



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO
PER L'ABRUZZO

Volume I

**Indagine sulla sanità pubblica nella
Regione Abruzzo**

(dati contabili al 31.12.2016 e aspetti gestionali al 31.12.2017)

Allegato alla Deliberazione n. 56/2018/SSR del 15 marzo 2018



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER L'ABRUZZO

VOLUME I

**INDAGINE SULLA SANITÀ PUBBLICA NELLA
REGIONE ABRUZZO**

(dati contabili al 31.12.2016 e aspetti gestionali al 31.12.2017)

MAGISTRATO ISTRUTTORE ED ESTENSORE:

- Consigliere Lucilla VALENTE

PERSONALE DI SUPPORTO:

- Ludovica PENTOLA (con funzioni di coordinamento)
- Giuseppe MIELE
- Stefania MANZI
- Arcangelo PETRUCCI

INDICE

Premessa.....	I
Sintesi e Conclusioni.....	IV
1 QUADRO NORMATIVO E PROGRAMMATICO NAZIONALE E REGIONALE	1
1.1 Le principali novità della normativa nazionale	1
1.2 Il Decreto del Commissario ad acta n. 55/2016 del 10 giugno 2016. Piano di riqualificazione del Sistema sanitario abruzzese 2016-2018	2
1.3 La Delibera del Consiglio dei Ministri del 15 settembre 2016. L'uscita dal commissariamento.....	10
1.4 Il monitoraggio del Piano di riqualificazione	13
1.4.1 OBIETTIVO 1 - Gestire i pazienti cronici il più possibile a domicilio.....	14
1.4.2 OBIETTIVO 2 - Riqualificare la rete ospedaliera puntando su sicurezza ed efficienza	22
1.4.3 OBIETTIVO 3 - Investire in selezione, formazione e valutazione delle risorse umane	28
1.4.4 OBIETTIVO 4 - Accelerare investimenti in infrastrutture e tecnologie	31
1.4.5 OBIETTIVO 5 - Privilegiare il contatto diretto con il paziente	33
1.4.6 OBIETTIVO 6 - Certificazione dei bilanci e della qualità (outcome) del SSR	36
1.4.7 OBIETTIVO 7 - Garantire tempestività e correttezza nei rapporti con i fornitori	38
1.4.7.1 Lo stato del contenzioso a dicembre 2017.....	38
1.4.8 Ulteriori interventi operativi di gestione.....	43
1.4.8.1 Monitoraggio sullo stato di attuazione del processo di accreditamento istituzionale	44
1.4.8.1.a) Accreditamento istituzionale	44
1.4.8.1.b) Linee negoziali, tetti di spesa e contratti.....	49
1.4.8.1.c) Stato di sottoscrizione dei contratti e rispetto dei tetti di spesa	54
1.5 Esito delle verifiche annuali dei provvedimenti del Piano di rientro della Regione Abruzzo da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza.....	58
2 I DISAVANZI DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE E GLI STATI PATRIMONIALI DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.....	65

2.1	I disavanzi economici	65
2.1.1	Premessa	65
2.1.2	Le perdite a carico della Regione Abruzzo	65
2.1.3	Le modalità di copertura	66
2.1.4	Le modalità di copertura regionali.....	67
2.1.5	Lo svincolo di premialità da destinare alla chiusura dei crediti delle Aziende verso la Regione	70
2.1.6	La copertura del disavanzo dell'esercizio 2016	71
2.1.7	Anticipazione di cassa da conto "Tesoreria sanità" a conto "Tesoreria ordinario" della Regione.....	73
2.2	L'incidenza della situazione debitoria e creditoria del Sistema sanitario sugli Stati patrimoniali delle Aziende sanitarie locali.....	73
2.2.1	La situazione patrimoniale complessiva dell'aggregato "Aziende"	73
2.2.2	Le poste attive degli Stati patrimoniali delle Aziende sanitarie locali.....	75
2.2.2.a	Le immobilizzazioni.....	76
2.2.2.b	L'attivo circolante	78
2.2.3	Le poste passive degli Stati patrimoniali delle Aziende sanitarie locali.....	79
2.2.3.a	Il patrimonio netto	80
2.2.3.b	Le passività	82
2.2.4	Chiarimenti sullo Stato patrimoniale delle Aziende forniti in contraddittorio, in sede di Adunanza pubblica, dall'Amministrazione regionale	86
2.3	Lo Stato patrimoniale della GSA.....	87
2.3.1	Le poste attive dello Stato patrimoniale della GSA.....	88
2.3.1.a	L'attivo circolante	88
2.3.2	Le poste passive dello Stato patrimoniale della GSA.....	91
2.3.2.a	Il patrimonio netto	91
2.3.2.b	Le passività	92
2.4	Lo Stato patrimoniale consolidato della Regione Abruzzo	94
2.5	La esposizione debitoria del Settore sanità della Regione Abruzzo	101
2.5.1	Aspetti generali.....	101
2.5.2	L'indebitamento complessivo degli enti del SSR (a breve e medio termine)	102

2.5.3	Il debito verso fornitori e le altre tipologie di indebitamento degli Enti del SSR	104
2.5.4	L'indebitamento a lungo termine degli Enti del SSR	105
2.6	L'indebitamento complessivo della Regione Abruzzo per il Settore sanitario	105
3	LA GESTIONE CONTABILE	107
3.1	Premessa	107
3.2	La gestione 2016: assegnazione ed erogazione del Fondo sanitario regionale agli Enti del Servizio sanitario regionale	108
3.2.1	Rispetto dell'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013	111
3.3	Le linee guida regionali per la redazione dei bilanci 2016	112
3.4	I risultati dell'esercizio 2016	115
3.5	L'andamento del disavanzo annuale pro capite	121
3.6	I componenti positivi del reddito (valore della produzione).....	123
3.6.1	In particolare della GSA	124
3.7	I componenti negativi del reddito (costi della produzione)	126
3.7.1	L'acquisto di beni sanitari e non sanitari	127
3.7.2	L'acquisto di servizi non sanitari	129
3.7.3	La spesa del personale nei Conti economici delle Aziende.....	139
3.7.4	L'acquisto di servizi sanitari	142
3.7.4.1	Le voci di maggior rilievo.....	151
3.7.4.1.a	L'acquisto di servizi sanitari per assistenza ospedaliera (voce B.2.A.7)	151
3.7.4.1.b	L'acquisto di servizi sanitari per farmaceutica (voce B.2.A.2).....	152
3.7.5	Altri costi.....	162
4	L'ATTIVITÀ GESTIONALE	165
4.1	Considerazioni generali.....	165
4.2	La rimodulazione della rete ospedaliera	168
4.3	L'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza	172
4.4	I principali indicatori nella gestione dell'assistenza ospedaliera	175
4.4.1	Gli indicatori demografici	176
4.4.2	Gli indicatori di attività.....	176
4.4.3	Gli indicatori di complessità.....	189

4.4.4	Gli indicatori d'appropriatezza	191
4.4.5	Gli indici di fuga	194
4.5	L'assistenza distrettuale	198
4.5.1	L'assistenza sanitaria di base	199

Premessa

La Sezione regionale di controllo per l'Abruzzo, in ottemperanza alla norma istitutiva degli organismi di controllo della Corte dei conti e alle indicazioni delle Sezioni Riunite della Corte medesima, ha previsto, nel programma dell'anno 2017, di proseguire, approfondire ed aggiornare l'indagine sul Sistema sanitario, già condotta, per i precedenti esercizi, nei confronti delle competenti strutture territoriali.

Premesso che l'ultimo referto sulla sanità regionale è stato approvato dalla Sezione stessa nell'adunanza del 15 dicembre 2016, la presente relazione concerne i dati contabili dell'esercizio 2016, a confronto con i dati dei due esercizi precedenti, con aggiornamenti a tutto il 2017 sugli aspetti della gestione di maggior importanza nell'ambito delle politiche regionali di governo della spesa sanitaria. Lo schema espositivo, sostanzialmente, ricalca quello dei precedenti referti e si pone, rispetto ad essi, come implementazione delle informazioni ivi contenute: per tale ragione, alle linee espositive di fondo, ove non ripetute, si farà riferimento in maniera sintetica, quale antecedente logico delle valutazioni contenute nel presente referto.

Il documento è stato elaborato sulla base della seguente documentazione:

- deliberazioni della Giunta regionale e documentazione allegata, inviate periodicamente dal Dipartimento per la Salute e il Welfare, per accordi specifici intercorsi con questa Sezione, integrate con i decreti del Commissario *ad acta*-Presidente della Regione;
- bilanci d'esercizio degli Enti del Servizio sanitario regionale (SSR), su richiesta del Magistrato istruttore, comprensivi del conto economico, dello stato patrimoniale, della nota integrativa, della relazione sulla gestione del Direttore generale e del piano dei conti;
- relazioni dei Collegi sindacali, ex art. 1, comma 170, della legge n. 266/2005, e verbali dei medesimi, redatti in occasione della chiusura delle contabilità Aziendali.

Si è ritenuto di utilizzare, come già nel precedente referto, le notizie acquisite nelle citate relazioni, ricordando che quella introdotta dalla legge finanziaria 2006 è una *“modalità di controllo [che] si affianca ma non sostituisce quella volta a verificare, nel rispetto della natura collaborativa del controllo sulla gestione, i risultati ottenuti dal sistema sanitario regionale”*. Si tratta, infatti, di un controllo finalizzato alla valutazione del profilarsi di situazioni di rischio, inerenti al conseguimento e al mantenimento degli equilibri di bilancio, del rispetto delle regole contabili e finanziarie, recate negli atti d'indirizzo regionali e, più in generale, della presenza di gravi irregolarità contabili e finanziarie, in ordine alle quali l'Azienda sanitaria non abbia adottato le misure correttive segnalate dall'Organo di revisione.

Tale controllo è stato rafforzato dall'entrata in vigore del decreto legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213, che, oltre a confermare il controllo-monitoraggio sulla gestione con riferimento al bilancio preventivo e al bilancio d'esercizio degli enti medesimi, secondo le procedure di cui all'art. 1, commi 166 e ss., legge n. 266/2005, ha previsto, altresì, l'accertamento dei risultati definitivi degli enti, compresa la GSA, e del loro inserimento nei documenti regionali, oltreché una pronuncia di accertamento della Sezione qualora, nell'ambito della verifica dei bilanci preventivi e consuntivi di cui ai commi 3 e 4 in particolare degli Enti del SSR, la stessa accerti comportamenti contrari alla sana gestione. In tale caso, è demandata alla Sezione stessa la conseguente valutazione dei provvedimenti adottati dall'ente, atti a rimuovere, nei termini di legge, le irregolarità e a ripristinare gli equilibri di bilancio (art. 1, commi 3, 4 e 7¹, decreto legge n. 174/2012, convertito dalla legge n. 213/2012).

Ciò premesso, sono state utilizzate alcune delle informazioni contenute nelle relazioni per le finalità di carattere generale contenute nel presente referto sulla gestione. I dati contabili forniti dai Collegi sindacali sono confrontati con quelli ricostruiti dalla Sezione sulla base dei piani dei conti aziendali e dei bilanci d'esercizio sui quali viene compiuta un'articolata istruttoria, sia con le Aziende, sia con il Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione, all'esito della quale la Sezione esita le sue osservazioni alle quali si rimanda per gli aspetti non trattati nel presente referto².

I bilanci d'esercizio 2015 e 2016 delle quattro Aziende sanitarie locali, a seguito dell'adozione di misure consequenziali alle delibere di questa Sezione traggono origine da piani dei conti le cui classificazioni e raggruppamento di poste di bilancio sono state ricondotte ad uniformità. È stata rispettata anche per gli esercizi 2015 e 2016 la stretta corrispondenza tra le voci del piano dei conti aziendale e gli schemi di rilevazione CE e SP di cui ai decreti ministeriali, oltreché ai decreti ministeriali di modifica al DM 13 novembre 2007 (da ultimi, DM 15 giugno 2012 e DM 20 marzo 2013), ad eccezione dell'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti le cui divergenze saranno evidenziate

¹ Comma confermato per gli Enti del Servizio sanitario nazionale dalla Corte costituzionale (cfr.: sentenza del 6 marzo 2014, n. 39).

• ² deliberazione n. 106/2017/PRSS del 9 giugno 2017, concernente l'approvazione della *“Relazione sulla gestione economica e sulla situazione patrimoniale al 31 dicembre 2015 della Azienda Sanitaria Locale 01 AVEZZANO, SULMONA, L'AQUILA della Regione Abruzzo. Esito dell'esame del bilancio d'esercizio 2015 con le modalità e secondo le procedure di cui all'articolo 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266”*;

• deliberazione n. 107/2017/PRSS del 15 giugno 2017, concernente l'approvazione della *“Relazione sulla gestione economica e sulla situazione patrimoniale al 31 dicembre 2015 della Azienda sanitaria locale 03 PESCARA della Regione Abruzzo. Esito dell'esame del bilancio d'esercizio 2015 con le modalità e secondo le procedure di cui all'articolo 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266”*;

• deliberazione n. 115/2017/PRSS del 6 luglio 2017, concernente l'approvazione della *“Relazione sulla gestione economica e sulla situazione patrimoniale al 31 dicembre 2015 della Azienda Sanitaria Locale 02 LANCIANO VASTO CHIETI della Regione Abruzzo. Esito dell'esame del bilancio d'esercizio 2015 con le modalità e secondo le procedure di cui all'articolo 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266”*;

• deliberazione n. 116/2017/PRSS del 6 luglio 2017, concernente l'approvazione della *“Relazione sulla gestione economica e sulla situazione patrimoniale al 31 dicembre 2015 della Azienda Sanitaria Locale 04 TERAMO della Regione Abruzzo. Esito dell'esame del bilancio d'esercizio 2015 con le modalità e secondo le procedure di cui all'articolo 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266”*.

È ancora in corso l'istruttoria sui bilanci d'esercizio 2016.

criticamente, da questa Sezione, in sede di verifica della gestione 2016, sulla base della Relazione del Collegio sindacale, ai sensi all'art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 .

La Sezione riferisce al Consiglio regionale dell'Abruzzo, ai sensi dell'art. 3, comma 6, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, sull'esito dell'indagine esperita, per la quale è stata formalizzata, con nota protocollo n. 1823-01/06/2017, nei confronti del Dipartimento per la Salute e il Welfare, la richiesta di atti e informazioni utili e alla quale hanno fatto seguito ulteriori richieste con note protocollo n. 2075-18/07/2017 e n. 3187-26/11/2017.

È doveroso l'avvertimento che l'esito finale della presente indagine ha riguardo esclusivamente alla materia dell'assistenza sanitaria, alla programmazione, all'organizzazione e alla pianificazione della medesima ai dati contabili relativi al SSR.

La Sezione è ancora nella **impossibilità fattuale** di riscontrare la situazione contabile inerente alle politiche sanitarie con il bilancio regionale, posto che la Regione Abruzzo ha bloccato i suoi obblighi di resa del conto all'esercizio 2013 (ultimo rendiconto approvato con legge regionale).

Pervenuto con enorme ritardo, e dopo delibere di accertamento negativo di questa Sezione, con segnalazione anche alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per l'attivazione delle procedure di cui agli artt. 120 e 126 della Costituzione, il rendiconto dell'esercizio 2013, parificato in modo parziale dalla Sezione, ha trovato esito in una legge regionale impugnata dal Governo che, con la recente Sentenza della Corte costituzionale n. 49/2018 del 9 gennaio 2018 (depositata in data 5 marzo 2018), è stata dichiarata incostituzionale.

Di conseguenza, di difficile attuazione appare l'esperimento delle verifiche di cui al comma 4, dell'art. 1, del decreto legge n. 174/2012, miranti al controllo del puntuale inserimento nei documenti regionali (bilanci preventivi e rendiconti consuntivi) di quanto accertato con la presente indagine. Su tale punto la Sezione pone ancora riserve.

Sintesi e conclusioni

La Sezione riferisce al Consiglio regionale dell'Abruzzo, ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, sull'esito dell'indagine esperita sulla sanità pubblica nella Regione Abruzzo, per la quale è stata formalizzata, con nota del 1° giugno 2017, nei confronti del Dipartimento per la salute e il Welfare, la richiesta di atti e informazioni utili.

L'esposizione segue in maniera puntuale l'articolazione della relazione come di seguito esposta, con l'avvertenza che l'esito finale dell'indagine ha riguardo esclusivamente alla materia dell'assistenza sanitaria, alla sua programmazione, organizzazione e pianificazione, ai dati contabili del Servizio sanitario regionale (SSR), posta l'impossibilità fattuale, per la Sezione stessa, di riscontrare la situazione contabile emergente nei profili concernenti le politiche sanitarie con il bilancio regionale, avendo la Regione bloccato i suoi obblighi di resa del conto all'esercizio 2013.

Di conseguenza, di difficile attuazione appare l'esperimento delle verifiche di cui al comma 4, dell'articolo 1 del decreto legge n. 174/2012, miranti al controllo del puntuale inserimento, nei documenti regionali (bilanci preventivi e rendiconti consuntivi), di quanto accertato con la presente indagine. Su tale punto la Sezione pone ancora riserve.

1.

1.1

La Regione Abruzzo, ricompresa ad aprile 2006 fra quelle non in grado di assicurare stabilità ai conti della sanità, con esclusione, quindi, della possibilità di accedere alle risorse "sospese", non ha avuto accesso, a quella data, al finanziamento integrativo dello Stato rispetto ai livelli di cui all'accordo Stato-Regione dell'8 agosto 2001 e successive modificazioni ed integrazioni – finanziamento integrativo che il quadro normativo, delineato dalla legge finanziaria 2005 (legge n. 311/2004), come modificata dalla legge n. 80/2005, avrebbe consentito il recupero delle somme non erogate dallo Stato anche per gli anni precedenti. Ne è seguita la sottoposizione alla procedura di diffida ed "affiancamento gestionale", di cui al comma 173, sub b), della legge finanziaria 2005, da parte di rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze e del Ministero della Salute nominati dalla Conferenza Stato-Regioni, insieme con altre cinque Regioni, con l'effetto di aumento automatico massimo sia dell'aliquota IRAP, sia dell'addizionale IRPEF (comma 277, legge finanziaria 2006). La conseguenza è stata che tutte le risorse ancora da percepire, da parte della medesima Regione, sono rimaste condizionate ad interventi finanziari da adottarsi per assicurare la

tenuta degli equilibri e/o residui di copertura per i disavanzi. Le successive leggi finanziarie hanno confermato e completato il percorso, prorogando, per tutta la durata del “Patto per la salute”, gli adempimenti regionali, previsti dall’Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, i relativi criteri, le sedi di verifica e le modalità di copertura di eventuali disavanzi.

Ai sensi del comma 20, dell’articolo 15, del D.L. n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135/2012, la Regione Abruzzo, sottoposta a Piano di rientro e a commissariamento, ha proseguito la successiva gestione, secondo Programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, da considerarsi quale presupposto per avviare il processo di riordino strutturale, mirato al raggiungimento dell’equilibrio economico finanziario del SSR, alla riqualificazione dell’offerta ospedaliera e dei servizi territoriali, al miglioramento della qualità percepita da parte dei cittadini; vedi da ultimo il Programma Operativo 2013-2015.

Il comma 88, del citato articolo 2, della legge n. 191/2009, poi, ha offerto la possibilità di concretizzare il percorso per porre fine al commissariamento, mediante la proposta di un nuovo Piano di riqualificazione dell’offerta sanitaria, che contenesse le misure di riequilibrio del profilo negativo di quei livelli essenziali di assistenza ancora in stato d’inadempienza.

Medio tempore, oltre al nuovo Patto per la Salute, per gli anni 2014-2016, che all’articolo 12, punto 8 ha previsto “*nuove modalità di verifica degli obiettivi connessi all’erogazione dei LEA e procedure di semplificazione e di aggiornamento nella fase attuativa dei Programmi operativi in atto, sempre con riferimento agli obiettivi connessi all’erogazione dei LEA, sulla base dello stato di avanzamento delle azioni programmate*”, è seguito, nel procedimento di riqualificazione del sistema, quale ulteriore vincolo e parametro di riferimento per la Regione, il decreto del Ministero della Salute n. 70/2015, concernente il Regolamento recante “*Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera*”.

1.2

Con **DCA n. 55/2016 del 10.06.2016**, la Struttura commissariale ha approvato il “*Piano di riqualificazione del Servizio sanitario regionale 2016-2018*”, dando seguito al citato articolo 2, comma 88, della legge n. 191/2009.

La realizzazione degli obiettivi e le modalità del monitoraggio sono stati condizionati dalla stessa Regione a due presupposti: da un lato, il mantenimento dell’equilibrio economico, a rischio, secondo la stessa, per via di eventi straordinari e difficilmente prevedibili, quali “*l’avvio, a livello nazionale dei trattamenti con farmaci antivirali diretti (DDA) di seconda generazione per la cura dell’HCV*”

(Epatite C) e ulteriori farmaci innovativi, più in generale dalla ricerca e dal progresso tecnologico ovvero dalla evoluzione normativa in tema di personale e investimenti”, dall’altro, l’istituzione di un’Azienda sanitaria unica (ASU) mediante la fusione delle attuali.

Importanti appaiono, peraltro, le valutazioni espresse da Tavolo e Comitato (riunione del 19 luglio 2016), ad integrazione del parere favorevole all’adozione formale del Piano di riqualificazione, emendato secondo le osservazioni e le richieste formulate in precedenza.

Nel documento si legge che nel periodo 2016-2018 la Regione Abruzzo ha stimato un risultato economico negativo crescente, determinato anche, ma non solo, dall’introduzione di farmaci innovativi (HCV), spesa non programmata nel Programma Operativo 2013-2015.

Considerando tutti gli effetti tendenziali e l’applicazione di quanto disposto dalla normativa nazionale e/o regionale, al netto delle risorse aggiuntive a titolo di copertura LEA, l’atto conclude con **un risultato negativo stimato pari a -42,8 mln di euro per il 2016, -58,2 mln di euro per il 2017 e -96,3 mln di euro per il 2018.**

Il programmatico riduce le perdite a 37,9 mln di euro per il 2016, a 23,7 mln di euro per il 2017 e prevede un utile di esercizio di 2,6 mln di euro per il 2018.

La copertura delle perdite programmate per gli anni 2016 e 2017 è garantita da risorse presenti nei bilanci delle Aziende e della GSA al 31.12.2015, e da manovre di contenimento sulle voci beni e servizi, prodotti farmaceutici, personale e contenzioso.

1.3

Con deliberazione **n. 505/2016 del 26 luglio 2016**, la Giunta regionale ha attivato la procedura per la cessazione del commissariamento delineata dai commi 78 e 79, dell’articolo 2, della legge n. 191/2009, prendendo atto ed approvando il Piano di riqualificazione di cui al DCA n. 55/2016.

Ne è seguito il decreto del 15 settembre 2016 del Presidente del Consiglio dei Ministri, e la deliberazione di Giunta regionale n. 644/2016, in esito ai quali sono rientrate nel legittimo esercizio degli Organi della Regione Abruzzo, dalla data di cessazione del commissariamento, tutte le funzioni che erano state assegnate al Commissario.

1.4

Ai fini della verifica sullo stato di attuazione del Piano di Riqualificazione del SSR 2016-2018, approvato con i suddetti provvedimenti, la Sezione si è servita del **cruscotto di monitoraggio**, implementato dal Dipartimento per la Salute e il Welfare, contenente l’indicazione degli Obiettivi

(n. 8) stabiliti dal Piano di riqualificazione, declinati per Azioni (n. 78) e Interventi operativi (n. 217), da porre in essere da parte dei Servizi competenti nelle rispettive materie.

La Sezione ha preso atto che al **31 ottobre 2017, nessun obiettivo risulta completato. Infatti, su un totale di 217 obiettivi operativi ne risultano completati n. 0, in linea n. 111 (51%), in ritardo n. 52 (24%) e non avviati n. 54 (25%).**

Il quadro sintetico mostra:

OBIETTIVO 1 - *Gestire i pazienti cronici il più possibile a domicilio*: 4 interventi, 16 azioni e 60 obiettivi operativi, dei quali solo il 43% in linea, il 32% in ritardo e il 25% non avviato.

OBIETTIVO 2 - *Riqualificare la rete ospedaliera puntando su sicurezza ed efficienza*: 3 interventi, 16 azioni e 43 obiettivi operativi, dei quali solo il 47% risulta in linea, il 19% appare in ritardo e il 35% non avviato.

OBIETTIVO 3 - *Investire in selezione, formazione e valutazione delle risorse umane*: 3 interventi, 8 azioni e 26 obiettivi operativi, tutti in linea.

OBIETTIVO 4 - *accelerare investimenti in infrastrutture e tecnologie*: 3 interventi, 6 azioni e 11 obiettivi operativi, dei quali il 18% risulta avviato il 64% in ritardo e il 18% non in linea.

OBIETTIVO 5 - *privilegiare il contatto diretto con il paziente*: 3 interventi, 9 azioni e 24 obiettivi operativi, dei quali il 42% risulta in linea, il 29% in ritardo e il 29% non in linea.

OBIETTIVO 6 - *certificazione dei bilanci e della qualità (outcome) del SSR*: 3 interventi, 9 azioni e 22 obiettivi operativi, dei quali il 64% risulta in linea, il 27% in ritardo e il 9% non in linea.

OBIETTIVO 7 - *Garantire tempestività e correttezza nei rapporti con i fornitori*: 2 interventi, 4 azioni e 12 obiettivi operativi, dei quali il 33% risulta in linea, e il 67% non avviato.

ULTERIORI INTERVENTI OPERATIVI DI GESTIONE - ulteriori 6 interventi, 10 azioni e 19 obiettivi operativi, dei quali il 47% risulta in linea, il 26% in ritardo e il 26% non avviato.

La concreta attuazione del Piano di riqualificazione è stata esaminata dalla Sezione regionale attraverso i **provvedimenti più significativi emanati nel 2016 e 2017**. Particolare attenzione meritano i primi due obiettivi del piano: *“Gestire i pazienti cronici il più possibile a domicilio”* e *“Riqualificare la rete ospedaliera puntando su sicurezza ed efficienza”*.

Infatti, con la finalità primaria di *“spostare completamente il baricentro del Servizio sanitario regionale dall’ospedale al territorio”*, nel Piano di riqualificazione del SSR si è inserito – prima ancora della riconversione e rimodulazione degli ospedali - come primo obiettivo da perseguire quello di *“spostare le cure il più possibile vicino ai cittadini prestando particolare attenzione al paziente affetto da patologie*

cronico degenerative". **Entrambi gli obiettivi contengono quelle misure di riordino strutturale che devono accompagnare la riduzione dei costi.**

Tuttavia, come evidenziato nell'esame dei singoli interventi, la situazione monitorata al 31.10.2017 mostra **una serie di ritardi nell'avvio di tali attività di riassetto strutturale fondamentali per la tenuta del piano di riqualificazione**. Sconta il 32% di interventi in ritardo e il 25% di interventi non avviati il primo degli obiettivi di piano mirante a favorire l'incremento dell'assistenza domiciliare, attraverso modelli nuovi, rimodulazione dei servizi territoriali residenziali e semi residenziali, potenziamento della funzione di indirizzo del percorso di cura del medico di medicina generale, garanzia di livelli di adesione ed omogeneità dei programmi di prevenzione.

I numerosi provvedimenti adottati nel 2016 e 2017 tuttavia registrano ad ottobre 2017 solo il 43% di interventi in linea con il piano.

Nell'analitico appare in linea al 100% solo l'intervento 1.1. concernente la prevenzione, mentre gli altri due interventi 1.2 e 1.3 concretamente diretti al miglioramento dei servizi territoriali residenziali e semiresidenziali e al potenziamento della figura del medico di medicina generale, appaiono di gran lunga indietro nella realizzazione, rispettivamente in linea per il solo 14%, il primo, e il 50%, il secondo. Come già chiarito, la realizzazione dell'obiettivo 1 va letta come propedeutica alla realizzazione all'obiettivo 2, pertinente alla riqualificazione del sistema ospedaliero. Anche per tale obiettivo si è accertato che solo il 47% degli interventi programmati è dichiarato in linea dalla Regione. La rimanente parte o non è stata avviata o è in ritardo.

Sul piano attuativo, la Sezione ha già contestato in altre occasioni il ritardo nelle tempistiche, rilevato in parallelo anche e costantemente dal Tavolo e Comitato nei verbali delle riunioni, da ultimo quello del 30 novembre 2017.

Problematiche concrete continuano ad emergere nella realizzazione della ridisegnata rete ospedaliera e di emergenza-urgenza in particolare relativamente alla previsione dei DEA di II livello per i quali molto stringenti appaiono i richiami del Tavolo e Comitato (26 luglio, 30 novembre) al rispetto delle regole e delle dinamiche contenute nel DM n. 70/2015 ed, in particolare, allo stretto criterio che vede il DEA di II livello da identificare con la *“struttura ospedaliera con il maggior numero di funzione di HUB nelle reti tempo dipendenti”*.

Sicuramente, la elaborazione del piano di riqualificazione e la sua attuazione scontano il notevole ritardo accumulato nella realizzazione dei precedenti adempimenti connessi al Programma

Operativo 2013-2015, che hanno trovato conclusione solo nel 2017 (Tavolo e Comitato - 26 luglio 2017).

Di conseguenza l'attuazione del piano di riqualificazione procede con **notevoli ritardi** rispetto ai tempi imposti dalla legge.

Lo **stato del contenzioso** (analizzato nell'ambito dell'obiettivo 7) appare particolarmente critico: sussistono tutt'ora pendenti ricorsi in materia di accreditamento istituzionale, sia in materia di autorizzazioni per la dichiarazione di illegittimità del silenzio inadempimento sulle istanze di autorizzazione alla realizzazione ai sensi dell'art. 3 L.R. n. 32/2007 di strutture sanitarie per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali.

Nondimeno, lo **stato del processo di accreditamento istituzionale** conduce alle stesse obiezioni mosse lo scorso anno, aggravate dal trascorrere di un ulteriore esercizio, che vede aumentato di poco il numero degli accreditati definitivi: al 31.12.2016 erano n. 97, saliti a n. 100 al 31.12.2017. Si confermano le contestazioni già mosse perpetrate nel corso del 2017 in ragione di **seri ritardi in materia di accreditamento definitivo delle strutture eroganti prestazioni sanitarie, i cui provvedimenti accreditano un numero di strutture minimale rispetto al numero di strutture ancora provvisoriamente accreditate. Allo stato attuale è ancora in itinere il perfezionamento del quadro complessivo delle strutture definitivamente accreditate, condizionato, secondo la Regione, dalla “conclusione del processo di riconversione delle reti regionali”**. Relativamente ai tetti di spesa e allo stato di sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati, si confermano una serie di irregolarità gestionali consistenti:

- Tetti di spesa
 - approvazione di tetti di spesa a fine o metà esercizio, provvisori e rimodulati, in alcuni casi, anche con valenza retroattiva, con ingiustificati aumenti dei tetti medesimi, criticati dallo stesso Tavolo di monitoraggio e, comunque, oggetto di obiezione già mossa da questa Sezione nel precedente referto;
 - parziale sottoscrizione di contratti e insorgenza di contenziosi da parte di alcuni erogatori;
 - mancato esercizio, da parte della Regione, degli strumenti offerti dall'ordinamento, in particolare, dall'art. 4, lett. c), della legge regionale n. 32/2007 che prevede *“la revoca dell'accREDITAMENTO per le strutture nel caso di erogazione per due annualità, delle quali è comunque vietata la remunerazione, nel*

periodo di validità dell'accordo contrattuale, di prestazioni eccedenti nella misura massima del 5% il programma preventivamente concordato e sottoscritto”;

- mancato inserimento nello schema di accordo contrattuale dello specifico riferimento alla legge regionale n. 32/2007, nonostante i ripetuti solleciti del Tavolo e Comitato;
- insufficiente controllo della dinamica di erosione del budget da parte di alcune strutture;
- insufficiente controllo, da parte della Regione, sulle prestazioni a fatturazione diretta relative ai non residenti con ricezione di fatturazioni non corrette e mancata acquisizione di note di credito.

1.5

Le verifiche del Tavolo tecnico sull'attuazione del Piano di rientro, seguite fino alla riunione del 30 novembre 2017, sebbene evidenzino i progressi nel settore e gli adempimenti effettuati nel periodo monitorato, prendono atto dei **ritardi che accompagnano le attività connesse alla realizzazione del Piano di riqualificazione**, potendosi cogliere, via via, dai verbali esaminati, la **puntuale analisi delle criticità non ancora risolte dalla Regione Abruzzo**. Emerge chiaramente che, seppure siano da valutare positivamente i risultati degli indicatori LEA 2015, che denotano ampi miglioramenti in tutti i settori dell'assistenza, tuttavia persistenti critiche vengono mosse, da un punto di vista contabile, per via dei bilanci consolidati mancanti, per bilanci programmatici adottati in ritardo, e per i maturandi disavanzi 2017. L'ultimo verbale attesta, nella sua formulazione, gli enormi ritardi che accompagnano l'attività della Regione nell'attuazione di quelle riforme strutturali previste nel Piano di rientro prima, nel Piano di riqualificazione ora, come, peraltro, stigmatizzate anche da questa Sezione: non indenne da critiche sono il lento processo di accreditamento, i rapporti con gli erogatori privati, la mancata implementazione di fatto delle forme associative (ATF e UCCP), su tutto il territorio regionale, l'individuazione dei DEA di II livello, la rimodulazione della rete ospedaliera e il completamento dell'assistenza territoriale.

2

2.1

Con riferimento ai disavanzi complessivi maturati dal SSR e non decurtati secondo i meccanismi del Tavolo di monitoraggio, attraverso la minuziosa ricostruzione effettuata dal Dipartimento per la Salute e il Welfare, è stato possibile ricostruire e monitorare, fin dalla prima attuazione del Piano di rientro, da un lato, le perdite da bilanci d'esercizio degli enti del SSR, le somme erogate dallo Stato e le perdite a carico della Regione, dall'altro le modalità di copertura da parte della medesima e le

somme di svincolo delle premialità da destinare alla chiusura dei crediti delle Aziende verso la Regione fino agli ultimi dati disponibili.

La ricostruzione della complessa procedura di copertura dei disavanzi, aggiornata al 31.12.2015, tiene conto dell'evoluzione che interessa le dinamiche di copertura, esercizio per esercizio, i presupposti delle quali sono analiticamente descritti nei precedenti referti ai quali si rinvia.

In un trend di progressivo rientro dai disavanzi, l'equilibrio dei conti è stato raggiunto, a livello di coperture, con riferimento a tutti i disavanzi, non solo quelli maturati nel periodo 2001-2005, ma anche quelli successivi.

Infatti, nel complesso, ed in sintesi, a fronte di complessive perdite maturate dal SSR nel periodo 2001-2011 (esercizio di arresto dei disavanzi) pari a 2.088.791 euro/migliaia, rimaste a carico della Regione per 1.910.338 euro/migliaia, a seguito dei comportamenti virtuosi della Regione, in adempimento del Piano di rientro ed in presenza di disavanzi decrescenti, le somme erogate dallo Stato, dopo il Piano di rientro, sono ammontate a 609.024 euro/migliaia, di cui 448.562 euro/migliaia distratte per altre finalità.

La situazione monitorata al 31.12.2016 (esercizio con una consistente perdita pari a -37.426) registra perdite da coprire complessivamente per 1.827.302 euro/migliaia, a cui la Regione sta facendo fronte con cartolarizzazioni dei debiti, al 31.12.2005 e pro-soluto 2006 (1.157.876 euro/migliaia), con fiscalità residua per 369.593 euro/migliaia e con altre risorse regionali per 364.112 euro/migliaia.

A seguito del comportamento virtuoso della Regione, in materia di attuazione del piano di rientro, lo Stato ha svincolato nuove somme destinate alla chiusura dei crediti delle Aziende v/Regione. Al 31.12.2016, risultano erogati 832.638 euro/migliaia da Stato o Regione al SSR e crediti da Stato per 287.664 euro/migliaia.

Eseguiti i calcoli e, soprattutto, riconciliati i medesimi con gli stati patrimoniali aggregati degli Enti del SSR, da parte del Dipartimento per la Salute e il Welfare, trovano, dunque, copertura, al 31.12.2016, tutte le perdite.

L'importo complessivo corrisposto dalla Regione al SSR (Aziende sanitarie + GSA), al 31.12.2016, ammonta a 2.043.053 euro/migliaia, con un residuo ancora da erogare di 26.981 euro/migliaia.

Risulta, peraltro, un'eccedenza di coperture di 64.279 euro/migliaia.

Coperta è anche la perdita dell'esercizio 2016 di -60.494 euro/migliaia delle Aziende sanitarie, ridotta a -37.426 euro/migliaia per effetto dell'utile conseguito dalla GSA di 23.068 euro/migliaia. In particolare, con riferimento al Piano di riqualificazione e alle somme ivi stanziare, è stata data

copertura all'importo provvisorio di perdita per -36.966 euro/migliaia, come risultante da precedenti bilanci aziendali.

2.2

Migliora nettamente rispetto al passato la situazione patrimoniale delle Aziende che, al 31.12.2016, registra complessivamente attività (impieghi) per 2.314.880 euro/migliaia e passività (finanziamenti) per 1.794.179 euro/migliaia, il che determina che nel 2016 il patrimonio netto dell'aggregato Aziende è positivo per 520.701 euro/migliaia, anche se in diminuzione rispetto al 31.12.2015 (535.794 euro/migliaia) e al 31.12.2014 (614.071 euro/migliaia).

Con indicativi cambiamenti degli stati patrimoniali delle Aziende, notevole appare l'evoluzione del patrimonio netto delle medesime, che, nel complessivo, si presentava negativo, al 31.12.2009 (per le Aziende fuse all'1.1.2010), nella misura di -935.243 euro/migliaia.

La voce A.V) Contributi per ripiano perdite, che passa da 637.552 euro/migliaia del 2009 a 1.148.613 euro/migliaia del 2011, per arrivare a 1.390.820 euro/migliaia nel 2013, si azzerava completamente nel 2015, coerentemente con l'avvenuta copertura di tutte le perdite, residuando solamente 30.778 euro/migliaia al 31.12.2016.

Tuttavia, crescono nel 2016 i crediti delle Aziende verso la Regione, da 1.145.879 euro/migliaia nel 2015 a 1.339.104, di cui una rilevante parte afferisce ai crediti per spesa corrente (da 1.144.344 euro/migliaia nel 2015 a 1.280.281 nel 2016).

Scendono al 31.12.2016, presso le Aziende, le disponibilità liquide da 423.082 euro/migliaia a 213.369 euro/migliaia nel 2016, di cui 206.373 euro/migliaia presso il Tesoriere, sulle quali, per qualche Azienda, pendono gravami.

L'esame delle componenti passive degli stati patrimoniali delle Aziende mostra un andamento ancora sostenuto dei debiti, pari, nel complesso, a 1.511.428 euro/migliaia al 31.12.2016, peraltro in crescita rispetto al 31.12.2014 (1.435.757 euro/migliaia) e al 2015 (1.510.444 euro/migliaia). La Sezione osserva che tale andamento non sembra giustificarsi alla luce dell'entità delle risorse riversate dalla GSA alle Aziende. Probabilmente tale stasi della voce potrebbe afferire a mancate avvenute cancellazioni di debiti precedenti. Nella compagine generale, la maggiore esposizione continua a riscontrarsi nella voce D.VII) Debiti v/fornitori, che ammonta a 572.082 euro/migliaia al 31.12.2016, in diminuzione rispetto al 2014 e al 2015.

Sul punto, le osservazioni e i chiarimenti, forniti in sede di Adunanza pubblica e nella memoria scritta dai Rappresentanti dell'Amministrazione, non hanno fugato del tutto i dubbi e le perplessità della

Sezione, sebbene analiticamente giustificative di alcune delle poste in bilancio. **Corre l'obbligo di ribadire che le cifre fornite non trovano, per il momento, riscontro in bilanci consolidati ed in atti apprezzabili sotto i profili della chiarezza e della veridicità.** In particolare, la Regione ha evidenziato una serie di conteggi secondo i quali la riduzione dei debiti, accompagnata da un aumento della cassa a livello di consolidato, non farebbe intravedere la presenza di problematiche di natura finanziaria. Sono annotati, infine, fra le passività 2015, “Fondi per rischi e oneri” per 271.614 euro/migliaia (pari in media al 15,1% del totale delle passività), fra i quali particolarmente consistente è la voce “altri fondi per oneri e spese”, pari a 45.179 euro/migliaia, che contiene una sottovoce residuale non analiticamente specificata con un importo complessivo di rilievo (22.297 euro/migliaia).

2.3

Positivo lo stato patrimoniale della GSA, con un patrimonio netto pari a 214.091 euro/migliaia, peraltro in diminuzione rispetto al 2015 (263.475 euro/migliaia). La GSA vanta crediti verso lo Stato per 441.868 euro/migliaia e crediti verso la Regione per 62.344 euro/migliaia. Anche presso la GSA figurano al 31.12.2016 disponibilità liquide per 342.799 euro/migliaia. La stessa annota nel complesso ancora debiti per 1.074.713 euro/migliaia (da 883.663 euro/migliaia al 31.12.2015), di cui 1.032.987 euro/migliaia verso le Aziende sanitarie pubbliche della Regione.

2.4

Alla data odierna, la Sezione regionale ha accertato l'approvazione, da parte della Regione, solo di alcuni bilanci consolidati del SSR, constatando enormi ritardi: esercizio 2012, approvato a luglio 2015; esercizio 2013, approvato a maggio 2016; esercizio 2014, approvato a luglio 2016.

Solo a marzo 2018, la Giunta regionale ha approvato il bilancio consolidato 2015 del SSR. Mancano allo stato attuale i consolidati degli esercizi 2016 e 2017.

Esaminata la tempistica, è di facile conclusione che **continua ad essere violata la disposizione di cui all'articolo 32, comma 7, del D.Lgs. n. 118/2011**, che prevede che la Giunta regionale approvi entro il termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento il bilancio consolidato.

Tra l'altro, problema di maggiore gravità resta quello della **confluenza del bilancio consolidato nel bilancio generale della Regione, che ovviamente stante la critica situazione che riguarda i rendiconti generali della Regione, a partire dall'esercizio 2013 ancora non completamente definito, porta questa Sezione a confermare quanto già affermato dalla Sezione delle autonomie**, in occasione dell'audizione del 27.11.2014, davanti alla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale, che *“la mancata [...] piena attuazione dell'intero impianto del D.Lgs. n. 118/2011 [...] costituisce motivo di*

criticità sotto il profilo della ricostruzione esaustiva dei conti regionali ai fini del coordinamento della finanza pubblica. I risultati dei conti consolidati dei Servizi sanitari regionali devono rifluire nei rendiconti delle Regioni”.

Ove, poi, si abbia riguardo al **bilancio preventivo**, la Sezione osserva che la tipologia di programmazione adottata – postuma – persevera nell’ignorare la reale importanza che le norme di armonizzazione attribuiscono al bilancio consolidato, che in fase preventiva acquista un valore particolare. Come accertato anche dal **Collegio dei revisori**, il bilancio preventivo della Regione non tiene conto del bilancio preventivo economico annuale consolidato del SSR, oltre ad altre irregolarità. Non esiste possibilità di verifica della coerenza del bilancio preventivo economico annuale, redatto dai singoli Enti del SSR con la programmazione sanitaria e la programmazione economico-finanziaria della Regione. Permangono, alla data odierna, molte delle criticità irrisolte, dovute ad una programmazione approvata a sanatoria della conclusa gestione.

Per l’esercizio 2017, a conferma delle criticità che perseverano nei processi programmatori, la Sezione evidenzia che **tale procedimento ha seguito un’ulteriore evoluzione anomala sfociata nel rinvio dell’approvazione dei bilanci di previsione degli Enti all’esercizio successivo.**

La Sezione osserva, anche in relazione alla tempistica, considerando che tali atti sono stati adottati alla fine del 2017, che la Regione ha esautorato ancora una volta il processo programmatico della valenza che la norma gli attribuisce, autorizzando, in assenza dell’approvazione in tempo degli strumenti programmatici, la consumazione di una gestione di fatto, non potendosi ritenere superato il dettato normativo (che fissa la 31 dicembre dell’esercizio antecedente il termine per l’approvazione dei bilanci preventivi) dal rinvio contenuto nella DGR n. 741/2017 ai limiti dei programmi e delle risorse contenuti negli strumenti programmatici approvati per gli esercizi precedenti.

La Sezione, in tale sede, pur prendendo atto dei risultati consolidati del SSR al 31.12 per ogni esercizio di cui sopra, non può esimersi dal constatare la propria impossibilità fattuale di verificare la situazione consolidata, alla luce degli esatti adempimenti richiesti dall’articolo 1, comma 4, del decreto legge n. 174/2012, secondo il quale “*ai fini del comma 3, le sezioni regionali di controllo della Corte dei conti verificano altresì che i rendiconti delle regioni tengano conto [...] dei risultati definitivi della gestione degli enti del Servizio sanitario nazionale, per i quali resta fermo quanto previsto dall’articolo 2, comma 2-sexies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dall’articolo 2, comma 12, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e dall’articolo 32 della legge 27 dicembre 1997, n. 449*”. **Com’è noto, la Regione Abruzzo sconta, alla data odierna, ancora una situazione di conclamato inadempimento all’obbligo di**

rendicontazione annuale. Ultimo documento sottoposto a controllo di questa Sezione, ai sensi del decreto legge n. 174/2012, è il Rendiconto generale della Regione Abruzzo – esercizio 2013, approvato con delibera di Giunta n. 688/C del 27 agosto 2015, parzialmente parificato dalla Sezione.

Alla luce di tali considerazioni non appare possibile constatare la definitività dei dati forniti dal Dipartimento per la Salute e il Welfare, in quanto gli stessi non sono oggettivamente riscontrabili, mancando l'ufficialità di documenti finanziari regionali approvati. Alla data odierna, questa Sezione accerta che la Regione Abruzzo ha totalmente ignorato quanto previsto dal Titolo I del D.Lgs. n. 118/2011.

2.5

Stante l'impossibilità per questa Sezione di poter usufruire di dati aggiornati e certificati, in assenza del bilancio consolidato 2016 degli Enti del SSR³ e dei rendiconti regionali, fermi a date antecedenti, l'esposizione debitoria della Regione Abruzzo può essere ricostruita attraverso i dati contabili estrapolati dal Sistema ConTe della Corte dei conti, riscontrati nei bilanci degli Enti del SSR, e dai questionari compilati dal Collegio dei revisori della Regione Abruzzo.

Merita attenzione, prima di tutto, l'**indebitamento complessivo al 31.12.2016**, cioè il complesso dei debiti a medio e breve termine (al netto dei debiti che gli Enti hanno verso la Regione e le altre Aziende sanitarie regionali), ricavabile dagli Stati patrimoniali degli Enti del SSR. Esso è **pari a 732.699 euro/migliaia al 31.12.2016 per le quattro Aziende sanitarie locali e la GSA**. L'indebitamento complessivo si riduce dal 2014 al 2016 in maniera significativa: -1,8% nel 2015, -8,1% nel 2016.

I **debiti a breve termine**, si concentrano per lo più nella voce D.VII) Debiti v/Fornitori che costituisce il 22,3% del totale dei debiti iscritti negli stati patrimoniali degli Enti del SSR. La voce registra un trend decrescente già dal 2014 e si contrae nel 2016 del -10,6%. I debiti verso fornitori costituiscono, dunque, il 78,8% dei debiti a breve. Essi nella composizione regionale fanno capo principalmente alla Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti (33,6%), seguita dall'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (29,7%) e dalla Azienda 03 Pescara (23%). Residua il 12,8% in capo alla Azienda 04 Teramo e lo 0,9% alla GSA.

Per quanto riguarda l'**indebitamento a lungo termine**, la voce relativa ai tradizionali prestiti a lungo termine, ammonta a zero per gli Enti del SSR abruzzese.

³ Il bilancio consolidato 2015 del SSR è stato approvato solo in data 2 marzo 2018, con Deliberazione di Giunta regionale n. 125/2018.

2.6

Accanto all'indebitamento degli Enti del SSR, sussiste l'esposizione debitoria per il Settore sanitario riferibile direttamente alla Regione. I dati sono forniti al 31.12.2015, non essendo stati caricati – sul sistema ConTe – dati relativi al 2016 e 2017.

