistema delle cure domiciliari, ecc.)

Continuità Assistenziale, Punto Unico di Accesso, Unità di Valutazione Multidimensionale		
Criticità	**Obiettivi**	**Azioni**
Elevato numero di prestazioni residenziali di riabilitazione	Appropriatezza di uso del regime assistenziale residenziale riabilitativo (**E2**)	Definizione * delle **modalità di accesso (UVM)**; * dei criteri di accesso * del monitoraggio del piano assistenza riabilitativa individuale * degli standard assistenziali
Bassa quota di forme di assistenza domiciliare integrata con i servizi sociali.	Potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria ed elevamento della quota **(K3)**	* Sottoscrizione di accordi di programma con gli ambiti sociali * Compartecipazione da parte del SSR (almeno l'80%) ai costi sostenuti dagli EE.LL. per la spesa sociale. * Realizzazione del **Punto unico di Accesso ai servizi territoriali**
Carenza di continuità della presa in carico del paziente tra i diversi setting operativi dei servizi (domicilio->ospedale-> territorio->residenze->cure domiciliari)	Garantire la Continuità del percorso assistenziale **(K4)**	* **Potenziamento delle funzioni delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)** per la "presa in carico" dei bisogni del paziente * Formalizzazione di percorsi assistenziali e delle dimissioni protette

2.1.2. Rimodulazione della riabilitazione extra-ospedaliera

Il sistema di offerta dei servizi di Riabilitazione nella Regione Abruzzo presenta una serie di criticità legate alla assenza di percorsi clinici e regole definite, configurando una situazione di indeterminatezza che è particolarmente delicata anche perchè la grande maggioranza delle strutture erogatrici sono private, mentre quelle pubbliche sono per lo più ubicate in piccoli ospedali in fase di riconversione.

Problemi particolari sono rappresentati da :

- L'utilizzo improprio delle Unità operative di "Riabilitazione Ospedaliera cod. 56"
- L'utilizzo indiscriminato del livello assistenziale "Riabilitazione Intensiva extraospedaliera ad alta intensità assistenziale"
- La sovradotazione complessiva di posti letto di "intensiva", come somma della riabilitazione ospedaliera cod. 56 e dell'intensiva extra-ospedaliera (1.053 p.l. di cui 610 cod. 56)
- L'assenza di protocolli e di criteri coerenti di accesso ai diversi livelli assistenziali

Per quanto attiene la "Riabilitazione Intensiva extraospedaliera ad alta intensità assistenziale di "*livello A*" si rileva una incongruenza tra tipologia di assistenza e tariffe che gli sono riconosciute.

I parametri tariffari si collocano nettamente al di sopra delle media nazionale per prestazioni di Riabilitazione Intensiva cod. 56, collocandosi invece in linea con i parametri tariffari della Neuroriabilitazione cod. 75. La degenza autorizzata (120 giorni, prorogabili) si colloca del resto in linea con i parametri diffusamente adottati per lo stesso cod. 75.

I criteri di accesso non sono definiti in modo adeguato, così che la tipologia di pazienti trattati in queste unità operative (ictus, artroprotesi d'anca etc.) risulta per lo più riferibile alla attività tipica dei reparti di Riabilitazione cod. 56. Pazienti di questo tipo sono usualmente trattati da altre regioni a regimi tariffari più bassi e con limiti di degenza di circa 60 giorni.

La Riabilitazione Intensiva extra-ospedaliera si configura attualmente come un contenitore indistinto che accoglie pazienti ad alta variabilità che dovranno più propriamente essere collocati in livelli assistenziali adeguati ai loro effettivi bisogni.: Unità di Riabilitazione di 3° livello (cod. 28, cod. 75 e cod. 80), Unità Riabilitazione Intensiva di 2° livello (codice 56) ed in parte in Unità di Riabilitazione Estensiva Extra-Ospedaliera. Il piano di riordino ospedaliero prevede l'ampliamento della Lungodegenza (cod. 60) in cui si prevede l'accoglimento di pazienti attualmente ricoverati, a causa dell'assenza di tali reparti, nei reparti per acuti o in quelli di riabilitazione.

L'anomalia regionale risulta chiara confrontando alcuni dati delle strutture residenziali ex. Art 26 (con PL residenziali e semiresidenziali) in Abruzzo rispetto al dato medio Italiano[12]:

	Posti letto x 1000 ab.	**Giornate di assistenza x 1000 ab.**
ABRUZZO	**0.94**	**269.7**
ITALIA	**0.43**	**129.5**
Differenziale	**+ 121%**	**+ 108%**

Questa anomalia si ripercuote sui costi del sistema. Confrontando ad esempio i dati di costo della Regione Abruzzo con quelli delle Marche, regione assimilabile come struttura demografica e dati epidemiologici di salute, emerge che la spesa procapite in Abruzzo risulta essere il 46% più elevata (ca. 70 € vs ca. 37 €: in Abruzzo ca. 90 mil € anno, nelle Marche 56 mil € anno).

[12] Ministero della Salute: Rapporto riabilitazione 2003. Dipartimento della Qualità- Direzione Generale del sistema informativo

Il macrobiettivo di riordino è quello di ricondurre tutto il sistema della riabilitazione a regimi assistenziali appropriati attraverso:

- l'ampliamento della riabilitazione ospedaliera in grado di accogliere i pazienti attualmente classificati ad "alta intensità riabilitativa" presenti negli istituti ex art. 26 ;
- il potenziamento delle RSA disabili per accogliere pazienti attualmente presenti all'interno della riabilitazione estensiva extra-ospedaliera;
- la creazione delle USAP.

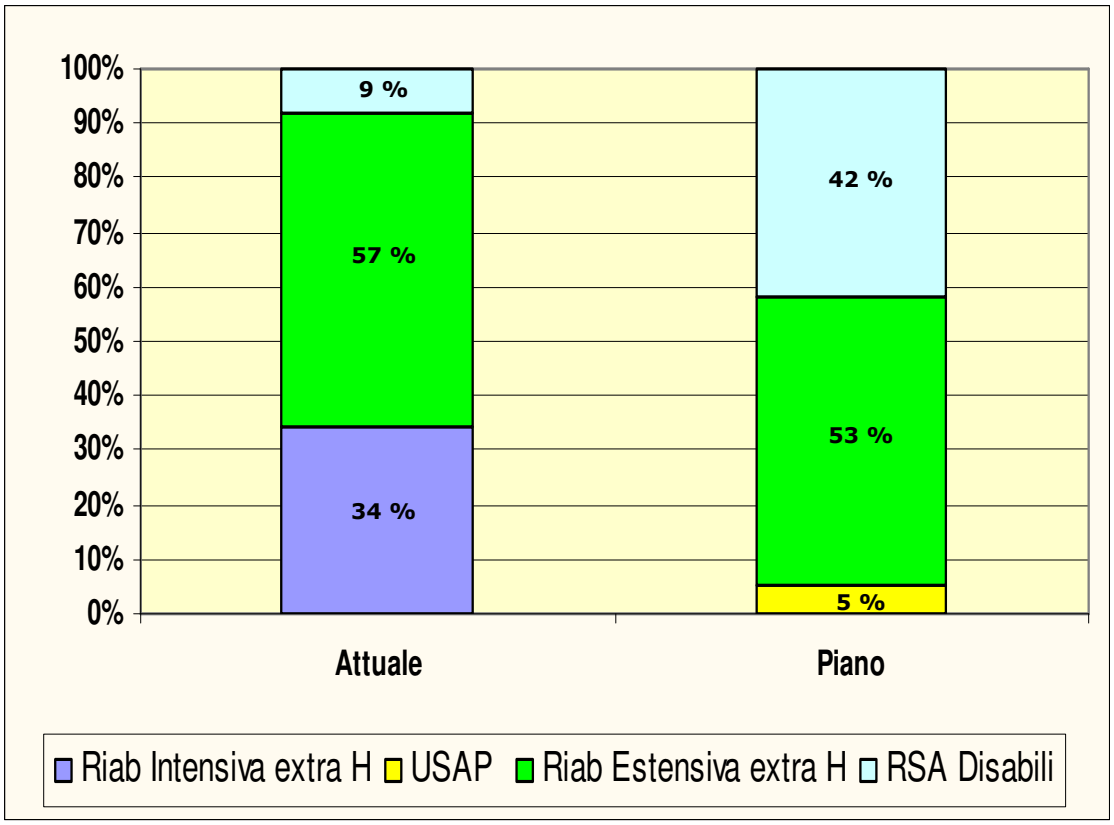
Tale riordino viene previsto nelle Linee guida del PSR 2007-2009:

Disequilibrio nell'offerta riabilitativa territoriale (**E**)	DGR di approvazione di Linee Guida Regionali (**E1**)	Redazione delle Linee guida Regionali
	Appropriatezza di uso del regime assistenziale residenziale riabilitativo (**E2**)	Definizione • delle modalità di accesso (UVM); • dei criteri di accesso • del monitoraggio del piano assistenza riabilitativa individuale • degli standard assistenziali
	Ricondurre tutta la riabilitazione intensiva extra-ospedaliera (ex art. 26) in ambito ospedaliero (**E3**)	Cfr. Piano di riordino della rete ospedaliera
	Riqualificazione dell'offerta riabilitativa estensiva territoriale (**E4**)	**A)** Riclassificazione delle attività di riabilitazione estensiva secondo il seguente schema **1. Riabilitazione estensiva extra-ospedaliera** Saranno riconducibili a questo livello di assistenza i pazienti classificabili in quattro aree di bisogno: - Area della cronicità di lunga durata o stabilizzata, con gravi disabilità che necessitano di interventi assistenziali complessi in associazione terapia riabilitativa a bassa intensità. - Area della cronicità riacutizzata e/o scompensata, per persone disabili che necessitano di cicli di terapia estensiva. - Area della post-acuzie con potenzialità di recupero funzionale, per prosecuzione di trattamenti intensivi o non suscettibile di trattamento intensivo. - Area della cronicità di lunga durata o stabilizzata, inseriti in programmi di trattamento riabilitativo ambulatoriale, domiciliare o semiresidenziale, quando si verifichino necessità di ricovero, incapacità di assistenza da parte della famiglia o necessità di sollievo da parte del *caregiver* **2.RSA disabili**-Strutture destinate ad accogliere pazienti cronici, stabilizzati, non autosufficienti con livelli di disabilità medio-gravi e lievi **3.USAP-**Strutture riservate a soggetti in Stato Vegetativo o Stato Minimamente Cosciente prolungati **B)** Rimodulazione dei posti letto di Riabilitazione Estensiva Nel PSR saranno indicati i criteri di accesso, la durata di permanenza, il personale, i flussi informativi, gli standard assistenziali (appropriatezza trattamenti, controllo da parte delle asl) e gli standard programmatori per ogni livello assistenziale. Orientativamente tali standard potrebbero essere di 0,5 posti letto per 1000 abitanti per la riabilitazione estensiva extra-ospedaliera, 0,2 posti letto per 1000 abitanti per le RSA disabili e 0,046 posti letto per 1000 abitanti per le SUAP

2.1.2.1. Impatto economico del riordino della riabilitazione extra-ospedaliera

La configurazione a regime del riordino della riabilitazione extra ospedaliera produce gli effetti riportati nella figura.

La dotazione complessiva dei PL passa da 1293 (attuali) a 1235.



Utilizzando i seguenti parametri:

Tipologia	Tasso occupazione	Costo giorno deg.
Riab. estensiva	**90%**	**145**
USAP	**100%**	**210**
Rsa Disabili	**90%**	**112**

L'impatto economico stimato è il seguente:

Attuale: 90 milioni €

Piano : 55 milioni €

Tale impatto si realizzerà prevalentemente sul privato.

Considerando l'insieme del sistema assistenziale riabilitativo (ospedaliero ed extra) la rimodulzione prevista dalla DGR 19/c del 19-01-07 consentirà di ampliare sia la tipologia di servizi offerti (Unità spinali, UGCA-RAI, UGCA, USAP) che il numero di posti letto (+ 210 PL) riducendo nel contempo i costi da 150 a 130 milioni di euro.

2.1.2.2. Le economie del riordino della riabilitazione extra-ospedaliera sulle macrovoci CE per anno

Le economie previste nel paragrafo precedente impattano in particolare sulla voce Altra assistenza convenzionata esterna.

Impatto su Altra Assistenza Convenzionata Esterna						
	Intervento / Obiettivo	**2007**	**2008**	**2009**	**TOTALE 2007-2009**	**Note**
E1 E2	Ricondurre la spesa riabilitativa (semiresidenziale e residenziale) a 46€ pro-capite attraverso la rinegoziazione dei contratti	(4)	(16)	(32)	(52)	Per il 2007 si considera il trascinamento del mancato raggiungimento del tasso massimo di spesa registrato nel 2006. Per il biennio 2008-2009, in considerazione della scadenza contrattuale (Dicembre 2007), è prevista la riduzione dei budget per perseguire l'obiettivo enunciato.
G	Sulla specialistica ambulatoriale esterna: a) rimodulazione dei LEA ambulatoriali; b) attivazione dei PAC e dei percorsi diagnostici; c) accordi con MMG e PLS e specialisti ambulatoriali; d) rinegoziazione dei contratti;	(4)	(5)	(7)	(16)	Si stima un risparmio del 15% medio annuo sulla spesa per tutta la specialistica ambulatoriale esterna, inclusa quella riabilitativaper effetto della rinegoziazione dei contratti 2008-2009 (nella percentuale non è ricompreso l'effetto dell'introduzione del ticket).
P	Sviluppo sistemi di valutazione e controllo della appropriatezza	(4)	(3)	(2)	(9)	
	Totale impatto dell'intervento su Altra Assistenza Convenzionata Esterna rispetto al modello tendenziale	**(12)**	**(24)**	**(41)**	**(77)**	

Per il perseguimento degli obiettivi del piano di rientro i tetti dei contratti negoziali 2008-2009 per quanto attiene i settori dell'ospedaliera convenzionata, della riabilitazione extraospedaliera ex art.26 e della specialistica ambulatoriale vengono fissati nei valori indicati nella tabella seguente:

		CONTRATTI NEGOZIALI 2008-2009	
Settori	**Costo contratti attuali**	**2008**	**2009**
Ospedaliera convenzionata	**130.000.000 €**	**101.000.000 €**	**97.000.000 €**
diff.assoluta su 2007		- 29.000.000 €	- 33.000.000 €
diff. % su 2007		-22%	-25%
Ex art.26 convenzionata	**92.000.000 €**	**76.000.000 €**	**60.000.000 €**
diff.assoluta su 2007		- 16.000.000 €	- 32.000.000 €
diff. % su 2007		-17%	-35%
procapite pop Abruzzo	71 €	58 €	46 €
Specialistica ambulatoriale convenzionata	**28.000.000 €**	**25.000.000**	**23.000.000**
diff.assoluta su 2007		- 3.000.000 €	- 5.000.000 €
diff. % su 2007		-11%	-20%
procapite pop Abruzzo	22 €	19 €	18 €

	attuali	**2008**	**2009**
TOTALE	**250.000.000 €**	**202.000.000 €**	**180.000.000 €**
diff.assoluta su 2007		- 48.000.000 €	- 70.000.000 €
diff. % su 2007		-19%	-35%

2.1.3. Misure di contenimento della spesa farmaceutica programmate e/o assunte dalla Regione Abruzzo.

Le motivazioni che hanno causato nella Regione Abruzzo il superamento del tetto prefissato per la spesa farmaceutica – sia essa territoriale che ospedaliera – sono molteplici e derivano da carenze strutturali (eterogeneità dei dati di consumo farmaceutico ospedaliero a livello delle singole AA.SS.LL.; eterogeneità del processo di selezione dei farmaci acquistati dalle ASL) e da carenze di tipo culturale (assenza di dati sul corretto utilizzo di farmaci a livello ospedaliero, soprattutto di quelli di ultima generazione e di alto costo; scarso utilizzo e condivisione di Linee Guida/percorsi terapeutici fondate sulla logica della medicina basata sulle prove di efficacia; scarso livello di prescrizione di farmaci generici; utilizzo diffuso e sistematico, pur in presenza di valide alternative terapeutiche, di farmaci *off-label*).

Le linee guida per la stesura del Piano Sanitario Regionale 2007-2009 individuano puntualmente le predette criticità nonché gli obiettivi e le azioni da porre in essere (tab. A) per ricondurre la spesa farmaceutica ospedaliera ai tetti previsti per legge.

Tab A	**SPESA FARMACEUTICA**	
Criticità	**Obiettivi**	**Azioni**
Assenza di dati sul consumo farmaceutico ospedaliero, in ambito RSA e ADI, e conseguente impossibilità di verificarne l'uso razionale e appropriato, specialmente per quanto riguarda i farmaci antitumorali.	Creazione di un database dei consumi farmaceutici ospedalieri. Definire linee guida per l'uso appropriato e razionale dei farmaci **(L1)**	Costituzione della Commissione Terapeutica Regionale e del regolamento di funzionamento. Formazione dei sottogruppi di lavoro per le classi di farmaci a più alto costo e più alto consumo. Redazione del prontuario ospedaliero e dei prontuari per RSA e ADI Progettazione e attivazione di un sistema di monitoraggio dei consumi farmaceutici a livello delle strutture di ricovero a qualsiasi titolo mediante reportistica omogenea
Livello elevato della spesa farmaceutica erogate a livello territoriale per le categorie terapeutiche ad alto costo e/o utilizzate in ADI, RSA.	Potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci e secondo la modalità "in nome e per conto". (**L2**)	Garantire la presenza e la piena operatività dei punti di distribuzione diretta di farmaci su tutto il territorio. Accordo con Farmacie Private urbane e rurali, Farmacie Comunali e Distribuzione intermedia per l'organizzazione del canale alternativo di distribuzione dei farmaci "in nome e per conto". Progettazione e attivazione di un sistema di monitoraggio mediante reportistica omogenea per tutti i punti di distribuzione, dettagliata per RSA/Distretto.
Livello elevato della spesa pro-capite per farmaci prescritti sul territorio. Disallineamento dei dati di prescrizione registrati dalle singole ASL. Eterogeneità degli strumenti di monitoraggio.	Monitoraggio della prescrizione di farmaci, sia territoriali che ospedalieri, mediante sistema di reportistica regionale omogenea, con cadenza trimestrale, ai prescrittori. (**L3**)	Istituzione di un centro regionale di raccolta ed organizzazione dei dati prescrizioni farmaceutiche e supporti informativi sull'uso corretto del farmaco. Progettazione e attivazione di un sistema di monitoraggio mediante reportistica uniforme per tutti i Medici di Base, UTAP, Distretti, ASL della Regione Abruzzo.
Rilevazione on-line delle assegnazioni ricettari/medici	Il Progetto Tessera Sanitaria (art. 50 L. 326/2003)), si pone l'obiettivo di realizzare un sistema informativo delle prescrizioni mediche, al fine di potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria e la verifica dell'appropriatezza prescrittiva **(L3-bis)**	Verifica dei casi segnalati di mancata assegnazione; maggiore interazione con gli Uffici aziendali preposti

(continua) SPESA FARMACEUTICA		
Criticità	**Obiettivi**	**Azioni**
Eterogeità del processo di selezione dei farmaci acquistati dalle ASL; scarsa razionalizzazione delle risorse nella fase di acquisto; assenza di informazioni centralizzate e condivise del processo di prescrizione, preparazione e somministrazione del farmaco; assenza di sistemi di tracciabilità del farmaco ai fini del controllo.	Miglioramento del processo di selezione dei farmaci; recupero di economie nella fase di acquisto; ottimizzazione delle fasi di stoccaggio e distribuzione; progettazione e attivazione di sistemi di monitoraggio sui processi di espletamento delle gare farmaceutiche. (**L4**)	Coinvolgimento delle ASL Abruzzesi nel progetto denominato "Unione di acquisto farmaci" attraverso attivazione di gare in forme consortili o di area vasta.
Scarso utilizzo di Linee Guida, Percorsi Assistenziali e di informazioni basate sulle prove di efficacia (cd. evidence-based medicine) a supporto dei Medici di Base e Ospedalieri come strumento per la massimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva, specialmente per le patologie croniche prevalenti.	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per le patologie più gravi e prevalenti, fondate sulla logica della medicina basata sulle prove di efficacia (**L1+L3**)	Avvio e messa a regime del progetto regionale "Percorsi assistenziali" (territorio – ospedale – territorio) per le seguenti patologie: IMA, Stroke, Frattura femore, Scompenso cardiaco, BPCO, Diabete, Ipertensione arteriosa. I percorsi assistenziali si fondano su l'EBM e ricomprendono i protocolli diagnostico-terapeutici individuati dalle linee guida nazionali ed internazionali delle singole discipline.
Scarso livello di prescrizione dei farmaci generici.	Potenziamento dell'utilizzo dei farmaci generici in tutti gli ambiti prescrittivi e assistenziali. (**L5**)	Accordi specifici con la Medicina Generale Corsi di formazione per i prescrittori territoriali e ospedalieri. Informazione periodica ai soggetti prescrittori sul profilo di efficacia / valutazione economica dei principi attivi che hanno perso il brevetto Informazione al cittadino sulla certificata equivalenza in efficacia e sicurezza dei farmaci generici.
Sfondamento del tetto di spesa farmaceutica 2005 e conseguente quota da ripianare a carico della Regione Abruzzo	Individuazione di manovre idonee alla copertura finanziaria della quota di sfondamento del tetto di spesa. (**L6**)	Delibera n 1540 del 27.12.2006 "Introduzione di misure di compartecipazione alla spesa farmaceutica a carico dei cittadini"

2.1.3.1. Le economie sulle macrovoci CE per anno

Al fine di realizzare gli interventi strutturali necessari ad una contrazione della spesa farmaceutica ospedaliera nonché avviare le necessarie manovre per addivenire al ripiano della quota di propria competenza dello sfondamento realizzato nella regione Abruzzo nel corso dell'anno 2005, sono stati previste azioni/obiettivi da avviare nel corso del 2007 e implementare nell'arco del triennio 2007-2009.

Di seguito vengono riportati i provvedimenti adottati dalla Regione riferiti a due macrovoci del CE: Assistenza Farmaceutica Convenzionata e Prodotti Farmaceutici, nonché le attività da implementare con il relativo cronogramma delle azioni da porre in essere.

Ogni provvedimento adottato/adottando è riportato nella tabella B con il relativo impatto economico previsto.

Impatto su Assistenza Farmaceutica Convenzionata						
	Intervento / Obiettivo	**2007**	**2008**	**2009**	**TOTALE 2007-2009**	**Note**
L2	DGR 1439 del 29.12.2005; DGR 381 del 12.04.2006; DGR 1086 del 2.10.2006: Interventi per implementare la distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL sul territorio, nelle RSA ed in ambito ADI	(8)	(15)	(18)	(41)	L'intervento impatta principalmente sulla riduzione della spesa sostenuta per l'erogazione dei farmaci attraverso le farmacie convenzionate ed imputazione sulla spesa ospedaliera con riduzione dei costi di acquisizione dei farmaci. Tale effetto viene stimato in una riduzione complessiva del 5% medio nel triennio 2007-2009 della spesa rispetto al modello tendenziale (cfr. § 2.1.3.1.1)
L1 L3	Monitoraggio della prescrizione di farmaci, sia territoriali che ospedalieri, mediante sistema di reportisrtica regionale omogenea, con cadenza trimestrale, ai prescrittori e attivazione di sistemi di budget per la medicina generale.	n.v	n.v.	n.v.	n.v.	(cfr. § 2.1.3.1.2.)
L5	DGR 579 del 29.05.2006, DGR 916 del 09.08.2006, DGR dir gen,DGR 1086 del 2.10.2006, Interventi per incentivare la prescrizione e l'utilizzo dei farmaci generici. Accordi specifici con la Medicina Generale; corsi di formazione per i prescrittori territoria	(9)	(6)	(6)	(21)	L'intervento ha influenza sul mix della spesa.
L6	DGR 1540 del 27.12.2006 Introduzione di misure di compartecipazione a carico del cittadino	(10)			(10)	(cfr. § 2.1.3.1.8.)
	Totale impatto dell'intervento sull'Assistenza Farmaceutica Convenzionata rispetto al modello tendenziale	**(27)**	**(21)**	**(24)**	**(72)**	

Di seguito vengono riportati i dettagli dei progetti/azioni riportati nella precedente tabella

2.1.3.1.1. Distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL sul territorio, nelle RSA ed in ambito ADI (Obiettivo L2)

Secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (Os.Med.) relativi al 2005, la media nazionale della spesa lorda pro-capite pesata per i farmaci della duplice via di distribuzione di cui al PHT (Prontuario della distribuzione diretta) è di € 25,2 , pari al 10,9% della spesa lorda pro-capite pesata. A tale dato concorrono naturalmente regioni "virtuose" quali la Toscana e l'Emilia Romagna ove tale spesa ammonta rispettivamente a € 5,9 ed € 5,6 ed ove la percentuale rispetto alla spesa lorda è pari al 3,2 ed al 2,9% e regioni come il Lazio e la Puglia ove tale spesa ammonta rispettivamente a € 48,3 ed € 50,1 con una percentuale sulla spesa lorda pari al 15,7 e 18,2%.

Nella regione Abruzzo la spesa lorda sostenuta per l'erogazione attraverso le farmacie convenzionate dei farmaci della duplice via di distribuzione ammontava – nel 2005 – ad € 22,1 pari al 9,8% della spesa lorda pro capite pesata.

La Regione, pertanto, al fine di implementare la distribuzione diretta dei farmaci di cui al PHT (Prontuario Ospedale Territorio) e ridurre la percentuale della spesa sostenuta per l'erogazione di detti farmaci sul territorio, ha disposto – con la DGR 1439 del 29 dicembre 2005 - la distribuzione diretta esclusiva di taluni farmaci la cui complessità diagnostico-terapeutica necessita di un periodico accesso alla struttura ospedaliera. Nella fattispecie è stata disposta la distribuzione diretta attraverso i Presidi Ospedalieri abruzzesi dei farmaci a base dei principi attivi di cui alle note AIFA 12, 39, 51, 74 e di tutti i farmaci ematologici compresi nel PHT nonché dei farmaci a base del principio attivo bicalutamide e delle eparine a basso peso molecolare.

Con la DGR n. 1086 del 2 ottobre 2006, pertanto, la Regione ha disposto di implementare ulteriormente la distribuzione diretta dei farmaci del PHT statuendo l'obbligatorietà, in aggiunta a quanto già previsto dalla citata DGR 1439/2005, della distribuzione diretta esclusiva dei farmaci di cui alle note 9 bis, 30, 30 bis, 32, 32 bis, 40, 85 e dei farmaci a base dei principi attivi insulina glargine e insulina detemir.

Metodologia per la quantificazione dei risparmi riportati in tabella B.

Nel 2005, in Abruzzo, la spesa lorda pro-capite pesata per consumi farmaceutici ammonta a € 225,0 (range Regioni Italiane: € 171,2 (Trento) - € 299,5 (Sicilia)).

Dalle elaborazioni dell'OsMED ("L'uso dei farmaci in Italia – Rapporto nazionale anno 2005"), escludendo la quota di spesa per farmaci con duplice via di distribuzione, e promuovendo per tali farmaci la distribuzione diretta o, in alternativa, in "nome e per conto", la spesa lorda

pro-capite subirebbe un abbattimento di circa 20 € pro-capite, attestandosi a € 202,9.

L'impatto di tale misura, e il conseguente livello di contenimento della spesa, è stato così stimato:

"Impatto economico della distribuzione diretta esclusiva dei farmaci di cui alle note 9bis, 30, 30bis, 32, 32bis, 40, 85 e dei farmaci a base di insulina"

Previsione spesa anno 2006	€ 11.744.911
Previsione spesa 4° trimestre 2006	€ 2.936.227
Stima del risparmio nel 4° trimestre del 2006	€ 979.232

La valutazione economica è stata effettuata considerando lo sconto del 33,33% ottenibile dall'acquisto dei farmaci da parte dei presidi ospedalieri. Per una previsione più precisa del risparmio, bisognerebbe detrarre da tali importi i costi da sostenere per la completa operatività dell'attività di distribuzione da parte delle farmacie ospedaliere; per contro occorre precisare che il risparmio atteso è una sottostima di quello realmente ottenibile, poiché molti farmaci sono ceduti ai presidi ospedalieri con sconti maggiori o a costo zero.

I dati di consumo osservati nel 4° trimestre del 2006 confermano le previsioni di cui sopra: in tale periodo, e per effetto della distribuzione diretta esclusiva disciplinata dalla DGR n. 1086 del 2 ottobre 2006, la spesa farmaceutica convenzionata diminuisce di circa 3 milioni di €, e di conseguenza, il contenimento di spesa indotto dallo sconto del 33,33% incide per circa 1 milione di euro. I dati relativi al periodo gennaio-novembre 2006 mostrano che spesa lorda sostenuta presso le farmacie del territorio per l'erogazione dei farmaci di cui al PHT è stata pari a euro 25.265.550,06 – con una percentuale sul totale del mercato pari al 9,08% (dati Progetto SFERA) ed una spesa lorda procapite pesata pari a 19,34 euro.

Attese le numerose rimostranze da parte delle associazioni dei diabetici e dei familiari affetti da Morbo di Alzheimer la Regione, con propria DGR n. 1539 del 27 dicembre 2006, ha disposto il ripristino della duplice via di distribuzione – sia presso le farmacie convenzionate che presso le farmacie ospedaliere – dei farmaci a base dei principi attivi insulina glargine e insulina detemir.- introducendo quale elemento di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva un apposito Piano terapeutico – e dei farmaci di cui alla nota 85.

Sulla base dei dati di spesa dell'ultimo trimestre del 2006, considerando il trend prescrittivo registrato nel corso del 2006 per i farmaci per i quali la regione ha conservato per l'anno 2007 la distribuzione diretta esclusiva, è ipotizzabile stimare il seguente livello di contenimento della spesa:

"Impatto economico della distribuzione diretta esclusiva dei farmaci di cui alle note 9bis, 30, 30bis, 32, 32bis, 40"

Previsione spesa anno 2007	€ 6.461.728
Stima del risparmio nel 2007	€ 2.153.694

La valutazione economica è stata effettuata considerando lo sconto del 33,33% ottenibile dall'acquisto dei farmaci da parte dei presidi ospedalieri. La stima per l'anno 2007 considera un livello di spesa senza aumenti rispetto al 2006 e si limita alle sole categorie terapeutiche che restano in distribuzione diretta esclusiva (note 9bis, 30, 30bis, 32, 32bis, 40).

Data la natura strutturale della manovra, l'impatto per gli anni 2008 e 2009 , e il

conseguente livello di contenimento della spesa, è stimato tenendo conto dell'obiettivo di "stornare" dalla spesa farmaceutica convenzionata almeno la quota pro-capite di € 20 afferente ai farmaci candidati al canale della distribuzione diretta. Occore precisare che le azioni che concorrono a raggiungere gli obiettivi di risparmio riportati in tabella B sono conseguenti anche al potenziamento della distribuzione di farmaci alla dimissione e dei farmaci prescritti in ambito di assistenza specialistica ambulatoriale. Concorre altresì al raggiungimento dei livelli di contenimento l'effetto combinato del minori prezzi ottenibili dalle "unioni di acquisto" e dall'abbattimento dei livelli di incertezza/inappropriatezza prescrittivi.

2.1.3.1.2. Monitoraggio delle prescrizioni di farmaci a livello territoriale(Obiettivo L1-L3)

Come è noto l'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni (Progetto Tessera Sanitaria), si pone l'obiettivo – in campo farmaceutico - di realizzare un sistema informativo delle prescrizioni mediche attraverso la rilevazione diretta delle ricette mediche spedite a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso le farmacie convenzionate pubbliche private e, successivamente presso le altre strutture erogatrici dei farmaci a carico del SSN.

La Regione Abruzzo, capofila nella sperimentazione del Progetto Tessera Sanitaria, precedentemente all'avvio della predetta sperimentazione già raccoglieva puntualmente i dati della spesa farmaceutica territoriale convenzionata secondo le modalità e la tempistica definita dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSSR) che effettuava tale monitoraggio in tutte le Regioni.

Alle necessità di monitoraggio della spesa sanitaria si affianca prepotentemente l'obiettivo – prioritario per indirizzare le scelte strategiche regionali ed effettuare una corretta programmazione in campo farmaceutico – della verifica dell'appropriatezza prescrittiva, obiettivo prioritario anche dell'intero Progetto Tessera Sanitaria.

La Regione pertanto, con le più volte citate DGR 1439/2005 e 1086/2006 ha emanato disposizioni per le AA.SS.LL. affinché provvedessero alla puntuale trasmissione dei:

1. dati economici (desunti dalle distinte contabili riepilogative delle farmacie convenzionate) relativi alla spesa farmaceutica secondo le modalità definite dall'ASSR;
2. dati relativi alla spesa farmaceutica ospedaliera (ossia dei dati della spesa sostenuta per l'acquisto di farmaci utilizzati in regime di ricovero);
3. flussi relativi alle prescrizioni territoriali per i pazienti residenti nella ASL , identificati dai Files "D", nonché dei flussi relativi alle prescrizioni farmaceutiche per i pazienti residenti in altre A.S.L. della Regione e fuori Regione (File F).

La DGR 1439/2005, inoltre, specifica le tipologie di farmaci/prestazioni afferenti alla farmaceutica territoriale convenzionata (relativi ai farmaci distribuiti attraverso le farmacie convenzionate) ed alla farmaceutica territoriale non convenzionata (relativi ai farmaci erogati - attraverso le farmacie ospedaliere – a pazienti all'atto della dimissione), secondo le indicazioni del Progetto mattoni (mattone n. 10) del Ministero della Salute.

Per quanto riguarda i dati di cui al precedente punto 3, si precisa che i files "D" richiesti alle AA.SS.LL. corrispondono ai flussi che detiene la SOGEI per il monitoraggio centralizzato della spesa farmaceutica convenzionata effettuato ai sensi dell'art. 50 della L. 326/2003.

Tenuto conto, pertanto, che con il decreto 17 novembre 2006 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, è stata fissata al 31 dicembre 2006 la fine della sperimentazione del Progetto Tessera Sanitaria nella Regione Abruzzo, la Regione – per i propri fini di monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale - si impegna ad utilizzare i dati delle prescrizioni rilevati attraverso il Sistema Tessera Sanitaria attuativo dell'articolo 50 della Legge n. 326 del 2003.

Contestualmente la Regione Abruzzo, al fine di implementare un sistema di reportistica regionale sull'uso dei farmaci territoriali, omogenea e standardizzata per età e sesso, da distribuire periodicamente ad ogni medico prescrittore che si affianchi al sistema fornito dal Progetto Tessera Sanitaria, ha richiesto alle AA.SS.LL. i predetti flussi informativi delle prescrizioni territoriali, identificati dai Files "D", prodotti negli anni 2004, 2005 e 2006.

La disponibilità di tali dati pregressi – unitamente disponibilità dei flussi di dati anagrafici regionali degli "Assistibili" e dei MMG/PLS siccome fornita dalla struttura di supporto informativo della Direzione Sanità e detenuta dalla SOGEI – consentirà la definizione di specifici indicatori di spesa e consumo basati sulla popolazione e in grado di garantire un corretto confronto tra prescrittori, tra loro e rispetto a parametri di riferimento.

A fronte della fine della sperimentazione del Progetto Tessera Sanitaria nella Regione Abruzzo, la regione pertanto si impegna ad utilizzare, nell'ambito delle suddette iniziative regionali, i dati delle prescrizioni rilevati attraverso il Sistema Tessera Sanitaria attuativo dell'articolo 50 della Legge n. 326 del 2003 e a dare attuazione al procedimento di cui alla lettera c) del paragrafo 2.1.3.1.3. PROGETTO TESSERA SANITARIA (Obiettivo L3 bis), nell'ambito del quale, oltre a prevedere l'implementazione del sistema di reportistica regionale siccome precedentemente riportato, attuare l'analisi dell'appropriatezza prescrittiva tramite le potenzialità offerte dal Sistema Tessera Sanitaria.

Le attuali principali caratteristiche del progetto regionale di reportistica sono tre: gli indicatori, la classificazione dei farmaci e la standardizzazione dei dati di consumo.

1) Gli indicatori. L'attività prescrittiva di ogni MMG, gruppo di medici, Azienda USL, Regione, è descritta da tre indicatori standardizzati per età e sesso dei pazienti assistiti: la spesa per 1000 assistiti, al lordo di eventuali sconti e ticket sostenuti dai pazienti, le DDD per 1000 assistiti die e il costo medio DDD. Per i report del singolo MMG e dei gruppi di medici, questi indicatori sono confrontati con la media della ASL di appartenenza e rispetto alla media regionale.

2) La classificazione dei farmaci. Nella definizione delle classi dei farmaci si è cercato di rispondere al criterio della rilevanza clinica, con informazioni sintetiche che tenessero conto dei quesiti clinici del singolo MMG e non attraverso lunghi elenchi di farmaci di difficile consultazione. Si è così proceduto ad una revisione della classificazione ATC (Classificazione Anatomica, Terapeutica, Chimica), utilizzata a livello internazionale per rendere confrontabili le analisi sull'uso dei farmaci. La nuova classificazione è maggiormente orientata alla clinica e alla terapia rispetto a quella ATC e corrisponde a quella adottata dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali (OSMED, Ministero della Salute) nella stesura del Rapporto nazionale su "L'uso dei farmaci in Italia": tale approccio permetterà alla reportistica abruzzese di confrontarsi con gli indicatori farmaceutici nazionali e di altre regioni pubblicati annualmente dall'OSMED.

3) Standardizzazione dei dati. La caratteristica più innovativa delle informazioni inviate ai singoli MMG riguarda la standardizzazione dei dati, per sesso ed età dei pazienti. Si procederà pertanto ad una standardizzazione diretta degli indicatori di consumo e spesa per eliminare la distorsione indotta dai differenti carichi assistenziali propri di ogni medico in quanto 'amplificati/alleggeriti' da maggiori quote di anziani/giovani.

La reportistica, uniforme per tutti i Medici di Medicina Generale della Regione Abruzzo, conterrà le seguenti informazioni:

- caratteristiche demografiche della popolazione assistita (distribuzione percentuale degli assistiti, dettagliata per sesso e classi di età);
- spesa e consumo medi (Spesax1000 ass/die; DDDx1000 ass/die) grezzi e pesati per sesso e età, calcolati per diversi livelli di aggregazione (Medico, Gruppi di medici, ASL) e confrontati sia con quelli della ASL di riferimento, sia con quelli regionali (confronto spaziale) e confrontati con gli indicatori del medesimo periodo dell'anno precedente tramite il calcolo di variazioni percentuali (confronto temporale); una graduatoria dei principi attivi a maggiore prescrizione, nonché indicatori del ricorso ai farmaci generici;
- spesa e consumo medi disaggregati per i diversi sottogruppi di farmaci;
- grafici di spesa e consumo medi standardizzati che agevolino un confronto visivo fra gli indicatori del singolo MMG/Gruppi di medici e i parametri di riferimento aziendali e regionali, a livello generale e per particolari categorie terapeutiche ad alto rischio di inappropriatezza prescrittiva.

2.1.3.1.3. Progetto Tessera Sanitaria (Obiettivo L3 bis)

a) L'ART.50 L.326 del 30 novembre 2003: principi generali

L'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni (Progetto Tessera Sanitaria), si pone l'obiettivo di realizzare un sistema informativo delle prescrizioni mediche, al fine di potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria, nonché la verifica dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso la rilevazione dei dati delle ricette mediche relative alla farmaceutica e specialistica a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva, il Progetto consente l'individuazione certa ed univoca sia dell'assistito (tramite il codice fiscale riportato sulla Tessera Sanitaria, "certificato" dall'Agenzia delle entrate), che del medico prescrittore (tramite il codice identificativo della ricetta, assegnato univocamente al medesimo medico dalla ASL competente in fase di consegna del ricettario).

L'individuazione certa ed univoca dell'assistito e del medico prescrittore avviene attraverso la necessaria fase preliminare di allineamento delle relative anagrafi in possesso delle ASL con quelle dei codici fiscali dell'Anagrafe Tributaria e dei Comuni, nonché attraverso il relativo costante aggiornamento.

La rilevazione dei dati delle ricette avviene presso i singoli erogatori delle prestazioni (farmacie, laboratori, ambulatori pubblici e privati convenzionati) i quali, attraverso la lettura ottica del codice fiscale dell'assistito dalla Tessera Sanitaria e del codice identificativo della ricetta, consentono l'associazione certa ed univoca fra i dati della ricetta, il relativo medico prescrittore e l'assistito fruitore della prestazione.

I dati completi delle ricette (comprensivi dei dati dell'assistito e del medico prescrittore) rilevati dalle strutture di erogazione, devono essere trasmessi giornalmente e, in ogni caso, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di utilizzazione della ricetta, al Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze che provvede a renderli disponibili alle ASL di competenza, nonchè alla regione, secondo le indicazioni del Garante della privacy. In particolare per le ASL è consentito l'accesso ai dati delle ricette comprensivi dei dati identificativi dell'assistito.

In tal modo il Sistema consente alle ASL e alle regioni di disporre in modo tempestivo di un patrimonio informativo inerente le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche, tale da poter potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria e intervenire sull'appropriatezza prescrittiva, costituendo uno strumento potente di programmazione e di contenimento del settore sanitario (mentre eventuali sistemi informativi regionali di rilevazione delle ricette non garantiscono un processo di acquisizione dei dati tale da assicurare in modo "certificato" la fondamentale associazione ricetta-assistito-medico).

L'attuazione in ambito regionale del Progetto, avviene sulla base del programma stabilito dai decreti attuativi del comma 6 del citato articolo 50 e sulla base del piano di dettaglio delle attività realizzative convenute fra la medesima Regione, la Ragioneria Generale dello Stato (RGS), il Ministero della salute, l'Agenzia delle entrate e Sogei.

b) l'applicazione sperimentale nella Regione Abruzzo quale regione pilota

Con Decreto Ministeriale 30 giugno 2004, pubblicato su G.U. nr.153 del 02.07.2004, è stato dato avvio al sistema di monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza prescrittiva in ambito sanitario - siccome previsto dall'art.50 D.L. nr.269 del 30.09.2003, convertito, con modificazioni, dalla L.nr.326 del 24.11.2003 - .

Ai sensi e per gli effetti del comma 2 del citato art.50 il Ministero dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministero della Salute, ha predisposto ed approvato i nuovi modelli di ricettari medici standardizzati a lettura ottica, curandone la successiva stampa e distribuzione alle strutture preposte alla consegna individuale degli stessi a tutti i medici del S.S.N. .

Nella Regione Abruzzo il programma di attuazione delle disposizioni di cui all'art.50 è partito, in via sperimentale, dal mese di settembre 2004 - siccome stabilito dall'art.2 del D.M. 30 giugno 2004 – comprendendo, altresì, la consegna dei nuovi modelli di ricettari.
Successivamente, con il decreto 17 novembre 2006 del Ministero dell'economia e delle finanze, è stata fissata al 31 dicembre 2006 la fine della sperimentazione del Progetto Tessera Sanitaria nella Regione Abruzzo.

Nel periodo di applicazione sperimentale del sistema della Tessera Sanitaria, la Regione è stata costantemente impegnata a rendere disposizioni applicative alle categorie interessate –

aziende sanitarie, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, farmacisti convenzionati, strutture specialistiche – inerenti le diverse problematiche affrontate , quali:

- ✓ Disciplina dell'utilizzo, ritiro, stoccaggio e distruzione dei vecchi ricettari;
- ✓ Disciplina della consegna, attribuzione ed utilizzo dei nuovi ricettari;
- ✓ Modalità di compilazione della ricetta per la prescrizione farmaceutica e diagnostica;
- ✓ Disposizioni in merito alle modalità di utilizzo della Tessera Sanitaria;
- ✓ Ritardi nella consegna della Tessera sanitaria : disposizioni in merito;
- ✓ Attribuzione della Tessera Sanitaria ai detenuti;
- ✓ Modalità di applicazione della disciplina afferente l'invio dei dati delle ricette da parte di tutti i soggetti coinvolti, in conformità alle disposizioni di cui al citato articolo 50 e dei suoi decreti attuativi;
- ✓ Disciplina regionale afferente omogenei codici di esenzioni, con particolare riguardo alle modalità di rilevazione esenzione per reddito;
- ✓ Modalità di trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze dell'assegnazione medico-ricettario di cui al comma 4 dell'articolo 50 della legge 326/2003;
- ✓ Aggiornamento anagrafe degli assistiti ed utilizzo delle segnalazioni fornite dal Sistema Tessera Sanitaria ai fini del costante e conseguente adeguamento delle anagrafi degli assistiti e dei medici;
- ✓ Definizione degli accordi integrativi con i medici di base (MMG e pediatri), per la verifica del rispetto della soglia del 70% delle ricette informatizzate, in conformità alle disposizioni di cui al comma 275 della L.F. 2006, resi giuste Deliberazioni di Giunta Regionale n. 175 del 03.03.2006 e n.143 del 22.02.2006;
- ✓ Attribuzione alla competenza dei Direttori Generali delle AA.SS.LL. la verifica del rispetto del tetto sopra sancito.

Chiaramente, la risoluzione delle anzidette problematiche è stata possibile attraverso una ampia collaborazione tra le Istituzioni coinvolte, nonché le associazioni di categoria interessate.

Con la chiusura della fase sperimentale, gli impegni già presi dalla Regione Abruzzo ai fini della attuazione di quanto di sua competenza - con riferimento agli obblighi previsti dal citato articolo 50 e dai suoi decreti attuativi, nonché all'articolo 1, comma 810, della legge n. 296 del 2006, - sono stati oggetto di una prima verifica congiunta da parte dell'Amministrazione Regionale, della Agenzia delle entrate e Sogei, i cui esiti sono stati riportati dagli ultimi soggetti indicati nella relazione all'uopo prodotta al Ministero dell'Economia e delle Finanze , che denota la completezza degli adempimenti regionali per quel che concerne l'ambito afferente la farmaceutica.

Con la chiusura della fase sperimentale, la Regione si è impegnata a proseguire nell'attuazione di quanto di sua competenza con riferimento agli obblighi previsti dal citato articolo 50 e dai suoi decreti attuativi, nonché all'articolo 1, comma 810, della legge n. 296 del 2006, secondo quanto verrà previsto nei provvedimenti nazionali attuativi della predetta disposizione, ai fini della continua alimentazione e aggiornamento del Sistema da parte di tutti i soggetti coinvolti.

Gli impegni verranno verificati, anche sulla base delle risultanze prodotte dall'Agenzia delle entrate e Sogei.

In particolare,

- Adozione di provvedimenti volti alla verifica del costante utilizzo, da parte di tutti i soggetti coinvolti, della Tessera Sanitaria (TS) in conformità alle disposizioni di cui al citato articolo 50.
- Adozione di provvedimenti volti al mantenimento del rispetto degli obblighi di invio dei dati delle ricette da parte di tutti i soggetti coinvolti, in conformità alle disposizioni di cui al citato articolo 50 e dei suoi decreti attuativi.

- Utilizzo delle segnalazioni fornite dal Sistema Tessera Sanitaria ai fini del conseguente aggiornamento delle anagrafi.

- Aggiornamento tempestivo e costante secondo le modalità di cui ai decreti attuativi dell'articolo 50 della legge 326/2003 da parte della regione dei flussi dei dati del Sistema di cui ai decreti attuativi all'art. 50.
- Utilizzo dei dati delle ricette acquisiti tramite il Sistema Tessera Sanitaria, ai fini delle analisi regionali di competenza.

- Utilizzo, ai sensi del comma 275 della L.F. 2006, di dati del Sistema Tessera Sanitaria per il controllo del rispetto della soglia del 70% delle ricette informatizzate da parte dei medici.

c) i controlli e la verifica dell'appropriatezza prescrittiva nel territorio

Tra gli impegni che la Regione Abruzzo ha assunto, nel fungere da regione pilota nel progetto sperimentale della Tessera Sanitaria, vi è, altresì, quello volto ad effettuare - attraverso i dati delle ricette acquisiti attraverso il Progetto Tessera Sanitaria - i controlli e la verifica dell'appropriatezza prescrittiva nel proprio territorio, individuando le criticità sulla base di specifici indicatori regionali di riferimento (riportati nella descrizione del precedente obiettivo L1 –L3) ed adottando le relative misure correttive ai fini del conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa.

Contestualmente la Regione si è impegnata ad utilizzare i dati delle prescrizioni rilevati attraverso il Sistema Tessera Sanitaria.

AZIONI DA INTRAPRENDERE

Entro il mese di marzo 2007 verrà individuata presso la Direzione Sanità la struttura amministrativa responsabile dell'attuazione concreta del progetto e dell'individuazione delle metodologie di monitoraggio .

Entro lo stesso termine la struttura amministrativa:

1. definirà il procedimento di verifica e controllo dell'appropriatezza prescrittiva e della relativa attuazione a livello di singola ASL;
2. comunicherà a ciascuna ASL i sopra citati indicatori e criteri di massima di riferimento per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva di ogni singolo medico - attraverso l'analisi mensile delle ricette acquisite attraverso il Sistema Tessera Sanitaria – ferma restando la facoltà per ciascuna azienda di integrare gli stessi con ulteriori indicatori e criteri, previamente comunicati alla struttura regionale e dalla stessa convalidati;
3. disporrà la acquisizione delle relazioni mensili prodotte da ogni singola ASL.
4. definirà le azioni correttive da intraprendere, da parte di ogni ASL, a fronte delle criticità riscontrate;
5. provvederà alla revisione periodica degli indicatori e dei criteri di riferimento individuati;

Entro il mese di marzo 2007, con provvedimento della Giunta Regionale, verrà incluso fra gli obiettivi dei Direttori Generali l'obbligo di:

- ✓ individuazione dell'Ufficio responsabile del procedimento;
- ✓ elaborazione mensile, mediante il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, degli indicatori regionali individuati, con riferimento ai dati delle ricette di propria competenza, del mese precedente a quello di riferimento, relative alle prestazioni di farmaceutica e specialistica erogate e acquisite mediante il medesimo Sistema Tessera Sanitaria, a livello di ASL distretto e singolo medico;
- ✓ individuazione delle criticità, con riferimento ai criteri regionali individuati;
- ✓ adozione delle relative azioni correttive, in conformità alle indicazioni regionali;
- ✓ predisposizione delle relativa relazione mensile e trasmissione (entro il mese successivo a quello di ricevimento dei dati) al competente Ufficio regionale.

Impatto sull'acquisto di prodotti farmaceutici						
	Intervento / Obiettivo	**2007**	**2008**	**2009**	**TOTALE 2007-2009**	**Note**
L1	DGR 15 del 09.01.2007 Monitoraggio consumi dei farmaci nel canale ospedaliero ed implementazione di apposita periodica reportistica regionale	(2)	(2)	(5)	(9)	Specificatamente per i farmaci antineoplastici, imunomodulatori e antivirali (cfr. § 2.1.3.1.4.)
L1	Istituzione della commissione terapeutica regionale e redazione del prontuario terapeutico ospedaliero regionale	(6)	(8)	(8)	(22)	Si stima una riduzione dei costi che consenta il mantenimento del livello attuale di spesa (cfr. § 2.1.3.1.5.)
L2	Distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL sul territorio, nelle RSA ed in ambito ADI	6	10	12	28	Costi aggiuntivi stimati a fronte del diverso sistema distributivo dei farmaci.
L4	Coinvolgimento delle ASL Abruzzesi nel progetto denominato "Unione di acquisto farmaci" attraverso attivazione di gare in forme consortili o di area vasta	(1)	(4)	(4)	(9)	Si stima una riduzione dei costi che consenta il mantenimento del livello attuale di spesa (cfr. § 2.1.3.1.6.).
	Totale impatto dell'intervento sull'acquisto di prodotti farmaceutici rispetto al modello tendenziale	**(3)**	**(4)**	**(5)**	**(12)**	

2.1.3.1.4. Intervento inerente il monitoraggio consumi dei farmaci utilizzati nel canale ospedaliero (Obiettivo L1)

La Regione Abruzzo effettua alo stato attuale mensilmente il monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale convenzionata rispetto ai principali macroindicatori di spesa (numero ricette, spesa lorda, spesa netta, spesa procapite etc.).

La Regione usufruisce inoltre dei dati di "sell out" della spesa farmaceutica territoriale, siccome elaborati dal Progetto per il monitoraggio ed il governo della spesa farmaceutica denominato SFERA (Spesa Farmaceutica Elaborazione Regione Asl), avviato dal Ministero della Salute nel 2002 ed i cui costi vengono sostenuti dall'Agenzia Italiana del Farmaco.

Il monitoraggio mensile della spesa farmaceutica territoriale convenzionata, unitamente alle elaborazioni effettuate utilizzando i dati del Progetto SFERA, consentono alla Regione di verificare il rispetto del tetto prefissato per detta spesa ai sensi della L. 326/2003 (13% della spesa sanitaria complessiva) mentre **non esistono dati periodici relativi ai consumi ospedalieri che consentano di verificare il rispetto del tetto prefissato del 16%** per la spesa farmaceutica complessiva (sia territoriale che ospedaliera) né alcuna indicazione sulle categorie terapeutiche e sui principi attivi prescritti e consumati in ambito ospedaliero.

Allo stato attuale, inoltre, solo una parte degli ospedali delle AA.SS.LL. abruzzesi utilizza – per l'analisi della movimentazione dei farmaci – la codifica Ministeriale (cd. Codice MINSAN) e quindi le banche dati utilizzate dalle AA.SS.LL. – ove disponibili – non consentono alla Regione di elaborare ed accorpare i dati in possesso delle singole A.S.L. per la mancanza di omogeneità del dato stesso.

Prima dell'adozione della DGR n. 15 del 9.01.2007, mancavano in Regione quegli indispensabili elementi informativi sui quali basare il ***Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera*** - previsto dal "Nuovo Patto per la Salute" sancito in data 28.09.2006 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano – che la Regione è chiamata a predisporre.

Il possesso di una adeguata banca dati dei consumi farmaceutici complessivi rappresenta la *conditio sine qua non* è possibile avviare ogni iniziativa volta al contenimento dell'incremento della spesa farmaceutica ospedaliera ed al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva - soprattutto dei farmaci con la maggior rilevanza economica – e quindi all'ottimizzazione dell'uso delle risorse in termini di efficienza ed efficacia terapeutica.

La DGR n. 15 del 9.01.2007, a tale proposito, recependo integralmente quanto proposto dal scrivente Servizio Assistenza Farmaceutica della Direzione Sanità, ha dato mandato allo stesso Servizio di acquisire i dati necessari da un'azienda in grado di fornire mensilmente il flusso informativo dei consumi ospedalieri dei farmaci suddivisi per ATC (fino ad ATC4), principio attivo, prodotto, forma farmaceutica con possibilità di individuare i generici e distinzione tra fascia A, fascia C, fascia H.

Al fine di avviare in Regione l' implementazione di una corretta politica del farmaco, è stato disposto di stipulare con l'Azienda individuata apposita convenzione triennale, nelle more delle istituzione di un osservatorio regionale sulle prescrizioni farmaceutiche i cui tempi di attivazione e gestione sono allo stato attuale incompatibili con la necessità di attuare interventi urgenti per il

contenimento della spesa sanitaria.

Il software gestionale richiesto deve altresì essere in grado:

- di rilevare - – ove registrati nel sistema gestionale della Farmacia ospedaliera – i consumi relativi all'erogazione diretta dei farmaci sul territorio ai pazienti in dimissione;
- di consentire analisi specifiche – sia per i consumi ospedalieri che territoriali – relative a:
  - Dati di base sul mercato dei farmaci rimborsati;
  - Analisi per ATC secondo le linee guida della classificazione ministeriale;
  - Analisi per principi attivi corredati dalle DDD (daily defined dose) di riferimento espresse per tutte le diverse formulazioni previste per ogni principio attivo e specialità;
  - Analisi per nuovi prodotti;
  - Analisi per valori di spesa;
  - Analisi per Note AIFA;
  - Analisi per prodotti generici;
- di consentire la transcodifica dei dati ospedalieri in possesso delle AA.SS.LL. con la codifica Ministeriale (cd. Codice MINSAN) ed il relativo accorpamento degli stessi a livello regionale;
- di consentire il benchmarking delle aziende sanitarie mediante l' accorpamento dei dati di spesa farmaceutica relativi ad unità operative omogenee

Il Servizio Assistenza Distrettuale – Assistenza Farmaceutica – in esecuzione di quanto previsto nella citata DGR 15/2007 è in procinto di stipulare apposita convenzione con la Società IMS Health S.p.a. il cui software *mcs@hospital* è in grado di offrire quanto richiesto e necessario, consentendo all'utilizzatore di effettuare analisi off-line, con contemporanea visualizzazione dei dati ospedalieri richiesti per le diverse dimensioni geografiche oggetto delle verifiche e monitoraggio del consumo dei farmaci che transitano nelle farmacie ospedaliere - con peculiare riferimento ai farmaci in uscita dai reparti -. In tal senso il sistema costituisce un *unicum*, tale da essere già stato favorevolmente adottato da più regioni e da essere asseverato come infungibile dalla stessa Agenzia Italiana del Farmaco in analogo rapporto convenzionale con l'azienda di cui sopra .

Si precisa che il servizio *mcs@hospital* :

- fornisce i dati di consumo suddivisi per ATC (fino ad ATC4), principio attivo, prodotto, forma farmaceutica con possibilità di individuare i generici e distinzione tra fascia A, fascia C, fascia H;
- consente di rilevare – ove registrati nel sistema gestionale della Farmacia ospedaliera – i consumi relativi all'erogazione diretta dei farmaci sul territorio ai pazienti in dimissione;

Il servizio offerto dalla società IMS Health risponde inoltre alle esigenze della Regione in quanto **garantisce uniformità al sistema di rilevamento dei dati ospedalieri sopra specificati su tutto il territorio regionale, consentendo una omogenea transcodifica degli stessi** che si assume quale patrimonio definitivo di ciascuna Azienda USL della Regione Abruzzo.

Per quanto riguarda l'onere economico richiesto, si precisa che verranno all'uopo utilizzati i fondi vincolati attribuiti annualmente dallo Stato alle Regioni per le iniziative di farmacovigilanza, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. nr.44/1997 siccome modificato ed integrato dal D.Lgs. nr.95 del 08.04.2003

La Regione ha allo stato attuale una sufficiente disponibilità sul capitolo 81521 del bilancio regionale corrente.

	Monitoraggio consumi dei farmaci utilizzati nel canale ospedaliero *	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre
		2007											
A	Stipula convenzione con IMS Health												
B	Coinvolgimento AA.SS.LL. per trasmissione dati												
C	Acquisizione dati consumi pregressi anno 2007												
D	Acquisizione dati correnti												
E	Transcodifica dati acquisiti secondo il codice MinSan												
F	Accorpamento dati secondo unità operative omogenee												
G	Elaborazione ed analisi dati forniti												
H	Benchmarking AA.SS.LL. (Invio reports periodici)												
I	Valutazione impatto dell'intervento												

* *Per i successivi anni per i punti D-E-F-G il cronogramma è reiterato con la stessa tempistica. Relativamente ai punti H e I la periodicità delle azioni ivi prevista è trimestrale*

2.1.3.1.5. Istituzione della Commissione Terapeutica Regionale e redazione del Prontuario Terapeutico Regionale (Obiettivo L1)

La istituzione della Commissione Terapeutica è stabilita dalle più volte citate DGR 1439/2005 e 1086/2006.

La DGR 1439/2005 prevede che la predetta Commissione abbia i seguenti compiti principali:

- definire linee guida terapeutiche condivise per i medici prescrittori – siano essi di medicina generale che ospedalieri – relativamente alle patologie più incidenti e che assorbono la maggior quantità di risorse;
- definire il Prontuario Terapeutico Regionale;
- definire il Prontuario Terapeutico Regionale per le patologie trattate in regime di Assistenza Domiciliare integrata (A.D.I.), nonché con specifiche funzioni consultive e di supporto per il Servizio Assistenza Distrettuale – Assistenza Farmaceutica della Direzione Sanità.

La scelta dei farmaci da introdurre nel prontuario deve essere effettuata sulla base dei seguenti criteri:

- efficacia clinica dimostrata da studi controllati;
- sicurezza (favorevole rapporto rischio/beneficio);
- economicità (rapporto costo/beneficio favorevole in relazione a farmaci di pari efficacia clinica);
- valutazione dell'innovatività in termini di reale vantaggio terapeutico.

La DGR 1086/2006 – nel reiterare la necessità dell'istituzione della predetta Commissione, stabilisce che la stessa – nell'espletamento dei compiti ad essa assegnati - si avvalga dell'attività del Gruppo di Lavoro all'uopo istituito presso il Servizio Assistenza Farmaceutica della Direzione Sanità ed incaricato del monitoraggio mensile della spesa farmaceutica e delle prescrizioni farmaceutiche.

Per quanto riguarda lo stato di avanzamento dei lavori, si precisa che sono state già

effettuate le consultazioni di tutte le Società Scientifiche delle principali discipline mediche, al fine di ottenere la designazione del proprio esperto da inserire nella Commissione Terapeutica.

La definitiva attivazione della predetta Commissione avverrà entro il prossimo mese di marzo.

Successivamente – e prioritariamente – verranno formati dei sottogruppi di lavoro per la predisposizione di linee guida relativamente alle classi terapeutiche a maggior rischio di inappropriatezza a livello ospedaliero (farmaci antineoplastici, biologici e immunomodulatori).

Qualora, per taluni dei farmaci appartenenti alle categorie su riportate, siano richieste particolari cautele d'uso legate al profilo di sicurezza ed alla maneggevolezza del farmaco stesso ovvero siano destinati ad una particolare nicchia di pazienti o ancora abbiano un costo molto elevato, la Commissione potrà valutare l'opportunità di introdurre una particolare nota limitativa o una scheda di richiesta motivata o una scheda di monitoraggio per verificare che il farmaco sia stato prescritto all'interno delle condizioni autorizzate, nel dosaggio giusto, per una durata adeguata.

Analizzando i ranghi dei primi trenta principi attivi – in ordine di spesa – acquistati/utilizzati a livello ospedaliero nel corso dell'anno 2006 (siccome desunti dai dati del Progetto Tracciabilità in possesso all'Agenzia Italiana del Farmaco) si evince infatti un differenziale notevole per quanto riguarda la posizione occupata da taluni farmaci nell'anno 2006 rispetto al 2005.

Vale per tutti l'esempio dei farmaci biologici:

Descrizione ATC5	Spesa 2006 (Abruzzo)	Rango 2006 (Abruzzo)	Rango 2005 (Abruzzo)	Rango 2005 (Italia)
Etanercept	€ 3.035.331	1	22	20
Infliximab	€ 1.604.056	7	21	18
Adalimumab	€ 1.358.698	10	20	26

Appare evidente come compito della istituenda CTR sia prioritariamente analizzare i motivi che causano tali aumenti di prescrizione - evidenziando eventuale inappropriatezza nell'arruolamento dei pazienti o nella durata della terapia – e conseguentemente ricondurre la stessa negli ambiti adeguati alle indicazioni terapeutiche del farmaco stesso.

Metodologia per la quantificazione dei risparmi riportati in tabella B.

I prodotti farmaceutici (macrovoce B020 del CE) registrano, dal 2001 al 2006, un trend crescente fuori controllo (min: +13,2% / max: +29,1%). Obiettivo dell'istituzione della CTR e del PTR è principalmente quello di contenere parzialmente il livello di crescita previsto per gli anni 2007, 2008 e 2009: un abbattimento del 50-60% del differenziale assoluto atteso per i prossimi tre anni determinerebbe il contenimento della spesa descritto al secondo rigo della Tab. B (Impatto sull'acquisto/utilizzo di prodotti farmaceutici).

Codice Voce Ce	Descrizione	Consuntivo 2001	Consuntivo 2002	Consuntivo 2003	Consuntivo 2004	Consuntivo 2005	IV Trimestre 2006	Previsione 2007	Previsione 2008	Previsione 2009
B0020	Prodotti farmaceutici	53.414	68.945	82.330	93.232	106.311	118.000	138.000	156.000	176.000
Differenziale % rispetto all'anno precedente			29,10%	19,40%	13,20%	14,00%	14,80%	14,49%	11,54%	11,36%
Differenziale in € rispetto all'anno precedente			15.531	13.385	10.902	13.079	11.689	20.000	18.000	20.000

Il livello di contenimento della spesa, a sua volta, risulterà da una serie di interventi della CTR sulle modalità di utilizzo di specifici farmaci ad alto rischio di incertezza/inappropriatezza prescrittiva: ad esempio, un trattamento con *trastuzumab* (che dall'11^ posto occupato nel 2005 nei ranghi della Regione Abruzzo dei primi trenta principi attivi per spesa in ambito ospedaliero, si è collocato al 3^ posto nell'anno 2006) per 1 anno è ritenuto lo standard, ma rimangono incertezze sulla durata ottimale della terapia. Infatti, uno studio finlandese (*Heikki Joensuu et al. "Adjuvant Docetaxel or Vinorelbine with or without Trastuzumab for Breast Cancer", N Engl J Med 2006;354:809-20*) ha utilizzato *trastuzumab* **per soli 3 mesi** garantendo gli stessi benefici, in termini di riduzione del tasso di recidiva, di sopravvivenza e di incidenza di effetti collaterali gravi, di trattamenti più prolungati. Ottimizzare l'impiego di *trastuzumab* in terapia adiuvante si tradurrebbe in una riduzione delle complicanze acute e tardive legate ad un trattamento non necessario, e permetterebbe un consistente riduzione dei costi della terapia, con possibile riallocazione di risorse. Ipotizzando circa 30.000 nuovi casi annui di carcinoma mammario in Italia (690 in Abruzzo), è possibile stimare che il numero di donne candidate ogni anno alla terapia con *trastuzumab* sia di circa 2400 (55 in Abruzzo). Il costo medio di un anno di *trastuzumab* equivale a circa 30.000 euro, pari ad un impegno economico complessivo nazionale di 72 milioni di Euro (1,65 milioni in Abruzzo). Un trattamento di 3 mesi secondo il modello finlandese permetterebbe minori costi per circa 54 milioni di Euro (1,2 milioni in Abruzzo).