Su un totale al 31.12.2015 pari a 1.331.294 euro/migliaia di debito complessivo regionale, la quota relativa alla sanità è pari a 557.144 euro/migliaia, scesa del -5,36% rispetto al 2012.

Trattasi di 390.380 euro/migliaia per obbligazioni cui si aggiunge la quota residua di 166.764 euro/migliaia dell'anticipazione di liquidità di cui al D.L. n. 35/2013, contratta nel 2013 per 174.009 euro/migliaia.

Non si procede in questa sede all'analisi nel dettaglio della composizione dell'indebitamento regionale essendo necessario solo evidenziare che per la sanità residua l'importo di debito ricordato (al 31.12.2015). Un'analisi più completa sarà effettuata in occasione del referto generale sulla finanza regionale da rendere in sede di parifica del rendiconto generale della Regione.

Del resto, le informazioni in possesso della Sezione risalgono all'esercizio 2015, e, peraltro, risultano anche incomplete. Lo stesso Organo di revisione ha ritenuto di bloccare, di fronte a dati così aleatori i suoi obblighi di informazione nei confronti della Corte dei conti, tramite inserimento degli stessi nel sistema ConTe.

3.

3.1

La gestione dell'assistenza sanitaria dell'esercizio 2016 è stata analizzata attraverso i dati contenuti nei bilanci degli Enti del SSR, aggregati secondo la loro annotazione nei Piani dei conti delle Aziende sanitarie abruzzesi, rielaborati dalla Sezione regionale, in base alle classificazioni dei Conti Economici (CE) e degli Stati Patrimoniali (SP), secondo il nuovo schema ministeriale di cui al DM 15 giugno 2012 del Ministero della Salute e successive modifiche, recepito dalla DGR n. 153/2013 e dal successivo DCA n. 130/2014.

I bilanci 2016 sono stati nuovamente riadottati da due dei cinque Enti del SSR a ottobre 2017, a seguito di richieste di chiarimenti della Regione Abruzzo e, dunque, alla data odierna non ancora approvati dalla stessa.

3.2

La gestione 2016 ha visto, a favore della Regione Abruzzo, una disponibilità di Fondo sanitario indistinto per 2.355.316 euro/migliaia, di cui 2.053.158 euro/migliaia, erogati agli Enti del SSR.

La Regione ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in avendo erogato al 31.12.2016, il 99% delle risorse ricevute dallo Stato, a titolo di finanziamento del SSN, e di quelle proprie destinate al finanziamento del proprio SSR. Al 31.03.2017, la stessa ha erogato il 100% delle risorse ricevute.

3.3

Anche per l'esercizio 2016 la Regione Abruzzo ha diramato "linee guida" concernenti la chiusura dei rispettivi bilanci.

3.4

Nell'esercizio 2016, complessivamente, le quattro Aziende maturano un disavanzo di **-60.493 euro/migliaia**. Solamente compensando con il risultato della gestione della GSA, che realizza un utile di **23.068 euro/migliaia**, la perdita si riduce a **-37.425 euro/migliaia**. Tale perdita ha trovato copertura da parte della Regione con risorse del bilancio regionale e della GSA. È comunque in linea con la programmazione contenuta nel Piano di riqualificazione che annota per il 2017 una perdita programmatica di -37,94 mln di euro.

Nel 2016, a fronte di un'invarianza dei valori della produzione rispetto all'esercizio precedente (+0,8%), la variazione dei costi di produzione a livello regionale ha fatto registrare un aumento del +1,5%.

Il rapporto tra costi e valori della produzione, la cui forbice risultava elevata dal 2001 in poi, nel 2010 comincia a ridursi, mantenendo valori sotto la soglia di 100 fino al 2015; pur sotto soglia, tuttavia, tale rapporto, già dal 2014 torna a crescere; in tale esercizio, infatti, si consegue un risparmio inferiore rispetto a quello maturato nel 2013: per 100 euro introitati ne sono stati spesi solamente 96,16 nel 2013 e 98,16 euro nel 2014. Nel 2015, invece, la spesa eguaglia quasi l'entrata (99,37 euro spesi su 100 introitati), mentre nel 2016 la spesa supera l'entrata (100,12 euro spesi su 100 introitati). Nel 2016, quindi, viene azzerato il risparmio e il sistema torna a spendere più di ciò che introita.

3.5

Avuto riguardo, come spesso fatto, all'indicatore, dato dal rapporto tra disavanzi maturati dalle Aziende e popolazione residente, si assevera che il disavanzo annuo, con un trend discendente, subisce nel 2011 un arresto. Globalmente da -68,78 euro pro capite nel 2009, già notevolmente diminuito rispetto agli esercizi precedenti, l'indicatore scende a -23,95 euro pro capite nel 2010. Dal 2011 il valore è positivo ed in crescita fino al 2013 (39,73). Nel 2014 torna a scendere mantenendosi

comunque positivo (4,19 euro pro capite). Nel 2015, tuttavia, torna ad essere negativo (-2,96 euro pro capite). Nel 2016 il sistema torna assai indietro, ai livelli del 2010: in disavanzo pro capite pari a -28,30 euro.

3.6

La composizione degli elementi positivi di reddito vede la preponderanza dei “*Contributi in conto esercizio*” (più dell’85% in media), che registrano valori sostanzialmente costanti rispetto al 2015 (+0,9%). Il residuo delle entrate, che costituisce la quota delle entrate proprie delle Aziende, è piuttosto marginale: una quota pari all’8,8% afferisce alla voce A.4.A) *Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici* quali Aziende sanitarie pubbliche della Regione (A.4.A.1), altri soggetti pubblici (A.4.A.2) e soggetti pubblici extra regione (A.4.A.3).

Incide, in maniera rilevante sul risultato finale maturato dal sistema nel 2016, l’utile della GSA pari a 23.068 euro/migliaia, che è stato posto a copertura di una parte del disequilibrio maturato dalle Aziende.

L’analisi delle voci in entrata del bilancio della GSA evidenzia nella voce “Quota Fondo sanitario regionale indistinto”, l’importo di 22.115 euro/migliaia assegnato alla GSA per il riequilibrio economico finanziario di ogni singolo Ente del SSR, ai sensi dell’art. 30 del D.Lgs. n. 118/2011.

Già nel precedente Referto, la Sezione, di fronte a tale modalità di accantonamento di quote del FSR, per coprire perdite maturande, autorizzandone implicitamente la formazione, osservava – e lo ribadisce in tale sede – **che tale modalità di copertura perdite appare singolare, poiché sottrae, a monte, dal Fondo sanitario regionale indistinto, una quota da destinare a eventuale riequilibrio, assegnando, di conseguenza, una quota iniziale inferiore di Fondo sanitario regionale agli Enti destinatari, ossia un fondo, all’inizio della gestione, non sufficiente a mantenere la stessa in pareggio. Tale modalità porta ad un disinteresse gestionale da parte delle Aziende sanitarie, che vedono un Fondo sanitario, propriamente destinato alle attività, dirottato a coprire le perdite, cioè finalizzato contabilmente a determinare il pareggio.**

Si confermano totalmente le obiezioni sollevate con il precedente referto.

3.7

Nel 2016 i costi della produzione crescono del +1,5% rispetto al 2015 per un valore assoluto pari a 2.809.547 euro/migliaia, comprensivi dei costi della GSA. Nel dettaglio, rispetto ai valori della produzione, i costi presentano una maggiore articolazione. I costi della produzione, realizzata internamente, incidono in media, a livello regionale, per poco più della metà, sul totale dei costi di

produzione, rimanendo l'incidenza dei costi della produzione affidata a terzi (sostanzialmente la voce *“Acquisti servizi sanitari”*) a circa il 42,6%. Nell'ambito dei costi della produzione realizzata internamente, maggiore incidenza sul totale ostentano la voce *“Personale”* (26,9% circa sul totale dei costi) e l'aggregato inerente all'Acquisto di beni, Servizi non sanitari, Manutenzioni e costi amministrativi in generale, che incide per un residuo pari al 25% circa sul totale. Valori stazionari (-0,1%) si riscontrano nella voce *“Acquisto di beni sanitari”* e stazionaria nel 2016 anche la voce *“Acquisto di beni non sanitari”*. Nel 2016 salgono i costi per *“Servizi non sanitari”* del +3,1% e del +7,4% quelli per *“Consulenze, collaborazioni, [lavoro] interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie”* (scesi del -30,7% nel 2015). In aumento la voce relativa a *“Manutenzione e riparazione”* (+4,9%) e la voce *“Godimento di beni di terzi”* (+4,7%) nella quale si evidenzia in aumento del +8,4% la sottovoce *“fitti passivi”*, del +4,4% la sottovoce *“canoni di noleggio”* e del +3,1% la sottovoce *“canoni di leasing”*. La voce *“Oneri diversi di gestione”* rimane costante nel 2016 (+0,5%).

Rimane costante nel 2016 il costo del personale (-0,4%) così come nel 2015. In termini numerici il personale a tempo indeterminato, con andamento altalenante, scende di 54 unità nel 2016. Il personale a tempo determinato scende di 114 unità nel 2016.

Gli acquisti di servizi sanitari, distribuiti tra pubblico e privato in ragione del 33% contro il 67%, mostrano un incremento del +2,2%, con percentuali differenti ove si considerino i diversi aggregati: salgono, complessivamente del +3,8%, le voci dei servizi sanitari da pubblico, solo del +1,5% quelli da privato.

Esaminati gli andamenti delle singole voci di costo, emerge, nello specifico, che il 31,2% degli acquisti da terzi è occupato dalla spesa per acquisti per assistenza ospedaliera, che registra un rialzo del +2,3% nel 2016. Nel suo ambito, la spesa ospedaliera da privato sale del +2,8%. Tra l'altro, nel 2016, le strutture private hanno eroso complessivamente il 104% del tetto massimo previsto dai budget 2016 (Relazione Advisor) con maggiore erosione da parte di alcune strutture.

Altra voce di rilievo è la spesa per assistenza farmaceutica che vede la Regione Abruzzo nel 2016 tra le quindici Regioni che hanno sfiorato il tetto complessivo del 14,85% e hanno contribuito al mancato raggiungimento del risultato a livello nazionale. La farmaceutica ospedaliera, il cui tetto è fissato al 4,9% a livello nazionale, ha un'incidenza, invece, del 5,5%, mantenendosi in linea con la situazione già critica degli esercizi precedenti.

Anche per la spesa farmaceutica territoriale, il dato regionale sfiora il tetto programmatico dell'11,35%, raggiungendo il 12,23% nel 2016.

Nell'ambito dei bilanci, registrano un aumento anche gli **oneri finanziari**, ed in particolare gli interessi moratori che, a fronte di 1.359 euro/migliaia nel 2015, passano a 6.453 euro/migliaia nel 2016. La voce è, per lo più, riconducibile all'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila.

4.

4.1

La valutazione dei risultati dell'evoluzione dell'assistenza sanitaria in Abruzzo va riferita non solo al profilo contabile, ma anche al profilo strutturale, mediante l'analisi dei risultati ottenuti dal SSR associati ai costi, nell'ambito delle principali macro aree in cui sono suddivisi i livelli di assistenza. Con riferimento all'eccessivo numero di posti letto e all'alto tasso di ospedalizzazione, nei quali il Ministero della Salute e il Ministero del Tesoro hanno riconosciuto le "cause strutturali del disavanzo, accumulato negli ultimi anni dalla spesa sanitaria regionale", il Piano di rientro ha dettato le principali azioni miranti, in particolare, alla riduzione del numero di posti letto.

4.2

La prima rilevante evoluzione del SSR, in adempimento al citato DM n. 70/2015, è contenuta nel DCA n.79/2016, concernente "*Approvazione del documento tecnico "Riordino rete ospedaliera" Regione Abruzzo*".

4.3

Con riferimento alla situazione dell'erogazione dei LEA nel periodo 2012-2015, la Regione Abruzzo raggiunge un punteggio, nel 2015, pari a 182 (punteggio 2016 non disponibile), al di sopra della soglia di riferimento (punteggio 160).

Migliorano una serie di indicatori rilevanti ai fini della valutazione da parte del Comitato per i LEA.

4.4.

La gestione ospedaliera, in particolare, viene analizzata dalla Sezione, attraverso indicatori noti di attività sanitaria, per valutare l'evoluzione del processo di riconduzione delle strutture di ricovero verso condizioni di maggiore efficienza ed efficacia gestionale.

La rete ospedaliera, come già ricordato, con i suoi 4.846 posti, ne assegna il 81,1% al pubblico (3.929) e il 18,9% al privato (917). Sono in maggioranza pubbliche le strutture che erogano assistenza ospedaliera e altra assistenza territoriale. Sono in maggioranza private accreditate quelle che erogano assistenza riabilitativa ex articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (75,1% in Italia) e quelle che erogano assistenza territoriale residenziale. La situazione dell'Abruzzo non si discosta significativamente dalla situazione nazionale.

La riorganizzazione della rete ospedaliera, come già accennato nei precedenti referti, costituisce un elemento centrale per il recupero e il miglioramento del sistema sanitario complessivo del governo della domanda sanitaria attraverso il governo dell'offerta.

La Regione Abruzzo si colloca fra le dieci Regioni “più anziane” (al 7° posto), con un'incidenza di persone ultrasessantacinquenni (24,0%) superiore alla media nazionale, che si attesta intorno al 23,4%, in una scala che vede la Liguria come Regione “più vecchia” (28,4%) e il Molise come “più giovane” (18,2%).

Il **tasso di ospedalizzazione** globalmente calcolato (su ricoveri per acuti sia in Regime Ordinario (RO) sia in Day Hospital (DH) di residenti sia in Regione che fuori Regione) presenta un trend discendente dal 2003 in poi. Scende ancora nel 2016 a 165,43/1000 ab. Incidono sullo stesso un indicatore dei ricoveri ambulatoriali in crescita e un tasso di ospedalizzazione dei ricoveri ordinari quasi costantemente in diminuzione.

Sale il ricorso al nuovo regime di ricovero aggiuntivo “3-Ambulatoriale”, introdotto nel 2010, fino a 13,74/1000 abitanti nel 2016. I suoi valori, sommati a quelli dei ricoveri in DH, collocano l'Abruzzo al disopra della media nazionale per i ricoveri alternativi a quello ordinario.

Ove si abbia riguardo alla distinzione tra ricoveri dentro e fuori Regione, dei residenti, e riconoscendo una possibilità di controllo ai responsabili del SSR, solamente per la domanda che si rivolge a strutture regionali, si evidenzia che diminuiscono sia i ricoveri ordinari entro Regione (98,08/1000 ab rispetto a 98,15/1000 ab nel 2015), sia i ricoveri in DH entro Regione (28,30/1000 ab rispetto a 29,25/1000 ab nel 2015) da considerare nelle politiche sanitarie misura alternativa privilegiata al RO. Tuttavia, non preoccupa la riduzione tenuto conto della compensazione operata dall'aumento dei ricoveri ambulatoriali entro Regione, ulteriore misura alternativa al RO introdotta nel 2010.

Si mantiene costante il ricorso dei residenti a strutture esterne alla Regione in RO (18,50/1000 ab), mentre scende nel 2016 il ricorso a ricoveri in DH fuori Regione (6,81/1000 ab).

Tali indici si collegano ad un **numero di ricoveri** che, con un trend decrescente, consolidatosi negli anni, si colloca a 220.601 nel 2016, in diminuzione rispetto al 2015 (-0,71%). Nell'analitico, scende sia il numero dei ricoveri ordinari, che quello dei ricoveri in DH, a favore dell'incremento del ricorso al regime ambulatoriale, che registrava aumenti sia nelle strutture pubbliche, che in quelle private (rispettivamente +21,23% e +9,34% nel 2015). Nel 2016 la voce appare stazionaria (-0,92% per le strutture pubbliche e -0,26% per quelle private). Tuttavia i ricoveri ordinari scendono sia nel 2015 (-2,36%) che nel 2016 (-0,35%) seppure in maniera contenuta, solo nelle strutture pubbliche, mentre

nelle strutture private i ricoveri ordinari tornano ad aumentare del +2,28% nel 2015 e del +1,14% nel 2016. I ricoveri in DH subiscono riduzioni nel pubblico nel triennio considerato (da ultimo -4,13% nel 2016), mentre in fase incrementale si presentano nelle strutture private (+3,68% nel 2015 e +2,20% nel 2016).

Ove si abbia riguardo al **regime del ricovero**, i ricoveri per acuti ordinari, sul totale dei ricoveri in diminuzione fino al 2014, nel 2016 risalgono leggermente, collocandosi al 69,1% del totale dei ricoveri, comunque sotto al valore medio nazionale accertato al 31.12.2016 (76,3%). Di conseguenza i ricoveri per acuti in DH si collocano al 20,9%, valore inferiore alla media nazionale (23,7%).

Diversamente, i ricoveri per **riabilitazione** in regime ordinario, sebbene registrino un andamento altalenante, sono in aumento nel 2016, toccando il 98,8% dei ricoveri per riabilitazione. Rimane ancora circoscritto il ricovero in DH per riabilitazione (solo 1,2% nel 2016).

Nel **confronto tra pubblico e privato**, l'assistenza ospedaliera privata, che fino al 2014 ha avuto un trend decrescente, torna ad aumentare nel 2015, coprendo il 14,5% del totale, fino al 14,9% nel 2016. Di conseguenza, la percentuale dei **ricoveri ordinari per acuti** trattati in **istituti pubblici** retrocede nel 2016 all'85,1%. I ricoveri per acuti in DH, invece, si ripartiscono per il 79,1% alle strutture pubbliche e per il 20,9% a quelle private. Il regime ambulatoriale, con andamento altalenante, invece, si ripartisce nel 2016 per il 56,3% al pubblico e per il 43,7% al privato.

Nei ricoveri per riabilitazione e lungodegenza, la composizione pubblico-privato privilegia, come gli anni precedenti, sempre il settore privato, ma con tendenze differenti: diminuiscono i ricoveri ordinari nelle strutture pubbliche a favore di quelle private, che arrivano a coprire il 72,9% nel 2016. Per la lungodegenza, invece, nel 2016 in linea con le annualità precedenti, il pubblico continua ad assorbire la quasi totalità dei ricoveri.

Per quanto riguarda il **rapporto tra la degenza media ed il tasso di occupazione**, la rete ospedaliera ha contato 3.962 posti letto effettivamente utilizzati, in diminuzione dal 2009. **Il numero di posti letto presenta un trend decrescente più evidente nei posti letto pubblici che in quelli privati.** La misura dell'intensità d'utilizzo dell'ospedale (**tasso d'utilizzo**) riprende a salire, con un andamento altalenante, per arrivare, nel 2015, a 83,17% e all'81,66% nel 2016, sopra il limite del 75,00%, ritenuto soglia di accettabilità per un buon livello di efficienza del sistema.

Le **strutture pubbliche** già da diversi anni si sono allineate a tale parametro con un tasso di utilizzo pari a 83,67% nel 2016. Le **strutture private**, invece, nel 2016 toccano un tasso di utilizzo (75,09%) pari alla soglia di accettabilità citata.

L'indice di rotazione regionale si attesta su 39,19 nel 2016, con valori costanti nel pubblico (42,24) e altalenanti nel privato (29,18).

Il turnover, che misura il periodo in giorni in cui un posto letto rimane libero, per le strutture pubbliche si attesta su 1,41 nel 2016, contro un turnover in ascesa per le strutture private fino a 3,12 nel 2016. La degenza media si attesta a 7,61 giorni nel 2016, contro una media nazionale di 6,90 giorni. Va ricordato che, ove correlato ad un alto tasso d'ospedalizzazione, questo indice non esprime però sintomi d'efficienza.

La complessità dei dati trattati nei ricoveri incide fortemente su alcuni indicatori d'efficienza (degenza media, turnover) e, peraltro, influisce in larga misura sui costi. Il quadro che si presenta nel 2016 è sostanzialmente stabile, con i valori di qualche struttura registrabili sopra il peso medio regionale, ma in media stabilmente pari all'unità. Si registrano valori pari o superiori al peso medio regionale (pari a 1,00) per un numero di strutture inferiore agli esercizi passati: 9 strutture contro le 12 del 2015 e le 13 del 2014, con variabili da 1,00 a 1,30, corrispondenti, pertanto, ad una complessità media regionale tra l'1% e il 30%. Si riduce il numero complessivo delle strutture che offrono ricoveri acuti ordinari. I dati confermano che è in fase di piena realizzazione il processo di riconversione e rimodulazione della rete ospedaliera, attuativo del Piano di rientro e dei successivi piani operativi. Superiori al valore medio regionale sono i valori aziendali delle Aziende 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (1,01) e 03 Pescara (1,02). Nelle stesse Aziende, sia pubblico che privato presentano indici superiori al valore medio regionale.

Alla luce del sistema d'indicatori di garanzia dei LEA di cui all'articolo 9, del D.Lgs. 18 febbraio 2000, n. 56, aggiornato dal Patto per la salute 2009-2012, la valutazione del rischio d'inappropriatezza dei ricoveri passa attraverso la loro analisi con riferimento ai 108 *Diagnosis Related Groups* – Raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) a rischio d'inappropriatezza, secondo l'Allegato B del citato Patto per la salute e la delibera n. 13/2010 del Commissario *ad acta*. I ricoveri inappropriati sono in diminuzione: la costante decrescita annua porta a un numero di ricoveri inappropriati di 22.211 unità nel 2015 e 22.160 unità nel 2016 per ricoveri acuti ordinari su un totale di 129.690, esclusi i ricoveri acuti per mobilità extraregionale. Quindi, con riferimento ai ricoveri dei soli residenti, il numero dei ricoveri inappropriati è pari a 19.451 (15%). L'indicatore è, comunque, riconducibile a realtà aziendali diversamente articolate.

Con riguardo all'analisi delle dimissioni per ricoveri acuti ordinari, la Regione Abruzzo nel 2016 registra il 57,43% di ricoveri per acuti superiori ai 4 gg. La percentuale dei dimessi oltre soglia –

intendendosi per essa il valore della durata della degenza specifica di ciascun DRG, sopra o sotto al quale un ricovero in RO viene considerato anomalo per la durata della degenza – scende a 3,58% nel 2016, valore ancora alto.

L'**indice di fuga** continua ad essere sempre notevolmente superiore all'indice di attrazione. L'andamento decennale conferma che la Regione Abruzzo non è ancora riuscita ad invertire tali indicatori.

L'**indice di fuga fuori Regione** è pari a 1,15 nel 2016, stazionario rispetto agli anni precedenti ed in contrapposizione ad un **indice di attrazione** pari a 0,87 nel 2016. Scende in maniera critica la capacità di attrazione della Regione nell'ambito della mobilità interregionale. Il tasso di emigrazione fuori Regione che presenta un trend decrescente fino al 2014, risale a 15,78% nel 2015 e a 15,91% nel 2016. Torna leggermente ad aumentare nel 2015 il tasso d'immigrazione da altre Regioni (11,04% nel 2016, contro il 10,81% nel 2015), comunque diverso nelle varie realtà aziendali. Situazione positiva solo nelle Aziende 01 Avezzano Sulmona L'Aquila e 03 Pescara con un indice di attrazione superiore all'indice di fuga.

4.5

L'attività medica di base, oltre a costituire un costo diretto per le Aziende e difficilmente comprimibile, genera una serie di altre spese correlate (prescrizione di farmaci, accertamenti specialistici, ricoveri ospedalieri) che, ricadendo nel delicato concetto di appropriatezza, possono e devono essere costantemente monitorati. In diminuzione nel 2016 è il numero dei medici di medicina generale e pediatri. Il rapporto medici/pediatri e popolazione assistita anche nel 2016 è stabile: 0,96 per ogni 1000 abitanti adulti e 2,16 per ogni 1000 abitanti assistiti in età pediatrica. A ciascun residente l'assistenza di base, erogata peraltro anche ai non residenti, è costata 95,16 euro nel 2014 e 99,90 euro nel 2015. Nel 2016 è costata 96,17 euro.

La Sezione, già nei precedenti referti osservava che *“prima della sua stipulazione, si susseguivano, infatti, interventi programmatici frammentari e scollegati che, seppure riorganizzativi delle condizioni che determinavano gli andamenti dei costi, intervenivano, molto spesso, in ritardo rispetto all'andamento della gestione delle Aziende stesse, non ottenendo, così, gli effetti sperati se non, in alcuni casi, solo dopo molto tempo”*.

Al Piano di rientro hanno fatto seguito tre Piani operativi e un Piano di riqualificazione che, ai sensi dell'art. 12 del Piano sanitario 2014-2016, ha permesso alla Regione di uscire dal Commissariamento. Il Piano di riqualificazione reca misure strutturali volte all'arresto di quel "disavanzo strutturale" legato alla mancanza di incisive azioni su sul tessuto organizzativo che sovrintendeva alla realizzazione del Piano di rientro. Tuttavia, allo stato attuale, persiste ancora un profondo ritardo e una lentezza che caratterizzano l'azione regionale, nonostante tutte le agevolazioni e le iniziative normative intese a favorire le Regioni in Piano di rientro, permettendo loro il riallineamento con il resto d'Italia.

Il percorso di riallineamento alla normativa nazionale (da ultimo il decreto del Ministero della Salute n. 70/2015) è ancora in itinere e continua a scontare un profondo divario tra quanto programmato e quanto effettivamente realizzato; vero è che la continua evoluzione normativa ha condizionato la Regione Abruzzo nel rimodulare le proprie scelte, spostandone gli obiettivi e ponendola di fronte a percorsi nuovi, sempre miranti a contrastare il disavanzo strutturale che, peraltro, dall'analisi effettuata non sembra superato in maniera definitiva.

Difatti, non può non rilevarsi come il Piano di riqualificazione rechi, da un punto di vista contabile, la maturazione di disavanzi per i tre anni che dovrebbero portare nel 2018, secondo la Regione, al raggiungimento dell'equilibrio.

I controlli, peraltro, sullo stato di attuazione del medesimo non sono risultati soddisfacenti: dalla lettura degli atti emanati nel 2016 e 2017, il Sistema sanitario appare di nuovo frammentario con reti di assistenza non ancora perfezionate, con continua ricerca, da parte dell'Ente, di adeguamento a normative nazionali sempre in evoluzione.

Persistenti ritardi riguardano scelte basilari ai fini del perfezionamento dell'offerta sanitaria: basti pensare al processo di accreditamento definitivo, stazionario nella sua evoluzione, oppure alla fissazione dei tetti di spesa la cui valenza gestionale preventiva continua a non essere recepita dall'Ente.

Anche dal punto di vista contabile, sebbene preventivati i disavanzi nel Piano di riqualificazione, la Regione continua ad ignorare che alcune Aziende persistono nel maturare perdite rilevanti.

Questa Sezione già in precedenza ha avuto modo di affermare la non divisibilità della programmazione regionale che, tramite il Piano di riqualificazione, ha previsto per tre anni, sia pure con manovre correttive, un sistema che chiude in perdita, ravvisando nella stessa un aggravio a

carico del bilancio regionale, con sottrazione di risorse ad altri scopi, destinandole al ripiano dei disavanzi.

Ciò indubbiamente conferma che persiste una situazione di “non equilibrio strutturale” o, perlomeno, di equilibrio strutturale ancora precario.

Fatte salve le valutazioni che potranno essere assunte al termine della vigenza del Piano di riqualificazione e, data l'importanza del Settore sanitario, che copre l'80% del bilancio regionale, si avverte che nuovi ulteriori appesantimenti, dovuti a disequilibri del medesimo, irrigidirebbero ancora di più un bilancio fortemente ingessato da un disavanzo pregresso e strutturale che ad oggi la Regione non riesce a quantificare.

1 QUADRO NORMATIVO E PROGRAMMATICO NAZIONALE E REGIONALE

1.1 Le principali novità della normativa nazionale

La Regione Abruzzo, ricompresa ad aprile 2006 fra quelle non in grado di assicurare stabilità ai conti della sanità, con esclusione, quindi, della possibilità di accedere alle risorse “sospese”, non ha avuto accesso, a quella data, al finanziamento integrativo dello Stato rispetto ai livelli di cui all’accordo Stato-Regione dell’8 agosto 2001 e successive modificazioni ed integrazioni – finanziamento integrativo che il quadro normativo, delineato dalla legge finanziaria 2005 (legge n. 311 del 30 dicembre 2004), come modificata dalla legge 14 maggio 2005, n. 80, avrebbe consentito insieme al recupero delle somme non erogate dallo Stato anche per gli anni precedenti. Ne è seguita la sottoposizione, insieme con altre cinque Regioni, alla procedura di diffida ed “affiancamento gestionale”, di cui al comma 173, sub b), della legge finanziaria 2005, da parte di rappresentanti del Ministero dell’Economia e delle Finanze e del Ministero della Salute, nominati dalla Conferenza Stato-Regioni, con l’effetto di aumento automatico massimo sia dell’aliquota IRAP, sia dell’addizionale IRPEF (comma 277, legge finanziaria 2006). La conseguenza è stata che tutte le risorse ancora da percepire, da parte della medesima Regione, sono rimaste condizionate ad interventi finanziari da adottarsi per assicurare la tenuta degli equilibri e/o residui di copertura per i disavanzi. Le successive leggi finanziarie hanno confermato e completato il percorso, prorogando, per tutta la durata del “Patto per la salute”, gli adempimenti regionali, previsti dall’Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, i relativi criteri, le sedi di verifica e le modalità di copertura di eventuali disavanzi.

Ai sensi del comma 20, dell’art. 15, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, la Regione Abruzzo, sottoposta a Piano di rientro e a commissariamento, ha poi proseguito nell’attività di gestione secondo Programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché nelle relative azioni di supporto contabile e gestionale. Conformemente a quanto previsto, poi, dal comma 88, dell’art. 2, della legge n. 191/2009, per la prosecuzione del Piano di rientro, è rimasto fermo l’assetto della gestione commissariale previgente.

Alla luce di tutto ciò, il Commissario *ad acta* approvava, con decreto n. 84/2013⁴, il Programma Operativo 2013-2015, stabilendo che il suo contenuto, redatto secondo le linee di indirizzo ministeriale del 21 dicembre 2012, sarebbe stato parte essenziale del redigendo nuovo “*Piano di riqualificazione del Servizio sanitario regionale 2013-2015*”.

Si sono avvicinate, peraltro, *medio tempore*, a livello nazionale, nuove norme: il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, di cui alla Conferenza Stato-Regioni del 10 luglio 2014, che si è inserito in un contesto generale economico, politico e sociale caratterizzato da un'estrema complessità nell'ambito dell'attuale assetto di riparto di competenze tra Stato e Regioni, con un obiettivo mirato di potenziamento dell'intero sistema di *governance* della sanità, per assicurare la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, per garantire l'equità, l'universalità del sistema e i LEA in modo appropriato ed uniforme. Di rilievo per la Regione Abruzzo nel patto della salute medesimo, l'art. 12, concernente “*Piani di riqualificazione e rafforzamento dei servizi sanitari regionali*”, che al punto 8 ha previsto “*nuove modalità di verifica degli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA e procedure di semplificazione e di aggiornamento nella fase attuativa dei Programmi operativi in atto, sempre con riferimento agli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA, sulla base dello stato di avanzamento delle azioni programmate*”. Nel medesimo articolo, inoltre, è stato evidenziato che “*Tale procedura di semplificazione del monitoraggio degli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA dovrà prevedere esclusivamente l'individuazione di alcune aree prioritarie di intervento in materia di erogazione dei LEA e relativo cronoprogramma e modalità di attuazione, tenuto conto di quanto previsto nel Programma Operativo in relazione agli obiettivi strutturali del Piano stesso*”.

Non meno importante è il decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70, concernente il Regolamento recante “*Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera*” in attuazione dell'art. 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'art. 15, comma 13, lettera c) del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito in legge 7 agosto 2012, n. 135, che risulta essere, indubbiamente, un ulteriore vincolo e parametro di riferimento che la Regione ha dovuto considerare nella riqualificazione del sistema.

1.2 Il Decreto del Commissario *ad acta* n. 55/2016 del 10 giugno 2016. Piano di riqualificazione del Sistema sanitario abruzzese 2016-2018

Con DCA n. 55/2016 del 10.06.2016, concernente “*Piano di riqualificazione del Servizio sanitario regionale 2016-2018*”, la Regione Abruzzo ha dato seguito all'art. 2, comma 88, della legge

⁴ Modificato ed integrato con decreti commissariali n. 112/2013 e n. 34/2014.

n. 191/2009⁵.

Nel riformulare il piano sulla base delle osservazioni espresse nelle sedi di verifica, la Regione Abruzzo ha dichiarato di voler intraprendere, ai sensi del citato articolo, un percorso che la porti gradualmente a riappropriarsi dei poteri di programmazione attraverso l'uscita dal commissariamento e dal Piano di rientro. All'uopo, ha evidenziato la organizzazione della *“nuova rete ospedaliera in applicazione degli standard nazionali”*, proponendosi di ridisegnare, nel nuovo triennio, *“un nuovo modello di sviluppo sostenibile del SSR affinché possa “competere” con i modelli delle Regioni più avanzate e proporsi come riferimento per altre Regioni caratterizzate da un contesto socio economico e sanitario simile ...”*.

Con questo obiettivo strategico la Regione Abruzzo ha inteso per i tre anni successivi:

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

L'evidenziazione analitica degli obiettivi - e degli interventi e delle azioni che ne conseguono - sono indicati, con gli aggiornamenti delle attività svolte relativi a ottobre 2017, nel Volume II, tabella n. 1/PROGR *“Piano di riqualificazione SSR 2016-2018 – Cruscotto di monitoraggio – aggiornamento periodo marzo-giugno 2017 e luglio-ottobre 2017 (estratto)”*.

La realizzazione degli stessi è condizionata, dalla Regione medesima, a due presupposti: da un lato il mantenimento dell'equilibrio economico, a rischio, secondo la stessa, per via di eventi straordinari e difficilmente prevedibili, quali *“l'avvio, a livello nazionale dei trattamenti con farmaci antivirali diretti (DDA) di seconda generazione per la cura dell'HCV (Epatite C) e ulteriori farmaci innovativi, più in generale dalla ricerca e dal progresso tecnologico ovvero dalla evoluzione normativa in tema di personale e investimenti”*; dall'altro, l'istituzione di un'Azienda sanitaria unica (ASU) mediante la fusione delle attuali.

Sul documento iniziale, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato

⁵ A tenore di tale articolo *“è fatta salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo Piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale. In ogni caso si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo, e ai commi da 80 a 86 del presente articolo”*.

permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (di seguito Tavolo e Comitato) (verbale n. 19 luglio 2016), alla luce di una riscontrata situazione di squilibrio strutturale del SSR, nel **2015, non emergente, peraltro, in relazione alla presenza di entrate *una tantum* per l'utilizzo delle quote accantonate degli obiettivi di piano e di quote di *payback*, relative all'attuazione del D.L. n. 179/2015**, hanno invitato la Struttura commissariale alla predisposizione di un nuovo documento, che recepisce le osservazioni rese, successivamente tradottosi nella DGR n. 505/2016 del 26 luglio 2016 (cfr.: par. 1.3).

Gli effetti finanziari previsti dal Piano di riqualificazione sono in sintesi annotati nel seguente prospetto:

TAB. n. 1/PR
Regione Abruzzo
Piano di riqualificazione del SSR 2016-2018 - Prospetto tendenziale e programmatico

(mln di euro)	TENDENZIALE			PROGRAMMATICO		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Totale ricavi della produzione (A)	2.619,34	2.626,29	2.625,96	2.619,34	2.628,29	2.627,96
Totale costi della produzione (B)	2.603,67	2.625,98	2.663,79	2.599,11	2.604,20	2.597,86
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-1,76	-1,76	-1,76	-1,76	-1,76	-1,76
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-	-	-	-	10,10	30,30
Totale imposte e tasse	56,72	56,72	56,72	56,40	56,10	56,12
RISULTATO DI GESTIONE	-42,82	-58,17	-96,31	-37,94	-23,67	2,52
MANOVRA 2016						-4,88
MANOVRA 2017						-34,50
MANOVRA 2018						-98,83

Fonte: Verbale Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA – Riunione del 19 luglio 2016

Per il triennio 2016-2018 è stimato un **risultato economico tendenziale** negativo con andamento crescente. Posti a confronto lo scenario tendenziale con il programmatico, appare evidente che nel **periodo 2016-2018** la Regione Abruzzo ha stimato un risultato economico negativo crescente, determinato anche, ma non solo, dall'introduzione di farmaci innovativi (HCV), spesa non programmata nel Programma Operativo 2013-2015.

Per l'anno 2016 è stato stimato un risultato pari a -42,82 mln di euro.

La stima tiene conto di un incremento del FSR (+18,2 mln di euro) calcolato sulla base del valore del FSN pari a 111 mld di euro. La stima della riduzione delle entrate proprie (-26,7 mln di euro) è dovuta principalmente a minore *payback* e maggiori costi per Prodotti farmaceutici ed emoderivati (+9,4 mln di euro). Si evidenziano maggiori accantonamenti per 8,2 mln di euro per il contenzioso derivante dalla mancata contrattualizzazione degli erogatori privati accreditati che non raggiungono le soglie di posti letto di cui al DM n. 70/2015.

Per l'anno 2017 è stato stimato un risultato pari a -58,2 mln di euro.

La stima tiene conto del valore costante del FSR, dell'incremento di costo dei Prodotti farmaceutici ed emoderivati (+23,3 mln di euro), dell'incremento delle Altre entrate (+7,3 mln di euro) e una riduzione delle Prestazioni da privato (-3,8 mln di euro).

Per l'anno 2018 è stato stimato un risultato economico pari a -96,3 mln di euro.

Tenendo conto del valore costante del FSR e stimando maggiori costi per prodotti farmaceutici ed emoderivati (26,0 mln di euro) e Altri beni e servizi (9,8 mln di euro)

Il riepilogo dei risultati economici tendenziali si evince dal successivo prospetto:

TAB. n. 2/PR
Regione Abruzzo
Piano di riqualificazione del SSR 2016-2018 - Risultato al IV trimestre 2015 e Conto economico tendenziale 2016-2018

(mln di euro)	2013A	2014A	2015*	2016T	2017T	2018T
Ricavi	2.341,5	2.355,0	2.368,3	2.362,9	2.369,9	2.369,6
Costi interni	1.483,1	1.552,3	1.565,3	1.590,7	1.616,2	1.652,0
Costi esterni	748,9	748,1	752,0	753,3	750,1	752,1
Margine operativo	109,4	54,7	51,0	18,9	3,6	-34,5
Componenti finanziarie e straordinarie	56,3	47,5	43,9	61,7	61,7	61,7
RISULTATO ECONOMICO	53,1	7,2	7,1	-42,8	-58,1	-96,2

Fonte: DCA n. 55/2016 - Tabella n. 10 e Verbale riunione Tavolo e Comitato del 19 luglio 2016
 A=Actual-Consuntivo; T=Tendenziale; *IV trimestre

Vengono ipotizzati, tra i ricavi:

- un livello dei contributi FSR indistinto per gli anni 2016-2018, calcolato considerando un finanziamento dell'intero SSN costante, pari a 111 mld di euro;
- un **FSR vincolato**, stimato per gli anni 2016-2018 costante, pari a 28,6 mln di euro all'anno;
- **entrate proprie** per l'anno 2016, stimate pari a 77,6 mln di euro in linea con il Consuntivo 2014;
- **altre entrate**
 - la voce *Rettifica contributi c/esercizio per destinazione a investimenti* per gli anni 2016-2018 (stimata in base alle aliquote previste dal decreto legislativo n. 118/2011), calcolata ipotizzando che a livello regionale si effettuino investimenti con FSR costante, per un importo di 20,9 mln di euro per gli anni 2016-2018 (valore pari alla media tra gli investimenti effettuati negli anni 2012-2014);
 - la voce *Saldo di quote inutilizzate contributi vincolati*, per un importo stimato pari a 5,1 mln di euro, in aumento di 0,6 mln di euro rispetto al IV trimestre 2015 e di 21,4 mln rispetto al Consuntivo 2014. Tale voce è composta dalla voce *Utilizzo per quote inutilizzate di anni precedenti*, stimata pari a 33,7 mln di euro (valore 2015), e *Accantonamenti per quote inutilizzate di fondi Regione per quota FS vincolato*, stimato pari a 28,6 mln di euro;
 - il Saldo intramoenia è stimato costante pari a 1,2 mln di euro;
- il Saldo di mobilità costante stimato pari a -77,0 mln di euro.

La tabella di sintesi dei ricavi tendenziali mostra:

TAB. n. 3/PR
Regione Abruzzo
Piano di riqualificazione del SSR 2016-2018 – Evoluzione dei ricavi

(mln di euro)	2012A	2013A	2014A	2015*	2016P	2017P	2018P
Contributi conto esercizio	2.364,4	2.351,7	2.392,2	2.366,1	2.384,3	2.384,3	2.384,3
Saldo mobilità	-102,7	-71,3	-71,6	-77,0	-77,0	-77,0	-77,0
Entrate proprie	92,2	82,1	77,0	194,3	77,6	77,3	76,9
Altre entrate	-14,7	-21,0	-43,5	-25,2	-22,0	-14,7	-14,7
RICAVI	2.339,2	2.341,5	2.354,0	2.458,3	2.362,9	2.369,9	2.369,6

Fonte: DCA n. 55/2016 - Tabella n. 11 e Verbale riunione Tavolo e Comitato del 19 luglio 2016
 A=Actual-Consuntivo; P=Projector; *IV trimestre

Sotto il profilo dei costi, l'evoluzione dei **Costi operativi**, al netto di ammortamenti e accantonamenti, per il triennio 2016-2018, mostra un incremento complessivo di 77,6 mln di euro (+1,1% annuo rispetto a IV trimestre 2015).

In particolare:

- **Personale:** per l'anno 2016 un costo stimato di 772,4 mln di euro, pari al IV trimestre 2015. Tale stima è costante per gli anni 2017 e 2018;
- **Prodotti farmaceutici ed emoderivati:** per l'anno 2016 un costo stimato pari a 253,7 mln di euro; per gli anni 2017 e 2018 un incremento ipotizzato medio di 9,3 %, per un importo pari a 277 mln di euro nel 2017 e 303 mln di euro nel 2018. La stima è ottenuta ipotizzando l'erogazione nel 2016 di n. 500 trattamenti annui di farmaci innovativi anti-HCV, la riduzione dei casi del 10% nel 2017 e 2018, considerando un prezzo pari al 50% rispetto al 2015, e considerando che i prezzi di cessione hanno subito un abbattimento rispetto a quelli riportati nelle Determine AIFA, a causa dei meccanismi di *payback*;
- **Altri beni e servizi:** stimati pari a 514,7 mln di euro per il 2016, a 517,0 mln di euro per il 2017 e a 526,8 mln di euro per il 2018, ipotizzando un tasso medio annuo di crescita dell'1%, tenendo conto che nel periodo 2013-2015 il tasso medio di crescita è stato pari all'1,2% e che l'inflazione media registrata nel 2015 è stata prossima allo zero (dati ISTAT);
- **Personale convenzionato con il SSR - Medicina di base e Personale Sumaista:** stimato costante per il triennio e pari a 153,5 mln di euro (spesa massima fissata dal DCA 27/2011, in attesa di aggiornamento degli ASCN AIR) e 18,2 mln di euro per il Personale SUMAI (tetto fissato per gli anni 2016-2018);
- **Farmaceutica convenzionata:** stimata pari a 232,0 mln di euro per il 2016, a 232,2 mln di euro per il 2017 e 233,1 mln di euro per il 2018, sulla base del tasso di incremento di spesa netta da DCR registrato tra il 2013 e il 2014 per singola Azienda, mantenendo costante la spesa relativa a "*Farmacie rurali ed altre spese*";
- **Prestazioni da privato:** stimate pari a 367,9 mln di euro per il 2016, a 364,1 mln di euro per il 2017 e 365,8 mln di euro per il 2018, di cui prestazioni soggette a tetto pari a 265,5 mln di euro per il 2016, 256,4 mln di euro per gli anni 2017-2018 (al lordo del ticket e della quota fissa per la specialistica, stimata pari a circa 3 mln di euro) e Altre prestazioni non soggette a tetto pari a 110,0 mln di euro per il 2016, 111,4 mln di euro per il 2017 e 112,9 mln di euro per il 2018. In particolare:
 - Assistenza ospedaliera: stimata pari a 123,6 mln di euro per il triennio, considerando il valore dei tetti di cui ai DCA n. 59/2015 e n. 64/2015 ed ipotizzando la mancata contrattualizzazione degli erogatori, che non raggiunge la soglia dei n. 60 posti letto per acuti di cui al DM n. 70/2015; valore prudenzialmente accantonato, in attesa di verificare le fusioni come previste dal DM n. 70/2015 o di redistribuire i corrispondenti volumi di prestazioni tra i restanti erogatori privati, in tali casi la spesa sarebbe superiore a quella stimata;
- **Componenti Finanziarie e Straordinarie:** stimate pari a zero per gli anni 2016-2018;
- **Ammortamenti e costi capitalizzati:** stimati costanti nel periodo 2016-2018 e pari al valore dell'anno 2014, ossia 8,0 mln di euro;
- **Accantonamenti:** per gli anni 2016-2018 stimati in 41,3 mln di euro. Tale voce si compone di:
 - Accantonamenti per rischi per 26,3 mln di euro, pari al consuntivo 2014 al netto degli accantonamenti per acquisto di prestazioni sanitarie da privato registrati dalle Aziende (8,7 mln di euro);
 - Accantonamenti aggiuntivi per rischi connessi alla mancata contrattualizzazione degli erogatori privati che non rispettano la soglia di n. 60 posti letto di cui al DM n. 70/2015 per 8,2 mln di euro; Accantonamenti per interessi di mora (2 mln di euro);
 - Accantonamenti per rinnovi contrattuali (1,2 mln di euro) e per SUMAI (1,2 mln di euro) costanti e pari al Consuntivo 2014;
 - Altri accantonamenti per 2,4 mln di euro, pari al Consuntivo 2014 al netto degli accantonamenti registrati in GAS (3,1 mln di euro) per potenziamento dell'attività territoriale.
- **Variazione delle rimanenze:** stimata costante e pari al valore del Consuntivo 2014 (0,6 mln di euro).

Si riporta di seguito la tabella di sintesi dei **costi tendenziali**, come presente nel Piano di riqualificazione in esame:

TAB. n. 4/PR
Regione Abruzzo
Piano di riqualificazione del SSR 2016-2018 – Evoluzione dei costi operativi (al netto di ammortamenti e accantonamenti)

(mln di euro)	2012A	2013A	2014A	2015F	2016T	2017T	2018T
Personale	768,0	772,7	775,4	772,4	772,4	772,4	772,4
Δ yoy		4,7	2,7	-3,0	-	-	-
Δ yoy%		0,6%	0,3%	-0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Prodotti farmaceutici emoderivati	169,2	179,4	195,7	244,3	253,7	277,0	303,0
Δ yoy		10,2	16,3	48,7	9,4	23,3	26,0
Δ yoy%		6,0%	9,1%	24,9%	3,8%	9,2%	9,4%
Altri beni e servizi	519,5	501,8	499,6	513,5	514,7	517,0	526,8
Δ yoy		-17,6	-2,2	13,9	1,2	2,3	9,8
Δ yoy%		-3,4%	-0,4%	2,8%	0,2%	0,4%	1,9%
Variazioni rimanenze	4,9	0,9	0,6	-4,9	0,6	0,6	0,6
Costi interni	1.461,5	1.454,8	1.471,3	1.525,3	1.541,4	1.567,0	1.602,7
Δ yoy		-6,7	16,5	54,0	16,1	25,5	35,8
Δ yoy%		-0,5%	1,1%	3,7%	1,1%	1,7%	2,3%
Medicina di base	151,5	150,7	155,0	155,0	153,5	153,5	153,5
Farmaceutica convenzionata	233,1	230,9	230,9	232,0	232,0	232,5	233,1
Prestazioni da provato	367,3	367,4	362,2	365,0	367,9	364,1	365,6
Costi esterni	751,9	748,9	748,1	752,0	753,3	750,1	752,1
Δ yoy		-3,0	-0,8	3,8	1,4	-3,2	2,0
Δ yoy%		-0,4%	-0,1%	0,5%	0,2%	-0,5%	0,3%
COSTI OPERATIVI	2.213,5	2.203,8	2.219,4	2.277,3	2.294,8	2.317,1	2.354,9
Δ yoy		-9,7	15,7	57,9	17,9	22,3	37,8
Δ yoy%		-0,4%	-0,7%	2,6%	0,8%	1,0%	1,6%

Fonte: DCA n. 55/2016 - Tabella n. 13 e Verbale riunione Tavolo e Comitato del 19 luglio 2016

A=Actual-Consuntivo; T=Tendenziiale; F=Forecast (previsione)

Considerando tutti gli effetti tendenziali e l'applicazione di quanto disposto dalla normativa nazionale e/o regionale, al netto delle risorse aggiuntive a titolo di copertura LEA, **l'atto si conclude con un risultato negativo stimato pari a -42,8 mln di euro per il 2016, -58,2 mln di euro per il 2017 e -96,3 mln di euro per il 2018.**

Lo **scenario programmatico** conferma il valore dei ricavi previsto nello scenario tendenziale, che considera costante il livello del finanziamento del SSN per il periodo 2016-2018, pari a 111 mld di euro, in via prudenziale, quindi pari a 2.384,3 mln di euro, mentre il valore stimato dei costi aumenta negli anni fino a raggiungere l'importo di 2.271,1 mln nel 2017 e 2.287,8 mln nel 2018.

Tuttavia, il Piano pone in evidenza che la legge di stabilità 2015 prevede un livello di finanziamento crescente per gli anni 2017-2018 pari rispettivamente a 113 mdl e 115 mdl, ragion per cui si ipotizza che alla Regione Abruzzo spetterebbero "ulteriori 130 mln per il biennio in oggetto (44,4 mln per l'anno 2017 e 86,0 mln per l'anno 2018)". Su tali maggiori risorse la Regione Abruzzo ripone "eventuale supporto alla tenuta del piano, ma saranno utilizzate, sotto forma di utili conseguiti, per il potenziamento delle manovre di sviluppo programmate".

Si riporta la sintesi dei costi programmati:

TAB. n. 5/PR
Regione Abruzzo
Piano di riqualificazione del SSR 2016-2018 – Andamento dei costi da programmatico⁶

(mln di euro)	2013A	2014A	2015*	2016P	2017P	2018P
Personale	772,7	775,4	772,4	767,8	766,5	771,3
Prodotti farmaceutici Emoderivati	179,4	195,7	244,3	248,1	255,8	263,2
Altri beni e servizi	501,8	499,6	513,5	500,1	501,3	505,6
Variazioni rimanenze	0,9	0,6	-4,9	0,6	0,6	0,6
COSTI INTERNI	1.454,8	1.471,3	1.525,3	1.516,6	1.524,3	1.540,7
Δ_{yoy}	-6,7	16,5	54,0	-8,7	7,7	16,5
$\Delta_{yoy\%}$	-0,0%	0,0%	3,7%	-0,6%	0,5%	1,1%
Medicina di base	150,7	155,0	155,0	153,5	153,5	153,5
Farmaceutica convenzionata	230,9	230,9	232,0	231,9	229,3	228,0
Prestazioni da privato	367,4	362,2	365,0	367,9	364,1	365,6
COSTI ESTERNI	748,9	748,1	752,0	753,3	746,9	747,1
Δ_{yoy}	-3,0	-0,8	3,8	1,3	-6,5%	0,2
$\Delta_{yoy\%}$	-0,0%	-0,0%	0,5%	0,2%	-0,9	0,0%
COSTI OPERATIVI	2.203,8	2.219,4	2.277,3	2.269,9	2.271,1	2.287,8

Fonte: DCA n. 55/2016 - Tabella n. 15 e Verbale riunione Tavolo e Comitato del 19 luglio 2016

Nota: A=Actual-Consuntivo; P=Projection; *=IV trimestre

Come si evince dal successivo prospetto, **il programmatico mostra una perdita di 37,9 mln di euro, per il 2016, di 23,7 mln di euro, per il 2017, e un utile di esercizio di 2,5 mln di euro, per il 2018.**

TAB. n. 6/PR
Regione Abruzzo
Piano di riqualificazione del SSR 2016-2018 – Stima del programmatico

(mln di euro)	2013A	2014A	2015*	2016P	2017P	2018P
Ricavi	2.341,5	2.355,0	2.368,3	2.362,9	2.371,9	2.371,6
Costi interni	1.483,1	1.552,3	1.565,3	1.586,1	1.597,7	1.591,2
Costi esterni	748,9	748,1	752,0	753,3	746,8	747,0
Margine operativo	109,4	54,7	51,0	23,5	27,4	33,4
Componenti finanziarie e straordinarie	56,3	47,5	43,9	61,4	51,0	30,8
RISULTATO ECONOMICO	53,1	7,2	7,1	-37,9	-23,7	2,5

Fonte: DCA n. 55/2016 - Tabella n. 14 e Verbale riunione Tavolo e Comitato del 19 luglio 2016

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

La copertura delle perdite programmate per gli anni 2016 e 2017 è garantita dalle seguenti risorse presenti nei bilanci delle Aziende e della GSA al 31.12.2015, che non riportano le entrate aggiuntive da *payback*, che, per l'anno 2015, hanno generato 27.4 mln di euro:

- 63,1 mln di euro: maggiori risorse disponibili rispetto alle perdite portate a nuovo del SSR;
- 24,6 mln di euro: utili portati a nuovo iscritti nel bilancio della GSA nel bilancio 2014 e utile di esercizio 2014;
- 19,2 mln di euro: riferiti a FSR indistinto da distribuire relativi all'accantonamento residuo effettuato dalla GSA nel 2014 per il potenziamento dell'assistenza territoriale per gli anziani non

⁶Nel verbale del 19 luglio 2016, Tavolo e Comitato osservano che “per quanto riguarda le variazioni dei costi operativi, si rileva un valore cumulato più elevato nel triennio per la spesa per prodotti farmaceutici (18,9 mln di euro), mentre i costi per l'acquisto di altri beni e servizi evidenziano una riduzione di 7,9 mln di euro. Il costo del personale si riduce per un valore cumulato pari a 1,1 mln; tale andamento rappresenta l'effetto combinato del blocco delle sostituzioni di personale impiegato nel perimetro di attività attuale e dell'incremento del personale da impiegare sul territorio per i progetti di sviluppo pianificati”.

autosufficienti in base al DCA n. 112/2013.

Sotto il profilo delle **Manovre di sviluppo**, il piano fa riferimento ad uno stanziamento “*nell’arco del triennio 2016-2018, ... per oltre 70 mln tra le risorse disponibili sul bilancio consolidato e non destinate alla copertura delle perdite e le risorse che si rendono disponibili per l’efficientamento del sistema*”. A questi valori si potrebbero aggiungere, ad avviso della Struttura commissariale al Tavolo e Comitato del 19 luglio 2016, “*eventuali maggiori entrate da FSR rispetto al livello scontato nel programmato. I Conti Economici 2016-2018 programmatici evidenziano investimenti derivanti da FSR programmati per complessivi 28 mln di euro*”. Si riporta di seguito la tabella inerente alle manovre di sviluppo all’interno di ciascun obiettivo, corredata della relativa dimensione finanziaria per ciascuno degli anni 2017 e 2018. Non sono stati previsti interventi di sviluppo sul 2016.

TAB. n. 7/PR
Regione Abruzzo
Piano di riqualificazione del SSR 2016-2018 – Stima dell’impatto delle manovre di sviluppo

MANOVRA		2017	2018	Importo totale
1.1	Sviluppo e strumenti per la verifica di PAI	60.000	380.000	440.000
1.1	Avvio e sottoscrizione dei contratti ADI	2.000.000	2.000.000	4.000.000
1.2	Promozione e sottoscrizione Territori-paziente e famiglia	-	-	-
1.3	Aggiornamento registri regionali di patologia	-	-	-
1.3	Integrazione della guardia medica nelle aggregazioni di MMG	-	-	-
1.3	Aggregazione di MMG in Case della salute – ospedali di comunità	1.120.000	1.120.000	2.240.000
1.4	Potenziamento della formazione a diversi livelli	121.900	510.400	632.300
2.3	Studio di fattibilità DEA di II livello	50.000	-	50.000
2.3	Formazione al caregiver	1.681.865	2.522.797	4.204.662
2.3	Sviluppo call center non in emergenza	252.270	2.007.080	2.259.350
2.3	Potenziamento del personale per le postazioni del 118	2.432.664	5.246.389	7.679.053
2.3	Sviluppo di un software gestionale unico per le CO	1.050.000	350.000	1.400.000
3.1	Fondo incrementale per la formazione del personale	266.667	1.000.000	1.266.667
3.1	Istituzione di collaborazioni con Università e Istituzioni	500.000	500.000	1.000.000
3.3	Rilevazione della soddisfazione di pazienti e famiglie	100.000	100.000	200.000
3.3	Fondo per assegnazione premi di risultato	500.000	500.000	1.000.000
4.5	Acquisto di macchinari per abbattere le liste di attesa	-	-	-
6.3	Aggiornamento della carta dei servizi per PO	5.650	3.000	8.650
6.3	Sviluppo sito WEB aziendale	16.667	33.333	50.000
TOTALE		10.157.683	16.272.999	26.430.682

Fonte: DCA n. 55/2016 - Tabella n. 17 e Verbale riunione Tavolo e Comitato del 19 luglio 2016

Le **manovre di contenimento**, invece, riguardano i beni e servizi, e prodotti farmaceutici, le manovre sul personale e sul contenzioso. Gli impatti attesi da dette manovre di contenimento per ciascun anno sono i seguenti:

TAB. n. 8/PR
Regione Abruzzo
Piano di riqualificazione del SSR 2016-2018 – Stima dell’impatto delle manovre di contenimento

MANOVRA		2016	2017	2018
3.2	Sostituzione a regime ridotto e perimetro costante di attività erogata	-4.877.235	-9.548.188	-9.309.167
5.2	Efficientamento dei costi di prodotti farmaceutici, beni e servizi	-20.257.437	-46.027.693	-73.498.737
7.2	Ricognizione e monitoraggio del contenzioso	-	-10.099.531	-30.298.592
TOTALE		-25.134.672	-65.675.412	-113.106.496

Fonte: DCA n. 55/2016 - Tabella n. 18 e Verbale riunione Tavolo e Comitato del 19 luglio 2016

1.3 La Delibera del Consiglio dei Ministri del 15 settembre 2016. L’uscita dal commissariamento

Alla redazione e presentazione del Piano di riqualificazione del SSR è seguito, dopo la riunione del 19 luglio 2016 di Tavolo e Comitato, l’invio del medesimo, da parte dell’Assessorato alla programmazione sanitaria della Regione Abruzzo (in data 26 luglio 2016), alla Struttura tecnica di monitoraggio, di cui all’art. 3, comma 2, dell’Intesa Stato-Regioni Rep. Atti 206/CSR del 18/11/2010, alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, al Ministero dell’Economia e delle finanze e al Ministero della Salute.

Con la **deliberazione n. 505/2016 del 26 luglio 2016**, recante “*Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Abruzzese 2016-2018 (DCA 55/2016 del 10/06/2016). Attivazione della procedura per l’uscita dal commissariamento (art. 2, comma 88, legge n. 191 /2009)*”, la Giunta regionale ha attivato la procedura per la cessazione del commissariamento, delineata dai commi 78 e 79 dell’art. 2 della legge n. 191/2009, prendendo atto ed approvando il Piano di riqualificazione di cui al DCA n. 55/2016.

A seguito della reiterata richiesta del Presidente della Regione-Commissario *ad acta*, di esame del piano medesimo, e al visto positivo espresso dalla citata Conferenza permanente in data 15 settembre 2016 sulla DGR n. 505/2016, il Presidente del Consiglio dei Ministri, con decreto in data 15 settembre 2016 ha:

- a) approvato il Piano di rientro della Regione Abruzzo, di cui alla DGR n. 505/2016, subordinatamente al recepimento, mediante delibera di Giunta integrativa, entro il 25 settembre 2016, delle ulteriori modifiche richieste nel verbale della riunione di verifica del 19 luglio 2016 da parte dei Tavoli tecnici di monitoraggio;
- b) incaricato il Tavolo di monitoraggio, di cui agli articoli 9 e 12 dell’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, di verificare il recepimento, da parte della Regione, di quanto indicato alla lettera a), dandone comunicazione alla Presidenza del Consiglio dei Ministri entro il 30 settembre 2016;
- c) subordinato l’efficacia della presente delibera alla valutazione positiva del punto a), secondo quanto previsto al punto h);
- d) disposto, con decorrenza dalla data di valutazione positiva di cui al punto c), la cessazione del mandato commissariale conferito al Commissario *ad acta* con deliberazione del Consiglio dei Ministri il 23 luglio 2014;
- e) disposto, con decorrenza dalla data di valutazione positiva di cui al punto c), la cessazione del mandato del sub commissario di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012;

- f) disposto il rientro della Regione, dalla data di cessazione del mandato commissariale di cui al punto d), nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di Piani di rientro dai deficit sanitari;
- g) preso atto che restano ferme le modalità di verifica e di affiancamento previste dall'Accordo sul Piano di rientro della Regione Abruzzo, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente della Regione Abruzzo in data 8 marzo 2007, poi recepito con DGR n. 224 del 13 marzo 2007, come integrate dalla normativa vigente in materia di Piani di rientro dai deficit sanitari.

Con la **deliberazione n. 576/2016 del 22 settembre 2016**, recante “*Integrazione DGR n. 505/2016 del 26 luglio 2016. Approvazione del Documento “Piano di riqualificazione del Servizio sanitario abruzzese. Sostituzione del paragrafo: Ricercare l’efficienza per la sostenibilità del sistema”*”, la Giunta regionale:

- 1) ha approvato, ad integrazione della DGR n. 505/2016, il Documento tecnico “Piano di riqualificazione del Servizio sanitario abruzzese. Sostituzione del paragrafo: Ricercare efficienza per insostenibilità del sistema”, a sostituzione dell’omonimo paragrafo della citata DGR n. 505/2016, adeguandone i contenuti alle indicazioni rese in occasione della riunione congiunta del 19 luglio dei Tavoli tecnici di monitoraggio, in relazione agli obiettivi 3 (personale), 5 (spesa farmaceutica) e 7 (ricognizione e monitoraggio del contenzioso);
- 2) ha disposto la trasmissione della deliberazione in argomento ai Tavoli di monitoraggio di cui agli articoli 9 e 12 dell’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, per le verifiche previste dalla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 15 settembre 2016;
- 3) ha stabilito che, alla data del 30 settembre 2016, qualora fosse stato valutato positivamente il documento tecnico sopra indicato, sarebbe cessato il mandato commissariale ed il mandato del sub commissario, con conseguente riammissione, della Regione Abruzzo, alla gestione ordinaria, ferme restando le modalità di verifica e di affiancamento previste dall’Accordo sul Piano di rientro, recepito con DGR n. 224/2007, come integrate dalla normativa in materia di Piani di rientro dai deficit sanitari.

Con **nota prot. n. USC.M/124/U/2016 del 5 ottobre 2016** della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la Regione Abruzzo ha avuto notizia dell’esito positivo della verifica effettuata nella riunione del 28 settembre 2016, dal Tavolo e Comitato, in ordine al recepimento delle integrazioni apportate al Piano di riqualificazione del sistema sanitario abruzzese, giusta DGR n. 576/2016.

All’esito della procedura, con **deliberazione di Giunta regionale n. 644/2016 del 20 ottobre 2016**, la Regione Abruzzo ha:

- preso atto della cessazione, con decorrenza dal 30 settembre 2016, dei mandati commissariali conferiti al Commissario *ad acta* ed al sub Commissario, rispettivamente con deliberazione del

Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014 e del 7 giugno 2012, ferme restando le modalità di verifica e di affiancamento di cui alla lettera g) della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 15 settembre 2016;

- ribadito quanto già fissato al punto 3 del dispositivo della DGR n. 576/2016 in conformità alle previsioni di cui al punto f) del dispositivo della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 15 settembre 2016, ovvero che *“dalla data di cessazione del mandato commissariale la Regione Abruzzo rientri nell’esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di Piani di rientro dai deficit sanitari”*;
- precisato le funzioni già ricomprese nel mandato commissariale, conferito con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, che rientreranno nel legittimo esercizio degli Organi della Regione Abruzzo dalla data di cessazione del commissariamento.

Esse sono le seguenti:

1. razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
 2. interventi sulla spesa farmaceutica;
 3. definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni;
 4. attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali;
 5. interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
 6. ritiro o modifica dei provvedimenti approvati in difformità dai pareri resi dai Ministeri affiancanti, ovvero risultanti di ostacolo alla piena attuazione degli obiettivi ed interventi previsti nel piano di rientro e nei successivi programmi operativi; attivazione della procedura di cui all’art. 2, comma 80, della legge n. 191/2009 per la rimozione dei provvedimenti legislativi in contrasto con il Piano di rientro;
 7. puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2001/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192/2012;
 8. puntuale rispetto della tempistica relativa al trasferimento delle risorse destinate al SSR e trattenute dal bilancio regionale;
- preso atto del passaggio dalla gestione commissariale alla gestione ordinaria regionale, evidenziando che i tempi e le procedure dello stesso sono già definite in seno al Piano di riqualificazione del Servizio sanitario abruzzese (decretato con DCA n. 55/2016, approvato con DGR n. 505/2016 ed integrato con DGR n. 576/2016);
 - precisato che *“l’esercizio delle funzioni già attribuite all’Organo commissariale e rientranti nella gestione ordinaria regionale è effettuato in ossequio alle norme vigenti in materia sanitaria e di piani di rientro, nonché secondo le disposizioni di cui alla L.R. 77/1999 e successive modificazioni ed integrazioni”*.

1.4 Il monitoraggio del Piano di riqualificazione

Ai fini del monitoraggio sullo stato di attuazione del Piano di Riqualificazione del SSR 2016-2018 approvato con i suddetti provvedimenti, il Dipartimento per la Salute e il Welfare ha implementato un **cruscotto di monitoraggio** contenente l'indicazione degli Obiettivi stabiliti dal Piano di riqualificazione declinati per Interventi ed Azioni da porre in essere da parte dei Servizi competenti nelle rispettive materie, quali responsabili del processo di attuazione.

Il quadro degli obiettivi e degli interventi previsti del Piano di Riqualificazione viene riassunto nel cruscotto di monitoraggio nel modo seguente:

Obiettivo 1 - Gestire i pazienti cronici il più possibile a domicilio

- Intervento 1.1 - Promuovere un nuovo modello di Assistenza domiciliare
- Intervento 1.2 - Servizi territoriali residenziali e semiresidenziali coerenti con i bisogni socio-assistenziali
- Intervento 1.3 - Potenziare la funzione di indirizzo del percorso di cura del Medico di Medicina Generale
- Intervento 1.4 - Garantire alti livelli di adesione ed omogeneità ai programmi di prevenzione

Obiettivo 2 - Riqualificare la rete ospedaliera puntando su sicurezza ed efficienza

- Intervento 2.1 - Riqualificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità
- Intervento 2.2 - Introdurre un nuovo modello di committenza nel rapporto con gli erogatori privati
- Intervento 2.3 - Definire una rete di emergenza-urgenza reattiva rispetto al bisogno assistenziale

Obiettivo 3 - Investire in selezione, formazione e valutazione delle risorse umane

- Intervento 3.1 - Programmare percorsi formativi del personale a garanzia della qualità dei servizi
- Intervento 3.2 - Legare il fabbisogno di personale ai livelli di produzione
- Intervento 3.3 - Introdurre un nuovo sistema di valutazione e valorizzazione delle risorse umane

Obiettivo 4 - Accelerare investimenti in infrastrutture e tecnologie

- Intervento 4.1 - Garantire strutture sicure, moderne e dotate di tecnologia all'avanguardia
- Intervento 4.2 - Effettuare investimenti mirati per garantire una risposta immediata al bisogno di salute
- Intervento 4.3 - Valutare nuovi strumenti finanziari in aggiunta al Fondo Sanitario per finanziare il SSR

Obiettivo 5 - Privilegiare il contatto diretto con il paziente

- Intervento 5.1 - Definire una nuova organizzazione del SSR per una maggiore vicinanza al paziente
- Intervento 5.2 - Rivedere i meccanismi di finanziamento per le strutture pubbliche
- Intervento 5.3 - Valutare l'introduzione di nuovi sistemi di remunerazione per le strutture pubbliche e private

Obiettivo 6 - Certificazione dei bilanci e della qualità (*outcome*) del SSR

- Intervento 6.1 - Perseguire la certificazione dei Bilanci di Esercizio del SSR
- Intervento 6.2 - Misurare gli *outcome* per valutare le strutture pubbliche e private
- Intervento 6.3 - Favorire il contatto diretto nella comunicazione con il SSR

Obiettivo 7 - Garantire tempestività e correttezza nei rapporti con i fornitori

- Intervento 7.1 - Garantire il tempestivo pagamento dei debiti del SSR
- Intervento 7.2 - Definire un nuovo modello organizzativo per la gestione del contenzioso

Il Dipartimento per la Salute e il Welfare ha fornito l'aggiornamento dello stato di attuazione del Piano di riqualificazione del Servizio sanitario abruzzese al 31 ottobre 2017. Dal documento si evince che su un totale di 217 obiettivi operativi risultano:

OBIETTIVI	fine giugno 2017	fine ottobre 2017
COMPLETATI	0	0
IN LINEA	104 (48%)	111 (51%)
IN RITARDO	41 (19%)	52 (24%)
NON AVVIATI	72 (33%)	54 (25%)

In particolare, a seguire si riassumono le iniziative più rilevanti assunte dalla Regione Abruzzo nel 2° semestre 2016 e nel corso del 2017.

1.4.1 OBIETTIVO 1 - Gestire i pazienti cronici il più possibile a domicilio

Tab. n. 1/PR/cm
Cruscotto del monitoraggio del Piano di riqualificazione 2016-2018
Obiettivo 1: GESTIRE I PAZIENTI CRONICI IN ASSISTENZA DOMICILIARE

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
1.1 Promuovere un nuovo modello di Assistenza domiciliare	4	15	5	7	3	33%	47%	20%
1.2 Servizi territoriali residenziali e semiresidenziali coerenti con i bisogni socioassistenziali	5	21	3	8	10	14%	38%	48%
1.3 Potenziare la funzione di indirizzo del percorso di cura del Medico di Medicina Generale	4	12	6	4	2	50%	33%	17%
1.4 Garantire alti livelli di adesione ed omogeneità ai programmi di prevenzione	3	12	12	0	0	100%	0%	0%
TOTALE	16	60	26	7	17	43%	32%	25%

Dal monitoraggio al 31 ottobre 2017 si evince che per tale obiettivo la Regione ha elaborato 4 interventi contenenti 16 azioni e 60 obiettivi operativi, dei quali solo il 43% risulta in linea, il 32% appare in ritardo e il 25% non avviato.

Non ritenuta sufficiente fra le misure di contenimento della spesa la Regione Abruzzo la riconversione in PTA di 5 Presidi Ospedalieri” a spostare completamente il baricentro del Servizio Sanitario Regionale (in seguito “SSR”) dall’ospedale al territorio”, nel Piano di riqualificazione del SSR si è inserito come primo obiettivo da perseguire quello di “spostare le cure il più possibile vicino ai cittadini prestando particolare attenzione al paziente affetto da patologie cronico degenerative”.

L’obiettivo di promuovere un nuovo modello di assistenza domiciliare era stato già oggetto di sollecitazioni da parte del Tavolo e Comitato nella seduta del 30 marzo 2017 al fine della individuazione, da parte della Regione Abruzzo, dei “servizi coinvolti nell’intero processo di presa in carico degli assistiti , tenendo conto di quanto già programmato nel Piano sanitario regionale 2008-2010 e del ruolo dell’Unità di valutazione multidimensionale , così come previsto dal comma 3, articolo 21 del DPCM LEA”.

L’analisi dei singoli interventi mostra quanto segue:

- INTERVENTO 1.1.**

INTERVENTO	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
1.1. Promuovere un nuovo modello di Assistenza domiciliare	4	15	5	7	3	33%	47%	20%

L’intervento 1.1 relativo al nuovo modello di assistenza domiciliare risulta in linea per il 33%, in ritardo per il 47% e non avviato per il 20% (3 obiettivi operativi su 15 programmati).

Allo stato odierno, il documento elaborato dall’Agenzia sanitaria e consegnato al Tavolo e Comitato nella seduta del 26 luglio 2017⁷, documento in attesa di approvazione da parte degli organi competenti,

⁷ Si legge nel verbale del Tavolo e Comitato del 26 luglio 2017 che già nella precedente riunione di marzo gli stessi avevano invitato la Regione ad “individuare i servizi coinvolti nell’intero processo di presa in carico degli assistiti, tenendo conto di quanto già programmato

e redatto con riferimento all'intervento 1.1. "Promuovere un nuovo modello di Assistenza domiciliare" – Azione 1.1. "definire regole di sistema per l'erogazione dell'Assistenza domiciliare", aggiorna "Il sistema delle cure domiciliari - Linee Guida" (Allegato E della DGR n. 224/2007) con il documento della Commissione LEA del Ministero della Salute del 2008 "Nuova caratterizzazione dell'assistenza domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio". Tale documento definisce il percorso assistenziale domiciliare nelle sue diverse fasi, considerando la tipologia di paziente e l'intensità delle cure⁸.

La Regione, inoltre, nella relazione inviata a questa Sezione sullo "Stato di attuazione del Piano di riqualificazione del Servizio sanitario abruzzese" prosegue, peraltro, sottolineando una serie di iniziative portate avanti:

- la individuazione, nell'attuale fase di elaborazione, di "un indicatore sintetico capace di riassumere in una sola dimensione il coefficiente di intensità, il valore GEA (Giornata effettiva di Assistenza) e la durata della presa in carico. L'indicatore globale assunto è costituito dalla valorizzazione del percorso di cura su base mensile, considerando il numero di giornate effettive di assistenza mensile come parametro per misurare l'intensità assistenziale";
- la individuazione, con la DGR n. 44/2017 del 02.02.2017, del Distretto Sanitario di base come "struttura organizzativa funzionale della ASL preposta a realizzare un elevato grado di integrazione tra i servizi che erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, addivenendo alla definizione del PAI (Piano Assistenziale Individuale) nel quale vengono definiti gli interventi assistenziali ed individuate le responsabilità dei soggetti e delle strutture coinvolte individuando, altresì i dispositivi di monitoraggio trimestrale eventualmente necessari"⁹;
- il documento tecnico, di cui alla delibera dell'ASR n. 74 del 06.11.2017, "contenente le linee di indirizzo per la realizzazione della Banca Dati assistibili (BDA) della Regione Abruzzo, a partire da un'anagrafe regionale integrata finalizzata al monitoraggio ed alla valutazione dei consumi.

La BDA è strutturata come una banca dati statistica costituita da due parti fondamentali:

- un data-base anagrafico, costruito a partire dall'elenco degli assistibili dal 55R, con informazioni anagrafiche di residenza e presa in carico (scelta del MMG/PLS e di patologia/cronicità);
- un database sui consumi individuali, basato sui flussi in precedenza elencati, aggregati a partire dalle prestazioni ricevute per le principali categorie di assistenza.

Con la BDA, programmata dalle linee di indirizzo del Documento Tecnico, può essere stabilita l'appartenenza di ciascun assistito ad una o più determinate categorie patologiche, a partire dai flussi informativi che tengono traccia della presenza di patologie croniche o episodi acuti, [con il] vantaggio di ottenere un quadro generale, aggiornato per patologia, della prevalenza dei malati cronici, della loro distribuzione per territorio e della relativa spesa, fornendo elementi di programmazione non solo per macro aree di assistenza ma anche in base alle patologie/cronicità e sui bisogni di salute ad esse correlati".

La Regione evidenzia anche la possibilità di "un'analisi di tipo economico, che consente di fornire alla programmazione elementi utili per comprendere il reale impatto assistenziale ed economico e l'ammontare della spesa sostenuta in termini complessivi e pro-capite, anche con riferimento a specifiche categorie di soggetti (distribuzione per età e per territorio, distribuzione per tipologie di pazienti cronici), in riferimento

nel piano sanitario regionale 2008-2010 e del ruolo dell'Unità di valutazione multidimensionale così come previsto dal comma 3, articolo 21 del DPCM LEA e a trasmettere una relazione che descrivesse i tempi e le azioni predisposte al riguardo". Ne è seguito il documento predisposto dall'Agenzia sanitaria.

⁸ Il documento classifica le cure domiciliari in:

- "Cure domiciliari prestazionali", caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato;
- "Cure domiciliari integrate di primo-secondo e terzo livello". Le cure di primo e secondo livello assorbono quelle già definite ADI (assistenza domiciliare integrata) mentre quelle di terzo livello assorbono l'OD (Ospedalizzazione Domiciliare). Questa tipologia di cure domiciliari, in funzione della differente complessità/intensità, è caratterizzata dalla formulazione del Piano Assistenza Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogata attraverso la presa in carico multidisciplinare e multi-professionale;
- "Cure domiciliari Palliative e malati terminali", assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta ai pazienti nella fase terminale e l'OD-CP (Ospedale Domiciliare Cure Palliative) e sono caratterizzate da una risposta intensiva ai bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un'equipe in possesso di specifiche competenze.

⁹ Nello stesso provvedimento si stabilisce che nel PAI 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, il "case manager" ossia il responsabile del caso, il "caregiver", gli obiettivi e la durata del trattamento, la periodicità della verifica intermedia, le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi.

alla tipologia di erogazione (verifica del setting assistenziale tra ospedale e territorio e assistenza in mobilità sanitaria con l'analisi dei fattori che la determinano) o a definiti percorsi terapeutici condivisi”.

• **INTERVENTO 1.2.**

INTERVENTO	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
1.2 Servizi territoriali residenziali e semiresidenziali coerenti con i bisogni socioassistenziali	5	21	3	8	10	14%	38%	48%

L'intervento 1.2. relativo al nuovo modello di assistenza domiciliare risulta in linea per il 14%, in ritardo per il 38% e non avviato per il 48% (10 obiettivi operativi su 21).

La Regione ha adottato i seguenti provvedimenti:

Decreto Commissariale n. 10/2016 del 01.03.2016 - Riordino della rete di Residenzialità psichiatrica, documento tecnico con il quale viene disciplinato l'accesso ai servizi, subordinandolo alla valutazione multidimensionale del bisogno da parte di un'equipe multi professionale composta, in conformità al DCA n. 107/2013, concernente attività e procedure di competenza del Punto unico di accesso (PUA) e delle Unità multidimensionali del bisogno; nel documento sono state declinate le caratteristiche delle strutture residenziali per la salute mentale in cui poter trattare in modo appropriato e per i tempi definiti, i soggetti affetti dai seguenti quadri psicologici: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindrome affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale; vengono inoltre individuate le nuove tipologie di strutture per il trattamento di tali pazienti con l'individuazione di un nuovo assetto dei pp.11. che va a sostituire il fabbisogno di salute mentale precedentemente definito con il DCA n. 52/2012 del 10.10.2012.

Decreto Commissariale n. 97/2016 del 13.08.2016 - Rete regionale dei servizi a carattere residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti. Posti letto pubblici di nuova istituzione. Approvazione, documento sul quale, tuttavia, Tavolo e Comitato, nella riunione del 30 marzo 2017, hanno invitato l'Ente a fornire alle aziende sanitarie chiari indirizzi ed i criteri per lo sviluppo della residenzialità per anziani.

Decreto Commissariale n. 117/2016 del 28.09.2016 - Riorganizzazione della rete territoriale - residenziale e semiresidenziale per la non autosufficienza, la disabilità, la riabilitazione e le dipendenze patologiche. Approvazione del documento tecnico "Piano del fabbisogno regionale - residenziale e semiresidenziale - Regione Abruzzo". Criteri metodologici e procedurali per la conclusione del processo di riorganizzazione, che attualizza, sostituendoli, i fabbisogni definiti dal DCA n. 52/2012 e stabilisce anche i criteri metodologici e procedurali per la conclusione dei procedimenti di riordino della rete regionale residenziale e semiresidenziale - Area Anziani non autosufficienti, Area Disabilità Riabilitazione, Area Dipendenze Patologiche.

Deliberazione di Giunta regionale n. 129/2017 del 30.03.2017 - Riconversione della rete regionale - residenziale e semiresidenziale - Aree Disabilità, Riabilitazione e Dipendenze patologiche. Disposizioni, con cui è stato approvato l'elenco delle strutture aventi titolo alla riconversione in quanto strutture accreditate per setting eccedentari lo specifico fabbisogno definito dal Piano del fabbisogno regionale residenziale e semiresidenziale approvato con DCA n. 117/2016 ed è stato definito il fabbisogno autorizzatorio rimasto insoddisfatto all'esito della riorganizzazione secondo una distribuzione proporzionale tra le singole ASL con riserva del 50% dello stesso in favore delle strutture pubbliche. Nello stesso provvedimento è stato stabilito che la rimanente quota di fabbisogno è destinata alle istanze di nuova autorizzazione da istruire secondo le modalità nello stesso prefissate.

Con riferimento a tale delibera, a fronte di una modifica del fabbisogno residenziale e semiresidenziale, stimato con il DCA n. 117/2016 e la definizione del fabbisogno autorizzato rimasto insoddisfatto all'esito della riorganizzazione secondo una distribuzione proporzionale tra le singole ASL con riserva del 50% dello stesso in favore di strutture pubbliche, Tavolo e Comitato (verbale 26 luglio 2017) **"rilevando il**

ritardo richiamano quanto previsto dal PO in termini di un documento completo delle norme in materia di assistenza territoriale e l'aggiornamento, tramite verifiche periodiche, dell'anagrafe unica, dei provider per tipologia di assistenza, con i relativi tempi di attesa, documento che era previsto per la fine dell'anno 2016".

In esito alla conclusione dell'istruttoria, la Regione ha precisato ulteriormente che:

- con **Deliberazione di Giunta regionale n. 129/2017 del 30.03.2017** sono state approvate le schede sinottiche che definiscono i bisogni da soddisfare, le tipologie di strutture, gli standard di personale per i Nuclei residenziali dedicati per DCA (Disturbi del comportamento alimentare), Centri diurni per DCA (età evolutiva ed età adulta);
- con **Deliberazione di Giunta regionale n. 437/2017 del 08.08.2017** sono state approvate le schede sinottiche che definiscono i bisogni da soddisfare, le tipologie di strutture, gli standard di personale nonché le schede del Manuale di autorizzazione ed accreditamento per i setting di:
 - Disturbi dello spettro autistico;
 - Ambulatori dedicati per l'autismo;
 - Centri Diurni per l'autismo;
 - Nuclei residenziali dedicati per l'autismo;
- con **Deliberazione di Giunta regionale n. 520/2017 del 26.09.2017** sono state approvate le schede sinottiche che definiscono i bisogni da soddisfare, le tipologie di strutture, gli standard di personale nonché le schede del Manuale di autorizzazione ed accreditamento per i setting di:
 - Semi residenza di Riabilitazione estensiva;
 - Semi residenza minorazioni plurisensoriali dell'età evolutiva.
 Per ciascuna delle figure professionali coinvolte, nei sopraindicati setting assistenziali, sono stati definiti i minuti di assistenza pro-die per paziente a cui è stato ricondotto il costo del personale per minuto lavorato;
- con **Deliberazione di Giunta regionale n. 603/2017 del 25.10.2017** è stato approvato il Documento tecnico "*Diagnosi e gestione Disturbi specifici dell'apprendimento*" che oltre a fornire linee guida per la diagnosi certificazione e gestione dei DSA ha integrato i manuali di autorizzazione ed accreditamento.

Infine, la Regione ha evidenziato l'attivazione, con riferimento all'azione 1.2.3 "Definizione del fabbisogno di assistenza in termini di minuti die per figura professionale per tipologia di paziente", da parte dell'ASR, nel corso del 2016, di un Gruppo di lavoro che definisca l'articolazione dell'offerta terapeutica e il conseguente impegno orario al fine di renderlo adeguato alle attività richieste dall'intensità dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziali. Su tale atto, Tavolo e Comitato (verbale 26 luglio 2017) "*rilevando il ritardo con il quale si sta procedendo, sollecitano la conclusione degli interventi e rimangono in attesa di quanto previsto al 31.12.2016*".

L'offerta ospedaliera e territoriale, delineata dal Piano di riqualificazione del SSR 2016-2018 ex DCA n. 55/2016, secondo la Regione - *è in fase di completa attuazione attraverso l'imminente approvazione degli Atti Aziendali delle quattro Aziende UU.SS.LL. abruzzesi redatti in conformità alle linee guida per la loro redazione, approvate con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 78/2017 modificata e integrata con la Deliberazione di Giunta regionale n. 402/2017 del 21.07.2017 nell'ambito della quale sono stati concessi i termini alle ASL per adeguare gli atti aziendali in fase di predisposizione agli indirizzi impartiti.*

Alla data odierna non risulta approvato nessun atto aziendale.

Nella riunione del 30 novembre 2017, Tavolo e Comitato, esaminando la DGR n. 417/2017, con la quale la Regione, in merito all'Intervento 1.2.4 "*Trasferire a livello locale la valutazione del fabbisogno di assistenza*", definisce **il nuovo fabbisogno autorizzatorio regionale di assistenza specialistica**

ambulatoriale individuando il numero dei punti di erogazione di prestazioni territoriali (pubblici e privati) che potranno essere attivati in Abruzzo in 6 diverse branche¹⁰, chiedono un aggiornamento sul contenzioso relativo al DCA n. 67/2012 (con cui era stato definito il fabbisogno assistenza specialistica ambulatoriale 2013-2015). **Raccomandano, altresì, di procedere prioritariamente alla conclusione delle procedure di accreditamento definitivo delle strutture di assistenza specialistica ambulatoriale.**

• **INTERVENTO 1.3**

INTERVENTO	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
1.3 Potenziare la funzione di indirizzo del percorso di cura del Medico di Medicina Generale	4	12	6	4	2	50%	33%	17%

L'intervento 1.3 relativo al nuovo modello di assistenza domiciliare risulta in linea per il 50%, in ritardo per il 33% e non avviato per il 17%.

La Regione Abruzzo ha adottato i seguenti provvedimenti:

Decreti Commissariali n. 16/2016 e n. 17/2016 del 08.03.2016 - Art. 8 comma 1 D.lgs. 502/1992 - art. 5 patto per la salute 2014/2016 – programmazione regionale in ordine all'istituzione e attivazione delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) della medicina generale e della pediatria di libera scelta (16/2016) e delle unità complesse di cure primarie (UCCP) (17/2016). Con essi sono state disciplinate rispettivamente le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) con la definizione della loro organizzazione e delle relative funzioni nonché dei tempi e fasi di realizzazione da parte delle AASSLL, relativamente all'INTERVENTO 1.3: Potenziare la funzione di indirizzo del percorso di cura del Medico di Medicina Generale.

Deliberazione di Giunta regionale n. 741/2016 del 15.11.2016 - Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie regionali per il triennio 2017-2019, con cui sono stati adottati gli indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie regionali per il triennio 2017-2019.

Deliberazione di Giunta regionale n. 768/2016 del 22.11.2016 - Piano delle attività del governo clinico dei pediatri di libera scelta – anno 2017, inerente alle vaccinazioni per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.

Deliberazioni di Giunta regionale nn. 769, 770, 771/2016 del 22.11.2016 - Azienda USL Teramo/Azienda USL Avezzano Sulmona L'Aquila/Azienda USL Lanciano Vasto Chieti - Programmazione delle Unità Complesse di Cure Primarie e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali. Con esse si prende atto delle proposte di individuazione delle AFT e UCCP effettuate dalle ASL di Avezzano Sulmona L'Aquila, Lanciano Vasto Chieti e Teramo con la sola eccezione di Pescara che deve ancora definirle. Le nuove forme di aggregazione riguardano anche i pediatri di libera scelta, inoltre le AFT e UCCP assolvono alla funzione di sostituire tutte le precedenti forme di aggregazione della medicina convenzionata, non solo le Equipe territoriali¹¹.

¹⁰ Nel dettaglio, le autorizzazioni riguarderanno 10 punti per la fisioterapia, 13 laboratori di analisi cliniche e microbiologiche, 4 di medicina nucleare, 9 di odontostomatologia, 18 di radiologia diagnostica, 43 per le branche a visita. La scelta di aumentare il numero degli erogatori di assistenza ambulatoriale specialistica, rientra nel progetto di potenziare l'assistenza territoriale per tutte quelle patologie che non necessitano di ricovero ospedaliero. Di qui, la decisione di prevedere l'apertura di nuovi ambulatori e poliambulatori, anche in quelle aree della Regione dove l'utenza - soprattutto anziana - ha maggiori difficoltà ad accedere ai servizi.

¹¹ Nella riunione del 30 marzo 2017, Tavolo e Comitato, nel rinviare al parere, rappresentano che l'attivazione delle AFT e UCCP da parte delle ASL in assenza di una contestualizzazione programmatica o di un atto complessivo e strategico sulla riorganizzazione territoriale e sulle Cure Primarie, potrebbe causare una disomogeneità nell'attivazione delle stesse a livello regionale. Si richiamano a tale proposito l'art. 1 del decreto legge n. 158/2012 e l'art. 5, comma 1 del Patto per la Salute 2014-2016 che affidano alle regioni il compito di individuare un modello organizzativo unico delle AFT e UCCP su tutto il territorio. Inoltre, invitano la Regione a fornire indicazioni sull'organizzazione generale delle AFT e UCCP, sulle modalità di implementazione del sistema informativo integrato tra

Deliberazione di Giunta regionale n. 130/2017 del 30.03.2017 - Presa d'atto e recepimento dell'Accordo, ai sensi degli artt. 2, comma 2, lett. b), e 4, comma 1, del D.Lgs. 28 agosto 1997 n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento Piano Nazionale per le Malattie Rare (PNMR). Con tale deliberazione si è provveduto al recepimento dell'Accordo, ai sensi degli artt. 2, comma 2, lett. b), e 4, comma 1, del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento Piano Nazionale per le Malattie Rare (PNMR).

Deliberazione di Giunta regionale n. 131/2017 del 30.03.2017 - Presa d'atto e recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro - anni 2014-2016, con cui si è preso atto e disposto il recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro – anni 2014-2016.

Deliberazione di Giunta regionale n. 340/2017 del 26.06.2017 - Presa d'atto ed approvazione dei Documenti tecnici - PDTA Malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI) - e - Rete senologica - PDTA Carcinoma Mammella - ed ulteriori disposizioni.

La Regione ha, infine, previsto un sistema incentivante per i MMG che espletano attività di counselling, inserita nel Piano regionale di prevenzione 2014-2018, approvato con DCA n. 65/2016, nell'ambito del programma 5 concernente gli screening oncologici azione 4 “Coinvolgimento dei MMG nel processo di arruolamento agli screening oncologici”, da realizzarsi come tempistica nel corso del 2017, come da cronoprogramma.

le AFT e UCCP e sui sistemi informativi aziendali, sui servizi erogati e gli orari di apertura al pubblico, sulle ubicazioni relative all'erogazione di diagnostica di primo livello. Tavolo e Comitato rimangono in attesa di aggiornamenti rispetto alle azioni intraprese. La Regione, nella riunione del 30 novembre 2017 del Tavolo e Comitato, ha fornito il seguente quadro sulle AFT/UCCP in tutte le Aziende sanitarie:

- **Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila:** il Comitato dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) ha espresso assenso alla attivazione, entro l'anno, della AFT “Marsica Pediatri” e “Avezzano Pediatri”. È inoltre stato effettuato un aggiornamento in favore dei Medici di Medicina Generale (MMG) dell'Area “Marsica” avente ad oggetto, in particolare, le AFT e le UCCP. Si confermano, a tempestiva formalizzazione dei pertinenti programmi, obiettivi e livelli di spesa nonché l'attivazione, entro l'anno corrente, delle AFT previste;
- **Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti:** il processo di implementazione delle nuove forme organizzative non è ancora definito a causa della mancanza di una regolamentazione contrattuale in ordine alla definizione dei compensi spettanti ai MMG ed ai PLS per partecipare alle AFT e UCCP;
- **Azienda 03 Pescara:** il processo programmatico aziendale è stato completato. La Asl ha provveduto all'individuazione di 6 UCCP e delle AFT della Medicina Generale, della Pediatria di libera Scelta e della Medicina Specialistica;
- **Azienda 04 Teramo:** sono attive 3 UCCP delle 5 previste con orario di apertura al pubblico H24. Per le due UCCP da realizzare, per cui non sussiste ancora una struttura idonea, è indicata una data di presunta attivazione al 31/12/2018. La Asl dichiara, inoltre, di aver attivato tutte le AFT individuate nella propria programmazione (n. 12 di medicina generale, n. 5 di pediatria di libera scelta e n. 5 di medicina specialistica ambulatoriale) e di aver provveduto per tutte all'implementazione dei sistemi informativi (interno e integrato AFT/UCCP).

Tavolo e Comitato, pur rilevando un miglioramento rispetto al monitoraggio del 31 maggio 2017, soprattutto per quanto concerne la Asl di Pescara, evidenziano sia il permanere del ritardo che la disomogeneità con cui sta avvenendo l'implementazione concreta delle AFT/UCCP sull'intero territorio regionale.

• **INTERVENTO 1.4**

INTERVENTO	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
1.4 Garantire alti livelli di adesione ed omogeneità ai programmi di prevenzione	3	12	12	0	0	100%	0%	0%

L'intervento 1.4, relativo al nuovo modello di assistenza domiciliare e volto alla garanzia di alti livelli di adesione ed omogeneità ai programmi di prevenzione, risulta completamente in linea.

In merito si citano gli atti più significativi che lo riguardano emanati dalla Regione:

Decreto Commissariale n. 47/2016 del 23.05.2016 - *Screening oncologici della mammella, colon retto e cervice uterina. Costituzione comitato unico regionale di coordinamento e attivazione tavoli tecnici, come integrato con DCA n. 91/2016 del 23.08.2016.*

Decreto Commissariale n. 65/2016 del 29.06.2016 - *Piano regionale di prevenzione 2014-2018 (PRPV) – modifica ed integrazione del decreto del Commissario ad acta n. 56/2015 del 29.05.2015.* Con esso è stato attribuito al Dipartimento di prevenzione delle ASL il ruolo di regia nel coordinamento dei programmi previsti nel piano. A tale riguardo, in riferimento alle azioni di prevenzione secondaria mediante screening, il predetto PRPV prevede espressamente che *“al Dipartimento di Prevenzione competono la strutturazione della centrale organizzativa, unica per i diversi programmi di screening (oncologici e non), il marketing sociale, la valutazione epidemiologica di base, di processo e di esito, la creazione di reti e di percorsi assistenziali all'interno dell'Azienda Sanitaria, il raccordo con le OO.SS. della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, il raccordo con le Farmacie Convenzionate pubbliche e private, l'implementazione di percorsi istituzionali di quality improvement, il budgeting e il reporting”.*

Decreto Commissariale n. 112/2016 del 28.09.2016 - *Prevenzione e diagnosi precoce dei tumori-Prime indicazioni di riordino dei programmi di screening oncologici regionali della mammella, colon retto e cervice uterina volte a riorientare la prevenzione individuale spontanea verso i percorsi di screening,* con la mappatura dei punti di forza e criticità in materia di screening attraverso una analisi epidemiologica, organizzativa ospedaliera e territoriale fatta dalle Asl del territorio con specifiche relazioni ricomprese nell'ambito degli strumenti di programmazione aziendali 2016-2018.

Deliberazione di Giunta regionale n. 741/2016 del 15.11.2016 - *Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie regionali per il triennio 2017-2019.* Con esso sono stati adottati gli indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie regionali per il triennio 2017-2019; adottati a seguire con i seguenti atti: DDG Asl Avezzano Sulmona L'Aquila n. 1990 del 30.11.2016, integrata con DDG n. 491 del 27.03.2017; DDG Asl Lanciano Vasto Chieti n. 1394 del 30.11.2016; DDG Asl Pescara n. 1039 del 30.11.2016; DDG Asl Teramo n. 1380 del 30.11.2016.

Deliberazione di Giunta regionale n. 18/2017 del 26.01.2017 - *Piano delle attività del governo clinico dei Medici di assistenza primaria - Anno 2017.* Con tale atto è stato adottato il Piano delle attività del governo clinico dei Medici di assistenza primaria-anno 2017 che ha recepito le indicazioni contenute nel Piano regionale di prevenzione 2014-2018 includendo il riferito obiettivo relativo all'attività di counselling in materia di screening; tutto ciò a seguito della previsione di un sistema incentivante per i MMG che espletano attività di counselling, inserita nel Piano regionale di prevenzione 2014-2018, approvato con DCA n. 65/2016, nell'ambito del programma 5 concernente gli screening oncologici azione 4 *“Coinvolgimento dei MMG nel processo di arruolamento agli screening oncologici”*, da realizzarsi come tempistica nel corso del 2017, come da cronoprogramma.