	Commissione Terapeutica Regionale e Prontuario Terapeutico Regionale	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre
		2007											
A	**Attivazione CTR**												
B	**Attivazione Sottogruppi di lavoro per stesura LG**												
C	**Redazione PTR**												
D	**Redazione PTR ADI**												
E	**Redazione PTR RSA**												
F	**Definizione Linee guida condivise**												
G	**Elaborazione dati per il monitoraggio**												
H	**Valutazione impatto dell'intervento**												

	Commissione Terapeutica Regionale e Prontuario Terapeutico Regionale	gennaio	febbraio	marzo	aprile	Maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre
		2008											
I	**Aggiornamento Piani Terapeutici**												
L	**Definizione Linee guida condivise**												
M	**Elaborazione dati per il monitoraggio**												
N	**Valutazione impatto dell'intervento**												

* *Per i successivi anni, e per i soli punti I-L-M-N, il cronogramma è reiterato con la stessa tempistica del 2008.*

2.1.3.1.6. Unione di acquisto farmaci (Obiettivo L4)

Tale Progetto prevede prioritariamente l'individuazione delle categorie di farmaci per i quali attivare in fase iniziale dette gare in forma consortile.

La mancanza di un P.T.O.R. causa inevitabilmente una notevole variabilità all'interno delle AA.SS.LL. nei farmaci acquistati/utilizzati, variabilità non sempre giustificata da un diverso case-mix.

Il primo step, pertanto, necessariamente deve essere costituto dall'acquisizione dei dati necessari ad effettuare tale valutazione.

Prioritariamente sono stati acquisiti i dati del Progetto Tracciabilità dall'Agenzia Italiana del Farmaco ed individuati i primi trenta principi attivi - in ordine di spesa - utilizzati a livello ospedaliero nel 2006.

Entro il prossimo mese di marzo verranno acquisiti dall'AIFA i dati del Progetto Tracciabilità suddivisi per A.S.L. ed individuate le categorie terapeutiche (ATC4) che causano all'interno della Regione – e all' interno di essa verrà evidenziata la variabilità tra le diverse AA.SS.LL. – la maggior spesa (nell'ordine del 60-70%).

Una volta individuate le categorie terapeutiche più incidenti in termini di spesa – con il supporto della istituenda Commissione Terapeutica Regionale – verranno selezionati i principi attivi che, sulla base dei criteri di efficacia e sicurezza, saranno acquistati mediante procedure consortili. Tale progetto, pertanto, consentirà il miglioramento della gestione dei farmaci all'interno del sistema ospedaliero ed inciderà sull'intero processo della gestione del farmaco, con obiettivi di breve, medio e lungo periodo.

In particolare, possono essere individuati i seguenti obiettivi parziali, raggiungibili entro il corrente anno:

1. Miglioramento del processo di selezione dei farmaci. In fase iniziale si focalizzerà l'attenzione sui farmaci appartenenti a categorie terapeutiche più incidenti in termini di spesa;
2. Recupero di economie nella fase di acquisto dei farmaci, mediante l'organizzazione di un sistema centralizzato di appalti;

Nell'arco del triennio 2007-2009, parimenti, può essere raggiunto il seguente obiettivo:

3. Ottimizzazione della gestione del flusso logistico dei farmaci (fasi di stoccaggio e distribuzione).

Il miglioramento dei criteri di selezione di farmaci rappresenta un obiettivo di breve periodo, da raggiungere mediante il ridisegno della procedura di appalto utilizzata per l'acquisto dei farmaci e in particolare mediante l'introduzione di criteri atti a mettere in concorrenza tra di loro farmaci con composizione e attività analoghe. Le particolari caratteristiche del mercato dei farmaci infatti rendono l'attuale sistema di gare per singoli farmaci con il criterio di aggiudicazione del massimo ribasso poco soddisfacente in termini di risparmio conseguibile.

La centralizzazione del sistema di appalti è un obiettivo collegato al primo e dovrà essere portato avanti in parallelo.

Tale ristrutturazione richiede una migliore interazione tra le farmacie ospedaliere ed i provveditorati al fine di valorizzarne le rispettive competenze.

Un obiettivo collegato è quello del ridisegno della procedura di gara, in particolare dei criteri di aggiudicazione (prezzo, offerta economicamente più vantaggiosa), nonché della possibilità di introdurre elementi di trattativa sulle migliori offerte presentate mediante l'utilizzo di procedure negoziate. I nuovi criteri di aggiudicazione dovranno tenere conto altresì della continuità assistenziale ospedale-territorio e quindi dell'impatto del farmaco aggiudicato sulla assistenza farmaceutica convenzionata.

	Unione di acquisto farmaci	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre
		2007											
A	**Acquisizione dati AIFA "Progetto Tracciabilità"**												
B	**Selezione principi attivi**												
C	**Ridefinizione procedure d'appalto**												
D	**Centralizzazione del sistema di appalti**												
G	**Elaborazione dati per il monitoraggio**												
H	**Valutazione impatto dell'intervento**												

L'impatto di tale misura, e il conseguente livello di contenimento della spesa, è stato stimato tenendo conto dei risultati ottenuti dall'esperienza di unione d'acquisto attivata in Regione Emilia-Romagna e denominata A.V.E.N. (Area Vasta Emilia Nord).

Durante il 2005, l' A.V.E.N. ha condotto incontri con i clinici ed ha attivato gare rispettando il principio dell'equivalenza terapeutica sulle seguenti categorie di farmaci:

- calcioantagonisti,
- cefalosporine di 3° e 4° generazione,
- peginterferoni alfa,
- emoderivati.

Tale manovra ha comportato nel 2005 una diminuzione del costo medio/dose delle predette categorie di medicinali con conseguente minore spesa pari a € 2,5 milioni su base annua**.** Questo valore è stato conteggiato attribuendo ai consumi 2005 il costo medio per dose del 2006, risultato dalle operazioni sopra descritte.

Durante il 2006, l'A.V.E.N. ha condotto incontri con i clinici ed ha attivato gare in equivalenza terapeutica sulle seguenti categorie di farmaci:

- eparine a basso peso molecolare,
- fattori della crescita emopoietica,
- soluzioni per nutrizione parenterale ed enterale,
- antimicrobici, anti TNF alfa.

Il risparmio indotto da queste manovre, relativamente all'anno 2005, è stato pari a 21 milioni di €**.**

Tale valutazione è stata effettuata dapprima calcolando il differenziale tra il costo medio/dose dei farmaci oggetto di gara nel 2005 ed il costo medio/dose risultante dalle gare esperite, e, successivamente, moltiplicandolo per i consumi dell'anno 2006, il cui livello è stato stimato assumendoli pari a quelli registrati nel 2005.

La Regione Abruzzo intende importare ed applicare tale modello: la sua implementazione, in attesa della ridefinizione delle procedure e della centralizzazione del sistema d'appalto, si renderà operativa già a partire dalla mappatura e revisione delle attuali gare in essere presso ogni ASL della Regione. Proporzionalmente, per la Regione Abruzzo, è atteso un livello medio di contenimento della spesa di circa 4 milioni di €/anno.

2.1.3.1.7. Controllo farmaci innovativi e monitoraggio appropriatezza d'uso degli stessi

Negli ultimi anni – e specificatamente nel corso del 2006 - l'Agenzia Italiana del Farmaco con proprie specifiche Determinazioni ha previsto che l'utilizzo di alcuni farmaci oncologici, antivirali e richieda la compilazione di apposite schede di raccolta dati al fine di garantire l'appropriatezza d'uso degli stessi e di approfondire gli aspetti legati alla sicurezza di detti farmaci.

Al fine di implementare la raccolta ed il monitoraggio dei farmaci innovativi, integrando le disposizioni emanate dall'AIFA, la Regione Abruzzo – con propria deliberazione di Giunta Regionale n. 632 del 12.06.2006 ha approvato un Progetto – elaborato dal Servizio Assistenza Farmaceutica della Direzione Sanità - per la raccolta dati inerenti prescrizioni di farmaci sottoposti a monitoraggio.

Il coordinamento tecnico-scientifico del progetto verrà svolto dal referente regionale della farmacovigilanza, di concerto con il Consorzio Mario Negri Sud, in considerazione delle specifiche competenze del medesimo ente, nonché delle funzioni assunte in virtù della Convenzione stipulata con la regione Abruzzo – giusta DGR n. 424 del 01.06.2004 – per l'attivazione di strumenti di controllo sulle prestazioni sanitarie, nonché per lo svolgimento di attività di peculiare interesse nel settore della farmacovigilanza.

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

L'attenzione della Regione si è focalizzata – in fase iniziale - sui farmaci oncologici, sui farmaci antiretrovirali, sugli antipsicotici atipici utilizzati al di fuori delle indicazioni autorizzate. Successivamente – ove necessario per indirizzare le scelte strategiche regionali in materia di assistenza farmaceutica - verranno individuati ulteriori farmaci oggetto del suddetto monitoraggio

Il piano operativo del suddetto Progetto – elaborato dal consorzio Maio Negri Sud – prevede, in accordo con la funzione e le finalità del sistema di farmacovigilanza, messo in atto dalla Regione Abruzzo, l'avvio di un programma di ricerca atto a promuovere l'innovazione e la sicurezza attraverso iniziative di introduzione controllata degli interventi terapeutici.

In campo oncologico infatti - e più in generale nei settori per i quali le possibilità di risposte terapeutiche sono ancora limitate e la necessità di avere nuovi farmaci è sentita come urgente e prioritaria - si è assistito, negli anni più recenti, ad una accelerazione delle procedure di registrazione al punto da rendere disponibili per la pratica clinica molecole valutate solo in studi di fase II e, a volte, prima ancora della pubblicazione degli studi registrativi (N Engl J Med 2004; 351: 501-505).

E' necessario pertanto affiancare ai risultati derivanti dalle sperimentazioni cliniche controllate e dall'attività di monitoraggio prevista dall'AIFA, valutazioni riguardanti gli esiti (benefici/rischi/costi) ottenuti con l'impiego di tali farmaci rispetto alla eterogeneità dei pazienti trattati e alla diversità sia delle pratiche terapeutiche adottate che dei relativi contesti assistenziali (Cancer Care Ontario - 2005). L'acquisizione di tali conoscenze permetterà agli operatori sanitari, ma anche agli amministratori responsabili dell'utilizzo delle risorse in ambito sanitario, di operare scelte e programmare interventi effettivamente appropriati ed adeguati ai bisogni dei pazienti.

Il Programma di attività/ricerca approvato si articola attraverso i seguenti punti:

- definizione ed applicazione di una metodologia "basata sulle prove di efficacia - evidence based" per stabilire e mantenere aggiornati criteri di appropriatezza d'uso dei nuovi farmaci (antivirali, antipsicotici, oncologici) attraverso ricerche bibliografiche mirate che permetteranno di avere un quadro di riferimento accreditato ed eventualmente di produrre, nel caso se ne ravvisi la necessità, insieme ad un gruppo multidisciplinare competente, appositamente costituito, materiale informativo aggiornato sui problemi, le patologie a cui i farmaci di recente immissione - o utilizzati al di fuori delle indicazioni terapeutiche autorizzate - sono indirizzati.
- Attivazione di un sistema di monitoraggio e valutazione della qualità ed appropriatezza prescrittiva negli ambiti di interesse, che comprenda sia l'implementazione del sistema di monitoraggio previsto dall' AIFA in tutte le UU.OO. della regione Abruzzo in cui i farmaci di cui alla delibera vengono utilizzati, sia la definizione - da parte dello stesso gruppo multidisciplinare - di una apposita scheda di rilevazione che integri le informazioni già raccolte.

- Disegnare ed avviare veri e propri protocolli di sorveglianza che, con un approccio problem-oriented, siano indirizzati all'analisi dell'impiego dei farmaci d'interesse nel trattamento di specifiche patologie. L'obiettivo generale di tali studi non è quindi solo la definizione del motivo di impiego quanto la valutazione nel tempo degli esiti che i trattamenti determinano al fine di effettuare una valutazione, il più definitiva possibile, del profilo di beneficio/rischio di tali farmaci nelle specifiche condizioni di utilizzo.

Per la realizzazione delle attività previste saranno necessari i seguenti passaggi:

- definizione precisa dei problemi (patologia, trattamenti, pazienti, contesto assistenziale,…) su cui indirizzare o concentrare le attività, in base a criteri di rilevanza, frequenza, problematicità stabiliti collegialmente ed in accordo con le priorità della programmazione regionale;
- ricerca sistematica delle prove scientifiche disponibili su fonti secondarie e letteratura primaria;
- produzione di "evidence tables" orientate per problema incluse le indicazioni sui trattamenti (principalmente farmacologici ma anche di altro tipo se vi sono evidenze disponibili) rispetto a standard di riferimento;
- preparazione di documenti elaborati e loro discussione-valutazione all'interno delle diverse realtà assistenziali;
- verifica della applicabilità e generalizzabilità dei documenti elaborati attraverso anche l'adozione di schede di monitoraggio da cui ottenere informazioni valide e sufficienti per una valutazione di appropriatezza (delle pratiche correnti e di quelle proposte) che tenga conto delle situazioni contestuali;
- attivazione di protocolli di sorveglianza prospettica, mirata per specifici problemi e/o popolazioni che, attraverso la rilevazione ed analisi di eventi clinici importanti e significativi, permettano di comprendere meglio l'effettivo ruolo dei farmaci sullo "stato di salute" dei pazienti e sulla patologia di cui sono portatori.

In termini pratici si ritiene fondamentale:

- un percorso di formazione del personale incaricato a svolgere le attività previste nel "progetto sperimentale" al fine di far loro acquisire conoscenze metodologiche e capacità tecniche-operative nella medicina basata su prove di efficacia (evidence based medicine), nelle valutazioni di qualità-appropriatezza e nella ricerca clinica-epidemiologica;
- la costituzione di un gruppo multidisciplinare di base, composto da esperti di settore e/o metodologi, clinici e farmacisti ed eventualmente integrato da figure con competenze specifiche a seconda delle necessità, per la produzione degli elaborati previsti;
- l' integrazione delle attività intraprese nella quotidianità ed operatività assistenziale attraverso continui contatti e relative verifiche con gli operatori sanitari responsabili, a diverso titolo, dell'assistenza fornita;
- la partecipazione diretta dei clinici (e degli infermieri se necessario) nella pianificazione delle attività ed in particolare nella definizione, e poi realizzazione, dei protocolli di sorveglianza prospettica attraverso una serie di incontri programmati secondo le necessità;
- il coinvolgimento delle Direzioni Generali e Sanitarie delle diverse ASL nel promuovere e sostenere le iniziative intraprese favorendone l'implementazione e condividendone i risultati;
- l'adozione di percorsi di auditing, e/o semplicemente di comunicazione-divulgazione, all'interno delle ASL, sia nella fase iniziale di programmazione che in quella finale di discussione, al fine di garantire la massima adesione e condivisione delle attività intraprese ed il successivo riconoscimento ed accettazione di risultati conseguiti e degli interventi che, a partire da essi, verranno definiti.

2.1.3.1.8. Introduzione di misure di compartecipazione alla spesa farmaceutica a carico dei cittadini (Obiettivo L 6)

Con Delibera n. 1540 del 27.12.2006 la Giunta regionale della regione Abruzzo ha disposto l'introduzione di quote di compartecipazione in misura differenziata, tutelando in particolare le fasce di debolezza del sistema sociale abruzzese, sia esse reddituali che di patologia, nella misura seguente:

- Per ogni pezzo prescritto l'assistito è tenuto a corrispondere una quota fissa pari a € 0,50, sino ad un massimo di € 1 a ricetta;
- Sono previste esenzioni totali o parziali (quota ridotta pari ad € 0,25 a pezzo) dalla partecipazione alla spesa per talune categorie di cittadini (esenzioni per reddito e per le categorie protette);
- I cittadini affetti da patologie croniche e rare sono esentati dalla partecipazione alla spesa di cui sopra, limitatamente ai farmaci connessi al trattamento della patologia per la quale hanno diritto all'esenzione.

Inoltre, al fine di proseguire nella politica di incentivazione di prescrizione e utilizzo dei farmaci generici, è stato disposto di non applicare la quota di compartecipazione ai farmaci (sia essi *branded* – ossia specialità medicinali che hanno perso il brevetto sul principio attivo - che *unbranded* – ossia farmaci equivalenti senza il nome di fantasia e identificati dalla denominazione comune internazionale del principio attivo) che si adeguano al prezzo di riferimento regionale.

Numero cittadini esenti Reg. Abruzzo

Esenzione da ticket	Tipo di esenzione	Totale
esenzione parziale	invalidi civili	27832
	invalidi di guerra	620
	invalidi per lavoro	5537
	invalidi per servizio	6528
Totale cittadini con esenzione parziale		40517
esenzione totale	patologia cronica	218063
	malattie rare	2114
	danneggiati trasf/emoder	517
	invalidi civili	34234
	invalidi di guerra	617
	invalidi per lavoro	494
	invalidi per servizio	1645
	vittime terrorismo	19
	titolari di assegno sociale	23351
	esenti per reddito	*(non disp.)*
Totale cittadini con esenzione totale		281054
Totale complessivo		321571

Simulazione per la determinazione della quota di compartecipazione 2007 (ticket per confezione). DGR n. 1540 del 27.12.2006

			Parametri e descrizione dei metodi		
N° pezzi 2006		**21.932.859**			*Proiezione a 12 mesi dei dati di consumo gennaio-ottobre 2006*
Trend atteso 2007 vs 2006		**10,00%**			*Si considera il trend registrato nel 2006*
N° atteso pezzi 2007		**24.126.145**			
N° atteso pezzi pro-capite 2007		**18,56**			
Popolazione esente	*patologia cronica*	218.063			
	malattie rare	2.114			
	danneggiati trasf/emoder	517			
	invalidi civili	34.234			
	invalidi di guerra	617			
	invalidi per lavoro	494			
	invalidi per servizio	1.645			
	vittime terrorismo	19			
	titolari di assegno sociale	23.351			
	esenti per reddito	(n.v.)			
N° pezzi 2007 esenti totali		**5.215.961**	*281.054*		*numero di esenti totali X pezzi pro-capite*
N° pezzi 2007 esenti parziali		**751.938**	*40.517*	*50%*	*numero di esenti parziali e % di ticket a carico degli esenti parziali*
N° pezzi 2007 generici		**1.688.830**	*7,00%*		*nel 2006 la prevalenza di pezzi generici sui pezzi totali è del 6,13%*
N° pezzi 2007 oggetto di compartecipazione		**17.221.354**			
N° pezzi 2007 compartecipazione mensili		**1.435.113**			

ticket per pezzo	importo ticket/mese	n° mesi di compartecipazione per coprire € 4.600.000	importo compartecipazione in 12 mesi
0,20	362.216	12,7	4.346.596
0,25	452.770	10,2	5.433.245
0,30	543.324	8,5	6.519.894
0,35	633.879	7,3	7.606.543
0,40	724.433	6,3	8.693.192
0,45	814.987	5,6	9.779.841
0,50	905.541	5,1	10.866.490
0,60	1.086.649	4,2	13.039.788
0,70	1.267.757	3,6	15.213.086
0,80	1.448.865	3,2	17.386.384
0,90	1.629.973	2,8	19.559.682
1,00	1.811.082	2,5	21.732.980

2.1.4. Contenimento del costo del personale

Con le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 98, della legge n. 311/2004 e dell'articolo 1, comma 198, della legge n. 266/2005 sono state dettate disposizioni in materia di contenimento della spesa del personale per gli Enti del Servizio sanitario nazionale.

In relazione a quanto disposto dalla sopra richiamata normativa, la spesa del personale delle Aziende USL della Regione Abruzzo ha seguito l'andamento di cui alle seguenti tabelle:

Spesa complessiva personale anno 2004 (calcolata secondo le direttive ed i criteri indicati nella nota inviata il 15/2 a seguito della riunione del Tavolo tecnico del 14.2.2007 e comprensiva di: a) IRAP; b) contributi a carico delle Aziende; c) altre voci)							
Azienda USL	***Personale a tempo indeterminato****	***Personale a tempo determinato***	***Restante personale***	***TOTALE PARZIALE***	**Indennità De Maria**	**Personale Progetti obiettivo nazionali**	***TOTALE COMPLESSIVO***
Avezzano-Sulmona	103.959	2.239	978	***107.176***	137	411	**107.724**
Chieti	105.770	4.008	406	***110.184***	1.220	392	**111.796**
Lanciano-Vasto	110.098	2.799	348	***113.245***	0	305	**113.550**
L'Aquila	68.286	2.238	1.191	***71.715***	2.193	48	**73.956**
Pescara	140.375	5.826	755	***146.956***	337	1.695	**148.988**
Teramo	148.569	2.468	115	***151.152***	259	641	**152.052**
TOTALE	**677.057**	**19.578**	**3.793**	***700.428***	**4.146**	**3.492**	**708.066**
* Alla spesa per il personale a tempo indeterminato sono stati sottratti gli importi relativi alle spese per categorie protette							

Spesa complessiva personale anno 2006 (calcolata secondo le direttive ed i criteri indicati nella nota inviata il 15/2 a seguito della riunione del Tavolo tecnico del 14.2.2007 e comprensiva di: a) IRAP; b) contributi a carico delle Aziende; c) altre voci)							
Azienda USL	***Personale a tempo indeterminato****	***Personale a tempo determinato***	***Restante personale***	***TOTALE PARZIALE***	**Indennità De Maria**	**Personale Progetti obiettivo nazionali**	***TOTALE COMPLESSIVO***
Avezzano-Sulmona	102.366	1.252	1.250	***104.868***	103	1.562	**106.533**
Chieti	100.193	7.152	867	***108.212***	1.498	1.519	**111.229**
Lanciano-Vasto	109.316	3.779	169	***113.264***		181	**113.445**
L'Aquila	66.560	2.838	815	***70.213***	2.177	216	**72.606**
Pescara	130.596	10.575	2.257	***143.428***	337	3.691	**147.456**
Teramo	145.417	1.716	188	***147.321***	196	2.677	**150.194**
TOTALE	**654.448**	**27.312**	**5.546**	***687.306***	**4.311**	**9.846**	**701.463**
* Alla spesa per il personale a tempo indeterminato sono stati sottratti gli importi relativi alle spese per categorie protette							

Con il presente piano di rientro è necessario che venga conseguito l'obiettivo previsto dall'articolo 1, comma 565, della legge n. 296/2006, tenendo anche conto degli effetti di trascinamento sugli anni 2007, 2008 e 2009 delle economie imputabili alla Regione Abruzzo per effetto delle disposizioni normative sopra indicate, economie quantificate in euro 11.000.000 dal Ministero dell'Economia.

E' necessario, dunque, stimare un obiettivo di spesa del personale che assicuri, oltre alla diminuzione dell'1,4% rispetto all'ammontare del 2004, anche l'ulteriore economia sopra indicata. A tal fine, in correlazione al provvedimento di riordino della rete ospedaliera regionale ed alle fasi di progressiva attuazione dello stesso e tenuto conto delle necessità di assicurare comunque i livelli essenziali di assistenza, si reputa congrua e necessaria la spalmatura dell'economia di trascinamento pari ad 11.000.000 euro nell'arco del triennio 2007/2009 secondo le modalità sotto riportate:

Azienda USL	*spesa complessiva personale 2004*	*1,4 % spesa personale 2004*	*economia da trascinamento anni 2004-2006**	*1,4% + quota economia di trascinamento 2004-2006*	*obiettivo di spesa da raggiungere al termine del Piano di Rientro*	*spesa complessiva personale sostenuta nel 2006*	*tetto massimo di spesa per il personale - anno 2007*	*tetto massimo di spesa per il personale - anno 2008*	*tetto massimo di spesa per il personale - anno 2009*
Avezzano-Sulmona	107.724	1.508	1688	3.196	**104.528**	106.533	105.878	105.372	**104.528**
Chieti	111.796	1.565	1953	3.518	**108.278**	111.229	109.841	109.255	**108.278**
Lanciano-Vasto	113.550	1.590	1584	3.174	**110.376**	113.445	111.643	111.168	**110.376**
L'Aquila	73.956	1.035	1162	2.197	**71.759**	72.606	72.689	72.340	**71.759**
Pescara	148.988	2.086	2440	4.526	**144.462**	147.456	146.414	145.682	**144.462**
Teramo	152.052	2.129	2173	4.302	**147.750**	150.194	149.489	148.837	**147.750**
TOTALE REGIONE	**708.066**	9.913	11.000	20.913	**687.153**	701.463	695.954	692.654	**687.153**

*L'importo complessivo dell'economia di trascinamento è stato ripartito tra le Aziende USL secondo i criteri di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n. 1302 del 7.12.2005.

Al fine di garantire gli obiettivi di spesa sopra specificati e tenuto conto delle previsioni di spesa del personale per l'anno 2007 formulate dalle Aziende USL, si rende necessario procedere al blocco delle assunzioni per il personale a tempo indeterminato per l'anno 2007 e ad una contestuale riduzione della spesa per il personale a tempo determinato e/o per il restante personale in misura tale da garantire il rispetto dei tetti massimi di spesa fissati per l'anno 2007 per ciascuna Azienda USL.

Qualora ricorrano inderogabili esigenze assistenziali alle quali non si riesca ad assolvere con il proprio personale in servizio, l'Azienda USL potrà effettuare assunzioni a tempo indeterminato – nel limite massimo del 40% del turn-over, inteso come possibilità di assunzione di personale la cui spesa, rapportata all'intero anno 2007, sia pari al 40% dei risparmi di spesa effettivamente conseguiti in relazione al personale che cessa nel corso dell'anno 2007 - esclusivamente mediante contestuale riduzione della spesa di personale a tempo determinato e/o restante personale per un importo corrispondente ai nuovi costi da sostenere, fermo restando comunque l'ineludibile rispetto del tetto massimo di spesa fissato per ciascuna Azienda USL per l'anno 2007 e tenendo conto altresì dei tetti massimi di spesa da garantire per gli anni 2008 e 2009.

I Direttori Generali delle Aziende USL, prima di procedere alle eventuali assunzioni di cui sopra, devono adottare tutti gli accorgimenti organizzatori consentiti dalla vigente normativa, prestando anche particolare attenzione alle disposizioni contrattuali in ordine all'articolazione dell'orario di lavoro del personale del comparto e del personale dirigenziale, all'istituto della mobilità interna aziendale, alle disposizioni di cui alla legge regionale 23.6.2006 n. 20 nonché agli effetti derivanti dalla attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera prevista nel presente Piano.

I Direttori Generali, al fine del raggiungimento dell'obiettivo di contenimento della spesa sopra indicato, nella determinazione dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa fanno riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 1, commi 189, 191 e 194 della legge n. 266/2005, in modo da rendere coerente la consistenza di detti fondi con gli obiettivi di riduzione della spesa di personale e di rideterminazione della consistenza organica

I Direttori Generali delle Aziende USL sono tenuti, altresì, ad effettuare un costante monitoraggio della spesa del personale, provvedendo ad adottare ulteriori misure correttive qualora quelle sopra indicate dovessero palesarsi insufficienti ad assicurare il rispetto dei tetti massimi di spesa previsti per l'anno 2007 con riferimento a ciascuna Azienda.

Per quanto attiene agli anni 2008 e 2009 si fa presente che, fermi restando i tetti massimi

di spesa stabiliti per ciascun anno nel prospetto sopra indicato per ciascuna Azienda, le relative misure di contenimento saranno indicate con apposito provvedimento della Giunta Regionale da adottarsi entro i mesi di febbraio 2008 e 2009. Nelle more dell'adozione dei riferiti atti, non potrà effettuarsi alcuna assunzione a tempo indeterminato. Il mancato raggiungimento degli obiettivi economici sopraindicati costituisce elemento di giudizio negativo ai fini della valutazione delle attività dei Direttori Generali delle Aziende USL.

MODALITA' DI VERIFICA

Premessa

Al fine della verifica dell'obiettivo di contenimento della spesa del personale, previsto nel piano di rientro, in coerenza con Legge finanziaria per il 2007 e la normativa vigente di settore, è predisposta una rilevazione mediante la compilazione di due tabelle *(in seguito illustrate)* da effettuarsi da parte di ciascuna Azienda USL e da parte della Regione per il riepilogativo regionale:

- **Tabella 1** con la quale deve essere rilevata la situazione di organico e di spesa complessiva del personale dell'anno 2004, anno di riferimento dell'obiettivo di contenimento di detta spesa.

Ogni tabella 1, debitamente compilata da ciascuna Azienda USL e dalla Regione per il riepilogativo regionale, sarà inviata dalla regione al Ministero dell'economia e finanze e al Ministero della salute entro il 30 aprile 2007.

- **Tabella 2** con la quale deve essere rilevata, per ogni trimestre e a consuntivo di ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009, la situazione di organico e di spesa complessiva del personale..

Ogni tabella 2, debitamente compilata da ciascuna Azienda USL e dalla Regione per il riepilogativo regionale, sarà inviata dalla regione al Ministero dell'economia e finanze e al Ministero della salute entro il mese successivo alla scadenza del trimestre di riferimento ed entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento per il consuntivo.

Al fine di rendere coerente tale rilevazione con gli analoghi dati inviati dalle aziende per il conto annuale e per il monitoraggio trimestrale, la compilazione delle tabelle deve fare riferimento ai criteri di competenza economica e alle istruzioni relative al conto stesso, salvo quanto specificato di seguito.

I valori di spesa relativi sia all'anno 2004 (Tabella 1) sia a ciascuno dei periodi oggetto di rilevazione per gli anni 2007, 2008 e 2009 (Tabella 2) non devono contenere eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per il rinnovo dei Contratti collettivi nazionali di lavoro. Tali arretrati devono essere considerati comprensivi dei contributi a carico dell'amministrazione e dell'IRAP.

Inoltre nella Tabella 2 è prevista la colonna (9) nella quale deve essere indicata la quota parte delle spese di competenza del periodo di riferimento derivanti dal rinnovo dei Contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004. Tale colonna si rende necessaria al fine di valutare il totale delle spesa di personale al netto di detti oneri, così come previsto dal piano di rientro.

Nelle suddette tabelle è inoltre prevista la rilevazione dei rimborsi relativi alla cosiddetta "indennità De Maria".

Gli importi di spesa devono essere espressi in migliaia di euro.

Macrocategorie di personale

Personale a tempo indeterminato:

Per le spese per competenze fisse e accessorie di tali categorie di personale si fa riferimento rispettivamente alle tabelle 12 e 13 del conto annuale.

Per la consistenza del personale si fa riferimento alle unità presenti al termine del periodo considerato.

Medici

Vanno rilevati i dirigenti appartenenti alle categorie dei medici, veterinari ed odontoiatri a tempo indeterminato nonché quelli a tempo determinato ex art. 15 septies del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

Dirigenti non medici

Vanno rilevati i dirigenti non medici dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo, a tempo indeterminato nonché quelli a tempo determinato ex art. 15 septies, del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

Personale non dirigente

Va rilevato il personale dipendente a tempo indeterminato destinatario dei CCNL del "comparto sanità".

Personale contrattista

Va rilevato il personale a tempo indeterminato con contratto di lavoro del settore privato (ad esempio con contratto di lavoro dei chimici, metalmeccanici, operai del settore agricolo, ecc.) nonché gli ex medici condotti nei cui confronti trovano applicazione l'art. 48 del CCNL 3 novembre 2005 e l'art. 4 del CCNL 5 luglio 2006 dell'area della dirigenza medico-veterinaria.

Personale a tempo determinato

Va indicato il totale delle spese per competenze fisse e accessorie facendo riferimento alla tabella 14 – codice P015 del conto annuale.

Va rilevato esclusivamente il dato di spesa relativo a personale dipendente (dirigente e non dirigente) con contratto di lavoro a tempo determinato stipulato in applicazione delle vigenti norme contrattuali disciplinanti tali tipologie di rapporto di lavoro. In tale categoria non vanno indicati i dirigenti medici e non medici a tempo determinato ex art. 15 septies, del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

Restante personale

Va rilevato esclusivamente il dato di spesa relativo al personale appartenente alle seguenti categorie:

- Personale con contratto di formazione e lavoro (riferimento tabella 14 – codice P016 del conto annuale);
- Personale addetto ai L.S.U. (riferimento tabella 14 – codice P065 del conto annuale);
- Personale con contratto di fornitura di lavoro temporaneo – interinale (riferimento tabella 14 – codice P062 + codice L105 del conto annuale);
- Personale con contratto di collaborazione coordinata e continuativa e con convenzioni (riferimento tabella 14 – codice L108 del conto annuale).

Rimborsi per "Indennità De Maria"

Vanno indicati i rimborsi effettuati dalle aziende sanitarie alle università per la corresponsione dell'indennità di perequazione tra personale universitario, docente e non docente e personale del comparto sanità (cosiddetta "indennità De Maria"). Riferimento tabella 14 – codice P071 per la quota parte di rimborsi riguardante la suddetta indennità. Nel caso in cui tali rimborsi vengano effettuati direttamente dalla regione all'università il dato sarà comunicato dalla regione medesima all'interno del riepilogativo regionale.

Spese

Spesa per competenze fisse

Con riferimento a ciascuna categoria va indicato per il periodo di riferimento il totale complessivo degli emolumenti fissi relativi a stipendio, R.I.A., 13^ mensilità (nel trimestre in cui viene corrisposta) al netto dei recuperi derivanti da assenze, ritardi, scioperi, ecc. Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

Spesa per competenze accessorie

Va indicato il totale delle competenze accessorie sostenute nel periodo di rilevazione. Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

Spese Contributi a carico dell'ente

Va riportato il complesso dei contributi a carico dell'Ente (compresi eventuali premi per assicurazione INAIL). Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

IRAP

Vanno riportate le spese con riferimento all'IRAP relativamente alle competenze fisse ed accessorie. Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

Altre voci di spesa

Vanno riportate le spese con riferimento a:

- assegni per il nucleo familiare;
- gestione mense e buoni pasto;

– equo indennizzo.

Oneri derivanti dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004

Con riferimento alla Tabella 2, va indicata la quota parte delle spese di competenza del periodo di riferimento derivanti dal rinnovo dei Contratti collettivi nazionali del lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004, comprensivi dei contributi a carico dell'azienda e IRAP.

TABELLA 1

Denominazione regione								
Denominazione azienda/ente								
Periodo di rilevazione								
(valori in migliaia di euro)	**Totale presenti al 31/12/2004** **(1)**	Spese per competenze fisse **(2)**	Spese per competenze accessorie **(3)**	**Totale spese fisse + accessorie** **(4) = (2) + (3)**	IRAP **(5)**	Spese per contibuti a carico dell'azienda **(6)**	Altre voci di spesa **(7)**	**Totale** **(8) = (4) + (5) + (6) + (7)**
Personale dipendente a tempo indeterminato								
- Medici								
- Dirigenti non medici								
- Personale non dirigente								
- Personale contrattista								
Personale a tempo determinato								
Restante personale								
Totale								
(valori in migliaia di euro)								**Totale rimborsi**
Indennità De Maria								

TABELLA 2

Denominazione regione										
Denominazione azienda/ente										
Periodo di rilevazione										
(valori in migliaia di euro)	**Totale presenti al ....** **(1)**	Spese per competenze fisse (2)	Spese per competenze accessorie (3)	**Totale spese fisse + accessorie** **(4) = (2) + (3)**	IRAP (5)	Spese per contibuti a carico dell'azienda (6)	Altre voci di spesa (7)	**Totale** **(8) = (4) + (5) + (6) + (7)**	*di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004* *(9)*	**Totale al netto dei rinnovi** **(10) = (8) - (9)**
Personale dipendente a tempo indeterminato										
- Medici										
- Dirigenti non medici										
- Personale non dirigente										
- Personale contrattista										
Personale a tempo determinato										
Restante personale										
Totale										
(valori in migliaia di euro)								**Totale rimborsi**	*di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004*	**Totale rimborsi al netto dei rinnovi**
Indennità De Maria										

2.1.5. Potenziamento degli acquisti centralizzati

La Regione Abruzzo sin dall'anno 2004 (Delibera della Giunta Regionale n. 753 del 30 agosto 2004) aveva inteso dare impulso alla costituzione di una struttura centralizzata per la stipulazione di contratti per la fornitura, la promozione e lo sviluppo di convenzioni regionali che aggregassero la domanda di beni e servizi da parte di aziende sanitarie a livello regionale, oltre che per la consulenza in materia contrattuale in favore delle aziende sanitarie, denominata Ufficio Unico degli Acquisti.

La legge istitutiva dell'Ufficio Unico degli Acquisti (Legge Regionale n.15/2004 modificativa della L.R. n. 146/1996) non aveva però provveduto a modificare l'assetto organizzativo della Direzione Sanità, di cui alla Delibera della Giunta Regionale n. 206 del 23.02.2000, per la quale occorreva porre in essere appositi passaggi istituzionali ben definiti.

La nuova ipotesi organizzativa dell'Ufficio Unico degli Acquisti non ha ancora trovato il giusto consenso istituzionale e, a tutt'oggi, l'Ufficio è costituito da una struttura temporanea senza uno specifico organico di personale e senza adeguate professionalità lavorative.

Le carenze citate e le difficoltà organizzative hanno compromesso di fatto la possibilità di raggiungere sino ad oggi gli obiettivi fissati dalla Legge Regionale istitutiva dell'Ufficio Unico degli Acquisti.

Nel corso dell'esercizio relativo all'anno 2007 è intendimento della Direzione Sanità di sottoporre all'approvazione degli Organi di Governo regionale una proposta di riorganizzazione dei Servizi interni con l'istituzione formale di un servizio, con dotazione organica dirigenziale e di personale dedicato in possesso di specifiche competenze e professionalità, preposto alle attività dell'ufficio unico.

L'obiettivo principale è quello di individuare il maggior numero di beni per i quali effettuare acquisti unificati a livello regionale, in modo tale da aumentare il potere contrattuale da parte del sistema sanitario pubblico, evitare prezzi diversificati per prodotti analoghi nelle varie Aziende sanitarie regionali, con conseguente apprezzabile risparmio per l'intero sistema sanitario

Nelle more della riorganizzazione sopra citata, tuttavia, saranno avviati contatti con le Aziende sanitarie regionali per definire, almeno inizialmente, le materie sulle quali indirizzare le attività di coordinamento per le conseguenti unioni di acquisto.

Tale attività di coordinamento dovrà:

- sviluppare strumenti tecnologici e organizzativi che, consentendo a tutte le Strutture Sanitarie di comprare al prezzo più basso riducano l'attuale disomogeneità dei prezzi e quindi consentano una significativa riduzione della spesa lasciando invariata la qualità degli acquisti;
- promuovere "*gruppi di acquisto*" tra Strutture Sanitarie che consentano: sconti aggiuntivi legati alle maggiori quantità contrattate, economie di scala dei costi amministrativi e logistici legati ai processi di approvvigionamento e una più agevole fruizione delle convenzioni stipulate da Consip - Ministero del Tesoro per tutto il settore pubblico;
- avviare un Osservatorio di mercato, ossia un'area informativa che consenta alle aziende sanitarie la conoscenza reciproca, in tempo reale, dei dati sulle gare e sui contratti di acquisto di beni e servizi (sia storici che "*in corso*"), con indicazione della tipologia di articolo, fornitore, quantità e condizioni di acquisto, nonché delle valutazioni effettuate in passato su specifiche forniture/fornitori;
- Individuare, anche con riferimento ad esperienze di altre realtà nazionali che hanno già dato esiti favorevoli con risparmi economici in termini assoluti, le categorie merceologiche di beni e servizi tendenti all'aggregazione.

Attività e cronogramma

- reperimento in via transitoria e/o definitiva di almeno n. 6 unità di personale per lo svolgimento delle attività del Servizio Unificato degli Acquisti.
- entro il *mese di marzo 2007*, avvio del confronto tra la Struttura temporanea attualmente esistente e le ASL per valutare in modo congiunto i fabbisogni e individuare i beni ei servizi che possono essere aggregati per l'esperimento di gare di appalto, avendo cura di procedere anche all'allineamento delle scadenze dei contratti in essere;

- entro il mese di maggio 2007, selezione di tipologia di prodotti da aggregare e avvio di procedure possibili di acquisto unificate mediante l'esecuzione di gare di appalto sia direttamente da parte del Servizio Unificato degli Acquisti sia da parte di apposita Azienda USL individuata come capofila;
- entro la data del *30 giugno 2007*, predisposizione di una proposta di riorganizzazione della Direzione Sanità con istituzione del Servizio Unificato degli Acquisti;
- entro la data del *30 novembre 2007,* rimodulazione delle attività di programmazione per l'anno 2008 in base allo stato di avanzamento dei lavori raggiunti nel 2007;
- nella proposta di riorganizzazione della Direzione Sanità sarà considerata la istituzione dell' Osservatorio prezzi che consenta alle aziende sanitarie la conoscenza reciproca, in tempo reale, dei dati sulle gare e sui contratti di acquisto di beni e servizi (sia storici che "*in corso*");

A seguito delle attività sopra indicate è ipotizzabile un risparmio della spesa sanitaria per l'acquisto di beni e servizi, così come riportato nel prospetto f) di cui sopra.

2.1.6. Integrazione sui sistemi di programmazione, controllo e valutazione

La Regione, per assicurare il monitoraggio sistematico degli obiettivi definiti dal presente Piano di risanamento e, più in generale, per sostenere **il ciclo di programmazione, controllo e valutazione** del Sistema Sanitario Regionale, si impegna a realizzare una serie di strumenti e regole specifiche contenute nel progetto denominato "**Contabilità Direzionale**" **(Appendice D)**.

Il progetto "Contabilità Direzionale" rappresenta la naturale evoluzione, in chiave realizzativa, di quanto già previsto dalla Legge Regionale nr. 146/1996, recante "Norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale", e dalla Delibera di Giunta Regionale nr. 811, del 26 settembre 2003, recante "Linee guida sul controllo di gestione delle aziende sanitarie locali della Regione Abruzzo", successivamente integrata con DG/067 del 17/12/2003.

La Contabilità Direzionale si concretizza con la realizzazione di un sistema di acquisizione, archiviazione ed elaborazione di dati elementari, generati da flussi informativi di origine aziendale, organizzati secondo uno schema di lettura che assicura l'omogeneità strutturale degli stessi allo scopo di favorire **analisi comparative tra aziende sanitarie diverse**. Nello specifico, la base-dati della Contabilità Direzionale dovrà assicurare:

- con riferimento alle dimensione ***economico finanziaria***, l'effettuazione di analisi ed approfondimenti conoscitivi in relazione all'esigenza di valutare:
  - la congruenza dei risultati economico finanziari ottenuti dalle aziende sanitarie rispetto ai servizi/prestazioni sanitarie erogate sviluppando specifici indicatori e parametri che rapportino dati economico finanziari e dati espressivi dei livelli di attività erogati;
  - la congruenza dell'assetto dell'offerta rispetto alle risorse utilizzate e all'attività svolta, sia in termini monetari che fisico-tecnici, al fine di supportare la definizione dei livelli assistenziali e il monitoraggio dell'attuazione degli obiettivi regionali;
  - la congruenza tra risultati economico finanziari ottenuti dalle aziende sanitarie regionali e quanto previsto dagli obiettivi di programmazione definiti a livello Regionale;
  - le cause degli scostamenti a livello aziendale ed a livello regionale tra dati previsionali e dati consuntivi;
  - i fenomeni connessi alla mobilità sanitaria attiva e passiva;
  - l'andamento dei costi relativi ai fattori produttivi più critici sviluppando confronti temporali e spaziali anche con riferimento ai livelli di attività;
  - il grado di congruenza del sistema di tariffazione regionale in vigore consentendo il suo sistematico aggiornamento e, se del caso, modificazione e/o integrazione;
  - gli equilibri di bilancio delle aziende sanitarie regionali sulla base delle risultanze dei sistemi di contabilità generale;
  - i bilanci delle aziende sanitarie regionali sviluppando specifici indicatori di sintesi;
  - il grado di aderenza ed attuazione delle politiche regionali di investimento fungendo da supporto per la definizione di quelle future;
- con riferimento alla dimensione ***delle attività sanitarie***, l'effettuazione di analisi ed approfondimenti al fine di valutare:
  - identificare aree critiche da sottoporre a verifica analitica;

- identificare aree di eccellenza da sottoporre a valutazione per specifici progetti di sviluppo e specializzazione;
- individuare comportamenti non coerenti rispetto agli obiettivi prefissati;
- valutare la qualità e l'uniformità dell'assistenza;
- valutare i flussi migratori;
- fornire elementi utili per la razionalizzazione della rete ospedaliera.

I risultati delle analisi, svolte attraverso un sistema di indicatori, in parte da progettare, secondo le specifiche esigenze conoscitive della Regione, dovranno consentire il confronto con i dati storici e valori standard di riferimento e la loro lettura organica nell'ambito del relativo sistema di reporting.

Sono, altresì, obiettivi specifici del progetto "Contabilità Direzionale":

• l'adozione, in forma sperimentale per l'esercizio 2007 e in via definitiva dall'esercizio 2008, di un modello di raccordo tra programmazione regionale e delle aziende sanitarie;

• la definizione dei requisiti conoscitivi minimi del sistema di budget interno aziendale.

L'impegno a perseguire gli ultimi due obiettivi è legato alla necessità di completare l'impianto progettuale complessivo che, oltre a porre le condizioni di base per assicurare il sistematico monitoraggio dei risultati conseguiti dal Sistema Sanitario Regionale, identifica e realizza appositi strumenti di programmazione in grado di sostenere **il governo** dello stesso sistema sia sotto il profilo **clinico che economico**.

Il modello di raccordo tra programmazione regionale ed aziendale è progettato al fine di essere rappresentativo della missione e della strategia del Servizio Sanitario Regionale e di tradurle in obiettivi e misure tangibili, che a loro volta, coinvolgono tutte le aziende ad essa appartenenti. A tale scopo, si è fatto riferimento al **modello della Balanced Scorecard** in quanto strumento che, più di altri, è in grado di dare una rappresentazione globale della complessità del Servizio Sanitario Regionale. Il modello di Balanced Scorecard, relativo all'esercizio 2007, è già stato predisposto identificando, quali obiettivi prioritari, quelli fissati dal presente Piano di risanamento.

Lo schema adottato ha consentito di:

- tradurre gli indirizzi regionali, ivi inclusi quelli definiti dal presente Piano di risanamento, in obiettivi strategici e, per ciascuno di essi, identificare il set di indicatori di verifica delle performance in coerenza con i flussi informativi concretamente disponibili a livello regionale;
- articolare la mappa strategica regionale, così come caratterizzata al punto precedente, in mappa strategica per singola azienda (obiettivi e indicatori specifici);
- definire del sistema di pesatura degli obiettivi e degli indicatori di performance ai fini di consentire la valutazione dei risultati conseguiti, rispetto al sistema degli obiettivi predefinito, da ogni singola azienda sanitaria e dal Servizio Sanitario Regionale complessivamente inteso.
- Relativamente all'obiettivo di definire le caratteristiche minimali del **sistema di budget delle aziende sanitarie**, ci si propone di:
- omogeneizzare i processi di programmazione delle aziende sanitarie nei rapporti con i Centri di Responsabilità interni;
- identificare il set informativo di base che deve essere generato dal sistema di budget aziendale anche al fine di poter predisporre un consolidato di valenza regionale;
- comparare i risultati conseguiti con gli obiettivi formulati e, quindi, facilitare la comprensione degli scostamenti e le linee di intervento correttive.

In merito alla progettazione e alla attivazione dei flussi informativi che alimentano la Contabilità Direzionale, è utile evidenziare che:

- sono state definite le specifiche generali della Contabilità Direzionale che, nello specifico, riguardano le modalità di aggregazione dei dati elementari, rilevati mediante i flussi informativi aziendali, in unità contabili in grado di identificare:
- la macrostruttura aziendale, fisica o logica, di riferimento (presidio ospedaliero, distretto e altre entità fisiche o logiche aziendali) nella quale si svolge l'attività e si genera il consumo di risorse;
- la macrofunzione aziendale (direzione e coordinamento, assistenza territoriale, prevenzione, assistenza ospedaliera, salute mentale, emergenza-urgenza, ecc..);

- la specialità di riferimento quale articolazione della macrofunzione aziendale (per esempio, chirurgia generale, medicina generale, pediatria, ecc…, per quanto riguarda l'ospedale, e assistenza di base, assistenza domiciliare, assistenza farmaceutica, ecc…, relativamente all'assistenza territoriale);
- sono state definite le specifiche relative al sistema di contabilità analitica con particolare riferimento a:
    - la formulazione del piano dei centri di costo;
    - la formulazione del piano dei fattori produttivi;
    - la definizione delle modalità di calcolo e allocazione dei costi diretti ai centri di costo.

La rilevazione dei dati elementari della contabilità analitica, secondo le nuove regole definite a livello regionale, è operativa presso tutte le aziende sanitarie della regione dal 1° gennaio 2007. La prima scadenza di invio dei flussi relativi è prevista, con riferimento al primo trimestre 2007, per il 31 maggio 2007.

Oltre alla contabilità analitica, sono stati definiti o modificati/integrati i seguenti flussi informativi:

- ore di presenza/assenza del personale dipendente;
- schede di dimissione ospedaliera;
- ambulatoriale specialistica;
- spesa farmaceutica.

La rilevazione dei dati elementari dei flussi citati, secondo le nuove specifiche regionali, è operativa presso tutte le aziende sanitarie della regione dal 1° gennaio 2007. Anche in questo caso, la prima scadenza di invio dei flussi relativi è prevista, con riferimento al primo trimestre 2007, per il 31 maggio 2007.

La progettazione degli ulteriori flussi informativi che alimenteranno la Contabilità Direzionale, è legata allo sviluppo delle seguenti fasi:

a) definizione di cruscotti di monitoraggio specifici;
b) definizione delle caratteristiche dei flussi informativi;
c) organizzazione e attivazione dei flussi informativi;
d) progettazione e realizzazione del sistema di reporting routinario sintetico e analitico.

La verifica della attivazione, da parte delle aziende sanitarie, dei flussi progettati dalla Regione e dall'Agenzia Sanitaria Regionale è effettuata, alle scadenze concordate, dai medesimi riferimenti in ragione delle specifiche competenze. Parimenti, la valutazione delle caratteristiche dei flussi informativi relative a:

- tempestività d'invio;
- completezza;
- qualità;

è effettuata dalla Direzione Sanità e/o dall'Agenzia Sanitaria Regionali secondo le specifiche competenze.

L'attivazione dei flussi informativi che alimentano la Contabilità Direzionale, al pari della valutazione delle caratteristiche degli stessi, rappresenta specifico obiettivo all'interno dello schema di raccordo della programmazione regionale-azienda (Balanced Scorecard). L'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi specifici, in base al sistema di pesatura adottato, determina, nel caso estremo di totale inadempienza, l'azzeramento totale dei risultati conseguiti tanto a livello aziendale che regionale.

Il rispetto dei flussi informativi è attualmente elemento di giudizio nell'ambito dei criteri e delle modalità di valutazione periodica dei Direttori Generali delle aziende sanitarie della Regione Abruzzo (Rif. DGR o legge).

Entro il mese di **ottobre 2007**, la Regione si impegna a **ridefinire, mediante apposita Delibera di Giunta Regionale, i criteri e le modalità di valutazione dei Direttori Generali conformandoli alle caratteristiche del sistema di pesatura definito dalla Balanced Scorecard**.

2.1.7. Gli obiettivi relativi alla legge finanziaria per l'anno 2007

	Misure nazionali	Risparmi previsti
Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale **Q**	Misura nazionale AIFA – delibera 28 settembre 2006: effetto sul 13% **Q1**	**ca. 14-15 milioni di euro per anno** (dati stimati sulla base dei volumi previsti, al netto delle misure previste nel presente piano)
	Misura nazionale AIFA – delibera 28 settembre 2006: effetto sul 3% **Q2**	**ca. 3 milioni di euro per anno** (dati stimati dal progetto tracciabilità AIFA)
	Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – codici bianchi – settore pubblico **Q3**	ca. 12 milioni di euro per anno
	Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private **Q4**	Per quanto riguarda i farmaci off label si rimanda a quanto riportato in dettaglio nell'obiettivo L1 della spesa farmaceutica ospedaliera.
	Adozione dei provvedimenti per il contenimento della spesa per il personale dell'1,4% rispetto al 2004 **Q5**	Cfr. paragrafo 2.1.4. Contenimento del costo del personale

2.2 IMPATTO ECONOMICO DEL PIANO DI RISANAMENTO

2.2.1. Andamento dei Costi 2007-2009 in assenza di interventi e modello tendenziale

I risultati ipotizzabili per il triennio 2007-2009 a seguito degli interventi compresi nel piano di risanamento, vengono illustrati per macro-voce CE – quali i costi e ricavi in assenza di interventi specifici

L'andamento dei costi per il triennio 2007 -2009 senza interventi viene previsto come segue:

Ipotesi di base dei costi tendenziali	2006	2007	2008	2009	Nota esplicativa
personale	755	783	783	783	Per l'anno 2006 è stata accantonata la "vacanza contrattuale" per un importo di 16 mil di euro. Per gli anni successivi è stato effettuato un accantonamento pari al tasso di inflazione programmato
prodotti farmaceutici	118	138	156	176	Crescita stimata sulla base dell'andamento della spesa dell'anno 2006
altri beni	168	176	177	184	Crescita pari alla media della crescita 2003-2005
servizi	196	214	233	254	Incremento di crescita stimata pari a quella dell'acquisto di beni
farmaceutica convenzionata	289	295	301	307	Incrementi calcolati per il 2006 sulla base dei recenti provvedimenti AIFA, per gli anni successivi allineati al tasso di inflazione programmato
medicina di base	133	136	138	141	Aumenti contrattuali riportati per anno; crescita stimata pari al tasso di inflazione programmato
ospedaliera accreditata	188	201	205	209	Nel 2007 incremento spesa previsto nei contratti negoziali 2005-2007.Nel 2008 e 2009 aumento del 2% (tasso di inflazione programmato)
altre prestazioni accreditate	222	231	235	240	Nel 2007 incremento spesa previsto nei contratti negoziali 2005-2007.Nel 2008 e 2009 aumento del 2% (tasso di inflazione programmato)
imposte e tasse	56	57	57	57	Incrementi in linea con gli aumenti del costo del personale
oneri finanziari	19	15	9	-	Stimata sulla base del fabbisogno finanziario
accantonamenti per rischi	3	5	5	5	In linea con il periodo pregresso
oneri straordinari	15	15	15	15	In linea con il periodo pregresso

Il modello "tendenziale" è basato sulle seguenti assunzioni:

a) Le entrate sono stimate in accordo con gli strumenti di programmazione nazionale.

b) La stima dell'andamento dei costi di produzione è stata fatta tenendo in considerazione le ipotesi riportate nella tabella precedente.

2.2.2. Modello tendenziale per il periodo 2007-2009, senza interventi, basato sulla serie storica 2001-2006 (forma aggregata dei CE)

PREVISIONE STORICA SENZA INTERVENTI: MODELLO TENDENZIALE																	
MODELLI C.E.	2001	2002	Δ%	2003	Δ%	2004	Δ%	2005	Δ%	2006	Δ%	2007	Δ%	2008	Δ%	2009	Δ%
MODELLI CE RICLASSIFICATI																	
valore della produzione																	
- contributi F.S.R.	1.444	1.608	11,3%	1.673	4,0%	1.733	3,6%	1.946	12,3%	2.018	3,7%	2.080	3,1%	2.143	3,0%	2.213	3,3%
- saldo di mobilità	11	10	-13,0%	14	43,8%	29	101,5%	12	-58,3%	12	0,0%	4	-66,7%	4	0,0%	4	0,0%
- entrate proprie	52	54	3,3%	57	6,6%	61	6,2%	60	-1,6%	62	3,3%	60	-3,2%	60	0,0%	60	0,0%
totale entrate	**1.508**	**1.672**	10,8%	**1.744**	**4,3%**	**1.822**	**4,5%**	**2.018**	**10,8%**	**2.092**	**3,6%**	**2.144**	**2,5%**	**2.207**	**2,9%**	**2.277**	**3,2%**
costi della produzione																	
- assistenza farmaceutica convenzionata	282	288	2,2%	278	-3,5%	277	-0,4%	275	-0,7%	289	5,1%	295	2,0%	301	2,0%	307	2,0%
- assistenza sanitaria di base	113	114	0,8%	113	-0,9%	111	-1,6%	131	17,8%	133	1,5%	136	2,3%	138	1,5%	141	2,2%
- assistenza convenzionata esterna	270	319	17,9%	338	6,2%	366	8,3%	405	10,6%	410	1,2%	432	5,4%	440	1,9%	449	2,0%
- altri costi esterni	17	23	31,4%	23	3,2%	24	3,7%	29	19,8%	31	6,9%	31	0,0%	33	6,5%	35	6,1%
totale costi esterni	**683**	**743**	8,9%	**753**	**1,2%**	**778**	**3,4%**	**840**	**7,9%**	**863**	**2,7%**	**894**	**3,6%**	**912**	**2,0%**	**932**	**2,2%**
prodotti farmaceutici	53	69	30,1%	82	18,5%	93	13,2%	106	14,0%	118	11,0%	138	16,9%	156	13,0%	176	13,0%
acquisto di beni	126	134	7,1%	140	4,1%	151	7,7%	155	2,9%	168	8,3%	176	4,8%	177	0,6%	184	4,0%
acquisto di servizi	123	140	13,3%	153	9,8%	162	5,9%	194	19,5%	196	1,0%	214	9,0%	233	9,0%	253	8,6%
costi del personale	634	650	2,4%	673	3,6%	677	0,7%	755	11,5%	755	0,0%	783	3,7%	783	0,0%	783	0,0%
accantonamenti	11	10	-9,1%	9		10		35	250,0%	3	-91,4%	5	66,7%	5	0,0%	5	0,0%
oneri fiscali	47	49	4,8%	50		51		53	3,6%	56	5,7%	57	1,8%	57	0,0%	57	0,0%
oneri finanziari	2	2	49,4%	4		4		10	130,9%	19	83,8%	15	-21,1%	9	-40,0%	0	-100,0%
altri costi interni	30	31	3,3%	35	12,9%	42	20,0%	36	-14,3%	32	-11,1%	33	3,1%	34	3,0%	35	2,9%
totale costi interni	**1.026**	**1.086**	5,9%	**1.147**	**5,6%**	**1.191**	**3,8%**	**1.345**	**12,9%**	**1.347**	**0,2%**	**1.421**	**5,5%**	**1.454**	**2,3%**	**1.493**	**2,7%**
totale costi della produzione	**1.709**	**1.830**	7,1%	**1.900**	**3,8%**	**1.970**	**3,7%**	**2.185**	**10,9%**	**2.210**	**1,2%**	**2.315**	**4,8%**	**2.366**	**2,2%**	**2.425**	**2,5%**
Saldo gestione straordinaria + costi intramoenia e variazioni rimanenze	(8)	9	-218,1%	96	970,1%	10	-90,0%	72	651,7%	15	-79,2%	15	0,0%	15	0,0%	15	0,0%
totale costi	**1.701**	**1.839**	8,1%	**1.996**	**8,5%**	**1.979**	**-0,8%**	**2.257**	**14,0%**	**2.225**	**-1,4%**	**2.330**	**4,7%**	**2.381**	**2,2%**	**2.440**	**2,5%**
risultato dell'esercizio	**(193)**	**(167)**	-13,4%	**(251)**	**50,3%**	**(157)**	**-37,6%**	**(238)**	**52,0%**	**(133)**		**(186)**		**(174)**		**(163)**	

La combinazione dei differenti tassi di crescita delle singole voci porta ad incrementi complessivi del costo di produzione, che – nel 2009 – sfiora i 2,5 miliardi di Euro.

In modo particolare la struttura dei **costi interni** non subisce variazioni significative rispetto a quanto registrato nelle voci dei **costi "esterni"**, a dimostrazione di quali potrebbero essere gli effetti se la spesa restasse "fuori controllo".

Il modello tendenziale, più che uno sterile esercizio statistico, serve a meglio quantificare le differenze assolute che si potrebbero realizzare per singola macrovoce, a seguito dell'attuazione degli interventi proposti dal piano.

Nel paragrafo successivo sono illustrati i risultati conseguibili a seguito dell'applicazione dell'intera manovra di ristrutturazione e riequilibrio, attraverso l'esposizione del **modello "con interventi**" (modello *ex post*).