La Regione ha, inoltre, evidenziato di aver emanato le seguenti deliberazioni:

- **Deliberazione di Giunta regionale n. 130/2017 del 30.03.2017** con la quale si è provveduto al recepimento dell'Accordo, ai sensi degli artt. 2, comma 2, lett. b), e 4, comma 1, del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281,

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento Piano Nazionale per le Malattie Rare (PNMR);

- **Deliberazione di Giunta regionale n. 131/2017 del 30.03.2017**, con la quale si è preso atto e disposto il recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro - anni 2014-2016;
- **Deliberazione di Giunta regionale n. 340/2017 del 26.06.2017** con la quale è stato approvato il Documento tecnico "*PDTA Malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI) e Rete senologica _PDTA carcinoma Mammella*";
- **Deliberazione di Giunta regionale n. 556/2017 del 5.10.2017** con la quale è stato approvato il documento tecnico Rete oncologica polmonare – PDTA del tumore ed ulteriori disposizioni che include la programmazione del riordino della rete oncologica polmonare in ottemperanza all'Intesa Stato-Regioni 144/CSR del 30.10.2014.

Sono in fase di completamento, con i rispettivi gruppi regionali di lavoro, il PDTA delle malattie reumatiche infiammatorie autoimmuni e il PDTA della Sclerosi Multipla.

I PDTA oncologici prevedono l'attivazione in ogni ASL del Gruppo Interdisciplinare Cure Oncologiche (GICO) costituito da clinici e da infermieri specializzati nei diversi aspetti del trattamento.

1.4.2 OBIETTIVO 2 - Riquilificare la rete ospedaliera puntando su sicurezza ed efficienza

Tab. n. 2/PR/cm
Cruscotto del monitoraggio del Piano di riqualificazione 2016-2018
Obiettivo 2: RIQUALIFICARE LA RETE OSPEDALIERA PUNTANDO SU SICUREZZA ED EFFICIENZA

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
2.1 Riquilificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità	6	14	9	4	1	64%	29%	7%
2.2 Introdurre un nuovo modello di committenza nel rapporto con gli erogatori privati	2	6	0	4	2	0%	67%	33%
2.3 Definire una rete di emergenza-urgenza reattiva rispetto al bisogno assistenziale	8	23	11	0	12	48%	0%	52%
TOTALE	16	43	20	8	15	47%	19%	35%

Dal monitoraggio al 31 ottobre 2017, si evince che per tale obiettivo la Regione ha elaborato 3 interventi contenenti 16 azioni e 43 obiettivi operativi, dei quali solo il 47% risulta in linea, il 19% appare in ritardo e il 35% non avviato.

La Regione Abruzzo contestualmente all'obiettivo di gestire a domicilio il paziente cronico degenerativo, intende avviare un processo di riqualificazione della rete ospedaliera, tenendo conto dei bacini di utenza e del DM n. 70/2015 con l'obiettivo di ridurre i rischi per il paziente aumentando efficienza ed efficacia attraverso il potenziamento della rete di emergenza.

Tale obiettivo dovrà essere perseguito attraverso i seguenti interventi:

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

Si evidenzia nei successivi prospetti lo stato di avanzamento dei singoli interventi.

• INTERVENTO 2.1

INTERVENTO	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
2.1 Riquilificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità	6	14	9	4	1	64%	29%	7%

L'intervento 2.1 risulta in linea per il 64%, in ritardo per il 29% e non avviato per il 7%.

Il quadro rappresentato mostra l'emanazione di provvedimenti vari:

Decreto Commissariale n. 18/2016 del 08.03.2016 - Punti di primo intervento - recepimento ed attuazione DM 70/2015 del 02/04/2015. Con tale atto veniva affidato al CREA, Comitato Regionale Emergenza urgenza Abruzzo il compito di elaborare un percorso di trasformazione, in postazioni medicalizzate del 118, dei Punti di Primo intervento regionali attivi presso i presidi ospedalieri dismessi, con indicazione della tempistica dei relativi processi di trasformazione e delle misure organizzative, atte comunque a garantire il mantenimento, in favore della popolazione **di riferimento, degli attuali livelli assistenziali.** **Con Deliberazione di giunta regionale n. 646/2016 del 20.10.2016, modificata con Deliberazione di Giunta regionale n. 689/2016 del 29.10.2016,** è stato approvato il Documento Tecnico Piano di Riordino dei Punti di Primo Intervento - Regione Abruzzo con un preciso cronoprogramma per il periodo ultimo semestre 2016 e primo semestre 2017.

Decreto Commissariale n. 79/2016 del 21.07.2016 - Approvazione documento tecnico “Riordino della rete ospedaliera” - Regione Abruzzo, concernente la riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015, con l’identificazione come DEA di I livello dei seguenti Presidi Ospedalieri: Presidio Ospedaliero Civile San Salvatore dell’Aquila; Presidio Ospedaliero Riuniti SS. Annunziata di Chieti; Presidio Ospedaliero Civile dello Spirito Santo di Pescara; Presidio Ospedaliero Civile Mazzini di Teramo; Presidio Ospedaliero SS. Filippo e Nicola di Avezzano; Presidio Ospedaliero F. Renzetti di Lanciano; Presidio Ospedaliero San Pio da Pietrelcina di Vasto.

Nell’ambito dei Presidi sopra elencati si identificano **DEA di I livello** con funzione di HUB per le Reti tempo dipendenti e patologie complesse sulla base della nuova allocazione delle discipline a più alta complessità in applicazione dei bacini di utenza previsti dal DM 70/2015. Sempre nel DCA n. 79/2016 sono stati individuati 4 Ospedali di sede di Pronto Soccorso (PS): Presidio Ospedaliero “Dell’Annunziata” di Sulmona; Presidio Ospedaliero “Maria SS.ma dello Splendore” di Giulianova; Presidio Ospedaliero “San Liberatore” di Atri; Presidio Ospedaliero “Val Vibrata” di Sant’Omero, e 2 Presidi Ospedalieri in zone particolarmente disagiate (Penne e Castel di Sangro)¹². La Regione Abruzzo, peraltro, al fine di implementare l’integrazione ospedale-territorio ha identificato, nel DCA 79/2016, anche 5 strutture sanitarie intermedie derivate dalla disattivazione di altrettanti presidi ospedalieri e riconosciuto al Distretto la sua identità di macrostruttura sanitaria con il ruolo di coordinamento e integrazione tra enti, strutture, professioni e discipline. A tal riguardo l’ASR Abruzzo, con Delibera ASR n. 67/2015 del 10.09.2015, ha attivato una convenzione con l’Agenas per un programma regionale concernente “*Continuità Assistenziale ospedale-territorio. Organizzazione Servizi Sanitari*”¹³.

Con il medesimo decreto, è stato previsto un **DEA di II livello** tra Chieti e Pescara che operi attraverso collegamenti funzionali con una organizzazione basata sulla applicazione di specifici protocolli operativi che devono prevedere: - la tipologia, i ruoli, la competenza e la responsabilità degli operatori sanitari delle due strutture ospedaliere; - la modalità di trasporto e i tempi minimi di ciascuna modalità nonché del personale che accompagna il paziente nel trasferimento da un presidio all’altro; - le modalità di comunicazione tra struttura inviante e struttura ricevente, in quanto è essenziale che i professionisti dell’unità inviante forniscano a quella ricevente tutti i dati clinici necessari a sviluppare un adeguato piano di trattamento che potrebbe prevedere ulteriori indagini; - la modalità per conoscere la disponibilità di posti letto; - un training specifico di addestramento del personale coinvolto in queste connessioni funzionali, al fine di una comune conoscenza di tutte le risorse e attrezzature in dotazione ai due presidi ospedalieri.

Deliberazione di Giunta regionale n. 762/2016 del 22.11.2016 - Decreto del Commissario ad acta n. 55/2016 del 10.06.2016 recante Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Abruzzese 2016-2018 – Obiettivo 2 Intervento 2.1: costituzione della Commissione per l’attivazione della connessione funzionale tra

¹² Il presidio ospedaliero sede di Pronto soccorso è la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero, oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, secondo protocolli concordati per patologia (es reti assistenziali ad alta complessità).

¹³ La Regione nell’ambito dei PDTA:

- ha decretato con il DCA n. 75/2016 il PDTA del Diabete, con il DCA n. 52/2016 il PDTA del Tumore del Colon Retto;
- in corso di elaborazione i PDTA relativi al Tumore della Mammella e del Polmone, alle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali e alle Malattie reumatiche infiammatorie e autoimmuni;
- con DGR n. 340/2017 è stato approvato il Documento tecnico “*PDTA Malattie infiammatorie croniche dell’intestino (MICI) e Rete senologica _PDTA carcinoma Mammella*”.

i Presidi Ospedalieri di Pescara e Chieti per un DEA di II livello. Tale atto ha istituito la Commissione per la integrazione dei presidi ospedalieri deputati alle competenze di DEA di II livello, con il compito di provvedere alla definizione della proposta di piano di integrazione funzionale da rimettere alla Giunta Regionale.

Deliberazione di Giunta regionale n. 78/2017 del 28.02.2017 - Approvazione delle Nuove Linee Guida per la redazione degli Atti Aziendali, che, in coerenza con il paragrafo del “Modello Dipartimentale” del DCA n. 79/2016, ha approvato le Linee Guida Regionali degli Atti Aziendali.

Deliberazione di Giunta regionale n. 271/2017 del 23.05.2017 - D.G.R. n. 762 del 26.11.2016: approvazione della proposta di piano di integrazione funzionale tra i Presidi Ospedalieri di Pescara e Chieti finalizzata ad assicurare le funzioni nell’ambito delle reti tempo-dipendenti previste per un DEA di II livello. Con esso si è approvato:

- la proposta di piano di integrazione funzionale tra i presidi Ospedalieri di Pescara e Chieti, finalizzata ad assicurare le funzioni nell’ambito delle reti tempo-dipendenti previste per un DEA di II livello. Tale proposta individua nel PO di Pescara il DEA di II livello per la rete del politrauma/trauma maggiore, nel PO di Chieti il DEA di II livello per la rete per le emergenze cardiologiche, nel PO di Pescara il DEA di II livello per la rete dello stroke e - contestualmente - prevede:
 - o l’istituzione di una centrale operativa unica del 118;
 - o l’istituzione e regolamentazione di un Dipartimento di Emergenza di il livello interaziendale tra le AASSLL di Chieti e Pescara;
 - o la definizione di specifici protocolli operativi dove verranno delineati ruoli, competenze responsabilità e condivisione delle informazioni tra i due presidi ospedalieri di Chieti e Pescara che confluiranno in un piano di integrazione funzionale;
- il prosieguo dei lavori della Commissione, nei termini di cui al punto 3 del dispositivo della DGR n. 762/2016, al fine di coordinare i gruppi di lavoro interaziendali che provvederanno a definire i protocolli operativi sopra citati, nonché per monitorare gli atti e le azioni adottate sia a livello regionale che aziendale.
- in merito al 118 e alla obbligatorietà dell’aggiornamento del PL che incombe sulle ASL, il CREA, in condivisione con il competente Servizio del Dipartimento della Salute, ha elaborato un “*Disciplinare tecnico sulla gestione informatizzata dei PL afferenti alle strutture coinvolte nel sistema emergenziale, mediante l’utilizzo di un software gestionale con le caratteristiche di un “cruscotto” accessibile in rete in tempo reale*”. Il suddetto documento è in attesa di essere recepito con atto formale.

Deliberazione di Giunta regionale n. 295/2017 del 06.06.2017 - Decreto del Commissario ad acta n. 55/2016 del 10.06.2016 recante Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Abruzzese 2016-2018 - Obiettivo 2 Intervento 2.1: costituzione della Commissione per lo studio di fattibilità per la realizzazione di un DEA di II livello tra i PO di L’Aquila e Teramo. Con essa per quanto concerne lo studio di fattibilità per la realizzazione di un DEA di II livello tra L’Aquila e Teramo - così come previsto dal DCA n. 55/2016 nell’OBIETTIVO 2 - la Giunta Regionale ha provveduto ad istituire una specifica Commissione, con l’obiettivo di rappresentare i costi ed il relativo cronoprogramma afferenti la realizzazione del Dea di II livello tra L’Aquila e Teramo, anche in considerazione dei potenziali bacini di utenza delle strutture.

Per tale atto Tavolo e Comitato (verbale 26 luglio 2017) “*nel rinviare allo specifico parere, richiamano quanto previsto dalla rete ospedaliera di cui al DCA n. 79/2016, la cui documentazione è stata approvata il 19 luglio 2016, in ordine all’impegno di individuare il DEA di secondo livello nella struttura ospedaliera con il maggior numero di funzioni HUB nelle reti tempo dipendenti*”.

A tal proposito, il 13 novembre 2017 è stato reso noto il parere dei Ministeri competenti (Salute ed Economia e Finanze) sulla DGR n. 271/2017 e sulla DGR n. 295/2017. Nel medesimo è stato sottolineato il ritardo con cui la Regione Abruzzo sta procedendo nella rimodulazione della rete ospedaliera, visto che il provvedimento di cui al DCA n. 79/2016 aveva previsto entro il 31.12.2016 uno studio di fattibilità con il relativo impatto economico che individuasse il presidio di DEA di II livello anticipando che lo stesso

sarebbe stato identificato nella **“struttura ospedaliera con il maggior numero di funzioni di HUB nelle Reti tempo dipendenti”**.

Nel parere si sollecita, altresì, **“lo specifico atto di definizione del percorso di individuazione del DEA di II livello necessario a programmare ed attuare la rete per l'emergenza urgenza ospedaliera sulla base dei criteri e contenuti del DM 70/2015”**.

Rimasta in sospenso, altresì, è stata la definizione del **PERCORSO NASCITA**. Al riguardo, la Regione, nella riunione del 26 luglio 2017, aveva comunicato di aver chiuso i punti nascita di Penne, Ortona e Alatri; di aver avviato lavori ancora in corso per il punto nascita di Sulmona della Asl Avezzano Sulmona L'Aquila e per l'istituzione dell'elisuperficie adatta al volo notturno. Aveva poi rappresentato di aver completato l'implementazione del trasporto STAM e STEN.

Tavolo e Comitato, chiedevano alla Regione di trasmettere una relazione puntuale sullo stato di implementazione delle reti STAM e STEN sull'intero territorio regionale. La Regione, nell'ultima riunione del 30 novembre 2017 (da ultimo con nota prot. LEA 112 del 28/11/2017), pur rappresentando che le reti STAM e STEN sono allo stato operative, **evidenzia la permanenza, in limitati ambiti territoriali, di talune criticità legate al fabbisogno di personale e alla messa a regime della informatizzazione dei posti letto dei punti nascita e delle TIN**.

Tavolo e Comitato ribadiscono la richiesta di definire in maniera puntuale un cronoprogramma di superamento delle criticità finalizzato all'implementazione in modo omogeneo delle reti STAM e STEN sull'intero territorio regionale.

Sempre nella riunione di verifica del 26 luglio 2017, Tavolo e Comitato, avevano altresì rammentato alla Regione di chiedere al Comitato Percorso Nascita Nazionale il necessario parere di deroga per il Punto Nascita di Sulmona, essendo questo molto al di sotto dello standard minimo di 500 parti/anno (195 parti nel 2015, fonte Cedap). La Regione, nella riunione **30 novembre 2017**, ha informato che, in ottemperanza a quanto previsto dal protocollo metodologico elaborato dal Comitato percorso nascita per l'eventuale richiesta di mantenimento in attività di punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui, è stato convocato il Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) al fine di acquisire il parere prescritto nella procedura. Tale CPNR, nella riunione del 15 febbraio 2016, ha espresso parere contrario a richieste di deroga ai sensi del DM 11.11.2015 per il PN di Sulmona.

Tavolo e Comitato chiedono alla Regione di chiarire le determinazioni conseguenziali che intende assumere, ovvero se il parere negativo espresso dal CPNR per il Punto Nascita (PN) in argomento, si traduca nel mantenimento in attività di un PN sub-standard (a prescindere dal previsto parere del Comitato Percorso Nascita Nazionale) o se il parere contrario del Comitato Percorso Nascita Regionale sottintenda la conseguenziale chiusura del suddetto PN.

• INTERVENTO 2.2

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
2.2 Introdurre un nuovo modello di committenza nel rapporto con gli erogatori privati	2	6	0	4	2	0%	67%	33%

L'intervento 2.2. riguarda l'introduzione di un nuovo modello di committenza nel rapporto con gli erogatori privati. Esso risulta in ritardo per il 67% e per non avviato per il 33%.

• INTERVENTO 2.3

INTERVENTO	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
2.3 Definire una rete di emergenza-urgenza reattiva rispetto al bisogno assistenziale	8	23	11	0	12	48%	0%	52%

L'intervento 2.3 relativo alla definizione della rete di emergenza urgenza risulta in linea per il 48% e non avviato per il 52%¹⁴.

In particolare:

Per l'Azione 2.3.6 **“Riqualificare le reti tempo dipendenti (infarto, politrauma e stroke)”**, la Regione Abruzzo attraverso l'Agenzia Sanitaria Regionale, ha attivato un monitoraggio continuo sullo stato di attuazione della rete ospedaliera attraverso l'utilizzo di volumi ed esiti ed in particolare modo per le reti tempo dipendenti, gruppi interdisciplinari e interprofessionali coordinati dall'ASR con il compito di garantire la definizione operativa delle reti tempo dipendenti attraverso percorsi clinico assistenziali e scenari logistico clinici; protocolli condivisi con i cardiologi ed i Medici dell'urgenza abruzzesi allo scopo di elaborare un documento unificato per la gestione logistica e terapeutica del paziente affetto da Sindrome coronarica Acuta nel territorio regionale.

Nel verbale del **30 novembre 2017**, Tavolo e Comitato precisano che, a seguito di incontri tenutisi al Ministero della salute con referenti regionali, successivamente alla disamina delle tipologie di prestazioni attualmente erogate dai due presidi in questione, è stato condiviso che **la Regione dovrà trasmettere un documento tecnico che delinea la strategia di integrazione tra gli ospedali di Chieti e Pescara per le funzioni di DEA di II livello.**

Tale strategia dovrà essere completa della chiara definizione dei percorsi di integrazione funzionale tra le due strutture, con specifico riguardo, fra l'altro, ai seguenti aspetti:

- individuazione del presidio di afferenza dei mezzi di soccorso;
- gestione dei trasferimenti secondari interospedalieri in continuità di soccorso;
- percorsi gestionali, organizzativi ed assistenziali in integrazione funzionale tra le unità operative dei due ospedali, con garanzia di continuità di servizio in h24 per tutte le *equipe* multiprofessionali e multidisciplinari coinvolte, con particolare riguardo a quelle operanti nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti.

Pertanto Tavolo e Comitato restano in attesa del suddetto documento tecnico.

Relativamente, invece, all'analogia tematica concernente gli ospedali di l'Aquila e Teramo, Tavolo e Comitato restano in attesa dei risultati dello studio di fattibilità.

Con la **DGR n. 602/2017** è stato approvato il **“Disciplinare tecnico sulla gestione informatizzata posti letto rete Emergenza-Urgenza”**, elaborato dal CREA, demandando ai Direttori generali delle Asl il monitoraggio dell'esecuzione dello stesso.

La predetta DGR n. 602/2017 istituisce un sistema di gestione informatizzata dei posti letto afferenti alle strutture coinvolte nel sistema emergenziale, come **“Cruscotto”** accessibile in rete in tempo reale.

Tavolo e Comitato (verbale 30 novembre 2017), in relazione all'istituzione della Centrale operativa unica del 118 (prevista dalla DGR n. 271/2017) e in riferimento alla DGR n. 602/2017 recante il disciplinare

¹⁴ Il futuro sviluppo della Rete di emergenza-urgenza è stato illustrato dai rappresentanti regionali al Tavolo e Comitato del 26 luglio 2017. Si legge nel verbale che:

- in merito al sistema di emergenza urgenza territoriale, relativamente al 118, verrà prevista la gestione delle disponibilità di PL con obbligatorietà di aggiornamento da parte delle Asl, l'integrazione 118-PS tramite adeguamento del software unico di PS in fase di acquisizione, il potenziamento delle comunicazioni radio e la gestione integrata delle flotte, comprensiva dei convenzionati/volontari;
- in merito al servizio di elisoccorso, invece, sono attualmente in servizio due elicotteri che fanno riferimento alle 2 basi elicotteristiche di L'Aquila e Pescara; i mezzi coprono tutto il territorio regionale svolgendo attività diurna. È in vigore un protocollo operativo per gli interventi di elisoccorso in ambiente ostile attualmente in fase di revisione ed è in corso di elaborazione il documento programmatico relativo al Piano Regionale delle Elisuperfici;
- il CREA, in ottemperanza alle sue funzioni, in particolar modo quella di **“sviluppare e uniformare i comportamenti clinico-assistenziali, gestire il rischio clinico attraverso l'adozione di guide e protocolli diagnostico-terapeutici che recepiscono le esigenze differenziate delle varie realtà loco-regionali”**, ha programmato di avviare incontri specifici per condivisioni di protocolli e standard operativi tra le Centrali Operative individuate;
- in merito al 118 e alla gestione di disponibilità di PL con obbligatorietà di aggiornamento da parte delle Asl, è stato elaborato un **“Disciplinare tecnico sulla gestione informatizzata dei PL afferenti alle strutture coinvolte nel sistema emergenziale”**, mediante l'utilizzo di un software gestionale con le caratteristiche di un **“cruscotto”** accessibile in rete in tempo reale, in attesa di essere recepito con atto formale.

Tavolo e Comitato rimangono in attesa di quanto previsto dal P.O.

tecnico per la gestione informatizzata dei posti letto della rete dell'emergenza-urgenza, considerato che il contesto programmatorio di riferimento appare in fase di mutamento, **chiedono alla Regione un aggiornamento dello stato dell'arte, utile ad evidenziare il permanere della congruità tra le diverse iniziative regionali sul tema dell'emergenza-urgenza.**

Parimenti, considerato che la Regione ha provveduto all'adozione di diversi atti di programmazione della sanità regionale, **appare necessario che la stessa proceda alla rielaborazione di un analitico ed aggiornato cronoprogramma, recante le fasi di attuazione delle progettualità in parola.**

1.4.3 OBIETTIVO 3 - Investire in selezione, formazione e valutazione delle risorse umane

Tab. n. 3/PR/cm
 Cruscotto del monitoraggio del Piano di riqualificazione 2016-2018
 Obiettivo 3: INVESTIRE IN SELEZIONE, FORMAZIONE E VALUTAZIONE DELLE RISORSE UMANE

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
3.1 Programmare percorsi formativi del personale a garanzia della qualità dei servizi	3	12	12	0	0	100%	0%	0%
3.2 Legare il fabbisogno di personale ai livelli di produzione	2	5	5	0	0	100%	0%	0%
3.3 Introdurre un nuovo sistema di valutazione e valorizzazione delle risorse umane	3	9	9	0	0	100%	0%	0%
TOTALE	8	26	26	0	0	100%	0%	0%

Dal monitoraggio al 31 ottobre 2017, si evince che per tale obiettivo la Regione ha elaborato 3 interventi, contenenti 8 azioni con 26 obiettivi operativi, tutti in linea.

La Regione Abruzzo intende adottare meccanismi di valutazione delle performance che tengano conto della produttività dei singoli professionisti e delle stesse unità operative, collegando all'unità operativa di competenza la quantità/qualità (esiti) di prestazioni erogate.

Per realizzare le suddette finalità la Regione Abruzzo porrà in essere i seguenti interventi ed azioni:

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

A tal fine la Regione Abruzzo ha emanato:

Deliberazione di Giunta regionale n. 890/2016 del 30.12.2016 - Istituzione della Commissione per l'attuazione dell'Obiettivo 3 del Piano di Riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2016-2018.

Deliberazione di Giunta regionale n. 19/2017 del 26.01.2017 - Realizzazione dell'intervento 3.1.1 dell'Obiettivo 3 del Piano di Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2016-2018. Ha ivi previsto l'istituzione della figura del **mentor regionale** e delle figure dei **senior mentor** delle Aziende sanitarie nonché l'istituzione delle figure dei **mentor aziendali**; l'istituzione di una Cabina di regia per le Esigenze Formative composta da: a) il mentor della Regione Abruzzo o suo delegato; b) il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale o suo delegato; c) i senior mentor delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo; d) i mentor aziendali delle Aziende, con compiti di supporto al Servizio Risorse Umane e Assetti Istituzionali del Dipartimento per la Salute e il Welfare al fine di assicurare il rispetto da parte della Regione Abruzzo dei seguenti adempimenti previsti dall'art. 16-ter, comma 3, del D.Lgs. n. 502/1992:

- o programmazione e organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua;
- o individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale di cui all'art. 16-ter, comma 2, D.Lgs. n. 502/1992;
- o elaborazione degli obiettivi formativi di specifico interesse regionale;
- o accreditamento dei progetti di formazione di rilievo regionale secondo i criteri di cui all'art. 16-ter, comma 2, D.Lgs. n. 502/1992;

redazione della relazione annuale sulle attività formative svolte da trasmettere trasmessa alla Commissione nazionale di cui all'art. 16-ter, comma 1, D.Lgs. n. 502/1992, anche al fine di garantire il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua.

Come si evince dai successivi prospetti tutti gli interventi appaiono in linea con la programmazione.

• INTERVENTO 3.1

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
3.1 Programmare percorsi formativi del personale a garanzia della qualità dei servizi	3	12	12	0	0	100%	0%	0%

• INTERVENTO 3.2

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
3.2 Legare il fabbisogno di personale ai livelli di produzione	2	5	5	0	0	100%	0%	0%

• INTERVENTO 3.3

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
3.3 Introdurre un nuovo sistema di valutazione e valorizzazione delle risorse umane	3	9	9	0	0	100%	0%	0%

La Regione, tuttavia, ha emanato nel corso del 2017, ulteriori Deliberazioni di Giunta:

Deliberazione di Giunta regionale n. 156/2017 del 06.04.2017 - Presa d'atto dell'attuazione del provvedimento DGR n. 777 del 28 novembre 2016 avente ad oggetto: *Assegnazioni risorse finanziarie a favore delle Aziende Sanitarie della Regione a titolo di copertura perdita di esercizio anno 2015 del Servizio Sanitario Regionale.*

Deliberazione di Giunta regionale n. 331/2017 del 26.06.2017 - Presa d'atto del Piano delle Assunzioni per l'anno 2017 redatto dall'Azienda USL di Lanciano Vasto Chieti in attuazione della D.G.R. n. 645 del 20 ottobre 2016 recante *Linee di indirizzo regionali in materia di risorse umane delle Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo.*

Deliberazione di Giunta regionale n. 400/2017 del 21.07.2017 - Presa d'atto del piano delle assunzioni per l'anno 2017 redatto dall'Azienda USL di Avezzano Sulmona L'Aquila in attuazione della D.G.R. n. 645 del 20 ottobre 2016 recante *Linee di indirizzo regionali in materia di risorse umane delle Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo.*

Deliberazione di Giunta regionale n. 401/2017 del 21.07.2017 - Presa d'atto del piano delle assunzioni per l'anno 2017 redatto dall'Azienda USL di Teramo in attuazione della D.G.R. n. 645 del 20 ottobre recante *Linee di indirizzo regionali in materia di risorse umane delle aziende Unità sanitarie Locali della Regione Abruzzo.*

La Regione non ha ancora provveduto alla definizione del piano di fabbisogno di personale ex legge n. 208/2015. Tavolo e Comitato nella riunione del 30 novembre 2017 dichiarano di restare in attesa di

ricevere il previsto piano di fabbisogno al fine di poter procedere alle valutazioni di cui all'art. 1, comma 541, lettera c) della legge n. 208/2015¹⁵.

¹⁵ **Legge 28 dicembre 2015, n. 208** “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)*” – **comma 541** nell’ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale e in relazione alle misure di accrescimento dell’efficienza del settore sanitario previste dai commi da 521 a 552 e alle misure di prevenzione e gestione del rischio sanitario di cui ai commi da 538 a 540, al fine di assicurare la continuità nell’erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell’Unione europea in materia di articolazione dell’orario di lavoro, le regioni e le province autonome [...] **lettera c)** trasmettono entro il 29 febbraio 2016 i provvedimenti di cui alle lettere a) e b) al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei LEA, di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell’Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, nonché al Tavolo per il monitoraggio dell’attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, istituito ai sensi della lettera C.5 dell’Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015; il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei LEA valutano congiuntamente, entro il 31 marzo 2016, i provvedimenti di cui alle lettere a) e b), anche sulla base dell’istruttoria condotta dal Tavolo di cui alla lettera C.5 dell’Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015.

1.4.4 OBIETTIVO 4 - Accelerare investimenti in infrastrutture e tecnologie

Tab. n. 4/PR/cm
Cruscotto del monitoraggio del Piano di riqualificazione 2016-2018
Obiettivo 4: ACCELERARE INVESTIMENTI IN INFRASTRUTTURE E TECNOLOGIE

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
4.1 Garantire strutture sicure, moderne e dotate di tecnologia all'avanguardia	3	8	1	7	0	13%	87%	0%
4.2 Effettuare investimenti mirati per garantire una risposta immediata al bisogno di salute	2	2	0	0	2	0%	0%	100%
4.3 Individuare, attraverso le migliori tecnologie a disposizione, mezzi alternativi di finanziamento al FSR	1	1	1	0	0	100%	0%	0%
TOTALE	6	11	2	7	2	18%	64%	18%

Dal monitoraggio al 31 ottobre 2017 emerge che per tale obiettivo la Regione ha elaborato 3 interventi, contenenti 6 azioni con 11 obiettivi operativi, dei quali il 18% risulta avviato il 64% in ritardo e il 18% non in linea.

L'obiettivo è quello di volere nel prossimo triennio *“realizzare una rete moderna di ospedali pubblici (caratterizzata da layout adeguati) e sicuri (in termini di rischio antisismico) dotati di tecnologie avanzate rispetto al fabbisogno di prestazioni della popolazione assistibile”*.

Tale obiettivo verrà realizzato ponendo in essere i seguenti interventi:

- **Aggiornamento degli obiettivi previsti dall'AdP per il rinnovo della rete ospedaliera a seguito del terremoto del 2009 relativamente agli ospedali che oggi non sono sicuri in termini di tenuta antisismica, sulla base della riorganizzazione della rete di offerta oggetto del [presente] Piano;**
- **Identificazione aree nell'ambito del Fondo Sanitario Regionale (ovvero nella quota di finanziamento corrente), da destinare all'acquisto di nuove tecnologie necessarie alle attività ospedaliere e territoriali anche per lo sviluppo della telemedicina e della sanità digitale;**
- **Adozione di strumenti finanziari alternativi rispetto ai finanziamenti pubblici in conto capitale (c.d. Public and Private Partnership in seguito PPP).**

La Regione ha citato due deliberazioni emanate in relazione a tale obiettivo:

Deliberazione di Giunta regionale n. 176/2016 del 22.03.2016 - QSN 2007-2013 Risorse Sviluppo e Coesione riserva premiale Obiettivi di Servizio - Obiettivo ADI - Servizi di cura agli anziani indicatore S06 - Approvazione Piano d'Azione aggiornato (All.1), Schede obiettivo (All. 2) e schede Intervento (All. 3), con la quale è stato approvato il Piano di Azione Obiettivo di Servizio S.06 “Servizi di cura agli anziani” che prevede la realizzazione di due interventi:

- **Intervento 1 “Teleassistenza e Telesalute a supporto ed integrazione del Servizio di Assistenza domiciliare integrata” finalizzato a sviluppare la continuità delle cure e l'integrazione Ospedale territorio mediante l'introduzione di un modello organizzativo integrato per il monitoraggio remoto domiciliare dei pazienti cronici (telemedicina specialistica teleconsulto, teleradiologia, ecc.);**
- **Intervento 2 “Integrazione del Servizio di assistenza domiciliare integrata degli OSS (operatori socio sanitari)” che verrà realizzato mediante l'utilizzo delle risorse premiali QSN 2007/2013 Risorse Sviluppo e Coesione.**

Deliberazione di Giunta regionale n. 197/2016 del 18.04.2017 - Programma straordinario investimenti in edilizia sanitaria ex art. 20, L. 67/88. Nuova proposta di accordo di programma degli investimenti sanitari in attuazione dell'art. 4 comma 6 della Legge n. 77 del 24 giugno 2009. 3° stralcio, con la quale la Regione ha formulato la nuova proposta di Accordo di programma nell'ambito del piano degli investimenti finanziati dalle risorse di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988, per la realizzazione di 6 interventi, per un importo complessivo pari ad euro 296.188.000,00 (di cui euro 143.969.205,89 a carico dello Stato, euro

7.577.326,63 a carico della Regione, euro 142.541.467,48 cofinanziamento privato ed euro 2.100.000,00 contributo Regione Emilia Romagna).

Si legge nel verbale del 26 luglio 2017 che *“per tale documento Tavolo e Comitato rimangono in attesa di quanto valutato dal Nucleo degli investimenti”*.

I prospetti a seguire riepilogano lo stato di avanzamento della soddisfazione dell’obiettivo per singoli interventi.

• INTERVENTO 4.1

INTERVENTO	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
4.1 Garantire strutture sicure, moderne e dotate di tecnologia all'avanguardia	3	8	1	7	0	13%	87%	0%

• INTERVENTO 4.2

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
4.2 Effettuare investimenti mirati per garantire una risposta immediata al bisogno di salute	2	2	0	0	2	0%	0%	100%

• INTERVENTO 4.3

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
4.3 Individuare, attraverso le migliori tecnologie a disposizione, mezzi alternativi di finanziamento al FSR	1	1	1	0	0	100%	0%	0%

Sugli interventi previsti nell’obiettivo 4, nella relazione descrittiva non si riportano informazioni utili. Qualcuna si trae dal Cruscotto inviato.

Tavolo e Comitato, nella riunione del 26 luglio 2017, sono rimasti in attesa di una relazione dettagliata di quanto effettuato e/o in corso e delle motivazioni che attengono al non avvio di alcune attività.

1.4.5 **OBIETTIVO 5 - Privilegiare il contatto diretto con il paziente**

Tab. n. 5/PR/cm
Cruscotto del monitoraggio del Piano di riqualificazione 2016-2018
Obiettivo 5: PRIVILEGIARE IL CONTATTO DIRETTO CON IL PAZIENTE

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
5.1 Definire una nuova organizzazione del SSR per una maggiore vicinanza al paziente	4	8	4	1	3	50%	13%	38%
5.2 Rivedere i meccanismi di finanziamento per le strutture pubbliche	4	15	6	5	4	40%	33%	27%
5.3 Valutare l'introduzione di nuovi sistemi di remunerazione per le strutture pubbliche e private	1	1	0	1	0	0%	100%	0%
TOTALE	9	24	10	7	7	42%	29%	29%

Dal monitoraggio al 31 ottobre 2017, si evince che per tale obiettivo la Regione ha elaborato 3 interventi contenenti 9 azioni con 24 obiettivi operativi, dei quali il 42% risulta in linea, il 29% in ritardo e il 29% non in linea.

La Regione Abruzzo intende attuare una profonda riorganizzazione del SSR tramite l'istituzione dell'Azienda Sanitaria Unica (ASU), mediante fusione delle attuali Aziende Sanitarie Locali ed il conseguente accentramento delle funzioni *no core*.

Per la realizzazione di tale obiettivo intende attuare i seguenti interventi:

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

I singoli interventi mostrano:

• INTERVENTO 5.1

INTERVENTO	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
5.1 Definire una nuova organizzazione del SSR per una maggiore vicinanza al paziente	4	8	4	1	3	50%	13%	38%

L'intervento 5.1. appare in linea per il 50%, in ritardo per il 13% e non avviato per il 38%¹⁶.

¹⁶ Nel Verbale del 26 luglio 2017, Tavolo e Comitato, nel precisare che il primo intervento dell'obiettivo 5 riguarda l'intenzione di avviare l'accentramento a livello di ADU delle funzioni che non richiedono l'interazione diretta con il paziente, ossia delle funzioni no core presenti nei presidi, **non rinviengono informazioni utili né dalla relazione né dal cruscotto allegato; pertanto chiedono se si intenda proseguire con tali attività e le iniziative in corso.** Riguardo la Azione 5.1.2: "Accentrare la definizione di PDTA e individuare outcome" la Regione relaziona sui PTDA elaborati nel 2016 (PDTA tumore del colon-retto; PDTA per la gestione integrata del diabete mellito nell'adulto; PDTA per la gestione integrata del diabete in età pediatrica) e su quanto deliberato nel mese di giugno 2017: Rete

Rileva allo scopo prima di tutto, il percorso intrapreso dal Servizio Assistenza Farmaceutica, Attività Trasfusionali e Trapianti-Innovazione e Appropriatelyzza, ai fini del governo della **spesa farmaceutica**, per analizzare i profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento che porterà alla costruzione di indicatori specifici da proporre ai Medici prescrittori come misura della appropriatezza dell'attività prescrittiva e per disegnare un nuovo sistema di monitoraggio e valutazione a cui legare la quota variabile di ACINI (Governo Clinico) relativa agli obiettivi della spesa farmaceutica a partire dall'anno 2017. La costruzione degli indicatori viene basata sulla Banca Dati Assistito ed ha come unità di rilevazione il paziente.

Rilevante anche il seguente decreto:

Decreto commissariale n. 54/2016 del 06.06.2016 - *Adesione proposta di partecipazione al “Progetto di analisi dei profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento promosso da AIFA” e conferimento incarico, a titolo gratuito, alla Società CliCon S.r.l. finalizzato al trattamento dei dati nell'ambito delle relative attività di analisi. Con esso la Regione ha aderito al “Progetto di analisi dei profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento promosso da AIFA”, quale sistema che permette di avere accesso ad un insieme di informazioni, aggiornate periodicamente e derivati dai flussi amministrativi (farmaceutica, ricoveri ospedalieri, specialistica e diagnostica), integrati con dati clinici.*

• **INTERVENTO 5.2**

INTERVENTO	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
5.2 Rivedere i meccanismi di finanziamento per le strutture pubbliche	4	15	6	5	4	40%	33%	27%

L'intervento 5.2 relativo alla revisione dei meccanismi di finanziamento delle strutture pubbliche risulta in linea per il 40%, in ritardo per il 33% e non avviato per il 27%.

Nell'ambito di tale intervento figura un'azione volta all'efficientamento della struttura dei costi dei prodotti farmaceutici, beni e servizi, nell'ambito della quale la Regione Abruzzo nella *Relazione sullo stato di attuazione del Piano di riqualificazione al 31 ottobre 2017* evidenzia l'obiettivo operativo del potenziamento di strumenti di monitoraggio collegandoli ai relativi drivers operativi (in primis le prestazioni erogate). Per tale obiettivo si citano:

Decreto commissariale n. 106/2016 del 29.09.2016 - *Commissione Regionale del Farmaco - Approvazione regolamento di funzionamento e aggiornamento Prontuario Terapeutico Regionale Indicazioni alle Aziende Sanitarie in materia di prescrizioni di farmaci di nuova commercializzazione;* con esso è stata effettuata la revisione del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) ai fini - tra l'altro - del potenziamento dell'efficacia della una gara in unione di acquisto per l'acquisizione dei farmaci; è stato ribadito il carattere vincolante del PTR, con la precisazione che l'uso dei medicinali in deroga al PTR deve essere limitato a singoli casi clinici, eccezionali e motivati dalla indisponibilità di un'alternativa terapeutica.

Decreto commissariale n. 21/2016 del 08.03.2016 - *Linee di indirizzo alle aziende sanitarie: farmaci biologici e biosimilari,* per l'utilizzo del farmaco biosimilare/biologico a minor costo terapia nel paziente “naive”, ovvero mai trattato o esposto a nuovo trattamento dopo adeguato wash out, in assenza di indicazioni contrarie. Con tale atto si è apportato un considerevole contributo alla sostenibilità del SSR, liberando risorse per l'utilizzo dei farmaci innovativi.

senologica - PDTA del tumore della Mammella (DGR n. 340 del 26/06/2017); PDTA delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (DGR n. 340 del 26/06/2017).

Risulta in fase di completamento il PDTA del Carcinoma del Polmone, il PDTA delle malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni e il PDTA della Sclerosi Multipla.

Tavolo e Comitato valutano favorevolmente il percorso intrapreso e rimangono in attesa degli ulteriori PDTA realizzati.

Decreto commissariale n. 114/2016 del 28.09.2016 - Distribuzione di farmaci del PHT tramite le farmacie convenzionate con la modalità in nome e per conto (DPC) del SRR e attivazione del servizio Farmacup
Approvazione dell'Accordo Quadro Regionale con le associazioni delle farmacie pubbliche e private.

In esso si prende atto dell'Accordo Quadro tra la Regione Federfarma e Assofarm con cui vengono definite le modalità applicative per l'avvio nella Regione Abruzzo della cd DPC e del servizio Farmacup recependone integralmente i contenuti. Con il citato DCA n. 114/2016 inoltre, viene individuata quale ASL capofila dell'Accordo la ASL di Pescara dando ad essa mandato di attivare una struttura dedicata per la gestione della DPC anche a valenza sovra aziendale che si occupi in particolare di esperire la gara di acquisto dei farmaci di cui all'elenco approvato nel citato Accordo, previa delega autorizzativa della Stazione Unica Appaltante Abruzzo; - svolgere una funzione di controllo gestione ed elaborazione statistica atta a verificare l'effettivo risparmio sulla spesa previsto da tale accordo; - attivare un applicativo Web DPC per gestire gli ordini dei farmaci oggetto dell'Accordo.

• **INTERVENTO 5.3**

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
5.3 Valutare l'introduzione di nuovi sistemi di remunerazione per le strutture pubbliche e private	1	1	0	1	0	0%	100%	0%

L'intervento 5.3 concernente l'introduzione di nuovi sistemi di remunerazione per le strutture pubbliche e private risulta in ritardo al 100%.

1.4.6 OBIETTIVO 6 - *Certificazione dei bilanci e della qualità (outcome) del SSR*

Tab. n. 6/PR/cm
Cruscotto del monitoraggio del Piano di riqualificazione 2016-2018
Obiettivo 6: CERTIFICAZIONE DEI BILANCI E DELLA QUALITÀ (OUTCOME) DEL SSR

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
6.1 Intervenire, attraverso delle azioni correttive di omogeneizzazione, sui bilanci degli enti locali e dei loro organismi affinché siano confrontabili tra di loro	2	3	2	0	1	67%	0%	33%
6.2 Misurare gli <i>outcome</i> per valutare le strutture pubbliche e private	4	13	6	6	1	46%	46%	8%
6.3 Introdurre nuove forme di comunicazione e di rilevazione della qualità del servizio percepita, attraverso la promozione di meccanismi di contatto diretto con i pazienti, famiglie e personale dipendente	3	6	6	0	0	100%	0%	0%
TOTALE	9	22	14	6	2	64%	27%	9%

Dal monitoraggio al 31 ottobre 2017, si evince che per tale obiettivo la Regione ha elaborato 3 interventi contenenti 9 azioni con 22 obiettivi operativi, dei quali il 64% risulta in linea, il 27% in ritardo e il 9% non in linea.

La Regione Abruzzo si prefigge di promuovere le *best practice* regionali eliminando le cause delle principali inefficienze e strutturare un percorso finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei bilanci senza dimenticare l'aderenza ad *outcome* adeguati di prestazioni che non potranno prescindere dal grado di soddisfazione dei cittadini. Al fine di raggiungere tale obiettivo verranno posti in essere i seguenti interventi:

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

I singoli interventi mostrano il seguente stato di attuazione:

• INTERVENTO 6.1.

INTERVENTO	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
6.1 Intervenire, attraverso delle azioni correttive di omogeneizzazione, sui bilanci degli enti locali e dei loro organismi affinché siano confrontabili tra di loro	2	3	2	0	1	67%	0%	33%

• INTERVENTO 6.2

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
6.2 Misurare gli <i>outcome</i> per valutare le strutture pubbliche e private	4	13	6	6	1	46%	46%	8%

• **INTERVENTO 6.3**

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
6.3 Introdurre nuove forme di comunicazione e di rilevazione della qualità del servizio percepita, attraverso la promozione di meccanismi di contatto diretto con i pazienti, famiglie e personale dipendente	3	6	6	0	0	100%	0%	0%

La Regione ha evidenziato nel monitoraggio:

Decreto commissariale n. 55/2016 del 08.03.2016 - Piano di riqualificazione del Servizio sanitario regionale 2016-2018, che ha definito la necessità di introdurre meccanismi in grado di misurare gli *outcome*, con l’ausilio del PNR, al fine di rimodulare gli esiti delle cure.

Delibera dell’Azienda sanitaria regionale (ASR) n. 18/2017 del 27.02.2017 - con costituzione di un Gruppo di Lavoro che ha predisposto il documento tecnico *“Sistema di misurazione dell’assistenza ospedaliera - Intervento 6.2 Piano di riqualificazione del SSR (DCA n. 55/2016)”* il cui scopo è quello di contestualizzare, nella realtà sanitaria della Regione, parametri di valutazione il più possibile omogenei tra loro nella logica che il raggiungimento degli obiettivi della programmazione sia possibile anche attraverso la misurabilità di specifici indicatori verificabili e perseguibili in un definito arco temporale. L’obiettivo è stato pertanto quello di ordinare per tipologia e classificazione di struttura e mettere a sistema un insieme dei indicatori selezionati dal PNE in grado di valutare e monitorare nel tempo gli interventi ed i risultati del Programma di Riqualificazione del SSR. Nel documento viene quindi indicata una metodologia per correlare tali obiettivi ad una serie di indicatori ritenuti maggiormente qualificati e tali da consentirli di orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali Regione Aziende ASL Presidi ospedalieri Aree Clinico Assistenziali, le Unità Operative.

Si legge nel **Verbale del 26 luglio 2017 del Tavolo e Comitato** che il Gruppo di lavoro ha intrapreso:

- la verifica dell’applicabilità degli indicatori previsti dal DM del 21.06.2016 e di quelli indicati dal PNE;
- la distinzione delle Aree Clinico-Assistenziali per tipologia di struttura (DEA I livello e Presidi di Base), come da programmazione rete ospedaliera (DCA n. 79/2016);
- il censimento delle banche dati regionali utili all’attività di monitoraggio.

Il Gruppo ha predisposto un documento *“Sistema di misurazione dell’assistenza ospedaliera”* all’attenzione dell’Assessorato alla sanità.

Con **Deliberazione di Giunta regionale n. 525/2017 del 26.09.2017** è stato approvato il Documento Tecnico Sistema di misurazione dell’assistenza ospedaliera Intervento 6.2. DCA n. 55/2016 - Misurare per Migliorare (MIS.MI) ed ulteriori disposizioni.

Il suddetto documento persegue lo scopo di contestualizzare, nella realtà sanitaria della Regione, parametri di valutazione il più possibile omogenei tra di loro, nella logica che il raggiungimento degli obiettivi della programmazione sia possibile anche attraverso la misurabilità di specifici indicatori, verificabili perseguibili in un definito arco temporale. L’obiettivo è stato quello di ordinare per tipologia e classificazione di struttura e mettere a sistema un insieme di indicatori selezionati dal PNE, in grado di valutare e monitorare nel tempo gli interventi ed i risultati del programma di riqualificazione del SSR.

Nel documento viene, quindi, indicata una metodologia per correlare tali obiettivi ad una serie di indicatori ritenuti maggiormente qualificanti tali da consentire di orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionale: Regione, Aziende ASL, Presidi Ospedalieri, Aree Clinico-Assistenziali, Unità Operative.

1.4.7 **OBIETTIVO 7 - *Garantire tempestività e correttezza nei rapporti con i fornitori***

Tab. n. 7/PR/cm
 Cruscotto del monitoraggio del Piano di riqualificazione 2016-2018
 Obiettivo 7 GARANTIRE TEMPESTIVITA' E CORRETTEZZA NEI RAPPORTI CON I FORNITORI

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
7.1 Raggiungere una tempistica inferiore a quella massima prevista dal legislatore nazionale	2	5	2	0	3	40%	0%	60%
7.2 Definire un nuovo modello organizzativo per la gestione del contenzioso	2	7	2	0	5	29%	0%	71%
TOTALE	4	12	4	0	8	33%	0%	67%

Dal monitoraggio al 30 giugno 2017, si evince che per tale obiettivo la Regione ha elaborato 2 interventi contenenti 4 azioni con 12 obiettivi operativi, dei quali il 33% risulta in linea e il 67% non avviato.

Lo stato di attuazione dei singoli interventi è il seguente:

• INTERVENTO 7.1

INTERVENTO	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
7.1 Raggiungere una tempistica inferiore a quella massima prevista dal legislatore nazionale	2	5	2	0	3	40%	0%	60%

• INTERVENTO 7.2

INTERVENTO	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
7.2 Definire un nuovo modello organizzativo per la gestione del contenzioso	2	7	2	0	5	29%	0%	71%

La Regione Abruzzo intende affrontare e porre rimedio alla problematica dei ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali e garantire la trasparenza, la puntualità e la parità di trattamento dei soggetti che intrattengono rapporti di fornitura con il SSR.

Al tal fine, per il prossimo triennio, si prefigge di attuare le seguenti azioni:

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

1.4.7.1 Lo stato del contenzioso a dicembre 2017

Ai fini della definizione dell'intervento 7.2 rilevante appare il costante **monitoraggio** dello stato del contenzioso, che facilmente si evince sia dalla relazione presentata a questa Sezione sullo stato di attuazione del piano di riqualificazione, sia dal verbale del tavolo e Comitato u.s., aggiornato da ultimo con nota n. RA70320456/17 del 15 dicembre 2017.

Si evince dagli atti citati la situazione del **contenzioso pendente a dicembre 2017:**

CONTENZIOSO IN MATERIA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Ricorsi avverso il Decreto commissariale n. 67/2012 di sospensione dei nuovi accreditamenti istituzionali

Nel corso del 2014, il TAR Abruzzo ha accolto quattro ricorsi di altrettante strutture eroganti prestazioni di riabilitazione ambulatoriale, domiciliare ed extramurale ex art. 26, legge n. 833/1978, avverso il DCA n. 67/2012 di calcolo del fabbisogno di assistenza specialistica ambulatoriale, limitatamente alla parte in cui disponeva la sospensione dei nuovi accreditamenti fino al 31 dicembre 2014. I ricorsi in oggetto si sono completati con altrettanti giudizi di ottemperanza da parte del Consiglio di Stato per l'esecuzione delle sentenze con le quali lo stesso ha respinto i ricorsi che la Regione Abruzzo aveva proposto contro le sentenze.

In ottemperanza alle citate sentenze che diffidavano la Regione Abruzzo a predisporre e pubblicare i bandi per i nuovi accreditamenti, con il **DCA n. 41/2016** la Regione ha approvato l'**Avviso pubblico per l'accredito istituzionale**, ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii. e dei DCA nn. 67/2012 e 46/2013, **delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni di ambulatorio di riabilitazione FKT (Stabilimento FKT) e diagnostica per immagini**. Con successiva **DGR n. 59/2017 del 13.02.2017**, ha approvato l'elenco degli ammessi alla procedura di accreditamento e degli idonei eventuali subentranti.

Avverso la DGR n. 59/2017 sono stati presentati due ricorsi dinanzi al TAR Abruzzo, il quale ha disposto in sede cautelare, rispettivamente con le **Ordinanze n. 77/2017 e n. 87/2017**, di riesaminare alcuni aspetti del processo di valutazione, interrompendo, di conseguenza, il naturale processo di esecuzione del bando in questione.

In ottemperanza a tali ordinanze, la Regione ha emanato la **DGR n. 407/2017 del 28.07.2017** e la **DGR n. 468/2017 del 01.09.2017**, a seguito delle quali, con D.D. n. DPF009/18 del 6.10.2017, è stato costituito un gruppo di lavoro con il compito di effettuare una nuova valutazione relativamente alle istanze dei ricorrenti alla luce delle indicazioni fornite dal giudice Amministrativo.

Sempre relativamente alle impugnazioni della DGR n. 59/2017 la Regione ha evidenziato due recenti sentenze del TAR Abruzzo che intende appellare:

- **Sentenza n. 521/2017 - Villa Serena c/ Regione Abruzzo**, che ha disposto che *“l'Amministrazione regionale, deve chiarire, all'esito di apposito istruttoria che tenga conto dell'offerta da parte delle strutture già esistenti, le ragioni per cui per il distretto 4 della Asl di Teramo è previsto un numero di strutture autorizzabili pari a zero, nonostante il decreto n. 67 del 2012 abbia individuato un fabbisogno pari a 40.172”*;
- **Sentenza n. 522/2017 - Monte D'Oro c/ Regione Abruzzo**, che ha disposto che *“L'Amministrazione regionale, deve chiarire, all'esito di apposito istruttoria che tenga conto dell'offerta da parte delle strutture già esistenti, le ragioni per cui per il distretto 5 della Asl di Teramo è previsto un numero di strutture autorizzabili pari a zero, nonostante il decreto n. 67 del 2012 abbia individuato un fabbisogno pari a 14.729”*.

Ricorsi aventi ad oggetto il silenzio in merito alle domande di Accredito definitivo delle strutture in accreditamento predefinitivo (ex art. 12, L.R. n. 32/2007)

Sui ricorsi proposti da 10 strutture¹⁷ al TAR Abruzzo avverso il presunto silenzio inadempimento del Commissario *ad acta* della Regione Abruzzo in merito alle domande di accreditamento definitivo delle strutture in accreditamento predefinitivo, la Regione informa che:

¹⁷ Wellnes s.r.l.; Centro di riabilitazione Medisalus s.r.l.; Sanex s.r.l.; Provincia Religiosa SS Apostoli Pietro e Paolo; Fondazione Piccola Opera Charitas; Fondazione Papa Paolo VI; Fondazione Padre Alberto Milena; Fondazione Istituto Santa Caterina; Santa Camilla S.p.a.; Villa Serena per RSA Azzurra.

- con **sentenza n. 865/2014**, il TAR Abruzzo L'Aquila ha accolto il ricorso promosso dalla struttura Provincia Religiosa SS. Apostoli Pietro e Paolo dichiarando l'obbligo della Regione a provvedere sull'istanza di accreditamento entro 90 gg. Sul ricorso in appello della Regione n. 1839/2015, il **Consiglio di Stato, con sentenza n. 3526/15**, ha accolto l'appello dichiarando inammissibile il ricorso di 1° grado per tardività nella presentazione del ricorso;
- con **sentenza n. 864/2014**, il TAR Abruzzo L'Aquila ha accolto il ricorso promosso dalla struttura Wellness Srl dichiarando l'obbligo della Regione a provvedere sull'istanza di accreditamento entro 90 gg. Sul ricorso in appello della Regione n. 1837/2015, il Consiglio di Stato, con **sentenza n. 3525/15**, ha accolto l'appello dichiarando inammissibile il ricorso di 1° grado per tardività nella presentazione del ricorso;
- con **sentenza n. 767/2014**, il TAR Abruzzo L'Aquila ha accolto il ricorso promosso dalla struttura Centro di Riabilitazione Medisalus Srl – Lecce dei Marsi dichiarando l'obbligo della Regione a provvedere sull'istanza di accreditamento entro 90 gg. Sul ricorso in appello della Regione n. 1446/2015, il **Consiglio di Stato con sentenza n. 3523/15** ha accolto l'appello dichiarando inammissibile il ricorso di 1° grado per tardività nella presentazione del ricorso;
- con **sentenza n. 849/2014**, il TAR Abruzzo L'Aquila ha accolto il ricorso promosso dalla struttura Fondazione Papa Paolo VI Onlus dichiarando l'obbligo della Regione a provvedere sull'istanza di accreditamento entro 90 gg. Sul ricorso in appello della Regione n. 1836/2015, il **Consiglio di Stato con sentenza n. 3524/15** ha accolto l'appello dichiarando inammissibile il ricorso di 1° grado per tardività nella presentazione del ricorso;
- con **sentenza n. 784/2014** il TAR Abruzzo L'Aquila ha accolto il ricorso promosso dalla struttura **Sanex Srl - Campli** dichiarando l'obbligo della Regione a provvedere sull'istanza di accreditamento entro 90 gg. Sul ricorso in appello della Regione n. 1439/2015, il **Consiglio di Stato con sentenza n. 3521/15** ha accolto l'appello dichiarando inammissibile il ricorso di 1° grado per tardività nella presentazione del ricorso.

In tutte le sentenze di cui sopra, il Consiglio di Stato nel dichiarare inammissibili i ricorsi di primo grado, ha dichiarato impregiudicata *“la potestà del Commissario ad acta di definire il procedimento di accreditamento anche dopo la scadenza del termine previsto”*;

- con **sentenza n. 814/2014** il TAR Abruzzo L'Aquila ha dichiarato irricevibile il ricorso promosso dalla struttura **Fondazione Istituto Santa Caterina** dichiarando l'obbligo della Regione a provvedere sull'istanza di accreditamento entro 90 gg.

La Regione ha precisato che *“a seguito dell'adozione del DCA n. 38/2015 e s.m.i. che ha disposto la riorganizzazione e riconversione delle strutture residenziali e semiresidenziali, l'Agenzia Sanitaria Regionale, organismo deputato, per il tramite dell'ORA (Organismo Regionale per l'accreditamento), alla gestione delle procedure di accreditamento istituzionale di cui all'art. 6 L.R. n. 32/2007; ha riavviato i procedimenti con la nomina dei gruppi GERA per la verifica delle strutture. A conclusione dei procedimenti di verifica, su proposta motivata del CCRA, nella prima metà del 2016 sono stati adottati i decreti del Commissario ad acta di accreditamento istituzionale riportati nell'apposita relazione inviata ai Ministeri affiancanti per le sole strutture eroganti prestazioni ambulatoriali, domiciliari ed extramurali di riabilitazione (Wellness, Anesis, Medisalus, Centro Medical Marsicano, Sanex, Padre Alberto Mileno sede di Vasto Via Platone).*

Ricorso per l'annullamento della determina n. 18 del 9 gennaio 2007 avente ad oggetto la riduzione dell'accreditamento dei posti letto (30) precedentemente autorizzati

Ricorso al TAR Abruzzo proposto dalla **Fondazione Padre Alberto Mileno – Onlus**: con **sentenza n. 580/2013** il TAR L'Aquila ha dichiarato l'inammissibilità del ricorso in quanto l'atto impugnato non possiede valenza provvedimentale, sostanzandosi in una mera proposta di deliberazione al Consiglio Regionale del Disegno di legge regionale concernente Linee Guide per la redazione del piano sanitario 2007-2009. Avverso tale sentenza la struttura ha proposto ricorso al Consiglio di Stato.

Ricorsi di Laboratori Analisi Privati per la dichiarazione di illegittimità del silenzio-inadempimento sulle domande di Accredитamento definitivo presentate nel 2009 dai singoli Laboratori in accredитamento pre-definitivo (ex art. 12, L.R. n. 32/2007), ai fini dell'ottenimento dell'accredитamento definitivo come Laboratorio Analisi singolo

Ricorso n. 125/2015 del Laboratorio Analisi Dott. M.E. Rutolo Srl - Pescara c/Commissario *ad acta*-Regione Abruzzo. Il suddetto laboratorio ha aderito al Consorzio di Laboratori Analisi ATQ, come da DCA n.62/2011, per il quale è in corso l'accredитamento definitivo da parte dell'ASR con la nomina del gruppo Gera preposto ad effettuare le verifiche.

Ricorso n. 124/2015 del Laboratorio Analisi G. Mendel Srl - Chieti c/Commissario *ad acta*-Regione Abruzzo. Il laboratorio ha aderito al Consorzio di Laboratori Analisi ATQ, come da DCA n.62/2011;

Ricorso n. 123/2015 del Laboratorio Analisi Igea Srl - Sulmona c/Commissario *ad acta*-Regione Abruzzo. Il laboratorio ha aderito al Consorzio di Laboratori Analisi ATQ.

Ricorso n. 106/2015 del Laboratorio Analisi Centro Diagnostico Dace - Francavilla al Mare c/Commissario *ad acta*-Regione Abruzzo. Il laboratorio ha aderito al Consorzio di Laboratori Analisi Novanalisi come da DCA n.62/2011.

Ricorso n. 109/2015 del Laboratorio Analisi Petraghiani Snc - Francavilla al Mare c/Commissario *ad acta*-Regione Abruzzo. Il laboratorio ha aderito al Consorzio di Laboratori Analisi Centro Diagnostico d'Abruzzo come da DCA n.62/2011.

Ricorso del Laboratorio Analisi Galeno del Dott. F. D'Alessandro & C. Sas - Ortona c/Commissario *ad acta*-Regione Abruzzo. Il laboratorio ha aderito al Consorzio di Laboratori Analisi Centro Diagnostico d'Abruzzo come da DCA n.62/2011.

Ricorso del Laboratorio Analisi U. Fanci & C. Sas - Lanciano c/Commissario *ad acta*-Regione Abruzzo. Il laboratorio ha aderito al Consorzio di Laboratori Analisi Centro Diagnostico d'Abruzzo come da DCA n. 62/2011.

Ricorso del Laboratorio Analisi Bios Laboratorio Sas - Miglianico c/Commissario *ad acta*-Regione Abruzzo. Il laboratorio ha aderito al Consorzio di Laboratori Analisi Centro Diagnostico d'Abruzzo come da DCA n.62/2011.

Il Consorzio ATQ è stato accredитato con DCA n. 7/2016 del 01.03.2016. I laboratori Rutolo, Mendel e IGEA costituiscono punti prelievo del Consorzio.

Tutti i ricorsi proposti dai laboratori analisi sono stati respinti dal TAR con sent. nn. 503, 504, 518 e 596 del 2016. Avverso tali sentenze i ricorrenti hanno promosso appello.

Ricorsi di Consorzi di Laboratori Analisi Privati avverso l'inerzia nella conclusione della riorganizzazione della rete dei laboratori analisi

Ricorso del Consorzio Biofleman – L'Aquila c/Commissario *ad acta*-Regione Abruzzo avverso la diffida presentata per la conclusione del procedimento di riorganizzazione della rete dei Laboratori Analisi. Il Consorzio Biofleman è stato accredитato con DCA n. 8/2016 del 01.03.2016. Con **sentenza n. 514 del 14.09.2016** il TAR, pronunciandosi sul ricorso in questione ha dichiarato improcedibile, per sopravvenuto difetto di interesse, la domanda avverso il silenzio inadempimento e disposto la conversione del rito speciale nel rito ordinario.

Ricorsi di strutture private avverso l'Avviso pubblico per il rilascio di nuovi accredитamenti istituzionali a strutture sanitarie pubbliche e private eroganti prestazioni ambulatoriali di Riabilitazione FKT e Diagnostica per Immagine approvato con DCA n. 41/2016 del 05.05.2016

Con **Ordinanze n. 150 e n. 151/2016** il TAR L'Aquila ha respinto le domanda cautelari di sospensione del provvedimento commissariale. Le stesse decisioni sono state impugnate dinanzi al Consiglio di Stato che

con Ordinanze n. 5174 e n. 5175 del 2016 ha accolto gli appelli nei limiti della restituzione della causa al primo giudice per la sollecita trattazione in udienza pubblica. Tale udienza non è ancora stata fissata.

CONTENZIOSO IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONI

Ricorsi per la dichiarazione di illegittimità del silenzio inadempimento sulle istanze di autorizzazione alla realizzazione ai sensi dell'art. 3 L.R. n. 32/2007 di strutture sanitarie per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale

Ricorso avverso la DGR n. 69/2017 del 24.02.2017, che ha espresso il diniego di compatibilità programmatica alla trasformazione del Centro di Medicina dello Sport di I Livello "Giovanni Bonaduce" a Montorio al Vomano (TE), al TAR Abruzzo, il quale con ordinanza n. 145/2017 ha accolto l'istanza cautelare ed ha imposto la rivisitazione del fabbisogno autorizzatorio da parte della Regione Abruzzo. La Regione Abruzzo sta valutando se procedere a ricorrere.

Con **sentenza n. 520/2016** il TAR L'Aquila ha dichiarato improcedibile il ricorso promosso dalla Soc. E.S. & C.

Con **sentenza non definitiva n. 507/2016** il TAR L'Aquila ha dichiarato improcedibile, per sopravvenuto difetto di interesse, la domanda avverso il silenzio inadempimento della Soc. Medilab Srl, disponendo la conversione del rito speciale nel rito ordinario con riferimento alla domanda proposta con ricorso per motivi aggiunti con l'incardinamento nel ruolo ordinario e fissazione di pubblica udienza secondo le forme e criteri ordinari.

Ricorsi per la dichiarazione di illegittimità del silenzio inadempimento sulle istanze di autorizzazione alla realizzazione ai sensi dell'art. 3 L.R. n. 32/2007 di strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali

Ricorso della Soc. Fonte Nuova Srl - Sulmona c/Commissario *ad acta*-Regione Abruzzo per la dichiarazione di illegittimità del silenzio-inadempimento in relazione all'istanza presentata nel 2009 per la realizzazione di una RSA per anziani non autosufficienti e soggetti in età evolutiva affetti da disturbi psichiatrici nonché di un centro polispecialistico per prestazioni in regime ambulatoriale. Il nulla osta di compatibilità per la realizzazione del solo centro polispecialistico in regime ambulatoriale è stato concesso con decreto del Commissario *ad acta* n. 65/2015 del 15 maggio 2014. Con **sentenza n. 172 del 05.04.2017** il TAR, ha accolto il ricorso ed ha accertato l'illegittimità, dell'inadempimento dell'Amministrazione all'obbligo di concludere il procedimento attivato dalla società Fonte Nuova s.r.l. in data 28 agosto 2009, ordinando altresì, alla Regione Abruzzo di adottare, entro il termine di venti giorni dalla comunicazione e/o notifica della sentenza, il parere di compatibilità del progetto con gli atti di programmazione sanitaria regionale. In ottemperanza, la Regione Abruzzo si è attivata ed ha comunicato alla ricorrente che provvederà non appena il sopra meglio descritto procedimento di riconversione ex DGR n. 129/2017 sarà completamente definito.

1.4.8 Ulteriori interventi operativi di gestione

Tab. n. 8/PR/cm
Cruscotto del monitoraggio del Piano di riqualificazione 2016-2018 -
ULTERIORI INTERVENTI OPERATIVI DI GESTIONE

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
Avvio esecutivo del Fascicolo Sanitario Elettronico	1	4	0	3	1	0%	75%	25%
Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza sanitaria a pazienti ai quali è applicata una misura di sicurezza	1	4	2	0	2	50%	0%	50%
Accreditamento istituzionale	1	1	0	1	0	0%	100%	0%
Attuazione Decreto Legislativo n. 118/2011	1	1	0	0	1	0%	0%	100%
Sicurezza alimentare e veterinaria	1	3	2	1	0	67%	33%	0%
Altre azioni	5	6	5	0	1	83%	0%	17%
TOTALE	10	19	9	5	5	47%	26%	26%

Dal monitoraggio al 31 ottobre 2017, si evince che la Regione ha elaborato ulteriori 6 interventi con 10 azioni e 19 obiettivi operativi, dei quali il 47% risulta n linea, il 26% in ritardo e il 26% non avviato. Si evidenzia a seguire lo stato dei singoli interventi:

• AVVIO ESECUTIVO DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

INTERVENTO	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
Avvio esecutivo del Fascicolo Sanitario Elettronico	1	4	0	3	1	0%	75%	25%

L'intervento relativo all'avvio esecutivo del fascicolo sanitario elettronico risulta in ritardo per il 75% e non avviato per il rimanente 25%.

• RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA A PAZIENTI AI QUALI È APPLICATA UNA MISURA DI SICUREZZA

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza sanitaria a pazienti ai quali è applicata una misura di sicurezza	1	4	2	0	2	50%	0%	50%

L'intervento relativo alla riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza sanitaria a pazienti ai quali è applicata una misura di sicurezza risulta in linea per il 50%, e non avviato per il rimanente 50%.

• ATTUAZIONE DECRETO LEGISLATIVO N. 118/2011

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
Attuazione Decreto Legislativo n. 118/2011	1	1	0	0	1	0%	0%	100%

L'intervento relativo all'attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 risulta non avviato al 100%.

• SICUREZZA ALIMENTARE E VETERINARIA

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
Sicurezza alimentare e veterinaria	1	3	2	1	0	67%	33%	0%

L'intervento relativo alla sicurezza alimentare e veterinaria risulta per il 67% in linea e per il 33% in ritardo.

• ALTRE AZIONI

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
Altre azioni	5	6	5	0	1	83%	0%	17%

La voce residuale concernete altre azioni risulta per il 83% in linea e per il 17% non avviato.

• ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

INTERVENTI	AZIONI	OBIETTIVI OPERATIVI	STATUS			STATUS IN PERCENTUALE		
			in linea	in ritardo	non avviato	in linea	in ritardo	non avviato
Accreditamento istituzionale	1	1	0	1	0	0%	100%	0%

L'intervento relativo all'accreditamento istituzionale continua a risultare in ritardo al 100%.

1.4.8.1 Monitoraggio sullo stato di attuazione del processo di accreditamento istituzionale

1.4.8.1.a) Accreditamento istituzionale

Nel Referto approvato con deliberazione n. 264/2016/SSR del 15 dicembre 2016, questa Sezione, in merito alle procedure di accreditamento e autorizzazione, si esprimeva nel senso che sebbene nel 2013 si fossero avuti i primi accreditamenti definitivi, proseguiti anche nel 2014, restava, comunque, un forte ritardo nell'espletamento della procedura. Su un totale di 211 istanze, al 30 giugno 2014 risultavano accreditate, in via definitiva, 24 strutture. Ricordava le fasi del processo di accreditamento, e sottolineava come nell'ambito della semplificazione, l'accreditamento istituzionale fosse uno degli obiettivi prioritari.

Al 31.12.2015 lo stato dell'arte dei procedimenti di accreditamento istituzionale definitivo, per tipologie di struttura, tenendo conto dei procedimenti di riorganizzazione in corso delle varie reti assistenziali, presentava forti aspetti di criticità.

La Sezione si esprimeva concludendo che si rilevavano sotto il profilo strutturale, irrisolte criticità emerse dall'esame della gestione 2014 e 2015, che avrebbero segnato il sistema nel quale si sarebbe

dovuta muovere la Regione anche dopo la dichiarata uscita dal Commissariamento, così riassumibili:● **accreditamento definitivo:**

- seri ritardi in materia di accreditamento definitivo delle strutture eroganti prestazioni sanitarie, i cui provvedimenti, nel 2014-2015, accreditano un numero di strutture minimale rispetto al numero di strutture ancora provvisoriamente accreditate. Allo stato attuale è ancora in itinere il perfezionamento del quadro complessivo delle strutture definitivamente accreditate;
- irrisolti rilievi espressi dal Tavolo e Comitato alla modifica della legge regionale n. 32/2007, che non li recepisce nel testo definitivo (*Verbale del 19 luglio 2016 – perplessità, in particolare relativamente all'articolo 9, commi 2 e 5, per il quale “continua a non essere chiaro se la verifica dei requisiti in sede di richiesta di rinnovo o di voltura dell'accreditamento comporti, o meno, controlli ispettivi in situ in tutti i casi, oppure semplicemente “a campione”; ... e “l'articolo 9, comma 1, subordina il rilascio dell'accreditamento istituzionale alla valutazione di “compatibilità” con le esigenze della programmazione, mentre l'articolo 8-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i. condiziona il rilascio dell'accreditamento alla verifica della “funzionalità” rispetto agli indirizzi di programmazione regionale”;*
- richiesta di chiarimenti formulata dagli stessi, rimasta inevasa “in merito alla verifica dei requisiti in sede di richiesta di rinnovo o di voltura dell'accreditamento ossia se comporti, o meno, controlli ispettivi in situ in tutti i casi, oppure semplicemente “a campione”. Nella stessa sede invitano la Struttura commissariale ad “allineare il disposto normativo regionale alla disposizione nazionale laddove prevede, quale condizione per il rilascio dell'accreditamento istituzionale anche la verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti”;

● **tetti di spesa:**

- anche nella gestione attraverso atti definibili “ordinari”, miranti al governo e al controllo dell'offerta sanitaria, si registrano rilevanti criticità:
- approvazione di tetti di spesa, a fine o a metà esercizio, rimodulati, in alcuni casi, anche con valenza retroattiva, con ingiustificati aumenti dei tetti medesimi, criticati dallo stesso Tavolo di monitoraggio e che, comunque, hanno determinato effetti già nei conti dell'esercizio 2015;
 - copertura dei maggiori costi relativi all'assistenza ospedaliera, di cui al punto precedente, con spostamento di quote di risorse destinate inizialmente al potenziamento dell'attività territoriale;
 - criticità sottolineate dal Tavolo di monitoraggio e rimaste insolute, consistenti nell'erosione dei budget da parte di talune strutture private.

La Sezione si esprimeva, dunque, nel senso che:

“Il quadro che emerge, sebbene conseguenza di una programmazione articolata basata su un piano di rientro e tre piani operativi, si presenta, di nuovo, ad avviso della Sezione, parziale e frammentario, come già successo in anni ormai remoti.

*Obiezione di rilievo va mossa con riferimento all'assistenza demandata ai privati. Sebbene questa Sezione abbia più volte invitato, nei precedenti referti, la Regione a tenere in debita considerazione il delicato rapporto tra assistenza pubblica e assistenza demandata ai privati, nel rispetto di rigide regole che vedono la seconda complementare e sussidiaria alla prima, anche in ragione dell'impatto economico che l'aumento della seconda può determinare sui conti, nel 2014 e nel 2015, sotto il profilo gestionale, **appaiono assolutamente contestabili le politiche sanitarie che hanno condotto ad un aumento dei costi dell'assistenza privata, in assenza di rigide applicazioni delle regole dell'accreditamento.***

La stessa approvazione di tetti di spesa, quasi a sanatoria, di gestioni già effettuate da privati – , già contestata nei tempi passati – e risolta negli esercizi 2011-2013, si presenta

quale atto gestionale sanzionabile sotto il profilo dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità, nel 2014 e 2015, esercizi che, come già detto, registrano tetti di spesa determinati a fine o a metà periodo; tale condotta ha posto le Aziende sanitarie nella condizione di procedere alla stipula dei contratti a prestazioni già avvenute, vanificandosi, di fatto, tutto il processo programmatico a base delle procedure stesse. La situazione che emerge nell'anno 2016 conferma le obiezioni sollevate; in particolare per l'assistenza ospedaliera a novembre sono stati approvati lo schema contrattuale e i tetti di spesa massimi per il biennio 2016-2017, sostanzialmente a prestazioni già effettuate”.

Tale valutazione veniva espressa a seguito di contraddittorio in adunanza pubblica e memoria protocollo n. 115279/16 del 7 dicembre 2016, nella quale l'Amministrazione forniva un riepilogo, aggiornato a dicembre 2016, relativo allo stato di accreditamento istituzionale di tutte le strutture private della Regione Abruzzo, suddivise per tipologia.

Da esso emergeva che al 31.12.2016 risultavano accreditate n. 97 strutture su 212, per una percentuale del 45,75% di strutture accreditate rispetto al numero delle strutture totali.

L'aggiornamento al **15.12.2017** dello stato dell'arte dei procedimenti di accreditamento istituzionale definitivo, per tipologie di struttura, tenendo conto dei procedimenti di riorganizzazione in corso delle varie reti assistenziali, **presenta ancora forti aspetti di criticità e conferma quanto già sottolineato nel precedente referto**, già citato.

La situazione globale presenta modifiche poco significative.

Come da comunicazione dell'8 febbraio 2018, al 31.12.2017 risultavano accreditate in via definitiva 100 strutture, su un totale di 210.

L'evoluzione del processo di accreditamento dal dicembre 2016 al dicembre 2017 si evince dal seguente prospetto riepilogativo contenente i dati 2016, forniti dalla Regione in sede di contraddittorio in adunanza pubblica per la discussione del precedente referto (deliberazione n. 264/2016/SRR), e i dati 2017, come comunicati.

Il dato globale delle strutture è ridotto di due unità e l'evoluzione stigmatizza il ritardo che continua a pervadere il processo.

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	NUMERO STRUTTURE ACCREDITATE		NUMERO STRUTTURE TOTALI	
	31.12.2016	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2017
Casa di cura	10	10	10	10
Ambulatori - Laboratori - Altro	63	64	93	92
Strutture residenziali e semiresidenziali	2	4	55	54
Ex art. 26	22	22	54	54
TOTALE	97	100	212	210

Unica giustificazione addotta dall'Ente (vedi verbale Tavolo e Comitato del 26 luglio 2017) è che la mancata conclusione dei procedimenti è giustificata per via del *ritardo delle amministrazioni comunali nel rilascio delle autorizzazioni definitive, oltre che dai frequenti casi di rinuncia all'incarico da parte degli esperti regionali sull'accreditamento selezionati per la verifica dei requisiti previsti*. Ha evidenziato che *l'accreditamento delle strutture territoriali è condizionato dalla conclusione del processo di riconversione delle attuali reti regionali, secondo i fabbisogni assistenziali definiti dal DCA n. 117/2016 e s.m.i.. e che ... con la DGR n. 129/2017 il processo di riconversione delle strutture residenziali e semiresidenziali è entrato nella sua fase conclusiva*.

Nello specifico la situazione degli accreditamenti è la seguente:

- **Case di cura:** l'iter di accreditamento istituzionale si è concluso, con i relativi decreti commissariali di accreditamento, per tutte e 10 le case di cura regionali;
- **Specialistica ambulatoriale:** hanno ottenuto l'accreditamento istituzionale i 6 centri di radiologia o ambulatori di diagnostica per immagini, uno dei quali eroga anche prestazioni di terapia fisica, 1 ambulatorio di odontoiatria e 13 centri di riabilitazione, terapia fisica e fisiokinesiterapia, per un totale di 19 Centri; è nella fase di istruttoria finale da parte dell'Agenzia sanitaria un'ulteriore struttura erogante prestazioni di FKT. Tra quelle che hanno proposto istanza mancano solo poche strutture che non hanno ancora ottenuto le autorizzazioni definitive dai rispettivi comuni;
- **Rete dei laboratori di analisi:** in attuazione dei decreti n. 11/2011 e 12/2011 e successive modifiche ed integrazioni, che hanno disposto l'aggregazione di circa 60 laboratori in consorzi secondo il modello "hub and spoke", sono state attivate le procedure di accreditamento per 9 Consorzi che raggruppano complessivamente 49 laboratori. Per sei Consorzi sono stati adottati gli atti di accreditamento istituzionale con DCA nn. 7, 8, 53 e 67 del 2016 e le DGR nn. 70 e 604 del 2017. Infine sono state avviate le visite di verifica da parte del gruppo GERA per un ulteriore Consorzio;
- **Laboratori indipendenti:** sono stati accreditati 4 laboratori di analisi indipendenti, non aderenti, cioè, ai Consorzi di laboratori ed è terminata la fase istruttoria per un ulteriore laboratorio;
- **Strutture e servizi trasfusionali e centri di raccolta del sangue:** entro la fine di giugno 2015, ovvero entro il termine previsto dalla normativa di settore, poi prorogato, erano stati emanati 11 decreti di autorizzazione ed accreditamento istituzionale, che interessano complessivamente 27 tra strutture trasfusionali aziendali e strutture periferiche e territoriali delle Aziende USL, centri di riferimento regionali pubblici e i centri di raccolta fissi e mobili dell'AVIS e della Croce Rossa Italiana. Tutte le predette strutture sono state accreditate con prescrizione e sono tuttora in corso le procedure di verifica del superamento delle suddette prescrizioni. La Regione evidenzia che per una struttura privata mobile di raccolta del sangue è stato disposto il diniego dell'autorizzazione/accreditamento;
- **Stabilimenti termali:** sono stati accreditati due stabilimenti termali; Terme di Caramanico e Terme di Popoli (DCA n. 81 e n. 82/2016);
- **Centri ambulatoriali di riabilitazione:** sono stati avviati i procedimenti di verifica del possesso dei requisiti di accreditamento delle strutture che erogano prestazioni riabilitative ambulatoriali, extramurali, domiciliari ex art. 26, legge n. 833/78. Nel corso del 2016 e 2017 hanno ottenuto l'accreditamento definitivo 22 centri privati di riabilitazione e relativamente ad un'altra struttura l'Agenzia sanitaria regionale ha formulato e trasmesso la proposta di accreditamento al Dipartimento per la salute e il welfare per la deliberazione di accreditamento definitivo istituzionale;
- **Strutture residenziali e semiresidenziali Area assistenziale Anziani non autosufficienti:** è in corso. L'attività istruttoria di verifica ed aggiornamento della situazione autorizzatoria delle strutture che erogano servizi residenziali e semiresidenziali nell'area assistenziale degli anziani non autosufficienti;
- **Strutture residenziali e semiresidenziali – Area assistenziale Disabilità-Riabilitazione:** il procedimento di riconversione delle strutture residenziali e semiresidenziali dell'area della riabilitazione è stato avviato

con i Decreti n. 38/2015 e n. 67/2015 (rettificato con Decreto 1/2016) ed è proseguito con il con DCA n. 117/2016 che ha approvato il Documento Tecnico “*Piano del fabbisogno regionale - residenziale semiresidenziale - Regione Abruzzo*” che ha aggiornato, sostituendoli, i fabbisogni definiti dal DCA n. 52/2012. Con successiva DGR n. 129/2017 è stato approvato l’elenco delle strutture aventi titolo alla riconversione in quanto strutture accreditate per setting eccedentari lo specifico fabbisogno previsto dal Piano del fabbisogno di cui al DCA n. 117/2016, e definito il fabbisogno autorizzatorio rimasto insoddisfatto all’esito della riorganizzazione secondo una distribuzione proporzionale tra le singole ASL con riserva del 50% dello stesso in favore delle strutture pubbliche.

In seguito, con la DGR n. 520/2017, è stato stabilito, tra l’altro, a parziale modifica del DCA n. 38/2015 e della DGR n. 129/2017, che la notificazione del provvedimento di assenso definitivo degli assetti derivanti dai progetti di riconversione delle strutture interessate - da adottarsi all’esito della prevista fase interlocutoria sopradetta -, avrebbe legittimato gli Erogatori all’avvio delle procedure previste dalla vigente normativa di riferimento per il conseguimento dei nuovi titoli di autorizzazione e di accreditamento.

Inoltre, con riferimento alle predette procedure finalizzate al conseguimento dei nuovi assetti di ciascuna struttura erogativa interessata, la medesima DGR n. 520/2017 ha dettato termini perentori per la presentazione delle istanze di autorizzazione ai sensi dell’art. 3 e dell’art. 4 della L.R. n. 32/2007 e s.m.i., nonché per le istanze di accreditamento istituzionale ex art. 6, pena la decadenza per l’Erogatore dalla riorganizzazione approvata e con le conseguenze ivi previste.

Infine, le DGR nn. 605, 606, 607, 608, 609, 610 del 25 ottobre 2017 e nn. 629, 630, 631, 632, 633 del 3 novembre 2017, sono stati definitivamente assentiti gli assetti relativi alle strutture private e predefinitivamente accreditate, ivi specificate, che sono in capo a diversi Erogatori di prestazioni sanitarie¹⁸:

- **Strutture residenziali e semiresidenziali – Area assistenziale della Salute Mentale:** Con DCA n. 10/2016, è stato approvato il documento tecnico “*Riordino della rete di Residenzialità psichiatrica*” con cui viene ribadito che l’accesso ai servizi è subordinato alla valutazione multidimensionale del bisogno effettuata da parte di un’equipe multi professionale composta, in conformità al DCA n. 107/2013. Nello stesso provvedimento sono state declinate le caratteristiche delle strutture residenziali per la salute mentale in cui poter trattare in modo appropriato e per i tempi definiti, i soggetti affetti da patologia psichiatrica. Vengono inoltre individuate le nuove tipologie di strutture per il trattamento di tali pazienti con l’individuazione di un nuovo assetto dei pp.ll. che va a sostituire il fabbisogno di salute mentale precedentemente definito con il DCA n. 52/2012;
- **Strutture residenziali e semiresidenziali – Area assistenziale delle Dipendenze Patologiche:** sono in istruttoria presso gli uffici competenti le istanze pervenute per l’autorizzazione definitiva all’esercizio dell’accreditamento istituzionale delle Comunità Terapeutiche che operano nell’area assistenziale delle dipendenze patologiche dalle Comunità terapeutico-riabilitative, secondo le procedure definite nel DCA n. 87/2015 del 31 agosto 2015 (“*Disposizioni per l’autorizzazione e l’accreditamento istituzionale delle strutture operanti nell’Area assistenziale delle Dipendenze Patologiche*”);
- **Prestazioni di ambulatorio di riabilitazione FKT (Stabilimento FKT) e diagnostica per immagini:** Con DCA n. 41/2016 è stato approvato l’Avviso pubblico per l’accreditamento istituzionale, ai sensi dell’art. 6, L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii. e dei Decreti commissariali n. 67/2012 e n. 46/2013, delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni di ambulatorio di riabilitazione FKT (Stabilimento FKT) e diagnostica per immagini, in ottemperanza alle Sentenze del TAR Abruzzo che diffidavano la Regione Abruzzo a predisporre e pubblicare i bandi per i nuovi accreditamenti e con successiva DGR n. 59/2017, è stato approvato l’elenco degli ammessi alla procedura di accreditamento e degli idonei eventuali subentranti.

¹⁸ Presidio Ospedaliero Villa Letizia (DGR n. 605/2017); - Fondazione Istituto Santa Caterina (DGR n. 606/2017); - Fondazione Paolo VI (DGR n. 607/2017); - Casa di Cura privata Villa Serena s.r.l. (DGR n. 608/2017); - Santa Camilla S.p.A. (DGR n. 609/2017); - Fondazione Padre Alberto Mileno (DGR n. 610/2017); - Fondazione ANFFAS Onlus (DGR n. 629/2017); - Fondazione Piccola Opera Caritas Onlus (DGR n. 630/2017); - Monferrante Sanità e servizi s.r.l. (DGR n. 631/2017); - Provincia Religiosa Santi apostoli Pietro e Paolo Don Orione (DGR n. 632/2017); - Casa di cura Nova Salus s.r.l. (DGR n. 633/2017).

L'approvazione del predetto elenco è stata oggetto di diversi gramm in sede di giurisdizione del Giudice Amministrativo (vedi paragrafo sul contenzioso).

1.4.8.1.b) Linee negoziali, tetti di spesa e contratti

L'indicazione dei tetti di spesa, stabiliti per ciascuna struttura privata accreditata è lo strumento mediante il quale la Regione alloca le risorse del SSR, per orientare la produzione delle strutture private verso le prestazioni maggiormente rispondenti al fabbisogno della popolazione, nel rispetto dei criteri di appropriatezza ed efficienza¹⁹.

Negli anni 2016 e 2017 la Regione ha provveduto ad approvare linee negoziali e tetti di spesa per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni da parte di operatori privati accreditati (provvisoriamente e definitivamente):

- **Assistenza ospedaliera privata**

Deliberazione di Giunta regionale n. 776/2016 del 28.11.2016 - *Approvazione schema contrattuale per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata accreditata e tetti massimi di spesa 2016-2017.*

Deliberazione di Giunta regionale n. 20/2017 del 26.01.2017 - *DGR 776/2016 recante: Approvazione schema contrattuale per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata accreditata e tetti massimi di spesa 2016-2017 – Osservazioni presentate dagli erogatori privati.*

Con DGR n.776/2016, poi integrata dalla DGR n. 20/2017, la Regione Abruzzo ha autorizzato il tetto di spesa massimo, complessivo e per struttura relativo a **ciascuna delle due annualità 2016 e 2017** per l'acquisto di prestazioni di ospedalità privata in favore di pazienti regionali ed extraregionali, in 126.851 euro/migliaia e 131.791 euro/migliaia. Con DGR n. 20/2017 è stata apportata integrazione allo schema contrattuale introducendo l'art. 5 *“criteri di ripartizione della spesa preventivata”*²⁰.

Deliberazione di Giunta regionale n. 634/2017 del 03.11.2017 - *Approvazione schema contrattuale per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni sanitarie erogate dalla rete ospedaliera privata accreditata e tetti massimi di spesa 2018*²¹.

¹⁹ È già stato asseverato nel precedente referto che la Regione ha recepito le prescrizioni di cui al decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012, recante *“Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”* (GU n. 23 del 28 gennaio 2013), e, in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 15, comma 15, del D.L. n. 95/2012, citato in precedenza, ha provveduto a determinare le tariffe massime di riferimento per le remunerazioni delle prestazioni di assistenza ospedaliera nonché di assistenza specialistica ambulatoriale.

Ha, altresì, dato piena attuazione alle disposizioni di cui al citato D.L. n. 95/2012, riguardanti gli acquisti di prestazioni da Erogatori privati accreditati, sia in riferimento all'anno 2012 che ai successivi.

In particolare, l'art. 15, comma 14, ha previsto la riduzione, in misura percentuale fissa, dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto dei contratti con gli erogatori privati di prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale, tale da ridurre la spesa complessiva annua rispetto alla spesa calcolata a consuntivo per l'anno 2011 dello 0,5% per l'anno 2012, dell'1% per l'anno 2013 e del 2% a decorrere dall'anno 2014.

²⁰ Art. 5 : *“A garanzia della previsione di spesa concordata con il presente contratto e a tutela della continuità nell'erogazione delle prestazioni di ospedalità, le parti convengono che il tetto annuale di spesa, di cui all'art.3 del presente accordo, è frazionato in mensilità con l'obbligo di non superamento dei limiti progressivi mensili, con una oscillabilità (mensile) non superiore al 10% del tetto mensile, nei limiti della capacità produttiva massima dei posti letto accreditati e fermo restando quanto previsto all'art.3, comma 3. Per motivate esigenze, comunque segnalate e autorizzate dalla ASL di afferenza territoriale delle singole case di cura, può essere riconosciuta una occasionale ed eccezionale oscillabilità, compresa tra il 10% e il 30%, a condizione che ciò non comporti l'erosione anticipata del tetto massimo annuale assegnato. Per il periodo precedente alla sottoscrizione del contratto l'oscillabilità è fissata al 30% al fine di non pregiudicare le attività programmate”.*

²¹ Nella riunione del 26 luglio 2017, con riferimento allo schema contrattuale di cui alle DGR n. 218/2017 e n. 305/2017, Tavolo e Comitato chiedevano di inserire, all'art. 9, comma 2, il riferimento all'art. 4, comma 7, della legge n. 412/1991 (in materia di unicità del rapporto di lavoro del personale medico con il SSN), tenuto conto che la legge n. 662/1996, richiamata, all'art. 1, comma 5, fa espressamente salve le ipotesi di incompatibilità indicate dalla succitata legge n. 412/1991.

Con tale deliberazione, la Regione approva lo schema di contratto in cui, come richiesto dai Tavoli di verifica, inserisce (cfr. punto 9 comma 4) il riferimento all'art. 4, comma 7, della legge n. 412/1991 (in materia di unicità del rapporto di lavoro del personale medico con il SSN). Con tale DGR vengono, inoltre, fissati i tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni ospedaliere da privato 2018. Il valore complessivo massimo di spesa, è fissato in euro 123.592.478, a cui va aggiunto il valore massimo di euro 8.198.435 da destinare alla Casa di Cura INI Srl - Divisione Canistro, la cui stipula è subordinata alla approvazione del provvedimento di Giunta di accreditamento della struttura in cui dovrà essere precisato il completamento delle procedure previste dalla DGR n. 270/2017.

- **Assistenza specialistica ambulatoriale**

Decreto Commissariale n. 73/2016 del 05.07.2016 - *Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2016.*

Tale decreto, emanato a favore di pazienti regionali ed extra regionali, detta lo schema di contratto e autorizza, nella misura di euro 29.287.322,00 il tetto massimo di spesa complessiva. L'importo è stato definito riducendo il valore al tetto di spesa 2016 dell'1% della spesa complessiva consuntivata 2014, in attuazione del D.L. n. 78/2015. Tale decreto stabilisce le condizioni per l'accesso alle strutture laboratoristiche per la contrattazione 2017, 2018 e 2019. Viene fissato al 30 settembre 2016 il termine per la sottoscrizione dei contratti.

Decreto Commissariale n. 104/2016 del 21.09.2017 - *Decreto commissariale n. 73/2016 – Modifiche ed integrazioni.*

Con tale decreto:

- si approvano le modifiche ed integrazioni agli schemi contrattuali approvati con il DCA n. 73/2016, rinviando a separato provvedimento:
 - o i chiarimenti circa la tipologia di prestazioni che concorrono alla quantificazione delle soglie di produzione di cui al DCA n. 73/2016 sulla base dei contenuti dell'Accordo sul documento recante "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio" sancito in data 23 marzo 2011, dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nonché del DCA n. 11/2011;
 - o la definizione della procedura e della tempistica per le verifiche connesse al raggiungimento delle predette soglie di produzione ai fini dell'ammissione alle prossime tornate contrattuali;
- si prende atto che non risultano ancora definite le criticità riportate nel DCA n. 73/2016 relative ad alcune strutture;
- si prende atto che il tetto di spesa complessivo 2016 per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato indicato nel DCA n. 73/2016 risulta coerente con i valori riportati nel DCA n. 55/2016; si confermano i tetti di spesa già riportati nel DCA n. 73/2016 e ogni altro contenuto dello stesso provvedimento, nonché dei suoi allegati, non modificato con l'atto.

Deliberazione di Giunta regionale n. 104/2017 del 14.03.2017 - *Tetti di spesa provvisori per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da soggetti privati accreditati - anno 2017*

Si definisce il **tetto massimo di spesa provvisorio 2017**, per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica privata, da rendere in favore di pazienti anche non residenti nella Regione Abruzzo, in misura non superiore a quello già previsto nell'ultima tornata contrattuale dal DCA n. 73/2016, come modificato ed integrato dal DCA n. 104/2016; con la precisazione che nella fase transitoria, ciascuna struttura contrattualizzabile dovrà attenersi, in via provvisoria, ai valori di spesa riportati nel DCA n. 73/2016, come modificato ed integrato dal DCA n. 104/2016 erogando, mensilmente volumi di prestazioni correlati a detti importi massimi annui, nel rispetto dei limiti progressivi mensili; si precisano i termini per la definizione delle strutture contrattualizzabili nel 2017: strutture di specialistica ambulatoriale e accreditate per la medicina di laboratorio riportate negli allegati ai DCA n. 73/2016 e n. 104/2016, che in conformità a quanto stabilito nella citata DGR n. 682/2016, raggiungono le soglie di produzione previste.

Deliberazione di Giunta regionale n. 305/2017 del 14.06.2017 - Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2017 - approvazione schema contrattuale e tetti di spesa Stabilimenti fkt, studi di radiologia, case di cura, studi medici, - branche a visita.

Fatto riferimento al DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” ed in particolare all’art. 64, comma 2²², la Regione, stante la validità del suddetto DPCM in assenza dell’emanazione del decreto citato dall’art. 64, di definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni, cita anche la DGR n. 682/2016 “Laboratori privati accreditati - Soglie produzioni di cui al DCA m. 11/2011 e al DCA n. 73/2016 - Approvazione procedura di verifiche”, con la quale è stata approvata la procedura di verifica di dette soglie ed è stato espressamente previsto che la produzione di un numero di prestazioni corrispondente alle soglie stabilite per la contrattualizzazione delle strutture laboratoristiche accreditate è condizione per lo produzione e la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del SSN. La Regione, tra l’altro:

- conferma, in via definitiva, ed autorizza per il 2017, i tetti di spesa della specialistica ambulatoriale per le tipologie di Stabilimenti FKTT, gli Studi di radiologia, le Case di Cura, gli Studi Medici-branche a visita approvati provvisoriamente con DGR n. 104/2017 nel valore complessivo massimo, comprensivo delle prestazioni da rendere a pazienti extraregionali, pari ad euro 24.144.000 come indicato nel prospetto allegato all’atto, valore coerente con quanto stabilito con il DCA n. 55/2016;
- dà atto che gli erogatori privati di prestazioni di specialistica ambulatoriale per le tipologie Stabilimenti FKT, Studi di radiologia, Case di Cura, Studi Medici-branche a visita con i quali si procede alla negoziazione 2017 sono quelli di cui all’Allegato A del provvedimento;
- approva lo schema di contratto negoziale per l’acquisto di tali prestazioni;
- dà atto che l’approvazione dello schema contrattuale e l’individuazione dei tetti di spesa definitivi 2017 per singolo erogatore, concernenti le strutture di specialistica ambulatoriale accreditate per la medicina di laboratorio che rispondono ai requisiti di cui al DCA n. 73/2016 nonché alla DGR n. 682/2016, seguiranno all’esito delle procedure richiamate in premessa;
- stabilisce le modalità di presentazione di eventuali osservazioni da parte degli erogatori privati ammessi alla contrattazione;
- dà atto che, con riferimento agli erogatori privati non intenzionati a sottoscrivere il contratto proposto, trovano applicazione le disposizioni di cui all’art. 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

Deliberazione di Giunta regionale n. 589/2017 del 18.10 2017 - DCA n. 73 del 5.07.2016 recante “Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l’anno 2016”, DGR n. 682/2016 recante “Laboratori privati accreditati – Soglie di produzione di cui al DCA n. 11/2011 e al DCA n. 73/0016 – Approvazione procedura di verifica”. Determinazioni per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete dei Laboratori Privati Accreditati.