2.2.3. Modelli CE tendenziale per il periodo 2007-2009

CE tendenziale 2007 - 2009

	Voce	2007	2008	2009
A0010	A.1) Contributi in c/esercizio	2.080.360	2.143.360	2.213.360
A0020	A.1.a) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	*2.080.000*	*2.143.000*	*2.213.000*
A0030	A.1.b) da Enti Pubblici per ulteriori trasferimenti	*360*	*360*	*360*
A0040	A.1.c) da Enti Privati	*0*	*0*	*0*
A0050	A.2) Proventi e ricavi diversi	284.290	284.290	284.290
A0060	A.2.a) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti pubblici	253.319	253.319	253.319
A0070	A.2.a.1.) ad altre ASL e A.O. della Regione	*123.000*	*123.000*	*123.000*
A0080	A.2.a.2.) ad altri soggetti pubblici della Regione	*467*	*467*	*467*
A0090	A.2.a.3.) a soggetti pubblici extra - regione	*129.852*	*129.852*	*129.852*
A0100	A.2.b) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati	10.067	10.067	10.067
A0110	A.2.c) per prestazioni sanitarie erogate in regime *intramoenia*	16.326	16.326	16.326
A0120	A.2.d) per prestazioni non sanitarie	793	793	793
A0130	A.2.e) fitti attivi	785	785	785
A0140	A.2.f) altri proventi	3.000	3.000	3.000
A0150	A.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	4.013	4.013	4.013
A0160	A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	24.656	24.656	24.656
A0170	A.5) Costi capitalizzati	34.436	34.436	34.436
A0180	A.5.1) da utilizzo contributi in c/capitale	*34.436*	*34.436*	*34.436*
A0190	A.5.2) da costi sostenuti in economia	*0*	*0*	*0*
A9999	**Totale valore della produzione (A)**	**2.427.755**	**2.490.755**	**2.560.755**
	B) Costi della produzione	5082167	5208168	5348169
B0010	B.1) Acquisti di beni	314.000	333.000	360.000
B0020	B.1.a) Prodotti farmaceutici	138.000	156.000	176.000
B0030	B.1.b) Emoderivati e dietetici	4.921	4.949	5.145
B0040	B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)	4.255	4.279	4.448
B0050	B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici	44.143	44.394	46.150
B0060	B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta	7.138	7.179	7.463
B0070	B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	68.435	68.824	71.546
B0080	B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	33.429	33.618	34.948
B0090	B.1.h) Prodotti farmaceutici per uso veterinario	99	100	104
B0100	B.1.i) Materiali chirurgici, sanitari e diagnostici per uso veterinario	167	168	174
B0110	B.1.j) Prodotti alimentari	3.325	3.344	3.476
B0120	B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	958	964	1.002
B0130	B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	1.149	1.155	1.201
B0140	B.1.m) Supporti informatici e cancelleria	2.573	2.588	2.690
B0150	B.1.n) Materiale per la manutenzione di:	3.690	3.711	3.857
B0160	B.1.n.1) - immobili e loro pertinenze	*733*	*737*	*767*
B0170	B.1.n.2) - mobili e macchine	*615*	*618*	*643*
B0180	B.1.n.3) - attrezzature scientifico - sanitarie	*2.342*	*2.355*	*2.448*
B0190	B.1.n.4) - automezzi (sanitari e non)	*0*	*0*	*0*
B0200	B.1.o) Altro	1.718	1.728	1.796
B0210	B.2.) Acquisti di servizi	1.298.964	1.329.473	1.362.641
B0220	B.2.1) per medicina di base -	136.107	138.107	141.107
B0221	B.2.1.1) - da convenzione	*136.000*	*138.000*	*141.000*
B0222	B.2.1.2) - da pubbico (ASL della Regione)	*7*	*7*	*7*
B0223	B.2.1.3) - da pubblico (ASL extra Regione)	*100*	*100*	*100*
B0230	B.2.2) per farmaceutica -	297.703	303.703	309.703
B0231	B.2.2.1) - da convenzione	*295.000*	*301.000*	*307.000*
B0232	B.2.2.2) - da pubbico (ASL della Regione)	*1.943*	*1.943*	*1.943*
B0233	B.2.2.3) - da pubblico (ASL extra Regione)	*760*	*760*	*760*
B0240	B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale -	50.876	51.696	52.722
B0250	B.2.3.1) - da pubblico (ASL e AO della Regione)	*1.366*	*1.366*	*1.366*
B0260	B.2.3.2) - da pubbico (Altri soggetti pubblici della Regione)	*19*	*19*	*19*
B0270	B.2.3.3) - da pubblico (extra Regione)	*2.111*	*2.111*	*2.111*
B0280	B.2.3.4) - da privato	*47.380*	*48.200*	*49.226*
B0290	B.2.4) per assistenza riabilitativa -	158.232	160.972	164.397
B0300	B.2.4.1) - da pubblico (ASL e AO della Regione)			
B0310	B.2.4.2) - da pubbico (Altri soggetti pubblici della Regione)			
B0320	B.2.4.3) - da pubblico (extra Regione)			
B0330	B.2.4.4) - da privato	*158.232*	*160.972*	*164.397*
B0340	B.2.5) per assistenza integrativa e protesica -	23.432	24.817	26.211
B0350	B.2.5.1) - da pubblico (ASL e AO della Regione)	*0*	*0*	*0*
B0360	B.2.5.2) - da pubbico (Altri soggetti pubblici della Regione)	*1.928*	*1.962*	*2.003*
B0370	B.2.5.3) - da pubblico (extra Regione)	*546*	*546*	*546*
B0380	B.2.5.4) - da privato	*20.957*	*22.310*	*23.662*
B0390	B.2.6) per assistenza ospedaliera -	443.441	447.441	451.441
B0400	B.2.6.1) - da pubblico (ASL e AO della Regione)	*120.150*	*120.150*	*120.150*
B0410	B.2.6.2) - da pubbico (Altri soggetti pubblici della Regione)	*0*	*0*	*0*
B0420	B.2.6.3) - da pubblico (extra Regione)	*122.291*	*122.291*	*122.291*
B0430	B.2.6.4) - da privato	*201.000*	*205.000*	*209.000*
B0440	B.2.7) per altra assistenza -	23.486	23.892	24.400
B0451	B.2.7.1) - da pubblico (ASL e AO della Regione)	*1*	*1*	*1*
B0452	B.2.7.2) - da pubbico (Altri soggetti pubblici della Regione)	*0*	*0*	*0*
B0453	B.2.7.3) - da pubblico (extra Regione)	*44*	*44*	*44*
B0460	B.2.7.4) - da privato	*23.441*	*23.847*	*24.355*
B0470	B.2.8) Compartecipazione al personale per att.libero professionale (*intra*	14.754	14.754	14.754
B0480	B.2.9) Rimborsi, assegni e contributi	10.043	10.690	11.338
B0490	B.2.9.1) contributi ad associazioni di volontariato	*2.439*	*2.596*	*2.753*
B0500	B.2.9.2) altro	*7.604*	*8.095*	*8.585*
B0510	B.2.10) Consulenze	5.848	6.367	6.913
B0520	B.2.10.1) sanitarie	*2.815*	*3.064*	*3.327*
B0530	B.2.10.2) non sanitarie	*3.033*	*3.302*	*3.586*

B0540	B.2.11) Altri servizi sanitari	20.918	22.775	24.730
B0550	B.2.11.1) trasporti sanitari per l'emergenza	3.511	3.823	4.151
B0560	B.2.11.2) trasporti sanitari per l'urgenza	1.703	1.854	2.013
B0570	B.2.11.3) altro	15.704	17.098	18.566
B0580	B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)	8.335	9.075	9.854
B0590	B.2.13) Servizi non sanitari	105.790	115.183	125.070
B0600	B.2.13.1) Lavanderia	18.274	19.896	21.604
B0610	B.2.13.2) Pulizia	18.777	20.444	22.199
B0620	B.2.13.3) Mensa	13.330	14.514	15.760
B0630	B.2.13.4) Riscaldamento	8.131	8.853	9.613
B0640	B.2.13.5) Elaborazione dati	2.743	2.986	3.242
B0650	B.2.13.6) Servizi trasporti (non sanitari)	3.897	4.243	4.607
B0660	B.2.13.7) Smaltimento rifiuti	5.653	6.155	6.683
B0670	B.2.13.8) Utenze telefoniche	6.118	6.662	7.233
B0680	B.2.13.9) Altre utenze	14.578	15.872	17.234
B0690	B.2.13.10) Altro	14.290	15.559	16.895
B0700	B.3.) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	55.517	60.446	65.635
B0710	B.3.a) - agli immobili e loro pertinenze	31.266	34.042	36.964
B0720	B.3.b) - ai mobili e macchine	2.530	2.755	2.992
B0730	B.3.c) - alle attrezzature tecnico - scientifico sanitarie	20.182	21.974	23.860
B0740	B.3.d) - per manutenzione di automezzi (sanitari e non)	1.539	1.676	1.820
B0750	B.4.) Godimento beni di terzi	17.591	19.153	20.797
B0760	B.4.a) - Fitti reali	1.797	1.957	2.125
B0770	B.4.b) - Canoni di noleggio	11.269	12.269	13.322
B0780	B.4.c) - Canoni di leasing operativo	2.842	3.095	3.360
B0781	B.4.d) - Canoni di leasing finanziario	0	0	0
B0790	B.4.e) - Altro	1.683	1.832	1.989
B0800	B.5) Personale del ruolo sanitario	617.158	617.158	617.158
B0810	B.6) Personale del ruolo professionale	1.754	1.754	1.754
B0820	B.7) Personale del ruolo tecnico	78.064	78.064	78.064
B0830	B.8) Personale del ruolo amministrativo	58.025	58.025	58.025
B0840	B.9) Oneri diversi di gestione	33.000	34.000	35.000
B0850	B.9.a) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Diret	4.214	4.341	4.469
B0860	B.9.b) Premi di assicurazione	18.605	19.168	19.732
B0861	B.9.c) Spese legali	3.268	3.367	3.466
B0870	B.9.d) Altro	6.914	7.123	7.333
B0880	B.10) Ammortamento delle immobilizzazioni immateriali	395	395	395
B0890	B.11) Ammortamento dei fabbricati	19.512	19.512	19.512
B0900	B.11.a) disponibili	17.176	17.176	17.176
B0910	B.11.b) indisponibili	2.336	2.336	2.336
B0920	B.12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	24.889	24.889	24.889
B0930	B.13) Svalutazione dei crediti	0	0	0
B0940	B.14) Variazione delle rimanenze	-1.309	-1.309	-1.309
B0950	B.14.a) sanitarie	-1.427	-1.427	-1.427
B0960	B.14.b) non sanitarie	118	118	118
B0970	B.15) Accantonamenti tipici dell'esercizio	33.000	33.000	33.000
B0980	B.15.a) per rischi	5.000	5.000	5.000
B0990	B.15.b) per trattamento di fine rapporto	837	837	837
B1000	B.15.c) per premio di operosità SUMAI	1.308	1.308	1.308
B1010	B.15.d) altri accantonamenti	25.855	25.855	25.855
B9999	**Totale costi della produzione (B)**	**2.550.560**	**2.607.560**	**2.675.560**
	C) Proventi e oneri finanziari			
C0010	C.1) Interessi attivi	0	0	0
C0020	C.1.a) su c/tesoreria	0	0	0
C0030	C.1.b) su c/c postali e bancari	0	0	0
C0040	C.1.c) vari	0	0	0
C0050	C.2) Altri proventi	0	0	0
C0060	C.3) Interessi passivi	15.000	9.000	0
C0070	C.3.a) per anticipazioni di tesoreria	1.770	1.770	0
C0080	C.3.b) su mutui	0	0	0
C0090	C.3.c) altri interessi passivi	13.230	7.230	0
C0100	C.4) Altri oneri	0	0	0
C9999	**Totale proventi e oneri finanziari (C)**	**-15.000**	**-9.000**	**0**
	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie			
D0010	D.1) Rivalutazioni			
D0020	D.2) Svalutazioni			
D9999	**Totale rettifiche di valore di attività finanziarie**			
	E) Proventi e oneri straordinari			
E0010	E.1) Minusvalenze	0	0	0
E0020	E.2) Plusvalenze			
E0030	E.2.a) vendita di beni fuori uso	0	0	0
E0040	E.2.b) altro	0	0	0
E0050	E.3) Accantonamenti non tipici dell'attività sanitaria	0	0	0
E0060	E.4) Concorsi, recuperi, rimborsi per attività non tipiche	1.090	1.090	1.090
E0070	E.5) Sopravvenienze ed insussistenze	-2.302	-2.302	-2.302
E0080	E.5.a.1) sopravvenienze attive	21.727	21.727	21.727
E0081	E.5.a.2) insussistenze passive	3.624	3.624	3.624
E0090	E.5.b.1) sopravvenienze passive	-27.389	-27.389	-27.389
E0091	E.5.b.2) insussistenze attive	-264	-264	-264
E9999	**Totale proventi e oneri straordinari (E)**	**-1.212**	**-1.212**	**-1.212**
X0010	**Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)**	**-139.017**	**-127.017**	**-116.017**
	Imposte e tasse			
Y0010	IRAP	53.787	53.787	53.787
Y0020	Imposte e tasse, tributi a carico dell'azienda	3.213	3.213	3.213
Y0030	Accantonamento imposte	0	0	0
Y9999	**Totale imposte e tasse**	57.000	57.000	57.000
Z9999	**Utile o perdita dell'esercizio**	**-196.017**	**-184.017**	**-173.017**
	Utile o perdita al netto di ammortamenti e costi capitalizzati	**-185.657**	**-173.657**	**-162.657**

2.2.4. Effetti economici dei principali interventi previsti dal Piano sulle macrovoci CE per anno

Le macrovoci CE interessate agli interventi della manovra sono le seguenti:

a) Personale
b) Farmaceutica convenzionata
c) Assistenza ospedaliera convenzionata
d) Altra Assistenza convenzionata esterna
e) Prodotti farmaceutici
f) Beni e servizi

Di seguito sono indicati i singoli interventi che si ritiene di applicare indicando per ciascuno l'impatto stimato sui costi di produzione per anno e, sinteticamente quando il caso, il riferimento al modello di calcolo utilizzato e note ulteriori di approfondimento.

a) Personale

Costi del personale						
	Intervento / Obiettivo	**2007**	**2008**	**2009**	**TOTALE 2007-2009**	**Note**
N	Abbattimento tasso di ospedalizzazione	(6)	(12)	(19)	(37)	cfr.§ 2.1.4. Contenimento del costo del personale (riconduzione nei parametri indicati nella Legge 296/2006 art. 1 comma 565) + effetti IRAP personale (voce oneri fiscali) - (1,4% + economie)
M	Riassetto della rete ospedaliera					
	Totale impatto costi del personale rispetto al modello tendenziale	**(6)**	**(12)**	**(19)**	**(37)**	
	Di cui: Personale	*(5)*	*(9)*	*(14)*	*(28)*	Vedi tabella pagina 67
	Accantonamenti	*0*	*(1)*	*(2)*	*(3)*	
	Totale parziale	**(5)**	**(10)**	**(16)**	**(31)**	
	Oneri fiscali - IRAP	*(1)*	*(2)*	*(3)*	*(6)*	
	Totale generale	**(6)**	**(12)**	**(19)**	**(37)**	

b) Farmaceutica convenzionata

Impatto su Assistenza Farmaceutica Convenzionata						
	Intervento / Obiettivo	**2007**	**2008**	**2009**	**TOTALE 2007-2009**	**Note**
L2	DGR 1439 del 29.12.2005; DGR 381 del 12.04.2006; DGR 1086 del 2.10.2006: Interventi per implementare la distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL sul territorio, nelle RSA ed in ambito ADI (1)	(8)	(15)	(18)	(41)	L'intervento impatta principalmente sulla riduzione della spesa sostenuta per l'erogazione dei farmaci attraverso le farmacie convenzionate ed imputazione sulla spesa ospedaliera con riduzione dei costi di acquisizione dei farmaci. Tale effetto viene stimato in una riduzione complessiva del 5% medio nel triennio 2007-2009 della spesa rispetto al modello tendenziale (cfr. § 2.1.3.1.1.)
L1 L3	Monitoraggio della prescrizione di farmaci, sia territoriali che ospedalieri, mediante sistema di reportisrtica regionale omogenea, con cadenza trimestrale, ai prescrittori e attivazione di sistemi di budget per la medicina generale (2).	n.v	n.v.	n.v.	n.v.	(cfr. § 2.1.3.1.2.)
L5	DGR 579 del 29.05.2006, DGR 916 del 09.08.2006, DGR dir gen,DGR 1086 del 2.10.2006, Interventi per incentivare la prescrizione e l'utilizzo dei farmaci generici. Accordi specifici con la Medicina Generale; corsi di formazione per i prescrittori territoriali e ospedalieri; campagne informative al cittadino.	(9)	(6)	(6)	(21)	L'intervento ha influenza sul mix della spesa.
L6	DGR 1540 del 27.12.2006 Introduzione di misure di compartecipazione a carico del cittadino	(10)			(10)	(cfr. § 2.1.3.1.8.)
	Totale impatto dell'intervento sull'Assistenza Farmaceutica Convenzionata rispetto al modello tendenziale	**(27)**	**(21)**	**(24)**	**(72)**	

c) Assistenza ospedaliera convenzionata

Impatto su Assistenza Ospedaliera Convenzionata						
	Intervento / Obiettivo	**2007**	**2008**	**2009**	**TOTALE 2007-2009**	**Note**
N	Abbattimento tasso di ospedalizzazione	0	(29)	(30)	(59)	cfr. § 2.1.1.1. simulazione impatto macrolivello ospedaliero
N2	Rinnovo dei contratti negoziali con le strutture convenzionate	0				
P1 P3 M2	Sviluppo sistemi di valutazione e controllo della appropriatezza e riformulazione del tariffario regionale	(7)	(3)	(2)	(12)	L'impatto dei controlli ispettivi viene ridotto a partire dal 2008 in coincidenza con i rinnovi contrattuali, stante la ridefinizione della quantità e qualità delle prestazioni acquistate. Con l'introduzione del nuovo tariffario regionale si prevede un'abbattimento della remunerazione almeno del 7%
	Totale impatto dell'intervento sull'Assistenza Convenzionata Esterna rispetto al modello tendenziale	**(7)**	**(32)**	**(32)**	**(71)**	

d) Altra Assistenza convenzionata esterna

Impatto su Altra Assistenza Convenzionata Esterna						
	Intervento / Obiettivo	**2007**	**2008**	**2009**	**TOTALE 2007-2009**	**Note**
E1 E2	Ricondurre la spesa riabilitativa (semiresidenziale e residenziale) a 46€ pro-capite attraverso la rinegoziazione dei contratti	(4)	(16)	(32)	(52)	Per il 2007 si considera il trascinamento del mancato raggiungimento del tasso massimo di spesa registrato nel 2006. Per il biennio 2008-2009, in considerazione della scadenza contrattuale (Dicembre 2007), è prevista la riduzione dei budget per perseguire l'obiettivo enunciato.
G	Sulla specialistica ambulatoriale esterna: a) rimodulazione dei LEA ambulatoriali; b) attivazione dei PAC e dei percorsi diagnostici; c) accordi con MMG e PLS e specialisti ambulatoriali; d) rinegoziazione dei contratti;	(4)	(5)	(7)	(16)	Si stima un risparmio del 15% medio annuo sulla spesa per tutta la specialistica ambulatoriale esterna, inclusa quella riabilitativaper effetto della rinegoziazione dei contratti 2008-2009 (nella percentuale non è ricompreso l'effetto dell'introduzione del ticket).
P	Sviluppo sistemi di valutazione e controllo della appropriatezza	(4)	(3)	(2)	(9)	
	Totale impatto dell'intervento su Altra Assistenza Convenzionata Esterna rispetto al modello tendenziale	**(12)**	**(24)**	**(41)**	**(77)**	

e) Prodotti farmaceutici

Impatto sull'acquisto di prodotti farmaceutici						
	Intervento / Obiettivo	**2007**	**2008**	**2009**	**TOTALE 2007-2009**	**Note**
L1	DGR 15 del 09.01.2007 Monitoraggio consumi dei farmaci nel canale ospedaliero ed implementazione di apposita periodica reportistica regionale (1)	(2)	(2)	(5)	(9)	Specificatamente per i farmaci antineoplastici, imunomodulatori e antivirali (cfr. § 2.1.3.1.4.)
L1	Istituzione della commissione terapeutica regionale e redazione del prontuario terapeutico ospedaliero regionale (3)	(6)	(8)	(8)	(22)	Si stima una riduzione dei costi che consenta il mantenimento del livello attuale di spesa (cfr. § 2.1.3.1.5.)
L2	Distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL sul territorio, nelle RSA ed in ambito ADI	6	10	12	28	Costi aggiuntivi stimati a fronte del diverso sistema distributivo dei farmaci.
L4	Coinvolgimento delle ASL Abruzzesi nel progetto denominato "Unione di acquisto farmaci" attraverso attivazione di gare in forme consortili o di area vasta (4)	(1)	(4)	(4)	(9)	Si stima una riduzione dei costi che consenta il mantenimento del livello attuale di spesa (cfr. § 2.1.3.1.6.).
	Totale impatto dell'intervento sull'acquisto di prodotti farmaceutici rispetto al modello tendenziale	**(3)**	**(4)**	**(5)**	**(12)**	

f) Beni e servizi

Impatto sull'acquisto di beni e servizi						
	Intervento / Obiettivo	**2007**	**2008**	**2009**	**TOTALE 2007-2009**	**Note**
N	Abbattimento tasso di ospedalizzazione	(4)	(5)	(8)	(17)	cfr. § 2.1.1.1. simulazione impatto macrolivello ospedaliero
M	Riassetto della rete ospedaliera		(2)	(2)	(4)	
L4	Potenziamento degli acquisti centralizzati	(2)	(2)	(3)	(7)	Si stima una riduzione dei costi di circa l'1% medio annuo per la centralizzazione degli acquisti (cfr. § 2.1.5. Potenziamento degli acquisti centralizzati)
	Totale impatto sull'acquisto di servizi rispetto al modello tendenziale	**(6)**	**(9)**	**(13)**	**(28)**	

Si riepilogano di seguito i risultati attesi per macroaggregati.

Obiettivi	**DETTAGLIO INTERVENTI SUI COSTI**	**2007**	**2008**	**2009**	**TOTALE 2006-2009**
L1, L2, L3, L4, L5, L6	**INTERVENTI SULLA SPESA FARMACEUTICA**	(32)	(27)	(32)	**(91)**
N, N2, M, M2, P1, P3	**INTERVENTI SULLA RETE OSPEDALIERA**	(17)	(51)	(61)	**(129)**
E1, E2, G, P	**INTERVENTI SUL SETTORE EXTRAOSPEDALIERO (RESIDENZIALE E AMBULATORIALE)**	(12)	(24)	(41)	**(77)**
	ALTRI IMPATTI DERIVANTI DALLA MANOVRA	3,6	3,7	3,9	**11**
	TOTALE	**(58)**	**(98)**	**(129)**	**(285)**

2.2.5. Andamento dei CE 2007-2009 in presenza degli interventi: il MODELLO PROGRAMMATICO.

Nel presente paragrafo è illustrato il modello programmatico che – basandosi sugli specifici assunti degli effetti economici che scaturiscono dagli interventi previsti – illustra l'andamento stimato delle macro-voci di spesa del CE.

Per quanto riguarda le entrate sono state mantenute inalterate le previsioni fatte nel modello tendenziale. Le entrate proprie sono state incrementate della somma legata ai sensi dell'art. 1 comma 796 lettera p) della Legge n. 296 del 27-12-2006.

MODELLI C.E.	2006	Δ%	2007	Δ%	2008	Δ%	2009	Δ%
MODELLI CE RICLASSIFICATI								
valore della produzione								
- contributi F.S.R.	2.018	3,7%	2.080	3,1%	2.143	3,0%	2.213	3,3%
- saldo di mobilità	12	0,0%	4	-66,9%	4	0,0%	4	0,0%
- entrate proprie	62	3,3%	72	-3,2%	72	0,0%	72	0,0%
totale entrate	**2.092**	**3,7%**	**2.156**	**2,5%**	**2.219**	**2,9%**	**2.289**	**3,2%**
costi della produzione								
- assistenza farmaceutica convenzionata	289	5,1%	268	-8,3%	280	1,9%	283	-0,4%
- assistenza sanitaria di base	133	1,5%	136	2,3%	138	1,5%	141	2,2%
- assistenza convenzionata esterna	410	1,2%	413	0,7%	384	-7,0%	376	-2,1%
- altri costi esterni	31	6,9%	31	0,0%	33	6,5%	35	6,1%
totale costi esterni	**863**	**2,7%**	**848**	**-2,2%**	**835**	**-2,3%**	**835**	**-0,5%**
prodotti farmaceutici	118	15,1%	135	10,7%	152	12,6%	171	12,5%
acquisto di beni	168	5,7%	173	3,0%	173	2,4%	178	2,9%
acquisto di servizi	196	1,0%	211	7,7%	228	8,1%	247	8,3%
costi del personale	755	-0,1%	778	2,4%	773	3,2%	767	3,0%
accantonamenti	3	-88,6%	6	0,0%	6	0,0%	6	0,0%
oneri fiscali	56	3,8%	56	3,6%	55	1,8%	54	1,7%
oneri finanziari	19	81,8%	15	-20,2%	9	-40,0%	0	-100,0%
altri costi interni	32	-11,1%	36	12,5%	37	2,8%	38	2,7%
totale costi interni	**1.347**	**0,1%**	**1.410**	**4,0%**	**1.433**	**4,2%**	**1.461**	**4,1%**
totale costi della produzione	**2.210**	**1,1%**	**2.258**	**1,5%**	**2.268**	**1,8%**	**2.296**	**2,5%**
oneri straordinari costi intramoenia e variazione rimanenze	15	-79,2%	15	0,0%	15	0,0%	15	0,0%
totale costi	**2.225**	**-1,4%**	**2.273**	**1,5%**	**2.283**	**1,8%**	**2.311**	**2,4%**
risultato dell'esercizio	**(133)**		**(117)**		**(64)**		**(22)**	

Nella tabella successiva sono illustrati, integralmente, i risultati conseguibili a seguito dell'applicazione dell'intera manovra di ristrutturazione e riequilibrio, attraverso l'esposizione del **modello "con interventi"** (modello *ex post*).

2.2.5.1. Modelli previsionali CE a seguito degli interventi del piano: MODELLO PROGRAMMATICO

CE programmatico 2007 - 2009

	Voce	2007	2008	2009
A0010	A.1) Contributi in c/esercizio	2.080.360	2.143.360	2.213.360
A0020	A.1.a) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	*2.080.000*	*2.143.000*	*2.213.000*
A0030	A.1.b) da Enti Pubblici per ulteriori trasferimenti	*360*	*360*	*360*
A0040	A.1.c) da Enti Privati	*0*	*0*	*0*
A0050	A.2) Proventi e ricavi diversi	284.290	284.290	284.290
A0060	A.2.a) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti pubblici	253.319	253.319	253.319
A0070	A.2.a.1.) ad altre ASL e A.O. della Regione	*123.000*	*123.000*	*123.000*
A0080	A.2.a.2.) ad altri soggetti pubblici della Regione	*467*	*467*	*467*
A0090	A.2.a.3.) a soggetti pubblici extra - regione	*129.852*	*129.852*	*129.852*
A0100	A.2.b) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati	10.067	10.067	10.067
A0110	A.2.c) per prestazioni sanitarie erogate in regime *intramoenia*	16.326	16.326	16.326
A0120	A.2.d) per prestazioni non sanitarie	793	793	793
A0130	A.2.e) fitti attivi	785	785	785
A0140	A.2.f) altri proventi	3.000	3.000	3.000
A0150	A.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	4.013	4.013	4.013
A0160	A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	36.656	36.656	36.656
A0170	A.5) Costi capitalizzati	34.436	34.436	34.436
A0180	A.5.1) da utilizzo contributi in c/capitale	*34.436*	*34.436*	*34.436*
A0190	A.5.2) da costi sostenuti in economia	*0*	*0*	*0*
A9999	**Totale valore della produzione (A)**	**2.439.755**	**2.502.755**	**2.572.755**
	B) Costi della produzione			
B0010	B.1) Acquisti di beni	308.000	325.000	349.000
B0020	B.1.a) Prodotti farmaceutici	135.000	152.000	171.000
B0030	B.1.b) Emoderivati e dietetici	4.837	4.837	4.977
B0040	B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)	4.182	4.182	4.303
B0050	B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici	43.391	43.391	44.645
B0060	B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta pe	7.016	7.016	7.219
B0070	B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	67.269	67.269	69.213
B0080	B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	32.859	32.859	33.808
B0090	B.1.h) Prodotti farmaceutici per uso veterinario	97	97	100
B0100	B.1.i) Materiali chirurgici, sanitari e diagnostici per uso veterinario	164	164	169
B0110	B.1.j) Prodotti alimentari	3.268	3.268	3.362
B0120	B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	942	942	969
B0130	B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	1.129	1.129	1.162
B0140	B.1.m) Supporti informatici e cancelleria	2.529	2.529	2.602
B0150	B.1.n) Materiale per la manutenzione di:	3.627	3.627	3.732
B0160	B.1.n.1) - immobili e loro pertinenze	*721*	*721*	*742*
B0170	B.1.n.2) - mobili e macchine	*604*	*604*	*622*
B0180	B.1.n.3) - attrezzature scientifico - sanitarie	*2.302*	*2.302*	*2.368*
B0190	B.1.n.4) - automezzi (sanitari e non)	*0*	*0*	*0*
B0200	B.1.o) Altro	1.689	1.689	1.738
B0210	B.2.) Acquisti di servizi	1.250.989	1.249.182	1.261.691
B0220	B.2.1) per medicina di base -	136.107	138.107	141.107
B0221	B.2.1.1) - da convenzione	*136.000*	*138.000*	*141.000*
B0222	B.2.1.2) - da pubbico (ASL della Regione)	*7*	*7*	*7*
B0223	B.2.1.3) - da pubblico (ASL extra Regione)	*100*	*100*	*100*
B0230	B.2.2) per farmaceutica -	270.703	282.703	285.703
B0231	B.2.2.1) - da convenzione	*268.000*	*280.000*	*283.000*
B0232	B.2.2.2) - da pubbico (ASL della Regione)	*1.943*	*1.943*	*1.943*
B0233	B.2.2.3) - da pubblico (ASL extra Regione)	*760*	*760*	*760*
B0240	B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale -	48.413	46.772	44.310
B0250	B.2.3.1) - da pubblico (ASL e AO della Regione)	*1.366*	*1.366*	*1.366*
B0260	B.2.3.2) - da pubbico (Altri soggetti pubblici della Regione)	*18*	*17*	*16*
B0270	B.2.3.3) - da pubblico (extra Regione)	*2.111*	*2.111*	*2.111*
B0280	B.2.3.4) - da privato	*44.919*	*43.278*	*40.817*
B0290	B.2.4) per assistenza riabilitativa -	150.012	144.532	136.312
B0300	B.2.4.1) - da pubblico (ASL e AO della Regione)			
B0310	B.2.4.2) - da pubbico (Altri soggetti pubblici della Regione)			
B0320	B.2.4.3) - da pubblico (extra Regione)			
B0330	B.2.4.4) - da privato	*150.012*	*144.532*	*136.312*
B0340	B.2.5) per assistenza integrativa e protesica -	23.331	24.617	25.869
B0350	B.2.5.1) - da pubblico (ASL e AO della Regione)	*0*	*0*	*0*
B0360	B.2.5.2) - da pubbico (Altri soggetti pubblici della Regione)	*1.828*	*1.761*	*1.661*
B0370	B.2.5.3) - da pubblico (extra Regione)	*546*	*546*	*546*
B0380	B.2.5.4) - da privato	*20.957*	*22.310*	*23.662*

B0390	B.2.6) per assistenza ospedaliera -	436.441	415.441	419.441
B0400	B.2.6.1) - da pubblico (ASL e AO della Regione)	*120.150*	*120.150*	*120.150*
B0410	B.2.6.2) - da pubbico (Altri soggetti pubblici della Regione)	*0*	*0*	*0*
B0420	B.2.6.3) - da pubblico (extra Regione)	*122.291*	*122.291*	*122.291*
B0430	B.2.6.4) - da privato	*194.000*	*173.000*	*177.000*
B0440	B.2.7) per altra assistenza -	22.269	21.457	20.239
B0451	B.2.7.1) - da pubblico (ASL e AO della Regione)	*1*	*1*	*1*
B0452	B.2.7.2) - da pubbico (Altri soggetti pubblici della Regione)	*0*	*0*	*0*
B0453	B.2.7.3) - da pubblico (extra Regione)	*44*	*44*	*44*
B0460	B.2.7.4) - da privato	*22.224*	*21.412*	*20.194*
B0470	B.2.8) Compartecipazione al personale per att.libero professionale (*intram*	14.754	14.754	14.754
B0480	B.2.9) Rimborsi, assegni e contributi	10.043	10.690	11.338
B0490	B.2.9.1) contributi ad associazioni di volontariato	*2.439*	*2.596*	*2.753*
B0500	B.2.9.2) altro	*7.604*	*8.095*	*8.585*
B0510	B.2.10) Consulenze	5.766	6.230	6.749
B0520	B.2.10.1) sanitarie	*2.775*	*2.999*	*3.249*
B0530	B.2.10.2) non sanitarie	*2.991*	*3.232*	*3.501*
B0540	B.2.11) Altri servizi sanitari	20.625	22.286	24.144
B0550	B.2.11.1) trasporti sanitari per l'emergenza	*3.462*	*3.741*	*4.053*
B0560	B.2.11.2) trasporti sanitari per l'urgenza	*1.679*	*1.814*	*1.966*
B0570	B.2.11.3) altro	*15.484*	*16.731*	*18.125*
B0580	B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)	8.218	8.881	9.621
B0590	B.2.13) Servizi non sanitari	104.307	112.711	122.104
B0600	B.2.13.1) Lavanderia	*18.018*	*19.469*	*21.092*
B0610	B.2.13.2) Pulizia	*18.514*	*20.005*	*21.672*
B0620	B.2.13.3) Mensa	*13.143*	*14.202*	*15.386*
B0630	B.2.13.4) Riscaldamento	*8.017*	*8.663*	*9.385*
B0640	B.2.13.5) Elaborazione dati	*2.704*	*2.922*	*3.165*
B0650	B.2.13.6) Servizi trasporti (non sanitari)	*3.842*	*4.152*	*4.498*
B0660	B.2.13.7) Smaltimento rifiuti	*5.573*	*6.022*	*6.524*
B0670	B.2.13.8) Utenze telefoniche	*6.033*	*6.519*	*7.062*
B0680	B.2.13.9) Altre utenze	*14.373*	*15.531*	*16.826*
B0690	B.2.13.10) Altro	*14.090*	*15.225*	*16.494*
B0700	B.3.) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	54.739	59.149	64.078
B0710	B.3.a) - agli immobili e loro pertinenze	*30.828*	*33.312*	*36.088*
B0720	B.3.b) - ai mobili e macchine	*2.495*	*2.696*	*2.921*
B0730	B.3.c) - alle attrezzature tecnico - scientifico sanitarie	*19.899*	*21.502*	*23.294*
B0740	B.3.d) - per manutenzione di automezzi (sanitari e non)	*1.518*	*1.640*	*1.776*
B0750	B.4.) Godimento beni di terzi	17.345	18.742	20.304
B0760	B.4.a) - Fitti reali	*1.772*	*1.915*	*2.075*
B0770	B.4.b) - Canoni di noleggio	*11.111*	*12.006*	*13.006*
B0780	B.4.c) - Canoni di leasing operativo	*2.803*	*3.028*	*3.281*
B0781	B.4.d) - Canoni di leasing finanziario	*0*	*0*	*0*
B0790	B.4.e) - Altro	*1.659*	*1.793*	*1.942*
B0800	B.5) Personale del ruolo sanitario	613.071	609.801	605.714
B0810	B.6) Personale del ruolo professionale	1.742	1.733	1.721
B0820	B.7) Personale del ruolo tecnico	77.547	77.133	76.616
B0830	B.8) Personale del ruolo amministrativo	57.640	57.333	56.949
B0840	B.9) Oneri diversi di gestione	36.000	37.000	38.000
B0850	B.9.a) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttiv	*4.597*	*4.724*	*4.852*
B0860	B.9.b) Premi di assicurazione	*20.296*	*20.860*	*21.424*
B0861	B.9.c) Spese legali	*3.565*	*3.664*	*3.763*
B0870	B.9.d) Altro	*7.542*	*7.752*	*7.961*
B0880	B.10) Ammortamento delle immobilizzazioni immateriali	395	395	395
B0890	B.11) Ammortamento dei fabbricati	19.512	19.512	19.512
B0900	B.11.a) disponibili	*17.176*	*17.176*	*17.176*
B0910	B.11.b) indisponibili	*2.336*	*2.336*	*2.336*
B0920	B.12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	24.889	24.889	24.889
B0930	B.13) Svalutazione dei crediti	0	0	0
B0940	B.14) Variazione delle rimanenze	-1.309	-1.309	-1.309
B0950	B.14.a) sanitarie	*-1.427*	*-1.427*	*-1.427*
B0960	B.14.b) non sanitarie	*118*	*118*	*118*
B0970	B.15) Accantonamenti tipici dell'esercizio	34.000	33.000	32.000
B0980	B.15.a) per rischi	*6.000*	*6.000*	*6.000*
B0990	B.15.b) per trattamento di fine rapporto	*837*	*807*	*777*
B1000	B.15.c) per premio di operosità SUMAI	*1.308*	*1.262*	*1.215*
B1010	B.15.d) altri accantonamenti	*25.855*	*24.932*	*24.008*
B9999	**Totale costi della produzione (B)**	**2.494.560**	**2.511.560**	**2.549.560**

	C) Proventi e oneri finanziari			
C0010	C.1) Interessi attivi	0	0	0
C0020	C.1.a) su c/tesoreria	*0*	*0*	*0*
C0030	C.1.b) su c/c postali e bancari	*0*	*0*	*0*
C0040	C.1.c) vari	*0*	*0*	*0*
C0050	C.2) Altri proventi	0	0	0
C0060	C.3) Interessi passivi	15.000	9.000	0
C0070	C.3.a) per anticipazioni di tesoreria	*1.770*	*1.770*	*0*
C0080	C.3.b) su mutui	*0*	*0*	*0*
C0090	C.3.c) altri interessi passivi	*13.230*	*7.230*	*0*
C0100	C.4) Altri oneri	0	0	0
C9999	**Totale proventi e oneri finanziari (C)**	**-15.000**	**-9.000**	**0**

	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie			
D0010	D.1) Rivalutazioni			
D0020	D.2) Svalutazioni			
D9999	**Totale rettifiche di valore di attività finanziarie**			

	E) Proventi e oneri straordinari			
E0010	E.1) Minusvalenze	0	0	0
E0020	E.2) Plusvalenze			
E0030	E.2.a) vendita di beni fuori uso	0	0	0
E0040	E.2.b) altro	0	0	0
E0050	E.3) Accantonamenti non tipici dell'attività sanitaria	0	0	0
E0060	E.4) Concorsi, recuperi, rimborsi per attività non tipiche	1.090	1.090	1.090
E0070	E.5) Sopravvenienze ed insussistenze	-2.302	-2.302	-2.302
E0080	E.5.a.1) sopravvenienze attive	*21.727*	*21.727*	*21.727*
E0081	E.5.a.2) insussistenze passive	*3.624*	*3.624*	*3.624*
E0090	E.5.b.1) sopravvenienze passive	*-27.389*	*-27.389*	*-27.389*
E0091	E.5.b.2) insussistenze attive	*-264*	*-264*	*-264*
E9999	**Totale proventi e oneri straordinari (E)**	**-1.212**	**-1.212**	**-1.212**
X0010	**Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)**	**-71.017**	**-19.017**	**21.983**
	Imposte e tasse			
Y0010	IRAP	*52.843*	*51.899*	*50.956*
Y0020	Imposte e tasse, tributi a carico dell'azienda	*3.157*	*3.101*	*3.044*
Y0030	Accantonamento imposte	*0*	*0*	*0*
Y9999	**Totale imposte e tasse**	56.000	55.000	54.000
Z9999	**Utile o perdita dell'esercizio**	**-127.017**	**-74.017**	**-32.017**

Utile o perdita dell'esercizio al netto di ammortamenti e costi capitalizzati	**-116.657**	**-63.657**	**-21.657**

Le perdite degli esercizi risultante dai CE SIS sopraindicati sono pari rispettivamente a (in € migliaia) 108.657 per il 2007; 63.657 per il 2008 e 21.657 per il 2009 al netto degli ammortamenti e dei costi capitalizzati.

2.3. VALUTAZIONE RIEPILOGATIVA DEL PIANO

Al fine di rendere più agevole la lettura dell'intero Piano vengono di seguito riportate l'andamento stimato delle macrovoci dei CE tendenziali e programmatici senza e con gli interventi previsti. Il Differenziale scaturente evidenzia gli effetti della manovra di ogni singola macrovoce rispetto al tendenziale.

Modello CE tendenziale programmatico e differenziale

	Modello Tendenziale					Modello programmatico					Δ programmatico/tendenziale				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
valore della produzione															
- contributi F.S.R.	1.946	2.018	2.080	2.143	2.213	1.946	2.018	2.080	2.143	2.213	0	0	0	0	0
- saldo di mobilità	12	12	4	4	4	12	12	4	4	4	0	0	0	0	0
- entrate proprie	60	62	60	60	60	60	62	72	72	72	0	0	12	12	12
totale entrate	**2.018**	**2.092**	**2.144**	**2.207**	**2.277**	**2.018**	**2.092**	**2.156**	**2.219**	**2.289**	**0**	**0**	**12**	**12**	**12**
costi della produzione											0	0	0	0	0
- assistenza farmaceutica convenzionata	275	289	295	301	307	275	289	268	280	283	0	0	(27)	(21)	(24)
- assistenza sanitaria di base	131	133	136	138	141	131	133	136	138	141	0	0	0	0	0
- assistenza convenzionata esterna: di cui:	405	410	432	440	449	405	410	413	384	376	0	0	(19)	(56)	(73)
ospedaliera convenzionata	*188*	*188*	*201*	*205*	*209*	*188*	*188*	*194*	*173*	*177*	*0*	*0*	*(7)*	*(32)*	*(32)*
altra assistenza	*217*	*222*	*231*	*235*	*240*	*217*	*222*	*219*	*211*	*199*	*0*	*0*	*(12)*	*(24)*	*(41)*
- altri costi esterni	29	31	31	33	35	29	31	31	33	35	0	0	0	0	0
totale costi esterni	**840**	**863**	**894**	**912**	**932**	**840**	**863**	**848**	**835**	**835**	**0**	**0**	**(46)**	**(77)**	**(97)**
prodotti farmaceutici	106	118	138	156	176	106	118	135	152	171	0	0	(3)	(4)	(5)
acquisto di beni	155	168	176	177	184	155	168	173	173	178	0	0	(3)	(4)	(6)
acquisto di servizi	194	196	214	233	253	194	196	211	228	247	0	0	(3)	(5)	(6)
costi del personale di cui:	755	755	783	783	783	755	755	778	773	767	0	0	(5)	(10)	(16)
personale		*739*	*755*	*755*	*755*		*739*	*750*	*746*	*741*					
accantonamenti per personale		*16*	*28*	*28*	*28*		*16*	*28*	*27*	*26*					
accantonamenti per rischi	35	3	5	5	5	35	3	6	6	6	0	0	1	1	1
oneri fiscali	53	56	57	57	57	53	56	56	55	54	0	0	(1)	(2)	(3)
oneri finanziari	10	19	15	9	0	10	19	15	9	0	0	0	0	0	0
altri costi interni	36	32	33	34	35	36	32	36	37	38	0	0	3	3	3
totale costi interni	**1.344**	**1.347**	**1.421**	**1.454**	**1.493**	**1.344**	**1.347**	**1.410**	**1.433**	**1.461**	**0**	**0**	**(12)**	**(21)**	**(32)**
totale costi della produzione	**2.184**	**2.210**	**2.315**	**2.366**	**2.425**	**2.184**	**2.210**	**2.258**	**2.268**	**2.296**	**0**	**0**	**(58)**	**(98)**	**(129)**
saldo gestione straordinaria + costi intramoenia e variazione rimanenze	72	15	15	15	15	72	15	15	15	15	0	0	0	0	0
totale costi al netto dei ricavi straordinari	**2.256**	**2.225**	**2.330**	**2.381**	**2.440**	**2.256**	**2.225**	**2.273**	**2.283**	**2.311**	**0**	**0**	**(58)**	**(98)**	**(129)**
risultato dell'esercizio	**(238)**	**(133)**	**(186)**	**(174)**	**(163)**	**(238)**	**(133)**	**(117)**	**(64)**	**(22)**	**0**	**0**	**70**	**110**	**141**

SCHEMA RIASSUNTIVO
PIANO DI RIENTRO
REGIONE ABRUZZO

		2006*	2007	2008	2009
(1)	**costi - ipotesi tendenziale**	2.225	2.330	2.381	2.440
(2)=(3)+(4)+(5) + (6)	**ricavi ordinari:**	2.092	2.144	2.207	2.277
	di cui:				
(3)	**F.S.N. come da DDL Finanziaria 2007**	2.018	2.080	2.143	2.213
di cui	***Quota indistinta***	*1.985*	2.047	2.110	2.180
	Obiettivi PSN L.662/96+Fondi vincolati	*33*	*33*	*33*	*33*
(4)	**saldo mobilità**	12	4	4	4
(5)	**entrate proprie**	62	60	60	60
(6)=(2)-(1)	**risultato di gestione**	(133)	(186)	(174)	(163)
(7)	**gettito fiscale utilizzabile**	101	93	93	93
(8)	**introduzione tiket L. 296/2006**		12	12	12
(9)	**manovra di contenimento dei costi**		58	98	129
(10)	**altre risorse statali**	32	47	40	33
11) = (7)+(8)+(9)+(10	**risultato finale di gestione**	0	24	69	104

** dati accertati al 31-12-2006 da CE IV trimestre*

	2006	2007	2008	2009
GETTITO FISCALE	**146**	**146**	**146**	**146**
***Rate rimodulate cartolarizzazione**	**45**	**53**	**53**	**53**
GETTITO FISCALE UTILIZZABILE	**101**	**93**	**93**	**93**

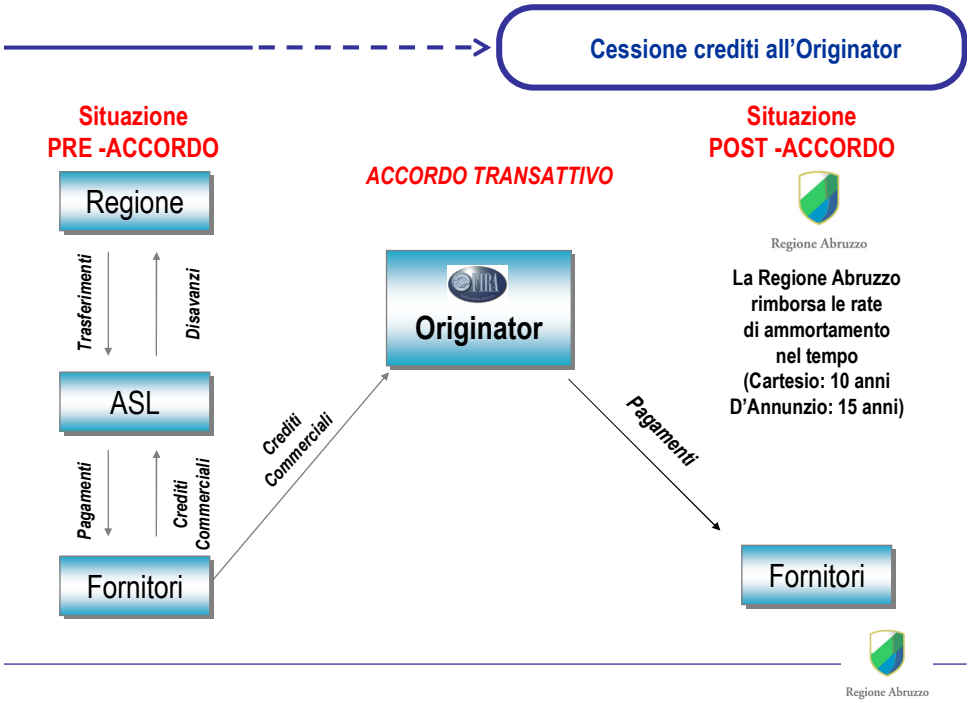
3. LA SITUAZIONE DEL DEBITO AL 31 DICEMBRE 2005

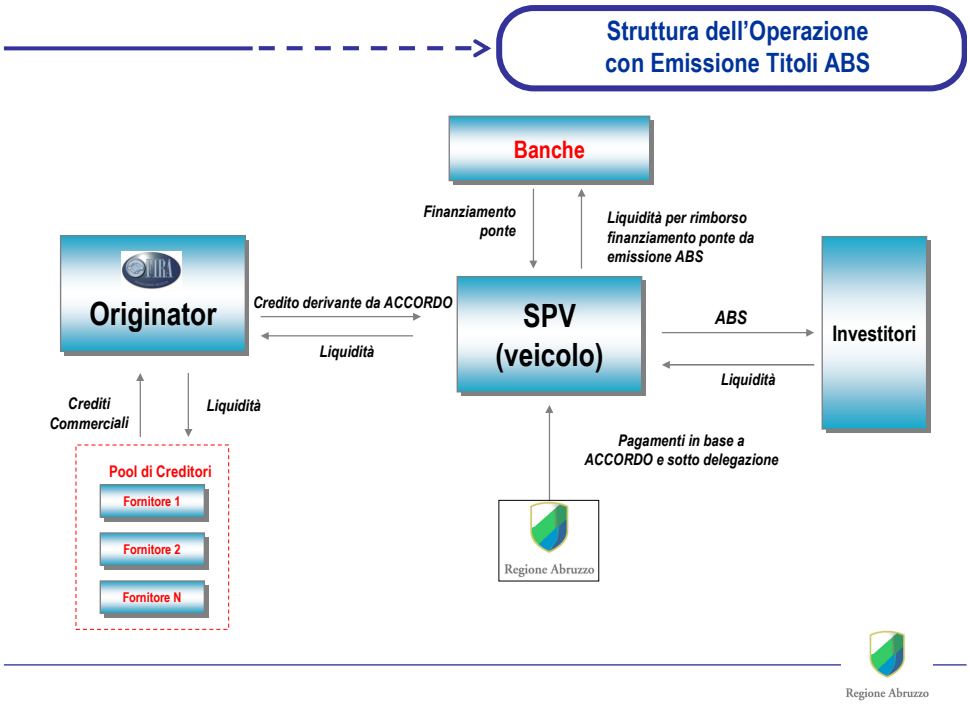
3.1. Le operazioni di cartolarizzazione

La Regione Abruzzo ha avviato e concluso due operazioni di cartolarizzazione dei crediti commerciali vantati da fornitori di beni e servizi nei confronti delle Aziende USL.

Tali operazioni si sono rese necessarie per sopperire alla forte carenza di liquidità delle Aziende USL, aggravate dalla presenza di numerosi contenziosi, i cui oneri appesantiscono in maniera rilevante i bilanci delle Aziende comportando, per le stesse, ulteriori costi, per spese legali e interessi di mora, che con l'entrata in vigore della normativa comunitaria (2000/35 CE) – recepita dall' Italia con il D.lgs. 231/2002 –, relativa ai ritardati pagamenti nelle transazioni commerciali, comporta un incremento consistente dei costi per interessi (pari al tasso di rifinanziamento della Banca Centrale Europea maggiorato di sette/nove punti percentuali).

Di seguito sono esposti due diagrammi rappresentanti la struttura, utilizzata sia per la prima che per la seconda operazione di cartolarizzazione, nella quale si evidenzia la presenza del "doppio veicolo" (Originator e SPV).





Nei paragrafi seguenti sono sviluppate in sintesi le fasi che hanno caratterizzato le due operazioni di cartolarizzazione dei crediti commerciali.

3.1.1. Operazione di cartolarizzazione dei crediti "Cartesio"

La prima operazione di cartolarizzazione dei crediti commerciali nei confronti delle ASL abruzzesi è stata articolata in fasi, delle quali – in questo paragrafo – è riportata una sintesi significativa.

Fase 1: circolarizzazione e riconciliazione

La prima operazione è nata a seguito della ricognizione delle posizioni debitorie presso le ASL che la regione Abruzzo ha condotto, affidando uno specifico incarico alla KPMG.

La ricostruzione e riconciliazione della situazione debitoria delle ASL, nei confronti dei fornitori di beni e/o servizi è stata realizzata grazie ad una estesa operazione di circolarizzazione degli stessi.

È stato individuato l'insieme di fornitori con un monte crediti – nei confronti di tutte e sei le ASL abruzzesi – superiore a 50.000 Euro, per un totale di oltre 400 milioni di euro, che sono stati riconciliati con i partitari delle ASL.

La riconciliazione è stata fatta considerando le posizioni debitorie di ciascuna ASL, fino al 31.12.2003.

Fase 2: proposta d'acquisto e primi atti di cessione

Ai fornitori le cui posizioni creditorie sono state riconciliate, la società *Originator*[13] dell'operazione ha trasmesso una proposta di acquisto che prevedeva l'acquisto dei crediti al 31.12.2003 (cessione) per un prezzo di cessione pari al 100% della sorte capitale, con rinuncia espressa ad interessi, spese legali ed oneri accessori.

Sulla base delle proposte accettate dai fornitori e sulla base delle certificazioni dei crediti rilasciate dalle Aziende USL, la società *Originator* dell'operazione ha stipulato i primi atti di cessione, per un ammontare complessivo di crediti acquistati pari a 379 milioni di Euro, per un corrispondente prezzo d'acquisto di 337 milioni di Euro[14].

[13] L'Originator dell'operazione è stata la Finanziaria Regionale Abruzzese FI.R.A. S.p.A., società controllata dalla Regione Abruzzo.

[14] Il prezzo d'acquisto dei crediti nei primi atti di cessione è inferiore al valore dei crediti acquistati per la presenza di crediti "non performing", ossia "in contenzioso", per i quali e stato offerto dalla regione Abruzzo un prezzo d'acquisto pari al 65% della sorte capitale, sempre con rinuncia da parte dei cedenti ad ogni ulteriore pretesa presente e futura.

Fase 3: Deliberazione dell'operazione e atti transattivi

L'operazione di cartolarizzazione è stata deliberata dalla Giunta regionale d'Abruzzo con D.G.R. n. 1281/2004; a loro volta i Direttori Generali delle Aziende USL hanno recepito e fatta propria tale delibera con loro atti deliberativi, rilasciati immediatamente dopo la D.G.R. n. 1281/2004; i Direttori Generali delle Aziende USL hanno provveduto altresì all'accettazione dei primi atti di cessione, ai sensi degli artt. 69 e 70 del R.D. n. 2440 del 18.12.1923.

Conseguentemente tra le Aziende USL, la Regione Abruzzo e l'*Originator* sono stati stipulati gli atti transattivi nella forma di "lettera commerciale"; ciascuna delle tre parti coinvolte – Regione Abruzzo, *Originator* e ASL – ha scritto alle restanti due in segno di accettazione della proposta, nella quale si è stabilito, tra l'altro, che il debito sarebbe stato rimborsato dalle ASL in dieci anni in quote costanti ad un interesse predeterminato delegando la Regione Abruzzo a pagare, in nome e per conto delle ASL le semestralità di rimborso del debito.

Fase 4: Seconda cessione e delegazioni di pagamento

Immediatamente dopo gli atti transattivi l'*Originator* ha ceduto "in blocco" i crediti acquistati con i primi atti di cessione al *Veicolo*[15]; tale seconda cessione è avvenuta senza alcun sovraprezzo da parte dell'*Originator*, pertanto il valore d'acquisto dei crediti originari – pari a 337 milioni di Euro – è stato ceduto per il medesimo prezzo, ossia per 337 milioni di Euro.

I Direttori Generali delle ASL hanno recepito il secondo atto di cessione, ai sensi degli artt. 69 e 70 del R.D. n. 2440 del 18.12.1923, e successivamente hanno sottoscritto le delegazioni di pagamento nei confronti della Regione Abruzzo, atto con il quale la Regione si obbligò a trattenere ogni semestre la rata di ammortamento della cartolarizzazione dai contributi capitari delle ASL ed a versarle, in loro nome e conto, alla società veicolo D'Annunzio Srl. Nelle delegazioni di pagamento è stato quantificato il tasso di interesse a base di calcolo del rimborso forfetario, pari a 2,45% "bullet".

Fase 5: Emissione dei titoli e pagamento dei fornitori

Il collocamento dei titoli sui mercati dei capitali, curato da Dexia Capital Markets e Merrill Lynch in qualità di Joint Le-ad Managers e Joint Bookrunners, si è concluso il 31 marzo 2005. L'operazione è stata prezzata a Euribor 6m + 25 punti base ed è stata caratterizzata da una rapida chiusura del libro ordini, con un monte ordini circa tre volte superiore alla disponibilità, a testimonianza dell'ottima accoglienza del rischio Regione Abruzzo da parte degli investitori istituzionali italiani ed internazionali.

A seguito del collocamento dei titoli ad un tasso inferiore al tasso di swap è stato riconosciuta all'*Originator* una refluenza di Euro 2.675.084, che sarà retrocessa per quote alle date anniversarie delle rate di rimborso dal veicolo Cartesio S.r.l. all'*Originator*.

Contestualmente al collocamento dei titoli, l'*Originator* ha dato seguito agli ordini di bonifico nei confronti dei creditori che è stato contestualizzato da Banca Caripe, per importo esattamente uguale a quanto retrocesso da Cartesio srl. Alcuni fornitori aderenti all'operazione hanno usufruito di un "finanziamento ponte" che ha permesso all'*Originator* di anticipare le erogazioni ai fornitori il 13 gennaio 2005.

[15] Il veicolo della prima operazione di cartolarizzazione è la società Cartesio S.r.l.

Riepilogo operazione di cartolarizzazione "Cartesio"

Di seguito sono sintetizzati i dati più significativi che hanno caratterizzato la prima cartolarizzazione "Cartesio":

S.P.V. (Veicolo)	Cartesio S.r.L.
Originator:	FI.R.A. S.p.A.
Arranger e Co-Arranger:	Merryl Lynch & Dexia Crediop
Crediti Cartolarizzati:	Euro 336.665.684
Durata	10 anni
Rate di rimborso	Semestrali
Indennizzo "forfetario":	2,45% "bullet"
Rata fissa semestrale:	Euro 20.957.439
Quota interessi semestrale:	Euro 4.124.155
Quota capitale semestrale:	Euro 16.833.284
Refluenze per extra-spread di collocamento	Euro 2.675.084

3.1.2. Operazione di cartolarizzazione dei crediti "D'Annunzio"

La seconda operazione di cartolarizzazione dei crediti commerciali nei confronti delle ASL abruzzesi è stata articolata in fasi, delle quali – in questo paragrafo – è riportata una sintesi significativa, con la medesima struttura che ha caratterizzato la prima operazione.

Fase 1: circolarizzazione e riconciliazione

La seconda operazione è stata avviata quale naturale completamento della prima che, come specificato in precedenza, ha interessato parte dei fornitori e comunque chiuso le posizioni creditorie al 31.12.2003.

Gli uffici finanziari delle aziende USL hanno provveduto alle attività di circolarizzazione e riconciliazione delle partite debitorie al 31.12.2004, trasmettendo le certificazioni di credito e la ulteriore documentazione all'*Originator*[16] che ha provveduto all'esecuzione delle successive fasi.

Fase 2: proposta d'acquisto

Ai fornitori i cui crediti sono stati certificati dalle ASL l'*Originator*, ha trasmesso una proposta che prevedeva l'acquisto dei crediti (cessione) per un prezzo di cessione pari al 100% della sorte capitale, con rinuncia espressa ad interessi, spese legali ed oneri accessori.

Fase 3: Deliberazione dell'operazione, primi atti di cessione e atti transattivi

L'operazione di cartolarizzazione è stata deliberata dalla Giunta regionale d'Abruzzo con D.G.R. n. 1326/2005; a loro volta i Direttori Generali delle Aziende USL hanno recepito e fatta propria tale delibera con loro atti deliberativi, rilasciati immediatamente dopo la D.G.R. n. 1326/2005.

Sulla base delle proposte accettate dai fornitori la società *Originator* dell'operazione ha stipulato i primi atti di cessione, per un ammontare complessivo di crediti acquistati pari 327.388.433 milioni di Euro, per un corrispondente prezzo d'acquisto di 327.388.433 milioni di Euro.

I Direttori Generali delle Aziende USL hanno provveduto all'accettazione dei primi atti di cessione, ai sensi degli artt. 69 e 70 del R.D. n. 2440 del 18.12.1923.

Sono stati stipulati gli atti transattivi tra le Aziende USL, la Regione Abruzzo e l'*Originator* nella medesima forma utilizzata nella prima operazione: si è stabilito, tra l'altro, che il debito sarebbe stato rimborsato dalle ASL in quindici anni in quote costanti, ad un interesse predeterminato delegando la Regione Abruzzo a pagare, in nome e per conto delle ASL le semestralità di rimborso del debito.

Fase 4: Seconda cessione e delegazioni di pagamento

[16] L'Originator dell'operazione – così come per la prima operazione - è stata la Finanziaria Regionale Abruzzese FI.R.A. S.p.A., società controllata dalla Regione Abruzzo.

Immediatamente dopo gli atti transattivi l'*Originator* ha ceduto "in blocco" i crediti acquistati con i primi atti di cessione al *Veicolo*[17]; tale seconda cessione è avvenuta senza alcun sovraprezzo da parte dell'*Originator*, pertanto il valore dei crediti originari – pari a 327 milioni di Euro – è stato ceduto per il medesimo prezzo, ossia per 327 milioni di Euro.

I Direttori Generali delle ASL hanno recepito il secondo atto di cessione, ai sensi degli artt. 69 e 70 del R.D. n. 2440 del 18.12.1923, e successivamente hanno sottoscritto le delegazioni di pagamento nei confronti della Regione Abruzzo.Nelle delegazioni di pagamento è stato quantificato il tasso di interesse a base di calcolo del rimborso forfetario, pari a 2,47% "bullet".

Fase 5: Emissione dei titoli e pagamento dei fornitori

Il collocamento dei titoli sui mercati dei capitali si è concluso il 31 marzo 2006.

A seguito del collocamento dei titoli ad un tasso inferiore a quello variabile di swap è in corso di quantificazione la refluenza spettante alla Regione Abruzzo.

Contestualmente al collocamento dei titoli, l'*Originator* ha dato seguito agli ordini di bonifico nei confronti dei creditori che è stato contestualizzato da Banca Caripe, per importo esattamente uguale a quanto retrocesso da D'Annunzio srl. Alcuni fornitori aderenti all'operazione hanno usufruito di un "finanziamento ponte" che ha permesso all'*Originator* anticipare le erogazioni il 13 gennaio 2006.

Riepilogo operazione di cartolarizzazione "D'Annunzio"

Di seguito sono sintetizzati i dati più significativi che hanno caratterizzato la prima cartolarizzazione "D'Annunzio":

S.P.V. (Veicolo)	D'Annunzio S.r.L.
Originator:	FI.R.A. S.p.A.
Arranger e Co-Arranger:	Dexia Crediop & Banca Intesa
Crediti Cartolarizzati:	Euro 327.388.433
Durata	15 anni
Rate di rimborso	Semestrali
Indennizzo "forfetario":	2,47% "bullet"
Rata fissa semestrale:	Euro 14.952.103
Quota interessi semestrale:	Euro 4.039.155
Quota capitale semestrale	Euro 10.912.948
Refluenze per differenze tassi di collocamento	In via di definizione

In definitiva le due operazioni di cartolarizzazione hanno permesso la ristrutturazione del debito commerciale determinando la copertura finanziaria del disavanzo regionale accumulato al 31.12.2005.

La L.R. 20 del 2006 ha modificato la LR 146/96 (art. 10) prevedendo l'istituzione nel bilancio di previsione annuale della Regione, nell'ambito del titolo delle spese correnti, uno specifico capitolo di spesa nel quale annualmente è previsto lo stanziamento di competenza e di cassa a copertura delle suddette rate di ammortamento. Tale norma consente di fatto e di diritto di dare copertura economica alle operazioni di cartolarizzazione e la Regione potrà, anno per anno in sede di previsione finanziaria della spesa, stanziare parte delle addizionali IRAP e IRPEF a copertura alle rate di ammortamento senza incidere sulla quota di assegnazione del Fondo Sanitario Nazionale.

Al fine di contabilizzare correttamente il gettito fiscale al netto delle risorse impegnate per il pagamento delle rate di rimborso delle passività pluriennali, di seguito si espone nel dettaglio la formazione e l'utilizzo delle risorse proprie regionali:

[17] Il veicolo della seconda operazione di cartolarizzazione è la società D'Annunzio S.r.l.

rata ammortamento cartolarizzazioni

Valori in milioni di €	CAPITALE	2005	2006	2007	2008	2009
RATA AMMORTAMENTO ANNUALE						
- 1a operazione di cartolarizzazione	336,5	20,0	41,9	41,9	41,9	41,9
- 2a operazione di cartolarizzazione	327,8		15,0	29,9	29,9	29,9
- prosoluto (dgr 786/06) anno 2005	243,0			25,8	25,8	25,8
totale		20,0	56,9	97,6	97,6	97,6
di cui sorte capitale						
- 1a operazione di cartolarizzazione	336,5	16,8	33,7	33,7	33,7	33,7
- 2a operazione di cartolarizzazione	327,8		10,9	21,8	21,8	21,8
- prosoluto (dgr 786/06) anno 2005	243,0			16,3	16,3	16,3
totale		16,8	44,6	71,8	71,8	71,8

gettito fiscale aggiuntivo	2005	2006	2007	2008	2009
addizionale IRPEF e IRAP	136,0	136,0	136,0	136,0	136,0
bollo auto	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
dedurre: somme destinate alla cartolarizzazione rata capitale	- 16,8	- 44,6	- 55,5	- 55,5	- 55,5
dedurre: somme destinate al pro soluto rata capitale	-	-	- 16,3	- 16,3	- 16,3
totale risorse nette	129,2	101,4	74,2	74,2	74,2

Ai fini del riconoscimento delle predette operazioni a copertura del debito maturato negli anni 2001-2005, la Regione Abruzzo si impegna a far fronte alle rate annuali di ammortamento da esse derivanti utilizzando fondi propri acquisiti a seguito di:

a) incremento della quota regionale delle tasse automobilistiche, così come disposto già dall'anno 2005;
b) quota del gettito fiscale derivante dall'incremento delle aliquote IRAP e addizionale IRPEF cosi come disposto da delibera di Giunta Regionale n 1042 del 25.09.2006.

			2001	2002	2003	(*) 2004	2005	totale
SIS		IV Trimestre	104,8	199,7	80,5	161,9	264,7	811,7
		Consuntivo	193,0	167,2	251,3	156,7	469,4	1237,7
Bilancio di esercizio			193,0	167,2	251,3	156,7	469,4	1237,7
Tavolo di Monitoraggio		IV Trimestre	104,8	136,3	65,8		198,0	
		Consuntivo			221,5	136,1	238,0	
Totale Perdita accertata	x		104,8	136,3	65,8	109.2	238,0	654,1
Rettifiche	y			**-9,4**		**155,7**	**0,0**	146.6
Perdita a cui dare copertura secondo Tavolo	**z=x +/- y**		**104,8**	**127,3**	**65,7**	**265,0**	**237,9**	**800,7**

3.2. La copertura finanziaria dei debiti del Sistema Sanitario Regionale

La Regione Abruzzo presenta un livello di debito cumulato 31 dicembre 2005 pari a 2.061 milioni di euro, di cui circa 301 milioni relative a partite interne al sistema regionale.

Il debito netto è pari dunque a **1.760 milioni** di euro, di cui **909 miliioni** di euro, in linea capitale, sono stati oggetto di operazioni di ristrutturazione finanziaria/cartolarizzazioni (l'ammontare delle operazioni, compresi gli interessi, è pari a 1.261 milioni di euro) e danno luogo al seguente profilo di ammortamento:

1) anni 2005 e 2006: sono state pagate rate complessivamente pari a 77,8 milioni di euro;
2) anni dal 2007 al 2014: rate annuali pari a 98,077 milioni di euro;
3) anno 2015: rata di 77,12 milioni di euro;
4) anni dal 2016 al 2020: rate annuali pari a 56,16 milioni di euro;
5) anno 2021: rata pari a 41,0 milioni di euro.

La restante parte del debito, non oggetto di transazioni, è pari a **851 milioni** di euro.

Con riferimento al predetto livello di debito di 1.760 milioni di euro, la regione ha titolo alle seguenti entrate di competenza degli anni 2005 e precedenti:

1) spettanze residue anni 2001-2005 (subordinate per l'anno 2005 all'approvazione del DPCM di riparto delle somme da compartecipazione IVA): **659,99 milioni** di euro (di cui 10 milioni di euro erogati a fine 2006);
2) ripiano dei disavanzi 2002-2004: **32,77** milioni di euro;
3) somme rivenienti dall'automatismo fiscale (articolo 1, comma 174, legge 311/2004, come integrato dall'articolo 1, comma 277, legge 266/2005) relativo all'anno d'imposta 2006, per la copertura del disavanzo 2005: **136** milioni di euro, come quantificati dal competente Dipartimento per le Politiche Fiscali, la cui erogazione presumibilmente avverrà nel 2008;
4) somme riveniente dal bollo auto: **10** milioni di euro;
5) concorso statale al ripiano dei disavanzi 2005 e precedenti: stimabile in circa **150** milioni di euro, sulla base di specifico provvedimento legislativo da proporsi da parte del Governo.

In considerazione della necessità per la Regione di destinare alla gestione corrente una parte del gettito derivante della massimizzazione delle aliquote di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF, allo stato necessario per l'ammortamento del debito cartolarizzato, la regione si impegna ad attivare, a decorre dalla data di sottoscrizione dell'Accordo con lo Stato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 311/2004, con la consulenza tecnico-finanziaria dello Stato, le procedure atte alla rinegoziazione del debito diretta all'allungamento del periodo di ammortamento, al fine di liberare risorse, **per un ammontare pari a 45 milioni di euro annui per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009,** da destinare al raggiungimento dell'equilibrio corrente. La predetta rinegoziazione comporterà una riduzione, per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009, della rata di ammortamento del debito dall'attuale livello di circa 98 milioni di euro annui a circa 53 milioni di euro annui.