Con tale deliberazione, la Regione conferma, per quanto non altrimenti previsto e modificato, le disposizioni di cui al DCA n. 73/2016 e alla DGR n. 682/2016, in ordine alle modalità operative richieste per pervenire all’ammissione alla contrattazione delle strutture laboratoristiche che raggiungono le soglie di produzione;

- prende atto che:
 - o il livello della qualità analitica delle prestazioni rese dai Laboratori che operano per conto del SSN

²² L’art. 64, comma 2, del DPCM 12 gennaio 2017, prevede che “Le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, sentito l’Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell’art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni. Dalla medesima data sono abrogati il decreto ministeriale 22 luglio 1996, recante «Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogati nell’ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe» e il decreto ministeriale 9 dicembre 2015 recante «Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio sanitario nazionale»”.

- Accordo Stato Regioni del 23.03.2011 e DCA n. 11 del 29.03.2011 - presuppone il raggiungimento delle soglie minime previste;
- o il raggiungimento delle soglie assicura solo ai soggetti accreditati, sia in forma singola che associata, l'ammissione alla procedura di negoziazione – DCA n. 11/2011 e DCA n. 73/2016;
- o le prestazioni rese e utilizzate per la valutazione del raggiungimento delle suddette soglie di produzione sono soggette a verifica – giusta DGR n. 682/2016;
- stabilisce, [...], che siano completati, con urgenza e comunque non oltre il 31.12.2018, i procedimenti per gli accreditamenti da parte dell'ASR Abruzzo e del Servizio DPF009 – Programmazione socio-sanitaria;
- differisce, per quanto evidenziato, limitatamente all'annualità 2017, l'operatività del sistema delle soglie di produzione;
 - o modifica, pertanto, il DCA n. 73/2016 per la parte relativa alle annualità di riferimento, individuate dal suddetto DCA per la verifica delle prestazioni e conseguente ammissione alla contrattazione, nella modalità seguente: 100.000 prestazioni prodotte nel 2017 per l'accesso alla contrattazione 2018; 150.000 (soglia intermedia) prestazioni prodotte nel 2018 per l'accesso alla contrattazione 2019; 200.000 prestazioni prodotte nel 2019 per l'accesso alla contrattazione 2020 (e annualità successive);
- approva, pertanto, la nuova articolazione delle soglie di produzione raggiunte che varranno per l'ammissione a contrattazione degli erogatori privati accreditati per la medicina di laboratorio;
- stabilisce che, per l'annualità 2017, siano definite le linee negoziali per la remunerazione delle prestazioni dei laboratori privati, al pari di quelle già approvate con DGR n. 305/2017;
- ribadisce che saranno individuate le strutture di specialistica ambulatoriale, risultanti dagli elenchi aggiornati - redatti dal Servizio DPF009 - Programmazione socio-sanitaria - degli erogatori privati accreditati per la medicina di laboratorio;
- dà mandato al Servizio DPF006 - Contratti Erogatori Privati di procedere alla predisposizione delle Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2017, sulla base del tetto di spesa massimo complessivo risultante dalla DGR n. 104/2017 e precisamente in misura non superiore a quello già previsto dal DCA n. 75/2016 e ss.mm. e ii.

Deliberazione di Giunta regionale n. 731/2017 del 18.10 2017 - DGR n. 305 del 15.06.2017 recante Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2017 - Approvazione Schema contrattuale e tetti di spesa stabilimenti FKT, Studi Radiologia, case di Cura, Studi Medici - Banche a Visita. Osservazioni presentate dagli erogatori privati – Provvedimenti.

Con tale deliberazione si conferma, per quanto non altrimenti previsto e modificato dal presente provvedimento, il contenuto della DGR n. 305/2017 e dei suoi allegati e si modifica e integra, con riguardo alle osservazioni presentate, lo schema contrattuale, approvato con la DGR n. 305/2017 medesima.

• **Riabilitazione extra-ospedaliera**

Decreto Commissariale nn. 48 e 49/2016 del 23.05.2016 - Avvio procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento predefinitivo per l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime residenziale e psicoriabilitativo. Biennio 2016/2017.

- Con esso è stato avviato il procedimento di negoziazione con gli erogatori privati titolari di accreditamento predefinitivo per l'erogazione di prestazioni in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale – sue declinazioni – e domiciliare riabilitativo per il biennio 2016/2017, definendo i tetti di spesa per lo stesso biennio e lo schema di accordo contrattuale. I tetti di spesa si intendono calcolati con riferimento alla quota sanitaria della tariffa e con indicazione della quota a titolo di partecipazione alla spesa sanitaria, dovuta dall'assistito o, in caso di incapacienza di questo, dal Comune di residenza, in coerenza con gli adeguamenti alla normativa Lea introdotti con i DCA n. 103/2014 e DCA n. 19/2015;
- con riferimento alle strutture ammesse alla negoziazione con contratto per l'acquisto di prestazioni di carattere riabilitativo (ex art. 26, legge n. 833/1978), con strutture che erogano servizi in favore di soggetti autistici o assimilati, i relativi tetti di spesa sono determinati facendo riferimento alle

rilevazioni dei dati aziendali e dei flussi regionali - Flusso Informativo Ministeriale RIA - con puntualizzazioni in merito al pagamento della compartecipazione da parte dell'assistito a termini dei DCA n. 103/2014 e DCA n. 19/2015;

- si riserva a successivo provvedimento commissariale l'integrazione dei budget individuati per l'acquisto di prestazioni da strutture di cui al punto precedente, le quali erogano servizi in favore di soggetti autistici o assimilati, a definitivo apprezzamento tariffario e ciò al fine di consentire alle Aziende UU.SS.LL. di poter procedere, senza soluzione di continuità, alla remunerazione delle prestazioni erogate a carico del SSR dalla data della stipula dell'accordo negoziale con le suddette strutture. Stabilisce, infine, che, alla luce di quanto sarà eventualmente disposto da futuri provvedimenti commissariali di programmazione relativamente al secondo anno di vigenza contrattuale, si potrà procedere alla ridefinizione dell'ammontare, complessivo e per singola struttura, delle risorse destinate all'area riabilitazione ex art. 26 della legge n. 833/78, RP, RSA, strutture psicoriabilitative.

Decreto Commissariale n. 76/2016 del 05.07.2016 - *Avvio procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento pre-definitivo per l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime residenziale, riabilitativo e psicoriabilitativo. Integrazioni e rettifiche ai DD.CC.AA. 48/2016 e 49/2016.*

Con tale decreto viene individuato al 25 luglio 2016 il termine ultimo per la trasmissione di osservazioni e controdeduzioni da parte delle strutture private interessate dai DCA n. 48/2016 e n. 49/2016, e fissati al 12 settembre 2016 ed al 30 settembre 2016 i termini ultimi per la conclusione del procedimento e la conclusione dei contratti, rispettivamente per le prestazioni in regime residenziale, riabilitativo e psicoriabilitativo, di cui al DCA n. 48/2016, e per le prestazioni di assistenza riabilitativa, ex art. 26 della legge n. 833/1978, di cui al DCA n. 49/2016.

Viene, inoltre, confermato che, per l'annualità 2016, conformemente ai DCA n. 55/2016, (Piano di Riqualificazione 2016-2018), i tetti di spesa fissati con i DCA n. 48/2016 e n. 49/2016 sono ricompresi nei limiti massimi di spesa già previsti; per l'annualità 2017, si procederà ai necessari adeguamenti, rideterminando conseguentemente gli importi assegnati a ciascuna struttura predefinitivamente accreditata, tenuto conto del tetto massimo di spesa individuato dal DCA n. 55/2016 ed approvato dai Ministeri affiancanti per l'annualità suddetta.

- **Altre prestazioni da privato: Assistenza termale**

Deliberazione di Giunta regionale n. 218/2017 del 28.03.2017 - *Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete termale privata accreditata triennio 2016 - 2017 - 2018 – approvazione dello schema di accordo negoziale e relativi tetti massimi di spesa.*

Con tale delibera si prende atto dell'aggiornamento delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza termale, previsto nell'Accordo tra le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e la Federterme, recepito. Dall'intesa Rep Atti n 18/CSR del 29.02.2017, con un incremento, uniforme e fisso, del 3% a decorrere dal 10 gennaio 2016; si prende atto, altresì, che:

- la quota spettante alla Regione Abruzzo dal riparto delle risorse complessive del SSN è pari ad € 44.161,00 per ciascuna annualità del triennio 2016/2018, come risultante dall'Allegato 1 dell'Intesa Rep. Atti n. 18/CSR del 29.02.2017, e che la restante parte è coperta dell'incremento della compartecipazione stimata in euro 46.240,00;
- gli erogatori privati di prestazioni termali, con i quali si procede alla negoziazione per la sottoscrizione dell'accordo negoziale per il triennio 2016-2018, sono individuati nell'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del provvedimento.

Si stabilisce nella misura di complessivi euro 3.290.401,00, il tetto di spesa lordo massimo per ciascun anno di vigenza contrattuale 2016-2018, per l'acquisto di prestazioni termali da privato accreditato in favore di pazienti regionali ed extraregionali; ammontare che viene ripartito tra le singole strutture private come specificato nell'allegato prospetto che costituisce parte integrante e sostanziale del provvedimento. Si approva lo schema di accordo negoziale per l'acquisto di prestazioni termali, che forma parte integrante e sostanziale dell'atto.

1.4.8.1.c) Stato di sottoscrizione dei contratti e rispetto dei tetti di spesa

a.

Si evince dal verbale del 26 luglio 2017 di Tavolo e Comitato e dalla Relazione dell'Advisor che, **alla fine di giugno 2017**, la situazione relativa alla sottoscrizione dei contratti è la seguente:

- **Assistenza ospedaliera (DGR n. 776/2016 e DGR n. 20/2017, tetti di spesa per il 2016 pari a 127 €/mln e per il 2017 pari a 132 €/mln)**

Tutte le strutture hanno sottoscritto il contratto per l'acquisto di prestazioni ospedaliere da privato per le annualità 2016 e 2017, approvando lo schema negoziale e i relativi tetti di spesa, ad esclusione della struttura San Raffaele che ha presentato ricorso al TAR, per la quale la Regione dichiara che sono state attivate le procedure per la sospensione dell'accreditamento^{23,24}. L'Advisor segnala che la DGR n. 20/2017 ha approvato la rimodulazione dei tetti di spesa tra le case di cura Spatocco e Pierangeli afferenti allo stesso gestore (la società Synergo srl), il cui budget complessivo resta di valore invariato rispetto a quanto stabilito nella DGR n. 776/2016;

- **Specialistica ambulatoriale (DCA n. 73/2016, DCA n. 104/2016, tetto di spesa pari per il 2016 a 29,3 €/mln e DGR n. 305/2017 per il 2017 pari a 24,1 €/mln)**

Il DCA n. 104/2016 ha concluso la fase di interlocuzione con le strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per il 2016, con la sottoscrizione dei relativi contratti. A giugno 2017 risultavano in corso di definizione le procedure di sottoscrizione dei budget approvati con la DGR n. 305/2017; per le strutture eroganti prestazioni di medicina di laboratorio e la verifica ulteriore del raggiungimento delle soglie di produzione minime richieste per la contrattualizzazione.

La Regione, nel corso della riunione di Tavolo e Comitato del 26 luglio 2017, inoltre, ha fatto presente l'istaurarsi di ulteriore contenzioso con alcune strutture che avrebbero voluto uscire dai Consorzi contrattualizzati e richiedere un budget non previsto per strutture consorziate;

²³ Si legge nella relazione dell'Advisor che "tutte le strutture hanno firmato l'accordo ad esclusione della struttura San Raffaele spa" e che "la sottoscrizione del contratto per le annualità 2016 e 2017 concernente la struttura INI spa Divisione Canistro stante il divieto di concludere accordi con strutture plurispecialistiche con un numero di posti letto per acuti accreditati inferiore a 40 (DM n. 70/2015), potrà avvenire solo una volta divenuti operativi gli assetti organizzativi definiti dal DCA n. 98/16, che ha disposto la trasformazione della casa di cura in struttura mono-specialistica. Allo stesso modo la sottoscrizione del contratto per l'annualità 2017 della struttura Presidio Ospedaliero Villa Letizia srl potrà avvenire solo una volta divenuti operativi gli assetti organizzativi definiti dal DCA n. 98/16, che ha decretato la trasformazione di 6 p.l. di recupero e riabilitazione funzionale in 3 p.l. di Ortopedia e Traumatologia".

"Con DGR n. 341 del 29.06.2017 la Regione ha rilevato l'avvenuta riconversione della struttura e ha provveduto all'accreditamento definitivo della struttura Villa Letizia srl, avviando le procedure per la sottoscrizione del relativo contratto. Per le restanti strutture, le procedure allo stato attuale risultano ancora in corso e pertanto le strutture non risultano contrattualizzate. Con DGR n. 270/2017 è stato prorogato il termine per la riconversione della Casa di Cura Ini Canistro al 31.12.2017. La DGR n. 20/2017 ha approvato la rimodulazione dei tetti di spesa tra le Case di cura Spatocco e Pierangeli afferenti allo stesso gestore, la società Synergo srl, il cui budget complessivo resta di valore invariato rispetto a quanto stabilito nella DGR n. 776/2016".

²⁴ A novembre 2017 la Regione dichiara (verbale Tavolo e Comitato del 30.11.2017) che tutte le strutture hanno sottoscritto il contratto 2016-2017, compresa la struttura San Raffaele, la struttura Villa Letizia e la struttura INI divisione Canistro.

- **Assistenza riabilitativa (DCA n. 49/2016, DCA n. 76/2016 e DCA n. 108/2016)**

Sono stati avviati i procedimenti per la negoziazione per gli anni 2016-2017 sulla base di un tetto di spesa previsto pari a 60,4 mln di euro. L'Advisor segnala, nella sua relazione, la sottoscrizione a quella data del contratto da parte di 19 strutture su 23.

I contratti non ancora sottoscritti fanno riferimento a strutture che hanno presentato ricorso al TAR contro la riduzione del budget.

Per le strutture che non hanno sottoscritto il contratto sono state avviate le procedure di sospensione dell'accREDITAMENTO.

- **Strutture di psicoriabilitazione (DCA n. 48/2016 e DCA n. 76/2016, tetto di spesa per l'anno 2016 è pari a 16,1 mln di euro, per le RSA un tetto pari a 16,3 mln di euro e per le RA un tetto pari a 12,6 mln di euro)**

Per la **psicoriabilitazione** risultano sottoscritti tutti i contratti.

Per le **strutture RSA** sono stati sottoscritti 16 contratti su 17. Per l'unica struttura che ha presentato ricorso al TAR, che è stato respinto con sentenza 162/2017; successivamente è stato avviato il procedimento di sospensione dell'accREDITAMENTO.

Per le **strutture RA** sono stati sottoscritti 15 contratti su 16.

- **Assistenza termale (DGR n. 218/2017)**

Il tetto di spesa per il triennio 2016-2018 è stato determinato per un importo annuo pari a 3,29 mln di euro. A luglio 2017 la Regione dichiarava (verbale Tavolo e Comitato del 26.07.2017) che era in fase di conclusione la sottoscrizione degli accordi contrattuali. A novembre 2017 (verbale Tavolo e Comitato del 30.11.2017) dichiara che il procedimento di sottoscrizione risulta completato.

b.

La situazione relativa alla fase attuativa, del rispetto cioè dei tetti di spesa da parte degli erogatori, sempre con riferimento a quanto verificato dall'Advisor e accertato nella riunione di Tavolo e Comitato del 26 luglio 2017, mostra che:

• **Assistenza Ospedaliera**

dai dati forniti da ASR Abruzzo al Consuntivo 2016, risulta che il fatturato delle strutture ospedaliere è inferiore alla produzione SDO e SDAC per circa 1,5 €/mln e superiore al budget annuale per 5,2 €/mln. Le strutture hanno eroso complessivamente il 104% del tetto massimo previsto dai budget 2016.

L'Advisor sottolinea una maggior erosione da parte delle strutture: Casa di Cura San Raffaele (115%), Casa di Cura Di Lorenzo (102%), Casa di Cura San Francesco (101%), Casa di Cura Spatocco

(101%). La Casa di cura INI Canistro S.r.l., alla luce di quanto previsto dalla DGR n. 270 del 23.05.2017, con la quale è stato prorogato il termine per la riconversione di tale struttura al 31.12.2017, e assegnati ulteriori 4,9 €/mln, per l'eventuale indennizzo della produzione resa nel 2016, erode il budget del 90%.

Tavolo e Comitato chiedevano chiarimenti in merito all'accantonamento di tale somma e chiedevano se la produzione oltre i tetti fosse stata remunerata. Chiedevano, inoltre, se e quali misure fossero state adottate nei confronti delle strutture che superano i tetti anche ai sensi dell'art. 7, comma 4, lettera c), della legge regionale n. 32/2007 e s.m.i. (citato nelle premesse della citata DGR n. 776/2016)²⁵, che prevede *“la revoca dell'accreditamento per le strutture nel caso di erogazione per due annualità, nel periodo di validità dell'accordo contrattuale, di prestazioni - delle quali è comunque vietata la remunerazione - eccedenti nella misura massima del 5% il programma preventivamente concordato e sottoscritto”*. Tavolo e Comitato, nel rinviare al parere da rendersi, rilevavano l'opportunità di inserire nello schema di accordo contrattuale l'esplicito riferimento alla citata L.R. n. 32/2007. La Regione aveva fatto presente che non erano stati attivati procedimenti di sospensione dell'accreditamento nei confronti né della struttura INI Canistro, in quanto è situata in zona orograficamente disagiata, né nei confronti della struttura San Raffaele, in quanto si tratta dell'unica struttura in Regione in grado di trattare pazienti affetti da mielolesione che altrimenti rischierebbero di andare fuori (riunione 30 marzo 2017).

Nella successiva riunione, la Regione precisava di aver attivato le procedure di sospensione dell'accreditamento nei confronti di tre strutture, ma non per le restanti.

Tavolo e Comitato ribadivano quanto rappresentato in precedenza, ricordando quanto previsto dall'art. 15, comma 14, del decreto legge n. 95/2012 in merito al limite di spesa ancorato al valore dell'anno 2011 (-2%) che non è più legato al singolo contratto, bensì all'intera categoria, con ciò prevedendo elasticità nell'attribuzione dei tetti dei singoli erogatori fermi restando i limiti regionali. Ricordavano nuovamente quanto disposto dall'art. 1, comma 574, della legge di stabilità per l'anno 2016 in merito ai tetti di spesa da privato e alla possibilità di incrementare i tetti di spesa per le prestazioni di alta specialità rese in mobilità attiva, ferme restando le relative compensazioni con altre componenti di spesa sanitaria (riunione 26 luglio 2017).

In particolare, partendo dalla “Proiezione 2017” per l'assistenza ospedaliera (pari a 131,791 mln di euro) con un incremento pari a 8,2 mln di euro rispetto al Programmatico 2017 (pari a 123,582 mln di euro), Tavolo e Comitato dopo aver chiesto chiarimenti in merito all'accantonamento per l'eventuale indennizzo della produzione resa oltre il budget nel 2016 e alla remunerazione della produzione oltre i tetti oltreché ad eventuali misure a carico delle strutture che avessero superato i tetti, hanno constatato il perdurare della inadempienza della Regione (riunione 30 novembre 2017).

- **Assistenza specialistica**

il fatturato al netto delle Note Credito, pari a 28 €/mln ha eroso il 96% del Budget assegnato. Per le prestazioni soggette a tetto, il fatturato risulta superiore rispetto al valore contabilizzato per un importo pari a 0,6 €/mln dovuto principalmente alla Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila che presenta un delta di 0,7 €/mln.

- **Riabilitativa Ex art 26**

il fatturato al netto delle Note Credito, pari a 62,3 €/mln ha eroso il 103% del Budget assegnato (104% per la Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila e 107% la Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti). Per le prestazioni soggette a tetto, il fatturato risulta superiore rispetto al valore contabilizzato per un importo pari a 0,6 €/Mln dovuto principalmente alla Azienda 03 Pescara.

²⁵ Citazione errata: vedi art. 4, lett. c), legge regionale n. 32/2007.

- **Psicoriabilitazione**

il fatturato al netto delle Note Credito, pari a 15,5 €/mln ha eroso il 96% del Budget assegnato. Per le prestazioni soggette a tetto, il fatturato risulta sostanzialmente contabilizzato interamente dalle Aziende.

- **Strutture RSA**

il fatturato al netto delle Note Credito, pari a 15,7 €/mln ha eroso il 97% del Budget assegnato. Per le prestazioni soggette a tetto, il fatturato risulta sostanzialmente contabilizzato interamente dalle Aziende ad esclusione dell'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti che registra un delta di 0,5 €/mln.

- **Strutture RA**

il fatturato al netto delle Note Credito, pari a 11,8 €/mln ha eroso il 94% del Budget assegnato. Per le prestazioni soggette a tetto, il fatturato risulta sostanzialmente contabilizzato interamente dalle Aziende.

L'Advisor registra poi 16,3 €/mln di prestazione in strutture fuori Regione di cui 7 €/mln per riabilitazione ex art 26 e 8 €/mln per psicoriabilitazione.

Per le **prestazioni a fatturazione diretta, relative ai non residenti**, fatturate direttamente alla Regione e non alle Aziende sanitarie di residenza, Tavolo e Comitato, nella **riunione del 30 novembre 2017**:

- invitano la Regione ad attivarsi affinché le strutture private fatturino nella maniera corretta e si riservano di verificare il rispetto di tale prescrizione in sede di verifica dei conti del IV trimestre 2017;
- chiedono, inoltre, chiarimenti in merito agli accordi di confine previsti dalla legge di stabilità per l'anno 2016, chiedendone l'accelerazione dell'attivazione di tali Accordi;
- restano in attesa, con riferimento, infine, alle prestazioni da privato, di quanto richiesto nella riunione del 26 luglio 2017, in merito alla produzione di una relazione inerente alle note di credito relative alle prestazioni da privato accreditato, che evidenzino, per ciascuna tipologia di prestazione e ciascun anno, le note di credito attese, quelle ricevute e quelle da ricevere nonché gli accantonamenti posti in essere dalle singole aziende. Richiamano quanto precedentemente valutato in merito alla mancata ricezione delle note di credito.

Con riferimento all'**analisi dei costi operativi per l'anno 2017**, Tavolo e Comitato rilevano, altresì, una **insufficiente governance** da parte della Regione con particolare riferimento alla mancata definizione del Piano di fabbisogno di personale, al rapporto con gli erogatori privati, con riferimento alla mancata ricezione delle note di credito, all'incompleta sottoscrizione dei contratti e alla mancata attivazione dei processi di sospensione dell'accreditamento.

Ribadiscono, infine, la richiesta di ricevere copia della documentazione prodotta dalla Regione in

ordine all'iter di sospensione dell'accreditamento delle strutture interessate.

Chiedono alla Regione di agire con la dovuta incisività e tempestività.

1.5 Esito delle verifiche annuali dei provvedimenti del Piano di rientro della Regione Abruzzo da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza

Come già evidenziato nei precedenti referti, l'Accordo tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo, sottoscritto in data 6 marzo 2007, con il quale è stato approvato il Piano di rientro dal disavanzo e riqualificazione e razionalizzazione del SSR (art. 2, comma 4), ha previsto che, alla scadenza degli stati di avanzamento, di cui al comma 3, verificata l'istruttoria di cui al comma 2, il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle finanze, per quanto di rispettiva competenza, avrebbero attestato il raggiungimento degli obiettivi, con riferimento all'adozione dei provvedimenti regionali da sottoporre a preventiva approvazione, ai sensi dell'art. 3, del citato Accordo. Nel 2016 e 2017 è, dunque, proseguita la verifica, da parte di Tavolo e Comitato, esitata nei verbali 19 aprile 2016 e seguenti, interlocutori fino alla verifica annuale del 26 luglio 2017.

Riunione 30 marzo 2017

Nella riunione interlocutoria del 30 marzo 2017, Tavolo e Comitato, a partire da quanto dettagliatamente riportato, valutano quanto segue:

- *prendono atto dell'invio della documentazione richiesta relativa al trasferimento dei fondi relativi alla seconda tranche ricalendarizzata e al pagamento relativo alla terza ed ultima tranche e al relativo incasso che, tuttavia, risulta essere stato effettuato con ritardo rispetto alla scadenza prevista;*
- *in merito al Conto consuntivo regionale 2015:*
 - *non risulta pervenuto il bilancio consolidato regionale 2015 e chiedono chiarimenti in merito all'adozione;*
 - *nel delegare i rappresentanti del Ministero dell'economia e del Ministero della salute in seno ai Tavoli l'esame degli atti preannunciati dalla Regione, prendono atto della DGR n. 777 del 28/11/2016 e della determinazione DPF012/43 del 5/12/2016 inerenti la copertura del disavanzo 2015;*
 - *valutano che la Regione Abruzzo presenta a Conto Consuntivo 2015 un disavanzo di 5,773 mln di euro.*

Dopo le coperture, pari a 5,770 mln di euro di cui alla DGR n. 777 del 28/11/2016 e della determinazione DPF012/43 del 5/12/2016 che sostituiscono le coperture di cui alla DPF012/31 del 21/07/2016, pari a 6,810 mln di euro, residua un disavanzo non coperto di 0,003 mln di euro. 61

Tale disavanzo di 0,003 mln di euro viene portato a nuovo sull'anno 2016;

- *la Regione Abruzzo a IV trimestre 2016 presenta un disavanzo prima delle coperture, di 23,750 (23,747+0,003) mln di euro, in linea con quanto previsto nel Piano di Riqualificazione.*

La Regione con la determina DPF012/08 dell'1/03/2017 conferisce le risorse derivanti dall'utile portato a nuovo della GSA presente nello Stato patrimoniale 2015 fino all'integrale copertura del disavanzo.

Dopo il conferimento di tali coperture, la Regione ha assicurato l'equilibrio economico;

- *l'indicatore annuale sui tempi di pagamento per l'anno 2016 evidenzia che 3 delle 4 ASL della Regione Abruzzo rispettano la direttiva europea sui tempi di pagamento. Permangono ancora i ritardi nella ASL 202 di Lanciano.*

Nell'invitare la Regione ad adoperarsi per risolvere tale criticità, chiedono una puntuale relazione inerente le attività intraprese per risolvere il problema dei ritardi dei pagamenti.

Invitano la Regione a adottare misure di responsabilizzazione dei direttori generali e dei dirigenti preposti alle procedure di liquidazione delle fatture inserendo specifici obiettivi nei rispettivi contratti di lavoro, funzionali a perseguire il rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento.

Invitano la Regione a procedere al rafforzamento delle procedure preposte all'invio della documentazione inerente la verifica annuale degli adempimenti al fine di non ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli adempimenti regionali;

- *la Regione Abruzzo ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2016, il 99% delle risorse incassate nell'anno 2016 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale;*
- *con riferimento allo stato di attuazione del Piano di riqualificazione 2016-2018:*
 - *prendono atto positivamente dei risultati degli indicatori Lea 2015 che denotano ampi miglioramenti nella qualità delle cure;*
 - *sollecitano la conclusione delle procedure di accreditamento delle strutture erogatrici di prestazioni sanitarie;*
 - *rimangono in attesa di aggiornamenti relativamente ai processi organizzativi delle cure primarie (AFT e UCCP);*

- *con riferimento all'attuazione della rete ospedaliera ai sensi del DM n. 70/2015 rimangono in attesa delle conclusioni della Commissione per lo studio di fattibilità relativo all'integrazione funzionale dei Presidi Ospedalieri di Pescara e Chieti;*
- *con riferimento alla verifica degli adempimenti, valutano conclusa la verifica dell'anno 2014 mentre è ancora in corso la verifica relativa all'anno 2015:*

In considerazione dell'avvenuto superamento della verifica adempimenti 2014, valutano che vi sono le condizioni tecniche per poter erogare alla Regione le spettanze residue a tutto l'anno 2014, pari a circa 70 mln di euro.

Riunione 26 luglio 2017

Nella riunione annuale del 26 luglio 2017 Tavolo e Comitato, a partire da quanto dettagliatamente riportato, valutano quanto segue:

- *in merito al Consuntivo 2015:*
 - *prendono atto dell'approvazione dei bilanci d'esercizio 2015 relativi alla GSA e alle aziende e restano in attesa del bilancio consolidato regionale;*
 - *prendono atto della revoca la Determina DPF012/31 del 21/07/2016;*
- *la Regione Abruzzo a Conto Consuntivo 2016 presenta un disavanzo prima delle coperture, di 36,966 mln di euro.*

La Regione con la determina DPF012/27 del 6/07/2017 conferisce le risorse derivanti dall'utile portato a nuovo e dai contributi per ripiano perdite presenti sullo Stato patrimoniale 2016 della GSA fino all'integrale copertura del disavanzo.

Dopo il conferimento di tali coperture, la Regione ha assicurato l'equilibrio economico;

- *la Regione Abruzzo ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013 in quanto, con riferimento alle risorse incassate nell'anno 2016 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario regionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale:*
 - *ha erogato entro il 31/12/2016 il 99% delle risorse ricevute*
 - *ha erogato entro il 31/03/2017 il 100% delle risorse ricevute;*
- *Tavolo e Comitato hanno appreso dalla stampa che il bilancio regionale, per carenze di liquidità proprie, durante l'anno 2017, ha trasferito alla gestione autonoma risorse del SSR per un importo pari a circa 37 mln di euro. Tavolo e Comitato, nel richiamare la Regione agli adempimenti in ordine alla messa a disposizione delle risorse del Servizio sanitario regionale, chiedono informazioni in ordine all'avvenuta restituzione di cassa delle risorse prelevate;*

- *prendono atto del rispetto dei tempi di pagamento da parte di 3 aziende sanitarie su quattro e rilevando che permangono ancora i ritardi nella Asl 202 di Lanciano Vasto Chieti e nella GSA. Invitano nuovamente la Regione ad adoperarsi per risolvere tale criticità;*
- *prendono atto della buona movimentazione riscontrata sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali ed invitano la Regione a proseguire nel percorso intrapreso al fine di garantire l'integrale movimentazione della stessa;*
- *prendono atto del lavoro svolto in merito allo Stato patrimoniale 2016 e restano in attesa dei chiarimenti richiesti;*
- *rilevano che i dati di conto economico relativi al I trimestre 2017 evidenziano, per l'anno 2017 il prospettarsi di un disavanzo di -51 mln di euro, non coerente con il Programmatico 2017, pari a -23,7 mln di euro. Si riservano una nuova valutazione in occasione della prossima riunione di verifica;*
- *in ordine all'attuazione del Piano di riqualificazione del Servizio sanitario abruzzese 2016-2018:*
 - *valutano favorevolmente i risultati degli indicatori LEA 2015, che denotano ampi miglioramenti in tutti i settori dell'assistenza;*
 - *in relazione all'accreditamento, restano in attesa della conclusione delle procedure nonché di informazione sull'istituzione dell'Organismo tecnicamente accreditamento e sull'adeguamento dei manuali al disciplinare tecnico di cui alle Intese Stato-Regioni del 20/12/2012 e 19/02/2015;*
 - *relativamente ai rapporti con gli erogatori privati, sollecitano la conclusione dell'attività di sottoscrizione dei contratti e restano in attesa di quanto richiesto, anche con riferimento alla ricezione delle note di credito;*
 - *in materia di assistenza primaria, restano in attesa della definitiva implementazione delle forme associative (ATF-UCCP) su tutto il territorio regionale;*
 - *con riferimento al piano di integrazione funzionale tra i presidi di Chieti e Pescara, di cui alla DGR n. 271/2017, richiamano quanto previsto dalla rete ospedaliera (DCA n. 79/2016), in ordine all'impegno di individuare il DEA di secondo livello nella struttura ospedaliera con il maggior numero di funzioni di HUB nelle reti tempo dipendenti;*
- *rimangono in attesa di quanto previsto dal Piano di riqualificazione, e in particolare, di un documento completo in materia di assistenza territoriale;*
- *con riferimento alla verifica degli adempimenti, valutano conclusa la verifica dell'anno 2015 mentre è ancora in corso la verifica relativa all'anno 2016;*

In considerazione dell'avvenuto superamento della verifica adempimenti 2015, valutano che vi sono le condizioni tecniche per poter erogare alla Regione le spettanze residue a tutto l'anno 2015, pari a circa 69,7 mln di euro.

Riunione 30 novembre 2017

Nella riunione annuale del 30 novembre 2017 Tavolo e Comitato, a partire da quanto dettagliatamente riportato, valutano quanto segue:

- *rimangono in attesa dell'approvazione del bilancio consolidato 2015, evidenziando il ritardo nell'adozione del bilancio rispetto ai termini del decreto legislativo n. 118/2011 e dell'adozione dei bilanci degli enti del SSR e del consolidato regionale 2016; inoltre rappresentano la necessità che il bilancio preventivo annuale 2017 sia approvato entro le scadenze di legge previste ed invitano la Regione ad adottare tutte le iniziative volte ad evitare che si ripeta tale circostanza;*
- *rilevano che la proiezione a chiudere effettuata dall'Advisor al III trimestre 2017, pari a -52,7 mln di euro, è stata costruita con un valore dei contributi del Fondo Sanitario Regionale (indistinto e vincolato) inferiore di 24,6 mln di euro. In tali termini la proiezione a chiudere dell'anno 2017 sulla base dei dati a III trimestre 2017, sarebbe da rideterminarsi in un disavanzo pari a 28,1 mln di euro. Tale disavanzo risulterebbe non coerente con il Programmatico 2017, che prevede un disavanzo di 23,7 mln di euro;*
- *rilevano che, in base ai valori forniti dalla Regione, tutte le aziende, al III trimestre 2017, risultano essere in linea con la normativa vigente sui tempi di pagamento ad eccezione della GSA. Si chiede alla Regione di ricondurre anche la GSA entro i tempi previsti dalla direttiva europea sui tempi di pagamento;*
- *nel prendere atto della buona movimentazione riscontrata sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali, invitano la Regione a proseguire nel percorso intrapreso al fine di garantire l'integrale movimentazione della stessa;*
- *in ordine all'attuazione del Piano di riqualificazione del Servizio sanitario abruzzese 2016-2018:*
 - *valutano favorevolmente i risultati degli indicatori LEA 2015, che denotano ampi miglioramenti in tutti i settori dell'assistenza;*
 - *richiamano la Regione a trasmettere tempestivamente i dati SDO dell'anno 2017 su NSIS;*
 - *in relazione all'accreditamento, restano in attesa: della conclusione delle procedure; di quanto richiesto con riferimento all'Organismo tecnicamente accreditamento; dell'adeguamento dei manuali al disciplinare tecnico di cui alle Intese Stato-Regioni del 20/12/2012 e 19/02/2015;*
 - *relativamente ai rapporti con gli erogatori privati, nel richiamare le criticità evidenziate nel presente verbale, sollecitano la Regione a garantire un corretto rapporto con gli stessi;*
 - *in materia di assistenza primaria, restano in attesa di aggiornamenti sulla definitiva implementazione delle forme associative (ATF-UCCP) su tutto il territorio regionale;*

- *con riferimento all'individuazione del DEA di II livello tra i presidi di Chieti e Pescara rimangono in attesa del documento tecnico che delinea la strategia di integrazione tra gli ospedali di Chieti e Pescara per le funzioni di DEA di II livello;*
- *rimangono in attesa di un provvedimento completo in materia di assistenza territoriale;*
- *la verifica degli adempimenti regionali per l'anno 2016 è in corso.*

Raccomandano la Regione al regolare rispetto della tempistica relativa alle verifiche degli adempimenti regionali, al fine di non ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli stessi.

2 I DISAVANZI DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE E GLI STATI PATRIMONIALI DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

2.1 I disavanzi economici

2.1.1 Premessa

Come già precisato nei precedenti referti, esaminati i bilanci d'esercizio e confrontati con i dati e i risultati del Tavolo di monitoraggio sul Piano di rientro, con ricostruzione delle dinamiche gestionali, in tale capitolo trovano esposizione i dati attinenti alle complessive procedure attuate dalla Regione, a seguito della sottoscrizione del Piano di rientro e della necessità di dare completa copertura alle perdite accumulate negli anni considerati dal medesimo Piano (2001-2005) e nei successivi, fino agli ultimi bilanci disponibili a data odierna.

La ricostruzione della complessa procedura di copertura dei disavanzi è aggiornata al 31.12.2016 e tiene conto dell'evoluzione che interessa le dinamiche di copertura, esercizio per esercizio, i cui presupposti sono analiticamente descritti nei precedenti referti, ai quali si rinvia.

2.1.2 Le perdite a carico della Regione Abruzzo

I disavanzi complessivi maturati dal SSR non decurtati secondo i meccanismi del Tavolo di monitoraggio, le cui regole accompagnano la gestione sanitaria delle Regioni commissariate, svalutando il loro equilibrio a livello nazionale, sulla base degli accordi intercorsi tra Stato e Regione nella stipula del patto, sono considerati attraverso le perdite delle Aziende coinvolte e le modalità di copertura, comprese quelle "contrattate" con il Tavolo di monitoraggio, offerte dalla Regione.

Nel periodo di commissariamento 2008-2015, è stato raggiunto l'equilibrio dei conti a livello di coperture, come evidenziato anche dalla tabella n. 1/d – Volume II – Capitolo 2, da cui si evince il notevole sforzo effettuato dalla Regione per dare copertura a tutti i disavanzi, non solo quelli maturati nel periodo 2001-2005, ma anche quelli successivi, in un **trend di progressivo rientro dal deficit verso l'equilibrio dei conti**.

L'analitica ricostruzione, riscontrabile nella citata tabella, dovuta al minuzioso lavoro effettuato dalla Direzione Politiche della Salute della Regione, ora Dipartimento per la Salute e il Welfare su

richiesta di questa Sezione, ha agevolato il continuo monitoraggio, da parte della medesima Sezione, del rientro dai disavanzi.

In particolare, è stata ricostruita, anche attraverso la correlazione agli stati patrimoniali degli enti del SSR, l'evoluzione, a fronte delle conclamate perdite del sistema, delle coperture offerte dalla Regione nel corso degli esercizi di commissariamento e affiancamento gestionale, fino alla totale copertura delle stesse.

Nella tabella in argomento, infatti, figurano:

- le perdite da bilanci d'esercizio delle Aziende, aggregati annuali, [tabella n. 1/d, parte I°, colonna "A"];
- le perdite ripianate prima del Piano di rientro [tabella n. 1/d, parte I°, colonna "B"];
- le perdite da coprire con il Piano di rientro [tabella n. 1/d, parte I°, colonna "C"];
- le somme erogate dallo Stato a copertura perdite [tabella n. 1/d, parte I°, colonna "D"] con la specifica *"utilizzate diversamente"* [tabella n. 1/d, parte I°, colonna "D2"];
- le perdite rimaste a carico della Regione [tabella n. 1/d, parte I°, colonna "E"];
- le modalità di copertura di tali perdite da parte della Regione medesima [tabella n. 1/d, parte I°, colonne "F", "G" e "H"]: cartolarizzazioni, fiscalità, altre risorse regionali.

La tabella prosegue, poi, con la evidenziazione delle coperture risultanti dagli stati patrimoniali del sistema cioè delle somme erogate dalla Regione al SSR (ASL e GSA) [tabella n. 1/d, parte I°, colonna "J"], di quelle ancora da erogare [tabella n. 1/d, parte I°, colonna "K"], delle eccedenze rispetto alla perdita iniziale [tabella n. 1/d, parte I°, colonna "L"].

Sostanzialmente in tale esposizione si coglie la ricostruzione in termini patrimoniali del quadro delle coperture risultanti dallo Stato patrimoniale [tabella n. 1/d, parte I°, colonne "J" - "K"] e della situazione finale dei crediti al 31.12.2016 [tabella n. 1/d, parte II°, colonne "M" - "Q"], i cui dati sono stati ulteriormente riscontrati da questa Sezione nello Stato patrimoniale della GSA al 31 dicembre 2016.

Su un totale di perdite maturate dai bilanci 2001-2010 pari a 2.126.336 euro/migliaia circa, le perdite da coprire a carico della Regione, al 31 dicembre 2010, erano pari a 1.947.883 euro/migliaia [tabella n. 1/d, parte I°, colonne "A" ed "E"].

Tale importo, per effetto degli utili maturati dal SSR negli anni 2011-2014, si riduce, al **31.12.2014**, a **1.785.951 euro/migliaia** [tabella n. 1/d, parte I°, colonne "A" ed "E"].

Non altrettanto può affermarsi per gli esercizi successivi, 2015 e 2016, nei quali il Servizio sanitario abruzzese chiude nuovamente in perdita, il che determina che, **a fine 2016**, le perdite da coprire a carico della Regione Abruzzo risalgono complessivamente a **1.827.302 euro/migliaia**.

2.1.3 Le modalità di copertura

Per il periodo 2001-2005, a fronte di perdite complessivamente pari a 1.298.467 euro/migliaia da ripianare a carico della Regione, lo Stato aveva erogato 372.306 euro/migliaia [tabella n. 1/d, parte I°, colonne "C" e "D1"], dopo la verifica degli adempimenti del Piano di rientro.

L'utilizzo, per finalità diverse [colonna "D2"], dell'importo erogato, ha comportato che la perdita da coprire a carico della Regione, sia rimasta la medesima, cioè pari a 1.298.467 euro/migliaia, per il periodo 2001-2005 [tabella n. 1/d, parte I°, colonna "E"].

Alle perdite 2001-2005, si sono aggiunte, nel corso degli esercizi, le altre perdite rimaste a carico della Regione [tabella n. 1/d, parte I°, colonna “E”]:

- **perdita 2006**, pari a 399.442 euro/migliaia, rimasta interamente a carico della Regione, nonostante l'erogazione, da parte dello Stato, di 76.256 euro/migliaia, importo anch'esso distratto per altre finalità. L'importo scende a 398.642 euro/migliaia in rispetto del ricalcolo delle sterilizzazioni 2004-2005 per -800 euro/migliaia;
 - **perdita 2007**, pari a 163.996 euro/migliaia, ridotta a 116.756 euro/migliaia per effetto del Fondo di accompagnamento – Piano di rientro (art. 1, comma 796, lett. b), legge n. 296/2006) per 47.240 euro/migliaia;
 - **perdita 2008**, pari a 122.999 euro/migliaia, ridotta a 82.845 euro/migliaia per effetto del Fondo di accompagnamento – Piano di rientro (art. 1, comma 796, lett. b), legge n. 296/2006) per 40.154 euro/migliaia;
 - **perdita 2009**, pari a 92.086 euro/migliaia, ridotta a 19.018 euro/migliaia per effetto del Fondo di accompagnamento – Piano di rientro (art. 1, comma 796, lett. b), legge n. 296/2006) per 33.068 euro/migliaia e dell'integrazione del medesimo per l'evento sismico – D.L. n. 39/2009 per 40.000 euro/migliaia;
 - **perdita 2010**, pari a 32.155 euro/migliaia, interamente a carico della Regione.
- Al 31.12.2010 l'importo delle perdite da coprire, a totale carico della Regione, ammonta a 1.947.883 euro/migliaia.

Nel 2011, il sistema registra un utile di 47.165 euro/migliaia; tale utile, peraltro, risulta conteggiato, a carico della Regione, nell'inferiore misura di 37.545 euro/migliaia, per effetto del ricalcolo degli ammortamenti, ai sensi del D.Lgs. n. 118/2011 (10.794 euro/migliaia)²⁶. A tale utile si aggiunge l'utile del modello “000 GSA”, utilizzato a copertura 2005, per 1.174 euro/migliaia.

Il totale delle perdite da coprire, a carico della Regione Abruzzo, concernenti il periodo 2001-2011, scende, dunque, a 1.910.338 euro/migliaia [tabella n. 1/d, parte I°, colonna “E”].

Le modalità di copertura illustrate nei successivi paragrafi riguardano il totale delle perdite da coprire a carico della Regione conteggiate, al 31.12.2016, come già detto, in **1.827.302 euro/migliaia**.

2.1.4 Le modalità di copertura regionali

Le colonne “F”, “G” e “H” della tabella n. 1/d, parte I°, evidenziano, per ciascun esercizio, le modalità di copertura stimate dal Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo.