3.2.1. Ricognizione delle posizioni debitoria e creditoria e procedure di pagamento.

Al fine dell'estinzione del debito non transatto, la Regione si impegna ad attivare il seguente procedimento accertativo che coinvolgerà anche la posizione debitoria regionale generata dalla gestione dell'esercizio 2006.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento è individuata presso l'Assessorato al Bilancio.

1) Procedura di determinazione della posizione debitoria

a) La struttura amministrativa di cui sopra acquisisce dalle aziende l'elenco completo dei loro fornitori, nonché di ogni altro soggetto creditore delle aziende stesse, ai quali invia un prospetto standard in formato elettronico, con il quale si richiedono:

   i. Dettaglio fatture emesse fino al 31.12.2005 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi ricevuti, indicazione di eventuali cessionari e/o mandatari all'incasso, procedure legali in corso, ASL/AO debitrice) e di ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un credito da parte dei soggetti terzi;

   ii. Dettaglio fatture emesse dal 1 gennaio 2006 sino al 31.12.2006 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi ricevuti, indicazione di eventuali cessionari e/o mandatari all'incasso, procedure legali in corso, ASL/AO debitrice) e di ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un credito da parte dei soggetti terzi;

b) La struttura amministrativa richiede alle Aziende sanitarie, distintamente per ciascun soggetto per il quale risulti aperta una posizione debitoria:

   i. Dettaglio fatture ricevute fino al 31.12.2005 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatari all'incasso, procedure legali in corso) e ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un debito;

   ii. Dettaglio fatture ricevute dal 1 gennaio 2006 sino al 31.12.2006 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatari all'incasso, procedure legali in corso) e ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un debito;

   iii. Dettaglio dei titoli che abbiano dato luogo a iscrizione di debiti verso altri soggetti;

   iv. Verifica dei documenti sottostanti alle scritture contabili e della sussistenza del debito aziendale.

c) Sulla base delle informazioni ricevute, la struttura amministrativa verifica e riconcilia le posizioni per le quali sussiste una coincidenza di informazioni rese dalle aziende e dai soggetti creditori. I relativi dati sono trasmessi alle aziende. Le aziende e la struttura amministrativa procedendo alla certificazione delle posizioni debitorie pagabili.

Relativamente alle posizioni non riconciliate la struttura dispone un supplemento di istruttoria, fornendo in proposito istruzioni puntuali alle proprie aziende.

In particolare ove la posta risulti iscritta a debito dell'azienda sanitaria, ma non a credito di terzi, l'indagine è volta a stabilire se possa essere cancellata dalla contabilità aziendale. In particolare la struttura amministrativa procede alla ricognizione delle procedure di pignoramento subite dalle aziende, verificando la cancellazione dalle rispettive contabilità dei debiti per i quali le procedure si sono concluse; procede alla verifica e alla cancellazione dei debiti che, inseriti nelle operazioni di cartolarizzazione/ristrutturazione finanziaria, non sono stati cancellati dai debiti commerciali. L'insussistenza del debito è certificata dall'azienda sanitaria e dalla struttura amministrativa che ne ordina e ne verifica la cancellazione dalla

contabilità aziendale. Dei debiti cancellati è data informazione a specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità e ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze. La struttura amministrativa dispone e verifica che presso le aziende sia apposto un timbro sulle fatture o altri titoli indicante l'avvenuto pagamento ovvero altra causa che ha dato luogo alla cancellazione del debito.

Ove il debito non risulti iscritto nella contabilità l'azienda richiede al creditore la produzione della documentazione idonea a dimostrare il proprio credito. Le procedure per il riconoscimento del credito vantato dai terzi e la conseguente iscrizione in contabilità del debito aziendale sono precisamente fissate dalla struttura amministrativa regionale. Tutte le iscrizioni di debiti sono certificate dall'azienda sanitaria e dalla struttura amministrativa e sono comunicate alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità e ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze .

a. Con riferimento alle posizioni per le quali sussiste un contenzioso in atto la struttura amministrativa si avvale di un adeguato supporto tecnico-legale. Le posizioni sono elencate e per ciascuna sono fornite informazioni sul contenzioso alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità.

b. La struttura amministrativa predispone un elenco delle posizioni di debito/credito interne al sistema sanitario regionale.

2) Procedura di determinazione della posizione creditoria

a. La struttura amministrativa procede alla ricognizione puntuale dei crediti vantati dalle aziende verso soggetti terzi. In particolare, per ciascuna azienda, individua l'elenco completo dei soggetti debitori, del titolo da cui discende il credito aziendale, di eventuali contenziosi in essere. Sulla base di questa ricostruzione procede ad un riscontro presso i debitori individuati al fine della riconciliazione del dato.

Relativamente alle posizioni non riconciliate la struttura dispone un supplemento di istruttoria fornendo in proposito istruzioni puntuali alle proprie aziende. In particolare ove sia accertata, l'issussistenza o l'inesigibilità del credito è certificata dall'azienda e dalla struttura amministrativa che ne ordina e ne verifica la cancellazione dalla contabilità aziendale. Dei crediti cancellati è data informazione alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità e ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze.

b. Con riferimento alle posizioni per le quali sussiste un contenzioso in atto la struttura amministrativa si avvale di un adeguato supporto tecnico-legale. Le posizioni sono elencate e per ciascuna sono fornite informazioni sul contenzioso alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità.

3) Procedura di pagamento del debito cumulato fino al 31 dicembre 2005

Sulla base della ricognizione del debito effettuata, la struttura amministrativa informa mensilmente (oltre che la struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità) i Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute al fine di procedere al pagamento dei debiti certificati.

La struttura amministrativa gestisce in modo accentrato il pagamento dei debiti certificati, avvalendosi delle somme che si renderanno via via disponibili (progressive erogazioni statali e altre somme riscosse) e che si riferiscono a poste di bilancio relative agli anni 2005 e precedenti. E' tassativamente escluso l'utilizzo delle risorse correnti, ivi comprese quelle relative a poste di bilancio afferenti all'anno 2006, per il pagamento dei predetti debiti.

All'atto del pagamento la struttura amministrativa verifica l'immediata cancellazione dalle contabilità aziendali del debito estinto, dispone e verifica che sia apposto un timbro sulle fatture o altri titoli indicante l'avvenuto pagamento.

Del pagamento e della cancellazione del relativo debito la struttura amministrativa dà comunicazione (oltre che alla struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità) ai predetti Ministeri, allegando copia dei titoli di pagamento e copia dei conti di bilancio da cui si evinca la cancellazione delle poste debitorie.

4. Rafforzamento della struttura amministrativa ed implementazione dei procedimenti amministrativi

Uno degli aspetti sui quali la Regione si impegna ad operare è il potenziamento della struttura amministrativa e la rigorosa organizzazione dei procedimenti di monitoraggio, controllo e verifica della spesa sanitaria.

Determinazione del budget per gli erogatori privati e monitoraggio mensile del volume/valore delle prestazioni effettuate

La Regione si impegna alla procedimentalizzazione del processo di determinazione, comunicazione e monitoraggio dei budget delle singole strutture erogatrici private al fine di pervenite ad un controllo tempestivo delle prestazioni erogate dalle strutture private per conto del Servizio sanitario regionale.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento di predisposizione, comunicazione e monitoraggio dei budget è individuata presso l'Assessorato alla Sanità con il supporto dell'Agenzia Sanitaria Regionale. La Regione adotta entro il 28 febbraio 2007 il budget degli erogatori privati di prestazioni sanitarie per il periodo 2007-2009.

Alle medesime strutture erogatrici la Regione richiede una rendicontazione mensile delle prestazioni effettuate e del corrispondente costo, da inoltrare alla struttura amministrativa entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento. La rendicontazione è prodotta sia in forma cartacea, sia su supporto informatico, secondo un formato standardizzato, predisposto dalla struttura amministrativa. La Regione si impegna ad implementare un procedimento che consenta il monitoraggio mensile delle prestazioni erogate.

I dati relativi ai budget e alle rendicontazioni mensili, per singola struttura erogativa, sono messi a disposizione dalla struttura amministrativa in un *data base* consultabile dalle aziende, dagli Assessorati alla sanità e al Bilancio.

La struttura amministrativa comunica, con periodicità almeno bimestrale, alle strutture erogatrici il livello di budget raggiunto e il livello ancora disponibile.

Indicatori e fonti di verifica - flussi informativi

I flussi informativi esistenti a livello nazionale, e in particolare i dati trimestrali dei CE e i dati dei modelli LA, come trasmessi, secondo le scadenze previste, al Sistema informativo sanitario, costituiranno la principale fonte di verifica per il monitoraggio dell'andamento della spesa.

A questo scopo la Regione si impegna ad attuare entro il 30 giugno 2007 il progetto "Contabilità Direzionale" (Appendice D) che prevede, in sintesi, una revisione delle procedure contabili e amministrative delle aziende per le quali si siano manifestate criticità, ad adottare il nuovo piano dei conti, a definire le regole e le modalità per il consolidamento dei conti e dei bilanci aziendali, ad inidividuare indicatori da monitorare.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento di monitoraggio è individuata presso l'Assessorato alla Sanità con il supporto dell'Agenzia Sanitaria Regionale.. I dati

elementari e le loro elaborazioni conseguenti all'attività di verifica periodica degli andamenti, sono messi a disposizione di specifica struttura amministrativa presso l'assessorato l'Assessorato alla Sanità.

La Regione si impegna infine ad implementare tutti i flussi informativi utili per il controllo di gestione e ad eseguire i controlli con cadenza idonea ad un'efficace azione di verifica della gestione del Servizio sanitario regionale.

Tutti i flussi informativi sono a disposizione delle strutture amministrative regionali ed aziendali per il monitoraggio e le verifiche di propria competenza.

5. MONITORAGGIO PIANO

Vengono costituiti dalla Regione Abruzzo due organi di monitoraggio regionali:

1. **Cabina Tecnica della programmazione sanitaria.**
2. **Tavolo di monitoraggio regionale;**

1) **Cabina tecnica della programmazione sanitaria**.

La Cabina tecnica della programmazione sanitaria si collega con il progetto Co.Di.- BSC (Controllo Direzionale - Balanced ScorCard) mediante cui la Regione identifica i programmi e i progetti regionali per la sanità di maggiore rilevanza e li articola in azioni ed indicatori, classificati rispetto al modello definito dalle prospettive e dalle aree chiave di risultato di tale approccio metodologico, al fine di assicurarne lo specifico monitoraggio e la successiva valutazione. Alla Cabina spetta lo scopo di verificare l'effettiva realizzazione, in itinere, del piano, di individuare gli scostamenti e, se del caso, proporre le azioni ritenute opportune per correggere l'andamento dei risultati ovvero per rimodulare gli obiettivi originali quando non più perseguibili. A tale scopo, la "cabina di regia" riferisce, mensilmente, all'Assessore Regionale alla Salute sullo stato di avanzamento del programma complessivo.

La Cabina tecnica della programmazione sanitaria, come previsto dal progetto Co.Di.-BSC, è costituita da:

- I Direttori Generali delle sei Aziende Sanitarie Regionali;
- Il Direttore Regionale della Direzione Sanità;
- Il Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regione Abruzzo

La partecipazione all'istituto non è delegabile. Agli incontri periodici possono eventualmente partecipare, per invito, altri dirigenti delle: Aziende Sanitarie regionali, Direzione Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale quando gli argomenti, all'ordine del giorno, lo richiedono o sulla base delle valutazioni del coordinatore della stessa "cabina di regia".

Al fine di assicurare il coordinamento delle attività svolte dalla "cabina di regia" ed il raccordo tra quest'ultima e le Aziende Sanitari e gli Organismi Regionali, si ritiene necessario individuare la figura del Coordinatore della "Cabina di Regia".

A tale figura sono affidati le seguenti funzioni e responsabilità:

- predispone il cronogramma delle azioni del piano strategico;
- relaziona, con cadenza almeno mensile, all'Assessore alla Salute, ai Presidenti della 1° e 5° Commissione Consigliare ed al Presidente della Giunta Regionale sullo stato di avanzamento dei programmi;
- condivide, con il Direttore Regionale alla Sanità / Direttore Agenzia Sanitaria Regionale, i contenuti ed i tempi di presentazione degli atti da sottoporre alla Giunta Regionale per l'allineamento degli stessi agli obiettivi di piano;
- coordina la stesura del Piano Sanitario Regionale;
- supporta le Direzioni Generali delle AUSL nell'opera di comunicazione aziendale sul piano e sugli stati di avanzamento dello stesso;
- invita esperti, interni o esterni al Sistema Sanitario Abruzzese, anche su indicazione degli altri componenti della "cabina di regia", al fine di approfondire le tematiche poste all'ordine del giorno;

- segnala tempestivamente all'Assessore Regionale alla Salute, anche al di fuori dei momenti relazionali programmati, situazioni emergenti che mettono a rischio il perseguimento di uno o più obiettivi fondamentali del piano di programma regionale con particolare riferimento a quelli economico-finanziari e che richiedano l'assunzione di provvedimenti urgenti;
- predispone il calendario e gli Ordini del G delle riunioni della Cabina di Regia.

La funzione di coordinamento è affidata al Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

2) **Tavolo di monitoraggio regionale**

Il **Tavolo di monitoraggio regionale** svolgerà una triplice funzione di raccordo con:

a) la Cabina tecnica di regia e gli organi tecnici del bilancio regionale;
b) gli organismi politici regionali (Commissioni Consiliari e Giunta Regionale);
c) il **Nucleo regionale di affiancamento** previsto dalle norme vigenti

Il **Tavolo di monitoraggio regionale** è così composto:

- Il componente la Giunta regionale d'Abruzzo con delega alla Sanità o suo delegato
- Il Direttore Regionale Sanità della Regione Abruzzo
- Il Direttore Regionale Bilancio e risorse finanziarie e strumentali della Regione Abruzzo
- Il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale

Il tavolo di monitoraggio regionale sarà presieduto dal componente la Giunta regionale d'Abruzzo con delega alla Sanità o suo delegato ed in ogni riunione sarà redatto apposito verbale da parte del segretario del tavolo nominato dal Componente la Giunta.

Il tavolo di monitoraggio regionale si riunirà con cadenza mensile ed effettuerà il monitoraggio dello stato di avanzamento del programma.

Il componente la Giunta regionale d'Abruzzo con delega alla Sanità riferirà periodicamente alla Giunta sullo stato di avanzamento del programma.

L'Accordo stipulato tra il Ministero della salute, dell'economia e finanze e la Regione Abruzzo di cui il presente Piano costituisce parte integrante definisce le modalità di affiancamento previste dalle norme vigenti anche attraverso l'istituzione di un *Nucleo regionale di affiancamento* , che svolge funzioni consultive e di supporto tecnico in relazione ai provvedimenti di carattere programmatico in materia di gestione e programmazione del Servizio Sanitario Nazionale.

APPENDICI

Le seguenti appendici sono riportate in un volume a parte

APPENDICE A - Linee guida per l'adeguamento alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

APPENDICE B - Accordi sanciti dalla conferenza Stato-Regioni rilevanti ai fini dell'applicazione dei livelli essenziali di assistenza

APPENDICE C - Linee Guida per la redazione del PIANO SANITARIO REGIONALE 2007-2009 e PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO

APPENDICE D - Progetto "Controllo direzionale"

APPENDICE E - Linee Guida "Sistema delle Cure Domiciliari"

APPENDICE F- Modelli LA storici, tendenziali e programmatici

Regione Abruzzo

APPENDICI
al

Piano di risanamento del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009

Programma operativo di riorganizzazione e riqualificazione del servizio sanitario regionale di cui all'art. 1 comma 180 Legge n. 311 del 30-12-2004 e s.m.i., finalizzato alla stipula dell'accordo di cui all'art. 8 dell'Intesa Stato Regioni del 23-03-2005.

Giunta Regionale
Agenzia Sanitaria Regionale - Direzione Sanità
Via Conte di Ruvo, 74 - 65127 PESCARA

APPENDICE A

Linee guida per l'adeguamento alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

LINEE ATTUATIVE DEL PSN 2006-2008

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 partendo dall'analisi del contesto italiano nei vari ambiti istituzionali, demografici ed economici individua i vincoli e le opportunità di cui tener conto nel suo triennio di vigenza.

Nel rispetto delle competenze statali e regionali definite dalla modifica al titolo V della Costituzione introdotto dalla legge costituzionale 3/2001, il PSN riconosce come obiettivo centrale del SSN la garanzia dell'effettiva capacità del sistema di erogare i livelli essenziali di assistenza nel rispetto delle caratteristiche fondanti il Servizio stesso, in particolare: l'universalità, la sostanziale gratuità di accesso a prestazioni appropriate, la garanzia uniforme delle stesse nel Paese, il rispetto della libera scelta e del pluralismo erogativo.

Il PSN assume la necessità che lo Stato e le Regioni si impegnino in una cooperazione sinergica per individuare strategie condivise al fine di superare le diseguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, di accessibilità e di promozione di una sempre maggiore qualità dei servizi, nel rispetto delle risorse programmate.

Nell'attuale quadro di federalismo sanitario, il PSN indica la necessità che Governo e Regioni concordino linee di indirizzo perché le strategie individuate possano declinarsi in programmi attuativi, nel rispetto delle autonomie regionali e delle diversità territoriali.

Trasversalmente alle strategie di sviluppo del sistema lo Stato e le Regioni, nell'ambito delle proprie competenze, devono concorrere alla individuazione e alla attuazione delle modalità e degli strumenti della cooperazione tra i vari livelli istituzionali rispettosi della sussidiarietà orizzontale e verticale.

Uno strumento proficuamente utilizzato nel triennio di vigenza del precedente PSN è lo strumento pattizio degli accordi e dell'intesa, sanciti in Conferenza Stato-Regioni, quale modalità nuova e sussidiaria per affrontare e risolvere le problematiche che vedevano coinvolti i diversi livelli di governo sui problemi in materia di tutela della salute. Il Piano conferma tale strumento come modalità di attuazione dei principi e obiettivi da esso stabiliti.

Altro strumento è quello degli accordi tra tutte le Regioni o tra alcune Regioni per quelle materie di interesse regionale, che pur nel rispetto dell'autonomia regionale, vengono meglio affrontate tramite linee operative comuni, come ad es. accordi per la costituzione di reti di servizi assistenziali o tra piccole regioni e grandi o tra regioni vicine per la messa in comune di particolari servizi o l'erogazione di altri.

Una tematica particolarmente presente nel PSN 2006-2008 è l'integrazione, non solo tra le varie componenti e i vari livelli del SSN, ma anche di tutti gli altri attori istituzionali, per lo sviluppo di politiche intersettoriali in cui un ruolo rilevante abbia la valutazione che le politiche stesse hanno in termini di promozione e mantenimento dello stato di salute. Un ambito dove l'integrazione è essenziale per il raggiungimento di risultati duraturi e tangibili è il socio-sanitario, per questo va potenziata la sinergia tra ASL e Comuni tramite una programmazione integrata e partecipata per rendere finalmente fruibile omogeneamente sul territorio l'assistenza socio-sanitaria, oggi erogata in alcune realtà locali in maniera frammentaria e discontinua.

Infine vanno individuate modalità agili di condivisione ed implementazione di strumenti tecnici quali linee guida, standard, protocolli, modelli operativi per particolari tematiche la cui importanza richiede una validazione congiunta tra lo Stato e le Regioni.

1. La garanzia dei LEA

Per garantire che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sia efficace, appropriata ed omogenea sul territorio nazionale, nell'ambito delle risorse programmate, occorre rendere coerente la programmazione dell'offerta sanitaria con il mutare dei contesti socio-economici, tecnologici e soprattutto demografico-epidemiologici e della conseguente domanda di assistenza territoriale scaturita in particolare dalla cronicità, di cui il SSN non si è fatto ancora sufficientemente carico in alcune zone del Paese.

E' necessario, pertanto:

- partendo dall'analisi della domanda, stabilire gli standard quantitativi e qualitativi dei livelli, al di sotto dei quali essi non possono essere considerati garantiti, in particolare per l'assistenza domiciliare integrata, per l'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani e disabili, tenendo conto dell'esperienza maturata in altri ambiti regionali;
- adottare provvedimenti per il raggiungimento, entro il triennio di vigenza del PSN 2006-2008, degli standard stabiliti;
- individuare le prestazioni che, più frequentemente, sono oggetto di eccessiva variabilità ed inappropriatezza prescrittiva e definirne le condizioni di erogabilità;
- rendere accessibili in maniera omogenea sul territorio regionale le prestazioni specialistiche di alta complessità, con particolare riguardo a quelle prestazioni che hanno importanti ricadute in termini di esiti;
- finalizzare il completamento del programma ex articolo 20 della legge 67/88 al superamento del divario strutturale nell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali.
- adottare provvedimenti per la garanzia dell'accessibilità alle prestazioni dei livelli di assistenza su tutto il territorio regionale, tendendo conto delle peculiarità presenti nelle isole minori e nelle comunita' montane isolate.

2. Riorganizzare le cure primarie

Il ruolo primario nel governo della domanda e dei percorsi sanitari è del medico di medicina generale, ma perché il MMG possa assumere pienamente questa funzione è necessario completare il percorso che conduce alla realizzazione di forme aggregate ed integrate di organizzazione della medicina primaria, con il coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale e degli altri specialisti territoriali.

In tal senso va portata avanti anche la riorganizzazione dell'assistenza pediatrica, favorendo forme associative dei pediatri di libera scelta e la condivisione di spazi e studi con i MMG al fine di favorire una collaborazione che possa garantire la continuità assistenziale nel passaggio dall'età pediatrica all'età adulta.

Nel triennio occorre:

- completare, nell'ambito dell'attuazione degli accordi convenzionali con i MMG e i PLS, il processo di riorganizzazione delle cure primarie;
- perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG, dei PLS, MCA con l'ospedale e con i servizi e le attività distrettuali

3. La razionalizzazione della rete ospedaliera

Lo sviluppo tumultuoso della tecnologia, l'incremento vertiginoso dei costi, l'altissima specializzazione richiesta all'ospedale, l'evoluzione delle tecniche chirurgiche ed anestesiologiche che consentono di effettuare sempre più interventi in regime di ricovero diurno, rendono necessaria una riflessione sullo sviluppo che la rete ospedaliera dovrà assumere nel medio e lungo periodo. E' necessario che l'offerta si differenzi in base ai livelli di complessità raggiunti dalle strutture ospedaliere, in particolare organizzandosi in ospedali di altissima specializzazione nei quali concentrare la casistica più complessa, che possano assumere funzioni di riferimento rispetto ai presidi ospedalieri di medie dimensioni o di livello locale e alle strutture territoriali, mediante protocolli di accesso condivisi, la messa in rete, l'elaborazione di linee guida e la formazione anche a distanza.

Una particolare attenzione nell'ambito delle cure ospedaliere va posta alla prevenzione e al contenimento del dolore, soprattutto in quelle condizioni in cui è spesso sottovalutato, come ad esempio durante il travaglio e nel parto.

La razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni ospedaliere e l'incremento delle attività in ricovero diurno consentirà di portare a termine, nelle Regioni in cui il processo non è ancora concluso, la riorganizzazione della rete ospedaliera adeguando la funzionalità e la dotazione di posti letto regionali agli standard previsti dall'intesa 23 marzo 2005.

Nel triennio occorre:

- adeguare la rete ospedaliera a quanto previsto dall'intesa 23 marzo 2005, nei tempi previsti dall'intesa stessa;
- recepire ed attuare nelle aziende e nei presidi ospedalieri i contenuti dell'accordo Stato-Regioni 24 maggio 2001 "Linee guida inerenti il Progetto Ospedale senza dolore";
- promuovere la realizzazione di reti regionali ospedaliere ed ambulatoriali per particolari patologie o per le specialità non ancora integrate in modelli gestionali;
- sviluppare i rapporti tra i presidi delle reti esistenti per produrre, diffondere e consolidare protocolli diagnostico-terapeutici, in particolare per le malattie rare;
- attivare accordi e procedure che consentano l'attività di team o professionisti impegnati nei centri di altissima complessità assistenziale presso altre strutture del SSN a minor complessità assistenziale.

4. Il governo clinico e la qualità nel SSN

L'obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità è che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili e che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento, con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente. Il SSN, riconoscendo questo obiettivo come proprio, ha promosso l'utilizzo nel nostro Paese degli strumenti del Governo clinico per ottenere il miglioramento della qualità delle cure e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario nel triennio:

- prevedere nelle strutture ospedaliere unità/funzioni di gestione del rischio multidisciplinari;
- implementare nelle strutture ospedaliere l'utilizzo di linee guida nella pratica clinica, percorsi assistenziali, raccomandazioni, adottando strumenti per la verifica del grado di adesione ad essi raggiunto;
- adottare strumenti per la valutazione degli esiti;
- adottare strumenti per la valutazione della qualità dell'informazione, del grado di empowerment raggiunto dal paziente e del suo gradimento.

5. L'integrazione tra i diversi livelli di assistenza

La degenza ospedaliera si sta riducendo costantemente negli anni grazie allo sviluppo delle tecnologie e all'incremento dell'efficacia dei farmaci. A volte, però, la dimissione, appropriata dal punto di vista clinico, viene ritardata per carenze organizzative che rendono difficile la presa in carico territoriale e la continuità delle cure. Questo accade soprattutto per quei pazienti che richiedono un elevato impegno assistenziale al livello territoriale (anziani fragili, pazienti oncologici in fase avanzata o più in genere pazienti portatori di gravi patologie croniche o che necessitano di interventi riabilitativi).

Anche lo sviluppo del day hospital e della day surgery sono fortemente condizionati dalla capacità del territorio di farsi carico delle necessità socio-assistenziali di pazienti sottoposti a procedure/interventi appropriati per il ricovero di giorno che, per particolari esigenze sanitarie, necessitano successivamente di interventi propri del livello territoriale (ad es. terapia del dolore, controllo di sintomi associati a procedure, nausea, vomito etc.). In questo settore, il raccordo territorio-ospedale incrementa l'appropriatezza del regime di ricovero.

L'integrazione ospedale territorio è fondamentale anche in altri contesti socio-assistenziali, come ad esempio per l'attuazione di un percorso nascita che consenta la dimissione precoce e protetta della madre e del bambino, favorendo la demedicalizzazione e l'allattamento al seno.

Per consentire l'implementazione dei processi di integrazione è necessario:

- definire ed implementare protocolli per programmare e concordare, quando necessario, la dimissione ospedaliera con le strutture territoriali;
- formulare percorsi diagnostico terapeutici condivisi tra territorio ed ospedale, in cui siano individuati i compiti e le responsabilità;
- garantire la tempestiva presa in carico del paziente da parte della rete territoriale, la valutazione multidimensionale del paziente, l'elaborazione del piano personalizzato di assistenza;
- promuovere per particolari tipologie di pazienti l'adozione di una cartella clinica unica;
- attivare funzioni di teleconsulto e di telemedicina;
- attivare programmi di valutazione in termini di esiti, di efficienza e di gradimento.

5. L'integrazione nel territorio

La copertura di bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche e, in qualche caso soprattutto, determinanti sociali, non può essere garantita dall'integrazione tra i vari livelli sanitari (prevenzione, cure primarie percorsi diagnostico-terapeutici territoriali ed ospedalieri), dal momento che in questa area assistenziale, spesso la mancata presa in carico congiunta dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario.

I punti chiave dell'integrazione, già realizzati compiutamente in varie aree del Paese sono:

- l' approccio multidisciplinare, volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie rese sia dalle professionalità oggi presenti, sia da quelle nuove da creare nei prossimi anni,
- la presa in carico del paziente da parte dei servizi e delle istituzioni allo scopo di coordinare tutti gli interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano il completo inserimento nel tessuto sociale, quando possibile, o che limitano la qualità della vita.

Per garantire l'integrazione socio-sanitaria occorre nel triennio:

- individuare a livello regionale modalità e regole per la cooperazione interistituzionale a livello locale
- realizzare concretamente una programmazione partecipata ed integrata, sulla base della condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto;

- implementare l'integrazione funzionale tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall'attuale normativa (Piani attuativi locali, accordi di programma tra i Comuni e le ASL, Piani delle attività territoriali, etc), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse;
- garantire la valutazione multidimensionale dei pazienti fragili e l'attuazione del piano personalizzato di assistenza tramite il concorso di professionalità sanitarie e sociali per affrontare i bisogni complessi;
- promuovere la partecipazione alla rete socio-sanitaria dei gruppi formali ed informali presenti sul territorio e del privato, valorizzando il ruolo della famiglia, lì dove presente.

6. La Prevenzione

Negli anni si è maturata la consapevolezza dell'efficacia degli interventi di prevenzione, come contenimento dei fattori di rischio, diagnosi precoce e prevenzione delle complicanze, nella lotta alle patologie e alla cronicità, e delle loro valenze etiche nel contrasto alle diseguaglianze, in quanto raggiungono con azioni efficaci anche a quella parte della popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi.

Il PSN 2006-2008 preso atto della importanza degli strumenti di prevenzione conferma il Piano di Prevenzione attiva 2005-2007 ed estende la sua validità al 2008.

Pertanto tra le linee attuative del Piano stesso si individuano quelle che vengono definite nel Piano di prevenzione attiva che si intendono da estendere e potenziare nel triennio.

APPENDICE B

ACCORDI SANCITI DALLA CONFERENZA STATO-REGIONI RILEVANTI AI FINI DELL'APPLICAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

ANNO 2001

Oggetto
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO DI LINEE – GUIDA CONCERNENTI "MALATTIA DI CREUTZFELD – JACOB IN ITALIA: NORME PER L'ASSISTENZA DEI PAZIENTI E PER IL CONTROLLO DELL'INFEZIONE IN AMBIENTE OSPEDALIERO".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO DI "LINEE - GUIDA SULLE MODALITÀ PER L'IDENTIFICAZIONE DEL NEONATO".

ANNO 2002

Oggetto
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SULLE MODALITÀ DI EROGAZIONE DEI FONDI RELATIVI AL "PROGRAMMA NAZIONALE PER LA REALIZZAZIONE DI STRUTTURE PER LE CURE PALLIATIVE", DI CUI ALL'ARTICOLO 1 DEL DECRETO LEGGE 28 DICEMBRE 1998, N. 450, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE 26 FEBBRAIO 1999, N. 39.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE , LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO DI LINEE-GUIDA PER IL TRAPIANTO RENALE DA DONATORE VIVENTE E DA CADAVERE.
ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO, SULLE MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUI REQUISITI DELLE STRUTTURE IDONEE AD EFFETTUARE TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI E SUGLI STANDARD MINIMI DI ATTIVITÀ DI CUI ALL'ARTICOLO 16, COMMA 1, DELLA LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91 RECANTE "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PRELIEVI E DI TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO PER L'INDIVIDUAZIONE DEL BACINO DI UTENZA MINIMO, RIFERITO ALLA POPOLAZIONE, CHE COMPORTA L'ISTITUZIONE DEI CENTRI INTERREGIONALI PER I TRAPIANTI, AI SENSI DELL'ARTICOLO 10, COMMA 2, DELLA LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91, RECANTE: "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PRELIEVI E DI TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI".
ACCORDO TRA IL MINISTERO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROV INCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO CONCERNENTE "LINEE GUIDA PER LE ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO PER IL REPERIMENTO DI ORGANI E DI TESSUTI IN AMBITO NAZIONALE AI FINI DEL TRAPIANTO"
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO CONCERNENTE "LINEE GUIDA PER IL PRELIEVO, LA CONSERVAZIONE E L'UTILIZZO DI TESSUTO MUSCOLO-SCHELETRICO"
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME CONCERNENTE "LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DI UN SISTEMA INTEGRATO DI ASSISTENZA AI PAZIENTI TRAUMATIZZATI CON MIELOLESIONI E/O CEREBROLESI.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLE MODIFICHE AL CALENDARIO DELLA VACCINAZIONE ANTIPOLIOMELITICA.
SCHEMA DI ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE E LE REGIONI E PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO IN MATERIA DI CAMPAGNE INFORMATIVE DI SENSIBILIZZAZIONE PER LA IODIOPROFILASSI
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUI CRITERI DI INDIVIDUAZIONE E DI AGGIORNAMENTO DEI CENTRI INTERREGIONALI DI RIFERIMENTO DELLE MALATTIE RARE.
ACCORDO TRA IL GOVERRNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO DI INDICAZIONI PER L'ATTUAZIONE DEL PUNTO A) DELL'ACCORDO STATO-REGIONI DEL 14 FEBBRAIO 2002 (REPERTORIO ATTI N. 1386), SULLE MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO CONCERNENTE "LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE SANITARIA E PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO DI LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DI DAY SURGERY".
ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI, LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLA SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DEI PROGRAMMI DI INVESTIMENTO IN SANITÀ".

ANNO 2003

Oggetto
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO RELATIVO AGLI ASPETTI IGIENICO-SANITARI CONCERNENTI LA COSTRUZIONE, LA MANUTENZIONE E LA VIGILANZA DELLE PISCINE A USO NATATORIO.
ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI, E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, RELATIVO ALLA DEFINIZIONE DI ALCUNE MODALITÀ APPLICATIVE DEGLI ARTICOLI 3 COMMA 1, 4 COMMA 1 , 7 COMMA 2 DELL'ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO APPROVATO CON DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 1° DICEMBRE 2000, PER IL RIMBORSO DELLE SPESE DI SOGGIORNO PER CURE DEI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP IN CENTRI ALL'ESTERO DI ELEVATA SPECIALIZZAZIONE.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE:"LINEE-GUIDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO EXTRAOSPEDALIERO DEI DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI
ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTI RECANTE "INDICATORI PER LA VERIFICA DEI RISULTATI OTTENUTI DALLA RETE DI ASSISTENZA AI PAZIENTI TERMINALI E PER LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGATE
ACCORDO TRA I MINISTRI DELLA SALUTE, DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, PER L'ADOZIONE DEI PIANI NAZIONALI TRIENNALI DI SORVEGLIANZA SANITARIA ED AMBIENTALE SU EVENTUALI EFFETTI DERIVANTI DALL'UTILIZZAZIONE DEI PRODOTTI FITOSANITARI. ACCORDO -
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "LINEE GUIDA SU FORMAZIONE, AGGIORNAMENTO E ADDESTRAMENTO PERMANENTE DEL PERSONALE OPERANTE NEL SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA".
ACCORDO TRA MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "LINEE-GUIDA IN TEMA DI RACCOLTA, MANIPOLAZIONE E IMPIEGO CLINICO DELLE CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE (CSE)."
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "AGGIORNAMENTO DEL PREZZO UNITARIO DI CESSIONE DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI TRA SERVIZI SANITARI PUBBLICI".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO :" PIANO NAZIONALE PER L'ELIMINAZIONE DEL MORBILLO E DELLA ROSOLIA CONGENITA"
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO PER LA DEFINIZIONE DEI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI MINIMI RICHIESTI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI VETERINARIE DA PARTE DI STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO :"LINEE GUIDA PER L'ACCERTAMENTO DELLA SICUREZZA DEL DONATORE DI ORGANI".

ANNO 2004

Oggetto
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLE "LINEE GUIDA PER L'IDONEITÀ ED IL FUNZIONAMENTO DEI CENTRI INDIVIDUATI DALLE REGIONI COME STRUTTURE IDONEE AD EFFETTUARE TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, SULLE TIPOLOGIE DI TRAPIANTO PER LE QUALI È POSSIBILE DEFINIRE STANDARD DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "LINEE GUIDA PER LE UNITÀ SPINALI UNIPOLARI".
INTESA SULL'ACCORDO TRA LA FEDERTERME E LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI TERMALI PER IL BIENNIO 2003-2004.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO CONCERNENTE "ATTIVITÀ DEI CENTRI PER EDUCAZIONE E RIABILITAZIONE VISIVA E CRITERI DI RIPARTIZIONE DELLE RISORSE DI CUI ALLA LEGGE 28 AGOSTO 1997, N. 284" PUNTO 18 DELL'O.D.G. - REPERTORIO ATTI N. 2014
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO RECANTE :"REQUISITI MINIMI E CRITERI PER IL RICONOSCIMENTO DEI LABORATORI DI

ANALISI NON ANNESSI ALLE INDUSTRIE ALIMENTARI AI FINI DELL'AUTOCONTROLLO".
ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUI CRITERI E LE MODALITÀ PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI CHE NON SODDISFANO IL PRINCIPIO DI APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA E DI ECONOMICITÀ NELLA UTILIZZAZIONE DELLE RISORSE, IN ATTUAZIONE DEL PUNTO 4.3 DELL'ACCORDO 22 NOVEMBRE 2001 TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME, AI FINI DELLA VERIFICA AI SENSI DELL'ARTICOLO 52, COMMA 4, LETT. B), DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2002, N. 289.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, IL MINISTRO DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO, IL MINISTRO DELLE POLITICHE AGRICOLE E FORESTALI, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE "LINEE GUIDA PER L'APPLICAZIONE DEL REGOLAMENTO N. 1774/92 DEL PARLAMENTO E DEL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA DEL 3 OTTOBRE 2002 RELATIVO ALLE NORME SANITARIE APPLICABILI AI SOTTOPRODOTTI DI ORIGINE ANIMALE NON DESTINATI AL CONSUMO UMANO".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE:"LINEE-GUIDA PER LE ATTIVITÀ DI GENETICA MEDICA".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLA DEFINIZIONE DI REQUISITI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA ED ESERCIZIO DEGLI STABILIMENTI TERMALI E SPECIFICAZIONE DELLE CARATTERISTICHE DELLE PRESTAZIONI IDROTERMALI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SU: "LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E L'ASSEGNAZIONE DEGLI ORGANI NEL TRAPIANTO DI FEGATO DA DONATORE CADAVERE".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SU: "LINEE-GUIDA SULLE MODALITÀ DI DISCIPLINA DELLE ATTIVITÀ DI REPERIMENTO, TRATTAMENTO, CONSERVAZIONE E DISTRIBUZIONE DI CELLULE E TESSUTI UMANI A SCOPO DI TRAPIANTO", IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 15, COMMA 1, DELLA LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91.
RETTIFICA AL TESTO DELL' ACCORDO SANCITO IN CONFERENZA IL 20 MAGGIO 2004 TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE P.A. SUL DOCUMENTO: "LINEE GUIDA PER LA SPERIMENTAZIONE CLINICA DEI FARMACI IN ETÀ PEDIATRICA", ATTO REP. N. 2013.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME PER LA GESTIONE DELLA FASE TRANSITORIA DI ADOZIONE DELLA VERSIONE ITALIANA 2002 DELLA INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES 9TH REVISION – CLINICAL MODIFICATION (ICD9CM), AI FINI DELLA COMPILAZIONE DELLA SDO.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SULLA PROPOSTA DI RIPARTIZIONE DEL FONDI DESTINATI PER L'ANNO 2004 ALLE ATTIVITÀ DEI CENTRI DI RIFERIMENTO INTERREGIONALI PER I TRAPIANTI, IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 2 TER, COMMA 3, DELLA LEGGE 26 MAGGIO 2004, N. 138.

ANNO 2005

Oggetto
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO AVENTE AD OGGETTO "LINEE GUIDA RECANTE INDICAZIONI AI LABORATORI CON ATTIVITÀ DI DIAGNOSI MICROBIOLOGICA E CONTROLLO AMBIENTALE DELLA LEGIONELLOSI".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO AVENTE AD OGGETTO "LINEE GUIDA RECANTE INDICAZIONI SULLA LEGIONELLOSI PER I GESTORI DI STRUTTURE TURISTICO-RECETTIVE E TERMALI.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, REGIONI E PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO CONCERNENTE CRITERI PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI AUTOCONTROLLO, PER L'IDENTIFICAZIONE E LA GESTIONE DEI PERICOLI NEL SETTORE CARNI
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, CONCERNENTE "LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE AI PAZIENTI CON ICTUS CEREBRALE".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE E I PRESIDENTI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME RECANTE "LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI SOCCORSO SANITARIO IN ELICOTTERO".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE E I PRESIDENTI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, CONCERNENTE IL NUOVO PIANO NAZIONALE VACCINI.

Regione Abruzzo

APPENDICE C

Linee guida per la redazione del

PIANO SANITARIO REGIONALE 2007-2009

UN SISTEMA DI GARANZIE PER LA SALUTE

PIANO DI RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA

Regione Abruzzo

Linee guida per la redazione del

PIANO SANITARIO REGIONALE 2007-2009

UN SISTEMA DI GARANZIE PER LA SALUTE

1. Introduzione

Le presenti linee guida delineano la piattaforma programmatica per la redazione del Piano Sanitario Regionale (PSR), di cui la regione Abruzzo dovrà dotarsi per il governo e la gestione del sistema sanitario nel triennio 2007-2009.

La redazione del PSR avverrà attraverso un **ampio processo partecipativo** che impegnerà le varie componenti del sistema sanitario, le istituzioni locali e le espressioni organizzate della comunità, ritenendo che solo da tale processo partecipativo potrà nascere uno strumento interiorizzato nel contesto regionale e che potrà avviare i necessari cambiamenti già nel periodo della sua redazione.

Il PSR sarà un **piano ordinatorio** del sistema che individua:

- gli **obiettivi** da perseguire;
- le **modalità** da utilizzare per raggiungere tali obiettivi;
- le **caratteristiche** che dovranno permeare le azioni di innovazione del sistema
- i **metodi** e gli **strumenti** di **regolamentazione** dei soggetti erogatori;
- i **macro standard dotazionali ed organizzativi** entro cui le ASL dovranno sviluppare la propria progettualità operativa;
- le **metodologie** e gli **strumenti** di **valutazione degli esiti, della produzione e della qualità dell'offerta**
- la **sperimentazione di settore** come strumento di programmazione, prima della generalizzazione di modelli all'intero ambito regionale;
- le **risorse** da impiegare per la **garanzia** dei **Livelli essenziali di assistenza (LEA).**

Tale impianto potrà permettere:

- una **valorizzazione delle progettualità aziendali e locali** all'interno di strategie e regole certe;
- una **non cristallizzazione di modelli organizzativi ed operativi** che devono invece rimanere flessibili e prontamente adattabili alla continua evoluzione della domanda, dell'innovazione tecnologica e della operatività dei professionisti;
- una **programmazione continua** che si rende possibile a partire dalle **sperimentazioni locali** che potranno mettere a disposizione del sistema le pratiche che avranno garantito i migliori risultati evidenziati da un sistema di valutazione affidabile ed uniforme sul territorio regionale.

Il PSR sarà articolato sui seguenti punti:

a) Principi e scenari
b) Logiche di sistema
c) Organizzazione del sistema assistenziale
- **Macrolivello territoriale**
- **Macrolivello della prevenzione collettiva**
- **Macrolivello ospedaliero**

Le parti del Piano Sanitario che attengono i temi dell'integrazione socio-sanitaria verranno redatti congiuntamente con l'Assessorato ai Servizi Sociali sulla base del Piano Sociale recentemente approvato dal Consiglio Regionale, sviluppando in modo compiuto le tematiche che in detto piano sono state delineate in termini generali.

2. Principi e scenari

I **principi e i valori fondanti del SSR** finalizzato a corrispondere all'art.32 della Costituzione:

- la ***salute*** come ***diritto da promuovere e tutelare*** e **non bene da negoziare**.
- ***l'equità e l'universalismo*** intesi come pari opportunità di accesso e fruizione dei servizi sanitari da parte di tutti i cittadini presenti a qualunque titolo sul territorio regionale, tenendo conto delle specificità territoriali delle aree svantaggiate e montane

•la ***solidarietà*** come valore espresso dalla storia del nostro paese

vengono riaffermati come assi di riferimento fondamentali dell'azione delle politiche regionali.

Il PSR 2007-2009 dovrà delineare **lo stato dell'arte del SSR** in quanto:

•pianificare e programmare non sono processi avulsi dalle caratteristiche del contesto. Delineare indirizzi, strategie e programmi che caratterizzeranno il PSR implica la maggiore aderenza possibile alle specificità (limiti e potenzialità) del contesto regionale e dei vari contesti aziendali;

•conoscenza del contesto implica comprensione dei fabbisogni della comunità e delle aspettative delle varie componenti del sistema assistenziale, in altre parole è il presupposto di aderenza della programmazione alle esigenze-potenzialità del contesto locale e di fattibilità degli interventi;

•avere i dati alla "partenza" del PSR costituisce il presupposto per la **verifica dei risultati** e, quindi, la base per il concretizzarsi delle logiche di **trasparenza** e di *accountability* (**verificabilità** intesa come "rendere conto" dei risultati e delle risorse impegnate), che dovranno caratterizzare il Piano Sanitario Regionale (di seguito PSR) e caratterizzare le scelte e le azioni che la Regione ed il sistema sanitario assumeranno nel prossimo futuro.

Quanto sopra va visto anche alla luce del quadro di sviluppo del sistema nazionale e delle nuove sfide che le regioni si troveranno ad affrontare nell'immediato futuro.

Con le informazioni attualmente a disposizione le criticità del sistema sanitario possono sin da ora essere sintetizzate nei seguenti punti:

•criticità di conoscenza del sistema in termini di bisogni, domanda, offerta, quantità e qualità delle prestazioni, costi di produzione

•criticità di regolazione/regolamentazione del sistema

•criticità nello sviluppo di logiche, organizzative ed operative, integrate e di sistema

•criticità nella possibilità di sviluppo delle attività territoriali a causa del forte assorbimento di risorse del macrolivello ospedaliero

•criticità finanziaria del sistema Abruzzo in generale per il permanere di una situazione di carenza di un efficace sistema di controllo dei costi dei fattori produttivi

Il quadro presenta carattere di emergenza che necessita di provvedimenti urgenti e incisivi, ma una politica sanitaria efficace deve comunque assumere una "*vision*" lungimirante, evitando il prevalere di mere logiche "ragionieristiche" tendenti al razionamento, e deve saper individuare le aree di disfunzione e di non-appropriatezza, sulle quali è possibile recuperare risorse da riconvertire sulle aree a maggiore impatto strategico per la salute comunitaria e per il miglioramento del sistema assistenziale. In altre parole, una politica regionale oculata deve indirizzarsi verso **logiche di razionalizzazione, non di razionamento** e deve, oggi più che mai, basarsi su scelte ponderate che originino dai dati e dagli elementi di conoscenza da sviluppare in tempi rapidi[1].

Una politica equilibrata deve, inoltre, saper innovare il sistema sanitario e favorire la specializzazione delle parti più avanzate, ma allo stesso tempo ciò non deve avvenire a discapito delle componenti "meno visibili" del sistema, cioè delle categorie di pazienti "senza voce né volto" perchè a scarso "impatto mediatico", costretti a confrontarsi in modo solitario con i loro bisogni assistenziali, arrangiandosi in uno scenario di *welfare* futuro che tende a ridurre progressivamente, quando a non dismettere completamente, servizi, attività e

[1] Appare utile riportare le considerazioni del Procuratore Generale Vincenzo Apicella - Relazione Rendiconto Generale 2004 della Corte dei Conti, 24 giugno 2005 . " … La spesa sanitaria segna di anno in anno sempre maggiori livelli. Per l'anno in corso, senza un notevole recupero di efficienza, si prevede un deficit di almeno 2 miliardi e mezzo di euro, dovuto anche all'assistenza gratuita, pur se umanamente giustificata, agli immigrati. In definitiva, nonostante gli sforzi fatti, **la Sanità delle cosiddette tre "T" (tetti di spesa, tagli e ticket) non ha dato i risultati sperati**. A maggior ragione appare improponibile ritenere che il sistema possa essere governato solo da criteri aziendalistici e dall'esigenza di far quadrare i conti, perché all'apice della sua attività deve restare la centralità della persona malata. **Il problema** che si ripropone, dunque, ancora una volta **non è tanto quello di ridurre la spesa, ma di riqualificarla,** operando un più proficuo utilizzo di risorse oggi spesso male impiegate. Mi riferisco ad una migliore utilizzazione dei macchinari di diagnosi e cura, ad un maggiore controllo dei tempi di degenza, ad un uso più razionale del ricorso a medicinali, all'eliminazione di sprechi, in definitiva ad una più puntuale organizzazione dei mezzi materiali e di quelli professionali. …"

professionalità la cui funzione sociale è stata, è e continua ad essere fondamentale per le comunità.

Gli effetti devastanti di una politica di "tagli" indiscriminati tenderebbero a rendersi progressivamente evidenti su tutta la comunità ed in particolare sulle fasce socialmente più deboli. Bisogna, pertanto, dotarsi di una serie di tecnologie in grado di generare risultati significativi in termini di appropriatezza e di capacità di discernere tra costi utili e costi superflui, di indirizzare verso strategie fattibili che mettano al centro sì l'economicità, ma intesa come garanzia di soddisfacimento dei bisogni di salute della comunità e dei pazienti in una logica di uso oculato e documentabile delle risorse.

Non a caso la Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ed il correlato Programma di Prevenzione, adottato dalla Regione Abruzzo insieme all'accordo integrativo con la Medicina generale , ribadito dal recente Patto per la Salute hanno individuato alcune linee di priorità nazionali e regionali, quali il diabete mellito, le patologie cardiovascolari, le patologie neoplastiche, le broncopneumopatie cronico ostruttive, gli infortuni sul lavoro. Tali scelte sono supportate dall'evolversi del quadro epidemiologico degli ultimi anni che ha spinto l'OMS Europa a parlare di "nuova epidemia" riferendosi al crescente aumento delle patologie cronico-degenerative e delle patologie correlate a problematiche di tipo sociale che hanno grandi refluenze sulla salute della popolazione e degli individui. Non bisogna, tra l'altro, dimenticare che l'Italia registra un profondo aumento della popolazione anziana, con il 14,6% degli uomini ed il 19,8% delle donne oltre la soglia dei 65 anni, così come un aumento consistente delle patologie a particolare rilevanza sociale, quali le demenze e la malattia di Alzheimer, che impone una rivisitazione ed un potenziamento della rete assistenziale per la non autosufficienza.

In via orientativa vengono individuati come target prioritari le seguenti aree:

- **fasce di popolazioni "fragili"** (giovani-adolescenti, donne in gravidanza, vecchie e nuove emarginazioni sociali, ecc..);
- **popolazioni di pazienti con pluripatologie** (gli anziani non autosufficienti, le disabilità psico-sensoriali, le disabilità fisiche, ecc..);
- **specifiche patologie** (diabete mellito, patologie cardiovascolari, patologie neoplastiche, demenze/malattia di Alzheimer, malattie rare, ecc.).

3. Logiche di sistema

Alla luce degli elementi enunciati, dovranno essere declinate le "logiche" e "le parole-chiave" che caratterizzeranno la politica sanitaria regionale nel prossimo futuro.

La **logica di fondo** è quella che viene tradotta, a forma di slogan, nel sottotitolo del PSR: **Un sistema di garanzie per la salute**.

Un sistema di garanzie **significa rendere conto dei risultati e delle risorse utilizzate a tutti i portatori d'interesse** del sistema assistenziale: ai cittadini e ai pazienti; alla comunità e le sue espressioni organizzate; agli operatori sanitari; ai privati erogatori di servizi sanitari, ai fornitori di beni, al mondo della comunicazione e informazione

Logiche, assunti e premesse, all'interno del PSR della Regione Abruzzo, si concretizzeranno in alcune "**parole-chiave**", sulla base delle quali il PSR delineerà gli indirizzi programmatici dai quali scaturiranno le prassi assistenziali ed i potenziali risultati:

1. ***eticità***
2. ***sistema***
3. ***processi***
4. ***integrazione e logiche di rete***
5. ***continuità assistenziale***
6. ***qualità/appropriatezza/ sicurezza***
7. ***fiducia e umanizzazione***
8. ***cultura del dato e del risultato***

9. ***formazione, ricerca e sviluppo***
10. ***corresponsabilità per la salute***
11. ***sostenibilità***
12. ***legalità***

Tali parole chiavi costituiscono capisaldi ormai irrinunciabili per qualsiasi sistema organizzativo che si occupi di salute e verranno declinate per la loro ottimale comprensione e condivisione.

Un altro concetto irrinunciabile per un Piano innovativo è "***governance***"(Gverno clinico), la cui caratteristica fondamentale è rappresentata dal lavoro di rete, dalla condivisione di scelte e di prassi tra tutti gli attori che generano assistenza.

Il progressivo affermarsi delle logiche di *governance* nel sistema socio-sanitario può aiutare a superare le tendenze all'autorefenzialità che hanno sempre contraddistinto il sistema socio-sanitario e che sono state alla base della storica contrapposizione tra le diverse professionalità, tra i differenti livelli assistenziali, tra sociale e sanitario, tra tecnico e gestionale, tra clinica e assistenza, tra ospedale e territorio.

Il lavoro di costruzione del Piano, realizzato con il supporto delle componenti tecniche del livello centrale, tra le quali l' Agenzia Snitaria Regionale (di seguito ASR) , porterà a delineare gli indirizzi strategici sostenibili nel contesto ed a definire le modalità di monitoraggio dei risultati del sistema al fine di aggiornare la pianificazione delle politiche regionali.

Ma sono le componenti tecniche e le componenti gestionali delle aziende sanitarie gli attori preposti a tradurre gli indirizzi e le parole-chiave in programmi ed in prassi compatibili con gli aspetti tecnico-professionali, con le tecnologie disponibili e con le caratteristiche dei contesti di lavoro.

Proprio in ragione di ciò, è con queste componenti, oltre che con i rappresentanti, istituzionali e non, della comunità che si condivideranno logiche, orientamenti e prospettive d'azione attraverso tavoli di concertazione e di programmazione operativa sulle aree prioritarie del PSR.

Sulla base delle parole-chiave vengono quindi individuati **metodi e strumenti** che dovranno essere approntati per tradurle nel concreto a livello regionale e/o aziendale. Tra questi dovranno essere sviluppati quelli relativi a :

- ***la medicina basata sulle evidenze***
- ***la valutazione delle tecnologie***
- ***i percorsi assistenziali***
- ***l'accreditamento istituzionale***
- ***la gestione del rischio clinico***
- ***la carta dei servizi e la comunicazione istituzionale***

Per ciascun metodo/strumento verranno indicati:

- il/i modello/i di riferimento;
- il ruolo della regione e del sistema aziendale;
- il ruolo dei professionisti;
- il cronogramma di sviluppo, comprensivo dei prodotti intermedi e finali.

4. Organizzazione del sistema sanitario

Gli obiettivi strategici da perseguire con la riorganizzazione dei macrolivelli assistenziali sono:

- il **potenziamento dell'offerta dei servizi territoriali** da realizzarsi attraverso il **progressivo spostamento di risorse economico-finanziarie** dal macrolivello ospedaliero e con la **riorganizzazione dell'assetto distrettuale**;
- la **ridefinizione dell'offerta ospedaliera** orientata all'appropriata e tecnologicamente avanzata assistenza al paziente acuto e alla garanzia delle situazioni di emergenza-urgenza;

- il **potenziamento dei servizi e degli interventi di prevenzione** individuale e collettiva;
- la **valorizzazione** dell'intero sistema delle **cure primarie**, anche attraverso la promozione delle **forme evolute di associazionismo medico** (Unità Territoriali di Assistenza Primaria (di seguito UTAP), Casa della salute, ecc.);
- la **sostenibilità economica** del sistema a garanzia dei livelli essenziali di assistenza, attraverso una forte politica di responsabilizzazione dei generatori di spesa e una incisiva lotta agli sprechi.

Per il perseguimento di tali obiettivi è necessaria una **politica delle alleanze** attraverso:

- una puntuale **distinzione dei ruoli e delle funzioni specifiche e integrate** (di governo e di gestione) della **Regione**, delle **ASL** e degli **EE.LL.**;
- il **coinvolgimento di tutte le componenti professionali** del Sistema Sanitario Regionale (di seguito SSR), dipendenti e non **negli organismi di governo/consultazione** a livello regionale e aziendale;

che dovranno trovare nel PSR precisi metodi e strumenti di attuazione.

Nelle pagine seguenti, per ciascun macrolivello assistenziale, vengono presentati schemi riassuntivi che delineano:

- le principali **criticità** rilevate
- gli **obiettivi** da perseguire
- le principali **azioni** correttive

Il PSR, oltre che sviluppare tali indirizzi programmatici, dovrà:

- **quantificare gli obiettivi** da raggiungere
- definire i **cronogrammi** di attuazione
- attivare i **sistemi di monitoraggio** di struttura, processo ed esito
- indicare le **risorse** da impegnare

4.1. Macrolivello territoriale

L'azione riorganizzativa muove dall'esigenza di recuperare e valorizzare il ruolo centrale del macrolivello territoriale in una logica di integrazione e di sistema. L'esigenza di superare una visione che individua nel macrolivello ospedaliero la sede pressoché esclusiva della risposta alla malattia, riconducendo in modo appropriato a questo livello la gestione delle acuzie, comporta una irrinunciabile implementazione del sistema delle cure territoriali verso la **reale presa in carico dei bisogni di salute** dei cittadini. Ciò si realizza assegnando al Distretto la funzione di luogo fisico ed organizzativo in cui si sviluppano: i **percorsi di cura ed assistenza** propri nell'ottica della **continuità assistenziale**; l'uso integrato delle risorse; l'**integrazione socio-sanitaria**.

Il Distretto deve sviluppare la funzione di accettazione, valutazione ed orientamento della domanda di salute dei cittadini , rappresentando inoltre la sede di **risposta appropriata e non differita alle condizioni di cronicità, non autosufficienza e fragilità**.

DISTRETTO (C)		
Criticità	**Obiettivi**	**Azioni**
• Numero elevato di distretti non conforme al rapporto indicato nel D.L.vo 229/99 di 1 distretto ogni 60.000 abitanti. • Non coincidenza con gli ambiti sociali.	Ridefinizione degli ambiti territoriali distrettuali (**C1**)	Riduzione del numero di distretti dagli attuali 73 previsti dal PSR (di cui 44 attivati) a 24. Contestuale ridefinizione degli ambiti sociali (attualmente 35) per raggiungere la perfetta coincidenza con i distretti.
• Disomogeneità dell'articolazione organizzativa e del funzionamento delle strutture. • Carenza di erogazione di alcuni servizi territoriali. • Scarsa integrazione col sistema delle cure primarie e con gli altri macrolivelli assistenziali.	Organizzazione del Distretto (**C2**)	Costituzione di un Dipartimento Aziendale di Assistenza Territoriale con ridefinizione del modello regionale di organizzazione del Distretto Individuazione del distretto come struttura complessa Sviluppo dell'integrazione con gli Ambiti Sociali Individuazione delle modalità di coordinamento con i Dipartimenti di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, Dipartimento di Prevenzione Potenziamento delle forme complesse di associazionismo medico (UTAP)
Scarsa integrazione del sistema delle cure primarie nella programmazione delle attività distrettuali	Coinvolgimento dei medici del sistema delle cure primarie nel "governo" (programmazione-monitoraggio-valutazione) delle attività territoriali (**C3**)	Attivazione delle UCAD (Unità di Coordinamento dell'Assistenza Distrettuale) in tutti distretti sanitari Possibile sperimentazione di Dipartimenti funzionali delle Cure Primarie

CURE DOMICILIARI (K)		
Criticità	**Obiettivi**	**Azioni**
• Disomogeneità delle varie forme di assistenza domiciliare tra i diversi distretti con difformità anche nell'ambito di una stessa ASL • Forte diversificazione dei modelli organizzativi ed operativi adottati tra le diverse aziende	Riorganizzazione del Sistema delle Cure Domiciliari (**K1**)	• Adozione di una classificazione delle diverse forme di erogazione delle cure domiciliari, con indicazione delle figure professionali coinvolte e delle modalità di erogazione • Monitoraggio dell' adozione delle Linee Guida Regionali in corso di emanazione
Tasso di assistenza domiciliare (nelle sue varie forme) della popolazione ultrasessantacinquenne ancora quantitativamente insufficiente a coprire i bisogni della popolazione.	Aumento progressivo dell'assistenza domiciliare, nelle varie forme previste dalle linee guida,a copertura del fabbisogno stimato (**K2**)	• Monitoraggio dell' adozione delle Linee Guida Regionali in corso di emanazione • Adeguamento del finanziamento regionale del LEA domiciliare • Potenziamento dell'assistenza domiciliare oncologica e ai malati terminali
Bassa quota di forme di assistenza domiciliare integrata con i servizi sociali.	Potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria ed elevamento della quota (**K3**)	• Sottoscrizione di accordi di programma con gli ambiti sociali • Compartecipazione da parte del SSR (almeno l'80%) ai costi sostenuti dagli EE.LL. per la spesa sociale. • Realizzazione del Punto unico di Accesso ai servizi territoriali
Carenza di continuità della presa in carico del paziente tra i diversi setting operativi dei servizi (domicilio->ospedale-> territorio->residenze->cure domiciliari)	Garantire la Continuità del percorso assistenziale (**K4**)	• Potenziamento delle funzioni delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) per la "presa in carico" dei bisogni del • Formalizzazione di percorsi assistenziali e delle dimissioni protette

SISTEMA DELLA RESIDENZIALITÀ PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (I)		
Criticità	**Obiettivi**	**Azioni**
Carenza dell'offerta residenziale per anziani non autosufficienti e disomogenea distribuzione territoriale	Riequilibrio territoriale e potenziamento dell'offerta di strutture per anziani non autosufficienti (**I1**)	• Piano del fabbisogno dell'offerta delle RSA e dei CR in base al numero degli anziani non autosufficienti gravi individuati tra il 2% e il 3% degli ultrasessantacinquenni (circa 8000 anziani - dati istat anno 2005). • Allocazione delle risorse nel piano di riparto
Non conoscenza della tipologia di assistiti nelle RSA e CR	Verifica dell'appropriatezza dell'utilizzo di regimi assistenziali residenziali (**I2**)	Messa a regime del sistema RUG III, attualmente in fase di sperimentazione
Assenza di verifica della qualità dell'assistenza e delle prestazioni erogate		
Assenza flussi informativi	Costruzione flusso informativo regionale (**I3**)	
Disomogeneità delle tariffe in base alle effettive prestazioni erogate	Congruità della remunerazione delle prestazioni rispetto ai costi di erogazione (**I4**)	Rimodulazione del sistema tariffario

HOSPICE/CURE PALLIATIVE (J)		
Criticità	**Obiettivi**	**Azioni**
Assenza della rete degli hospice	Sviluppo tempestivo della rete	• Ridefinizione del piano regionale degli hospice • Completamento e attivazione degli hospice in fase di realizzazione • Avvio del piano regionale degli hospice • Promozione e sviluppo delle terapie del dolore

ASSISTENZA RIABILITATIVA EXTRA-OSPEDALIERA (E)		
Criticità	**Obiettivi**	**Azioni**
Assenza di Linee Guida Regionali in materia (esiste solo il recepimento delle Linee guide Nazionali)	DGR di approvazione di Linee Guida Regionali (**E1**)	Redazione delle Linee guida Regionali
Elevato numero di prestazioni residenziali di riabilitazione	Appropriatezza di uso del regime assistenziale residenziale riabilitativo (**E2**)	Definizione • delle modalità di accesso (UVM); • dei criteri di accesso • del monitoraggio del piano assistenza riabilitativa individuale • degli standard assistenziali
Disequilibrio nell'offerta riabilitativa territoriale *(continua)*	Ricondurre tutta la riabilitazione intensiva extra-ospedaliera (ex art.26) in ambito ospedaliero (**E3**)	Cfr. Piano di riordino della rete ospedaliera
	Riqualificazione dell'offerta riabilitativa estensiva territoriale (**E4**)	**A)** Riclassificazione delle attività di riabilitazione estensiva secondo il seguente schema **1.Riabilitazione estensiva extra-ospedaliera** Saranno riconducibili a questo livello di assistenza i pazienti classificabili in quattro aree di bisogno: - Area della cronicità di lunga durata o stabilizzata, con gravi disabilità che necessitano di interventi assistenziali complessi in associazione terapia riabilitativa a bassa intensità. - Area della cronicità riacutizzata e/o scompensata, per persone disabili che necessitano di cicli di terapia estensiva. - Area della post-acuzie con potenzialità di recupero funzionale, per prosecuzione di trattamenti intnsivi o non suscettibile di trattamento intensivo. - Area della cronicità di lunga durata o stabilizzata, inseriti in programmi di trattamento riabilitativo ambulatoriale, domiciliare o semiresidenziale, quando si verifichino necessità di ricovero, incapacità di assistenza da parte della famiglia o necessità di sollievo da parte del caregiver **2.RSA disabili**-Strutture destinate ad accogliere pazienti cronici, stabilizzati, non autosufficienti con livelli di disabilità medio-gravi e lievi **3.USAP-**Strutture riservate a soggetti in Stato Vegetativo o Stato Minimamente Cosciente prolungati **B)** Rimodulazione dei posti letto di Riabilitazione Estensiva. Nel PSR saranno indicati i criteri di accesso, la durata di permanenza, il personale, i flussi informativi , gli standard assistenziali (appropriatezza trattamenti, controllo da parte delle asl) e gli standard programmatori per ogni livello assistenziale. Orientativamente tali standard potrebbero essere di 0,5 posti letto per 1000 abitanti per la riabilitazione estensiva extra-ospedaliera, 0,2 posti letto per 1000 abitanti per le RSA disabili e 0,046 posti letto per 1000 abitanti per le SUAP

SALUTE MENTALE (F)		
Criticità	**Obiettivi**	**Azioni**
Elevato numero di ricoveri in regime ospedaliero (nel 2002 l'Abruzzo ha il primato del più alto tasso di dimissioni- dati ISTAT del 2006)	Trasferimento di tutta la riabilitazione psichiatrica ospedaliera in regime extraospedaliero Potenziamento dei CSM e dei trattamenti a regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale (**F1**)	• Miglioramento delle operazioni di "filtro" ai ricoveri da parte dei CSM. • Collegamento operativo tra equipe dei CSM e medici ospedalieri nella fase di dimissione per favorire la "presa in carico" del paziente. • Collegamento operativo tra Dipartimento di salute mentale e medico di medicina generale.
Elevato numero di posti letto di riabilitazione psichiatrica residenziale (7 su 10.000 abitanti)	Potenziamento del "sistema di cura "del paziente psichiatrico nel proprio contesto di vita (**F2**)	• Riqualificazione dei Centri Diurni . • Riclassificazione delle strutture residenziali psichatriche • Implementazione di linee guida per la definizione dei percorsi riabilitativi e l'appropriatezza dei trattamenti. • Realizzazione dell'assistenza domiciliare al paziente psichiatrico attraverso protocolli di intesa con il sociale. • Implementazione di "protocolli operativi "condivisi tra Medici di medicina generale e DSM
Presenza di una tipologia di risposta alla tutela della salute mentale solo di tipo "sanitario"	Integrazione socio-sanitaria: potenziamento delle risposte "sociali" ai problemi di salute mentale a tutti i livelli dell'intervento. (**F3**)	• "Lavoro di rete" finalizzato a rendere tra loro sinergici interventi a carattere socio-assistenziale, abitativo, culturale/associazionistico. • Potenziamento degli interventi di Prevenzione Primaria con azioni volte a contrastare il fenomeno del disagio psichico nell'infanzia e nell'adolescenza • Agevolazione dei percorsi di reinserimento degli utenti nel ciclo produttivo
Incompleta applicazione del Progetto Obiettivo" Tutela della Salute Mentale" Stigma sociale verso la malattia mentale	Avvio di nuove pratiche e percorsi di assistenza innovativi, più di tipo comunitario. Lotta allo "stigma" sociale. (**F4**)	• Promozione negli utenti e nelle famiglie, del diritto di cittadinanza, di una migliore qualità della vita, maggiori autonomia ed emancipazione. • Potenziamento delle campagne di informazione e sensibilizzazione sul disagio psichico

DIPENDENZE PATOLOGICHE (H)		
Criticita'	**Obiettivi**	**Azioni**
Cambiamento del quadro epidemiologico dell'abuso e delle dipendenze(Report Regione Abruzzo 2001-2004): • aumento di abuso di cocaina, psicostimolanti, alcool • aumento dell'utenza femminile, • allargamento della fascia d'età che chiede aiuto ai servizi • aumento dell'utenza genitoriale • maggiore incidenza del disturbo psichiatrico	Potenziamento della prevenzione primaria sul territorio e delle attività preventive dei servizi territoriali per le dipendenze Ridefinizione delle modalità operative e delle funzioni del Dipartimento delle dipendenze e delle strutture residenziali (**H1**)	Definizione delle aree di rischio; prevenzione primaria nei diversi contesti sociali attraverso informazione e sensibilizzazione ai problemi delle dipendenze in campo scolastico, lavorativo , famigliare, in gruppi sociali e/o associazioni operanti nel territorio Coordinamento con le attività consultoriali e raccordo operativo con i medici di medicina generale Istituzione del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche Definizione dei protocolli operativi sulle nuove dipendenze Protocolli diagnostici condivisi con altri servizi territoriali (es. salute mentale, medici di medicina generale). Inclusione del Servizio di Alcologia nel Dipartimento delle dipendenze
Carenza del personale dedito alla cura delle dipendenze patologiche	Potenziamento quantitativo e qualitativo del personale (**H2**)	Aumento delle figure professionali, ove necessario, Sviluppo di "modalità" lavorative che valorizzino al massimo le diverse professionalità (es. incontri periodici delle equipe di operatori, confronto e scambio con la "rete" allargata del territorio) Potenziamento supporto psicologico per evitare il burn-out degli operatori Supervisione" professionale. Valorizzazione delle risorse del privato-sociale.
Scarsa proattività dei Ser.T e "attesa" dell'utenza al servizio	Potenziamento delle relazioni e collaborazioni dei SerT con gli altri servizi aziendali (ASL) e col Dipartimento Aziendale di Assistenza Territoriale (**H3**)	Potenziamento dell'attività informativa, comunicativa e propositiva dei Ser.T in tutto il territorio; Promozione di incontri con reti "formali" ed "informali" del territorio

4.2. Macrolivello della prevenzione collettiva

L'indagine conoscitiva promossa dalla ASR Abruzzo sullo stato di funzionamento dei Dipartimenti di Prevenzione ha utilizzato, come riferimento principale le prestazioni previste dal livello di assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro. Ne è emersa un'immagine sfocata dei Dipartimenti di Prevenzione in termini di attività, prodotti, qualità delle prestazioni, costi essendo assolutamente carenti i sistemi informativi (se non per alcune aree: es. vaccinazioni e sanità animale) e di contabilità.

Le criticità più evidenti riguardano i seguenti ambiti:

- l'organizzazione dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione (disomogeneità dell'assetto organizzativo e nella erogazione delle prestazioni);
- il sistema informativo;
- la funzione di vigilanza e controllo;
- la funzione di sorveglianza nutrizionale;
- l'integrazione dei servizi.
- la funzione epidemiologica;
- la funzione di informazione e comunicazione

Il contesto normativo istituzionale nel cui ambito opera il Dipartimento di Prevenzione è rappresentato da:

1. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che individua gli obiettivi di salute;
2. Piano Nazionale della Prevenzione '05-07, che pone come obiettivi la sorveglianza degli stili di vita, la riduzione del rischio cardiovascolare e delle complicanze del diabete, diminuzione degli incidenti (stradali, domestici, sul lavoro), implementazione dei programmi di screening oncologici, miglioramento e implementazione dell'offerta vaccinale;
3. Linee Guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di Prevenzione (5 luglio 2002).

In questo scenario vengono individuati gli obiettivi generali per il macrolivello della prevenzione da perseguire nel triennio del PSR:

- razionalizzare ed omogeneizzare i livelli di assistenza della prevenzione in tutte le ASL regionali;
- potenziare e riqualificare i settori critici della prevenzione;
- migliorare la qualità.

Naturalmente nell'ambito di un finanziamento del macrolivello che dovrebbe crescere progressivamente nel corso dei prossimi anni fino ad avvicinarsi a livello del 5% come allocato al livello del riparto del fondo sanitario nazionale.

PREVENZIONE COLLETTIVA (A + B)		
Criticità	**Obiettivi**	**Azioni**
Disomogeneità nell'assetto organizzativo e nella erogazione delle prestazioni)	Razionalizzare ed omogeneizzare i livelli di assistenza della prevenzione in tutte le ASL regionali (**A**)	Riprogettazione delle funzioni complessive del macrolivello prevenzione a livello regionale (unico riferimento tecnico-organizzativo) e a livello locale (screening oncologici, UU.OO. consultoriali, …)
Inadeguatezza delle riserse a disposizione	Incremento progressivo delle quote destinate al macrolivello (**B1**)	Adeguamento del finanziamento. Analisi delle prestazioni erogate e da erogare sulla base della EBPH (Evidence Base Public Health – Medicina Pubblica Basata sulle Evidenze) Ricognizione delle carenze di risorse (strutturali, umane e tecnologiche) in rapporto alle prestazioni EBPH
Carenza di un sistema informativo	Potenziare e riqualificare i settori critici della prevenzione (**B2**)	Riprogettare i flussi informativi, articolando e distinguendo tra le informazioni necessarie al governo della prevenzione e quelle necessarie all'esercizio della prevenzione
Inappropriatezza e carenza della funzione di vigilanza e controllo		L'organizzazione delle attività di vigilanza deve essere rivista per essere improntata alla previsione dell'impatto sulla salute degli interventi stessi
Insufficiente integrazione dei servizi		▪ Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione attiva con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati tra cui gli MMG e PLS ▪ Costruzione e realizzazione di *Piani per la salute*
Assenza della funzione di sorveglianza nutrizionale		Attivazione e potenziamento dei centri per la nutrizione e integrazione tra SIAN, MMG, PLS e strutture coinvolte
Assenza della funzione epidemiologica		Migliorare le competenze tecniche per la conoscenza dei problemi di salute e la valutazione dell'efficacia dei programmi di intervento in base alle evidenze scientifiche
Insufficiente funzione di comunicazione	Migliorare la qualità (**B3**)	Sviluppo della Comunicazione istituzionale

4.3. Macrolivello ospedaliero

Gli interventi di riassetto del macrolivello ospedaliero vengono esplicitati nel Piano di Riordino Posti Letto Ospedalieri.

Si riportano di seguito i macroobiettivi in esso esplicitati, rimandando al Piano il dettaglio dgli interventi da effettuare.

Dal suddetto Piano vengono riportati i macrobiettivi

L'obiettivo primario del piano di riordino ospedaliero, oltre che corrispondere alle esigenze sopra riportate, è quello di **rendere più efficace ed economico** il sistema dell'offerta garantendo nel contempo:

- un **aumento dei servizi offerti** al cittadino, anche con la creazione di **nuovi servizi di alta specialità**;
- una più **equa ed uniforme accessibilità e fruizione** degli stessi;
- una **maggiore tempestività della risposta** alla domanda

Nell'arco del triennio 2007-2009 si avvia la trasformazione del sistema ospedaliero regionale (pubblico e privato), che dovrà:

- portare a compimento l'assetto e le funzioni della spedalità pubblica e privata;
- riequilibrare in modo uniforme, particolarmente verso le aree dell'entroterra regionale, l'offerta ospedaliera
- portare a compimento la trasformazione dei piccoli ospedali in Ospedali del Territorio;
- portare a compimento il potenziamento della rete dell'emergenza-urgenza;
- portare a compimento la razionalizzazione del sistema della riabilitazione ospedaliera compreso lo sviluppo delle alte specialità riabilitative;
- avviare e rendere operativi almeno il 50% dei progetti "Reti Cliniche e percorsi assistenziali" e "Centri di riferimento regionali".
- fissare requisiti minimi (analoghi e valevoli per il pubblico e privato) generali, strutturali, tecnologici, organizzativi e di risorse umane per tipologia di regimi di assistenza e specialità.

4.4 Aree trasversali tra macrolivelli

Oltre agli obiettivi e azioni riferite a macrolivelli assistenziali il PSR dovrà dare indicazioni su aree che interessano trasversalmente tali livelli.

Per la rilevanza dei temi vengono fornite in questa sede indicazioni sulla spesa farmaceutica e sulle liste di attesa.

SPESA FARMACEUTICA (L)		
Criticità	**Obiettivi**	**Azioni**
Assenza di dati sul consumo farmaceutico ospedaliero, in ambito RSA e ADI, e conseguente impossibilità di verificarne l'uso razionale e appropriato, specialmente per quanto riguarda i farmaci antitumorali.	Creazione di un database dei consumi farmaceutici ospedalieri. Definire lineeguida per l'uso appropriato e razionale dei farmaci (**L1**)	Costituzione della Commissione Terapeutica Regionale e del regolamento di funzionamento. Formazione dei sottogruppi di lavoro per le classi di farmaci a più alto costo e più alto consumo. Redazione del prontuario ospedalierio e dei prontuari per RSA e ADI Progettazione e attivazione di un sistema di monitoraggio dei consumi farmaceutici a livello delle strutture di ricovero a qualsiasi titolo mediante reportistica omogenea
Livello elevato della spesa farmaceutica erogate a livello territoriale per le categorie terapeutiche ad alto costo e/o utilizzate in ADI, RSA.	Potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci e secondo la modalità "in nome e per conto". (**L2**)	Garantire la presenza e la piena operatività dei punti di distribuzione diretta di farmaci su tutto il territorio. Accordo con Farmacie Private urbane e rurali, Farmacie Comunali e Distribuzione intermedia per l'organizzazione del canale alternativo di distribuzione dei farmaci "in nome e per conto". Progettazione e attivazione di un sistema di monitoraggio mediante reportistica omogenea per tutti i punti di distribuzione, dettagliata per RSA/Distretto.
Livello elevato della spesa pro-capite per farmaci prescritti sul territorio. Disallineamento dei dati di prescrizione registrati dalle singole ASL. Eterogeneità degli strumenti di monitoraggio.	Monitoraggio della prescrizione di farmaci, sia territoriali che ospedalieri, mediante sistema di reportistica regionale omogenea, con cadenza trimestrale, ai prescrittori. (**L3**)	Istituzione di un centro regionale di raccolta ed organizzazione dei dati prescrizioni farmaceutiche e supporti informativi sull'uso corretto del farmaco. Progettazione e attivazione di un sistema di monitoraggio mediante reportistica uniforme per tutti i Medici di Base, UTAP, Distretti, ASL della Regione Abruzzo.
Eterogeità del processo di selezione dei farmaci acquistati dalle ASL; scarsa razionalizzazione delle risorse nella fase di acquisto; assenza di informazioni centralizzate e condivise del processo di prescrizione, preparazione e somministrazione del farmaco; assenza di sistemi di tracciabilità del farmaco ai fini del controllo.	Miglioramento del processo di selezione dei farmaci; recupero di economie nella fase di acquisto; ottimizzazione delle fasi di stoccaggio e distribuzione; progettazione e attivazione di sistemi di monitoraggio sui processi di espletamento delle gare farmaceutiche. (**L4**)	Coinvolgimento delle ASL Abruzzesi nel progetto denominato "Unione di acquisto farmaci" attraverso attivazione di gare in forme consortili o di area vasta.
Scarso utilizzo di LG, Percorsi Assistenziali e di informazioni "evidence-based" a supporto dei Medici di Base e Ospedalieri come strumento per la massimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva, specialmente per le patologie croniche prevalenti.	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per le patologie più gravi e prevalenti, fondate sulla logica EMB (**L1 + L3**)	Avvio e messa a regime del progetto regionale "Percorsi assistenziali" (territorio – ospedale – territorio) per le seguenti patologie: IMA, Stroke, Frattura femore, Scompenso cardiaco, BPCO, Diabete, Ipertensione arteriosa. I percorsi assistenziali si fondano su l'EBM e ricomprendono i protocolli diagnostico-terapeutici individuati dalle linee guida nazionali ed internazionali delle singole discipline.
Scarso livello di prescrizione dei farmaci generici.	Potenziamento dell'utilizzo dei farmaci generici in tutti gli ambiti prescrittivi e assistenziali. (**L5**)	Accordi specifici con la Medicina Generale Corsi di formazione per i prescrittori territoriali e ospedalieri Informazione al cittadino sulla certificata equivalenza in efficacia e sicurezza dei farmaci generici.

LISTE DI ATTESA (G)		
Criticità	**Obiettivi**	**Azioni**
Elevati tempi di attesa in particolare in riferimento alle aree: cardiovascolare, radio-diagnostica, radioterapia, assistenza riabilitativa extraospedaliera, anche a causa di un inefficiente utilizzo delle apparecchiature diagnostiche	Riduzione dei tempi di attesa	Aumento dell'offerta attraverso : assunzione/incentivi per il personale, acquisto di materiali e tecnologie, adeguamento delle strutture, concentrazione delle apparecchiature in punti di riferimento partecipazione del privato in termini di integrazione/collaborazione con il pubblico con standard assistenziali adeguati (controllo della dotazione del personale da parte delle Asl e dell'appropriatezza delle prestazioni) Verifica del personale del privato acceditato
Attuale impossibilità di collegamento in forma integrata a livello regionale dei CUP aziendali attualmente presenti	Attivazione del CUP Regionale	Dotazione regionale di sistemi di prenotazione in rete (CUP)
Non puntuale utilizzo di percorsi organizzativi alternativi: day hospital, day service, Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), day surgery, chirurgia ambulatoriale	Razionalizzazione dell'offerta e della domanda	Implementazione dei percorsi organizzativi alternativi in collaborazione con le attività distrettuali ed i MMG Formulazione dei PAC
Inappropriatezza della domanda da parte del cittadino		Potenziamento dell'informazione e comunicazione al cittadino Coinvolgimento delle associazioni degli utenti nella formulazione di proposte sul tema
Inappropriatezza prescrittiva		Diffusione delle direttive sulla prescrizione medica dei protocolli diagnostico-terapeutici, Implementazione di percorsi diagnostico terapeutici basati sull'EBM, Costruzione delle priorità in merito alle prestazioni di maggiore rilevanza regionale ed ai ricoveri per la patologia oncologica

Regione Abruzzo

Piano Riordino Posti Letto Ospedalieri

1 - Premessa

Il **riordino dei posti letto della rete ospedaliera** è il primo atto del riassetto complessivo del macrolivello ospedaliero, che verrà completato, come previsto nelle Linee Guida per il Piano Sanitario Regionale 2007-2009, congiuntamente al riassetto del macrolivello territoriale e della prevenzione collettiva.

L'anticipazione dell'atto di riordino è prevista dall'art 7 della LR 20/2006 *"per garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali ospedaliere e della domanda ospedaliera".* In tale atto il numero complessivo dei posti letto (appresso denominati PL) regionali è fissato in 5.850 (4,5 PL per 1000 abitanti), nel rispetto dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, riequilibrando l'offerta dei PL per acuti a 3,5 PL per 1.000 abitanti, e la lungodegenza e riabilitativa a 1 PL per 1000 abitanti. Il piano di riordino deve essere emanato entro 6 mesi dall'entrata in vigore della LR 20/2006.

Tale atto è imposto anche dal Piano di Risanamento 2007-2009[2], in corso di sottoscrizione con i Ministeri della Salute e dell'Economia. Questi Ministeri hanno individuato nell'alto tasso di ospedalizzazione[3] e nell'eccessivo numero di PL per acuti[4] (in aggiunta al forte incremento della spesa farmaceutica) le cause strutturali del disavanzo, accumulato negli ultimi anni, della spesa sanitaria regionale, e hanno pertanto richiesto, per la firma dell'intesa, un atto formale da parte della Regione Abruzzo.

In riferimento al numero dei PL per acuti, la Regione ritiene che la dotazione possa essere incrementata del 5% dei PL ai sensi dell'art.4 comma, 1.a, dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che prevede *"una variazione che, in ogni caso, non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni".*

L'obiettivo primario del piano di riordino ospedaliero, oltre che corrispondere alle esigenze sopra riportate, è quello di **rendere più efficace ed economico** il sistema dell'offerta, garantendo nel contempo:

- un **aumento dei servizi offerti** al cittadino, anche con la creazione di **nuovi servizi di alta specialità**;
- una più **equa ed uniforme accessibilità e fruizione** degli stessi;
- una **maggiore tempestività della risposta** alla domanda.

2 - Principi generali del riordino della rete ospedaliera

La rete ospedaliera regionale, allo stato attuale e per ragioni storiche, pur presentando diffusi valori professionali e diversi punti di eccellenza, e nonostante le cospicue risorse assorbite, non riesce ancora a raggiungere gli obiettivi attesi nel:

- modulare l'offerta, in forma organica e razionale, con la distribuzione territoriale dei bisogni;

---

[2] Programma operativo di riorganizzazione e riqualificazione del servizio sanitario regionale di cui all'art. 1 comma 180 Legge n. 311 del 30-12-2004 e s.m.i., finalizzato alla stipula dell'accordo di cui all'art. 8 dell'Intesa Stato Regioni del 23-03-2005 per gli anni 2004 e precedenti, nonché per l'anno 2005.

[3] Nell'anno 2005, il tasso di ospedalizzazione complessivo (ricoveri ordinari, day hospital e day surgery) delle strutture abruzzesi, per i soli residenti, è stato pari a 246‰ (ordinari 182‰, DH 43‰, DS 21‰), ovvero 318.532 ricoveri.

[4] La dotazione di PL nel **2005** è di **6480**, 5.139 pubblici (80%) e 1.341 privati; indice: 5,08‰ (pubblico: 4,04%) (4,54‰ acuti; 0,54‰ R/LD: i PL di LD sono 95 - 0,07‰, i PL di R sono 610 - 0,46‰). I PL di day-hospital/surgery sono 627 (9,7% dei PL). L'offerta privata rappresenta nel complesso il 20% dei posti letto complessivi.

- divenire un sistema integrato (presentandosi spesso come struttura isolata sia rispetto agli altri presidi della rete che alle funzioni extraospedaliere);
- perdere quelle connotazioni di tipo "asilo di ricovero", ormai non più giustificabili in una struttura sanitaria moderna.

Gli elementi che definiscono le caratteristiche del **moderno ospedale per acuti** sono:

1. la stratificazione per complessità della casistica trattata e la conseguente organizzazione della struttura secondo una logica di intensità assistenziale;
2. la concentrazione di tecnologie ad alta complessità ed alto costo e degli specialismi professionali per ottimizzare l'uso delle risorse;
3. l'ampliamento dei regimi di assistenza ospedaliera alternativi al ricovero ordinario;
4. il potenziamento/riorganizzazione dei servizi di emergenza-urgenza e l'attivazione dell'Osservazione Breve per permettere, nelle Unità Operative (di seguito denominate UU.OO.) di degenza per acuti, un adeguato rapporto tra ricoveri programmati e ricoveri urgenti;
5. il potenziamento delle UU.OO. di lungodegenza e riabilitazione per decongestionare i reparti per acuti, garantendo comunque il livello di assistenza ospedaliera ed evitando i rischi derivanti da dimissioni precoci;
6. il potenziamento dei servizi diagnostici per soddisfare in modo appropriato e con immediatezza i bisogni dell'utenza interna ospedaliera, ed anche per contrastare il fenomeno delle lunghe liste di attesa dei pazienti esterni;
7. la riduzione dei PL di degenza ordinaria per acuti conseguente allo sviluppo di quanto previsto nei punti 3-4-5 e 6, comunque con una dotazione per stabilimento ospedaliero superiore a 120 posti letto totali (acuti e post-acuti).
8. il modello organizzativo basato su dipartimenti integrati a forte livello di responsabilizzazione ed autonomia gestionale;
9. il modello operativo fondato sulla logica di reingegnerizzazione dei processi assistenziali, in stretta connessione con il macrolivello territoriale, per garantire la continuità di assistenza al paziente e l'uso appropriato delle risorse;
10. lo sviluppo delle funzioni di ricerca, di didattica e di formazione continua del personale.

Un cambiamento così sostanziale del modello di ospedale per acuti non può che avvenire in modo graduale e progressivo, dovendo compiersi nell'arco di un quinquennio, nel rispetto delle direttrici sovraindicate e della programmazione complessiva del redigendo piano sanitario regionale .

Nell'arco del triennio 2007-2009, con il presente atto, si avvia la trasformazione del sistema ospedaliero regionale (pubblico e privato), che dovrà:

- portare a compimento l'assetto e le funzioni della spedalità pubblica e privata;
- riequilibrare in modo uniforme, particolarmente verso le aree dell'entroterra regionale, la topografia dell'offerta ospedaliera;
- portare a compimento la trasformazione dei piccoli ospedali in **Ospedali del Territorio**;
- portare a compimento l'attivazione dell'intero sistema di lungodegenza ospedaliera;
- portare a compimento la riorganizzazione ed il potenziamento della rete dell'emergenza-urgenza;
- portare a compimento la razionalizzazione del sistema della riabilitazione ospedaliera, inlcuso lo sviluppo delle alte specialità riabilitative;
- avviare e rendere operativi almeno il 50% dei progetti "Reti Cliniche e percorsi assistenziali" e "Centri di riferimento regionali" (cfr. di seguito).

All'interno di questa visione dell'ospedale per "acuti", la formulazione del piano di riordino ospedaliero è stato predisposto lungo le direttrici di riqualificazione che attengono alle logiche programmatorie, ai modelli organizzativi e all'assetto dotazionale. Esso troverà piena attuazione attraverso la contestuale programmazione di riorganizzazione territoriale in grado di riassorbire prestazioni ancora allocate nella rete ospedaliera.

3 - Le logiche programmatorie

3.1. Programmazione regionale e locale

3.1.1. LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Una programmazione puntuale per PL per specialità e per presidio **ingesserebbe** il sistema per lungo tempo e non corrisponderebbe a quelle esigenze di "flessibilità" che un processo di riqualificazione, come quello ivi descritto, richiede. Tale approccio sarebbe anche in contrasto con il continuo processo di innovazione tecnologica che attualmente vive il mondo della sanità. Solo dieci anni fa non era prevedibile, nelle dimensioni macro, lo sviluppo poi realizzatosi a livello nazionale e mondiale della *day surgery* (chirurgia diurna, di seguito denominata D.S.); tecnologia che comporta la reingegnerizzazione completa del sistema di offerta del settore chirurgico (generale e specialistico).

Pertanto, la pianificazione prevista sarà oggetto di verifica periodica per poter intervenire, in modo sollecito, con eventuali atti di revisione ed aggiustamento. Questo anche alla luce di eventuali disposizioni, progetti o indirizzi che dovessero pervenire sia dal Ministero della Salute e/o da nuovi orientamenti clinico-diagnostici o organizzativi sostanziati da evidenze scientifiche.

I PL complessivi sono distribuiti tra le diverse funzioni in modo da poter consentire a ciascuna di esse l'erogazione di volumi di attività atti a soddisfare i bisogni del bacino di utenza. Nella ripartizione dei PL si è tenuto conto della possibilità di integrazioni inter-dipartimentali, per livelli di assistenza, favorendo al massimo la condivisione delle risorse. Ad ogni funzione/UU.OO. (Unità operative) è stato assegnato un numero di PL tarato su un'ipotesi di massima appropriatezza sia in termini di ammissione che di durata della degenza. Un'organizzazione così configurata, per aree funzionali omogenee (di seguito denominate AFO), potrà consentire continui adattamenti alla evoluzione della domanda e dell'offerta, rimanendo sempre all'interno delle discipline provvisoriamente accreditate ai sensi di quanto previsto dalla L 724/94 (art.6, comma 6), dalle Linee Guida n.1/95 (punto 5) e dalla LR 02-07-1999 n.37 (PSR 1999-2001).

Nel capitolo relativo all'assetto dotazionale sono riportati i PL complessivi previsti per ciascuna ASL, per ciascuna AFO, ed i criteri di base per l'articolazione organizzativa delle diverse funzioni in termini di UU.OO., con o senza PL autonomi, e funzioni specialistiche.

3.1.2. PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

Sulla base dei parametri di programmazione regionale, le Direzioni Generali Aziendali, sentito il Consiglio dei Sanitari e la Conferenza dei Sindaci, formulano, entro 3 mesi dall'approvazione del piano, una proposta Aziendale di riordino che dovrà:

- indicare la distribuzione, nei diversi presidi, delle UU.OO. e delle Funzioni specialistiche, con l'obiettivo di una riduzione complessiva delle UU.OO. stesse e nel contempo, riutilizzando le risorse, del raggiungimento del soddisfacimento delle istanze assistenziali di area;
- valutare, per ciascun presidio, la stima dei costi ed il rispetto della compatibilità economica della proposta, sia a livello della struttura che dell'azienda;
- determinare le eventuali modifiche ed integrazioni da apportare all'atto aziendale, qualora già approvato;

- prevedere l'applicazione del disposto,in materia di posti letto, con il perseguimento degli obiettivi di rimodulazione dei posti letto del 60% entro il 31.12.2007 ed il restante40% entro la data del 31.12.2008.

3.1.3. PROGRAMMAZIONE DELLA SPEDALITA' PRIVATA

Le case di cura private rappresentano un'importante risorsa del sistema se operano in una logica non concorrenziale, ma di cooperazione e di condivisione di regole esplicite, nel rispetto dell'appropriatezza.

Occorre, quindi, che la spedalità privata riorienti la propria offerta in modo da allineare l'attività ai modelli assistenziali che il sistema pubblico persegue fornendo un'integrazione, quando e dove e necessaria, per il raggiungimento del soddisfacimento della richiesta assistenziale dell'utenza.

La proposta, esplicitata nel capitolo 5, ha tenuto conto della vocazione delle strutture presenti nel territorio abruzzese.

3.2. Progetto reti cliniche e percorsi assistenziali

La progettazione operativa delle reti cliniche verrà predisposta all'interno del P.S.R., in quanto l'elemento fondante delle reti cliniche è quello della logica dei **Percorsi assistenziali**, che prevedono il fondamentale coinvolgimento del territorio (sistema riabilitazione extra-ospedaliera; sistema delle cure domiciliari; etc.).

La riforma dell'assetto del macrolivello distrettuale avverrà nel prossimo P.S.R., nel rispetto delle linee guida che precedono, dove si realizzerà il riallineamento della programmazione ospedaliera con quella di sistema.

Il processo di progettazione vedrà il **coinvolgimento degli operatori** per dare sostanza alla pratica della *clinical governance* (governo clinico), che rappresenta uno degli obiettivi da perseguire costantemente nella prassi operativa della regione.

Si prevede lo sviluppo/riassetto delle seguenti reti:

- rete emergenza-urgenza;
- rete cardiologica;
- rete per lo *stroke* (ictus cerebrale);
- rete dei trapianti;
- rete oncologica;
- rete nefro-dialitica
- rete ematologica;
- rete traumatologica;
- rete diabetologica;
- rete laboratori;
- rete della diagnostica per immagini;
- rete della salute mentale;
- rete per i disturbi del comportamento alimentare;
- rete di immunoematologia e medicina trasfusionale.

e dei "**Percorsi assistenziali"** per le seguenti patologie/condizioni:

- infarto miocardico acuto;
- *stroke* (ictus);
- frattura del femore;
- scompenso cardiaco;
- broncopneumopatie croniche ostruttive;
- diabete;
- trombosi venose profonde;
- nefropatie croniche;
- percorso nascita.

Entro la legislatura dovranno essere portate a compimento almeno il 50% delle reti e dei percorsi individuati. Il completamento si prevede entro il quinquennio.

Nella ridefinizione delle reti cliniche verrà posta una particolare attenzione all'Abruzzo di confine (in particolare le ASL di Lanciano-Vasto e di Teramo) al fine di qualificare l'offerta ospedaliera per recuperare la mobilità passiva e, se possibile, per generare flussi attivi verso la nostra regione.

3.3. Progetto Centri di riferimento

Per perseguire l'obiettivo di migliorare i servizi e l'attività degli operatori che hanno sviluppato nel tempo *expertise* (profili) professionali di alto livello, in qualsiasi punto del sistema sanitario regionale si trovino ad operare, si prevede una rivisitazione/attivazione dei Centri di Riferimento Regionali (di seguito denominati CRR).

Entro tre mesi dall'approvazione del Piano, l'Agenzia Sanitaria Regionale e la Direzione Sanità predispongono un apposito atto regolamentare per il riconoscimento dei CRR.

Il Piano dovrà prevedere il seguente percorso:

- la richiesta di riconoscimento come CRR attraverso:
  - Analisi epidemiologica del bisogno sanitario da soddisfare;
  - Documentazione delle attività svolte dalla struttura candidata, corredata dalla pubblicistica prodotta;
  - Conformità agli standard regionali, nazionali ed internazionali;
- il sistema di valutazione della richiesta, anche attraverso l'utilizzo di esperti nazionali o internazionali;
- le modalità di rilascio di certificazione provvisoria come CRR;
- il sistema di monitoraggio, almeno triennale, delle attività del CRR;
- le modalità di rilascio della certificazione definitiva come CRR.

Gli *expertise* (conoscenze) maturati nella sanità abruzzese, oltre ai CRR attualmente riconosciuti, che comunque dovranno essere "ri-certificati" secondo la nuova proposta, permettono di prevedere la possibile attivazione di nuovi CRR.

3.4. I Piccoli Ospedali

La caratterizzazione delle nuove patologie ed il prolungamento dell'età media non permettono di esaurire il bisogno di assistenza all'interno dell'ospedale per acuti (ancorché abbia differenziato i regimi dell'offerta). Occorre affrontare in modo nuovo e qualificato le esigenze che derivano dalle condizioni di cronicità, polipatologia, e disabilità, destinate a aumentare progressivamente nei prossimi anni, garantendo:

- la continuità e la qualità dell'assistenza nel lungo periodo;
- l'appropriatezza dei regimi assistenziali offerti (residenza, semiresidenza, domicilio, etc.);
- il decentramento della risposta, che favorisca il permanere del soggetto nel proprio contesto sociale;
- l'integrazione socio-sanitaria.

Per i **piccoli ospedali**[5] esiste una difficoltà oggettiva ad acquisire adeguate caratteristiche di complessità. I limitati bacini di utenza per tipologia e numerosità della casistica trattata, infatti, non permettono di garantire nel tempo il perfezionamento/mantenimento dell'*expertise* (livello professionale) dei professionisti, ed il raggiungimento di quei livelli necessari a minimizzare i rischi per i pazienti e per gli stessi operatori.

Per i piccoli ospedali, occorre prevedere lo sviluppo di una duplice integrazione: una verso gli ospedali maggiori, l'altra verso le funzioni assistenziali distrettuali e quindi verso la salvaguardia del *patrimonio storico* rappresentato da questi presidi per le rispettive comunità locali. Tali presidi hanno sempre ricoperto una funzione di servizio assistenziale più ampio di quello strettamente ospedaliero, essendo anche un'importante risorsa per l'economia locale.

Non compiere scelte ed ignorare il problema dei piccoli ospedali, ridenominati **Ospedali del Territorio,** può condurre ad un blocco del sistema, mentre affrontare oggi il difficile tema della riconversione dei piccoli ospedali può aiutare a preservare il sistema per il futuro.

E' tacito che nessuna riorganizzazione efficace può realizzarsi senza che agli interventi di natura "tecnica" si affianchino interventi di riqualificazione e di forte motivazione dei lavoratori. Il desiderio è che si riesca a rendere partecipi gli operatori sanitari della trasformazione, in un clima di forte coinvolgimento ideale, ossia di condivisione della nuova missione dell'*ospedale del territorio*, che da struttura piccola diverrà un'organizzazione perfettamente efficiente nelle dimensioni consone ai nuovi scopi ad essa attribuiti.

La riconfigurazione dell'offerta dei piccoli ospedali, che prevede la garanzia di prestazioni di ricovero, ambulatoriali e domiciliari, è una scelta strategica che porterà allo sviluppo di una rete di servizi diffusi sul territorio. Servizi che andranno a soddisfare i bisogni emergenti e multidimensionali delle popolazioni che formano il bacino di utenza dell'ospedale del territorio.

La riconfigurazione dell'offerta dell'Ospedale del Territorio consisterà nell'attivazione/potenziamento dei seguenti servizi:

- pronto soccorso territoriale (servizio di emergenza sanitaria territoriale con postazione fissa, punto di primo intervento, sistema di trasporti secondari protetti (118);
- medicina orientata alla gestione di definite condizioni di acuzie e subacuzie (da definire con apposito atto regolamentario)
- lungodegenza;
- riabilitazione;

[5] Legge n. 724 del 23/12/1994, art. 3, comma 1, "…Le regioni provvedono, entro il termine perentorio di 6 mesi dalla entrata in vigore della presente legge, alla disattivazione o alla riconversione degli ospedali che non raggiungevano alla data del 30/6/1994, la dotazione minima di 120 posti letto… anche operando le eventuali conseguenti trasformazioni di destinazione in servizi sanitari ambulatoriali e/o in strutture non ospedaliere…". Fatto salvo le deroghe alla citata disposizione previste per gli ospedali montani, il cui bacino di utenza coincide con il territorio della comunità montana (oltre gli 800 m di altitudine) e/o con un bacino d'utenza prevalentemente turistico.

- day hospital (Ricovero diurno, di seguito denominato D.H.);
- D.S. e One day surgery (chirurgia diurna con ricovero di un giorno – di seguito denominata One-D.S.);
- chirurgia e ambulatoriale;
- day service (servizi ambulatoriali in un giorno, di seguito denominato D.S.erv);
- pacchetti ambulatoriali complessi;
- ospedale di comunità (gestito dai medici di medicina generale);
- ambulatori specialistici;
- articolazioni organizzative della medicina generale
- casa della salute

La trasformazione in Ospedali del Territorio dovrà essere avviata contestualmente alla riorganizzazione della rete dell'emergenza e del sistema delle cure domiciliari. Fino al completamento delle suddette realizzazioni, che devono avere priorità assoluta nella programmazione regionale e aziendale, e devono essere portate a compimento nell'arco del prossimo triennio, nei "piccoli ospedali" rimarranno attivi, ove già presenti, i servizi di pronto/primo soccorso e/o le UU.OO. o moduli di medicina interna/geriatria, anche con funzioni di ricovero ordinario, che avverrà attraverso il servizio di accettazione di reparto.

3.5. Il ruolo delle Università

La Regione, prima dell'adozione o dell'adeguamento del Piano Sanitario Regionale acquisirà il parere delle Università (Facoltà di Medicina) per gli aspetti concernenti le strutture e le attività assistenziali necessarie allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca.

Va parimenti rafforzata la collaborazione con le altre Facoltà delle due Università abruzzesi sui temi della formazione in campo economico-gestionale, aziendale, sociologico e giurisprudenziale.

4 - I modelli organizzativi

4.1. Modello *Hub and Spoke*

Il modello per lo **sviluppo del sistema integrato delle funzioni ospedaliere** è quello dell'***hub and spoke* (perno e raggi).** Tale modello prevede il collegamento tra una **sede centrale di riferimento (hub)** e più **sedi periferiche (spoke)**, per lo svolgimento di attività della stessa disciplina o della stessa area dipartimentale; attività che in base alla loro complessità sono distribuite tra le varie sedi con una unitarietà di modelli tecnico-professionali, l'utilizzo di equipe integrate e percorsi assistenziali condivisi. Le relazioni tra sede centrale di riferimento e sedi periferiche devono ispirarsi ai seguenti criteri:

- il governo del percorso clinico del paziente è in carico alle unità periferiche;
- la selezione e l'invio dei pazienti agli *hub* è compito esclusivo degli *spoke* a garanzia dell'appropriatezza;
- il paziente, dopo aver eseguito la procedura e non appena le sue condizioni lo permettono, ritorna allo *spoke* per il completamento del percorso ed il *follow-up* (l'osservazione).
- dovranno essere individuati:
- i criteri di ammissione dei pazienti e le priorità di accesso;
- i tempi e le liste di attesa differenziate per gli hub e spoke;
- i criteri di dimissione e re-invio allo spoke;
- le modalità di gestione integrata della documentazione relativa al paziente.

Il modello hub and spoke traduce nella pratica il modello delle **reti cliniche**, che va sviluppato in tutti i settori a partire da quelli di **alta complessità** (emergenza, patologia cardiovascolare, patologia neuro-cerebrovascolare, oncoematologia etc.) cioè quelle che si caratterizzano per la severità dei quadri clinici e per la complessità delle tecnologie; ma che può rientrare anche nella configurazione di quelli dedicati a discipline "**di base**" o comunque a larga diffusione. Tali reti si avvalgono naturalmente anche delle strutture di **alta specialità**, ovvero quelle che sviluppano attività di discipline ad ampio bacino d'utenza per loro natura fortemente specialistiche (cardiochirurgia, neurochirurgia, etc.).

4.2. Modello dipartimentale

L'organizzazione ospedaliera deve naturalmente fondarsi sul modello dipartimentale, reso però fattivo e non meramente nominalistico.

La sua costituzione si propone specifici obiettivi:

- **Un obiettivo organizzativo** per garantire un migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza, ricerca e formazione;
- **un obiettivo clinico** per promuovere la qualità dell' assistenza e la crescita dell' efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni mediante l' approccio dell'*Evidence Based Medicine* (Medicina basata sull'evidenza di seguito indicata con EBM) e l' introduzione della cultura del confronto sistematico tra professionisti sanitari;
- **un obiettivo economico** atto a garantire la realizzazione di economie di scala e di gestione;
- **un obiettivo strategico** per la diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative.

E' dunque un'organizzazione integrata che, concorrendo a comuni obiettivi di salute, rappresenta il modello organizzativo idealmente favorente l'introduzione ed all'attuazione del Governo Clinico.

Come previsto dalla recente *Delibera di Giunta Regionale (Di seguito indicata D*.G.R.) n. 1115 del 9/10/06[6] , il Dipartimento è costituito da strutture omogenee, affini o complementari, le quali perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale.

Si possono definire due tipologie fondamentali di Dipartimento:

- ***Il Dipartimento strutturale***, che aggrega le UU.OO. al fine di razionalizzare, in termini di efficacia, efficienza ed economicità, l'utilizzo delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche assegnate;
- ***Il Dipartimento funzionale***, che aggrega le UU.OO., che rimangono indipendenti tra di loro, al fine di ottimizzare i percorsi assistenziali e di garantire un approccio multidisciplinare e la continuità delle cure (e ciò con particolare riguardo alle patologie complesse).

La macrostruttura dipartimentale può essere di tipo verticale, con gerarchie e responsabilità ben definite e con una forte gestione gerarchica delle UU.OO., oppure essere di tipo orizzontale, con un coordinamento trasversale delle UU.OO.

4.3. L'articolazione organizzativa (UU.OO. e Servizi) nel pubblico

L'**articolazione organizzativa** dipartimentale ospedaliera delle strutture pubbliche assume, per le UU.OO. e Servizi, il seguente schema di riferimento:

1. **<u>Unità operativa complessa con posti letto autonomi</u>**: specifica articolazione organizzativa e strutturale, diretta da un direttore di struttura complessa, con propria area di degenza riservata e autonomia organizzativa, sempre all'interno di strutture dipartimentali per garantire condivisione di risorse e dei modelli organizzativi.

[6] DIRETTIVA REGIONALE-GUIDA ALLE AZIENDE SANITARIE LOCALI D'ABRUZZO PER L'ADOZIONE DEGLI "ATTI AZIENDALI"

2. **<u>Unità operativa con posti letto di AFO</u>:** UU.OO. complessa o semplice, diretta da un responsabile di struttura complessa o semplice, con specifica articolazione organizzativa, che pur in presenza di spazi, tecnologie e personale specificamente dedicati, e quindi di una propria autonomia organizzativa, **utilizza PL indistinti dipartimentali** (cfr. di seguito).

3. **<u>Funzioni di Servizi specialistici</u>:** unità con specifica articolazione organizzativa, prevista per le strutture specialistiche ad alta diffusione *con vocazione prevalentemente ambulatoriale e/o ad attività a ciclo diurno.* Tali Servizi, pur in presenza di spazi, tecnologie e personale specificatamente dedicati, non si sviluppano con una propria autonomia organizzativa, salvo se a valenza aziendale utilizzando eventualmente PL indistinti dipartimentali nell'interno dell'AFO.

Tale classificazione viene attuata per avviare a soluzione il problema della ridondanza del numero di strutture complesse presenti in alcuni ospedali, e la problematica dei "*doppioni"* nell'ambito dei presidi presenti nella stessa azienda/struttura.

Il consolidamento dell'organizzazione dipartimentale, orientata alla massima integrazione delle risorse, deve consentire, mediante la ristrutturazione delle aree di degenza, la creazione di veri spazi dipartimentali nei quali effettuare le attività di ricovero delle UU.OO. complesse senza PL autonomi, delle UU.OO. semplici o delle funzioni specialistiche come sopra definite. La presenza di più UU.OO. della stessa disciplina in una struttura dovrà essere giustificata sia dai volumi di attività che dalla specializzazione e differenziazione delle attività svolte nel rispetto del minimo di posti letto definiti in allegato 2.

Infine, sempre in tema di criteri generali, dovrà essere curata la progressiva realizzazione di **posti-letto indistinti dipartimentali** condivisibili in appoggio e/o a disposizione di tutte le UU.OO. dipartimentali. La dotazione di PL indistinti dipartimentali negli ospedali potrà risultare variabile ma dovrà collocarsi, a regime, in una percentuale compresa tra il **10- 15%** dei letti dipartimentali**.** I pazienti che occupano i posti letti indistinti dipartimentali sono a carico della UU.OO. o Servizio che ha disposto il ricovero, con il proprio codice di disciplina.

Il Direttore Generale dell'Unità Sanitaria Locale, nel rispetto dei criteri sopraindicati, provvede ad individuare, con l'atto aziendale, le strutture complesse e le strutture semplici.

4.4. Sviluppo dei regimi alternativi

La logica dello sviluppo delle forme alternative di assistenza risiede nella volontà di garantire al cittadino la fornitura di prestazioni necessarie a rispondere al proprio bisogno di salute, semplificando l'accesso ai percorsi assistenziali, garantendone la continuità e la razionalità nell'assistenza e ponendo particolare attenzione a specifici determinanti di salute di ciascuno.

La L.R. 20/2006 prevede e regolamenta lo sviluppo dei seguenti regimi alternativi di assistenza: Day Hospital (D.H.), Day Surgery (D.S.), Day Service (D.S.erv),Prestazioni Ambulatoriali Complesse (PAC), Chirurgia Ambulatoriale .

Il **Day Hospital (D.H.)** è un modello organizzativo ed operativo, caratterizzato da accessi o cicli di accessi, in forma ordinaria programmata, di durata normalmente inferiore alle dodici ore, con erogazione di prestazioni multiprofessionali e polispecialistiche non erogabili a livello ambulatoriale, in quanto richiederebbero assistenza medica ed infermieristica protratta nell'arco della giornata o potrebbero ridurre sensibilmente il livello di sicurezza del paziente se erogate in forma di day service (D.S.erv).

Il **Day Surgery (D.S.)** è un modello organizzativo ed operativo attuato in ambito ospedaliero, caratterizzato dall'effettuazione di interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive di tipo chirurgico, in anestesia locale, loco-regionale o generale, di durata normalmente inferiore alle dodici ore.

La chirurgia a ciclo diurno non dovrebbe comprendere il pernottamento; il quale è comunque previsto nei casi **"one day surgery"(One D.S.)**.

La **Chirurgia Ambulatoriale** è un modello organizzativo alternativo al ricovero ordinario o al Day Surgery per l'effettuazione di interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive senza necessità di osservazione post operatoria, eseguibile in servizi ambulatoriali protetti in anestesia locale e/o loco-regionale.

Il **Day Service (D.S.erv)** è un modello organizzativo per attività specialistica ambulatoriale programmabile; è funzionale alla gestione di alcune situazioni cliniche complesse, per le quali il ricovero risulta inappropriato, ma che richiedono una presa in carico del paziente per definirne la gestione assistenziale in tempi necessariamente brevi.

Il **Pacchetto di Prestazioni Ambulatoriali Complesse (PAC)** è un modello organizzativo per l'attività specialistica ambulatoriale, che permette al paziente di avere una diagnosi nel più breve tempo possibile, assecondando la richiesta del medico di medicina generale. Le prestazioni erogate, sulla base dei criteri della EBM, devono essere necessarie per la gestione di uno specifico problema clinico. Di norma, il Pacchetto deve avere una durata inferiore ad un mese.

4.5. Il sistema di emergenza-urgenza sanitaria

La Regione Abruzzo, con le D.G.R. n. 176 del 19 marzo 2001 e n. 204 del 30 aprile 2002, ha disposto un'organizzazione del sistema sanitario per l'emergenza-urgenza articolato in due settori tra loro collegati: la rete ospedaliera e il servizio di emergenza territoriale (Sistema 118).

La rete ospedaliera deve essere costituita dai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA di I livello) e UU.OO. di medicina e chirurgia di urgenza e accettazione (ex servizi di pronto soccorso). Le UU.OO. di medicina e chirurgia di urgenza e accettazione devono avere sede in tutti i presidi ospedalieri pubblici della regione e essere dotati di organico autonomo, avendo funzioni di emergenza-urgenza ed accettazione. In questi servizi devono essere allocati i PL tecnici di osservazione breve, nella misura del 2-3% del totale dei PL di ciascun presidio ospedaliero.

Il DEA di II livello ha valenza aziendale ed assicura l'integrazione tra i DEA di I livello e le UU.OO. di medicina e chirurgia di urgenza e accettazione dei singoli presidi ospedalieri, e coordina l'organizzazione dei servizi di emergenza territoriale.

Il sistema di emergenza territoriale 118 è costituito dalle centrali operative, dal servizio di elisoccorso, dalle UU.OO. addette al soccorso sul territorio e dai punti di primo intervento.

Il processo di riorganizzazione del sistema dell'emergenza sanitaria regionale mostra, a quattro anni dalla sua attivazione, la necessità di una rimodulazione per ovviare ad alcune criticità che si sono manifestate:

- problemi di coordinamento operativo tra Centrale Operativa e postazioni di soccorso periferiche;
- mancanza di informazioni in tempo reale sulla disponibilità di PL nei DEA da parte delle Centrali Operative;
- non uniforme distribuzione nel territorio dei mezzi di soccorso;
- non completo rispetto dei tempi di percorrenza previsti dalla normativa;
- mancanza di uno schema di convenzione tipo regionale per la stipula dei protocolli d'intesa con le associazioni di volontariato per il soccorso di base;
- ritardo di attivazione dei DEA di I e II livello;
- carenza di un piano integrato per le maxi-emergenze e la medicina delle catastrofi;
- incompleta attivazione delle Osservazioni Brevi;
- mancanza di protocolli di attivazione per l'emergenza intra-ospedaliera.

Alla luce di tali criticità, e tenendo conto delle indicazioni previste dalla normativa nazionale in materia[7], si prevede la ridefinizione del sistema dell'emergenza sanitaria nell'ambito del

[7] Il D.P.R. 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" individua le condizioni per assicurare questa attività uniformemente su tutto il territorio nazionale.

Il D.M. 15.05.1992, definisce i criteri e i requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza al fine di rendere uniformi e confrontabili i dati registrati in Centrale Operativa.

Le linee guida n. 1/1996 della conferenza Stato-Regioni, recanti "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la

redigendo P.S.R.

4.6. Lungodegenza e Riabilitazione

4.6.1 La lungodegenza post-acuzie

Alla lungodegenza post-acuzie afferiscono pazienti che, dopo una fase acuta di malattia, presentano problemi clinici ancora attivi e richiedono una competente e continua sorveglianza medica ed un *nursing* (assistenza infermieristica), non erogabili in regimi extraospedalieri.

L'assistenza medica è garantita da personale di formazione internistica-geriatrica in integrazione funzionale con l'unità di medicina generale o geriatria. Le consulenze specialistiche sono garantite dal personale del reparto specialistico da cui proviene il paziente.

La lungodegenza è riservata a:

- pazienti con malattia ad andamento cronico–recidivante, ben definita sul piano diagnostico, che necessitano di accertamenti di I livello (difficilmente eseguibili in altro regime assistenziale), per il controllo periodico della malattia;
- pazienti con pregressa malattia acuta e clinicamente stabilizzati, non autonomi, in cui persiste la necessità di verifica medica quotidiana per l'aggiustamento della terapia ed il recupero dell'autonomia in tempo contenuto;
- pazienti convalescenti con esiti non stabilizzati di malattia, non autonomi, con deficit funzionali emendabili;
- pazienti destinati a trattamenti periodici ad elevata frequenza;
- pazienti con deficit funzionali lievi e prognosi favorevole per il recupero a breve termine, che necessitano prevalentemente di assistenza internistica oltre ad interventi riabilitativi mirati.

La permanenza dei pazienti in tali strutture è di durata solitamente stimabile in un periodo di tempo non superiore ai 60 giorni.

Lo standard programmatorio per la lungodegenza è previsto in 0,3 PL per 1000 abitanti.

---

determinazione dei livelli di emergenza sanitaria", forniscono le indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali.

L'accordo Stato-Regioni del 25.01.2001 ha definito le linee guida sul triage intra-ospedaliero per gli utenti che accedono direttamente al pronto soccorso.

La conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 22.05.2003, ha approvato le linee guida su formazione ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza, al fine di garantire a livello nazionale una fisionomia unitaria dei diversi programmi di formazione e aggiornamento.

4.6.2. La riabilitazione ospedaliera

Le attività di riabilitazione sono erogate mediante una rete di servizi ospedalieri ed extraospedalieri.

Nel Piano Sanitario Regionale saranno ridefiniti assetti e funzioni di tutto il sistema riabilitativo (riabilitazione ospedaliera, riabilitazione delle residenze sanitarie, riabilitazione domiciliare e della specialistica ambulatoriale).

La dotazione della riabilitazione ospedaliera regionale è stimata in 879 PL, corrispondenti ad uno standard programmatorio di 0,68 PL x 1000 abitanti. Questo valore comprende 90 PL dedicati a tre nuove funzioni di alta specialità riabilitativa, di di cui si prevede l'attivazione. Gli standard programmatori sono stati definiti tenendo conto dei dati epidemiologici attesi, ma anche del *trend* (andamento dei tassi) storico e della situazione esistente. La programmazione deve essere interpretata in un'ottica triennale, con la prospettiva di verificare e rivedere nel tempo i diversi parametri.

- *Unità di recupero e rieducazione funzionale (Cod. 56)*

La dotazione di PL di Riabilitazione Intensiva è calibrata su uno standard programmatorio di 0,61 PL x 1000 abitanti, corrispondenti ad un totale di 789 PL, la cui distribuzione geografica per ASL (appresso denominata ASL) tiene conto delle situazioni pre-esistenti e consolidate, anche in relazione ad una relativa quota di mobilità prevedibile per questa tipologia di pazienti. Alla riabilitazione afferiscono pazienti entro 30 gg dall'evento acuto o dall'intervento chirurgico, comunque provenienti da UU.OO. ospedaliere per acuti.

- *Unità spinale (Cod. 28)*

L'Unità Spinale è destinata all'assistenza di soggetti con lesione del midollo spinale sia di origine traumatica che non. Lo standard programmatorio è fissato in 25 PL regionali (pari a 0,020 PL x 1000 abitanti). L'accesso è riservato a pazienti entro 60 gg dall'evento acuto o dall'intervento chirurgico, comunque provenienti da UU.OO. ospedaliere specialistiche per acuti.

- *Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite - Riabilitazione in Assistenza Intensiva (UGCA-RAI, ora cod. 75, in attesa di definizione come cod. 80)*

Unità per stati vegetativi dedicati alle condizioni neurologicamente gravi nella fase di post-acuzie per pazienti non responsivi all'ambiente esterno. Lo standard programmatorio è fissato in 33 PL regionali (pari a 0,025 PL x 1000 abitanti). L'accesso è riservato a pazienti in stato di coma entro 180 gg dall'evento acuto e in dimissione da UU.OO. di rianimazione, neurochirurgia e neurologia.

Si prevede che 8 PL di UGCA-RAI trovino immediata collacazione presso l'unico presidio ospedaliero pubblico attualmente destinato alla riabilitazione ospedaliera (ASL Pescara).

- *Unità gravi cerebrolesioni acquisite (Neuroriabilitazione, cod. 75)*

Unità di riabilitazione intensiva per pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite, traumatiche e non traumatiche, in grado di sostenere una riabilitazione intensiva altamente specialistica. Lo standard programmatorio è fissato in 32 PL regionali (pari a 0,025 PL x 1000 abitanti. L'accesso è riservato a pazienti entro 60 gg dall'evento acuto o dal risveglio, comunque provenienti da UU.OO. ospedaliere specialistiche per acuti.

Nel Piano Sanitario Regionale saranno indicati gli standard operativi e di assistenza dei pazienti per tutti i regimi di assistenza riabilitativa.

5. L'ASSETTO DOTAZIONALE

5.1. Criteri di ridefinizione dei posti letto

L'adeguamento dei PL riguarda tutte le strutture: pubbliche e private accreditate.

I criteri fondamentali che hanno guidato la rideterminazione complessiva dei PL, in base all'analisi dei dati 2004-2005, sono i seguenti:

1. riequilibrio progressivo delle dotazioni per 1.000 abitanti tra le diverse ASL per le discipline di base, e tra acuti e post-acuti;
2. esaustività dell'offerta a livello provinciale per le discipline ad alta diffusione;
3. aumento delle dotazioni dell'AFO di terapia intensiva;
4. potenziamento della lungodegenza ospedaliera per permettere un più appropriato utilizzo delle degenze per acuti;
5. riconduzione a Servizi Specialistici delle discipline a prevalente vocazione ambulatoriale o di ricovero a ciclo diurno (ad es.: dermatologia, diabetologia, etc.)

Il percorso metodologico per la ridefinizione della dotazione dei PL ospedalieri regionali è stato il seguente:

1. Ricognizione conoscitiva della situazione reale del numero di PL attivi (al 31-12-2005) nei Presidi pubblici e privati regionali (certificati nel luglio 2006 dalle Direzioni Sanitarie di Presidio);
2. Analisi della "popolazione utente" regionale pesata per classi di età e definizione dei bacini di utenza "pesati": Regionale, Provinciale e di ASL;
3. Classificazione delle discipline secondo una valenza territoriale in tre classi **(cfr. Allegato 1)**:
   - specialistica di base (valenza di singolo presidio),
   - specialistica ad alta diffusione (valenza ASL-Provincia) ,
   - specialistica a bassa diffusione (valenza regionale/sovraregionale);
4. Adeguamento del numero dei PL agli standard medi nazionali del tasso per mille abitanti delle discipline di base ed ad alta diffusione sia a livello regionale, che provinciale e di ASL;
5. Riequilibrio territoriale, sui bacini di utenza pesati, dei PL, per Aree Funzionali Omogenee sia a livello Provinciale che Aziendale;
6. Riequilibrio totale, sia a livello regionale che provinciale, del tasso di PL, per mille abitanti, di acuti e post-acuti (Riabilitazione e lungodegenza), secondo lo standard previsto dalla normativa vigente in materia;
7. Definizione delle "UU.OO/moduli base" caratteristici per ogni disciplina, secondo i moderni orientamenti clinico-assistenziali ed alla luce dell'applicazione dei LEA, con definizione del numero minimo di PL (distinto per pubblici e privati) **(cfr. Allegato 2)**;
8. Valutazione degli indici disponibili di attività, appropriatezza ed "efficienza" (tasso di utilizzo, presenza media giornaliera, appropriatezza regime assistenziale, etc.) delle singole UU.OO. per la definizione, nell'interno dei bacini di utenza, delle dotazioni in UU.OO/modulo per ogni singolo presidio.
9. Riequilibrio a livello Regionale, Provinciale e Aziendale del numero totale dei posti letto, sia pubblici che privati, secondo lo standard medio nazionale per mille abitanti, con riduzioni e assegnazioni proporzionali al pre-esistente, sia per il settore pubblico che per quello privato.
10. Ridefinizione dell'assegnazione della dotazione dei posti letto della spedalità privata utilizzando per i posti letto di riabilitazione, esclusi i presidi privati con PL complessivi inferiori a 60, criteri di abbattimento fondati sull'appropriatezza fino ad un massimo di abbattimento del 30% e un ulteriore abbattimento pari al 15% della dotazione complessiva dei PL di lungodegenza, che vengono riattribuiti come tali in sostituzione dei PL di riabilitazione. I posti letto per acuti sono stati abbattuti con un criterio fisso per tutte le strutture e una quota aggiuntiva fondata su criteri di appropriatezza fino ad un massimo di abbattimento del 25%.

5.2. La rete ospedaliera: i dati generali

Per la determinazione della dotazione complessiva dei PL la Regione Abruzzo si è avvalsa dell'incremento previsto dall'art.4 comma 1.a) dell'Intesa Stato-Regione del 23 marzo 2005, riferito alle condizioni demografiche delle Regioni. Tale incremento è stato calcolato sulla dotazione standard dei posti letto per acuti.

I posti letto complessivi del piano di riordino sono 6.055 (corrispondenti ad un tasso del 4.66 per 1.000 ab.). Di questi 4.785 sono PL per acuti (tasso del 3.68 per 1.000 ab.) e 1.270 sono PL di postacuzie (riabilitazione e lungodegenza) (tasso dello 0.98 per 1.000 ab.).

Nelle **Tabelle 1 e 2** vengono riportati i dati complessivi dei posti letto con esclusione:

- di 25 pl destinati al pubblico per eventuali integrazioni successive alla ridefinizione delle reti cliniche e dei percorsi assistenziali di cui al punto 3.2. per i territori disagiati. L'attribuzione di tali posti letto verrà definita nel Piano Sanitario Regionale.
- di 82 PL di alta riabilitazione: 25 PL di Unità spinale (Cod. 28); 25 PL di Unità gravi cerebrolesioni acquisite-riabilitazione in Assistenza Intensiva (UGCA-RAI ora cod. 75, in attesa di definizione come cod. 80); 32 PL di Unità gravi cerebrolesioni acquisite (Neuroriabilitazione, cod. 75). Per tali 82 posti letto, distribuiti su un massimo di tre poli di cui almeno uno nell'entroterra, la Regione si riserva di definirne l'attribuzione in apposita norma contenuta nel Piano Sanitario Regionale.

Rispetto alla situazione attuale la diminuzione complessiva è di 532 PL (-8.2%), con un forte decremento dei PL per acuti: -1.015 (-17.6%); e un incremento sostanziale dei PL postacuti: + 483 (+68.5%).

Tabella 1 – Posti Letto complessivi acuti e postacuti

Tipologia Letti	ATTUALI	PIANO
Acuti	5.775	4.760
Postacuti*	705	1.188
Totali	6.480	5.948

**NB: Nei PL post-acuti del piano non sono compresi 82 PL di alta riabilitazione*

La riduzione dei PL è di 298 nel pubblico (-5.8%) e di 234 nel privato (-17.4%) **(Tabella 2)**. Nel pubblico i PL per acuti diminuiscono di 836 unità (-17.0%) e nel privato di 179 unità (-21.0%). I PL postacuti aumentano di 538 unità (+246.8%) nel pubblico e diminuiscono di 55 unità nel privato (-11.3%).

Tabella 2 – Posti Letto acuti e postacuti pubblici e privati attuali e da piano

	PUBBLICO		**PRIVATO**	
Tipologia Letti	**ATTUALI**	**PIANO**	**ATTUALI**	**PIANO**
Acuti	**4.921**	**4.085**	**854**	**675**
Postacuti	**218**	**756**	**487**	**432**
Totali	**5.139**	**4.841**	**1.341**	**1.107**

Le differenze tra le ASL regionali nei tassi dei PL complessivi per 1000 abitanti[8] **(Tabella 3)** , oggi notevoli, vengono ridotte dal Piano, avviando il necessario riequilibrio territoriale che peraltro non potrà essere totale stante la distribuzione di specialità nei presidi in cui insiste la componente universitaria e la configurazione determinatesi nel corso degli anni.

Tabella 3 – Tassi PL complessivi (acuti e postacuti) x 1.000 ab. per ASL

ASL	Tassi x 1.000 ab. attuali	Tassi x 1.000 ab. Piano
ASL 1 - Avezzano-Sulmona	4,9	4,5
ASL 2 - Chieti	6,4	5,7
ASL 3 - Lanciano-Vasto	3,9	3,6
ASL 4 - L'Aquila	5,5	5,3
ASL 5 - Pescara	5,1	4,9
ASL 6 - Teramo	3,9	4,1

Il disequilibrio nei tassi a livello di ASL viene a ridursi nettamente, quando si analizzano i dati a livello provinciale **(Tabella 4).** Come si nota, infatti, da un range tra le province pari a 3.9-5.1 (una differenza pari a 1.2), si passa ad un range 4.1-4.9 (corrispondente ad una differenza di 0.8).

Tabella 4 – Tassi PL complessivi (acuti e postacuti) x 1.000 ab. per provincia

PROVINCIA	Tassi x 1.000 ab. attuali	Tassi x 1.000 ab. Piano
Chieti	5,0	4,6
L'Aquila	5,1	4,7
Pescara	5,1	4,9
Teramo	3,9	4.1

Analogo risultato si è realizzato nel riequilibrio delle discipline suddivise (cfr. § 5.1) tra specialistica di base, specialistica ad alta diffusione e specialistica a bassa diffusione.

Permangono disequilibri tra le ASL nel tasso di PL per ciascuna macro-categoria di disciplina, legata ai motivi precedentemente enunciati **(Tabella 5)**.

Tabella 5 – Tassi PL specialistica di base, specialistica ad alta diffusione e specialistica a bassa diffusione. x 1.000 ab. per ASL

ASL	Tassi x 1.000 ab. PL specialistica base	Tassi x 1.000 ab. PL specialistica alta diffusione	Tassi x 1.000 ab. PL specialistica bassa diffusione
ASL 1 - Avezzano-Sulmona	3,1	1,3	0,1
ASL 2 - Chieti	3,6	2,0	0,2
ASL 3 - Lanciano-Vasto	2,4	1,2	-
ASL 4 - L'Aquila	2,8	2,1	0,4
ASL 5 - Pescara	2,8	1,7	0,3
ASL 6 - Teramo	2,5	1,3	0,3

[8] I tassi specifici sono stati calcolati sulla popolazione pesata. Nella tabella vengono riportati i dati riferiti alla popolazione reale

Il disequilibrio si attenua decisamente, invece, quando si stratifica per provincia (**Tabella 6**).

Tabella 6 – Tassi PL specialistica di base, specialistica ad alta diffusione e specialistica a bassa diffusione. x 1.000 ab. per Provincia

ASL	Tassi x 1.000 ab. PL specialistica base	Tassi x 1.000 ab. PL specialistica alta diffusione	Tassi x 1.000 ab. PL specialistica bassa diffusione	Tassi totali x 1.000 ab.
Chieti	2,8	1,5	0,1	4,4
L'Aquila	2,9	1,5	0,2	4,5
Pescara	2,8	1,7	0,3	4,9
Teramo	2,5	1,3	0,3	4,1

La riduzione di PL è stata omogenea tra le diverse AFO. **(Tabella 7)**. Complessivamente, infatti, il tasso di PL dedicati alle discipline incluse nell'AFO medica si riduce da 1.89 (attuale) a 1.57; il tasso di PL dedicati all'AFO chirurgica si riduce da 1.78 (attuale) a 1.48; il tasso dei PL materno-infantili cala dall'attuale valore di 0.59 a 0.44. Si è mantenuto costante il tasso dell'AFO delle Terapie Intensive (0.18), mentre quasi raddoppia il tasso dell'AFO di riabilitazione-lungodegenza.