- **Esercizi 2001-2005**: A fronte di perdite da coprire a carico della Regione per 1.298.467 euro/migliaia [tabella n. 1/d, parte I°, colonna “E”], oltre la quota di 136.000 euro/migliaia di fiscalità, già erogata alle Aziende con DGR n. 1338/2006, e la quota di cartolarizzazioni, già pagata, la Regione ricorda che ammonta a 907.127 euro/migliaia l'importo coperto mediante cartolarizzazioni, il cui onere è stato posto a carico esclusivamente della medesima; detratto tale importo, il residuo debito da coprire, in virtù di risorse proprie stanziare dalla Regione per 207.864 euro/migliaia, scende a 47.476 euro/migliaia [tabella n. 1/d, parte I°, colonna “I”].
- **Esercizio 2006**: Le somme erogate dallo Stato per l'integrazione del Fondo sanitario nazionale e Fondo di accompagnamento – Piano di rientro di cui all'art. 1, comma 278, della legge n. 266/2005, per 44.936 euro/migliaia e per 31.320 euro/migliaia sono state destinate al pagamento delle rate della

²⁶ Vedi Referto relativo alla “Indagine sulla sanità pubblica nella Regione Abruzzo (dati contabili e aspetti gestionali al 31.12.2015)”, approvato con deliberazione n. 264/2016/SSR del 15 dicembre 2016.

cartolarizzazione pro-soluto (di cui alle DGR n. 786/2006 e n. 1384/2006). Alla copertura dell'intero disavanzo, la Direzione Politiche della salute annota: - variazione di bilancio di cui alla legge regionale n. 48/2007: 5.353 euro/migliaia recuperate dal Commissario *ad acta* per l'esercizio finanziario 2008, con istituzione di un capitolo di spesa UPB 12.01.001 – 81598, denominato “*finanziamento regionale dei maggiori disavanzi generati dal SSR rispetto al Piano di rientro, con pari stanziamento in termini di competenza e cassa*”; - importo-quota capitale della cartolarizzazione pro-soluto (crediti al 14.7.2006), di cui alla DGR n. 786/2006 e alla DGR n. 1384/2006 per 250.749 euro/migliaia, con un totale complessivamente liquidato di 267.746 euro/migliaia. Tali debiti, iscritti negli stati patrimoniali delle Aziende quali DEBITI V/REGIONE, sono stati cancellati nei bilanci d'esercizio 2010, secondo le indicazioni fornite alle medesime dalle linee guida emanate dalla Direzione Politiche della salute, di cui alla nota n. 89208/2011; - fiscalità residua fondi FAS per 98.555 euro/migliaia (111.000 euro/migliaia (entrate da vendite immobiliari della Regione) – 2.245 euro/migliaia). **Il residuo debito da coprire ammonta a 43.985 euro/migliaia.**

- **Esercizio 2007:** Gli adempimenti del Piano di rientro hanno comportato, da parte dello Stato, l'erogazione della quota di cui alla legge n. 296/2006, art. 1, comma 796, lett. B), pari a 47.240 euro/migliaia; la Regione conta di utilizzare, quale copertura, la fiscalità residua, stimata in 47.923 euro/migliaia, con un residuo di perdita, al netto delle coperture, di 68.833 euro/migliaia [tabella n. 1/d, parte I°, colonna “I”]. Peraltro, si evidenziano, per il periodo 2001-2007, ulteriori coperture verificate dal Tavolo di monitoraggio: maggiore fiscalità 2006-2007-2008, per 47.555 euro/migliaia [tabella n. 1/d, parte I°, colonna “I”]; provvedimenti commissariali a copertura perdite - decreto n. 3/2008 e decreti n. 25 e n. 26/2009 - per complessive 20.296 euro/migliaia [tabella n. 1/d, parte I°, colonna “I”]. **Tali maggiori coperture riducono la perdita 2001-2007 da coprire a 92.443 euro/migliaia.**
- **Esercizio 2008:** Non sono indicate altre modalità di copertura oltre al Fondo di accompagnamento del Piano di rientro per 40.154 euro/migliaia e alla residua fiscalità per 55.022 euro/migliaia, con un residuo di perdita di 27.823 euro/migliaia [tabella n. 1/d, parte I°, colonna “I”].
- **Esercizio 2009:** Non sono indicate altre modalità di copertura oltre al Fondo di accompagnamento del Piano di rientro per 33.068 euro/migliaia e alla residua fiscalità per 44.257 euro/migliaia, oltreché alla integrazione, per evento sismico, del Fondo di accompagnamento per 40.000 euro/migliaia, con un residuo di perdita di 25.239 euro/migliaia. Inoltre, al Tavolo di verifica del 2.12.2010, sono state individuate ulteriori coperture per 31.325 euro/migliaia e 719 euro/migliaia (risorse integrative di cui al DCA n. 3/2008), con una perdita residua complessiva ancora da coprire di 62.983 euro/migliaia.
- **Esercizio 2010:** Il calcolo della fiscalità 2010 per 38.836 euro/migliaia riduce l'importo della perdita (32.155 euro/migliaia), addirittura azzerandolo, con un avanzo presunto di 6.681 euro/migliaia [tabella n. 1/d, parte I°, colonna “I”].
- **Esercizio 2011:** L'utile di 47.165 euro/migliaia prodotto dal sistema si riduce, come già visto, a 37.545 euro/migliaia per il conteggio del ricalcolo degli ammortamenti, ai sensi del D.Lgs. n. 118/2011 (verbale del tavolo 21 novembre 2013). Nell'importo è considerato anche l'utile del modello “000 GSA”, utilizzato a copertura 2005 per 1.174 euro/migliaia.
- **Esercizio 2012:** Vede il realizzarsi di un utile di 50.754 euro/migliaia, dovuto ad una perdita d'esercizio delle quattro ASL per 8.633 euro/migliaia, utili della GSA portati a nuovo per 56.769 euro/migliaia, e rettifica 2012 incremento utili portati a nuovo di 2.618 euro/migliaia.
- **Esercizio 2013:** Matura un utile di 37.573 euro/migliaia da parte delle Aziende sanitarie locali, a cui si aggiungono 15.424 euro/migliaia di utile maturato dalla GSA, per un totale di 52.996 euro/migliaia. Incide poi la rettifica 2013 su utili portati a nuovo della GSA per 4.303 euro/migliaia, che porta il totale a 48.694 euro/migliaia. Già al 31.12.2013 [tabella n. 1/d, parte I°, colonna “I”], si evidenzia una eccedenza di coperture pari a 80.691 euro/migliaia.
- **Esercizio 2014:** Anche l'esercizio 2014 matura un utile di 5.583 euro/migliaia (583 euro/migliaia per le ASL e 5.000 euro/migliaia per la GSA). Vengono poi annotati 29.398 euro/migliaia di variazioni positive patrimoniali di cui al DCA n. 145/2014, un decremento per la rettifica per minori contributi investimenti della ASL 03 Pescara (DDG n. 1025/2015), pari a 664 euro/migliaia, e ulteriori rettifiche a seguito di riconciliazione per 9.378 euro/migliaia. Tutto ciò porta ad un'eccedenza di coperture di 105.630 euro/migliaia.
- **Esercizio 2015:** Vede, nei bilanci riadottati a settembre 2016, il realizzarsi di **una perdita**, da parte delle ASL di 64.618 euro/migliaia e un utile da parte della GSA di 60.693 euro/migliaia, con un risultato pari

a -3.925 euro/migliaia (cfr. capitolo 3). Di conseguenza, l'eccedenza di coperture individuata dalla Regione si attesta a 101.705 euro/migliaia [tabella n. 1/d].

- **Esercizio 2016:** Vede, nei bilanci riadottati solo da alcune Aziende a novembre 2017, il realizzarsi di una perdita, da parte delle ASL di -60.494 euro/migliaia e un utile da parte della GSA di +23.068 euro/migliaia, con un risultato pari a -37.426 euro/migliaia (cfr. capitolo 3). Di conseguenza, l'eccedenza di coperture individuata dalla Regione si attesta a 64.279 euro/migliaia [tabella n. 1/d].

Nel complesso, a fronte di complessive perdite maturate dal SSR nel periodo 2001-2011 pari a 2.088.791 euro/migliaia e rimaste a carico della Regione per 1.910.338 euro/migliaia, [tabella n. 1/d, parte I°, colonne "A" e "E"], a seguito dei comportamenti virtuosi della Regione, in adempimento del Piano di rientro ed in presenza di disavanzi decrescenti, le somme erogate dallo Stato, dopo il Piano di rientro, sono ammontate a 609.024 euro/migliaia, di cui 448.562 euro/migliaia, distratte per altre finalità [tabella n. 1/d, parte I°, colonne "D1" e "D2"].

Al 31.12.2015, le perdite ammontano, complessivamente, a 1.789.876 euro/migliaia, a cui la Regione sta facendo fronte con cartolarizzazioni dei debiti al 31.12.2005 e pro soluto 2006 (1.157.876 euro/migliaia), con fiscalità residua per 369.593 euro/migliaia e con altre risorse regionali per 364.112 euro/migliaia.

Al 31.12.2016 la situazione evolve in: 1.827.302 euro/migliaia di perdite da coprire, con copertura per 1.157.876 euro/migliaia di cartolarizzazioni, 369.593 euro/migliaia di fiscalità residua e 364.112 euro/migliaia di risorse regionali.

Eseguiti i calcoli e, soprattutto, riconciliati i medesimi con gli stati patrimoniali aggregati degli Enti del SSR, da parte del Dipartimento per la Salute e il Welfare, **trovano copertura, al 31.12.2016, tutte le perdite.**

Le colonne "J" - "L" della tabella 1/d, evidenziano che risulta corrisposto, dalla Regione al SSR (Aziende sanitarie + GSA) al 31.12.2016, un importo di 2.043.053 euro/migliaia, con un residuo ancora da erogare di 26.981 euro/migliaia, (importo presente nel bilancio della GSA alla voce B.II.2.b.3) *Credito v/Regione per ripiano perdite*) (cfr. par. 2.3.1.a).

Risulta, peraltro, un'eccedenza di copertura [tabella n. 1/d, parte I°, colonna "I"] di 64.279 euro/migliaia (Non ancora definito il disallineamento di 20 euro/migliaia rispetto agli stati patrimoniali aziendali, segnalato dal Dipartimento nel precedente referto, "somma in fase di riconciliazione").

Il prospetto è stato soggetto a costanti aggiornamenti ed ha mirato a monitorare, anno per anno, che, da parte della Regione, ci fosse costante controllo delle perdite del sistema a copertura delle medesime.

Tuttavia, l'importo delle rate residue di cartolarizzazioni determina ancora un impegno pluriennale di spesa obbligatoria e fissa sul bilancio regionale²⁷. L'impatto delle stesse grava sulla finanza regionale nei termini esposti nel referto sulla medesima nel giudizio di parifica del rendiconto regionale, esercizio 2013 (da ultimo, la decisione di parifica sul rendiconto generale della Regione Abruzzo – esercizio 2013 – n. 39/2016 del 26 febbraio 2016).

Non è possibile sul punto alcuna ulteriore forma di verifica attraverso dati certificati da rendiconti regolarmente adottati ed approvati, essendo la Regione Abruzzo ferma al Rendiconto generale del 2013.

2.1.5 Lo svincolo di premialità da destinare alla chiusura dei crediti delle Aziende verso la Regione

Le colonne “M” - “Q” della tabella n. 1/d mostrano la situazione relativa ai crediti residui del sistema al 31.12.2016 e le premialità già erogate.

A seguito del comportamento virtuoso della Regione, in materia di attuazione del Piano di rientro, lo Stato ha svincolato nuove somme destinate alla chiusura dei CREDITI delle Aziende V/REGIONE²⁸.

²⁷ Per far fronte ai disavanzi di cui sopra, la Regione Abruzzo ha fatto ricorso a più di un'operazione di cartolarizzazione dei crediti sanitari: la prima operazione (DGR n. 1281 del 14 dicembre 2004), diffusamente descritta nei precedenti referti, ha riguardato un portafoglio cartolarizzato, costituito da crediti per fornitura per beni e servizi per un valore nominale di 336 €/mln, realizzata con la società FIRA, partecipata al 51% dalla Regione, che ha acquistato “*pro soluto*” dai fornitori i crediti vantati nei confronti delle Aziende e ceduti alla “*Società Veicolo Cartesio S.r.l.*”, che ha emesso titoli per il valore nominale di cui sopra. La data di scadenza è il 2015. Il costo dell'operazione è pari ad una rata annuale di 40 €/mln circa (per 10 anni). Tale prima operazione di cartolarizzazione permette la copertura delle perdite a carico della Regione – in quote annuali di circa 33,5 milioni di euro, per un arco temporale di 10 anni – per gli anni 2001 (fino a 107 milioni di euro), 2002 (fino a 167 milioni di euro) e 2003 (fino a 61 milioni di euro);

- la seconda operazione di cartolarizzazione, per un importo di 327 €/mln, è stata realizzata con la società cessionaria “*D'Annunzio*” e per una durata di 15 anni (2006-2021) (DGR n. 1326 del 9 dicembre 2005);
- la terza cartolarizzazione (DGR n. 786 del 14 luglio 2006) ha determinato, con la finalità di assicurare una maggiore liquidità al sistema, una procedura volta a facilitare lo smobilizzo e, quindi, l'incasso dei crediti vantati dalle imprese fornitrici nei confronti delle Aziende della Regione Abruzzo, previa certificazione, da parte dei Direttori generali delle Aziende, della liquidità ed esigibilità alle scadenze contrattuali, dei crediti dei Farmacisti e dei Fornitori ordinari.

Per la descrizione più analitica di tali operazioni si rinvia al referto allegato alla deliberazione n. 52/2006 e n. 18/2013. In quell'occasione, la Sezione ha evidenziato i profili di criticità che accompagnano tali operazioni di finanza innovativa, che “*con l'assunzione dei relativi oneri da parte della Regione, hanno l'effetto di trasformare i debiti delle Aziende verso i loro fornitori, da debiti gravanti sulle annuali e ordinarie risorse di bilancio, in debiti a lungo termine (dai 10 ai 30 anni). L'onere dello squilibrio nei bilanci delle medesime non è eliminato ma semplicemente spostato nel futuro*”.

La Sezione già allora ha sollevato il dubbio che “*trattasi di operazioni sostanzialmente intese ad aggirare, nella sostanza, il divieto dell'art. 119 Cost. di finanziare con il debito la spesa corrente*”. Sul punto, con nota del 16 aprile 2008, ai fini della redazione dei bilanci d'esercizio 2007, la Direzione Sanità della Giunta regionale ha fornito alle Aziende, in ordine alle scritture contabili relative alla rilevazione delle delegazioni di pagamento relative all'operazione di cessione dei crediti *pro-soluto* 2006 (DGR n. 786 del 14 luglio 2006 e n. 1384 del 29 novembre 2006), le necessarie indicazioni. A fronte di un totale di quota capitale di 250.749 euro/migliaia, la Regione si è impegnata a pagare una somma finale di 267.745 euro/migliaia in tre rate, di cui le prime due anticipate nel 2007 (178.496 euro/migliaia, di cui 167.165 euro/migliaia per quota capitale, 10.558 euro/migliaia per quota forfettaria e 773 euro/migliaia per quota interessi per la prima e seconda rata - prima e seconda cartolarizzazione). La terza rata è rientrata nei bilanci d'esercizio 2008.

²⁸ In particolare ci si riferisce a [tabella n. 1/d, parte II°, colonna “N”]:

- per il 2002: 161.074 euro/migliaia erogati nel corso dell'esercizio 2007;
- per il 2003: 175.512 euro/migliaia, di cui 70.205 euro/migliaia a giugno 2007 e 105.308 euro/migliaia a dicembre 2007;
- per il 2004: 94.864 euro/migliaia, di cui 37.946 euro/migliaia a giugno 2007 e 56.918 euro/migliaia a dicembre 2007;
- per il 2001-2005: un totale di 431.450 euro/migliaia;

Al **31.12.2016** risultano erogati **832.638 euro/migliaia**, da Stato o Regione al SSR, e crediti residui da Stato per **287.664 euro/migliaia**.

Tale importo è annotato nella voce ABA210 *Crediti v/Stato per spesa corrente – integrazione a norma del D.Lgs. n. 56/2000* dello Stato patrimoniale della GSA al 31.12.2016, nella quale sono annotate sia le quote premiali (3%) degli anni 2011-2016, sia conguagli di cassa – anni 2013-2016 (vedi paragrafo 2.3.1.a).

2.1.6 La copertura del disavanzo dell'esercizio 2016

Come già ricordato, al 31.12.2016, le Aziende sanitarie del SSR maturano una perdita di -60.494 euro/migliaia²⁹ (bilanci a ottobre 2017), mentre la GSA matura un utile di +23.068 euro/migliaia. Il risultato del sistema è pari a -37.426 euro/migliaia [tabella n. 1/d].

Sul **disavanzo al 31.12.2016**, individuato a luglio 2017, sulla base dei bilanci d'esercizio delle Aziende redatti a maggio 2017 (non ancora riadottati da alcune di esse), in -35.787 euro/migliaia, e rideterminato nel verbale di Tavolo e Comitato del 26 luglio 2017 in -36.966 euro/migliaia, la Regione al IV trimestre 2016 ha individuato copertura tramite la **Determinazione n. DPF012/08 del 01.03.2017**, provvedendo alla **copertura della perdita rilevata nel CE IV trimestre 2016 per 23.740 euro/migliaia**, con pari risorse presenti nel Bilancio regionale sul capitolo 81599.1 e sullo Stato Patrimoniale 2015 della GSA alla voce PAA200 "*Contributi per ripiano perdite e altro*" (valorizzata per 63.105 euro/migliaia) e disponibili nella cassa della GSA pari a 30.060 euro/migliaia.

La Determina prevede di coprire con le citate risorse le eventuali rideterminazione delle perdite definite in fase di Consuntivo o stabilite nel corso della riunione di verifica. In essa si legge, in particolare, che secondo quanto previsto dal Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Abruzzese "*a fronte delle stime effettuate ... il programmatico regionale mostra per l'anno 2016 una perdita pari a 37,9 €/mln, per l'anno 2017 una perdita pari a 23 7 €/mln e per il 2018 un utile di esercizio pari a 2,5 €/mln Relativamente al 2016 e 2017 si evidenzia che la copertura di tale disavanzo è garantita dalle risorse seguenti presenti nei bilanci delle Aziende dei SSR e della GSA al 31.12.2015*". La determina specifica che tali risorse sono pari a:

- 63,1 mln di euro quali maggiori risorse disponibili rispetto alle perdite portate a nuovo del SSR;
- 24,6 mln di euro utili portati a nuovo iscritti nel Bilancio della GSA nel bilancio 2014 e utile d'esercizio 2014;
- 19,2 mln di euro riferiti a FSR indistinto da distribuire relativi all'accantonamento residuo effettuato dalla GSA nell'anno 2014 per il potenziamento dell'assistenza territoriale per gli anziani non autosufficienti in base al DCA n. 112/2013.

- per gli esercizi 2007-2009 risultano svincolate le quote di fondo di accompagnamento al Piano di rientro, rispettivamente per 62.074 euro/migliaia, 64.268 euro/migliaia, 66.086 euro/migliaia;

- per l'esercizio 2010 risulta svincolata anche la quota premiale di tale esercizio, per 68.103 euro/migliaia;

- per gli esercizi 2011-2012 risulta svincolata anche la quota premiale di riferimento, rispettivamente, per 71.000 euro/migliaia e 69.657 euro/migliaia.

²⁹ La differenza tra -60.493 euro/migliaia (elaborazione Corte dei conti) e -60.494 euro/migliaia (tab. 1/d compilata dal Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo) è dovuta ad arrotondamenti.

Inoltre, precisa che:

- lo Stato Patrimoniale 2015 della GSA, che, in coerenza con quanto previsto dal Piano di riqualificazione riporta alla voce PAA200 “Contributi per ripiano perdite Altro” l'importo di 63,1 mln di euro;
- le determinate DB007/56 del 13/06/2016 e DPB007/105 del 22.09.2016 che hanno trasferito la I e II rata del piano dei trasferimenti di cui alla DGR 143/2016, pari a 53,8 mln di euro nelle casse della GSA a titolo di contributi per ripiano perdite.

La determina, quindi provvede:

- alla copertura della perdita rilevata nel CE IV trimestre 2016 pari a 23,740 mln di euro con pari risorse presenti nel Bilancio regionale sul capitolo 81599.1 e nello Stato Patrimoniale 2015 della GSA alla voce PAA200 “Contributi per ripiano perdite Altro” e disponibili nella cassa GSA;
- alla copertura delle eventuali ulteriori perdite rispetto a quelle risultanti dal CE IV trimestre 2016, che dovessero emergere a Consuntivo e/o in fase di riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, con le residue somme presenti nel Bilancio regionale sul capitolo 81599.1 e nello stato patrimoniale della GSA alla voce PAA200 “Contributi per ripiano perdite Altro” e disponibilità di cassa pari a €/000 30,060”.

Con successiva **Determina DPF012/27 del 6 luglio 2017**, recante “*Determinazioni in merito alla copertura del risultato di esercizio 2016 del Servizio sanitario regionale*”, la Regione ha individuato **la copertura del disavanzo relativo al Conto consuntivo 2016**.

Con essa il Dirigente del Servizio, preso atto della perdita degli enti del SSR relativa all'esercizio 2016 per un importo pari a **-60.024** euro/migliaia (di cui GSA per +23.068 euro/migliaia, Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila per -19.998 euro/migliaia, Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti per -25.761 euro/migliaia, Azienda 03 Pescara per -14.265 euro/migliaia, Azienda 04 Teramo per +1.131 euro/migliaia), richiamato comunque il Piano di riqualificazione nel contenuto sopra evidenziato, e fatto riferimento allo Stato patrimoniale della GSA (voce PAA200 “Contributi per ripiano perdite Altro” con importo di 63.100 euro/migliaia), ha richiamato le determinate DPB007/105 del 2016, DPB007/21 e DPB007/36 del 2016, con cui la Regione ha trasferito nelle casse della GSA la somma di 80.782 euro/migliaia sul capitolo 81599.1, a titolo di copertura perdite pregresse, e la determina DPF 12/30 del 28.06.2016 ad oggetto “*Impegno di somme a titolo di copertura del disavanzo del SSR di cui alla DCA 34/2014 e alla DGR 143/2016 derivanti da reiscrizioni di economie vincolate per 80,782 mln di euro*”, con la quale ha impegnato la somma di 80.782 euro/migliaia sul capitolo 81599.1.

Ha altresì fatto riferimento alla **DGR n. 777/2016** recante “*Assegnazione risorse finanziarie a favore delle aziende sanitarie a titolo di copertura perdite di esercizio 2015 del SSR*”, e alla **DGR n. 156/2017**, recante “*Presa d'atto dell'attuazione della DGR 777/2016*”.

Si stabilisce, così, di provvedere:

- *al fabbisogno di coperture perdite 2016 emergenti dal CE consuntivo 2016 pari a €/000 60,024 con gli utili 2016 della GSA pari a 23,068 mln e per il residuo con le risorse presenti nel bilancio regionale capitolo 81599.1 e nello stato patrimoniale 2015 della GSA alla voce PAA200, “Contributi per ripiano perdite Altro”;*
- *alla copertura di ulteriori perdite rispetto a quelle risultanti dal CE Consuntivo 2016, che dovessero emergere in fase di riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, con le residue somme presenti nel Bilancio regionale sul capitolo 81599.1 e nello stato patrimoniale 2016 della GSA alla voce PAA200 “Contributi per ripiano perdite Altro”.*

Dallo Stato patrimoniale 2016 della GSA, è possibile evincere: contributi per ripiano perdite pari a 63,105 mln di euro, utile 2016 pari a 23,068 mln di euro, e utili portati a nuovo pari a 18,853 mln di euro (cfr. oltre par. 2.3).

Alla luce di quanto sopra indicato, le somme presenti nello Stato Patrimoniale 2016 della GSA assicurano la copertura del risultato di gestione per il Conto consuntivo 2016 che evidenzia a quella data una perdita di 36,966 mln di euro (inglobando il conferimento dell'utile 2016 GSA di 23,068 mln di euro).

Rivisti i bilanci delle Aziende, a ottobre 2017 il disavanzo dell'esercizio 2016 si consolida in -37.425 euro/migliaia, leggermente superiore a quello già coperto.

Non risultano al momento nuove determinate di riconteggio delle perdite e delle coperture.

2.1.7 Anticipazione di cassa da conto “*Tesoreria sanità*” a conto “*Tesoreria ordinario*” della Regione

La tabella 1/d, colonne “R” e “T”, fornisce anche l'ulteriore distinta, nella situazione al 31.12.2016, della restituzione delle anticipazioni di liquidità, prelevate dal conto “*Tesoreria sanità*”, per far fronte a carenze di liquidità del conto “*Tesoreria ordinario*” della Regione. Al 31.12.2016, non risultano importi da restituire³⁰.

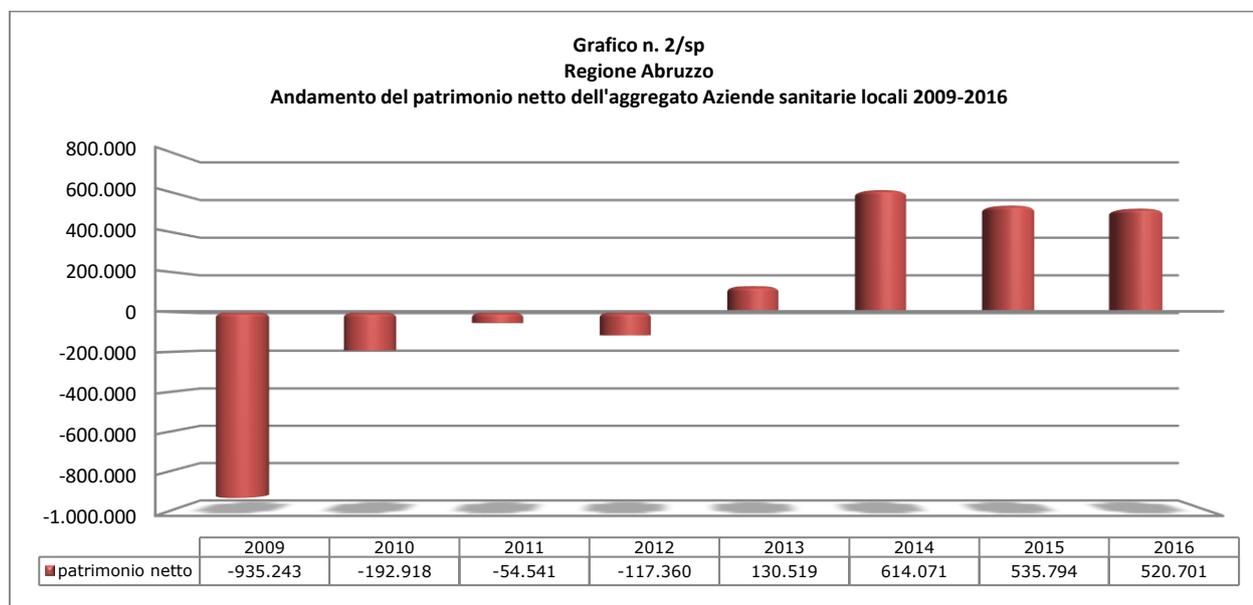
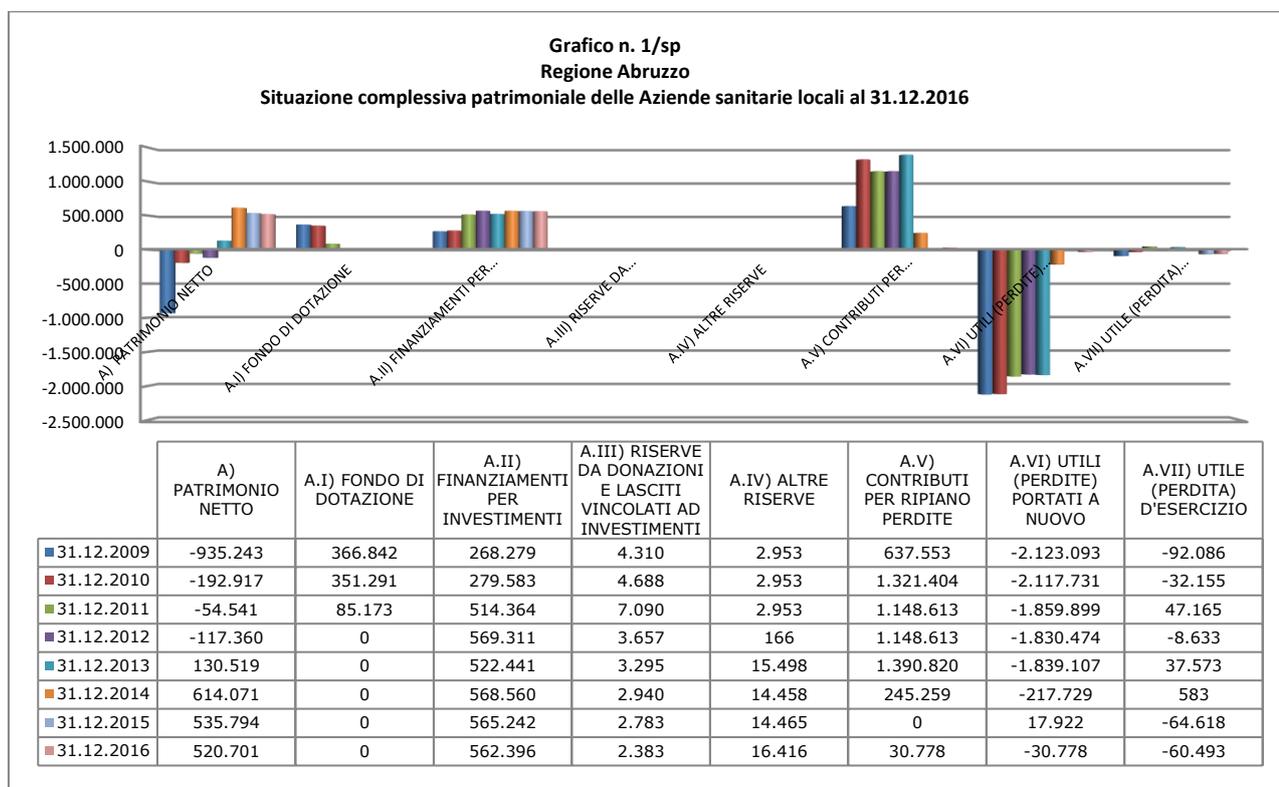
2.2 L'incidenza della situazione debitoria e creditoria del Sistema sanitario sugli Stati patrimoniali delle Aziende sanitarie locali

2.2.1 La situazione patrimoniale complessiva dell'aggregato “*Aziende*”

La situazione patrimoniale delle Aziende, alla fine dell'anno 2016, al quale si riferisce il bilancio d'esercizio posto a base della presente indagine, a confronto con i due precedenti, mostra, per le voci più significative, quanto analiticamente descritto più avanti. Complessivamente, le quattro Aziende registrano, a fine 2016, negli stati patrimoniali attività (impieghi) per 2.314.880 euro/migliaia (diminuite rispetto al 2015 che era pari a 2.337.314 euro/migliaia) a fronte di passività (finanziamenti) per 1.794.179 euro/migliaia (diminuite anch'esse rispetto al 2015 pari a 1.801.520 euro/migliaia) il che determina che nello stesso esercizio **il patrimonio netto dell'aggregato Aziende è positivo per 520.701 euro/migliaia**. Il patrimonio netto, negativo fino al 2012 e sin dal 2004, torna globalmente positivo per la prima volta nel 2013 [grafico n. 2/sp], crescendo, poi, nel 2014. Tuttavia,

³⁰Cfr.: par. 2.3.1.a - voce B.II.2.a.9) del bilancio della GSA

va preso atto che al 31.12.2015 e successivamente al 31.12.2016 il patrimonio netto aziendale assume nuovamente un trend decrescente.



Con significativi cambiamenti degli stati patrimoniali delle Aziende, evidenti nel grafico n. 2/sp, notevole appare l'evoluzione del patrimonio netto delle quattro Aziende che, nel complessivo, si

presentava negativo al 31.12.2009 (per le Aziende fuse all'1.1.2010) nella misura di -935.243 euro/migliaia.

La voce A.V) *Contributi per ripiano perdite*, azzeratasi nel 2015, reca un ammontare di 30.778 euro/migliaia nel 2016 [tabella n. 4/p]³¹.

2.2.2 Le poste attive degli Stati patrimoniali delle Aziende sanitarie locali

La Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute e il Welfare, con la nota prot. RA/099777/DPF012 del 12 aprile 2017, avente ad oggetto *“Operazioni di chiusura dei bilanci d’esercizio 2016”*, ha emanato le linee guida alla redazione del Bilancio d’esercizio 2016. Sono seguite le integrazioni di cui alla nota prot. n. RA/101632/DPF012 del 13 aprile 2017, avente ad oggetto *“Integrazione alla nota RA/099777/DPF012 del 12 aprile 2017 recante “Operazioni di chiusura dei bilanci d’esercizio 2016”*, con la quale ha fornito la Tabella relativa alla Mobilità Intra-regionale e la Tabella H relativa ai costi per acquisto di prestazioni da privati accreditati, e alla nota prot. n. RA/103857/DPF012 del 18 aprile 2017, avente ad oggetto *“Ulteriore integrazione alla nota RA/099777/DPF012 del 12 aprile 2017 recante “Operazioni di chiusura dei bilanci d’esercizio 2016”*, con la quale si forniscono dati relativi alle sopravvenienze 2016 per mobilità intra-regionale da pubblico anno 2015 e un’integrazione all’Allegato 4 della nota prot. RA/099777/DPF012 (sopravvenienze attive 2016 su *payback* 2015).

In particolare, ha prescritto alle medesime:

- di riportare nella *“Nota integrativa”* l’indicazione che l’Azienda sia provvista del *“Libro cespiti”* aggiornato;
- di contabilizzare i *“Contributi per investimento”*, contributi capitalizzati per edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico, le cui richieste di finanziamento sono presentate alla Regione, in parallelo alla valorizzazione della voce *“Crediti v/Regione o Province autonome per finanziamenti per investimenti”*;

³¹ Annotazione conforme a quanto previsto dalle “linee guida alla redazione del bilancio d’esercizio 2014” che hanno recepito le scritture riportate nell’allegato 1 al DCA n. 145/2014, ad oggetto *“Copertura delle perdite delle Aziende Sanitarie della Regione al 31.12.2013”*. Le citate linee guida hanno prescritto alle Aziende, con riferimento alle risorse ancora da trasferire da parte della Regione per ripiano perdite di cui al DCA 145/2014, la rappresentazione nel patrimonio netto dei contributi per ripiano perdite e dell’attivo dello stato patrimoniale, dei crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite ... - per un totale di 245.259 euro/migliaia. Per il 2015 le linee guida hanno aggiunto che le Aziende avrebbero dovuto recepire tutte le scritture contabili riportate nell’allegato 1 alla determinazione n. DG22/31 del 22 luglio 2015 ad oggetto *“Trasferimento risorse finanziarie a favore delle Aziende Sanitarie della Regione a titolo di copertura del disavanzo sanitario pregresso del Servizio Sanitario Regionale”* e tenere conto di quanto disposto dal DCA n. 84/2015 ad oggetto *“Eccedenze di utili ex art. 30 Decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 – disposizioni”*. Pertanto le Aziende rappresentano i contributi per ripiano perdite ancora da trasferire (voce SP PAA200) e gli utili (perdite) portati a nuovo (voce di SP PAA210) come di seguito riportato:

CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE E UTILI (PERDITE) PORTATI A NUOVO AL 31.12.2016 (valori in euro)					
	ASL 01	ASL 02	ASL 03	ASL 04	AGGREGATO AZIENDE
Contributi per perdite – Altro (ancora da trasferire)	-	-	30.778.128	-	30.778.128
Utili (Perdite) portati a nuovo	-	-	- 30.778.128	-	- 30.778.128

- di alimentare, a fronte di tali crediti, la voce SP PAA070 “Finanziamenti da Regione per investimenti” – conto 02.01.02.05.01 ed effettuare la sterilizzazione movimentando la voce CE AA 1000 “Quota imputata all’esercizio dei finanziamenti per investimenti da Regione” - conto 03.06.02.01.01;
- di ammortizzare le immobilizzazioni acquistate con l’utilizzo dei contributi in conto esercizio così come stabilito dell’art. 29, comma 1, lettera b), del D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, modificato dall’art. 1, comma 36, della legge 24 dicembre 2012, n. 288 (legge di stabilità 2013)³²;
- di tener conto dei prospetti ivi contenuti ed allegati poi, successivamente, alla DGR n. 332/2017 del 26.06.2017, concernente “Riparto delle disponibilità finanziarie per SSR 2016 a favore delle Asl e della Gestione Sanitaria Accentrata presso la Regione Abruzzo”, che recepisce quanto indicato nell’Intesa rep. Atti n. 235-237 del 23 dicembre 2015, relative all’assegnazione FSR 2016 – quota indistinta; agli acconti di mobilità intraregionale ed extraregionale 2016; ai conguagli di mobilità intraregionale per l’anno 2015; ai trasferimenti di Cassa effettuati 2016 e determinazione di Crediti verso Regione per quota FSR 2016 Indistinto;
- di fornire, riguardo ai “Crediti verso Prefetture” al 31.12.2016, il dettaglio dei crediti, suddiviso per anno di formazione, per gli immigrati irregolari;
- di riportare, con riferimento ai **Crediti diversi dai Crediti verso Stato e verso Regione**, in Nota integrativa, dopo la tabella n. 23, una relazione attestante le procedure di verifica dell’esigibilità di tali crediti e la evidenziazione delle differenze rispetto allo Stato patrimoniale 2015, in ordine ai crediti in argomento, con indicazione dei crediti al 31.12.2015, non più sussistenti al 31.12.2016, e i crediti in formazione anno 2016.

Circa pregresse situazioni debitorie o creditorie (es. gestioni di precedenti Aziende), ha ricordato che, al fine di dare un’informazione più esaustiva possibile, sulla base dell’art. 6 della legge del 23 dicembre 1994, n. 724, che stabilisce “*sulle nuove A.S.L. non devono in nessun modo gravare, né direttamente né indirettamente, i crediti e i debiti facenti capo alle gestioni pregresse delle U.S.L. dovendosi per queste creare delle apposite gestioni stralcio*”, tutte le eventuali suddette situazioni non devono essere inserite in bilancio, ma ricondotte alle gestioni liquidatorie

2.2.2.a Le immobilizzazioni

LE IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI E MATERIALI

Le immobilizzazioni costituiscono, in media, a fine 2016, il **26,9% dell’attivo degli stati patrimoniali delle quattro Aziende**. Tuttavia, mentre sull’attivo dell’Azienda 01 Avezzano Sulmona L’Aquila le stesse incidono per il 40,6%, percentuali più contenute si riscontrano per le altre Aziende: 19% per l’Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti, 29,5% per l’Azienda 03 Pescara e 27,1% per l’Azienda 04 Teramo.

Nel 2016 l’incidenza per le Aziende di Avezzano Sulmona L’Aquila e Pescara registra un lieve aumento rispetto all’anno precedente, mentre si riduce per quelle di Lanciano Vasto Chieti e Teramo. In termini assoluti, le immobilizzazioni pari a 635.433 euro/migliaia nel 2015 subiscono una riduzione nel 2016 assestandosi a 621.716 euro/migliaia [tabella n. 1/p].

³² Recita l’articolo che, “*a partire dall’esercizio 2016 i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell’esercizio di acquisizione; per gli esercizi dal 2012 al 2015 i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere ammortizzati applicando le seguenti percentuali per l’esercizio di acquisizione: 1) esercizio di acquisizione 2012: per il 20% del loro valore nel 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016; 2) esercizio di acquisizione 2013: per il 40% del loro valore nel 2013, 2014; per il 20% nel 2015; 3) esercizio di acquisizione 2014: per il 60% del loro valore nel 2014, 2014; per il 40% nel 2015; 4) esercizio di acquisizione 2015: per l’80% del loro valore nel 2015; per il 20% nel 2016*”.

Le Aziende, infatti, ad esclusione dell'Azienda di Pescara, che rimane costante (da 109.716 euro/migliaia nel 2015 a 109.632 euro/migliaia nel 2016) subiscono, tutte, un decremento. In particolare, scende, nell'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila, la sottovoce A.II.2) *Fabbricati*, che da 147.356 euro/migliaia del 2015 a 140.952 euro/migliaia nel 2016, e nell'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti, la sottovoce A.II.9) *Immobilizzazioni materiali in corso e acconti* che passa da 14.209 euro/migliaia del 2015 a 8.118 euro/migliaia nel 2016. Nell'Azienda 04 Teramo la voce A.II) *Immobilizzazioni materiali* scende da 116.338 euro/migliaia a 109.787 euro/migliaia [tabella n. 2/p]. Cresce complessivamente, nel comparto, l'importo dei fondi di ammortamento da 804.816 euro/migliaia al 31.12.2014, a 851.935 euro/migliaia nel 2015 fino a 900.024 euro/migliaia nel 2016. Anche le componenti positive subiscono variazioni in aumento: il totale di esse, pari a 1.437.169 euro/migliaia al 31.12.2014 sale a 1.488.482 al 31.12.2015 e a 1.526.954 euro/migliaia al 31.12.2016.

LE IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE

Posto che il fenomeno delle società partecipate da parte delle pubbliche amministrazioni ha acquistato un'entità tale da giustificare indagini a parte, fra le notizie minime richieste, secondo le linee guida, ai Collegi sindacali, ex comma 170, legge n. 266/2005, sono rientrate anche quelle riguardanti l'iscrizione, nello Stato patrimoniale, d'immobilizzazioni finanziarie per partecipazioni a società ed eventuali crediti finanziari verso le medesime.

In Abruzzo emerge, comunque, un quadro non particolarmente rilevante, stante la partecipazione, ancora al 31.12.2016, a tre sole società di servizi da parte di due Aziende: l'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila registra alla voce A.III.2.a.1) *Partecipazioni in imprese controllate* il valore delle quote detenute (pari a 2 euro/migliaia - circa il 20%), nella Società "ASL Service S.r.l.", avente capitale sociale di euro 10,3 euro/migliaia. Nella Nota integrativa al bilancio d'esercizio, l'Azienda ha precisato che, nei confronti di tale Società non sussiste situazione di controllo, ai sensi dell'art. 2359 CC.. Ha dichiarato, inoltre, che, nel corso del 2016, di aver "già posto in essere, sin dall'anno 2010, tutte quelle procedure che hanno portato, nel corso del 2012, allo scioglimento della medesima società e la relativa messa in liquidazione della stessa la quale, svolgeva per la ASL, attività di "Controllo Impiantistico Preventivo e Periodico", Pertanto per le annualità 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016 non ci sono stati benefici derivanti dalla partecipazione in tale società". Nel 2017 l'Azienda ha adempiuto alla ricognizione straordinaria prevista dall'art. 24 del D.Lgs. n. 175 del 2016. Con nota ns. prot. n. 419-19/02/2018, l'Asl 01 ha comunicato di possedere soltanto la partecipazione del 20% della Società ASL Service Srl; essendo la stessa in liquidazione dall'anno 2012, sulla Asl, così come evidenziato nelle note integrative dei bilanci d'esercizio finora approvati, non ricade nessun onere né

beneficio di tipo economico. Sulla base di tali considerazioni, l'Azienda non ha ritenuto necessario adottare un Piano Operativo di Razionalizzazione.

L'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti registra, nello Stato patrimoniale, immobilizzazioni finanziarie per 8,4 euro/migliaia nelle seguenti società: 51% del capitale della società mista "*Impiantistica e infortunistica S.r.l.*" (capitale sociale di 5,2 euro/migliaia) e 31% del capitale della società "*ASL Service S.r.l.*", pari a 3,2 euro/migliaia. L'Azienda ha dichiarato nella Nota integrativa che "*non sono pervenute informazioni circa i bilanci di tali Società*". Anche l'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti ha adempiuto a quanto previsto dal citato art. 24. Nell'atto di ricognizione straordinaria delle partecipate, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 1073 del 28 settembre 2017, la Asl ha precisato che:

- rispetto alla compagine societaria "ASL Service Srl" (P.IVA 01956890691), in stato di liquidazione, sono in corso le procedure finalizzate alla cancellazione dal Registro delle Imprese di Chieti;
- con riguardo alla società mista a prevalente capitale pubblico "DIA – Impiantistica Antinfortunistica Srl" (P.IVA 01949930695), l'Azienda si è determinata nel senso di promuovere la convocazione della assemblea straordinaria dei soci per la messa in liquidazione della Società medesima;
- avverso tale ultima decisione, il socio privato Studio Tiesse Srl di "DIA – Impiantistica Antinfortunistica Srl" (P.IVA 01949930695) ha promosso ricorso in via d'urgenza RG n. 179/2017, tuttora pendente avanti il Tribunale Civile di Chieti.

2.2.2.b L'attivo circolante

I CREDITI

L'attivo circolante dell'Aggregato aziendale, rispetto al 2015, diminuisce da 1.698.047 euro/migliaia a 1.690.801 euro/migliaia al 31.12.2016. Tuttavia, nell'ambito di esso, **si assiste ad un incremento dei crediti vantati dalle medesime**; essi alla stessa data sono annotati nei conti patrimoniali, per un valore globale di 1.424.058 euro/migliaia (contro i 1.219.845 euro/migliaia nel 2015 e 1.433.438 euro/migliaia al 31.12.2014) [tabella n. 1/p].

La maggior parte delle pretese afferisce alla voce B.II.2) *Crediti v/Regione e Provincia autonoma*, che torna a crescere nel 2016 fino a 1.339.104 euro/migliaia, dall'importo di 1.145.879 euro/migliaia del 2015 [tabella n. 3/p].

Rilevante è la sottovoce B.II.2.a) *Crediti v/Regione o Provincia autonoma per spesa corrente*, voce anche questa in costante crescita, che passa da 1.144.344 euro/migliaia nel 2015 a 1.280.281 euro/migliaia nel 2016.

La voce B.II.2.b) *Crediti v/Regione o Provincia autonoma per versamento a patrimonio netto* registra un nuovo aumento passando da 1.535 euro/migliaia nel 2015 a 58.823 euro/migliaia nel 2016, dopo l'ulteriore incremento avutosi nel 2014 passando da 14.105 euro/migliaia nel 2013 a 252.715 euro/migliaia nel 2014.

LE DISPONIBILITÀ LIQUIDE

Le disponibilità liquide, pari al 31.12.2015 a 423.082 euro/migliaia, di cui 416.825 euro/migliaia presso l'Istituto Tesoriere [tabella n. 1/p], scendono al 31.12.2016, a 213.369 euro/migliaia, di cui 206.373 euro/migliaia presso il Tesoriere.

Dalle Note integrative ai bilanci delle Aziende sanitarie non risultano gravami sulle disponibilità liquide per l'Azienda 03 Pescara, mentre risultano gravami pari a € 2.135.523 per l'Azienda 04 Teramo (tale somma, ancora bloccata, si riferisce a dei pignoramenti ormai chiusi, pertanto è stata fatta richiesta di svincolo alla Tesoreria ed alla Cancelleria delle esecuzioni immobiliari e mobiliari del Tribunale di Teramo) e pari a € 1.734.743 per l'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti.

L'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila, al 31.12.2016, invece, riduce notevolmente le proprie disponibilità liquide, avendo effettuato pagamenti nel corso del 2016 e avendo avuto una minore assegnazione nel mese di dicembre 2016 a seguito di recupero da parte della Regione delle maggiori somme assegnate nel 2015 (euro 9.868.990).

2.2.3 Le poste passive degli Stati patrimoniali delle Aziende sanitarie locali

Nelle linee guida 2016, emanate dalla Regione Abruzzo per i bilanci d'esercizio delle Aziende, così come è stato per il 2014 e il 2015, è precisato che il patrimonio netto deve riportare l'indicazione degli utili portati a nuovo, divise per anno di formazione.

Le stesse rinviano all'art. 30 del D.Lgs. n. 118/2011 e successive modifiche e integrazioni e ai relativi decreti di attuazione.

La norma stabilisce che *“L'eventuale risultato positivo di esercizio degli enti di cui alle lettere b), punto i), c) e d) del comma 2 dell'articolo 19 è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero, limitatamente agli enti di cui alle lettere b) punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19, è reso disponibile per il ripiano delle perdite del servizio sanitario regionale. Resta fermo quanto stabilito dall'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2013, sancita nella riunione della conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009”*.

Ulteriori prescrizioni riguardano i debiti.

In particolare:

- di contabilizzare i debiti, e nel caso più specifico i debiti v/fornitori, al valore nominale al netto di eventuali sconti e abbuoni e di ricomprendere gli importi relativi a “fatture da ricevere” alla chiusura dell'esercizio;

- di indicarne le motivazioni in relazione ai debiti per ferie maturate e non godute, nel caso in cui non si evidenzia in bilancio un'apprezzabile riduzione del debito in argomento, rispetto a quello dell'esercizio precedente, - *atteso che è interesse della Regione ed impegno del Direttore Generale assumere tutte le misure necessarie a condurre a livelli "fisiologici" l'entità dei debiti medesimi*;
- di rappresentare i debiti verso soggetti privati accreditati correttamente nella voce (PDA290) "*Debiti verso erogatori (privati accreditati e convenzionati) di prestazioni sanitarie*";
- di produrre una relazione attestante la variazione dei debiti dando separata evidenza ai debiti di formazione 2016 e alla diminuzione dei debiti di competenza dell'anno 2015 e precedenti;
- di inserire in Nota Integrativa un dettaglio relativo alla composizione della voce "*Altri debiti diversi*" (voce SP PDA380).

2.2.3.a Il patrimonio netto

Come già evidenziato, al 31.12.2016, lo Stato patrimoniale delle quattro Aziende, a fronte di un totale attivo di 2.314.880 euro/migliaia, evidenzia un totale passivo di 1.794.178 euro/migliaia, il che determina un patrimonio netto di 520.701 euro/migliaia. Di contro la situazione al 31.12.2015 evidenziava un totale attivo di 2.337.314 e un totale passivo di 1.801.520 euro/migliaia, con un Patrimonio netto positivo per 535.794 euro/migliaia [tabella n. 1/p].

L'analisi delle singole poste che lo compongono [tabella n. 4/p] evidenzia che rilevante appare, per le Aziende, la voce A.II) *Finanziamenti per investimenti*, che, pari, nel 2014, a 568.560 euro/migliaia, scende a 565.242 euro/migliaia al 31.12.2015, evolvendo a 562.396 euro/migliaia al 31.12.2016.

La voce risulta analiticamente divisa in:

- A.II.1) *Finanziamenti per beni di prima dotazione*, per 284.416 euro/migliaia al 31.12.2016, 305.920 euro/migliaia al 31.12.2015 e 324.870 euro/migliaia al 31.12.2014. La voce accoglie i beni di prima dotazione, su cui, in base alla casistica applicativa di cui al DM 17 settembre 2012, le Aziende, in seguito ad un'attività di ricognizione e rimodulazione del patrimonio immobiliare, hanno realizzato riserve patrimoniali per alimentare le future quote di sterilizzazioni;
- A.II.2) *Finanziamenti da Stato per investimenti*, non valorizzata nel 2016, 2015 e 2014;
- A.II.3) *Finanziamenti da Regione per investimenti* (203.407 euro/migliaia nel 2016, 206.183 euro/migliaia nel 2015 e 216.375 euro/migliaia nel 2014);
- A.II.5) *Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio* per 74.573 euro/migliaia nel 2016, contro i 53.139 euro/migliaia nel 2015, e 27.315 euro/migliaia nel 2014.