Tabella 7 – Tassi di Posti Letto per 1.000 ab. per AFO, attuali e da piano

AFO	Tassi x 1000 ab. ATTUALI	Tassi x 1000 ab. PIANO
AFO 1 – MEDICINA	1,89	1,57
AFO 2 CHIRURGIA	1,78	1,47
AFO 3 TERAPIA INTENSIVA	0,18	0,17
AFO 4 MATERNO INFANTILE	0,59	0,45
AFO 5 RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA	0,54	0,91

In seguito alle modifiche previste dal Piano, la distribuzione dei PL a seconda dell'AFO cui sono dedicati, nelle 6 ASL abruzzesi, ricalca in parte – com'è ovvio – quella generale e quella dei PL suddivisi per tipologia di disciplina **(Tabella 8)**. In sintesi, si nota come i tassi di PL siano estremamente omogenei tra le varie ASL per ciò che concerne la Terapia Intensiva e la AFO Materno-Infantile, e come le differenze tra le ASL nelle altre AFO non siano comunque particolarmente elevate (permangono i citati e motivati squilibri relativi ai due poli universitari).

Tabella 8 – Tassi di Posti Letto per 1.000 ab. per AFO e ASL

ASL	AFO 1	AFO 2	AFO 3	AFO 4	AFO 5
ASL 1 - Avezzano-Sulmona	1,19	1,62	0,20	0,48	0,97
ASL 2 - Chieti	1,93	1,84	0,27	0,48	1,22
ASL 3 - Lanciano-Vasto	1,20	1,03	0,14	0,47	0,79
ASL 4 - L'Aquila	2,22	1,96	0,12	0,47	0,51
ASL 5 - Pescara	1,80	1,39	0,16	0,45	1,07
ASL 6 - Teramo	1,39	1,39	0,16	0,39	0,76

A livello provinciale avviene un sostanziale riequilibrio tra le AFO **(Tabella 9).**

Tabella 9 – Tassi di Posti Letto per 1.000 ab. per AFO e Province

PROVINCIA	AFO 1	AFO 2	AFO 3	AFO 4	AFO 5
Chieti	**1,53**	**1,40**	**0,20**	**0,48**	**0,99**
L'Aquila	**1,54**	**1,74**	**0,17**	**0,48**	**0,81**
Pescara	**1,80**	**1,39**	**0,16**	**0,45**	**1,07**
Teramo	**1,39**	**1,39**	**0,16**	**0,39**	**0,76**

Gli squilibri territoriali a livello di ASL che, seppur attenuati permangono stante la situazione storica determinatasi, verranno affrontati programmando una adeguata offerta di servizi territoriali/domiciliari e con la garanzia di percorsi assistenziali calibrati ai bisogni peculiari delle popolazioni.

5.3. I posti letto della rete ospedaliera pubblica

L'applicazione dei criteri di ridefinizione della dotazione dei PL della **rete ospedaliera pubblica** conduce complessivamente al seguente assetto distinto per ASL e AFO **(Tabella 10)**:

Tabella 10 – Posti letto PUBBLICI per ASL e AFO

ASL	AFO1	AFO2	AFO3	AFO4	AFO5	Tot. ASL
Avezzano/Sulmona	162	234	37	77	114	624
Chieti	268	251	38	80	89	726
Lanciano/Vasto	257	221	30	102	150	760
L'Aquila	209	150	12	49	40	460
Pescara	422	320	47	133	138	1060
Teramo	413	411	47	115	225	1211
Totale Abruzzo	1731	1587	211	556	756	4841

NB: Sono esclusi dal computo i PL tecnici di: Osservazione Breve, Nido, Dialisi, Odontoiatria, Detenuti.

Nelle Tabelle 11, 12, 13, 14, 15 e 16 sono riportati, per la **rete pubblica** di ciascuna **ASL**, distinta per AFO, la dotazione dei PL di AFO[9], il codice[10], le discipline e il numero massimo di UU.OO delle diverse tipologie previste dal presente Piano.

[9] Le UU.OO. di Psichiatria e di Neuropsichiatria infantile, incluse rispettivamente nell'AFO 1 Medicina e nell'AFO 4 Materno-infantile, sono naturalmente aggregate al Dipartimento Transmurale di Salute Mentale

[10] Nelle tabelle 11-16 i codici delle discipline sono a quattro cifre:

a) per le **UU.OO. con PL dedicati** le prime due cifre di codifica identificano la disciplina madre e le seconde vengono codificate con codice da 90 a 96 in caso di più UU.OO. della stessa disciplina (es. una U.O. di Otorinolaringoiatria con PL dedicati assume la codifica 3890; se sono presenti due UU.OO., es ospedaliera e universitaria, saranno codificate come 3890 e 3891) ;

b) per **le UU.OO. con PL di AFO** le prime due cifre di codifica identificano la disciplina madre e le seconde vengono codificate con il codice relativo alla disciplina specialistica svolta (es. una U.O. di Otorinolaringoiatria con PL di AFO assume la codifica 0938: 09 rappresenta la disciplina madre di Chirurgia generale, 38 la Specialistica di Otorinolaringoiatria).

c) per **i Servizi** le prime due cifre di codifica identificano la disciplina madre e le seconde vengono codificate con il codice 00 (es. un servizio di Otorinolaringoiatria che può utilizzare occasionalmente PL di AFO assume la codifica 3800).

Nelle tabelle 13-17 sono state codificate le UU.OO. e i Servizi secondo tale procedura per le discipline previste dalla normativa ministeriale in materia.

La codifica delle attuali articolazioni aziendali di UU.OO., sezioni o servizi vanno riviste secondo il sistema di codifica enunciato. Lo stesso sistema dovrà essere utilizzato per le codifiche future di nuove UU.OO., sezioni e servizi che verranno previste dagli atti aziendali. I pazienti vanno ricoverati per competenza specialistica nella disciplina pertinente alla patologia di cui sono portatori con il relativo codice di specialità, compresi i servizi, anche se su posti letto di AFO non dedicati e/o condivisi.

Nell'AFO materno-infantile si prevedono *due codici* per l'assistenza nel periodo neonatale: cod 62 per la neonatologia e cod. 73 per la TIN (Terapia Intensiva Neonatale). Le linee guida del Progetto Obiettivo Nazionale Materno Infantile (PSN 1998-2000) individua *tre livelli* di unità funzionali di neonatologia:

1° livello – Unità che, in assenza di patologie accertate, assistono neonati normali con età gestazionale > 34 settimane, sono abitualmente delle sezioni nell'interno delle U.O. di Pediatria con posti letto di AFO;

2° livello – Unità che assistono i nati con patologia che non richiedano ricovero presso Unità Operative Pediatriche o Unità TIN, possono essere sezioni nell'interno delle U.O. di Pediatria con posti letto di AFO oppure U.O. semplici con posti letto dedicati;

3° livello – Unità che assistono neonati fisiologici e patologici ivi compresi quelli bisogni di terapia intensiva, sono U.O. semplici o complesse con posti letto dedicati.

Nelle Tabelle i tre livelli vengono codificati come segue:

1° livello: Neonatologia di 1° livello - Codice 3962

2° livello- Neonatologia di 1° e 2° livello - Codice 6290

3° livello - TIN e Neonatologia - Codice 7390

Tabella 11 – Dotazione rete pubblica ASL 1 Avezzano-Sulmona

AFO 1 - MEDICINA		PL AFO	162
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	O890	CARDIOL	2
	2190	GERIATR	1
	2490	INFETT	1
	2690	Med GEN	3
	6490	ONCOL	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	2668	PNEUMO	1
	2629	NEFRO	1
	2618	EMATO	2
	2632	NEURO	1
Servizi	O800	CARDIOL	1
	2100	GERIATR	4
	2600	Med GEN	2
	2900	NEFRO	1
	5800	GASTRO	1
	1900	ENDOCRINO	3
	2001	ALLERGOL e IMMUN	1
	6400	ONCOL	1

AFO 2 - CHIRURGIA		PL AFO	234
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	O990	CH GEN	4
	1490	CH VASC	1
	3090	NEUROCH	1
	3690	ORTOP	3
	3890	ORL	1
	3490	OCULISTICA	2
	4390	UROL	2
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	O938	ORL	1

AFO 3 - TERAPIA INTENSIVA		PL AFO	37
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	4990	T. INTENS	3
	5090	U. CORON	2

AFO 4 - MATERNO INFANTILE		PL AFO	77
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	3790	OST&GIN	3
	3990	PEDIAT	3
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	6290	Neonatologia 1° e 2° livello	1
	3962	Neonatologia 1° livello	2

AFO 5 - RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA		PL AFO	114
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	5690	RIABIL	1
	6090	LUNGOD	5
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	5621	RIABIL	1

PL COMPLESSIVI	624
UU.OO. con pl dedicati	39
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	10
Servizi	36

Tabella 12 – Dotazione rete pubblica ASL 2 Chieti

AFO 1 - MEDICINA		PL AFO	268
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	O890	CARDIOL	1
	2190	GERIATR	1
	2490	INFETT	1
	2690	Med GEN	4
	3290	NEURO	1
	4090	PSICHIATR	1
	6490	ONCOL	1
	6890	PNEUMO	1
	2990	NEFRO	1
	5290	DERMATO	1
	2670	RADIOT	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	2608	CARDIOL	1
	2629	NEFRO	1
	2619	ENDOCRINO	1
Servizi	2100	GERIATR	2
	1800	EMATO	1
	O800	CARDIOL	1

AFO 2 - CHIRURGIA		PL AFO	251
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	O790	CARDIOCH	1
	O990	CH GEN	3
	1490	CH VASC	1
	3490	OCUL	1
	3690	ORTOP	2
	3890	ORL	1
	4390	UROL	2
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	O909	CH GEN	2
	O938	ORL	1
Servizi	3400	OCUL	2
	O900	CH GEN	1

AFO 3 - TERAPIA INTENSIVA		PL AFO	38
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	4990	T. INTENS	2
	5090	U. CORON	1

AFO 4 - MATERNO INFANTILE		PL AFO	80
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	3790	OST&GIN	2
	3990	PEDIAT	2
	7390	TIN e Neonatologia	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	3962	Neonatologia 1° livello	1
Servizi	3700	OST&GIN	1
	3900	PEDIAT	1

AFO 5 - RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA		PL AFO	89
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	5690	RIABIL	2
	6090	LUNGOD	3

PL COMPLESSIVI	726
UU.OO. con pl dedicati	38
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	7
Servizi	9

Tabella 13 – Dotazione rete pubblica ASL 3 Lanciano-Vasto

AFO 1 - MEDICINA		PL AFO	257
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	O890	CARDIOL	2
	2190	GERIATR	2
	2490	INFETT	1
	2690	Med GEN	3
	3290	NEURO	2
	4090	PSICHIATR	2
	5890	GASTRO	1
	6490	ONCOL	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	2619	ENDOCRINO	1
	2629	NEFRO	1
	2618	EMATO	1
	2652	DERMATO	1
Servizi	2100	GERIATR	3
	2600	Med GEN	2
	5800	GASTRO	1
	2900	NEFRO	1
	1900	ENDOCRINO	1

AFO 2 - CHIRURGIA		PL AFO	221
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	O990	CH GEN	3
	3490	OCUL	1
	3690	ORTOP	3
	3890	ORL	1
	4390	UROL	2
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	O934	OCUL	1
	3810	MAXILLO FACCIALE	1
Servizi	O900	CH GEN	2
	3630	ORTOP	1
	3400	OCUL	1

AFO 3 - TERAPIA INTENSIVA		PL AFO	30
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	4990	T. INTENS	3
	5090	U. CORON	2

AFO 4 - MATERNO INFANTILE		PL AFO	102
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	3790	OST&GIN	3
	3990	PEDIAT	3
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	6290	Neonatologia 1° e 2° livello	1
	3962	Neonatologia 1° livello	2

AFO 5 - RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA		PL AFO	150
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	5690	RIABIL	3
	6090	LUNGOD	3

PL COMPLESSIVI	760
UU.OO. con pl dedicati	41
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	9
Servizi	12
Totale	62

Tabella 14 – Dotazione rete pubblica ASL 4 L'Aquila

AFO 1 - MEDICINA		PL AFO	209
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	O890	CARDIOL	1
	2190	GERIATR	1
	2490	INFETT	1
	2690	Med GEN	3
	2990	NEFRO	1
	3290	NEURO	2
	4090	PSICHIATR	1
	6490	ONCOL	1
	6890	PNEUMO	1
	5290	DERMATO	1
	1990	ENDOCRINO	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	2001	ALLERGOL e IMMUN	1
	2670	RADIOT	1
	2658	GASTRO	1
SERVIZI	1800	EMATO	1

AFO 2 - CHIRURGIA		PL AFO	150
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	O990	CH GEN	4
	1090	CH MAXIL	1
	1490	CH VASC	1
	3090	NEUROCH	1
	3490	OCUL	1
	3690	ORTOP	2
	4390	UROL	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	O938	ORL	1
	1290	CH PLAS	1

AFO 3 - TERAPIA INTENSIVA		PL AFO	12
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	4990	T. INTENS	1
	5090	U. CORON	1

AFO 4 - MATERNO INFANTILE		PL AFO	49
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	3790	OST&GIN	2
	3990	PEDIAT	1
	7390	TIN e Neonatologia	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	3933	N.PSIC.INF	1

AFO 5 - RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA		PL AFO	40
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	5690	RIABIL	1
	6090	LUNGOD	1

PL COMPLESSIVI	460
UU.OO. con pl dedicati	33
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	6
Servizi	1

Tabella 15 – Dotazione rete pubblica ASL 5 Pescara

AFO 1 - MEDICINA		PL AFO	422
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	O890	CARDIOL	3
	1890	EMATO	2
	2190	GERIATR	2
	2490	INFETT	1
	2690	Med GEN	4
	2990	NEFRO	1
	4090	PSICHIATR	1
	6490	ONCOL	1
	5290	DERMATO	1
	5890	GASTRO	1
	7190	REUMATO	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	2668	PNEUMO	1
	7090	RADIOT	1
	2629	NEFRO	1
Servizi	2100	GERIATR	1
	4000	PSICHIATR	1
	1800	EMATO	1
	2900	NEFRO	1
	580O	GASTRO	1
	6400	ONCOL	2
	3200	NEURO	1
	6100	NUCLEAR	1
	1900	ENDOCRINO	1

AFO 2 - CHIRURGIA		PL AFO	320
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	O990	CH GEN	5
	1290	CH PLAS	1
	1390	CH TOR	1
	1490	CH VASC	1
	3090	NEUROCH	1
	3490	OCUL	1
	3690	ORTOP	4
	389	ORL	2
	4390	UROL	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	O943	UROL	1
Servizi	3400	OCUL	1

AFO 3 - TERAPIA INTENSIVA		PL AFO	47
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	4990	T. INTENS	3
	5090	U. CORON	2
	4790	GRANDI USTI	1

AFO 4 - MATERNO INFANTILE		PL AFO	133
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	1190	CH PEDIATR	1
	3790	OST&GIN	2
	3990	PEDIAT	2
	7390	TIN e Neonatologia	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	3962	Neonatologia 1° livello	1
Servizi	3700	OST&GIN	1
	3900	PEDIAT	1

AFO 5 - RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA		PL AFO	138
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	5690	RIABIL	3
	6090	LUNGOD	3
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	5675	UGCA-RAI	1

PL COMPLESSIVI	1060
UU.OO. con pl dedicati	53
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	5
Servizi	13

Tabella 16 – Dotazione rete pubblica ASL 6 Teramo

AFO 1 - MEDICINA		PL AFO	413
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	O890	CARDIOL	4
	2190	GERIATR	2
	2490	INFETT	1
	2690	Med GEN	4
	2690	NEFRO	1
	3290	NEURO	1
	4090	PSICHIATR	3
	6490	ONCOL	1
	6890	PNEUMO	1
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	2670	RADIOT	1
	2664	ONCOL	2
	2658	GASTRO	1
	2601	ALLERGOL. E IMMUNOL	1
	2619	ENDOCRINO	2
	2629	NEFRO	1
Servizi	2100	GERIATR	2
	4000	PSICHIATR	1
	2900	NEFRO	1
	1800	EMATO	1
	5800	GASTRO	1
	5200	DERMATO	1
	1900	ENDOCRINO	1

AFO 2 - CHIRURGIA		PL AFO	411
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	O790	CARDIOCH	1
	O990	CH GEN	4
	1390	CH TOR	1
	1490	CH VASC	1
	3090	NEUROCH	1
	3490	OCUL	1
	3690	ORTOP	4
	3890	ORL	2
	4390	UROL	2
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	O934	OCUL	1
	O964	CH GEN	1
	O943	UROL	1
	O938	ORL	1
	O910	MAXFACC	1

AFO 3 - TERAPIA INTENSIVA		PL AFO	47
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	4990	T. INTENS	5
	5090	U. CORON	2

AFO 4 - MATERNO INFANTILE		PL AFO	115
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	3790	OST&GIN	3
	3990	PEDIAT	3
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	6290	Neonatologia 1° e 2° livello	1
	3962	Neonatologia 1° livello	2
Servizi	3700	OST&GIN	1
	3900	PEDIAT	1
AFO 5 - RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA		PL AFO	225
	Cod.	UU.OO	N° UU.OO
UU.OO. con pl dedicati	5690	RIABIL	5
	6090	LUNGOD	4

PL COMPLESSIVI	1211
UU.OO. con pl dedicati	57
UU.OO. con pl di AFO (U.O.C. o U.O.S.)	15
Servizi	10

5.4. I posti letto della rete ospedaliera privata

Per le strutture private accreditate si prevede un'articolazione organizzativa su due livelli:

1. Unità operativa con posti letto: specifica articolazione organizzativa e strutturale con propria area di degenza riservata e autonomia gestionale;

2. Servizi specialistici: unità con specifica articolazione organizzativa, prevista per le strutture specialistiche ad alta diffusione *con vocazione prevalentemente ambulatoriale e/o ad attività a ciclo diurno.* Tali Servizi possono utilizzare eventualmente PL all'interno dell'AFO di appartenenza.

Nella Tabella 17 sono riportati i PL per le discipline accreditate nella rete ospedaliera privata. I campi della tabella contrassegnati con **X** si riferiscono a discipline senza PL, ma accreditate come Servizi Specialistici. E' vietato l'accreditamento di PL in sovrannumero rispetto a quelli riportati nella tabella 17.

Tabella 17 – Dotazione rete ospedaliera privata

	CODICE DISCIPLINA (Solo prime due cifre)	CdC DI LORENZO	CdC SANTA MARIA	CdC IMMACOLATA	CdC S. RAFFAELE (Ex S. LUCIA)	CdC INI CANISTRO	CdC NOVA SALUS	CdC VILLA PINI	CdC SPATOCCO	CdC SAN FRANCESCO	CdC SANATRIX	CdC VILLA LETIZIA	CdC PIERANGELI	CdC VILLA SERENA
26	MED GEN	24		14		11		16	15		15		30	16
21	GERIATR								8					13
8	CARDIOL	10		5					8		6		12	
32	NEURO	8						25						32
40	PSICHIATR													30
68	PNEUMO			5										
58	GASTRO	X											X	
52	DERMATO	X		X										
19	ENDOCRINO	X		X										
29	NEFR DIALISI					X								
71	REUMATO			X										
	AFO1	**42**	**0**	**24**	**0**	**11**	**0**	**41**	**31**	**0**	**21**	**0**	**42**	**91**
9	CH GEN	18	16**	17**		X		27	32		22**		30	12**
36	ORTOP	10	x			6			15		10	22**	15	20
14	CH VASC												10	
38	ORL	5	X						X		X	X	X	
34	OCUL	X											10	
43	UROL			5		14**					X		10	
12	CH PLAS	X		X				X				X		
9	CH APP DIG	X									X			
13	CH TOR			X										
	AFO2	**33**	**16**	**22**	**0**	**20**	**0**	**27**	**47**	**0**	**32**	**22**	**75**	**32**
49	T. INTENS	4						6	3				3	
	AFO3	**4**						**6**	**3**				**3**	
37	OST&GIN	5*	15						5*		X		5*	
39	PEDIATRIA	X	X***											
	AFO4	**5**	**15**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**5**	**0**	**0**	**0**	**5**	**0**
56	RIABIL				30	10	30	83	23	20		13		155
60	LUNGOD			10				21						37
	AFO5	**0**	**0**	**10**	**30**	**10**	**30**	**104**	**23**	**20**	**0**	**13**	**0**	**192**
	TOTALE	**84**	**31**	**56**	**30**	**41**	**30**	**178**	**109**	**20**	**53**	**35**	**125**	**315**

* *solo per la specialistica di ginecologia (non punto nascita).*

** *comprensivi dei posti letto sub-intensivi per trattamenti post-operatori.*

*** *funzione di appoggio al punto nascita*

In merito alle prestazioni a regime di ricovero, producibili sui posti letto accreditati, esse riguardano sia la produzione per il Sistema Sanitario Regionale che per quello Sanitario Nazionale extraregionale e dovranno rispettare i seguenti requisiti:

- Essere conformi ai criteri di appropriatezza secondo quanto previsto anche dalla Legge Regionale n. 20/2006 ed eventuali ulteriori criteri stabiliti d'intesa con le associazioni di categoria;
- Rispettare il criterio della non interscambiabilità dei posti letto tra le diverse AFO;
- Rispettare la pertinenza specialistica così come prevista dalla normativa attualmente vigente in materia di discipline equipollenti ed affini.

Il numero massimo dei ricoveri acquistabili dal SSR per gli assistiti della regione Abruzzo viene determinato secondo la seguente procedura:

a) Determinazione, da parte della Regione, del numero complessivo di ricoveri acquistabili dai privati accreditati mediante:

i. calcolo dei ricoveri attesi complessivi per il rispetto dei seguenti tassi di ospedalizzazione, come previsto dal Piano di Risanamento 2007-2009 (vedi nota 1):

a. per l'anno 2007: tasso di ospedalizzazione, 200 x 1000 abitanti;
b. per l'anno 2008: tasso di ospedalizzazione 190 x 1000 abitanti;
c. per l'anno 2009: tasso di ospedalizzazione 180 x 1000 abitanti.

ii. calcolo di ricoveri attesi suddivisi per acuti, riabilitazione e lungodegenti utilizzando come standard di riferimento le relative degenze medie delle strutture ospedaliere pubbliche, fornite dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali di Roma;

iii. ripartizione delle quote così calcolate in modo proporzionale tra pubblico e privato in base alla dotazione di PL, così come prevista dal presente piano.

iv. il calcolo del costo complessivo delle prestazioni acquistate in modo che si verifichi una riduzione di spesa rispetto al 2006.

b) Individuazione, da parte della Regione, del numero massimo di ricoveri acquistabili dalle singole strutture private accreditate mediante:

i. individuazione della degenza media per ogni singola specialità, sulla base dei valori medi nazionali delle strutture ospedaliere pubbliche, forniti dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali di Roma;
ii. determinazione del numero massimo di ricoveri aquistabili, nelle diverse discipline, con la dotazione di posti letto riportate in tabella 17, prevedendo un tasso di occupazione del 75%, per i posti letto per acuti, e del 90% per i posti letto di riabilitazione e lungodegenza, calcolati su base annua.

c) Contrattazione, da parte delle Direzioni delle ASL con le singole strutture private, sia del numero che della tipologia di ricoveri da acquistare da ogni struttura, ovvero i ricoveri considerati necessari per soddisfare i bisogni assistenziali in un'ottica di integrazione con il pubblico e con le altre strutture in rete.

Allegato 1- Classificazione Specialità

Codice	Nome disciplina	Tasso nazionale (x1000ab)	Valenza
Specialità di Base			
26	Medicina Generale	0.764	Singolo presidio
09	Chirurgia Generale	0.588	Singolo presidio
36	Ortopedia e Traumatologia	0.386	Singolo presidio
56	Recupero e Riabilitazione	0.353	Singolo presidio
37	Ostetricia e Ginecologia	0.337	Singolo presidio
60	Lungodegenza	0.179	Singolo presidio
39	Pediatria	0.141	Singolo presidio
Specialità ad Alta Diffusione (intermedie).			
08	Cardiologia	0.155	ASL-Provincia
32	Neurologia	0.140	ASL-Provincia
43	Urologia	0.138	ASL-Provincia
40	Psichiatria	0.134	ASL-Provincia
38	Otorinolaringoiatria	0.107	ASL-Provincia
34	Oculistica	0.101	ASL-Provincia
21	Geriatria	0.098	ASL-Provincia
64	Oncologia	0.096	ASL-Provincia
68	Pneumologia	0.096	ASL-Provincia
49	Terapia Intensiva	0.077	ASL-Provincia
24	Malattie Infettive e Tropicali	0.073	ASL-Provincia
50	Unità Coronarica	0.048	ASL-Provincia
14	Chirurgia Vascolare	0.045	ASL-Provincia
29	Nefrologia	0.043	ASL-Provincia
62	Neonatologia	0.040	ASL-Provincia
18	Ematologia	0.038	ASL-Provincia
58	Gastroenterologia	0.037	ASL-Provincia
52	Dermatologia	0.033	ASL-Provincia
75	Neuro-riabilitazione	0.028	ASL-Provincia
19	Malattie Endocrine	0.026	ASL-Provincia
73	Terapia Intensiva Neonatale	0.019	ASL-Provincia

Tutte le specialità non incluse negli elenchi sopra riportati sono considerate Specialità a Bassa diffusione ed a Valenza Regionale.

Allegato 2 - Moduli minimi per Specialità

Numero di posti letto minimi dei moduli/UU.OO. delle singole specialità

Disciplina	Pubblici	Privati	Valenza
AFO 1 - Medica	**Min**	**Min**	**Specialità**
MEDICINA GENERALE	20	10	Base
GERIATRIA	5	8	Intermedie
CARDIOLOGIA	6	5	Intermedie
NEUROLOGIA	5	8	Intermedie
PSICHIATRIA	10	10	Intermedie
ONCOLOGIA ERADIOTERAPIA	6		Intermedie
PNEUMOLOGIA	5	5	Intermedie
NEFROLOGIA	5		Intermedie
EMATOLOGIA	5		Intermedie
GASTROENTEROLOGIA	5		Intermedie
DERMATOLOGIA	5		Intermedie
ENDOCRINOLOGIA	5		Intermedie
MALATTIE INFETTIVE	12		Intermedie
RADIOTERAPIA	7		Regionale
REUMATOLOGIA	12		Regionale
AFO 2 - Chirurgica	**Min**	**Min**	**Valenza**
CHIRURGIA GENERALE	15	10	Base
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	6	Base
CHIRURGIA VASCOLARE	8	10	Intermedie
OTORINOLARINGOIATRIA	6	5	Intermedie
OCULISTICA	6	8	Intermedie
UROLOGIA	6	5	Intermedie
CARDIOCHIRURGIA	24		Regionale
CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE	10		Regionale
CHIRURGIA PLASTICA	10		Regionale
CHIRURGIA TORACICA	14		Regionale
NEUROCHIRURGIA	15		Regionale
AFO 3 - Terapie Intensive	**Min**	**Min**	**Valenza**
TERAPIA INTENSIVA	3	3	Base
UNITA' CORONARICA	5		Base
AFO 4 - Materno Infantile	**Min**	**Min**	**Valenza**
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	10	5*	Base
PEDIATRIA	5	5	Base
NEONATOLOGIA	3		Intermedie
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	3		Intermedie
CHIRURGIA PEDIATRICA	16		Regionale
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	5		Regionale
AFO 5 - Riabilitazione/Lungodegenza	**Min**	**Min**	**Valenza**
RIABILITAZIONE	10	10	Base
LUNGODEGENZA	10	10	Base
UNITA' SPINALE	10	10	Regionale
UGCA	12	12	Regionale
UGCA-RAI	8	8	Regionale

- *solo per la specialistica di ginecologia (non punto nascita). Con punto nascita come per il pubblico*

APPENDICE D

SISTEMA REGIONALE DI CONTABILITÀ DIREZIONALE PER LA SANITÀ

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

1. RAZIONALE E FINALITÀ GENERALI DEL PROGETTO

Il processo di modernizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, avviato con il D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, è in fase di ulteriore sviluppo. Dopo la costituzione delle Aziende Sanitarie, la modificazione del sistema di finanziamento e l'introduzione di meccanismi competitivi, l'ulteriore fase di sviluppo del sistema è rappresentato dal riconoscimento alle Regioni della responsabilità piena sul Sistema Sanitario Regionale.

Anche in ragione di quest'ultimo passo evolutivo del sistema sanitario, si rende necessario avviare in Regione Abruzzo un progetto che consenta, nell'arco del prossimo biennio, la realizzazione di una serie di sistemi e strumenti funzionali al governo e alla gestione del Sistema Sanitario Regionale. Al fine di progettare e realizzare un sistema regionale di controllo di gestione della sanità, in conformità con quanto previsto dalla Legge Regionale nr. 146/1996, recante "Norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale", la Regione Abruzzo ha già avviato una serie di azioni, prevalentemente focalizzate sulla dimensione economico-finanziaria dei risultati del Sistema, concretizzatisi con Delibera di Giunta Regionale nr. 811, del 26 settembre 2003, recante "Linee guida sul controllo di gestione delle aziende sanitarie locali della Regione Abruzzo", successivamente integrata con DG/067 del 17/12/2003.

La possibilità di esercitare compiutamente una funzione di governo sul sistema sanitario, peraltro, presuppone l'esistenza di sistemi e strumenti in grado di fornire un quadro conoscitivo globale dei risultati conseguiti e, quindi, oltre che sul piano economico, anche su quello della capacità di assicurare i livelli essenziali di assistenza e la qualità dei servizi offerti. In questo senso, la Regione Abruzzo ha la necessità di rafforzare la propria capacità di governo, mediante lo sviluppo di un'attività di programmazione strategica basata sulla conoscenza delle caratteristiche della domanda e dell'offerta sanitaria, e, contemporaneamente, di migliorare le capacità di valutazione dei risultati gestionali conseguiti dalle diverse aziende anche mediante l'analisi comparativa dei costi sostenuti rispetto all'attività svolta e dell'efficacia delle prestazioni e dei servizi erogati.

A tale scopo, il presente progetto prevede la progettazione e la realizzazione del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità Abruzzese, attraverso il coinvolgimento dell'Agenzia Regionale Sanitaria, affinché si renda possibile attivare gli opportuni flussi informativi dalle aziende sanitarie, elaborare i dati raccolti per alimentare un sistema articolato di "cruscotti" di monitoraggio sintetici e, parallelamente, per realizzare il sistema di reporting analitico sia per supportare la Regione nelle attività di pianificazione e di valutazione, sia per fornire alle Aziende Sanitarie informazioni comparative utili per avviare momenti di riflessione sulla ricerca di modalità di impiego efficiente ed efficace delle risorse e per avviare un sistematico benchmarking tra le stesse.

Lo sviluppo dell'obiettivo precedentemente evidenziato, tuttavia, è condizionato dall'avvio di un parallelo ed altrettanto impegnativo processo di cambiamento che, in questo caso, coinvolge tutte le Aziende Sanitarie regionali. È necessario, affinché sia possibile disporre di informazioni a livello regionale, che ogni Azienda Sanitaria della Regione Abruzzo sia dotata degli strumenti di base per gestire l'insieme dei sistemi di rilevazione aziendali che alimenteranno il Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità.

I sistemi di rilevazione aziendali dovranno essere progettato o, laddove già esistenti, riprogettato in modo che esso sia in grado, una volta realizzato o adattato, di alimentare il sistema di monitoraggio regionale rispettando i vincoli relativi a:

- grado di dettaglio delle informazioni;
- frequenza e tempestività di invio delle informazioni;
- caratteristiche informatiche delle informazioni.

Se il sistema di monitoraggio regionale si può sviluppare solo se esistono sistemi di controllo aziendali funzionanti e progettati coerentemente, la realizzazione degli obiettivi programmatici regionali è fortemente condizionata dall'esistenza di un'attività di programmazione aziendale altrettanto funzionante e coerente. In questo senso, quindi, si rende necessario porre tra gli obiettivi del presente progetto anche la progettazione e realizzazione o, laddove già esiste, la riprogettazione e l'adattamento del sistema di budget presso ciascuna Azienda Sanitaria della Regione Abruzzo.

La realizzazione del complessivo Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità, peraltro, non deve essere inteso come mera operazione intermedia di costituzione del sistema di monitoraggio regionale, bensì *come azione di supporto della regione nei confronti delle Aziende Sanitarie regionali* affinché si diffonda la cultura manageriale in tutti gli operatori con responsabilità gestionali e si creino, presso ciascuna Azienda Sanitaria, gli strumenti e le competenze necessarie affinché i sistemi di programmazione e controllo di gestione possano essere gestiti efficientemente ed efficacemente. In questo senso, il presente progetto prevede che:

- nelle Aziende Sanitarie nelle quali sono già stati sviluppati sistemi di programmazione e controllo di gestione ritenuti, a livello aziendale, in grado di svolgere le funzioni proprie di tali strumenti, le caratteristiche degli stessi vengano mantenute agendo solo nell'ottica di adattamento del sistema di rilevazione rispetto alle esigenze del sistema di monitoraggio regionale;
- tutte le Aziende Sanitarie regionali potranno beneficiare, in ragione delle effettive esigenze, dall'attività di formazione e di affiancamento eventualmente resa disponibile con il presente progetto;
- tutte le Aziende Sanitarie regionali potranno beneficiare, sempre in ragione delle effettive esigenze, di una quota di risorse, eventualmente messe a disposizione dal presente progetto, per l'ammodernamento delle procedure gestionali.

È obiettivo specifico del presente progetto, oltre alla progettazione e realizzazione dei sistemi e degli strumenti precedentemente esplicitati, lo sviluppo di professionalità, in seno alla Regione e alle Aziende Sanitarie regionali, in grado di manutenere e gestire autonomamente i sistemi e gli strumenti stessi. Per tale motivo il progetto sarà seguito da appositi Gruppi di lavoro costituiti nelle singole Aziende Sanitarie e a livello regionale. Tali Gruppi di lavoro dovranno essere adeguatamente formati ed affiancati in tutte le attività relative alla realizzazione dei contenuti del progetto.

2. OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

Al fine di realizzare il presente progetto, si ritiene fondamentale sviluppare una serie di attività che hanno, come oggetto, gli elementi che costituiscono la base di progettazione del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità. Di seguito sono esplicitate le singole linee di attività in termini di obiettivi da perseguire e di caratteristiche dei risultati da produrre.

Al fine della realizzazione delle singole attività previste dal presente progetto, l'Agenzia Sanitaria Regionale si avvale della collaborazione e/o dei servizi di soggetti esterni indicati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Gli obiettivi specifici del progetto

L'obiettivo perseguito è quello di realizzare un efficace sistema di

monitoraggio dei Servizi Sanitari Regionali, i cui utilizzatori saranno l'Assessorato Regionale alla Sanità della Regione Abruzzo, l'Agenzia Sanitaria Regionale e i Direttori e i dirigenti, ai diversi livelli di responsabilità organizzativa potenzialmente interessati, delle singole aziende sanitarie. In questo senso la realizzazione del presente obiettivo è condizionato alla realizzazione dei necessari sistemi di rilevazione presso ciascuna azienda sanitaria regionale secondo le specifiche definite nei paragrafi che seguono.

Il Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità dovrà consentire il perseguimento delle seguenti finalità fondamentali:

- identificare le principali azioni correttive che la Regione, di concerto con la singola azienda sanitaria, può assumere al fine di riorientare tempestivamente i risultati di gestione rispetto agli obiettivi prefissati;
- supportare l'attività di programmazione annuale e pluriennale regionale.

A tale scopo si tratta di progettare, in seno alla Regione Abruzzo o all'Agenzia Sanitaria Regionale, una struttura organizzativa, dotata delle necessarie professionalità e strumentazione tecnologica, con le seguenti funzioni generali:

- garantire l'acquisizione periodica e l'archiviazione dei dati elementari necessari per il perseguimento delle finalità precedentemente evidenziate, integrandosi con i sistemi di rilevazione delle singole aziende sanitarie regionali;
- assicurare, compatibilmente con le caratteristiche dei sistemi di rilevazione realizzati presso le aziende sanitarie regionali, il monitoraggio continuo di un set articolato di indicatori di sintesi dei risultati denominato "cruscotto di monitoraggio";
- elaborare, con cadenza periodica predefinita, i dati archiviati al fine di produrre report routinari;
- supportare l'attività progettuale regionale mediante la predisposizione di un rapporto di gestione annuale sullo stato dei Servizi Sanitari della Regione Abruzzo e l'effettuazione di analisi ad hoc sia su richiesta dell'Assessorato alla Sanità che di singole aziende sanitarie.

Le caratteristiche tecniche minimali del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale, sono specificate nei successivi sottoparagrafi del presente documento progettuale.

2.1 Le caratteristiche generali del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità

Al fine di garantire la progettazione e la realizzazione di un efficace ed efficiente sistema di monitoraggio regionale basato, soprattutto, sullo sviluppo di un'opportuna struttura organizzativa dedicata, le linee di intervento lungo le quali si dovrà collocare l'attività di progettazione del sistema stesso sono identificabili in:

- definizione delle caratteristiche, in termini di ruolo, compiti e funzioni, della struttura organizzativa dedicata al monitoraggio dei servizi sanitari regionali;
- progettazione e realizzazione del cruscotto di monitoraggio;
- progettazione e realizzazione del sistema di reporting routinario;
- definizione delle caratteristiche dei flussi informativi che, partendo dalle aziende sanitarie della Regione, alimenteranno il sistema di Contabilità Direzionale;
- progettazione e realizzazione del rapporto di gestione annuale sullo stato dei servizi sanitari della regione.

In ragione del fatto che è obiettivo specifico del presente progetto sviluppare risorse e competenze professionali interne alle Regione per la gestione sistematica del servizio di monitoraggio regionale, i passaggi logici

precedentemente elencati dovranno essere sviluppati anche in una logica formativa del gruppo di lavoro specificamente dedicato a livello regionale. In tal senso, pertanto, l'intero sviluppo del progetto dovrà essere accompagnato da un'adeguata attività formativa e affiancamento del gruppo di lavoro regionale al fine di renderlo progressivamente autonomo.

Al fine di meglio specificare le proprietà del sistema di monitoraggio regionale, si ritiene opportuno, di seguito, definire le caratteristiche minimali:

A. dei flussi informativi;

B. del sistema di reporting.

A) DEFINIZIONE DELLE CARATTERISTICHE GENERALI DEI FLUSSI INFORMATIVI

Nell'ambito del progetto, dovranno essere definite:

1) le informazioni che ogni azienda sanitaria accreditata dovrà fornire, con cadenza periodica predefinita, al fine di alimentare il sistema di Contabilità Direzionale specificando:
   - la tipologia analitica dei dati;
   - il tracciato record di riferimento;
   - il formato elettronico di riferimento;
   - la frequenza con la quale i dati devono essere forniti;
   - il modello organizzativo sottostante alla gestione dei flussi informativi, precedentemente specificati, dalle aziende sanitarie regionali alla struttura organizzativa deputata alla gestione del sistema di Contabilità Direzionale e, da quest'ultima, verso i soggetti istituzionali esterni nei confronti dei quali, sulla base della normativa nazionale in materia, deve essere garantito un flusso informativo periodico;
2) individuare specifiche procedure di controllo e validazione dei dati coerenti ed in linea con i dettami previsti dal quadro normativo esistente a livello regionale e nazionale;
3) progettare ed implementare un data base a livello regionale alimentato sistematicamente ed a cadenze temporali predefinite con le informazioni richieste alle aziende sanitarie accreditate;

La definizione delle caratteristiche dei flussi informativi dovrà essere coerente con le norme legislative nazionali e/o regionali di riferimento in vigore e con la progettazione delle caratteristiche del sistema di elaborazione delle informazioni al fine della produzione dei report di cui al successivo punto B).

B) DEFINIZIONE DELLE CARATTERISTICHE GENERALI DEL SISTEMA DI REPORTING

Il sistema di reporting routinario dovrà essere progettato identificando chiaramente:

A) i destinatari delle informazioni distinguendo tra:
   - soggetti istituzionali esterni (Ministero della Salute, Ministero del Tesoro, ecc..);
   - organi istituzionali e dirigenti regionali;
   - aziende sanitarie;

B) i contenuti dei report previsti e la frequenza con la quale gli stessi devono essere prodotti.

In ogni caso, il sistema di reporting dovrà essere in grado di supportare l'attività di monitoraggio e di programmazione regionale fornendo elementi conoscitivi e analisi in merito a:

1. analisi economico-finanziarie inerenti le performance gestionali ottenute dalle singole aziende sanitarie regionali e la possibilità di effettuare analisi comparative dell'efficienza;

2. analisi sui dati dell'attività, dell'offerta e della domanda sanitaria garantendo la possibilità di effettuare confronti tra diverse aziende a livello di aree omogenee di attività e di singole tipologie di prestazione;
3. analisi sulla qualità delle prestazioni erogate e sulla capacità delle aziende sanitarie di assicurare i livelli essenziali di assistenza con servizi e prestazioni appropriate.

Con riferimento alle ***analisi economico finanziarie***, il sistema di reporting regionale dovrà almeno permettere l'effettuazione di analisi ed approfondimenti conoscitivi in relazione alle esigenze di analizzare e valutare:

a) la congruenza dei risultati economico finanziari ottenuti dalle aziende sanitarie rispetto ai servizi/prestazioni sanitarie erogate sviluppando specifici indicatori e parametri che rapportino dati economico finanziari e dati espressivi dei livelli di attività erogati;
b) la congruenza dell'assetto dell'offerta rispetto alle risorse utilizzate e all'attività svolta, sia in termini monetari che fisico-tecnici, al fine di supportare la definizione dei livelli assistenziali uniformi e il monitoraggio dell'attuazione degli obiettivi regionali;
c) la congruenza tra risultati economico finanziari ottenuti dalle aziende sanitarie regionali e quanto previsto dagli obiettivi di programmazione definiti a livello Regionale;
d) le cause degli scostamenti a livello aziendale ed a livello regionale tra dati previsionali e dati consuntivi;
e) i fenomeni connessi alla mobilità sanitaria attiva e passiva;
f) l'andamento dei costi relativi ai fattori produttivi più critici sviluppando confronti temporali e spaziali anche con riferimento ai livelli di attività;
g) il grado di congruenza del sistema di tariffazione regionale in vigore consentendo il suo sistematico aggiornamento e, se del caso, modificazione e/o integrazione;
h) gli equilibri di bilancio delle aziende sanitarie regionali sulla base delle risultanze dei sistemi di contabilità generale;
i) i bilanci delle aziende sanitarie regionali sviluppando specifici indicatori di sintesi;
j) il grado di aderenza ed attuazione delle politiche regionali di investimento fungendo da supporto per la definizione di quelle future.

Con riferimento all'***analisi delle attività sanitarie***, il sistema di monitoraggio, utilizzando i dati resi disponibili, dovrà attivare specifiche elaborazioni sulle attività erogate al fine di valutare lo stato di attuazione della programmazione regionale. Pre-requisito, per lo svolgimento della presente linea di intervento, è l'attivazione di flussi informativi che beneficino sia delle informazioni che la Regione richiede annualmente all'amministrazione delle aziende sanitarie, pubbliche e private accreditate, individuando specifiche procedure di controllo e validazione, sia di tutte le informazioni ritenute necessarie per il corretto funzionamento del sistema di monitoraggio anche con finalità di:

a) identificare aree critiche da sottoporre a verifica analitica;
b) identificare aree di eccellenza da sottoporre a valutazione per specifici progetti di sviluppo e specializzazione;
c) individuare comportamenti non coerenti rispetto agli obiettivi prefissati;
d) valutare la qualità e l'uniformità dell'assistenza;
e) valutare i flussi migratori;
f) fornire elementi utili per la razionalizzazione della rete ospedaliera.

I risultati delle analisi, svolte attraverso un sistema di indicatori, in parte da progettare, secondo le specifiche esigenze conoscitive della Regione, dovranno consentire il confronto con i dati storici e valori standard di

riferimento e la lettura organica di un sistema di reporting. Il sistema dovrà consentire, inoltre, di esaltare le aree d'eccellenza attraverso lo scambio di esperienze con realtà nazionali e comunitarie, avvalendosi anche di metodologie che consentano di confrontare in modo omogeneo le attività erogate.

Di seguito si indicano, per aree specifiche, le caratteristiche delle informazioni di base che dovranno essere rese disponibili al fine di effettuare le analisi necessarie.

- *Assistenza ospedaliera*

  I dati da raccogliere dovranno consentire di realizzare analisi per le seguenti organizzazioni sanitarie: presidi ospedalieri a gestione diretta delle aziende sanitarie locali, presidi ospedalieri delle Aziende Ospedaliere (qualora costituite), ospedali classificati e Case di Cura accreditate. Le analisi dovranno essere effettuate in modalità sintetiche e analitiche.

  Per la sintesi delle attività sanitarie ospedaliere, si farà riferimento alla tipologia di produttore ospedaliero, alla singola struttura di ricovero, al reparto, alla branca specialistica e ad altre aggregazioni che la Regione riterrà opportuno ai fini conoscitivi. Le informazioni minime, di cui si dovrà disporre, al fine di elaborare gli indicatori, sono determinate dalle normative vigenti in tema di flussi informativi da aziende sanitarie a Regione e da Regione ad altre Istituzioni.

- *Assistenza sanitaria di base*

  Le informazioni da raccogliere dovranno consentire di realizzare analisi per le aziende sanitarie locali. Le analisi dovranno essere effettuate in modalità sintetiche e analitiche.

  Per la sintesi delle attività sanitarie di base, si farà riferimento alla singola azienda sanitaria locale, al singolo distretto, al singolo professionista e ad altre aggregazioni che la Regione riterrà opportuno ai fini conoscitivi. Le informazioni minime di cui si dovrà disporre, al fine di elaborare gli indicatori, sono determinate dalle normative vigenti in tema di flussi informativi da aziende sanitarie a Regione e da Regione ad altre istituzioni.

- *Assistenza sanitaria collettiva*

  I flussi informativi dovranno consentire di realizzare analisi per aziende sanitarie locali e alle strutture accreditate e convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale, deputate alle attività indicate. Le analisi dovranno essere effettuate in modalità sintetiche e analitiche.

  Per la sintesi delle attività sanitarie di base, si farà riferimento alla singola azienda sanitaria locale, al singolo distretto, alla singola unità operativa, alle strutture accreditate e convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale, deputate alle attività indicate e ad altre aggregazioni che la Regione riterrà opportuno ai fini conoscitivi. Le informazioni minime di cui si dovrà disporre, al fine di elaborare gli indicatori, sono determinate dalle normative vigenti in tema di flussi informativi da aziende sanitarie a Regione e da Regione ad altre Istituzioni.

- *Assistenza specialistica semiresidenziale territoriale*

  I flussi informativi dovranno consentire di realizzare analisi per le seguenti strutture sanitarie: presidi ospedalieri a gestione diretta delle aziende sanitarie locali, presidi ospedalieri delle aziende ospedaliere (qualora costituite), ospedali classificati e Case di Cura accreditate. Le analisi dovranno essere effettuate in modalità sintetiche e analitiche.

  Per la sintesi delle attività sanitarie di specialistica semiresidenziale territoriale, si farà riferimento alla singola azienda sanitaria, al singolo

distretto, alla singola unità operativa, alle strutture accreditate e convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale, deputate alle attività indicate e ad altre aggregazioni che la Regione riterrà opportuno ai fini conoscitivi. Le informazioni minime di cui si dovrà disporre, al fine di elaborare gli indicatori, sono determinate dalle normative vigenti in tema di flussi informativi da aziende sanitarie a Regione e da Regione ad altre Istituzioni.

- *Assistenza sanitaria residenziale*

  I flussi informativi dovranno consentire di realizzare analisi per aziende sanitarie locali. Le analisi dovranno essere effettuate in modalità sintetiche e analitiche.

  Per la sintesi delle attività sanitarie residenziali, si farà riferimento alla singola azienda sanitaria locale, al singolo distretto, alla singola unità operativa, alle strutture accreditate con il Servizio Sanitario Regionale, deputate alle attività indicate e ad altre aggregazioni che la Regione riterrà opportuno ai fini conoscitivi. Le informazioni minime di cui si dovrà disporre, al fine di elaborare gli indicatori, sono determinate dalle normative vigenti in tema di flussi informativi da aziende sanitarie a Regione e da Regione ad altre Istituzioni.

  L'attivazione del flusso informativo per il monitoraggio delle attività sanitarie dovrà prevedere non solo il collegamento fra le Aziende Sanitarie e l'organismo regionale deputato alla gestione del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale ma, anche, con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale allo scopo di condividere i flussi informativi, per quanto di reciproco interesse, e condurre analisi congiunte di carattere gestionale o epidemiologiche.

2.2 Le caratteristiche della soluzione informatica

Allo scopo di assicurare la funzionalità del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità, sarà ricercata una soluzione informatica dotata delle seguenti caratteristiche distintive generali:

- modularità;
- scalabilità;
- robustezza;
- facilità d'uso;
- architettura WEB-Internet;
- architettura informatica improntata a criteri di elevata sicurezza;
- aggiornamento in tempo reale dei flussi informativi previsti;
- disponibilità di meccanismi di controllo di qualità dei dati;
- possibilità di effettuare elaborazioni statistiche sui dati elementari;
- possibilità di ottenere serie storiche dei dati per l'analisi del trend evolutivo e per proiezioni temporali;
- utilizzo di sistemi di crittografia di tipo SSL a 128 bit per lo scambio di dati sensibili (nel rispetto di quanto previsto dalla legge 675/96, del d.lgs. 318/99 e successive modificazioni ed integrazioni);
- identificazione degli enti coinvolti nello scambio dei flussi informativi e degli utenti abilitati all'accesso ai servizi;
- possibilità di implementare e di integrare in seguito nuovi servizi e funzionalità;
- semplicità e completezza di gestione.

La soluzione individuata, inoltre, dovrà garantire l'aderenza alle metodologie, tecnologie e standard raccomandati dall'AIPA nelle proprie norme.

2.3 le fasi di sviluppo del progetto

Il risultato atteso, al termine del presente progetto, è rappresentato dalle realizzazione delle condizioni tecniche e organizzative affinché, presso un'articolazione organizzativa dell'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo o, in alternativa, dell'Agenzia Sanitaria Regionale, sia possibile acquisire, archiviare ed elaborare i dati e le informazioni provenienti dalle aziende sanitarie della Regione Abruzzo e dagli uffici della stessa Regione al fine di assicurare il monitoraggio sistematico delle variabili critiche di governo del Sistema Sanitario Regionale e, parallelamente, produrre report sintetici ed analitici periodici a supporto dei processi valutativi e decisionali degli uffici dell'Assessorato alla Sanità, dell'Agenzia Sanitaria Regionale e delle aziende sanitarie.

Da un punto di vista operativo, ciò comporta la gestione di flussi informativi esistenti, l'adeguamento di altri flussi informativi che, seppure esistenti, non sono ancora generati in una forma adeguata ai fini del presente progetto e, infine, la progettazione e la realizzazione di nuovi flussi informativi. In via del tutto preliminare, i principali flussi informativi già avviati, seppure necessitanti di interventi di riprogettazione, interessati dal Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità sono:

- Contabilità Generale;
- Contabilità Analitica;
- Schede di Dimissione Ospedaliera
- prestazioni ambulatoriali specialistiche;
- mobilità sanitaria;
- SIS;
- Portale della Regione Abruzzo;
- IVG, AIDS, Tossicodipendenze, ADI;
- Vaccinazioni;
- Screening dei tumori.

Ai flussi citati vanno aggiunti, inoltre, quelli che, nel corso del presente progetto, saranno ulteriormente definiti allo scopo di monitorare:

- le attività, i servizi e le prestazioni prodotte dalle strutture territoriali inclusi i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta;
- l'assetto della struttura di offerta complessiva del Sistema Sanitario Regionale con particolare riferimento agli indicatori espressivi della capacità produttiva disponibile;
- i livelli qualitativi delle prestazioni erogate e la capacità del Sistema Sanitario di assicurare i livelli essenziali di assistenza.

Si tratta, in considerazione della complessità derivante dall'insieme dei flussi informativi interessati, di una progettualità il cui sviluppo potrà avvenire solo per fasi successive in funzione dei flussi che, progressivamente, saranno effettivamente attivati al fine di alimentare il Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità. Va fin d'ora sottolineato che, attraverso la presente progettualità, saranno create le condizioni di base per l'attivazione del Sistema di Contabilità Direzionale e che, secondo una lista di priorità

concordato, saranno attivati i flussi informativi principali al fine di esercitare una prima forma di governo economico e clinico del Sistema Sanitario.

La realizzazione di un Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità, peraltro, è iniziativa in continuo divenire con una valenza permanente all'interno dell'Assessorato e dell'Agenzia Sanitaria Regionale e il cui affinamento, anche in ragione di altre progettualità che saranno attivate nel tempo, avverrà anche in momenti successivi rispetto al termine fissato della presente iniziativa.

Allo scopo di perseguire gli obiettivi del presente progetto, pertanto, si prevedono le seguenti fasi di sviluppo a valenza ciclica:

a) definizione di cruscotti di monitoraggio specifici;

b) definizione delle caratteristiche dei flussi informativi;

c) organizzazione e attivazione dei flussi informativi;

d) progettazione e realizzazione del sistema di reporting routinario sintetico e analitico.

a) definizione di cruscotti di monitoraggio specifici

Con riferimento ad ambiti specifici del Sistema Sanitario Regionale ed alle aree di interesse conoscitivo prioritario, si tratta di identificare il set di indicatori rispetto ai quali si ritiene utile e indispensabile esercitare un monitoraggio sistematico a fini di valutazione e decisione.

Gli indicatori del cruscotto sono finalizzati ad evidenziare l'esistenza di eventuali problematiche gestionali il cui approfondimento, a fini di analisi e interpretazione, avviene attraverso il sistema di reporting del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità. In questo senso, la definizione del "cruscotto" di monitoraggio è propedeutico alla successiva progettazione del sistema di reporting routinario e, conseguentemente, nella definizione delle caratteristiche dei flussi informativi da acquisire o da progettare e realizzare.

Il cruscotto potrà essere, in una fase iniziale, realizzato su supporti software di tipo semplice, per esempio excel o access, per essere, in un secondo momento, ingegnerizzati e trasferiti su un supporto informatico definitivo quale parte integrante del Sistema di Contabilità Direzionale.

La fase di definizione dei "cruscotti" di monitoraggio è attività ciclica che dovrà essere ripetuta più volte al fine coprire progressivamente tutti gli ambiti di interesse regionale. Nello schema che segue, sono esplicitati i principali settori d'intervento sanitario incrociati con le aree di interesse conoscitivo.

Figura 1: Ambiti di definizione dei "cruscotti" di monitoraggio

		SETTORI D'INTERVENTO SANITARIO							
		AREA OSPEDALIERA	**AREA TERRITORIALE**	**PREVENZIONE**	**SALUTE MENTALE**	**ANZIANI E DISABILITÀ**	**MATERNO INFANTILE**	**EMERGENZA**	**SERVIZI DI SUPPORTO**
AREE DI INTERESSE CONOSCITIVO	ANALISI ECONOMICHE								
	ASSETTO DELL'OFFERTA								
	VOLUMI E MIX PRESTAZIONALI								
	QUALITÀ E LEA								

b) definizione delle caratteristiche dei flussi informativi

In funzione delle caratteristiche dei "cruscotti" di monitoraggio, è possibile definire le caratteristiche dei flussi informativi da implementare rispetto a:

- la tipologia analitica dei dati;
- il tracciato record di riferimento;
- il formato elettronico di riferimento;
- la frequenza con la quale i dati devono essere forniti;
- il modello organizzativo sottostante alla gestione dei flussi informativi dalle aziende sanitarie regionali alla struttura organizzativa deputata alla gestione del sistema di Contabilità Direzionale.

c) organizzazione e attivazione dei flussi informativi

Sulla base di quanto definito nella fase precedente, si prevede l'attivazione di un tavolo tecnico, con ciascuna azienda sanitaria interessata o, qualora i flussi informativi in oggetto siano gestiti centralmente, con gli uffici interessati dell'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo al fine di definire gli interventi necessari per l'attivazione dei flussi informativi e un piano di lavoro operativo e vincolante che consenta, nel minor tempo possibile, di rendere disponibili le informazioni o i dati elementari utili ad alimentare il Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità.

d) progettazione e realizzazione del sistema di reporting routinario sintetico e analitico

Per ciascun flusso attivato, sarà progettato il sistema di reporting che, a scadenze prefissate, produrrà prospetti informativi sintetici e analitici verso i soggetti interessati. I report si dovranno caratterizzare per rispondere alle finalità esplicitate al punto B) del sottoparagrafo 2.1.

In una prima fase, i report saranno realizzati su un supporto informatico semplice, del tipo excel o access, e solo una volta consolidati potranno essere ingegnerizzati e trasferiti su un supporto informatico specifico quale parte integrante del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la sanità.

Oltre alle fasi, di carattere ciclico, precedentemente descritte, il presente progetto prevede lo sviluppo delle seguenti ulteriori fasi:

e) realizzazione, presso le aziende sanitarie pubbliche della Regione Abruzzo, del Sistema di Contabilità Analitica (di seguito Co.An.);

f) sperimentazione di schemi di raccordo tra pianificazione regionale e programmazione aziendale;

g) progettazione di uno schema di budget di base unitario per la programmazione direzionale nelle aziende sanitarie;

h) produzione della schema tipo di rapporto annuale sui risultati di gestione del Sistema Sanitario Regionale.

e) realizzazione, presso le aziende sanitarie pubbliche della Regione Abruzzo, del Sistema di Contabilità Analitica

Come si è già avuto modo di accennare, sul tema del controllo economico, la Regione Abruzzo ha già avviato una serie di azioni finalizzate alla realizzazione della Co.An. presso le aziende sanitarie e, quindi, del sistema di monitoraggio a livello di Sistema (Delibera di Giunta Regionale nr. 811, del 26 settembre 2003, recante "Linee guida sul controllo di gestione delle aziende sanitarie locali della Regione Abruzzo", successivamente integrata con DG/067 del 17/12/2003).

Nonostante gli sforzi fin qui compiuti, dai competenti uffici dell'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo, da una prima analisi condotta, preliminarmente alla produzione del presente progetto, presso le aziende sanitarie regionali, lo stato dell'arte relativo alla concreta realizzazione della Co.An. evidenzia una situazione poco adeguata al fine di alimentare il Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità:

- tranne una-due eccezioni, la Co.An. è in una prima fase di introduzione assolutamente sperimentale e decisamente incompleta nella capacità di rappresentare l'utilizzo delle risorse a livello di centro di costo;
- nelle realtà maggiormente avanzate, il passaggio dalla progettazione della Co.An., gestita a livello regionale, alla concreta implementazione ha determinato rivalutazioni delle

impostazioni del sistema di rilevazione, inizialmente definite, originando scostamenti, più o meno significativi che, sebbene si caratterizzino per avere un fondamento concreto, non essendo stati governati centralmente hanno determinato anche differenze di impostazione, sul piano dei centri di costo piuttosto che su quello dei fattori produttivi, tra aziende mettendo in discussione il possibile utilizzo delle informazioni prodotte a fini comparativi;

- i criteri di calcolo dei costi diretti (modalità di valorizzazione economica delle quantità fisico-tecniche rappresentative del consumo delle diverse risorse impiegate nei processi produttivi) non segue sempre criteri omogenei, nel confronto delle scelte adottate aziendalmente, rafforzando la perplessità già espressa sulle reali possibilità di condurre analisi comparative basate su elementi omogenei;
- le modalità di allocazione dei costi ai centri di costo, con particolare riferimento a quelle ad utilizzo promiscuo rispetto all'articolazione del piano dei centri di costo (personale e tecnologia), sono state, in assenza di indirizzi regionali in merito, definite autonomamente dalle singole aziende seguendo, anche in questo caso, strade differenti e foriere di ulteriori elementi di eterogeneità nelle modalità di determinazione del risultato economico dei centri di costo;
- seppure in presenza di alcune eccezioni, le aziende sanitarie, ancorché dotate di sistemi di rilevazione di carattere sperimentale e incompleti, non sono nelle condizioni di generare una reportistica sistematica.

A fronte di tali evidenze, aldilà di altre scelte che potranno essere definite in merito alle priorità per la realizzazione del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità, si ritiene fondamentale che l'implementazione in via definitiva della Co.An. nelle aziende sanitarie regionali debba rappresentare una priorità di base. Ciò non solo perché i valori economici disaggregati che tale strumento può generare rappresentano una componente imprescindibile nella conduzione di analisi economiche nell'ambito delle informazioni prodotte dal sistema di Contabilità Direzionale ma, soprattutto, perché si reputa che la gestione della singola azienda sanitaria non possa prescindere, nelle fasi valutative e decisionali a fini programmatori, di informazioni analitiche sui livelli di impiego delle risorse rispetto all'articolazione delle responsabilità specifiche che esistono al suo interno.

L'obiettivo specifico, con riferimento alla presente fase, è rappresentato dalla creazione, presso le singole aziende sanitarie della Regione Abruzzo, delle condizioni tecniche ed organizzative affinché, a partire dal 1° gennaio 2007, la Co.An. sia pienamente realizzata, almeno con riferimento alla misurazione dei costi diretti, sulla base di regole comuni e, in tal modo, possa alimentare sistematicamente il Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità. A tale scopo è già stata avviata una prima azione di revisione delle regole regionali relative alla Co.An. al fine di:

- con riferimento alla determinazione del piano dei centri di costo: assicurare maggiore coerenza con le caratteristiche dell'assetto organizzativo adottato dalle singole aziende sanitarie, in parte già modificato rispetto all'epoca di esecuzione dello studio che ha portato alla definizione del piano attualmente previsto, e con le reali potenzialità dei sistemi di rilevazione;
- con riferimento al piano dei fattori produttivi: assicurare maggiore coerenza con la struttura dei conti della Contabilità Generale senza, peraltro, perdere di vista la diversa finalità della Co.An.;
- con riferimento al metodo di rilevazione: definire, anche in via condivisa con le aziende sanitarie, modalità comuni di calcolo e allocazione dei costi diretti al fine di integrare, con riferimento agli aspetti specifici, gli indirizzi regionali relativi al controllo di gestione.

Gli ulteriori passi da compiere, nell'ambito della presente fase, al fine di perseguire l'obiettivo dichiarato, sono:

a) formulazione di un piano operativo e vincolante, per singola azienda sanitaria, finalizzato all'adeguamento delle procedure gestionali che alimentano la Co.An., in modo che, entro il 31-12-2006, le stesse siano in grado di misurare i costi secondo le regole concordate a livello regionale;

b) revisione ed adattamento dei piani di centro di costo e dei fattori produttivi aziendali;

c) progettazione di un sistema articolato di report interno all'azienda e sua implementazione.

L'Agenzia, nell'ambito della presente fase, si rapporterà con le aziende sanitarie al fine di:

- assicurare il supporto metodologico per lo sviluppo degli aspetti di cui ai precedenti punti;
- organizzare momenti di confronto tra responsabili dei Servizi di Controllo di Gestione aziendali e della Regione al fine di ricercare le soluzioni comuni più idonee rispetto alle problematiche tecniche che potrebbero insorgere durante lo sviluppo della presente progettualità;
- monitorare il corretto sviluppo dei piani operativi aziendali di cui al precedente punto a).

Al fine di assicurare la maggiore incisività possibile alla presente fase del complessivo progetto di realizzazione del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità, i sottobiettivi precedentemente individuati saranno assegnati ai Direttori Generali delle aziende sanitarie aziendali ai fini della valutazione delle performance.

f) sperimentazione di schemi di raccordo tra pianificazione regionale e programmazione aziendale

La realizzazione del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità e il conseguente sviluppo dei servizi di programmazione e controllo di gestione presso le aziende sanitarie della Regione Abruzzo, secondo quanto previsto dal presente progetto, consentirà di disporre di uno strumento di base in grado di assicurare il governo clinico ed economico del Sistema Sanitario Regionale. Al fine dare completezza all'intero intervento progettuale che, in virtù della fase obiettivo di cui al successivo punto g), tocca anche gli aspetti che riguardano il processo di programmazione direzionale e, nello specifico, il sistema di budget delle aziende sanitarie, si ritiene opportuno inserire, tra gli obiettivi del progetto, anche la definizione del modello di programmazione che lega gli obiettivi strategici della Regione con quelli delle aziende sanitarie.

Il modello a cui si fa riferimento dovrà essere costruito in modo tale da essere rappresentativo della missione e della strategia del Servizio Sanitario Regionale e di tradurle in obiettivi e misure tangibili, che a loro volta, coinvolgono tutte le aziende ad essa appartenenti. A tale scopo, si farà riferimento al modello della Balanced Scorecard in quanto strumento che, più di altri, è in grado di dare una rappresentazione globale, sia sotto il profilo del governo clinico che quello economico, della complessità del Servizio Sanitario Regionale. Attraverso la presente fase progettuale, si intendono conseguire i seguenti output specifici:

- adattamento del modello Balanced Scorecard (di seguito BSC) alle peculiarità del Servizio Sanitario pubblico giungendo alla definizione dello schema di base per la rappresentazione logica degli obiettivi strategici regionali;
- traduzione degli orientamenti strategici regionali in obiettivi strategici di riferimento e, per ciascuno di essi, il set di indicatori di verifica delle performance in coerenza con i flussi informativi concretamente disponibili a livello regionale;
- sviluppo della mappa strategica regionale in mappa strategica per singola azienda sanitaria regionale (obiettivi e indicatori specifici) sempre secondo lo schema della BSC;

- definizione del sistema di pesatura degli obiettivi e degli indicatori di performance ai fini di determinare il livello di performance conseguito, rispetto al sistema degli obiettivi predefinito, da ogni singola azienda sanitaria e dal Servizio Sanitario Regionale complessivamente inteso.

g) progettazione di uno schema di budget di base unitario per la programmazione direzionale nelle aziende sanitarie

Con il presente intervento si intende cogliere l'opportunità di definire le caratteristiche minimali del sistema di budget delle aziende sanitarie al fine di assicurare:

- l'omogeneità di fondo nei processi di programmazione delle aziende sanitarie nei rapporti con i Centri di Responsabilità;
- l'identificazione del set informativo di base che deve essere generato dal sistema di budget aziendale anche al fine di poter predisporre un consolidato di valenza regionale;
- la comparazione tra risultati conseguiti e obiettivi formulati e, quindi, facilitare la comprensione degli scostamenti e le linee di intervento correttive.

La formulazione delle caratteristiche minimali del sistema di budget delle aziende sanitarie, in ogni caso, deve essere condotto lasciando libere le aziende sanitarie di apportare le integrazioni ritenute necessarie, sulla struttura del sistema stesso, così come le aziende sanitarie saranno libere di utilizzare, nei rapporti con i Centri di Responsabilità, versioni semplificate o adattate del set di indicatori definito a livello regionale.

La progettazione e l'implementazione del sistema di budget a livello di ogni singola Azienda Sanitaria dovrà prevedere i seguenti specifici output:

1) definizione del regolamento di budget aziendale. Il regolamento di budget dovrà essere definito in maniera coerente con le caratteristiche organizzative delle singole Aziende Sanitarie e delineare fasi, tempi, ambiti di responsabilità e funzioni demandate, una volta messo a regime il sistema, ai competenti organi aziendali. Il regolamento di budget dovrà essere strutturato in modo tale da prevedere il coinvolgimento di tutti i responsabili di struttura articolando a tale proposito il sistema dei Centri di Responsabilità per livelli gerarchici distinti;
2) la predisposizione degli strumenti di supporto al budget ed in particolare di:
   a. scheda di budget per ogni livello di Centro di Responsabilità individuato nel regolamento di budget. Nella scheda di budget dovranno essere evidenziate le informazioni relative ai livelli qualitativi e quantitativi di attività previsti per l'anno di budget, le modalità organizzative e gestionali che si intendono adottare per l'ottenimento dei predetti risultati, la tipologia e la quantità di risorse ritenute necessarie. La scheda di budget dovrà prevedere parametri per la valutazione dei risultati attesi dai Centri di Responsabilità. A tale fine dovranno essere definiti e rilevati parametri di ordine economico e parametri relativi alle attività di competenza specifica dei Centri di Responsabilità. I parametri economici e di attività dovranno essere differenziati per tipologia di Centro di Responsabilità in maniera tale da cogliere le specificità gestionali loro proprie;
   b. report informativi (per Centro di Responsabilità) di supporto alla compilazione della scheda di budget. Tali report dovranno fornire ai responsabili di Centro di Responsabilità le informazioni necessarie per la formulazione delle ipotesi di obiettivi gestionali. Dovranno contenere le informazioni relative ai risultati economico finanziari ed ai principali parametri di attività ottenuti dai Centri di Responsabilità nell'esercizio/i precedenti a quello di budget;
   c. report di consolidamento finalizzati a supportare la fase di negoziazione degli obiettivi di budget. Tali report dovranno essere disponibili per i diversi livelli di responsabilità organizzativa di rilievo nell'ambito del sistema di budget così come definiti dal regolamento di cui al precedente punto 1;

3) la predisposizione del budget a livello aziendale (master budget) e la sua disaggregazione in budget funzionali, in budget degli investimenti, in budget di dipartimento, in budget di presidio ospedaliero, in budget di distretto socio sanitario e, più in generale di tutte le articolazioni organizzative rilevanti in termini di processi gestiti e di responsabilità gestionali ricoperte.

La predisposizione e la successiva gestione degli strumenti di supporto al budget, della formulazione del master budget e di tutti i budget funzionali ed organizzativi dovranno essere supportate da un'adeguata tecnologia informatica che consenta la gestione elettronica di tutta la documentazione di supporto al budget sia nelle fasi di raccolta preliminare delle informazioni, sia nelle fasi di negoziazione, sia nelle fasi di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget e che permetta l'integrazione con il sistema di controllo direzionale a livello regionale.

h) produzione della schema tipo di rapporto annuale sui risultati di gestione del Sistema Sanitario Regionale

Con la progressiva attivazione dei flussi informativi che alimentano il Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità, si ritiene fondamentale procedere con predisposizione di uno schema di riferimento, basato su analisi comparative dei risultati conseguiti dalle aziende sanitarie, finalizzato alla predisposizione del Rapporto di Gestione annuale sul Sistema Sanitario della Regione Abruzzo.

Con tale rapporto, prodotto inizialmente dal Gruppo di Lavoro Regionale e, in prospettiva, dall'organismo regionale deputato alla gestione del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale, si intende predisporre uno strumento conoscitivo di sintesi, a supporto dei processi decisionali dell'Assessorato alla Sanità della Regione, alla stessa Agenzia Sanitaria Regionale e alle direzioni strategiche delle aziende sanitarie, nel quale sono contenuti i risultati gestionali conseguiti ed alcune analisi relative ai punti di forza e di debolezza del sistema sanitario.

3.

4. MODALITÀ DI GESTIONE DEL PROGETTO

Il progetto presentato nel presente documento si caratterizza come momento di avvio di un processo di crescita dell'intero Sistema Sanitario della Regione Abruzzo sugli aspetti che riguardano il governo e la gestione, sia sotto il profilo clinico-assistenziale che quello economico-organizzativo, dei servizi sanitari. Gli aspetti di criticità, al fine del perseguimento degli obiettivi dichiarati, sono riconducili ai seguenti:

a) il raggiungimento degli obiettivi operativi previsti dal progetto, limitatamente alla durata prevista dallo stesso, è condizionato dal coinvolgimento, sia operativo che in termini di responsabilità, degli attori interessati rappresentati, nel caso specifico, dalle aziende sanitarie e, al loro interno, dei referenti dei flussi informativi coinvolti nel progetto di Contabilità Direzionale e, parallelamente, dagli uffici dell'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo nonché dall'Agenzia Sanitaria Regionale;

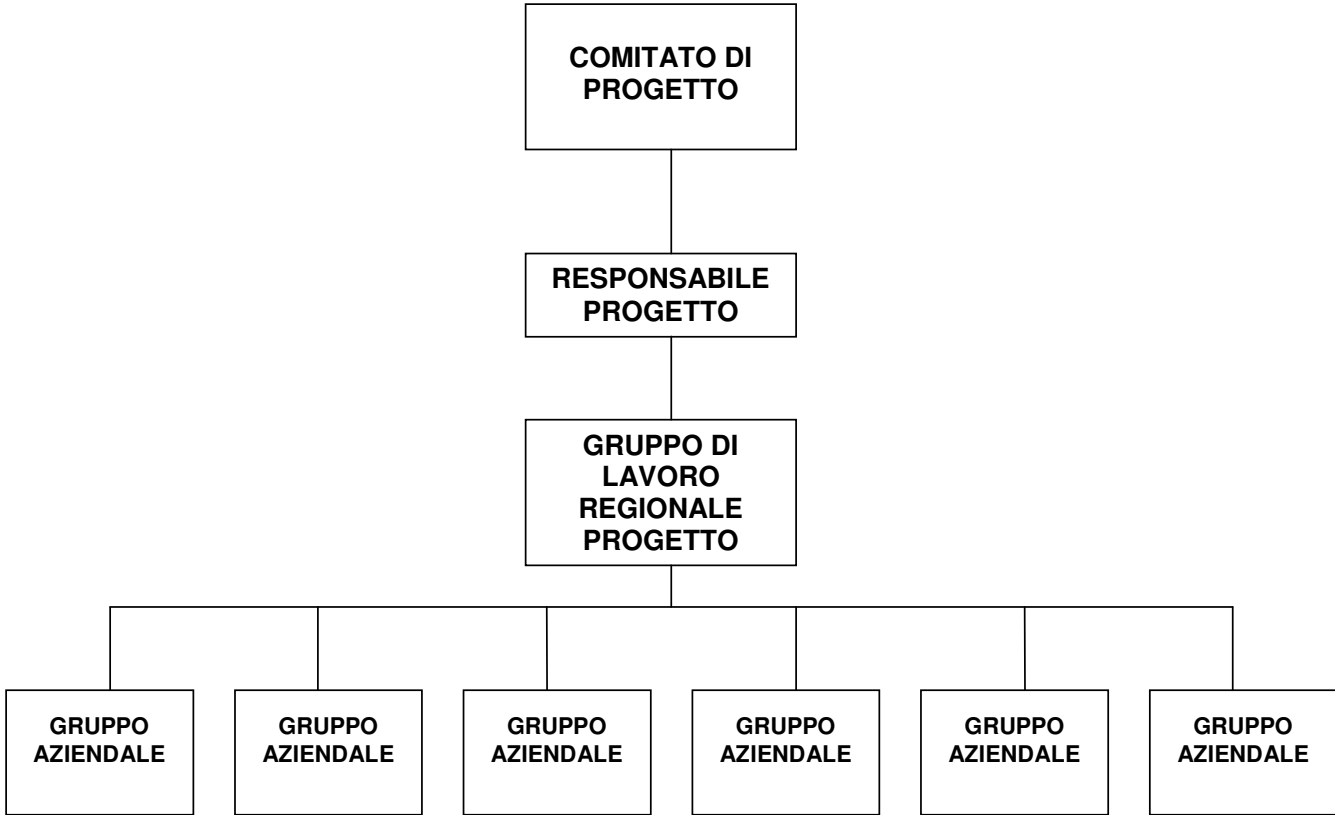
b) la possibilità di generare, aldilà degli obiettivi operativi previsti dal progetto, le condizioni tecniche ed organizzative affinché i risultati conseguiti non rappresentino il punto di arrivo finale del percorso di crescita ma, al contrario, un risultato intermedio di un processo continuo di crescita del sistema nella sua capacità di misurare, analizzare, interpretare e valutare le proprie performance rispetto agli obiettivi prefissati e alle finalità dello stesso, è necessario realizzare investimenti che, oltre ad intervenire nel campo tecnologico, riguardano lo sviluppo delle competenze professionali delle persone.

La combinazione degli aspetti citati, suggerisce di caratterizzare il presente progetto attraverso l'individuazione di un assetto organizzativo che, in prospettiva, possa sfociare in soluzioni che, in modo strutturato, possano

assicurare il corretto utilizzo delle informazioni prodotte dalla Contabilità Direzionale e, a tale scopo, utilizzare l'intera durata del progetto al fine di sviluppare competenze professionali specifiche, sia in Regione che presso le aziende sanitarie, a tale scopo.

Relativamente all'assetto organizzativo del progetto, si suggerisce il modello di seguito descritto e rappresentato, graficamente, nella figura 2.

Figura 2: L'organizzazione del Progetto "Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità"



Nell'ambito dell'assetto organizzativo del progetto, il Comitato di Progetto svolge una funzione di indirizzo generale del progetto, stabilisce le priorità di implementazione e la metodologia di lavoro. Lo stesso Comitato assicura la supervisione scientifica dell'intera iniziativa.

Il Responsabile del Progetto è individuato dal Comitato e, attraverso il coordinamento delle risorse assegnate nell'ambito del Gruppo di Lavoro Regionale, assicura il perseguimento degli obiettivi operativi definiti dal presente progetto e concordati con il Comitato. Il Responsabile del Progetto relaziona, alle scadenza concordate, sullo stato di avanzamento dell'iniziativa proponendo, se del caso, modifiche o integrazioni sugli sviluppi successivi al Comitato di Progetto. Esso, infine, si relaziona con i referenti dello stesso progetto a livello aziendale, al fine di verificare la concreta e corretta attivazione dei flussi informativi e per concordare le linee di sviluppo successive.

Il Gruppo di Lavoro Regionale del Progetto è coordinato dal Responsabile del Progetto e, sulla base degli obiettivi operativi concordati, svolge tutte le attività necessarie per l'impostazione metodologica legata all'attivazione dei flussi informativi che alimenteranno il Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità. In questo senso, è compito del Gruppo di Lavoro, per singolo flusso informativo, definire le caratteristiche del "cruscotto di monitoraggio", del sistema di rilevazione e del sistema di reporting. Il Gruppo di Lavoro, anche organizzato in sottogruppi, può essere chiamato a condurre analisi gestionali sui dati e le informazioni raccolte e prodotte, ancorché in forma sperimentale, dal Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità o altri studi ed analisi propedeutici alla progettazione e realizzazione dei flussi informativi.

In ciascuna azienda sanitaria, infine, è costituito un Gruppo di lavoro Aziendale il cui compito consiste, nel rispetto degli indirizzi definiti mediante il presente progetto, nella realizzazione dei flussi informativi che alimenteranno il Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità. Il Referente o Coordinatore del Gruppo Aziendale riferisce, periodicamente, al Gruppo Regionale sullo stato di avanzamento delle progettualità relative all'attivazione dei flussi informativi.

Il Comitato di Progetto è composto da tre membri:

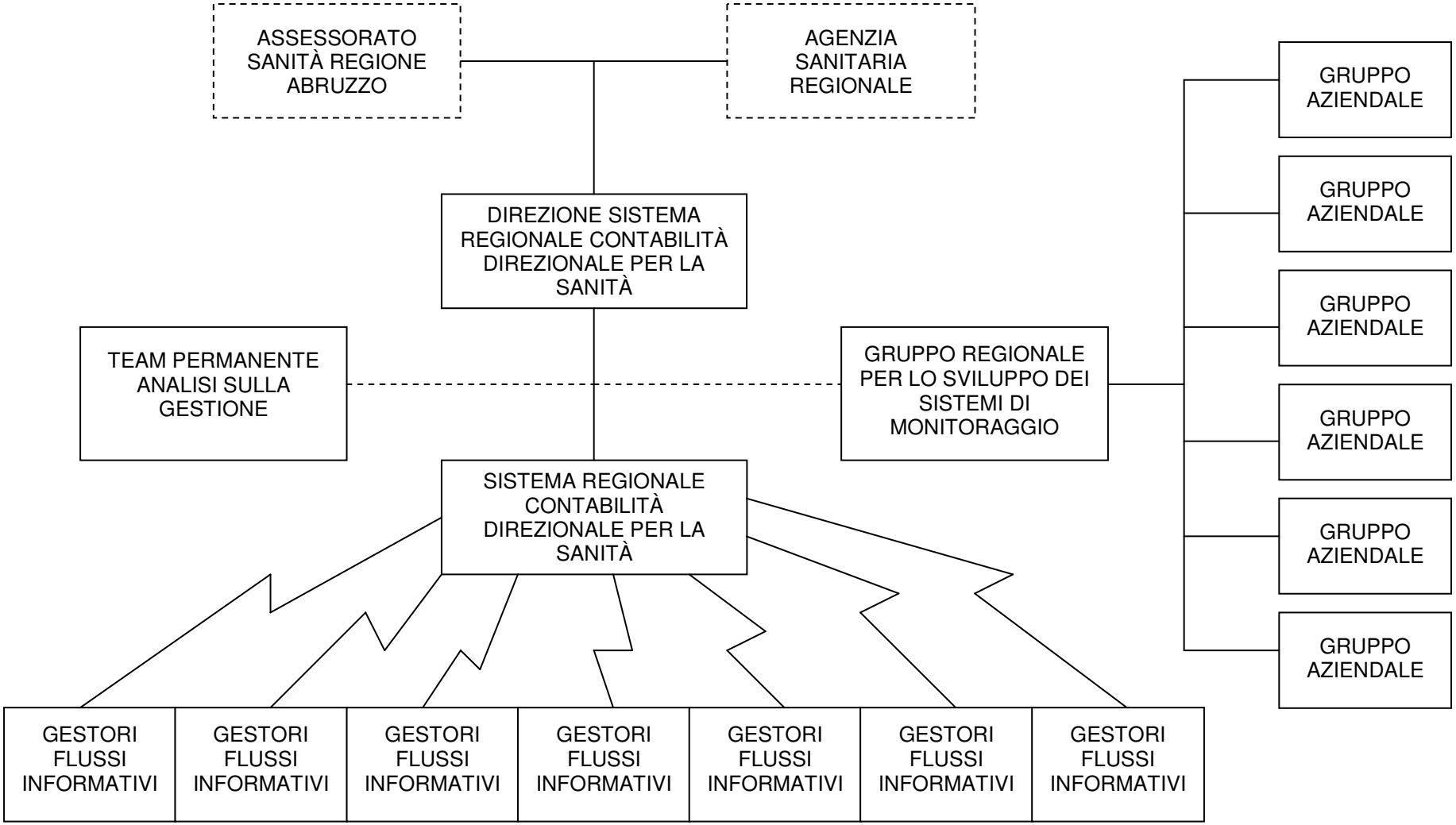
- un Direttore responsabile di Servizio dell'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo, nominato dalla Direzione Generale dello stesso Assessorato, con funzioni di coordinatore del Comitato di Progetto;
- un Direttore, scelto tra i componenti delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie regionali, e nominato dalla Direzione Generale dell'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo;
- il Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

Il Gruppo di Lavoro Regionale è composto, oltre che dal Responsabile del Progetto, dai Referenti o Coordinatori del Progetto di azienda sanitaria e da tre operatori, dedicati a tempo pieno, dell'Agenzia Sanitaria Regionale e da due operatori del Servizio di Economia Sanitaria dell'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo. Il Gruppo di Lavoro Regionale, in funzione delle esigenze specifiche derivanti dallo sviluppo del presente progetto, potrà essere temporaneamente allargato ad altri operatori dell'Assessorato alla Sanità e/o dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

Al termine della presente iniziativa, l'assetto organizzativo del progetto dovrà subire una profonda trasformazione. La costituzione di un'unità organizzativa dedicata alla gestione del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità, sia che la sua collocazione avvenga in seno all'Assessorato che

all'Agenzia Sanitaria Regionale, determinerà l'esigenza di assicurare una maggiore strutturazione che, in linea generale, potrebbe essere quella descritta nella figura 3.

Figura 3: Assetto organizzativo del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità al termine del progetto



Secondo lo schema organizzativo proposto, la cui formulazione definitiva sarà possibile solo durante lo sviluppo della presente iniziativa, il Direttore del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità entra nelle funzioni del Responsabile del Progetto ed assume un ruolo strutturato al fine di gestire, per il tramite della sua équipe, i flussi informativi che alimenteranno il Sistema stesso. Il Direttore del Sistema di Contabilità Direzionale, inoltre, dovrà potersi avvalere del supporto sistematico di un team, orientativamente costituito dalle figure che, nella fase progettuale, compongono il gruppo di lavoro regionale, finalizzato ad assicurare l'effettuazione di analisi specifiche sui risultati di gestione conseguiti.

Lo sviluppo del Sistema di Contabilità Direzionale, nelle fasi successive al termine della presente iniziativa, saranno assicurate con un modello organizzativo simile a quello proposto nell'assetto organizzativo del progetto pilota; in altri termini, si prevede che i passi legati ad ulteriori sviluppi del Sistema di Contabilità Direzionale avvengano sempre con l coinvolgimento di operatori delle aziende sanitarie che, a loro volta, attivano gruppi di lavoro aziendali.

Al fine di poter realizzare il Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità, come si è avuto già modo di accennare, è necessario che le persone coinvolte nell'iniziativa, anche nella prospettiva di una loro collocazione, piena (nell'ambito dell'articolazione organizzativa dedicata) o parziale (in seno al team permanente), nell'assetto organizzativo definitivo, siano progressivamente "professionalizzate" sia per la corretta gestione dei flussi informativi definiti e la progettazione di quelli di nuova implementazione, che per il miglior utilizzo delle informazioni prodotte dal Sistema di Contabilità Direzionale per l'effettuazione di analisi e la definizione di modelli interpretativi dei fenomeni gestionali nelle aziende sanitarie.

A tale scopo, pur prevedendo l'effettuazione di momenti formativi tradizionali, si ritiene che l'apprendimento degli operatori debba avvenire attraverso l'accumulo di esperienza specifica mediante l'effettuazione di analisi gestionali di valenza regionale utilizzando i dati e le informazioni che il Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità renderà progressivamente disponibili. Alcune di queste analisi potranno essere propedeutiche all'attivazione di parti dei sistemi di rilevazione interessati dal Sistema di Contabilità Direzionale, per esempio legate alla progettazione e implementazione del sistema di prezzi di trasferimento nell'ambito dei sistemi di contabilità analitica, altre, invece, riguarderanno la produzione dei Rapporti di Gestione annuali o analisi ad hoc su settori sanitari specifici. Per dare piena operatività al disegno formativo delineato, i componenti del Gruppo di Lavoro Regionale saranno seguiti da un tutor che, oltre ad organizzare momenti formativi di carattere tradizionale, affiderà compiti di analisi gestionale, individuali o di gruppo, di valutare i risultati conseguiti e, a partire dal 2007, definirà un piano individuale di sviluppo delle capacità di analisi e interpretative dei fenomeni gestionali per ciascun componente dello stesso gruppo di lavoro.

5. TEMPI DI SVILUPPO

La durata complessiva della presente iniziativa è di 24 mesi dalla data di avvio dello stesso eventualmente prorogabile pr ulteriori 12 mesi. Durante tale periodo temporale si prevede di avviare le fasi identificate nel diagramma di Gantt di cui alla figura 4.

Figura 4: Gantt di sviluppo del progetto

	###	giu-06	lug-06	ago-06	set-06	ott-06	nov-06	dic-06	gen-07	feb-07	mar-07	apr-07	###	giu-07	lug-07	ago-07	set-07	ott-07	nov-07	dic-07	gen-08	feb-08	mar-08	apr-08
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Fase preliminare	■																							
Definizione dei cruscotti di monitoraggio specifici		■	■				■	■				■	■				■	■				■	■	
Definizione delle caratteristiche dei flussi informativi				■					■					■					■					■
Organizzazione e attivazione dei flussi informativi																								
Progettazione e realizzazione del sistema di reporting					■	■				■	■				■	■				■	■			
Contabilità Analitica	■	■	■	■	■	■	■	■																
Balanced Scorecard						■	■	■										■	■	■				
Budget												■	■	■	■	■	■							
Rapporto di gestione												■	■	■										■

La fase preliminare, ad integrazione di quanto descritto nel paragrafo 2.3, è finalizzata alla costituzione e formalizzazione dei gruppi di lavoro. Con riferimento alla fase c, organizzazione e attivazione dei flussi informativi, non si è indicato un tempo di sviluppo in quanto condizionato dai tempi di realizzazione di ciascuna azienda sanitaria. La loro individuazione, pertanto, potrà avvenire solo al termine della fase b, per ciascuno dei cicli di attivazione, sulla base di specifiche progettualità definite dalle stesse aziende sanitarie.

I tempi di realizzazione delle fasi e, f, g e h, sono stati definiti in funzione dell'esigenza di:

e. **Contabilità Analitica:** rendere possibile la rilevazione dei valori di costo, secondo le regole concordate a livello regionale, a partire al 1° gennaio 2007;

f. **Balanced Scorecard:** avviare il processo di programmazione con le aziende sanitarie secondo una tempistica che consenta di fissare chiaramente gli obiettivi annuali prima dell'inizio dell'esercizio (2007 e 2008);

g. **Budget:** progettare e realizzare uno schema base unitario e omogeneo per la formulazione degli obiettivi per Centro di Responsabilità aziendale a partire dalla programmazione 2008;

h. **Rapporto di gestione:** produrre la sintesi gestionale annuale di Sistema non appena disponibili le informazioni sui risultati conseguiti nelle aziende sanitarie.

Le fasi di sviluppo cicliche del progetto, dalla fase a alla fase d, sono state definite immaginando la possibilità di avviare almeno quattro cicli completi e iniziarne il quinto con riferimento alle prime due fasi di sviluppo.

È opportuno sottolineare che, con riferimento ai flussi informativi già disponibili, nell'ambito del primo ciclo delle fasi a-d, il gruppo di lavoro regionale sarà impegnato a definire le caratteristiche dei cruscotti e del sistema di reporting di riferimento.

I flussi oggetto di progettazione e implementazione nell'ambito della presente iniziativa saranno:

- Contabilità Analitica;
- Budget;
- Dotazione Organica;
- Presenze e Assenze del personale;
- Orari di funzionamento delle strutture (limitatamente alle sale operatorie e alle attività ambulatoriali ospedaliere e territoriali);
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta almeno con riferimento alla loro numerosità e alla forma contrattuale di riferimento;
- Assistenza Domiciliare Integrata;
- Liste d'attesa per le attività ambulatoriali ospedaliere ed ambulatoriali.

Va in ogni caso considerato che, nell'ambito della fase 0, ossia quella preliminare all'avvio definitivo del progetto, saranno effettuate le scelte operative relative alle priorità sui flussi informativi da implementare. In tale occasione, particolare attenzione sarà riservata ai flussi informativi legati al debito informativo regionale nei confronti dell'Amministrazione centrale delle Stato e, in particolare, ai flussi informativi previsti ai fini della compilazione dei modelli di carattere economico-finanziario.

La scelta dei flussi informativi ad elevato grado di priorità, quindi oggetto di immediata progettazione nell'ambito del presente progetto, saranno definiti dal Comitato di Progetto, con il supporto del Responsabile del Progetto, entro

la fine del primo mese di attività della presente iniziativa.

6. IMPEGNI PREVISTI

Le risorse necessarie per la conduzione del presente progetto sono da determinare in funzione di due fattori fondamentali:

a) l'operatività dei gruppi di lavoro previsti nel progetto, con particolare riferimento ai componenti provenienti dalle aziende sanitarie, e la capacità degli stessi di svolgere, al contempo, le funzioni assegnate nel proprio ambiente di lavoro aziendale e un ruolo "guida", anche sotto un profilo metodologico, a livello regionale estraniandosi dalle problematiche delle aziende di provenienza sulle quali, inevitabilmente, sarà necessario agire al fine di sviluppare i flussi informativi che alimenteranno il Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità;

b) lo stato dell'arte dei sistemi di rilevazione aziendale con specifico riferimento ai flussi informativi oggetto di implementazione nel corso del progetto.

È complesso in questa fase definire, nelle more di specifiche evidenze sui due aspetti precedentemente evidenziati, quale impegno economico-finanziario potrà derivare dall'attivazione del progetto. Tuttavia sarà cura del responsabile del progetto definire gli impegni relativi all'attivazione dei singoli flussi informativi da attivare, durante lo sviluppo del progetto, sulla base di specifiche progettualità definite in merito dalle aziende sanitarie. La definizione di tali impegni sarà effettuata in corrispondenza dello sviluppo della fase c) per ciascun ciclo di attivazione della stessa.

Aldilà degli impegni che potranno gravare sulle aziende sanitarie, è possibile stimare, almeno in termini orientativi, l'impegno di risorse umane necessarie per la gestione del progetto e, in prospettiva, dei flussi informativi a livello regionale. Nella fase progettuale, si prevede il seguente impegno:

- tre operatori a tempo pieno, presso l'Agenzia Sanitaria Regionale con i seguenti profili professionali:
  - due operatori con conoscenze e/o competenze in materia di gestione ed analisi economiche a livello aziendale dotati di diploma di laurea in Economia e Commercio o Ingegneria Gestionale;
  - un operatore con competenze in materie informatiche e, in particolare, sulla gestione di data-base relazionali;
- due operatori, coinvolti per almeno uno o due giorni/settimana, del Servizio di Economia Sanitaria dell'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo al fine di assicurare la piena integrazione del progetto con gli uffici e le esigenze conoscitive della Regione;
- uno-due operatori per azienda sanitaria, con un coinvolgimento medio sul progetto di un giorno alla settimana fino al termine del 2006 e, successivamente, con un impegno medio pari a un giorno ogni due settimane. Gli operatori aziendali fanno prevalentemente riferimento all'area del controllo di gestione, della qualità e dei sistemi informativi.

La composizione del servizio o ufficio Contabilità Direzionale, a regime, potrà avvalersi, orientativamente, di tre-quattro operatori:

- un medico, con funzione di responsabile del servizio o ufficio;
- uno o due laureati in Economia e Commercio o Ingegneria Gestionale;
- un laureato in Scienze Informatiche.

Oltre alle risorse professionali precedentemente evidenziate, la conduzione del progetto richiede anche supporti esterni che, nella sostanza, riguardano:

- il supporto metodologico per la progettazione del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità con particolare riferimento alle fasi a), d), e), f), g) ed h);

- la progettazione e la realizzazione del supporto informatico necessario per la gestione dei dati, la loro elaborazione, l'alimentazione dei "cruscotti" e la produzione dei relativi report.

Si ritiene utile, inoltre, che la responsabilità del progetto sia affidata a persona di comprovata esperienza in materia di progettazione e realizzazione di sistemi di contabilità direzionale o, più in generale, di programmazione e controllo di gestione applicata alle aziende sanitarie.

Al fine di perfezionare la presente ipotesi di sviluppo del Sistema Regionale di Contabilità Direzionale per la Sanità, con gli impegni finanziari relativi ai supporti esterni ritenuti necessari, l'Agenzia Sanitaria Regionale si impegna ad acquisire gli elementi conoscitivi specifici successivamente alla condivisione dei contenuti della presente bozza di lavoro.

APPENDICE E

REGIONE ABRUZZO

Sistema delle CURE DOMICILIARI

LINEE GUIDA

SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI LINEE GUIDA

L' allungamento della vita media ed il progressivo invecchiamento della popolazione, particolarmente marcato in Abruzzo, comportano il contestuale aumento dell'incidenza e prevalenza di poli-patologie cronico-degenerative e la progressiva perdita dell'autosufficienza.

Tale scenario impone la necessità di individuare un sistema di offerta assistenziale che sappia dare risposte efficaci e appropriate lungo tutto il percorso assistenziale dei pazienti (ospedale, residenzialità extra-ospedaliera, domicilio) al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza in tutte le fasi di sviluppo delle patologie.

La lettura dei dati relativi all'indagine condotta dall'ASR Abruzzo sull'assistenza domiciliare

nella regione nell'anno 2005 mostra un quadro caratterizzato da

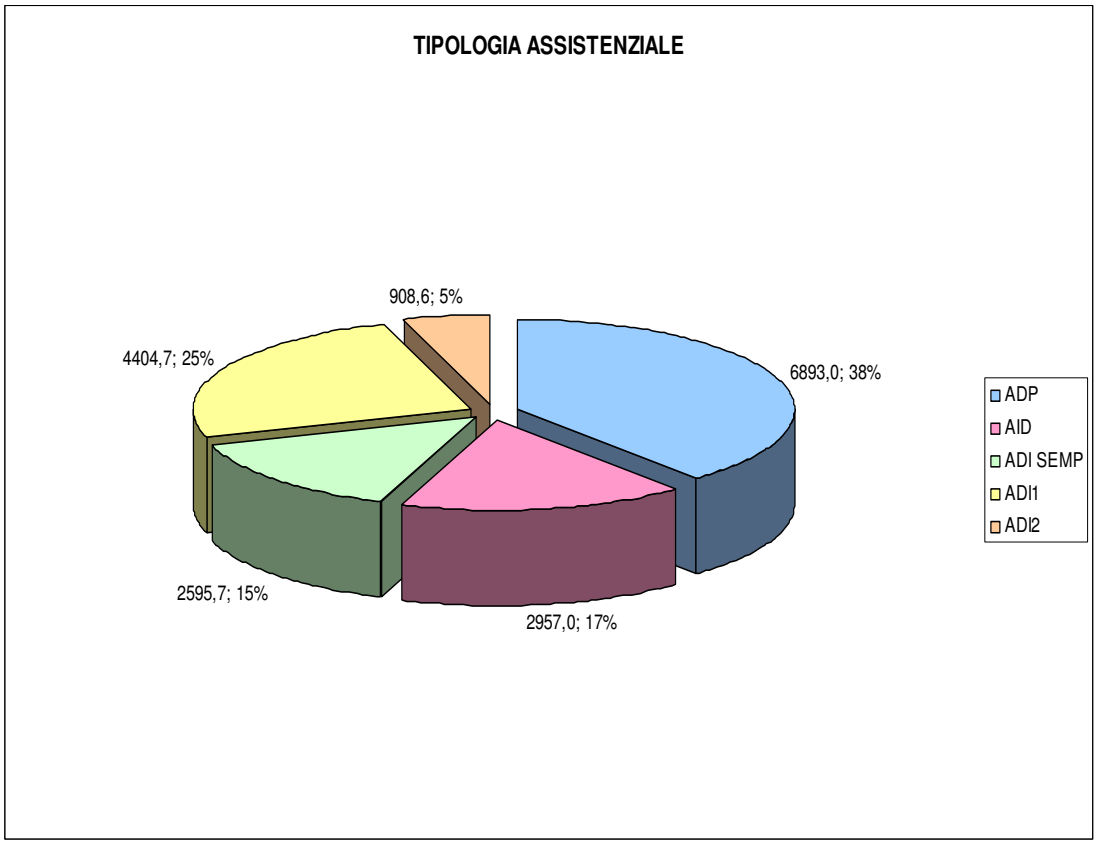
- *Un tasso di assistenza domiciliare (nelle sue varie forme) della popolazione ultrasessantacinquenne ancora quantitativamente insufficiente a coprire i bisogni della popolazione*
- *Una percentuale fortemente carente delle forme di assistenza domiciliare integrata che prevedano la copresenza dei servizi sociali*
- *Una diffusione delle varie forme di assistenza domiciliare che non risulta omogenea tra i diversi distretti con difformità anche nell'ambito di una stessa ASL*
- *Una forte diversificazione dei modelli organizzativi ed operativi adottati tra le diverse aziende*
- *Una carenza generalizzata di sistemi informativi/informatici sia sulla lettura dei dati sanitari relativi al paziente, sia su quello economico-finanziario, per cui non è dato conoscere il livello di assorbimento di risorse da parte del sistema delle cure domiciliari.*

Analizzando il Percorso paziente all'interno del sistema, così come evidenziato dall'analisi dei dati si rileva che:

- La richiesta di attivazione del servizio parte, generalmente, dal MMG.
- Il Punto Unico di Accesso (PUA), ove presente almeno come funzione, sottopone le richieste all'UVM nel 38% dei casi, mentre attiva direttamente il Nucleo Operativo nel 60% dei casi
- Le UVM hanno valutato complessivamente 3619 casi nell'anno 2005. Le figure professionali che si ritrovano più frequentemente nella composizione dell'equipe dell'UVM sono: il medico del distretto (90%), l' infermiere (83%) e il MMG (76%).
- Nei 39 distretti della regione Abruzzo che hanno fornito i dati, sono stati assistiti complessivamente 17760 pazienti con un tasso, riferito alla popolazione ultrasessantacinquenne, pari a
    - 39 x 1000 abitanti > 65 anni di ADP,
    - 11 x 1000 abitanti > 65 anni di AID,
    - 11 x 1000 abitanti > 65 anni di ADI SEMPLICE,
    - 17 x 1000 abitanti > 65 anni di ADI 1 e
    - 4 x 1000 abitanti > 65 anni di ADI 2. (*)
- L'erogazione delle Cure è avvenuta nel 97% dei casi presso il domicilio del paziente.
- Ciascun paziente è stato trattato, in media, per 87 giorni l'anno.
- Nel 42% dei casi i pazienti sono stati dimessi in ragione al raggiungimento degli obiettivi terapeutici, nel 28% se ne è registrato il decesso, nel 21%dei sono rimasti in ADI anche l'anno successivo.

(*) Considerata la difformità di classificazione delle differenti tipologie di cure domiciliari, si è convenuto di adottare, in via provvisoria e limitatamente all'indagine la seguente classificazione:
ADP (Assistenza Domiciliare Programmata): solo Medico di Medicina Generale (MMG)
AID (Assistenza Infermieristica Domiciliare): MMG + Infermiere
ADI SEMPLICE: tutte le altre forme di cure domiciliari che non prevedano un piano assistenziale approvato in sede di UVM (Unità di valutazione multidimensionale)
ADI 1: MMG + almeno 2 figure professionali con piano assistenziale individualizzato approvato in sede di unità di valutazione
ADI 2: MMG + almeno 2 figure professionali, con piano di valutazione approvato in sede di unità valutazione , e servizi sociali.

Distribuzione delle tipologie di cure domiciliari nella Regione Abruzzo secondo la classificazione concordata per la rilevazione



Nella Regione Abruzzo le cure domiciliari sono erogate principalmente nella forma di ADP (39%); seguono quelle di ADI 1 (25%), che nella terminologia adottata convenzionalmente e limitatamente a questa indagine identificano l'Assistenza domiciliare preceduta dalla valutazione del caso da parte dell'UVM e dalla redazione del piano assistenziale individuale, ma non il coinvolgimento dei Servizi sociali; le restanti tipologie di assistenza mostrano percentuali di erogazione inferiore pari al 15% in ADI semplice , 17% in AID e solo il 5% nella forma complessa di ADI2 , che prevede il coinvolgimento dei servizi sociali.
Nell'anno 2005 hanno riguardato 17760 Assistiti, così suddivisi:

TIPOLOGIA	CASI TRATTATI
ADP	**6893**
AID	**2957**
ADI SEMPLICE	**2596**
ADI 1	**4405**
ADI 2	**909**

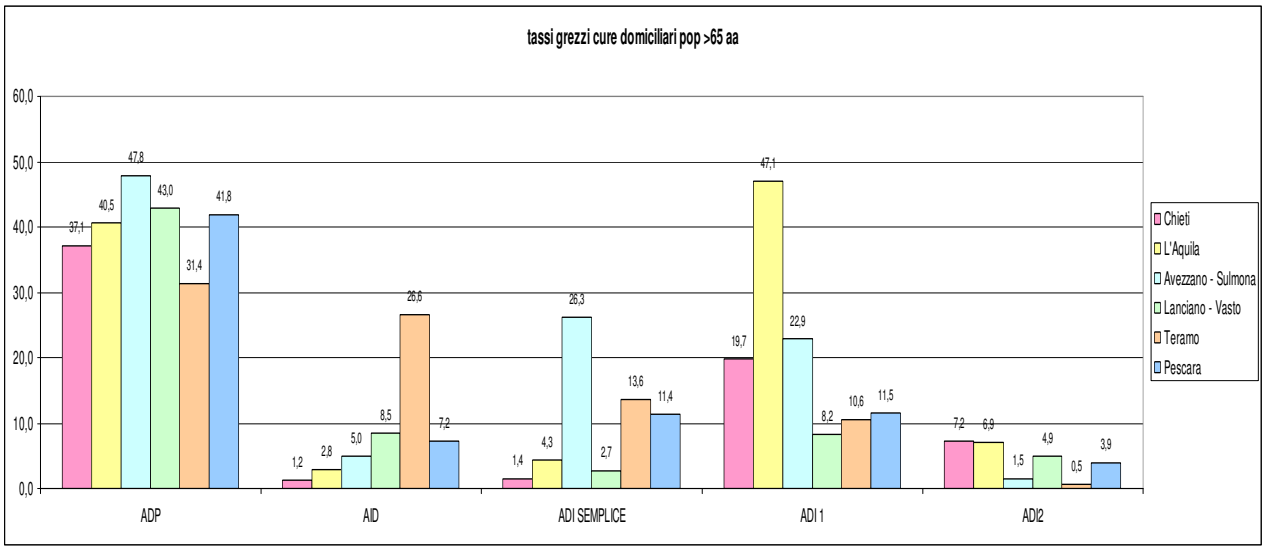
Tabella riassuntiva delle tipologie di Cure domiciliari nelle 6 ASL della Regione Abruzzo (tassi per mille)

Nella tabella seguente vengono riportati, distinti per ASL e per ciascuna tipologia assistenziale,

i relativi tassi per mille riferiti alla popolazione >65 anni. La popolazione considerata ed i relativi tassi sono riferiti ai distretti che hanno fornito il dato.
Quattro distretti (Guardiagrele, Vasto, Castel di Sangro e Sulmona) hanno dichiarato la non disponibilità del dato relativamente a tutte le tipologie; limitatamente all'ADP il Distretto di Celano; per l'AID e per l'ADI semplice i distretti di Castiglione Messer Marino e Gissi.

TASSI GREZZI CURE DOMICILIARI POPOLAZIONE > 65aa/1000

	ADP	AID	ADI SEMPLICE	ADI I	ADI 2
ASL AV-SU	47,8	5	26,3	22,9	1,5
ASL CHIETI	37,1	1,2	1,4	19,7	7,2
ASL LA-VA	43	8,5	2,7	8,2	4,9
ASL L'AQUILA	40,5	2,8	4,3	47,1	6,9
ASL PESCARA	41,8	7,2	11,4	11,5	3,9
ASL TERAMO	31,4	26,6	13,6	10,6	0,5
REGIONE	**39**	**11**	**10,6**	**16,7**	**3,6**



Appare chiara l'esigenza di un potenziamento e regolazione del sistema "Cure domiciliari" finalizzata ad un graduale adeguamento quantitativo e qualitativo dell'offerta assistenziale ed al raggiungimento di una uniformità di modelli organizzativi in tutti i distretti della Regione Abruzzo.

1 PIANIFICAZIONE GENERALE

1.1 Il sistema delle Cure Domiciliari: aspetti generali

L'assistenza domiciliare rappresenta il complesso degli interventi di carattere economico, abitativo, assistenziale e sanitario a supporto della Persona e della sua famiglia per aiutare la Persona e chi se ne prende cura, con lo scopo di realizzare, attraverso un adeguato supporto,

le condizioni per poter continuare a vivere nel proprio ambiente sociale, evitando ogni forma di abbandono e di emarginazione.

Le cure domiciliari si definiscono come una modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata al domicilio dell'Assistito (intendendo per domicilio l'abituale ambiente di vita della Persona, sia esso la propria abitazione, una comunità protetta, una casa di riposo) in modo continuo ed integrato in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge.

Gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari sono:

- fornire adeguata assistenza a Persone che presentano problematiche di tipo sanitario e/o sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza
- rendere possibili dimissioni tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta"
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle capacità residue di autonomia e relazionali
- supportare i "***caregiver***" e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento
- migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

Si ritiene che per il conseguimento degli obiettivi su esposti sono fondamentali:

- l'attivazione della rete dei servizi
- l'integrazione tra servizi sanitari territoriali ed ospedalieri e tra servizi sanitari e servizi sociali
- l'ampliamento ed il rafforzamento della rete familiare e del volontariato
- l'implementazione di idonei strumenti di valutazione della qualità dell'assistenza finalizzati al miglioramento continuo
- la formazione continua degli operatori coinvolti

ciò premesso, i presupposti essenziali per l'attivazione di un programma di Cure Domiciliari sono:

- presa in carico del Medico curante per le problematiche di tipo sanitario, consenso informato da parte dell'assistito e della sua famiglia, in particolare del care giver, con condivisione del piano di assistenza;
- verifica della presenza di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale;
- verifica dell'idoneità della condizione abitativa;
- compatibilità delle condizioni cliniche dell'Assistito con la permanenza a domicilio e con gli interventi sanitari e socio assistenziali necessari.

I principali attori del sistema Cure Domiciliari sono rappresentati da:

- Servizi distrettuali
- Medici di MG/ Pediatri di LS
- Altri servizi aziendali territoriali ed ospedalieri
- Enti gestori dei servizi socio-assistenziali
- Sistema della rete familiare e del volontariato

1.2 L'integrazione sociosanitaria

La progettazione e la realizzazione di un sistema per le Cure Domiciliari finalizzato alla presa in carico di bisogni complessi sanitari e sociali presuppongono un elevato livello di coordinamento e di integrazione tra i diversi attori del sistema, che consenta di considerare l'unicità della persona in tutte le sue dimensioni, superando il settorialismo ed integrando competenze e servizi diversi.

Luogo elettivo di tale integrazione è il Distretto Sanitario, unico centro di riferimento in cui realizzare l'incontro ed il confronto tra i bisogni espressi dalla realtà locale e i soggetti titolari delle funzioni di organizzazione e gestione dei servizi sanitari e socio- assistenziali.

L'integrazione a livello istituzionale dovrà assicurare coerenza ed unitarietà al processo di programmazione sociosanitaria definita d'intesa tra comuni ed aziende ASL.

In definitiva si tratta di concretizzare le scelte concordate a livello di piano di zona dell'ambito sociale, nel programma delle attività territoriali del distretto e nel piano aziendale della ASL, mediante una convenzione tra ciascuna ASL e gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali.

Tale convenzione, articolata per ciascun distretto della ASL, secondo uno schema tipo regionale concordato con gli Ambiti Sociali e con le organizzazioni sindacali, dovrà definire:

- le modalità di raccordo per la pianificazione, l'organizzazione e l'erogazione dei servizi con l'indicazione degli obiettivi quantitativi e qualitativi che i contraenti si propongono di raggiungere
- Gli atti e i relativi tempi di reciproca competenza finalizzati alla realizzazione dei servizi previsti
- i reciproci rapporti finanziari e gli impegni di spesa della ASL e degli Ambiti Sociali interessati
- le risorse umane e strumentali messe a disposizione da ciascun ente con l'indicazione della dotazione di personale assegnato ai servizi delle cure domiciliari, distinto per quantità (monte ore), per profili professionali e per tipologia di rapporto di lavoro (dipendente e/o convenzione)
- la composizione e le funzioni delle équipes relative ai singoli progetti obiettivo;
- le attività di formazione ed aggiornamento congiunti;
- la collocazione fisica dei servizi integrati;
- le modalità di approvazione congiunta dei progetti assistenziali personalizzati.
- L'adozione della carta dei servizi
- La garanzia di forme di partecipazione dei cittadini e dei loro rappresentanti alla programmazione ed alla verifica dei risultati
- L'individuazione dei criteri di compartecipazione alla spesa (solo per la parte sociale), con l'indicazione di impiegare tali risorse nell'implementazione del Servizio.
- Obiettivi generali del Sistema delle Cure Domiciliari in Abruzzo

  Gli obiettivi generali del Sistema delle Cure Domiciliari in Abruzzo possono essere individuati nei seguenti punti:

- Attribuzione al Distretto Sanitario delle funzione di pianificazione, programmazione, organizzazione ed erogazione di tutte le forme di cure domiciliari, e di luogo elettivo di integrazione sociosanitaria.
- Adozione di una classificazione unica a livello regionale delle diverse forme di erogazione delle cure domiciliari, con indicazione delle figure professionali coinvolte e delle modalità di erogazione.
- Istituzione formale e pianificazione organizzativa del Punto Unico d'Accesso a livello distrettuale.

- Istituzione formale delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) a livello distrettuale
- Formalizzazione di percorsi assistenziali che garantiscano il raccordo tra ospedale, sistema delle cure primarie e residenzialità.
- Sottoscrizione di accordi di programma con gli ambiti sociali.
- Implementazione di sistemi informatici e costituzione di un flusso informativo relativo alle cure domiciliari.
- Formazione continua del personale.

1.4 Pianificazione del Sistema delle Cure Domiciliari in Abruzzo

Lo sviluppo del sistema delle Cure Domiciliari in Abruzzo dovrà avvenire lungo un processo di programmazione, implementazione e monitoraggio che dovrà vedere coinvolti i livelli regionali e aziendali, secondo le fasi riportate nel seguente cronogramma:

	REGIONE			ASL		CRONOGRAMMA 2007/09					
ATTIVITA'	**Giunta Regionale**	**Direzione Sanità'**	**Agenzia Sanitaria Regionale**	**Direzione Generale ASL**	**Direzione Sanitaria**	**1° Sem. 07**	**2° Sem. 07**	**1° Sem. 08**	**2° Sem. 08**	**1° Sem. 09**	**2° Sem. 09**
Linee guida CD	X										
Definizione Budget annuale x CD (obiettivi e costi)	X	X	X	X	X		X		X		X
Istituzione Punto Unico di Accesso	X	X	X			X					
Attivazione Punto Unico di Accesso				X	X		X	X			
Attivazione UVM				X	X		X	X			
Definizioni percorsi assistenziali			X		X			X	X	X	X
Sottoscrizione accordi con ambiti sociali				X	X		X				
Sperimentazione flussi informativi			X		X	X	X	X			
Messa a regime dei flussi informativi				X	X			X	X		
Monitoraggio corrente sistema CD			X		X			X		X	
Pianificazione sistema formativo			X		X	X					
Attivazione attività formative				X	X		X	X			
Predisposizione e attivazione sistema premiante				X	X	X					

TIPOLOGIE DI CURE DOMICILIARI

In relazione ai bisogni si distinguono i seguenti profili:

1. Cure Domiciliari Prestazionali caratterizzate da ***prestazioni*** sanitarie ***occasionali*** o a ***ciclo programmato***

2. Cure Domiciliari Integrate di primo (2A) e secondo livello (2B) che ricomprendono quelle già definite ADI. Questa tipologia di cure domiciliari è caratterizzata dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale

3. Cure Domiciliari Integrate di terzo livello (3A) e cure domiciliari palliative per malati terminali (3B) che ricomprendono l'ospedalizzazione domiciliare (OD – 3A), e l'ospedalizzazione domiciliare-cure palliative (OD-CP, 3B). Sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze.

	Tipologia CURE DOMICILIARI	**Definizione**	**Intensità (CIA=GEA/GDC)**	**Figure professionali previste in funzione del PAI e tempo medio in minuti per accesso domiciliare**	**Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)**
1	**CD Prestazionali** (Occasionali o cicliche programmate)	risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presupponga una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.		Infermiere (30') Fisioterapista (30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore/die
2A	**CD Integrate di Primo Livello** (già ADI)	tipologia di assistenza che si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni	Fino a 0,30	Infermiere (30') Fisioterapista (30') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
2B	**CD Integrate di Secondo Livello** (già ADI)	tipologia di assistenza che si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 6 giorni.	Fino a 0,50	Infermiere (45') Fisioterapista (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60'-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
3A	**CD Integrate di Terzo Livello** (già OD)	cure che consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche	Superiore a 0,50	Infermiere (60') Fisioterapista (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60'-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Garanzia di continuità assistenza sanitaria ore 8/20
3B	**Cure Palliative malati terminali** (già OD CP)	cure che consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche	Superiore a 0,60	Infermiere (60') Fisioterapista (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60'-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Garanzia di continuità assistenza sanitaria 24 ore

[1] CIA= Coefficiente Intensità Assistenziale; GEA= Giornata Effettiva Assistenza; GDC= Giornate Di Cura (Durata PAI)

CURE DOMICILIARI DI TIPO PRESTAZIONALE OCCASIONALE O CICLICO PROGRAMMATO

Si intende una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presupponga una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Non prevedono quindi per la loro attivazione l'intervento della UVM distrettuale.

Sono richieste dal Medico responsabile del processo di cura del Paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui l'Assistito presenti limitazioni funzionali, temporanee o permanenti, che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali (studio del Medico di medicina generale o ambulatori dei presidi distrettuali o poliambulatoriali). La limitazione può essere rappresentata da:

- impossibilità permanente a deambulare;
- impossibilità ad essere trasportati con mezzi comuni;
- impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati (quali insufficienza cardiaca in stadio avanzato, insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale, arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato, gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione, cerebropatici e cerebrolesi con forme gravi, paraplegici e tetraplegici, donna in gravidanza con minaccia d'aborto, ecc.)

Comprendono le seguenti tipologie:

ADP

(assistenza domiciliare programmata, di cui all'art. 53 ACN per la Medicina Generale, e all'art. 44 ACN per i Pediatri di Libera Scelta)

La figura professionale interessata è il Medico di Medicina Generale dell'Assistito, o il Pediatra di Libera Scelta, che effettua accessi periodici, concordati ed autorizzati dal Dirigente Medico di distretto responsabile dell'assistenza domiciliare.

Assistenza Domiciliare per Bisogno Sanitario Semplice

La gamma di prestazioni di questa tipologia di intervento professionale comprende:

- Prelievo ematico
- Esecuzione di altre indagini bioumorali routinarie
- Terapia iniettiva intramuscolare e sottocutanea
- Cateterismo vescicale (sostituzione periodica)
- Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione
- Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
- Educazione del care giver alla attività di nursing (cure igieniche, somministrazione di terapie etc.)
- Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
- Educazione del care giver alla gestione di enterostomia
- Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione/corretta postura del Paziente
- Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
- Prescrizione di ausili o protesi
- Consulenza medico specialistica

Altre tipologie di assistenza senza intervento dell'UVM

Una tipologia di assistenza domiciliare che non richiede l'intervento della UVM (in assenza di associazione di altre patologie o di bisogni di tipo sociale), in quanto codificata da uno specifico percorso assistenziale, è rappresentata dalla **Dialisi peritoneale domiciliare.**

Assistenza tutelare alla persona

In questo capitolo sono compresi gli interventi e le attività sociali proprie dei comuni ed esercitate a livello degli Ambiti Territoriali, attivate dai Servizi Sociali, sempre attraverso il P.U.A. ma senza coinvolgimento della UVM (DGR 866 del 31/07/06 ass. dom. sociale)

CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI PRIMO E SECONDO LIVELLO - ADI

Definizione

Il termine "integrata" va intesa in due accezioni, non mutuamente esclusive, ma che, al contrario spesso si compenetrano: coinvolgimento di più figure professionali e intervento dei servizi sociali di ambito territoriale.

Caratteristica dell'ADI è infatti la complessità assistenziale che richiede una forte integrazione tra componenti sanitarie e tra queste ultime e le componenti sociali.

E' questa la forma di assistenza domiciliare che attraverso la UVM realizza la presa in carico globale dell'Assistito e della sua famiglia.

Caratteristiche dell'ADI sono infatti la multidisciplinarietà degli operatori coinvolti e la multidimensionalità dei bisogni.

L'A.D.I. trova naturale collocazione nell'ambito dei servizi di "Assistenza primaria" , assicurati dal Distretto, relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie (d. leg. n° 229/99, art.3 quarter 3 quinquies)

E' rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza, ridotta autosufficienza temporanea o protratta derivante da condizioni personali critiche ancorché non patologiche o specificamente affetti da patologie croniche a medio lungo decorso o da patologie acute trattabili a domicilio che necessitano di assistenza da parte di una équipe multiprofessionale.

Consente di portare al domicilio del paziente servizi di cura e di riabilitazione con indubbi vantaggi:

- migliore qualità della vita dell'Assistito e della sua famiglia
- riduzione dell'ospedalizzazione impropria e dei ricoveri in strutture residenziali
- dimissioni protette a domicilio

La distinzione in primo e secondo livello è riferita all'intensità ed alla complessità delle cure da erogare, come specificato nella tabella.

Criteri per l'ammissione dei pazienti

Questa tipologia di assistenza si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (1° livello) o 6 giorni (2° livello).

I requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari integrate sono:

- Ridotta autosufficienza

  Evidenziata mediante applicazione di apposite scale di valutazione validate sul piano scientifico internazionale: A.D.L. - I.A.D.L. (Area funzionale), C.I.R.S. (per valutare la comorbilità), S.P.M.S.Q. (area cognitiva) e Scheda di Valutazione Sociale. La valutazione sarà integrata dall'applicazione della scala di KARNOFSKY nel caso di pazienti oncologici e dalla Scala di BRADEN (per la valutazione del rischio di piaghe da decubito) in soggetti con funzioni fortemente compromesse. (Allegato 4)

- Complessità assistenziale del paziente

  Ossia necessità di coinvolgimento di più figure professionali per interventi multidisciplinari di natura sanitaria e sociale.

- Idoneità delle condizioni socio- ambientali dell'Assistito

  Questi aspetti vanno rilevati mediante l'applicazione della Scheda di valutazione Sociale, relativamente alle condizioni familiari, economiche ed abitative.

  Dovranno essere valutate le condizioni di assistibilità del malato a domicilio, che si

concretizzano nella compresenza di

- supporto familiare; in caso di assenza o insufficienza valutare la possibilità di intervento da parte dei servizi sociali o volontariato che possa vicariarlo;

- alloggio idoneo o con possibilità di renderlo tale con interventi di assistenza abitativa.

- Necessità di assistenza primaria

Non possono essere ammessi in A.D.I. Pazienti che presentano necessità di interventi altamente specialistici o di tecnologie complesse che richiedono il ricovero ospedaliero

Ciò premesso, sono ammissibili, salvo diversa determinazione concordata in sede di UVM, in relazione a situazioni socio-ambientali ed al quadro clinico, i pazienti che presentano:

- malattie progressivamente invalidanti
- incidenti vascolari acuti
- gravi fratture in anziani
- forme psicotiche acute gravi
- vasculopatie con necessità di riabilitazione
- lesioni neurologiche con necessità di riabilitazione
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano
- necessità di dimissione protetta

Prestazioni

Le prestazioni che riguardano questa tipologia di cure domiciliari si possono classificare in:

- Prestazioni relative all'attività clinica di tipo valutativo – diagnostico
- Prestazioni relative all'attività educativo-relazionale-ambientale
- Prestazioni relative all'attività clinica di tipo terapeutico

  - prestazioni relative ai trattamenti farmacologici e al mantenimento dell'omeostasi

  - prestazioni relative alle funzioni escretorie

  - prestazioni relative al trattamento delle lesioni cutanee e alle alterazioni dei tessuti molli

  - prestazioni relative ai trattamenti di tipo riabilitativo

- Prestazioni relative all'attività di programmazione

CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI TERZO LIVELLO E CURE DOMICILIARI PALLIATIVE A MALATI TERMINALI

Dette cure consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche:

- malati terminali (oncologici e non)
- malati portatori di patologie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare etc.)
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo
- pazienti in stato vegetativo e minima coscienza

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care giver.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del Paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare.

Anche queste cure sono richieste dal Medico responsabile delle cure del Paziente.

Si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali e per le cure palliative è prevista la garanzia della continuità di assistenza sanitaria nelle 24 ore, di norma erogata dall'equipe di cura e comunque da

medici specificamente formati.

La gamma di prestazioni che riguardano questi profili comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative, fisioterapiche e logopediche, psicologiche e medico specialistiche.

ORGANIZZAZIONE SERVIZIO CURE DOMICILIARI

Si è più volte sottolineato che il luogo elettivamente deputato alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria è il Distretto Sanitario, attraverso appositi accordi di programma con gli ambiti sociali; ne deriva quindi che il livello organizzativo delle Cure Domiciliari deve essere collocato a livello distrettuale, con l'individuazione di due livelli di responsabilità: direttivo ed operativo

Tuttavia, stante la necessità di coordinare e monitorare a livello di ASL ed a livello regionale le attività afferenti al Sistema delle Cure Domiciliari, si prevedono:

- un gruppo di coordinamento/monitoraggio regionale delle CD, a livello della ASR Abruzzo, che attraverso l'analisi dei dati del flusso informativo potrà verificare lo stato di implementazione del sistema nelle diverse ASL

- un centro di coordinamento delle CD a livello di ASL

1.3 Centro di coordinamento delle CD a livello di ASL

L'Ufficio di coordinamento delle CD ha compiti di indirizzo, monitoraggio e verifica dell'attività e delle risorse impegnate al livello aziendale e dei singoli distretti, ed è composto da:

- Il Direttore sanitario aziendale
- I Direttori di Distretto
- I Coordinatori degli Ambiti Territoriali
- Il Responsabile del Servizio Infermieristico aziendale (in assenza un Coordinatore infermieristico territoriale indicato dalla Direzione Sanitaria)
- Un Assistente sociale in rappresentanza degli AASS degli EELL. e uno della ASL
- Un Medico di Medicina Generale in rappresentanza dei MMG
- Un Farmacista SSR

L'ufficio di coordinamento dovrà prevedere incontri finalizzati alla verifica delle attività a livello dei singoli distretti con periodicità almeno trimestrale.

1.4 Direzione distrettuale CD

Il livello direttivo è svolto dal Direttore di Distretto che svolge le seguenti funzioni:

- definisce le strategie operative per l'attuazione del Piano Aziendale
- cura i contatti con le direzioni ospedaliere, con i dipartimenti territoriali (Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento delle Dipendenze Patologiche), con i servizi territoriali
- propone e gestisce le convenzioni con i terzi e con gli erogatori
- definisce protocolli organizzativi sanitari e sociosanitari d'intesa con i Responsabili degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali
- monitorizza e verifica le attività e l'uso delle risorse
- effettua l'analisi dei costi e della qualità delle prestazioni
- provvede ad individuare le necessità formative di tutti gli operatori delle Cure Domiciliari

1.5 Gruppo Operativo Distrettuale

Il livello operativo è curato da un Dirigente Medico del Distretto cui viene affidata la direzione di una unità operativa deputata alla gestione dell'erogazione delle Cure Domiciliari.

Nell'ambito di tale unità operativa dovrà prevedersi un nucleo di operatori territoriali, cui affidare l'erogazione delle prestazioni, comprendente, oltre la figura del Coordinatore infermieristico territoriale, le figure professionali sanitarie previste per i

tre diversi livelli di erogazione delle CD:

- infermieri
- medici specialisti
- fisioterapisti
- dietisti
- psicologi
- educatori professionali
- assistenti sociali
- operatori sociosanitari

Del nucleo operativo potrà far parte, a giudizio dell' UVM in sede di formulazione del PAI, qualsiasi altra figura professionale utile alla soluzione dei problemi assistenziali della persona presa in carico, compreso il volontariato, con le modalità e nei limiti stabiliti dalla legislazione vigente.

E' inoltre auspicabile che uno o più operatori facenti parte del Nucleo, si qualifichi nel campo delle cure palliative.

A questo livello sono riconducibili due funzioni:

- accettazione delle richieste
- erogazione delle prestazioni

Accettazione delle richieste

Tale funzione, espletata dal Punto Unico d'Accesso, prevede:

- recepimento delle richieste
- attivazione dei percorsi sanitari e sociali semplici
- attivazione Unità di Valutazione Multidimensionale
- attivazione e gestione dei rapporti con gli altri Servizi ospedalieri interni alla ASL per la programmazione delle dimissioni
- cura dei rapporti con i Servizi ospedalieri esterni alla ASL per dimissioni e ricoveri
- tale attività deve essere assicurata 12 ore al giorno nei giorni feriali e prefestivi
-

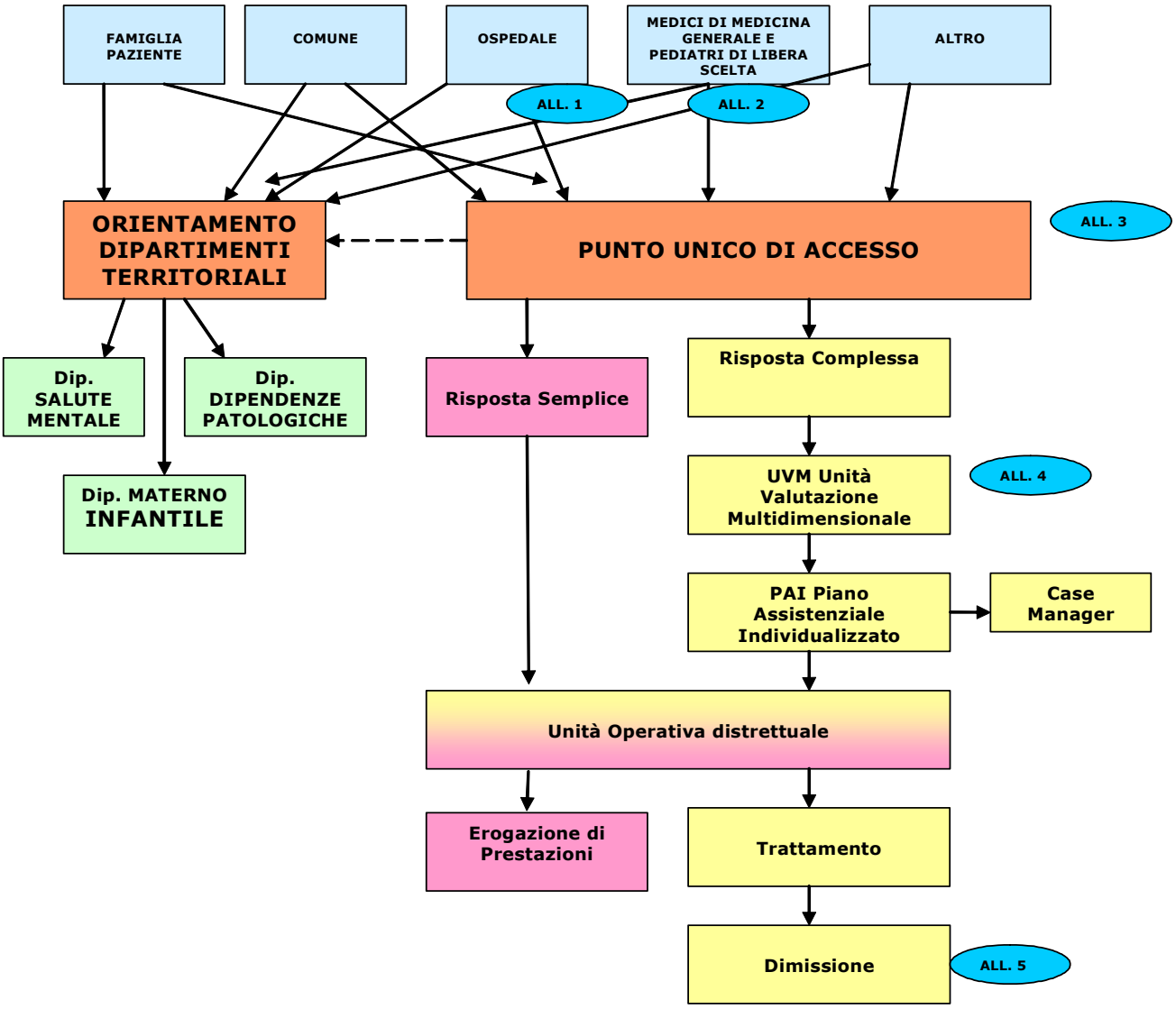
Erogazione delle prestazioni

Tale funzione che fa capo alla unità operativa distrettuale per le Cure Domiciliari prevede

- l'erogazione del servizio in base ai protocolli operativi delle differenti tipologie di cure domiciliari e sulla base del P.A.I. concordato in sede di U.V.M. e con la famiglia
- la pianificazione giornaliera delle risorse e degli interventi in base alle richieste pervenute
- la tenuta dell'archivio cartaceo dei diari clinici domiciliari e delle cartelle infermieristiche
- gestione del sistema informativo con la relativa produzione di report per la funzione direttiva.

PERCORSO PAZIENTE

Nella figura seguente viene rappresentato il Percorso Paziente scandito in tutte le sue tappe, con i relativi strumenti operativi.[11]



11 ALLEGATO 1= Scheda di Dimissione Protetta
ALLEGATO 2= Scheda di attivazione Cure Domiciliari
ALLEGATO 3= Scheda di attività del PUA
ALLEGATO 4= Schede di valutazione
ALLEGATO 5 = Scheda di rilevazione prestazione domiciliare

ACCESSO

Punto Unico di Accesso

L'accesso alle Cure Domiciliari avviene attraverso il P.U.A. definito come una modalità organizzativa concordata tra Distretto ed Ambito Sociale, ed ha come obiettivi:

- Garantire ai Cittadini ed agli Operatori una porta unitaria di accesso ai servizi socio-sanitari del territorio
- Garantire una capillare azione informativa sui percorsi assistenziali, sociali e socio-sanitari anche mediante attivazione di numero verde
- Garantire l'invio all'UVM per la valutazione del bisogno e per l'eventuale presa in carico
- Garantire la continuità del percorso assistenziale
- Garantire la semplificazione delle procedure amministrative

Il P.U.A. Può essere attivato, tramite diverse modalità di comunicazioni, da:

- Singolo Cittadino o familiare
- Medico di medicina generale o Pediatra di libera scelta (Allegato 2)
- Servizi sociali
- Servizi sanitari (Unità operative ospedaliere, RSA, Consultori familiari, Servizi di riabilitazione etc)
- Servizi istituzionali (scuola , Tribunale per i minorenni, Ambiti sociali, etc)
- Servizi non istituzionali (Case di riposo, cooperative sociali, associazioni di volontariato etc.)

Le funzioni di front-office sono svolte da un Dirigente Medico del Distretto Socio-Sanitario, da un Infermiere e da un'assistente Sociale, con adeguato supporto amministrativo

Le funzioni di back-office e di coordinamento del servizio sono assicurate dal Direttore del distretto o da un suo delegato in stretta collaborazione con il Responsabile dell'ufficio di Piano dell'Ambito

Dovrà essere previsto uno stretto collegamento con i servizi di Segretariato Sociale e con i MMG e con i PLS, in particolare per le situazioni urgenti o che necessitano di accompagnamento nell'accesso.

L'equipe del P.U.A. dovrà essere in grado di discriminare il bisogno espresso, indicando percorsi semplici e complessi di risposta, dove per risposte semplici si intende l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o sociali che non richiedano il coinvolgimento della Unità di Valutazione Multidimensionale.

Dovrà, inoltre, essere in grado di effettuare l'orientamento verso i dipartimenti territoriali: Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento Dipendenze Patologiche e Dipartimento Materno- Infantile.

In particolare, per quanto attiene alle C.D. :

- curerà l'inoltro delle richieste di attivazione delle cure prestazionali al Dirigente Medico del Distretto Sanitario responsabile delle C.D. per l'autorizzazione

- Attiverà l'UVM per l'ammissione alle altre tipologie di C.D.

Dimissione Protetta Ospedaliera

La dimissione protetta si pone i seguenti obiettivi:

- riduzione della durata della degenza
- contenimento dei ricoveri impropri
- creare una interrelazione tra il ricovero ospedaliero ed il reinserimento nel territorio
- promuovere attività congiunte e di raccordo tra il personale socio- assistenziale e sanitario, ospedaliero e del territorio

Possono essere canditati alla dimissione protetta soggetti ospedalizzati, indipendentemente dall'età, affetti da patologie che, superata la fase acuta, tuttavia necessitano ancora di particolari prestazioni sanitarie, socio-assistenziali e riabilitative, effettuabili a domicilio ma in maniera coordinata e continuativa. La dimissione a domicilio in questi casi deve avvenire previo accertamento dell'attivazione dell'assistenza domiciliare.

La richiesta va effettuata dal Medico Ospedaliero al P.U.A. 3 giorni lavorativi prima della data prevista per la dimissione, tramite l'apposita scheda (Allegato 1). Il P.U.A. attiva la UVM per la valutazione del caso e la stesura del P.A.I. In collaborazione con lo Specialista ospedaliero, di norma entro le 48 ore.

In particolare nel caso di persone anziane, alla fase di ricovero ospedaliero è opportuno che si sovrapponga precocemente, intorno alla terza giornata dall'ammissione, l'attivazione e l'interfaccia con le figure professionali e le strutture del distretto (sempre tramite il P.U.A.) per la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione e organizzazione dei percorsi successivi.

Il trasporto dell'Assistito a domicilio va effettuato, quando le condizioni cliniche lo richiedono, mediante ambulanza fornita dalla ASL.

Nel caso in cui le condizioni cliniche lo impongano, deve essere previsto un percorso preferenziale per il rientro presso il reparto di provenienza.

Deve essere auspicata la massima integrazione con il medico ospedaliero del reparto di provenienza, anche con programmazione, riportata nel P.A.I. di consulenze domiciliari o telefoniche.

ASSISTENZA

Unità Valutazione Multidimensionale

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), unica per l'ammissione alle cure domiciliari e per l'ammissione nelle residenze, deve essere prevista nel Distretto Sanitario di Base ed è composta da

- Responsabile del DSB
- Medico di medicina generale (MMG),nominato tra i componenti dell'UCAD
- Assistente Sociale,
- Infermiere
- MMG dell'Assistito, o PLS, a richiesta dell'UVM
- Medico specialista (geriatra, neurologo, cardiologo, ecc) competente per la specifica patologia clinica; nel caso di valutazione per l'ammissione alle Cure palliative per i malati terminali, il referente aziendale per le cure palliative, o, in mancanza, lo specialista anestesista o oncologo. Inoltre, nel caso di Pazienti ultrasettantacinquenni è sempre consigliabile la presenza del Geriatra.

E' un gruppo altamente qualificato di persone che in base alla propria professionalità ed esperienza predispone il progetto personalizzato del soggetto che presenta una pluralità di bisogni sociali e/o sociosanitari e/o sanitari;

Costituiscono attività specifiche della UVM:

- Analisi e valutazione multidimensionale del bisogno;
- Individuazione del setting operativo dove indirizzare il paziente (domicilio, semiresidenza, residenze sanitarie)
- Elaborazione del progetto personalizzato di assistenza in cui vengono definiti le persone coinvolte, i risultati attesi e le attività;

- Verifica e valutazione del progetto personalizzato e del bisogno a distanza di alcuni mesi o a seguito di cambiamenti del quadro sociosanitario, della situazione psicosociale e di quella sanitaria . Nel caso in cui le verifiche e le valutazioni periodiche diano esiti diversi da quelli previsti, è necessario procedere ad una riformulazione del progetto personalizzato;
- Rilevazione dell'utilizzo di interventi sanitari, sociosanitari e sociali.

Gli strumenti proposti per la valutazione del bisogno assistenziale sono rappresentati dalle Scale di Valutazione (Allegato 4) i cui risultati saranno riportati sulla Scheda del P.A.I.

L'applicazione degli strumenti su indicati permette di identificare i diversi livelli di intensità di cure sanitarie e di intensità delle cure sociali, cui attribuire i rispettivi codici.

Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.)

Basato su modalità condivise e confrontabili per la loro predisposizione, tenendo conto della metodologia di lavoro per progetti ben identificata dall'art. 2 del Dpcm 14 febbraio 2001, e tale per cui alla valutazione del bisogno (corredata da fattori osservabili e misurabili) deve far seguito la definizione dei risultati attesi, anch'essi misurabili in sede tecnica e, per quanto possibile, anche in sede di valutazione partecipata di efficacia con la persona utente e la sua famiglia.

Nei progetti personalizzati viene identificata la Intensità assistenziale in funzione della natura e complessità del bisogno. La stessa viene definita sulla base della quantità e qualità delle risorse (professionali e di altra natura) impiegate per l'attuazione del progetto personalizzato.

Nel P.A.I. dovranno essere indicati:

- i bisogni sanitari e gli interventi previsti, con l'individuazione delle figure professionali coinvolte, dei loro compiti e della periodicità dei trattamenti
- i bisogni sociali e le azioni previste, con l'individuazione delle parti coinvolte e degli strumenti necessari
- il "case manager", ossia del responsabile del caso, (MMG dell'Assistito, o altra figura professionale del Sistema delle Cure Domiciliari, su delega del MMG) referente dell'organizzazione e del controllo dell'applicazione del P.A.I. nel singolo caso.
- il "caregiver";
- gli obiettivi e la durata del trattamento
- la periodicità della verifica intermedia dell'applicazione del P.A.I. con l'individuazione degli indicatori specifici
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi
- il P.A.I. deve essere sottoscritto dal Paziente e/o da un familiare

  Si prevede l'istituzione di una cartella ADI con diario unico che deve rimanere a domicilio del Paziente fino a chiusura del caso; su tale cartella devono essere riportati tutti gli accessi (con indicazione dei tempi) e gli interventi effettuati.

  Il modello di cartella da adottare sarà elaborato dal gruppo di coordinamento regionale delle CD della ASR Abruzzo, in collaborazione con i referenti aziendali comunicati dalle ASL.

Case manager

Il "Responsabile del caso" è un operatore che si assume la responsabilità del controllo dell'attuazione degli interventi previsti nel programma assistenziale personalizzato (è il garante del piano assistenziale individualizzato). E' colui che ha in mano il controllo della fase operativa dell'ADI, verificando chi ha fatto che cosa, con quale frequenza, in che modo, in che tempi, ecc.. Rappresenta anche il primo riferimento "organizzativo" per l'assistito, la sua famiglia e gli operatori dell'équipe assistenziale. Il responsabile del caso tutela indirettamente l'assistito poiché tutelando il piano assistenziale e individualizzato si fa garante della modalità di lavoro per obbiettivi e quindi del raggiungimento degli obbiettivi assistenziali stessi. E' quindi una figura di raccordo all'interno dell'équipe assistenziale, garantendone l'integrazione, tenendo le fila della comunicazione tra i suoi membri e assicurando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata senza sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza.

Visto l'impegno che tale funzione richiede, il responsabile del caso di regola può seguire un numero limitato di casi.

Il responsabile del caso viene individuato dall'unità valutativa distrettuale nella prima riunione di

valutazione ed è alla stessa UVM che deve direttamente rispondere del suo operato

Allo scopo di fornire ogni utile elemento di valutazione per il singolo caso ,partecipa anche alle sedute dell'unità valutativa per la verifica e l'eventuale revisione del programma assistenziale personalizzato. Cura inoltre il rapporto con la famiglia dell'utente con il referente familiare fornendo la più ampia informazione sul programma assistenziale che deve essere dalla famiglia pienamente condiviso, al fine di attivare la massima collaborazione e di raccogliere tutte le indicazioni utili e/o le richieste di aiuto e di supporto.

Trattamento

La Unità operativa delle Cure Domiciliari del distretto, ricevuta la richiesta per il tramite del P.U.A. attiva i relativi percorsi assistenziale con la tempistica e le modalità di seguito esplicitate:

- convocazione della U.V.M. e valutazione del caso entro 48 ore dalla richiesta;
- inizio dell'erogazione del servizio entro le successive 48 ore ed apertura della relativa cartella clinica; nella cartella clinica, della cui tenuta è responsabile il "care manager", sono riportati tutti gli interventi effettuati ed i parametri clinici rilevati; all'atto della dimissione va completata mediante la compilazione della Scheda di Dimissione Cure Domiciliari e archiviata a cura del Servizio Distrettuale per le Cure Domiciliari;
- attiva le figure professionali coerentemente alla tipologia ed alla frequenza dei trattamenti indicati nel P.A.I.
- l'unità operativa distrettuale per le Cure Domiciliari provvede inoltre all'approvvigionamento dei farmaci, attraverso le farmacie ospedaliere ed alla fornitura dei presidi necessari per i trattamenti;
- l'erogazione delle cure domiciliari deve essere garantita nelle ore e nei giorni previsti dal relativo profilo di cura
- al paziente in ADI va garantita la facilitazione all'utilizzo di attività diagnostiche e di laboratorio**,** nonché alla prestazione specialistica ambulatoriale o domiciliare. Il Direttore di Distretto individua e formalizza corsie preferenziali;
- nel caso di dimissioni protette bisogna garantire un raccordo con l'ospedale che preveda corsie preferenziali per una eventuale riospedalizzazione del Paziente.
- l'erogazione dei farmaci avviene attraverso una modulistica specificamente dedicata

DIMISSIONE

All'atto della dimissione va compilata l'apposita scheda (allegato 5) che, analogamente alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO), raccoglie tutti i dati relativi al ciclo di cure domiciliari effettuate.

I dati delle suddette schede saranno raccolte su supporto informatico, nel rispetto della vigente normativa sulla Privacy, ai fini della realizzazione di un flusso informativo regionale.

Si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal P.A.I. a seguito di verifica da parte della UVM
- Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale (RSA, CR) disposta dalla UVM in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del P.A.I. con l'assistenza domiciliare, o a seguito di mutate condizioni sociosanitarie.
- Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili a domicilio.
- Dimissione per decesso

SISTEMI DI SUPPORTO

SISTEMI INFORMATIVI

Al fine di attuare il monitoraggio puntuale del Sistema Cure Domiciliari nella Regione Abruzzo, relativamente alla sua implementazione ed alla adozione delle Linee guida regionali, nonché alla valutazione economica di tale linea di attività, viene istituito un flusso informativo per tutte le tipologie di assistenza previste e per i corrispondenti indicatori.

A tale scopo si prevede

- l'adeguamento dei sistemi informatici aziendali finalizzato alla gestione informatizzata delle Cure Domiciliari
- l'adozione della scheda di dimissione delle Cure Domiciliari per gli Assistiti in A.D.I.
- L'adozione di un sistema di reporting relativamente agli indicatori di attività e di qualità
- produzione di report di contabilità analitica

1.5.1 Indicatori

Gli indicatori sotto elencati sono da considerarsi su base annuale.

Indicatori di attività/risultato

- Numero dei distretti che erogano tutte le tipologie di Cure Domiciliari/totale distretti della ASL
- Numero Assistiti in ADP >65 aa/totale popolazione >65aa
- Numero Assistiti in ADP >65aa/totale Assistiti >65aa in carico ad ogni Medico di MG
- Numero di attivazione di CD di I e II livello Assistiti >65aa/totale popolazione >65aa
- Numero di attivazione di CD di I e II livello Assistiti >65aa/totale Assistiti >65aa in carico ad ogni Medico di MG
- Numero di attivazione di CD di I e II livello Assistiti >75aa/totale popolazione >65aa
- Numero di attivazione di CD di I e II livello Assistiti >65aa/totale Assistiti >75aa in carico ad ogni Medico di MG
- N. annuo di giornate di Cure palliative a malati terminali livello per deceduti a causa di tumore
- N. di Assistiti nei quali il tempo massimo di attesa tra segnalazione e presa in carico domiciliare è < o = a 3gg/N. Assistiti curati a domicilio con assistenza conclusa
- Tasso Dimissioni Protette Assistiti >65aa : numero di attivazione Dimissioni Protette Assistiti >65aa/totale dimissioni da ospedali per acuti di Pazienti >65aa
- Tasso di dimissioni per decesso nelle CD di I e II livello : numero di Assistiti dimessi per decesso/numero totale Assistiti nelle tipologie di CD di I e II livello
- Tasso dimissioni per raggiungimento degli obiettivi terapeutici nelle CD di I e II livello : numero di Assistiti dimessi per raggiungimento degli obiettivi terapeutici/numero totale Assistiti nelle tipologie di CD di I e II livello
- Tasso dimissioni per trasferimento in residenza nelle CD di I e II livello : numero di Assistiti dimessi per trasferimento in residenza /numero totale Assistiti nelle tipologie di CD di I e II livello
- Tasso dimissioni per ricovero in ospedale nelle CD di I e II livello : numero di Assistiti dimessi per ricovero in ospedale/numero totale Assistiti nelle tipologie di CD di I e II livello
- Rapporto totale ore assistenza infermieristica in appalto/totale ore erogate da personale dipendente
- Rapporto totale ore fisioterapia in appalto/totale ore erogate da personale dipendente
-

Altri Indicatori

- N. Ambiti Sociali che hanno stipulato accordi per l'integrazione sociosanitaria con la ASL / totale Ambiti Sociali del territorio della ASL
- Esistenza accordi con le associazioni di volontariato
- Numero di ore di formazione del personale organizzata dall'Azienda
- Numero di unità di personale che hanno partecipato ad attività di formazione
- Esistenza di un sistema di rilevazione del grado di soddisfazione dell'Utenza

Nel corso dell'anno 2007 sarà applicato in via sperimentale un modello di analisi multidimensionale finalizzato alla verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate nell'ambito delle C.D. Integrate.

SISTEMA FORMATIVO

Ciascuna ASL deve prevedere la programmazione di un'attività continua di formazione per gli operatori coinvolti nel Sistema delle C.D. finalizzata all'implementazione del sistema ed all'applicazione dei protocolli integrativi per la gestione delle problematiche relative all'assistenza. Alla suddetta attività dovrà essere destinato almeno l'1% del monte salari del Centro di Responsabilità

SISTEMA PREMIANTE

Le ASL dovranno prevedere, nell'ambito dei sistemi premianti del Personale, incentivi legati al raggiungimento di obiettivi specifici in relazione agli indicatori di attività/risultato e di qualità previsti per il Sistema delle C. D.

A livello di ASR viene attivato un gruppo di lavoro per formulare una proposta tesa ad individuare un apposito budget finalizzato.

ALLEGATO 1

Al PUA del Distretto Sanitario di _____

SCHEDA DI DIMISSIONE PROTETTA

MEDICO OSPEDALIERO DI

_____

(timbro del Reparto)

COGNOME_____NOME_____

DATA DI NASCITA_____ N° tessera sanitaria _____

LUOGO PREVISTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE:

INDIRIZZO_____

MOTIVO DEL RICOVERO

_____

_____

DIAGNOSI DI DIMISSIONE

_____

_____

DATA PRESUNTA DI DIMISSIONE_____

FAMILIARE DI RIFERIMENTO _____

N° DI TELEFONO DEL FAMILIARE _____

Firma del familiare di riferimento per avvenuta informazione di avvio di procedura

_____

Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta (nominativo)

SITUAZIONE ABITATIVA/FAMILIARE IN CUI AVVERRA' L'ASSISTENZA

CASA PRIVATA:

□ vive da solo
□ vive con il coniuge
□ vive con i figli
□ altro_____

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

- **RICOVERI RIPETUTI NEGLI ULTIMI TRE MESI, IN ASSENZA DI SOSTANZIALI VARIAZIONI DELLA STORIA CLINICA** □ SI □ NO
- **ELEVATO INDICE DI COMORBILITA'** □ SI □ NO
- ***STATO DI COSCIENZA*** □ orientato □ disorientato □ coma
- ***RESPIRAZIONE*** □ Autonoma □ ventilazione assistita meccanica
  □ ossigeno: prescrizione _____
- ***PAZIENTE COLLABORANTE*** □ SI □ NO
- ***DEAMBULAZIONE AUTONOMA*** □ SI □ NO
- ***ALIMENTAZIONE*** □ autonoma □ sondino nasogastrico □ PEG □TPN
  □ altro (specificare) _____
- ***CONTINENZA URINARIA*** □ SI □ NO (dispositivi utilizzati)
  □Pannolini
  □Catetere vescicale: tipo _____ _____
  data ultimo posizionamento _____
  □ altro _____
- ***CONTINENZA FECALE*** □ SI □ NO
- ***PORTATORE DI STOMIA*** □ NO □ SI (modello e misura)_____
- ***EVACUAZIONE SPONTANEA*** □ SI □ NO specificare le modalità_____
- ***PRESENZA DI ACCESSO VENOSO CENTRALE***
  □ NO □ SI (tipo e gestione) _____
- ***LESIONI DA DECUBITO***
  □ NO □ SI
  Sede _____
  Grado _____

PREVISIONE BISOGNI ASSISTENZIALI PER LA DIMISSIONE

*AUSILI/PROTESI*_____

_____

_____

MEDICAZIONI – Tipo

_____

_____

Frequenza prevedibile _____

Terapia proposta: _____

_____

_____

*NOTE*_____

Data Timbro e Firma Medico di Reparto Caposala Tel. Di riferimento e FAX

_____ _____ _____

ALLEGATO 2

Al PUA del Distretto Sanitario di _____

SCHEDA ATTIVAZIONE CURE

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

_____

(timbro del Medico)

COGNOME_____NOME_____

DATA DI NASCITA_____ N° tessera sanitaria _____

LUOGO PREVISTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE:

INDIRIZZO_____

FAMILIARE DI RIFERIMENTO _____

N° DI TELEFONO DEL FAMILIARE _____

Firma del familiare di riferimento per avvenuta informazione di avvio di procedura

_____

Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta (nominativo)

SITUAZIONE ABITATIVA/FAMILIARE IN CUI AVVERRA' L'ASSISTENZA

CASA PRIVATA:

□ vive da solo
□ vive con il coniuge
□ vive con i figli
□ altro_____

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

- **RICOVERI RIPETUTI NEGLI ULTIMI TRE MESI, IN ASSENZA DI SOSTANZIALI VARIAZIONI DELLA STORIA CLINICA** □ SI □ NO
- **ELEVATO INDICE DI COMORBILITA'** □ SI □ NO
- ***STATO DI COSCIENZA*** □ orientato □ disorientato □ coma
- ***RESPIRAZIONE*** □ Autonoma □ ventilazione assistita meccanica
  □ ossigeno: prescrizione _____

- ***PAZIENTE COLLABORANTE*** □ SI □ NO

- ***DEAMBULAZIONE AUTONOMA*** □ SI □ NO

- ***ALIMENTAZIONE*** □ autonoma □ sondino nasogastrico □ PEG □TPN
  □ altro (specificare) _____

- ***CONTINENZA URINARIA*** □ SI □ NO (dispositivi utilizzati)
  □Pannoloni
  □Catetere vescicale: tipo _____
  data ultimo posizionamento _____
  □ altro _____

- ***CONTINENZA FECALE*** □ SI □ NO

- ***PORTATORE DI STOMIA*** □ NO □ SI (modello e misura)_____

- ***EVACUAZIONE SPONTANEA***
  □ SI □ NO specificare le modalità_____

- ***PRESENZA DI ACCESSO VENOSO CENTRALE***
  □ NO □ SI (tipo e gestione) _____

- ***LESIONI DA DECUBITO***
  □ NO □ SI
  Sede _____
  Grado _____

PREVISIONE BISOGNI ASSISTENZIALI PER LA DIMISSIONE

*AUSILI/PROTESI*_____
_____
_____

*MEDICAZIONI-Tipo*_____
_____
_____

Frequenza prevedibile _____

Terapia proposta: _____
_____
_____

*NOTE*_____

Data Timbro e Firma Medico

_____

Tel. di riferimento e FAX

_____

ALLEGATO 3

Punto Unico di Accesso

1 - DATI ANAGRAFICI (compilare per tutte le tipologie assistenziali)

		M ❑ F ❑
COGNOME	**NOME**	**SESSO**
DATA DI NASCITA	**COMUNE DI NASCITA**	**PROVINCIA**
TITOLO DI STUDIO	**CITTADINANZA**	**STATO CIVILE**
COMUNE DI RESIDENZA	**VIA**	**N° CIVICO**
DOMICILIO (se diverso dalla residenza)	**VIA**	**N° CIVICO**
N° TELEFONO DELL'ASSISTITO	**N° TELEFONO CELLULARE DELL'ASSISTITO**	
PERSONA DI RIFERIMENTO	**N° DI TELEFONO (persona di riferimento)**	

2 - RICHIESTA DI PRESA IN CARICO (compilare per tutte le tipologie assistenziali)

❒Paziente/Familiari
❒Servizi sociali
❒MMG/PLS
❒Ospedale
❒Struttura residenziale extra-ospedaliera
❒Dipartimento di salute mentale
❒Dipartimento delle dipendenze patologiche
❒Altro……..…

3 - TIPOLOGIA DI DOMANDA

3.1- TIPOLOGIA DI DOMANDA SEMPLICE per L'ACCESSO ALLE CURE (valutazione della domanda ed erogazione dell'assistenza)

	Attivazione diretta: PRESTAZIONI DI SERVIZIO SOCIALE
	❒PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SOCIALE
	_____
	_____
	_____
	_____

	Attivazione diretta: PRESTAZIONI AMBULATORIALI
	❒PRESTAZIONI SPECIALISTICA AMBULATORIALI
	_____
	_____
	_____

	Attivazione diretta: PRESTAZIONI FARMACEUTICA/PROTESICA
	❒PRESTAZIONI FARMACEUTICA/PROTESICA
	_____
	_____
	_____
	_____

	Attivazione diretta: CURE DOMICILIARI PRESTAZIONALI:
	CURE DOMICILIARI DI TIPO PRESTAZIONALE OCCASIONALE O CICLICO PROGRAMMATO
	Prestazioni:
	ADP : assistenza domiciliare programmata da parte del MMG/PLS
	Assistenza domiciliare per Bisogno sanitario semplice ❒Prelievo ematico ❒Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.) ❒Terapia iniettiva intramuscolare sottocutanea ❒Terapia iniettiva sottocutanea ❒Cateterismo vescicale (sostituzione periodica) ❒Istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione ❒Educazione del caregiver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente ❒Educazione del caregiver alla attività di nursing (cure igieniche, somministrazione di terapie, ecc.) ❒Educazione del caregiver alla gestione di derivazioni urinarie ❒Educazione del caregiver alla gestione di enterosistema ❒Educazione del caregiver alla corretta mobilizzazione/corretta postura del paziente ❒Educazione del caregiver alla prevenzione di lesioni cutanee ❒Prescrizione di ausili o protesi ❒Consulenza medico specialistica ❒Visite programmate del Medico di Medicina Generale
	Figure professionali:
	❒Infermiere :……minuti di assistenza ❒Terapista della riabilitazione:……minuti di assistenza ❒Medico:……minuti di assistenza

3.2 - TIPOLOGIA DI DOMANDA COMPLESSA per L'ACCESSO ALLE CURE (invio della domanda all'UVM)

	Attivazione UVM: CURE DOMICILIARI INTEGRATE **-CURE DOMICILIARI INTEGRATE PRIMO E SECONDO LIVELLO - ADI** **-CURE DOMICILIARI INTEGRATE TERZO LIVELLO E CURE DOMICILIARI PALLIATIVE A MALATI TERMINALI**
	Richiesta di valutazione multidimensionale e successiva stesura del PAI (piano di assistenza individuale) in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale

	Attivazione UVM: RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE :		
	RSA : residenza sanitaria assistenziale		…… ……
	CR : centro residenziale		…… ……

3.3 - TIPOLOGIA DI DOMANDA COMPLESSA per L'ACCESSO ALLE CURE (invio della domanda ad altro soggetto per la presa in carico)

	Invio della domanda: DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
	Richiesta di valutazione della domanda e presa in carico da parte del Dipartimento di salute mentale

	Invio della domanda: DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE :
	Richiesta di valutazione della domanda e presa in carico da parte del Dipartimento delle dipendenze patologiche

	Invio della domanda: ENTE LOCALE
	Richiesta di valutazione della domanda e presa in carico da parte dell'Ente locale

	Invio della domanda: AREA MATERNO INFANTILE

4 - VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

4.1 - DIAGNOSI (compilare per tutte le tipologie assistenziali)

	❑❑❑❑❑
PATOLOGIA PREVALENTE CHE DETERMINA L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA	**CODICE ICD-10 CM**
	❑❑❑❑❑
PATOLOGIE CONCOMITANTI CHE CONDIZIONANO LA PRESA IN CARICO	**CODICE ICD-10 CM**
	❑❑❑❑❑
PATOLOGIE CONCOMITANTI CHE CONDIZIONANO LA PRESA IN CARICO	**CODICE ICD-10 CM**
	❑❑❑❑❑
PATOLOGIE CONCOMITANTI CHE CONDIZIONANO LA PRESA IN CARICO	**CODICE ICD-10 CM**
	❑❑❑❑❑
PATOLOGIE CONCOMITANTI CHE CONDIZIONANO LA PRESA IN CARICO	**CODICE ICD-10 CM**

4.1.1 - CRITERI DI ELEGGIBILITA' PER attivazione diretta CURE DOMICILIARI

4.1.2 - CONDIZIONE DI NON-AUTOSUFFICIENZA E FRAGILITA' (compilare per cure domiciliari_valutazione scheda ADL e IADL)

ADL	IADL	NON AUTOSUFFICIENZA	FRAGILITA' CLINICA
.....	.....	❑Persona non autosufficiente	❑ temporanea ❑ permanente
		❑persona parzialmente autosufficiente	
		❑persona con limitazione lieve dell'autosufficienza	
		❑persona autosufficiente ma in situazione di rischio socio-sanitario	

4.1.3 - IMPOSSIBILITA' A DEAMBULARE (compilare solo per cure domiciliari)

❑ Impossibilità permanente a deambulare ❑ Impossibilità temporanea a deambulare
Impossibilità a recarsi in ambulatorio a causa di: ❑ Non autosufficienza ❑Abitazione in piano alto e senza ascensore ❑ Situazione socio-sanitaria e/o ambientale critica con necessità di particolare assistenza (specificare): _____ _____

4.1.4 - DETERIORAMENTO DELLO STATO COGNITIVO (compilare solo per cure domiciliari)

❑ Presenza di deterioramento dello stato cognitivo di livello elevato con disturbi del comportamento
❑ Assenza di deterioramento dello stato cognitivo di livello elevato con disturbi del comportamento

4.1.5 - VALUTAZIONE DI INDAGINE SOCIALE (compilare per tutte le tipologie assistenziali:valutazione sintetica)

L'assistito presenta la seguente situazione socio-assistenziale:				
CONVIVENTI:	❑ nessuno	❑ il coniuge	❑ i figli	❑ altri
SITUAZIONE FAMILIARE ED ASSISTENZIALE RILEVATA: ❑ SITUAZIONE IDONEA: la persona convive con i familiari che lo assistono, è seguito dai familiari con continuità ❑ PARZIALMENTE IDONEA: ha assistenza saltuaria e/o insufficiente dei familiari/vicini/volontariato ❑ NON IDONEA: privo di assistenza dai parenti, assenza di rapporti con vicinato e/o volontariato				
Nucleo abitativo(escluso l'assistito) ……				

5 - PIANIFICAZIONE della tipologia assistenziale di ATTIVAZIONE DIRETTA

DATA di ATTIVAZIONE DIRETTA della TPOLOGIA ASSISTENZIALE:
_____/_____/_____

5.1 - PERIODICITA' DEGLI ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (compilare per cure domiciliari prestazionali ADP)

❑ ogni _____ giorni	❑ settimanale	❑ quindicinale	❑ mensile

❑ dal giorno: _____	❑ presumibilmente per mesi: _____

5.2 - Eventuali variazioni nella periodicità degli accessi medici (compilare per cure domiciliari prestazionali ADP)				
❑ ogni ….giorni	❑ settimanale	❑ quindicinale	❑ mensile	_____/_____/_____
❑ ogni ….giorni	❑ settimanale	❑ quindicinale	❑ mensile	_____/_____/_____
❑ ogni ….giorni	❑ settimanale	❑ quindicinale	❑ mensile	_____/_____/_____

	5.3 - Eventuali variazioni della TIPOLOGIA ASSISTENZIALE DI ATTIVAZIONE DIRETTA	

DATA	DIVERSA TIPOLOGIA ASSISTENIZALE	MOTIVAZIONE
__/____/__	……	……
__/__/____	……	……
__/__/____	……	……

Data di compilazione	Timbro Distretto e firma
_____/_____/_____ __	

Allegato 4 SCHEDE DI VALUTAZIONE

ADL – Index of Indipendence in Activities of Daily Living

A - FARE IL BAGNO	
Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo)	**1**
Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso)	**1**
Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo	**0**
B - VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestirsi, uso delle allacciature e delle bretelle)	
Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza	**1**
Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe	**1**
Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito	**0**
C - USO DEI SERVIZI (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi e rivestirsi)	
Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandole al mattino)	**1**
Ha bisogno di assistenza nell'andare al bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda	**0**
Non si reca in bagno per l'evacuazione	**0**
D - SPOSTARSI	
Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore)	**1**
Compie questi spostamenti se aiutato	**0**
Allettato, non esce dal letto	**0**
E - CONTINENZA	
Controlla completamente feci ed urine	**1**
Incidenti occasionali	**0**
Necessita di supervisione per controllo di feci ed urine, usa il catetere, è incontinente	**0**
F - ALIMENTAZIONE	
Senza assistenza	**1**
Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane	**1**
Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parentale	**0**

PUNTEGGIO
(Range 0 – 6)

VALUTAZIONE DESCRITTIVA ADL

A) Indipendente nell'alimentarsi, nella continenza, nello spostarsi, nell'uso dei servizi, nel vestirsi e nel fare il bagno.
B) Indipendente in tutte le suddette funzioni eccetto una.
C) Indipendente in tutte le funzioni eccetto che nel fare il bagno ed in un'altra funzione.
D) Indipendente in tutte le funzioni eccetto che nel fare il bagno, nel vestirsi ed in un'altra funzione.
E) Indipendente in tutte le funzioni eccetto che nel fare il bagno, nel vestirsi, nell'uso dei servizi, nello spostarsi ed in un'altra funzione.
F) Dipendente in tutte le sue funzioni.

IADL – Instrumental Activities of Daily Living Scale

A - ABILITA' AD USARE IL TELEFONO	
Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone	**1**
Compone solo pochi numeri ben conosciuti	**1**
Risponde al telefono, ma non compone i numeri	**1**
E' incapace di usare il telefono	**0**
B - FARE LA SPESA	
Si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma	**1**
E' capace di effettuare solo piccoli acquisti	**0**
Ha biogno di essere accompagnato per qualunque tipo di acquisto	**0**
C - PREPARARE I PASTI	
Pianifica i pasti, li prepara adeguatamente e li serve in maniera autonoma	**1**
Prepara i pasti solo se gli forniscono tutti gli ingredienti	**0**
E' in grado solo di riscaldare cibi già pronti, oppure prepara cibi in maniera non costante tanto da non riuscire a mantenere un'alimentazione adeguata	**0**
Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito	**0**
D - CURA DELLA CASA	
Riesce ad occuparsi della casa autonomamente o con occasionale aiuto per i lavori pesanti	**1**
Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri come lavare i piatti, rifare il letto, ecc.	**1**
Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri, ma non è capace di mantenere un livello adeguato di pulizia	**1**
Ha bisogno di aiuto per tutte le pulizie della casa	**0**
E' completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica	**0**
E - FARE IL BUCATO	
Lava la propria biancheria	**1**
Lava solo i piccoli indumenti	**1**
Tutto il bucato deve essere fatto da altri	**0**
F - SPOSTAMENTI FUORI CASA	
Viaggia autonomamente, servendosi dei mezzi pubblici o della propria automobile	**1**
Fa uso di taxi, ma non è capace di usare i mezzi pubblici	**1**
Viaggia su mezzi pubblici solo se assisitito o accompagnato	**1**
Viaggia in macchina o in taxi solo quando assistito o accompagnato da altri	**0**
Non può viaggiare affatto	**0**
G - ASSUNZIONE DEI PROPRI FARMACI	
E' capace di assumere correttamente le medicine	**1**
E' capace di assumere le medicine solo se in precedenza già preparate	**0**
E' incapace di assumere da solo le medicine	**0**
H - USO DEL PROPRIO DENARO	
Provvede in modo autonomo alle proprie finanze (conti, assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca) controlla le proprie entrate	**1**
Provvede alle spese ed ai conti quotidiani, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare assegni, fare grosse spese, ecc.)	**1**
E' incapace di maneggiare il denaro in modo proprio	**0**
PUNTEGGIO IADL: (Range 0 – 8)	

VALUTAZIONE COGNITIVA
C. I. R. S. (CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE)

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ)	
0 se la risposta è esatta, 1 se è errata	
Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno)	
Che giorno è della settimana?	
Come si chiama questo posto?	
Qual è il suo indirizzo?	
Quanti anni ha?	
Quando è nato?	
Chi è il Presidente della Repubblica? (o il Papa?)	
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?)	
Qual è il cognome da ragazza di sua madre?	
Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo	
TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA (Range 0 – 10)	
Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG = 10. *Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica.* VCOG	

ambito esplorato:	punteggio:				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
cardiopatie (solo cuore)	€	€	€	□	
ipertensione (si valuta solo la severità: gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	€	€	€	□	
patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	€	€	€	□	
patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	€	€	€	□	
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	€	€	€	□	
apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	€	€	€	□	
apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)	€	€	€	□	
epatopatie (solo fegato)	€	€	€	□	
nefropatie (solo rene)	€	€	€	□	
altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	€	€	€	□	
sistema muscolo-scheletro-cute (muscoli, ossa, tegumenti)	€	€	€	□	
patologie neurologiche (sistema nervoso centrale e periferico; N.B.: non comprende la demenza)	□		€	€	€
patologie endocrine e metaboliche (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	€	€	€	□	€
patologie psichiatriche-comportamentali (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	€	€	€	€	€

1 = compromissione **assente**; 2 = **lieve** (c'è ma non interferisce con la normale attività, trattamento non necessario, prognosi eccellente: es. ernie, emorroidi…); 3= **moderata** (interferisce con la normale attività, trattamento necessario, prognosi buona: es. colelitiasi, diabete, fratture…); 4= **grave** (produce disabilità, trattamento indilazionabile, prognosi incerta: es. cancro operabile, scompenso cardiaco…); 5= **molto grave** (mette a rischio la sopravvivenza, trattamento urgente, prognosi grave: es. IMA, emorragia G.I., stroke...).

RISULTATI:

Indice di Severità: _____

(media dei punteggi delle prime 13 categorie, escludendo le patologie Pschiatriche-comportamentali).

Indice di Comorbidità: _____

(n. delle categorie in cui si ottiene un punteggio ≥ 3, escluse le patologie psichiatriche-comportament.).

VALUTAZIONE SOCIALE

A	*SITUAZIONE FAMILIARE E DI INTEGRAZIONE SOCIALE*

CON CHI VIVE	☐ SOLO	☐ CON IL CONIUGE	☐ CON I FIGLI	☐ CON ALTRI
RAPPORTI CON I FAMILIARI grado di parentela	QUOTIDIANI	FREQUENTI	SALTUARI	INESISTENTI
1)	☐	☐	☐	☐
2)	☐	☐	☐	☐
3)	☐	☐	☐	☐
4)	☐	☐	☐	☐
5)	☐	☐	☐	☐
EVENTUALI SITUAZIONI CONFLITTUALI:				

RAPPORTI CON AMICI E VICINATO	☐ OTTIMI	☐ BUONI	☐ SUFFIC.	☐ CARENTI	☐ CONFLITT.
COME TRASCORRE LA GIORNATA (attività prevalenti)	☐ TV	☐ PICCOLE OCCUPAZ. FAMILIARI	☐ HOBBIES	☐ CINEMA O TEATRO	☐ CIRCOLI O BAR
	☐ PARROC-CHIA	☐ LAVORI DOMESTICI	☐ LETTO / POLTRONA	☐ ALTRO	☐

CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE

☐ **SITUAZIONE IDONEA**: buon livello di accettazione familiare e sociale
☐ **PARZIALMENTE IDONEA**: - discreto livello di accettazione familiare e sociale
- rapporti saltuari con il clan familiare e sociale
- rapporti saltuari con il clan familiare e sufficienti rapporti con la comunità

☐ **NON IDONEA**: conflittuali o inesistenti rapporti con il clan familiare e con la comunità

B	*SITUAZIONE ASSISTENZIALE*

TIPO DI SOSTEGNO IN ATTO Soggetto che eroga l'intervento: familiari, comune, Asl, volontariato, ecc.)	TIPOLOGIA:	FREQUENZA:

SE HA BISOGNO DI AIUTO PUO' RICORRERE A:

☐ CONIUGE ☐ PARENTI ☐ VICINI / AMICI

☐ FIGLI ☐ VOLONTARIATO ☐ PERSONA RETRIBUITA

BISOGNI SOCIOASSISTENZIALI RILEVATI (specificare)

☐ IGIENE DELLA CASA ☐ ASSISTENZA ALLA PERSONA

☐ PASTI A DOMICILIO ☐ SERVIZIO LAVANDERIA

☐ SEGRETARIATO SOCIALE ☐ TELESOCCORSO

☐ COMPAGNIA ☐ ALTRO (specificare)

CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE

☐ **SITUAZIONE IDONEA**: convive con i familiari che lo curano – è seguito dai familiari con rapporti quotidiani o frequenti

☐ **PARZIALMENTE IDONEA**: ha assistenza saltuaria e/o insufficiente dei familiari/vicinato/volontariato

☐ **NON IDONEA**: privo di assistenza dei parenti – rapporti con il vicinato e/o con il volontariato nulli

C	***SITUAZIONE ABITATIVA***

TITOLO DI GODIMENTO DELL'ABITAZIONE	☐ PROPRIETA'	☐ AFFITTO (Canone mensile €. _____)	☐ ALTRO (specificare)
LOCALIZZAZIONE	☐ CASA ISOLATA	☐ GRUPPO DI CASE	
	☐ CENTRO STORICO	☐ PERIFERIA	☐ FRAZIONE
SERVIZI DI TRASPORTO	☐ SUFFICIENTI	☐ INSUFFICIENTI	
	☐ ACCESSIBILI	☐ NON ACCESSIBILI	
PIANO DELL'ABITAZIONE	☐ TERRA ☐ 1° ☐ 2° ☐ 3° ☐ 4° ☐ 5° ☐ SUP. 5°		
ASCENSORE	☐ SI	☐ NO	
HA UNA STANZA PROPRIA	☐ SI	☐ NO	
RISCALDAMENTO	☐ TERMOSIFONE	☐ STUFE	☐ ALTRO ☐ NO
SERVIZI IGIENICI	☐ INTERNI CON BAGNO O DOCCIA	☐ INTERNI SENZA BAGNO O DOCCIA	☐ ESTERNI
TELEFONO	☐ SI	☐ NO	
BARRIERE ARCHITETTONICHE	INTERNE ☐ SI ☐ NO	ESTERNE ☐ SI ☐ NO	

CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE

☐ **SITUAZIONE IDONEA**: sana, con tutti i conforts, priva di barriere architettoniche
☐ **PARZIALMENTE IDONEA**: modesto degrado, riscaldamento parziale, barriere architettoniche facilmente eliminabili
☐ **NON IDONEA**: barriere architettoniche non eliminabili, alto degrado dell'ambiente

D	*SITUAZIONE ECONOMICA*

PENSIONE SOCIALE	☐ SI _____	☐ NO
ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO	☐ SI	☐ NO

Situazione economica dell'assistito

☐ **SITUAZIONE IDONEA**: buona
☐ **PARZIALMENTE IDONEA**: sufficiente
☐ **NON IDONEA**: insufficiente

Situazione economica del nucleo familiare convivente dell'assistito

☐ **SITUAZIONE IDONEA**: buona
☐ **PARZIALMENTE IDONEA**: sufficiente
☐ **NON IDONEA**: insufficiente

SCALA DI KARNOFSKY

Per la valutazione del malato oncologico

Normale attività; non evidenzia malattie	100
Capace di svolgere una normale attività; segni minori di malattia	90
Normale attività con sforzo; qualche segno di malattia	80
Autosufficiente; inabile a svolgere una normale attività lavorativa	70
Richiede assistenza occasionalmente, ma è in grado di adempiere alla maggior parte delle proprie necessità	60
Richiede assistenza particolare e frequente intervento medico	50
Inabile; richiede speciali cure ed assistenza	40
Gravemente inabile; l'ospedalizzazione è indicata anche se la morte non è imminente	30
Molto malato; ospedalizzazione e terapie di supporto necessarie	20
Moribondo; processi fatali rapidamente ingravescenti	10
Morto	0

INDICE DI KARNOFSKY:

SCALA DI BRADEN

	Punti 4	Punti 3	Punti 2	Punti 1
PERCEZIONE SENSORIALE	**Lucido e orientato** ☐ (Non deficit sensoriali che limitano la capacità di percepir e dolore e disagio)	**Disorientato** ☐ (Risponde agli ordini verbali. Non sempre manifesta disagio o bisogni)	**Confuso** ☐ (Limitata percezione di dolore o disagio. Gemiti, agitazione)	**Stuporoso o comatoso** ☐ (Non risponde agli stimoli dolorosi)
INCONTINENZA E UMIDITA'	**Assente** ☐ (Cute abitualmente asciutta)	**Occasionale** ☐ (Cute occasionalmente umida)	**Urinaria** ☐ (Cute spesso umida)	**Doppia** ☐ (Cute costantemente bagnata)
DEAMBULAZIONE	**Cammina da solo** ☐ (Da solo o con presidi, fino a stancarsi)	**Cammina con aiuto** ☐ (Richiede assistenza e/o presidi. Tratti molto brevi)	**Costretto su sedia** ☐ (Richiede assistenza per sedersi)	**Costretto a letto** ☐
MOBILITA'	**Non limitata** ☐ (Autonomi e frequenti cambi di posi zione)	**Poco limitata** ☐ (Richiede poca assistenza per il controllo degli arti o autonomo limitatamente)	**Molto limitata** ☐ (Va assistito per cambio posizione. Scarso controllo arti)	**Assente** ☐ (Totalmente immobile e senza controllo arti)
ALIMENTAZIONE	**Buona** ☐ (Non rifiuta cibo, integrazioni non necessarie)	**Discreta** ☐ (Rifiuto occasionale del pasto, abituale integrazione)	**Scadenti** ☐ (Raro consumo di un pasto completo e saltuaria integrazione con supplementi)	**Pessime** ☐ (Mai un pasto completo, mai supplementi)
FRIZIONE E SCIVOLAMENTO		**Assente** ☐ (Mantiene la posizione sia in poltrona che a letto)	**Potenziale** ☐ (La minima assistenza può generare frizione. Occasionalmente può scivolare in basso)	**Presente** ☐ (La frizione è inevitabile se richiede assistenza, per muoversi scivola in basso)

Per la valutazione della esposizione al rischio di sviluppare lesioni da decubito (LdD)

Nel caso di dubbi nell'attribuzione del punteggio, conviene sempre attribuire il punteggio più basso.

La somma totale dei punteggi può variare da un massimo di 23 (nessun rischio) ad un minimo di 6 (massimo rischio). L'area di rischio per LdD è compresa tra i punteggi 6 e 16

ALLEGATO 5

Scheda di Rilevazione Assistenza Domiciliari (RAD)

Sezione 1: Dati Anagrafici

| __| __| __| Codice Regione EROGANTE | __| __| __| Codice Azienda USL EROGANTE
| __| __| __| Codice Regione di residenza | __| __| __| Codice Azienda USL di residenza
| __| __| __| __| __| __| Codice Comune di residenza

| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| Codice individuale (cod. fiscale)
| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| Cognome
| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| Nome
| __| __| / | __| __| / | __| __| __| __| data di nascita

Sesso:
1 □ Maschio
2 □ Femmina
Stato civile:
1 □ celibe/nubile
2 □ coniugato/a o convivente
3 □ separato/a
4 □ vedovo/a
5 □ non dichiarato
Cittadinanza:
1 □ Italiana
2 □ Unione Europea
3 □ Extracomunitaria

Nucleo abitativo (escluso l'assistito): | __| __| Numero dei componenti

| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| Identificativo utente

Sezione 2: Dati Attivazione/Chiusura dell'assistenza domiciliare

Richiesta di presa in carico:
1 □ Apertura convenzionale al 1° gennaio
2 □ Servizi Sociali
3 □ MMG / PLS
4 □ Ospedale
5 □ Struttura residenziale extraospedaliera

Motivo di dimissione dell'ADI:
1 □ Chiusura convenzionale al 31 dicembre
2 □ Completamento del programma assistenziale
3 □ Ricovero in Ospedale seguito da decesso
4 □ Decesso a domicilio
5 □ Trasferimento in struttura residenziale
6 □ Cessazione volontaria (cambio residenza, allontanamento temporaneo, volontà dell'utente, etc.)

|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| Data della presa in carico (da inserire anche se precedente all'anno considerato)

|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| Data della dimissione dell'ADI (se diversa dalla

chiusura convenzionale)

|__|__| Numero di valutazioni multidimensionali effettuate nell'anno

Sezione 3: Diagnosi

Classificazione nosologica relativa alla patologia prevalente che determina l'attivazione

1 □□ Malattie infettive e parassitarie
2 □□ Tumori
3 □□ M.ghiandole endocrine, nutrizione, metabolismo e disturbi immunitari
4 □ M. sangue e organi emopoietici
5 □ Disturbi psichici
6 □ M. sist. nervoso e organi e senso
7 □ M. sistema circolatorio
8 □ M. apparato respiratorio
9 □□ M. apparato digerente
10 □ M. apparato genitourinario
11 □ Complicazioni gravidanza, parto e puerperio
12 □ M. pelle e tessuto sottocutaneo
13 □ M. sistema osteomuscolare e connettivo
14 □ Malformazioni congenite
16 □ Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti
17 □ Traumatismi e avvelenamenti dell'assistenza

Patologia prevalente che determina l'attivazione dell'assistenza

1 |__|__|__|__|__| Codice ICD-9 CM

Patologie concomitanti che condizionano la presa in carico

2 |__|__|__|__|__| Codice ICD-9 CM
3 |__|__|__|__|__| Codice ICD-9 CM
4 |__|__|__|__|__| Codice ICD-9 CM

Sezione 4: Valutazione dell'assistito_Autonomia

Attività della vita quotidiana (fare il bagno, mangiare, lavarsi, vestirsi, essere continenti, usare i servizi igienici):

	Valutazione iniziale	Valutazione successiva 1	Valutazione successiva2	Valutazione successiva3
Autonomo	□	□	□	□
Parzialmente dipendente	□	□	□	□
Totalmente dipendente	□	□	□	□

Area mobilità:

	Valutazione iniziale	Valutazione successiva 1	Valutazione successiva2	Valutazione successiva3
Si sposta da solo (eventualmente con ausili)	☐	☐	☐	☐
Si sposta assistito	☐	☐	☐	☐
Non si sposta	☐	☐	☐	☐

Area cognitivita (disturbi della memoria, orientamento, attenzione):

	Valutazione iniziale	Valutazione successiva 1	Valutazione successiva2	Valutazione successiva3
Gravi	☐	☐	☐	☐
Moderati	☐	☐	☐	☐
Assenti/Lievi	☐	☐	☐	☐

Area disturbi comportamentali:

	Valutazione iniziale	Valutazione successiva 1	Valutazione successiva2	Valutazione successiva3
Assenti/Lievi	☐	☐	☐	☐
Moderati	☐	☐	☐	☐
Gravi	☐	☐	☐	☐

Area sociale(supporto della famiglia e della rete informale):

	Valutazione iniziale	Valutazione successiva 1	Valutazione successiva2	Valutazione successiva3
Presenza	☐	☐	☐	☐
Presenza parziale e/o temporanea	☐	☐	☐	☐
Assenza	☐	☐	☐	☐

Sezione 4: Valutazione dell'assistito_Bisogni assistenziali

		Valutazione iniziale	Valutazione successiva 1	Valutazione successiva2	Valutazione successiva3
Rischio infettivo		☐	☐	☐	☐
Respiratori	Broncoaspirazione/ Drenaggio posturale	☐	☐	☐	☐
	Ossigeno terapia	☐	☐	☐	☐
	Ventiloterapia	☐	☐	☐	☐
	Tracheostomia	☐	☐	☐	☐
Alimentazione	Assistita	☐	☐	☐	☐
	Enterale	☐	☐	☐	☐
	Parenterale	☐	☐	☐	☐
Eliminazione urinaria/intestinale	Manovre per favorire l'eliminazione	☐	☐	☐	☐
	Gestione della stomia	☐	☐	☐	☐
Alterazione del ritmo sonno/veglia		☐	☐	☐	☐
Necessità di supporto al care giver		☐	☐	☐	☐
Educazione terapeutica al paziente o al Care giver		☐	☐	☐	☐
Ulcere cutanee	1°-2° grado	☐	☐	☐	☐
	3°-4° grado	☐	☐	☐	☐
Procedure diagnostiche		☐	☐	☐	☐
Procedure Terapeutiche	Sottocutanea/intramuscolare /infusionale	☐	☐	☐	☐
	Gestione catetere centrale	☐	☐	☐	☐
	Trasfusioni	☐	☐	☐	☐
	Controlli del dolore	☐	☐	☐	☐
Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità	Terminalità oncologica	☐	☐	☐	☐
	Terminalità non oncologica	☐	☐	☐	☐
Bisogni assistenziali relativi alla disabilità	Trattamento riabilitativo neurologico	☐	☐	☐	☐
	Trattamento riabilitativo ortopedico	☐	☐	☐	☐
	Trattamento riabilitativo di mantenimento	☐	☐	☐	☐
	Supervisione continua	☐	☐	☐	☐
	Assistenza nelle IADL	☐	☐	☐	☐
	Assistenza nelle ADL	☐	☐	☐	☐

Sezione 5: Assistenza erogata

Numero di ricoveri ospedalieri nell'anno	**|__|__|**
Trasporti programmati a carico del SSN	**|__|__|**
Fornitura relativa all'assistenza protesica	☐
Assistenza in telemedicina	☐
Prestazioni socio-assistenziali	☐
Fornitura relativa all'assistenza integrativa	☐
Assistenza Farmaceutica ad erogazione diretta	☐
Contributo economico a totale o parziale carico del Fondo Sanitario Regionale	☐

Numero di ricoveri ospedalieri nell'anno	|__|__|
Trasporti programmati a carico del SSN	|__|__|
Fornitura relativa all'assistenza protesica	☐
Assistenza in telemedicina	☐
Prestazioni socio-assistenziali	☐
Fornitura relativa all'assistenza integrativa	☐
Assistenza Farmaceutica ad erogazione diretta	☐
Contributo economico a totale o parziale carico del Fondo Sanitario Regionale	☐

BIBLIOGRAFIA

"Progetto Mattoni Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari".

DPCM 29/11/2001:"Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

DPCM 14/02/2001:"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".

CIRS – *Indice di Comorbilità*.
Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP.
Validation of cumulative illness rating scale in a geriatric residential population.
J AM Geriatr Soc 1995;119-126

Indice di Barthel – *Activities of daily living – Situazione funzionale.*
Mahoney FI, Barthel D.
Functional evaluation: the Barthel Index.
Maryland State Med J 1965; 14: 56-61 ;

APPENDICE F

REGIONE ABRUZZO

Modelli LA Storici, Tendenziali e Programmatici

LA SERIE STORICA 2001-2005

Codice Livello La	Descrizione livello	2001	2002	2003	2004	2005
10100	Igiene e sanita` pubblica	27.073	37.382	28.846	35.355	40.702
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	5.217	8.616	7.482	8.221	9.281
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	10.318	12.552	8.648	8.261	9.295
10400	Sanita` pubblica veterinaria	17.296	22.782	22.890	23.586	26.501
10500	Attivita` di prevenzione rivolte alle persone	0	0	15.191	7.173	8.103
10600	Servizio medico legale	0	0	8.126	8.219	9.212
19999	**TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO**	**59.904**	**81.332**	**91.183**	**90.815**	**103.094**
20100	Guardia medica	25.292	19.696	40.333	40.075	49.618
20201	Medicina generale - Medicina generica	102.375	82.143	82.241	86.812	107.919
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta	24.779	19.119	22.493	26.987	23.511
20300	Emergenza sanitaria territoriale	0	0	15.762	22.332	25.987
20401	Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	306.587	314.917	308.694	309.517	312.731
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell`assistenza farmaceutica	0	0	22.069	18.018	23.914
20500	Assistenza integrativa	0	0	4.003	7.604	8.082
20601	Assistenza specialistica - Attivita` clinica	58.169	120.057	129.131	98.996	114.261
20602	Assistenza specialistica - Attivita` di laboratorio	34.744	32.880	33.197	32.420	32.085
20603	Assistenza specialistica - Attivita` di diagnostica strumentale e per immagini	40.080	44.106	29.186	28.076	33.814
20700	Assistenza protesica	31.987	15.984	14.476	14.537	18.726
20801	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)	45.783	82.000	30.355	22.683	27.669
20802	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	0	0	14.978	12.025	12.329
20803	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	0	0	15.116	15.104	18.322
20804	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili	0	0	17.560	16.859	20.119
20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti	0	0	13.388	12.308	15.908
20806	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	0	0	9.115	8.426	9.750
20807	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	0	0	1.701	1.686	2.014
20808	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza a persone affette da HIV	0	0	3.027	2.504	2.978
20901	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	44.824	28.364	34.348	26.644	5.886
20902	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	18.684	20.198	21.824	26.175	18.715
20903	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	3.252	10.799	5.926	4.160	1.360
20904	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani	3.539	3.778	8.725	9.615	1.641
20905	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	0	0	2.431	1.836	1.983
20906	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	0	0	1.236	1.180	1.330
21001	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	39.527	33.936	49.610	47.736	52.660
21002	Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	6.701	16.911	39.091	45.583	52.932
21003	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	14.065	7.086	7.796	5.609	7.675
21004	Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	15.524	10.154	23.713	26.521	37.480
21005	Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	0	0	1.861	1.610	1.743
21006	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	0	0	1.091	1.564	1.183
	Assistenza residenziale riabilitativa ex art. 26	45.840	48.098	0	0	0
	Altra assistenza residenziale	18.242	4.282	0	0	0
21100	Assistenza idrotermale	3.209	2.748	8.401	6.497	3.292
29999	**TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE**	**883.203**	**917.256**	**1.012.878**	**981.699**	**1.047.617**
30100	Attivita` di pronto soccorso	0	0	64.609	58.757	67.965
30201	Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	75.080	68.871	91.828	117.382	116.403
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	921.245	928.722	880.223	712.911	913.660
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	5	0	0
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	51.903	89.135	44.004	41.546	50.522
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	37.732	53.385	72.601	69.750	73.192
30600	Emocomponenti e servizii trasfusionali	0	0	40.837	36.290	38.396
30700	Trapianto organi e tessuti	0	0	7.973	8.173	8.929
39999	**TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA**	**1.085.960**	**1.140.113**	**1.202.080**	**1.044.809**	**1.269.067**
49999	***Totale***	***2.029.067***	***2.138.701***	***2.306.141***	***2.117.323***	***2.419.778***

MODELLO LA TENDENZIALE					
Codice Livello La	Descrizione livello	LA 2006	LA 2007	LA 2008	LA 2009
10100	Igiene e sanita` pubblica	40.481	42.248	43.106	44.115
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	9.231	9.634	9.829	10.059
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	9.244	9.648	9.844	10.074
10400	Sanita` pubblica veterinaria	26.357	27.508	28.066	28.723
10500	Attivita` di prevenzione rivolte alle persone	8.059	8.411	8.582	8.783
10600	Servizio medico legale	9.162	9.562	9.756	9.985
19999	**TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO**	**102.533**	**107.011**	**109.183**	**111.739**
20100	Guardia medica	49.349	51.504	52.550	53.780
20201	Medicina generale - Medicina generica	107.334	112.021	114.296	116.971
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta	23.384	24.405	24.900	25.483
20300	Emergenza sanitaria territoriale	25.846	26.975	27.523	28.167
20401	Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	311.036	324.619	331.210	338.964
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell`assistenza farmaceutica	23.784	24.823	25.327	25.920
20500	Assistenza integrativa	8.038	8.389	8.560	8.760
20601	Assistenza specialistica - Attivita` clinica	113.642	118.605	121.013	123.845
20602	Assistenza specialistica - Attivita` di laboratorio	31.911	33.305	33.981	34.776
20603	Assistenza specialistica - Attivita` di diagnostica strumentale e per immagini	33.631	35.099	35.812	36.650
20700	Assistenza protesica	18.625	19.438	19.832	20.297
20801	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)	27.519	28.721	29.304	29.990
20802	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	12.262	12.798	13.058	13.363
20803	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	18.223	19.018	19.405	19.859
20804	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili	20.010	20.884	21.308	21.807
20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti	15.822	16.513	16.848	17.242
20806	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	9.697	10.121	10.326	10.568
20807	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	2.003	2.091	2.133	2.183
20808	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza a persone affette da HIV	2.962	3.091	3.154	3.228
20901	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	5.854	6.110	6.234	6.380
20902	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	18.614	19.426	19.821	20.285
20903	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	1.353	1.412	1.440	1.474
20904	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani	1.632	1.703	1.738	1.779
20905	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	1.972	2.058	2.100	2.149
20906	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	1.323	1.381	1.409	1.442
21001	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	52.375	54.662	55.772	57.077
21002	Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	52.645	54.944	56.060	57.372
21003	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	7.633	7.967	8.129	8.319
21004	Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	37.277	38.905	39.695	40.624
21005	Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	1.734	1.809	1.846	1.889
21006	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	1.177	1.228	1.253	1.282
21100	Assistenza idrotermale	3.274	3.417	3.487	3.568
29999	**TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE**	**1.041.939**	**1.087.441**	**1.109.519**	**1.135.493**
30100	Attivita` di pronto soccorso	67.608	70.561	71.994	73.679
30201	Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	115.792	120.849	123.303	126.189
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	908.867	948.558	967.816	990.473
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	50.257	52.452	53.517	54.769
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	72.808	75.988	77.530	79.345
30600	Emocomponenti e servizii trasfusionali	38.195	39.863	40.672	41.624
30700	Trapianto organi e tessuti	8.882	9.270	9.458	9.680
39999	**TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA**	**1.262.409**	**1.317.540**	**1.344.289**	**1.375.759**
49999	**Totale**	**2.406.881**	**2.511.992**	**2.562.992**	**2.622.992**

MODELLO LA PROGRAMMATICO				
Codice Livello La	Descrizione livello	LA 2007	LA 2008	LA 2009
10100	Igiene e sanita` pubblica	41.468	41.862	42.257
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	9.456	9.546	9.636
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	9.470	9.560	9.650
10400	Sanita` pubblica veterinaria	26.999	27.257	27.514
10500	Attivita` di prevenzione rivolte alle persone	8.255	8.334	8.413
10600	Servizio medico legale	9.385	9.475	9.564
19999	**TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO**	**105.033**	**106.033**	**107.033**
20100	Guardia medica	50.913	52.625	53.846
20201	Medicina generale - Medicina generica	110.736	114.460	117.116
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta	24.125	24.936	25.515
20300	Emergenza sanitaria territoriale	26.665	27.562	28.202
20401	Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	297.619	310.210	314.964
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell`assistenza farmaceutica	24.538	25.363	25.952
20500	Assistenza integrativa	8.293	8.572	8.771
20601	Assistenza specialistica - Attivita` clinica	117.243	121.186	123.998
20602	Assistenza specialistica - Attivita` di laboratorio	32.922	34.030	34.819
20603	Assistenza specialistica - Attivita` di diagnostica strumentale e per immagini	34.697	35.863	36.696
20700	Assistenza protesica	19.215	19.861	20.322
20801	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)	30.891	31.652	32.649
20802	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	13.764	14.104	14.548
20803	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	20.455	20.960	21.620
20804	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili	20.644	21.338	21.834
20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti	16.323	16.872	17.264
20806	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	10.885	11.154	11.505
20807	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	2.248	2.304	2.376
20808	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza a persone affette da HIV	3.325	3.407	3.514
20901	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	6.571	6.733	6.945
20902	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	20.894	21.409	22.083
20903	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	1.518	1.556	1.605
20904	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani	1.832	1.877	1.936
20905	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	2.214	2.268	2.340
20906	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	1.485	1.521	1.569
21001	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	58.791	60.241	62.138
21002	Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	59.095	60.552	62.459
21003	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	8.569	8.780	9.056
21004	Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	41.844	42.875	44.226
21005	Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	1.946	1.994	2.057
21006	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	1.321	1.353	1.396
21100	Assistenza idrotermale	3.378	3.492	3.573
29999	**TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE**	**1.074.959**	**1.111.110**	**1.136.893**
30100	Attivita` di pronto soccorso	68.251	66.832	66.898
30201	Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	116.893	114.462	114.575
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	917.506	898.427	899.312
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	50.735	49.680	49.729
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	73.500	71.972	72.043
30600	Emocomponenti e servizii trasfusionali	38.558	37.756	37.793
30700	Trapianto organi e tessuti	8.967	8.780	8.789
39999	**TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA**	**1.274.409**	**1.247.909**	**1.249.137**
49999	**Totale**	**2.454.401**	**2.465.052**	**2.493.063**