Residuali nel patrimonio netto sono le voci A.IV) *Altre riserve*, riconducibili, quasi interamente, all'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila, e la voce A.III) *Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti*.

Come già verificato ed attestato nel precedente referto (approvato con deliberazione n. 264/2016/SSR del 15.12.2016), le Aziende hanno recepito tutte le scritture riportate nell'allegato 1 al DCA n. 145/2014, ad oggetto "*Copertura delle perdite delle Aziende Sanitarie della Regione al 31.12.2013*".

Significative sono le esposizioni grafiche che seguono che riassumono nell'analitico le situazioni di ogni Azienda sanitaria locale alla data del 31.12.2016 mettendole a confronto con quelle degli esercizi precedenti.

Grafico n. 3/sp
Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila
situazione patrimoniale al 31.12.2016

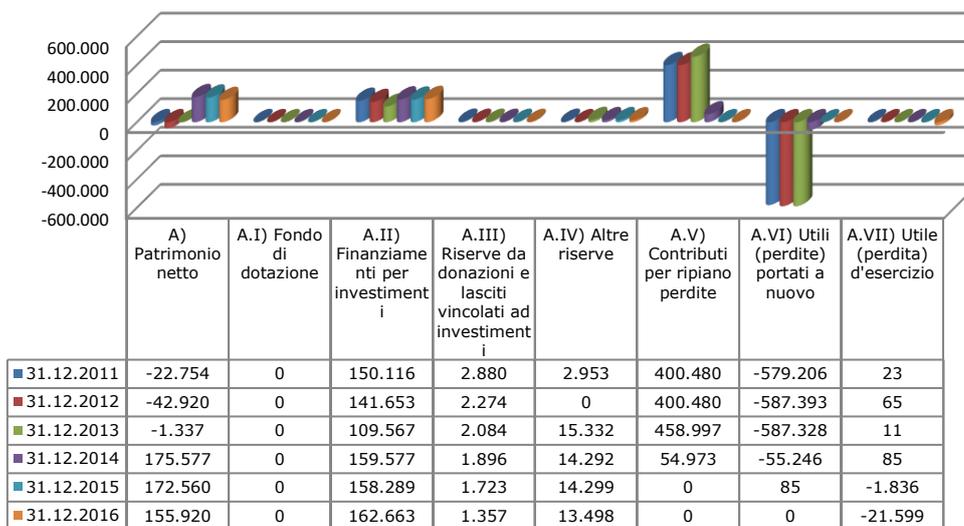


Grafico n. 4/sp
Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti
situazione patrimoniale al 31.12.2016

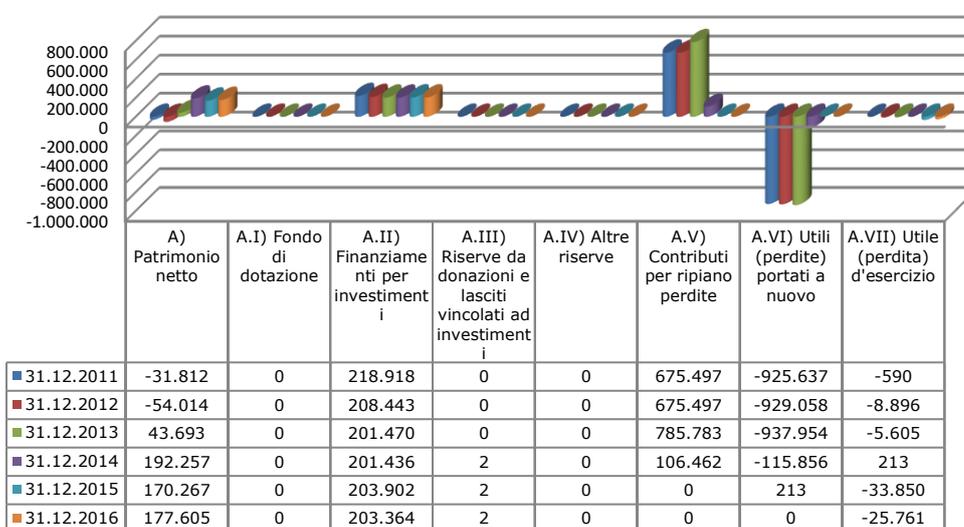


Grafico n. 5/sp
Azienda 03 Pescara
situazione patrimoniale al 31.12.2016

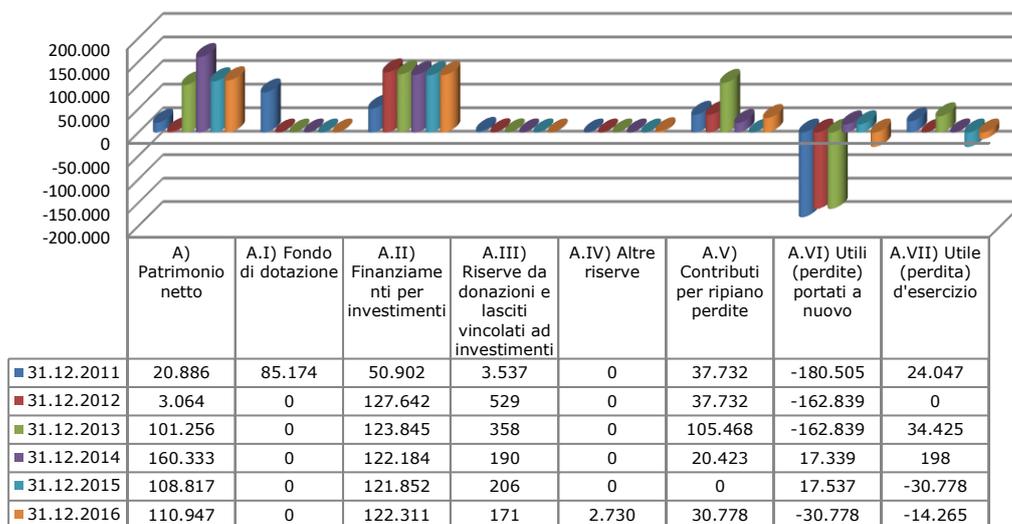
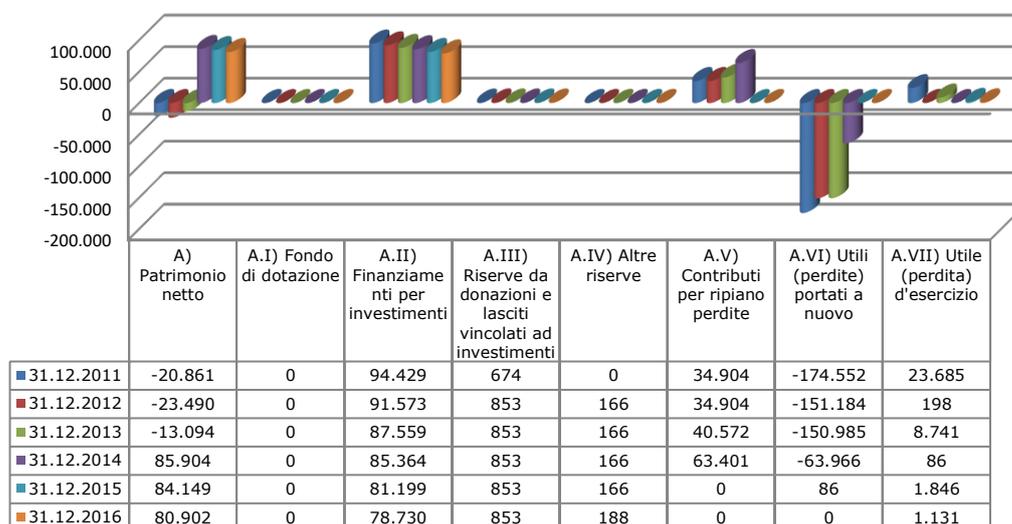


Grafico n. 6/sp
Azienda 04 Teramo
situazione patrimoniale al 31.12.2016



2.2.3.b Le passività

I DEBITI

Nessuna Azienda sanitaria, al 31.12.2016, presenta passività superiori alle attività; il tutto è dovuto alle iscrizioni contabili sopra riportate. I patrimoni netti aziendali appaiono positivi anche nel 2016.

Tuttavia, la situazione debitoria delle quattro Aziende sanitarie evidenzia che i debiti iscritti negli stati patrimoniali aziendali restano sostenuti al 31.12.2016, pari a 1.511.428 euro/migliaia contro i 1.510.444 euro/migliaia a fine 2015. [tabella n. 5/p].

La voce relativa ai debiti negli stati patrimoniali, in realtà, non presenta una significativa diminuzione - andamento che non sembra giustificarsi alla luce dell'entità delle risorse riversate dalla GSA alle Aziende. **Tale stasi della voce potrebbe afferire a mancate cancellazioni di debiti pregressi.**

Nella compagine generale, ed evidente nel suo andamento dai successivi grafici - la maggiore esposizione si riscontra nella voce **D.III) Debiti v/Regione o Provincia Autonoma**, che sale da 714.219 euro/migliaia al 31.12.2015, a 783.640 euro/migliaia al 31.12.2016.

Di contro, scende notevolmente la voce **D.VII) Debiti v/fornitori** da 642.483 euro/migliaia al 31.12.2015, dopo un ulteriore calo rispetto al 2014 (653.036 euro/migliaia), a 572.082 euro/migliaia al 31.12.2016 di cui 236.217 euro/migliaia verso erogatori privati accreditati e convenzionati di prestazioni (voce D.VII.1).

Dalla relazione dell'Advisor, ripresa anche nel verbale del Tavolo e Comitato del 26 luglio 2017, si evince che la riduzione del debito è stata conseguita attraverso la gestione del debito in contenzioso e/o in contestazione; la contrazione di 56 milioni di euro dei debiti della Azienda di Lanciano Vasto Chieti è da collegarsi per oltre 40 milioni di euro alla chiusura di uno dei contenziosi con la struttura Villa Pini e che l'unica Azienda che ha incrementato il valore dei debiti (+ 3 milioni di euro) è quella di Pescara, in parte da ascrivere alla riorganizzazione dell'offerta delle case di cura private con l'incremento del budget della medesima.

La voce **D.VIII) Debiti v/Istituto Tesoriere**, che aveva accolto i debiti cartolarizzati al 31.12.2010, per accollo dei medesimi sul bilancio regionale è completamente azzerata.

Seguono grafici esplicativi della evoluzione di singole poste di debiti.

Grafico n. 7/sp
Regione Abruzzo
Aziende sanitarie locali
D) Debiti

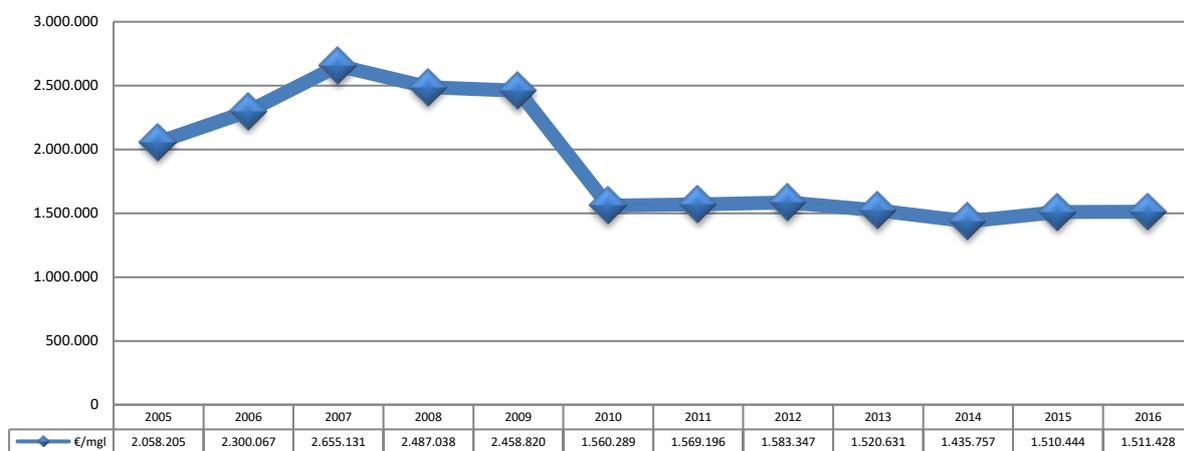


Grafico n. 8/sp
Regione Abruzzo
Aziende sanitarie locali
D.VII) Debiti verso fornitori

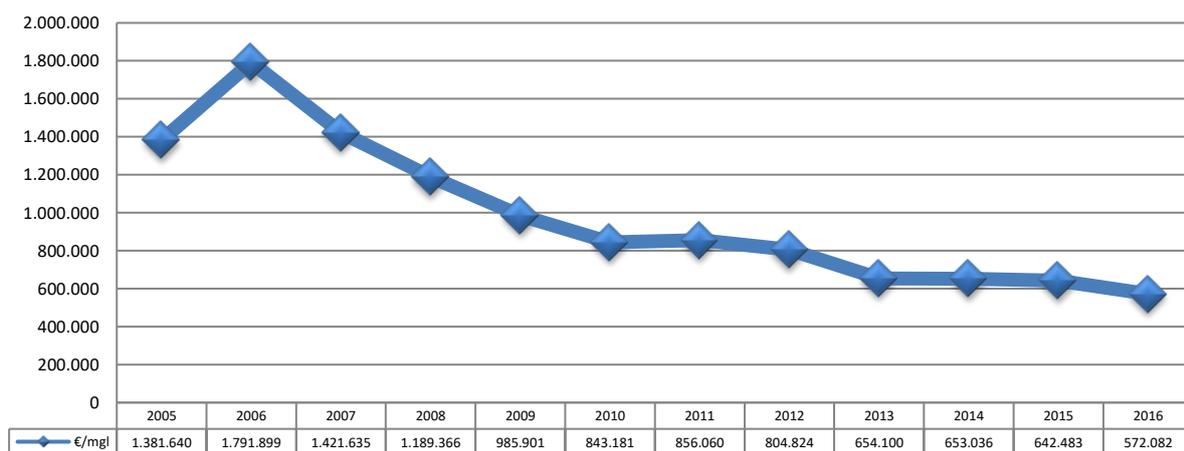
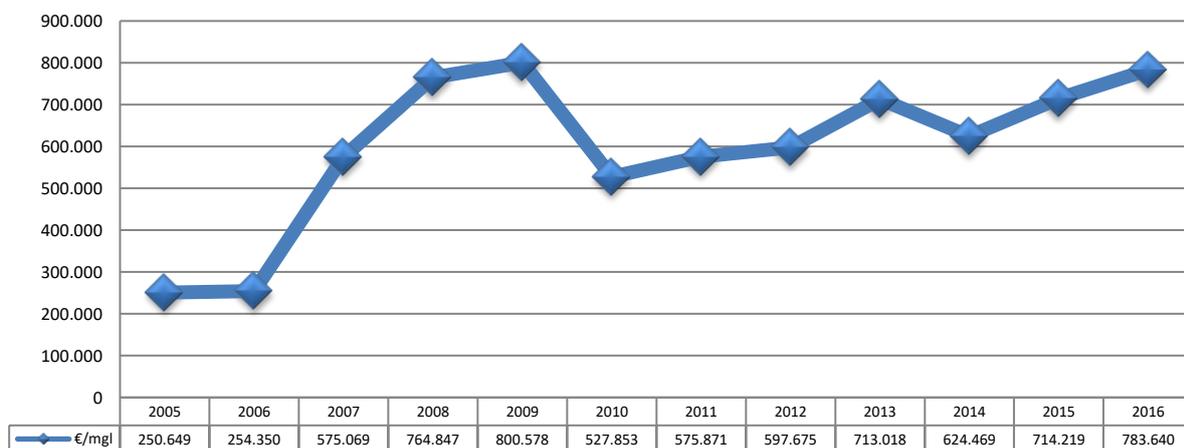


Grafico n. 9/sp
Regione Abruzzo
Aziende sanitarie locali
D.III) Debiti v/Regione o Provincia autonoma



I FONDI PER RISCHI E ONERI

Negli stati patrimoniali delle Aziende sono annotati Fondi per rischi ed oneri per 271.614 euro/migliaia al 31.12.2016 (pari in media al 15,1% del totale delle passività), diminuiti di poco rispetto all'esercizio 2015 (280.883 euro/migliaia), così classificabili: B.I) *Fondi per imposte anche differite*; B.II) *Fondi per rischi*; B.III) *Fondi da distribuire*; B.IV) *Quote inutilizzate di contributi*; B.V) *Altri Fondi per oneri e spese* [tabella n. 6/p].

La voce B.V) *Altri Fondi per oneri e spese*, pari a 45.179 euro/migliaia al 31.12.2016, con un leggero decremento rispetto al 31.12.2015, è costituita, soprattutto, da fondi concernenti gli oneri per il personale: B.V.2) *Fondo per rinnovi contrattuali* per 16.396 euro/migliaia e B.V.3) *Altri Fondi per oneri e spese* pari 28.567 euro/migliaia³³, che contiene, oltre alle voci dei Fondi inerenti al personale, riguardanti le incentivazioni, gli straordinari, le competenze accessorie le indennità di fine rapporto ed altro [tabella n. 6/p], anche una voce residuale denominata “*altri fondi per oneri e spese*” (voce 0203050501 del piano dei conti) che presenta un importo di rilievo (22.697 euro/migliaia). **Non si evince dal Piano dei conti delle Aziende né dalle Note integrative, quale tipologia di costo venga annotata in tale voce, afferente principalmente all’Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti (12.850 euro/migliaia) e all’Azienda 04 Teramo (9.790 euro/migliaia).**

Nella voce B.II) *Fondi per rischi*, di particolare rilievo è la sottovoce B.II.1) “*Fondi per cause civili e oneri processuali*”, il cui importo, al 31.12.2016, è complessivamente pari a 30.576 euro/migliaia.

Importo di rilievo ha anche la voce B.II.3) *Fondo rischi connessi all’acquisto di prestazioni sanitarie da privato*, pari a 32.445 euro/migliaia, valorizzata, in via preminente, dall’Azienda 03 Pescara (22.630 euro/migliaia).

³³ Il Dipartimento per la Salute e il Welfare, in accordo con i principi contabili di riferimento, ha ricordato più volte, nelle proprie linee guida alla redazione dei bilanci aziendali, che “*l’accantonamento al Fondo Rischi e Oneri, deve essere effettuato al fine di coprire le perdite o i debiti aventi le seguenti caratteristiche: natura determinata; esistenza certa o probabile; ammontare o data di sopravvenienza indeterminati alla chiusura dell’esercizio. I Fondi Rischi ed Oneri non possono mai superare l’importo necessario alla copertura delle perdite, degli oneri o dei debiti a fronte dei quali sono stati costituiti. Le passività che possono dare origine ad Accantonamenti a Fondi Rischi ed Oneri possono essere di duplice natura: accantonamenti per passività certe, il cui ammontare o la cui data di sopravvenienza è indeterminata; accantonamenti per passività la cui esistenza è solo probabile.*

I Fondi Rischi ed Oneri devono essere esposti nello stato patrimoniale tenendo conto delle seguenti classificazioni: fondi imposte; fondi rischi; altri fondi”. Le direttive hanno più volte chiarito che:

- “*Utilizzo del Fondo Rischi ed Oneri deve essere effettuato in modo diretto; ciò implica che quando il rischio si materializza non deve essere rilevato un componente negativo di reddito nel conto economico, ma il fondo precedentemente accantonato deve essere stornato per un importo pari al rischio accertato, ed in contropartita, viene rilevata l’uscita monetaria;*
- *non è possibile costituire Fondi Rischi e Oneri a fronte di rischi generici in quanto non si riferirebbero a passività originatesi alla data del Bilancio; Fondo oneri per il personale gli oneri per il personale relativi alle competenze accessorie ed alle ferie maturate e non godute non devono essere inserite nella voce “Fondo rischi ed oneri” ma vanno riportati nella voce “altri debiti”;*
- *Fondo operosità medici SUMAI: i medici SUMAI (specialisti ambulatoriali interni) hanno diritto, in base alla normativa vigente, ad un trattamento di fine rapporto che prende il nome di “Premio di operosità”. In base alla contabilità economica si rende necessario individuare e vincolare la quota da accantonare annualmente in un apposito fondo ai fini della quantificazione dei costi di esercizio. Per ciò che attiene le quote relative agli esercizi precedenti l’entrata in vigore della contabilità economica, occorrerà computare nel fondo un ammontare pari ai compensi già maturati negli esercizi trascorsi”.*

2.2.4 Chiarimenti sullo Stato patrimoniale delle Aziende forniti in contraddittorio, in sede di Adunanza pubblica, dall'Amministrazione regionale

Relativamente alle valutazioni effettuate dalla Sezione e ai dubbi sollevati in Adunanza pubblica circa l'incremento dei Crediti delle Aziende v/Regione da 1.145.879 euro/migliaia nel 2015 a 1.339.104 euro/migliaia nel 2016 di cui una rilevante parte afferisce ai crediti per spesa corrente (da 1.144.344 euro/migliaia nel 2015 a 1.280.281 nel 2016) e la diminuzione al 31.12.2016 delle disponibilità liquide, con contestuale andamento ancora sostenuto dei debiti (da 1.510.444 euro/migliaia a 1.511.428 euro/migliaia nel 2016), la Regione in quella sede, tramite i propri rappresentanti e con memoria integrativa del 14 marzo 2018, protocollo n. RA/073671/DPF012, ha fornito una serie di chiarimenti e considerazioni specifici sulle poste creditorie e debitorie riportate nel bilancio delle Aziende sanitarie.

In particolare, ha evidenziato che *“con riferimento ai Crediti, essi hanno le seguenti componenti principali:*

- Crediti v/Regione per quota FSR: Tale importo, pari a 455 €/mln aumenta di circa 53 €/mln a causa delle variazioni dovute alle rilevazioni contabili di competenza dell'anno 2016 delle quote premiali e della diminuzione di 31 €/mln dovuta al trasferimento delle quote residue per FSR 2011. Si evidenzia tuttavia che la GSA ha incassato nel corso del 2016 le premialità relative agli esercizi 2014 e 2015 per complessivi 108 €/mln che sono state liquidate alle ASL a gennaio 2017;
- Crediti v/Regione per mobilità attiva intraregionale ed extraregionale: Tale importo, pari a 779 €/mln ha un incremento di circa 71 €/mln integralmente controbilanciato dall'incremento nei debiti per mobilità passiva. È utile evidenziare che al netto di 8,6 €/mln relativi alla mobilità intraregionale e 5 €/mln relativi alla mobilità extraregionale, importi che sono attualmente in riconciliazione, le rimanenti somme trovano piena corrispondenza nei debiti di mobilità intraregionale ed extraregionale e pertanto vanno azzerati;
- Crediti v/Regione per finanziamento sanitario aggiuntivo LEA: Tale importo, pari a 46 €/mln ha un incremento di circa 13 €/mln a causa delle variazioni dovute alle rilevazioni contabili di competenza dell'anno 2016 delle quote del payback liquidate a fine anno ma effettivamente trasferite di cassa nel 2017;
- Crediti v/Regione per contributi copertura perdite: Tale importo, pari a 59 €/mln ha un incremento di circa 57 €/mln relativo alla copertura perdite 2015 effettuata con DPF012/43/2016 il cui trasferimento di cassa è avvenuto successivamente al 31 dicembre 2016.

Pertanto, la variazione nei crediti vantati dalle ASL nei confronti della Regione, al netto delle poste di mobilità e delle somme trasferite a cavallo di anno, trova ragione nella premialità 2016 che come noto viene trasferita dallo Stato solo a seguito delle verifiche di competenza LEA 2016 che sono ancora in corso. L'incremento di tale posta, non sembra comunque generare criticità di liquidità come meglio evidenziato nel seguito.

Con riferimento ai Debiti, si segnalano le seguenti variazioni nelle componenti principali:

- Debiti v/Regione per mobilità passiva intraregionale ed extraregionale: Tale importo, pari a 757 €/mln ha un incremento di circa 71 €/mln integralmente controbilanciato dall'incremento nei crediti per mobilità attiva, anche in questo caso al netto delle poste in riconciliazione tale importo andrebbe azzerato;
- Debiti v/Fornitori: Tale importo, pari a 572 €/mln diminuisce di circa 70 €/mln rispetto all'anno 2015. In tale valore si evidenziano due componenti, circa 220 €/mln rappresentano la parte fisiologica di debito connessa con le tempistiche di pagamento a 60 giorni (le ASL nel 2016 hanno effettuato pagamenti per circa 1.323 €/mln), il residuo sono debiti in contenzioso o in contestazione che bloccano le procedure di liquidazione (da una mappatura effettuata a settembre 2016 i debiti in contenzioso erano pari a 176 €/mln mentre quelli in contestazione erano pari a 164 €/mln);
- Debiti v/Dipendenti: Tale importo, pari a 66 €/mln aumenta di circa 20 €/mln rispetto all'anno 2015. Di questa variazione circa 12 €/mln derivano da una riclassifica effettuata dalla ASL di L'Aquila dalla voce

Altri fondi per oneri e spese, mentre circa 5 €/mln sono incrementi registrati nella ASL di Teramo che sembrano essere stati annullati nel corso dell'esercizio 2017 come si evince dalla voce "Insussistenze attive relative al personale" riportata nel CE IV Trimestre 2017.

Pertanto, la variazione nei debiti, al netto delle poste di mobilità e delle riclassifiche, è essenzialmente una variazione a sostegno della tenuta finanziaria del sistema, in quanto i debiti vanno a ridursi. Contestualmente, tale variazione è accompagnata da un incremento della cassa che a livello consolidato passa da 524 €/mln a 556 €/mln. In estrema sintesi la sola disponibilità di cassa è in grado di coprire la quasi totalità dei debiti verso fornitori nonché il 73% dei debiti complessivi (escludendo quelli per mobilità intraregionale ed extraregionale che trovano naturale compensazione nelle relative contropartite di credito), cosa che non fa ravvedere la presenza di problematiche di natura finanziaria".

2.3 Lo Stato patrimoniale della GSA

Con determinazione n. DPF012/26 del 06.07.2017, il Dipartimento per la Salute e il Welfare ha adottato il bilancio di esercizio per l'anno 2016.

Con determinazione n. DPF012/40 del 27.10.2016 il Dipartimento per la Salute e il Welfare ha riadottato il bilancio di esercizio anno 2015, di cui alle precedenti determinazioni n. DPF012/19 del 29.04.2016 e n. DPF012/27 del 16.06.2016.

Per entrambi gli esercizi, i bilanci sono costituiti dallo Stato patrimoniale, dal Conto economico, dal Rendiconto finanziario, dalla Nota integrativa e dalla Relazione sulla gestione, in conformità a quanto disposto con il D.Lgs. n. 118/2011 e s.m.i., sulla base di identici criteri di valutazione³⁴.

Al 31.12.2016 lo Stato patrimoniale della GSA è così composto [tabella n. 1/p]:

TOTALE ATTIVO, pari a 1.360.219 euro/migliaia, così composto:

Immobilizzazioni, per 0 euro/migliaia;

Attivo circolante, per 1.360.181 euro/migliaia, a sua volta composto di:

Crediti, per 1.017.382 euro/migliaia;

Disponibilità liquide, per 342.799 euro/migliaia;

Ratei e Risconti attivi, per 38 euro/migliaia;

TOTALE PASSIVO, pari a 1.360.219 euro/migliaia così composto:

Patrimonio netto, per 214.091 euro/migliaia;

Fondi rischi e oneri, per 71.678 euro/migliaia;

Debiti, per 1.074.413 euro/migliaia,

Ratei e risconti passivi, per 38 euro/migliaia.

³⁴ I criteri di valutazione adottati sono i seguenti:

- CREDITI: esposizione al valore indicato negli atti formali, nazionali e regionali, relativi al finanziamento del SSR;
- DISPONIBILITA' LIQUIDE: iscrizione in bilancio al loro valore nominale;
- PATRIMONIO NETTO:
 - a) Contributi per ripiano perdite: rilevazione con le modalità previste dal D.Lgs. n. 118/2011 e s.m.i., e dai successivi decreti ministeriali di attuazione;
 - b) Contributi in conto capitale: rilevazione con le modalità previste dal D.Lgs. n. 118/2011 e s.m.i., nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione;
- FONDI PER RISCHI E ONERI: FONDI PER QUOTE INUTILIZZATE DI CONTRIBUTI: costituzione mediante accantonamenti determinati con le modalità previste dall'art. 29, comma 1, lett. e), del D.Lgs. n. 118/2011 e s.m.i., nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione;
- DEBITI: rilevazione al loro valore nominale;
- RICAUI E COSTI: rilevazione secondo i principi della prudenza e della competenza economica.

2.3.1 Le poste attive dello Stato patrimoniale della GSA

2.3.1.a L'attivo circolante

I CREDITI

La maggior parte dei crediti afferisce alla voce **B.II.1) Crediti v/Stato**, pari a 441.868 euro/migliaia, così diversificati [tabella n. 3/p]:

B.II.1) CREDITI V/STATO

- **B.II.1.a) Crediti v/Stato per spesa corrente – Integrazione a norma del D.Lgs. n. 56/2000** per 287.664 euro/migliaia, relativi alle quote premiali (3%) anni 2011, 2013, 2014, 2015 e conguaglio di cassa anni 2013-2016, come da dettaglio a seguire;
- **B.II.1.b) Crediti v/Stato per spesa corrente – FSN**, per 61.571 euro/migliaia – somme vincolate relative agli anni 2009-2016 (dettaglio a seguire);

Descrizione Crediti v/Stato (valori in euro/migliaia)	2016	2015	2016/2015
Crediti v/Stato per spesa corrente – Integrazione a norma del D.Lgs. n. 56/2000 (ABA210)	287.664	324.715	-37.051
FSR 2011 (quota 3%)	101	101	0
FSR 2013 (quota 3%)	53.592	53.592	0
Conguaglio di cassa – anno 2013	23.422	23.422	0
FSR 2014 (quota premiale)	58.737	58.737	0
Conguaglio di cassa – anno 2014	11.688	81.884	-70.195
FSR 2015 (quota premiale)	-	13.433	-13.433
Conguaglio di cassa – anno 2015	69.700	94.526	-24.826
FSR 2016 (quota premiale)	70.423	0	70.423
Somme relative alla mobilità per farmaci innovativi	-	-980	980
Crediti v/Stato per spesa corrente – FSN (ABA220)	61.571	66.810	-5.238
Somme vincolate anno 2009	61	61	0
Somme vincolate anno 2010	0	30	-30
Somme vincolate anno 2012	750	891	-141
Somme vincolate anno 2012 (IZS)	1	1	0
Somme vincolate anno 2013	5.113	5.069	44
Progetto obiettivo anno 2013	10.465	10.465	0
Somme vincolate anno 2014	1.095	2.845	-1.750
Progetto obiettivo anno 2014	10.465	10.645	0
Somme vincolate anno 2015	5.865	4.449	1.416
Progetto obiettivo anno 2015	6.557	21.858	-15.301
Somme vincolate anno 2016	3.643	0	4.449
Progetto obiettivo anno 2016	6.881	0	21.858
TOTALE	349.235	391.525	-42.289

Fonte: GSA - Nota integrativa – bilancio 2016

- **B.II.1.c) Crediti v/Stato per mobilità attiva extraregionale – FSN**, per 93 euro/migliaia relativi ai farmaci innovativi;
- **B.II.1.f) Crediti v/Stato per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente**, pari a 6.395 euro/migliaia, quali contributi in conto esercizio extra fondo vincolato da Stato, accertati dai servizi competenti per materia e contabilizzati nella CO.GE. della GSA, ma non ancora incassati dalla stessa. L'incremento nell'anno 2016, è da ascrivere principalmente alla quota residua ancora da incassare, relativa al Fondo per l'acquisto di farmaci innovativi per 4.000 euro/migliaia;
- **B.II.1.h) Crediti v/Stato per finanziamenti investimenti**, pari a 86.145 euro/migliaia, concernenti somme ammesse al finanziamento a seguito di accordi di programma sottoscritti.

B.II.2) CREDITI V/REGIONE O PROVINCIA AUTONOMA

Altrettanto rilevante appare la voce **B.II.2) Crediti v/Regione o Provincia autonoma**, pari, nel complesso, a 62.344 euro/migliaia.

Essa è composta dalle seguenti sottovoci:

- **B.II.2.a) Crediti v/ Regione o Provincia autonoma per spesa corrente**, per 15.970 euro/migliaia.

In tale voce figurano:

B.II.2.a.3) Crediti v/regione o P.A. per quota FSR, per un importo pari a 1 euro/migliaia;

B.II.2.a.7) Crediti v/Regione o P.A. per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA, pari a 4.532 euro/migliaia;

B.II.2.a.9) Crediti v/Regione o P.A. per spesa corrente – altro, (ABA450), per un importo pari a 11.437 euro/migliaia. Tale credito ha subito un decremento pari a 40.000 euro/migliaia dovuto alla restituzione del trasferimento temporaneo di risorse dal conto tesoreria sanità al conto tesoreria ordinario della Regione per 40.000 euro/migliaia, di cui alla DPB007/36 del 17.12.2015, in attuazione delle disposizioni di cui alla DGR n. 1027/2015. Con Determinazione dirigenziale n. DPB007/10 del 17.02.2016, la Regione ha provveduto a disporre il trasferimento di liquidità per l'importo di 40.000 euro/migliaia dal conto tesoreria ordinario al conto tesoreria sanità, a titolo di restituzione di quota parte dell'anticipazione disposta ai sensi della DGR n. 1027/2015. L'incasso effettivo è avvenuto con la reversale n. 732 del 09.03.2016.

Nella Nota integrativa la GSA precisa che tale conto accoglie ancora somme accreditate sul conto ordinario ma di competenza della sanità ovvero incassi della sanità antecedenti all'1.01.2012 e pertanto imputati sul conto ordinario della Regione. Tali somme verranno trasferite man mano che le stesse saranno impegnate, liquidate e pagate dai servizi di competenza. Infine, tale conto comprende anche 5.828 euro/migliaia, relativi a somme del FSR, destinate alla FIRA per attività di monitoraggio della spesa del SSR per gli anni 2005-2009, riconosciute con determina n. DPF 22/2016 ma non ancora erogate in quanto è in corso un contenzioso. Tale somma è imputata nei bilanci ai capitoli 81500 per 3.847 euro/migliaia, 81501.2 per 1.305 euro/migliaia, 81502 per 676 euro/migliaia.

- **B.II.2.b) Crediti v/ Regione o Provincia autonoma per versamenti a patrimonio netto**, pari a 46.374 euro/migliaia.

In tale voce figurano:

B.II.2.b.1) Crediti v/Regione per finanziamenti investimenti, per 19.392 euro/migliaia relativi a somme dovute in attuazione delle leggi n. 133/2008, n. 77/2009 e n. 191/2009;

B.II.2.b.3) Crediti v/Regione per ripiano perdite, per 26.982 euro/migliaia. La Regione, nel corso dell'esercizio 2016, ha trasferito 53.800 euro/migliaia in applicazione della DGR n. 143/2016; in data 24.03.2017 è stato completato il trasferimento del residuo (DPB07/21/2017 e 36/2017).

Segue tabella riepilogativa della voce.

Descrizione Crediti v/Regione per ripiano perdite (valori in euro/migliaia)	anno 2015	anno 2016	2016/2015
Crediti v/Regione per FS e coperture 2005 e anni precedenti	80.782	26.892	53.800
Concorso Statale a ripiano disavanzi 2005 e precedenti (PdR)	48.016	0	48.016
Ripiano disavanzi 2002-2004	32.765	26.892	5.784
TOTALE	80.782	26.892	53.800

Fonte: GSA - Nota integrativa – bilancio 2016

B.II.4) CREDITI V/AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

La voce **B.II.4) Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche** è pari a 490.394 euro/migliaia.

Essa è divisa tra:

B.II.4.a.1) Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - mobilità in compensazione, per 463.314 euro/migliaia che subiscono una variazione in aumento di 48.191 euro/migliaia, “controbilanciati dall’incremento dei debiti verso Aziende Sanitarie pubbliche della Regione per mobilità in compensazione di importo analogo”;

B.II.4.a.3) Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - altre prestazioni, pari al 31.12.2015, a 27.080 euro/migliaia nel 2016 di cui: 17.370 euro/migliaia si riferiscono a crediti verso la ASL di Lanciano Vasto Chieti per erogazione FSR in conto anticipazione; 9.696 euro/migliaia si riferiscono a crediti verso la ASL di Avezzano Sulmona L’Aquila per somme trasferite alla stessa a titolo di mobilità extraregionale, anni 2006-2007-2008, riferite a prestazioni erogate da strutture private, ma non riconosciute dalla ASL e allo stato attuale in contenzioso, per le quali l’Azienda ha iscritto un debito verso la GSA di pari importo.

B.II.7) CREDITI V/ALTRI

Infine, figura, alla voce **B.II.7) Crediti v/altri**, la sottovoce **B.II.7.e) Altri Crediti diversi**, per la quale la GSA segnala, nella nota integrativa, che il valore finale di credito, pari a 22.775 euro/migliaia, corrisponde alla differenza fra quanto previsto, circa le somme dovute alla Regione Abruzzo, ai sensi dell’art. 2, commi 1 e 2, del D.L. 13 novembre 2015, n. 179, ovverosia 27.362 euro/migliaia, e quanto effettivamente incassato dalla Regione Abruzzo fino al 31 dicembre 2015, pari a 4.587 euro/migliaia (il corrispondente atto regionale in materia è la Determinazione n. DPF003/64 del 16.12.2015).

LE DISPONIBILITÀ LIQUIDE

Le disponibilità liquide passano al 31.12.2016 da 101.226 euro/migliaia all’1.1.2015 ad un importo di 342.799 euro/migliaia.

L’incremento di oltre 240.000 euro/migliaia è stato generato dalle seguenti componenti:

- parziale trasferimento da parte dello Stato delle quote residuali e premiali per gli anni 2014-2015 per un importo pari a 104.654 euro/migliaia. Tali importi sono presenti tra i crediti vantati dalle ASL nei confronti della GSA e trasferiti successivamente al 31.12.2016;
- incremento delle risorse per copertura perdite a seguito dei trasferimenti regionali (53.800 euro/migliaia in applicazione della DGR n. 143/2016) e recupero degli utili portati a nuovo delle ASL (19.767 euro/migliaia in applicazione alla DGR n. 777/2016 e smi.);
- risorse 2016 per 50.486 euro/migliaia di cui 30.900 euro/migliaia trasferiti successivamente al 31/12/2016 (FSR residuo e funzioni regionali).

La GSA registra, infine, la restituzione dell’anticipazione di cassa effettuata in favore del conto ordinario della Regione Abruzzo per 40.000 euro/migliaia, (DPB007/36 del 17.12.2015), in attuazione delle disposizioni di cui alla DGR n. 1027/2015.

Con Determinazione dirigenziale n. DPB007/10 del 17.02.2016, la Regione ha provveduto a disporre il trasferimento di liquidità per l’importo di 40.000 euro/migliaia dal conto tesoreria ordinario al conto tesoreria sanità a titolo di restituzione di quota parte dell’anticipazione disposta ai sensi della DGR 1027/2015. L’incasso effettivo è avvenuto con la reversale n. 732 del 09.03.2016.

2.3.2 Le poste passive dello Stato patrimoniale della GSA

2.3.2.a Il patrimonio netto

La GSA presenta, a fine esercizio 2016, un patrimonio netto di 214.091 euro/migliaia, in diminuzione rispetto al 2015 di 49.384 euro/migliaia, come di seguito giustificato [tabella n. 4/p].

La voce **A.I) Fondo di dotazione** è pari a 2.310 euro/migliaia e durante il corso dell'esercizio è rimasto pressoché costante.

La voce **A.II) Finanziamenti per investimenti** è pari a 101.718 euro/migliaia.

Valorizzate appaiono le voci:

- A.II.2.a) *Finanziamenti da Stato per investimenti – ex art. 20 legge n. 67/88* per 81.781 euro/migliaia (nota prot. n. RA/0173481/DPF002 del 29.06.2017). Il decremento pari a 6.404 euro/migliaia è il valore trasferito alle ASL per l'avanzamento di progetti.
- A.II.3) *Finanziamenti da Regione per Investimenti* per 19.938 euro/migliaia che non ha subito variazioni nel corso del 2016.

La voce **A.IV) Altre riserve** ha una consistenza finale pari a 5.037 euro/migliaia.

L'incremento di 417 euro/migliaia è rappresentato dall'avanzo di amministrazione dell'Agenzia Sanitaria Regionale, relativo all'anno 2015, restituito alla Regione Abruzzo in ottemperanza all'art. 14 della L.R. n. 1 del 9 gennaio 2010 (legge finanziaria regionale del 2010).

La voce **A.V) Contributi per ripiano perdite** è pari a 63.105 euro/migliaia ed è valorizzata interamente alla sottovoce A.V.3) *Contributi per ripiano perdite – Altro*. Tale conto non ha subito variazioni nel corso del 2016.

La composizione della voce si evince dal seguente prospetto:

Contributi per ripiano perdite – altro (euro/migliaia)	2015	2016
Crediti v/Regione per FS e coperture 2005 e anni precedenti	63.105	63.105
Concorso statale a ripiano disavanzi 2005 e precedenti (PdR)	48.016	48.016
Ripiano disavanzi 2002-2004	15.090	15.090
TOTALE	63.105	63.105

La voce **A.VI) Utili (Perdite) portati a nuovo** è pari a 18.853 euro/migliaia subisce un decremento di 5.770 euro/migliaia in applicazione della DGR n. 777/2016.

La voce **A.VII) Utili (Perdite) d'esercizio** è pari a 23.068 euro/migliaia, importo reso disponibile per il ripiano delle perdite del SSR.

2.3.2.b Le passività

I DEBITI

Dalla lettura del bilancio d'esercizio della GSA si evince che l'importo complessivo dei debiti, pari al 31.12.2015 a 883.663 euro/migliaia, sale a 1.074.713 euro/migliaia al 31.12.2016 [tabella n. 5/p], a loro volta valorizzati nelle seguenti voci:

- **D.II) Debiti v/Stato** per 413 euro/migliaia;
- **D.III) Debiti v/Regione o Provincia autonoma** per 27.062 euro/migliaia;
- **D.V) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche** per 1.032.987 euro/migliaia;
- **D.VI) Debiti v/Società partecipate e/o Enti dipendenti dalla Regione** per 600 euro/migliaia;
- **D.VII) Debiti v/Fornitori** per 5.430 euro/migliaia;
- **D.IX) Debiti tributari** per 27 euro/migliaia;
- **D.XI) Debiti v/Altri** per 7.893 euro/migliaia.

Le voci più rilevanti evidenziano:

- **D.II) Debiti v/Stato** per 413 euro/migliaia, sono composti da:
 - **D.II.1) Debiti v/Stato per mobilità passiva extra regionale** pari a 295 euro/migliaia dovuti ai farmaci innovativi che non sono stati ripartiti sulle ASL;
 - **D.II.5) Altri debiti v/Stato** pari a 118 euro/migliaia che riguardano somme incassate dallo Stato ma non ancora accertate dai servizi competenti;
- **D.III) Debiti v/Regione o Provincia autonoma**, per 27.062 euro/migliaia composti da:
 - **D.III.1) Debiti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamenti (PDA080)** pari a 1.163 euro/migliaia dovuti ad anticipazioni di cassa eseguite dalla Regione a favore della GSA per somme incassate sul conto sanità ma anticipate negli anni precedenti al 2012 dalla Regione;
 - **D.III.5) Altri debiti v/Regione o Provincia Autonoma (PDA120)** pari a 25.899 euro/migliaia. In N.I. viene specificato che, questo conto registra principalmente i trasferimenti di cassa inerenti l'istituto Zooprofilattico (IZS, che vengono versati dallo Stato sul conto sanità, ma devono essere trasferiti sul conto ordinario in quanto relativi a spese fuori dal perimetro sanità. Il debito aperto per tale importo risulta pari a 19.252 euro/migliaia. Inoltre, tale voce riporta un debito verso Regione di 5.828 euro/migliaia per attività di monitoraggio da parte della FIRA della spesa del SSR per gli anni 2005-2009, riconosciute con determina n. DPF 22/2016. Le somme relative, sono presenti sul conto ordinario, pertanto a fronte del debito esiste un analogo credito di pari importo nei confronti della Regione (ABA450).
- **D.V) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche** della Regione (che è la parte più rilevante dei debiti) che aumenta da 861.727 euro/migliaia nel 2015 a 1.032.987 euro/migliaia nel 2016.

La stessa comprende:

- **D.V.1) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione** per 974.165 euro/migliaia. Questi sono annotati così:
 - **D.V.1.a) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione per quota FSR** per 455.993 euro/migliaia. L'importo contiene parte delle quote indistinte FSR, somme vincolate ed obiettivi di piano ancora da erogare; tale debito, oltre alle variazioni dovute alle rilevazioni contabili di competenza

dell'anno, rilevano diminuzioni di 31.000 euro/migliaia dovuta al trasferimento delle quote residue per FSR 2011;

- **D.V.1.b) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione** – per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA per 46.267 euro/migliaia;
- **D.V.1.d) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione-mobilità in compensazione** per 471.905 euro/migliaia che rileva una variazione pari a 48.592 euro/migliaia, controbilanciata dall'incremento dei crediti verso Aziende sanitarie pubbliche della Regione per mobilità in compensazione di importo analogo;
- **D.V.3) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione per versamenti c/patrimonio netto** per 58.823 euro/migliaia.

Tale conto accoglie la copertura perdite 2015, in applicazione al DPF012/43/2016, trasferita successivamente al 31 dicembre 2016.

I FONDI PER RISCHI E ONERI

Il Fondo per rischi ed oneri della GSA è pari a 71.678 euro/migliaia, così composto [tabella n. 6/p]:

- **B.II) Fondi per rischi** pari a zero;
- **B.III.1) FSR indistinto da distribuire**, per 7.624 euro/migliaia
relativi al residuo dell'accantonamento effettuato nel 2014 per il potenziamento dell'assistenza territoriale per gli anziani non autosufficienti, in coerenza con quanto disposto dal DCA n. 112/2013 e ss.mm.ii, recante "Programma Operativo 2013-2015", ai sensi della lettera h), comma 1, art. 29 del D.Lgs. n. 118/2011;
- **B.III.2) Fondo vincolato da distribuire** pari a 38.746 euro/migliaia. Il dettaglio della quota inutilizzata contributi si evince dal prospetto a seguire, di cui alla N.I. al bilancio 2016:

QUOTA INUTILIZZATA CONTRIBUTI	ANNO 2016 (euro/migliaia)
Consistenza somme vincolate al 31/12/2015	38.114.040
Accantonamento somme vincolate 2016	14.041.399
<i>Medicina penitenziaria (DM 10.04.2002, art. 2)</i>	212.000
<i>Quota per extracomunitari irregolari</i>	403.231
<i>Finanziamento borse di studio per i corsi di formazione specifica in medicina generale</i>	893.530
<i>Medicina penitenziaria 2015, art. 2, c. 283, legge n. 244/2007</i>	4.123.649
<i>Oneri relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari</i>	1.133.309
<i>Indennità abbattimento animali infetti</i>	719
<i>Fondo esclusività personale dirigente sanitario</i>	840.036
<i>Screening neonatale D.M. 13ottobre 2016</i>	234.925
<i>Obiettivi di piano anno 2016 Intesa n. 236/csr del 14.04.2016</i>	6.200.000
Incrementi nell'anno 2016 per somme riferite ad anni precedenti al 2016	1.005.458
Utilizzi 2016 per somme riferite ad anni precedenti al 2016	-14.414.907
Giroconti v/PBA110 e v/PBA170	-117
TOTALE FONDO PER QUOTA INUTILIZZATA CONTRIBUTI AL 31.12.2016	38.745.880

- **B.III.3) Fondo per ripiano disavanzi pregressi**, pari a 19.767 euro/migliaia; tale fondo è stato generato a seguito dell'applicazione della DGR n. 777/2016 e smi.;
- **B.III.4) Fondo finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA**, pari a 5.511 euro/migliaia, concernente somme vincolate extra fondo accertate dai servizi competenti, ma non ancora impegnate. In particolare, riguardano i trasferimenti dell'AIFA per assegnazioni *payback*;
- **B.IV) Quote inutilizzate contributi** pari a 31 euro/migliaia.

2.4 Lo Stato patrimoniale consolidato della Regione Abruzzo

Continua ad essere disattesa da parte della Regione Abruzzo la normativa nazionale che è stata introdotta con rilevanti novità e riforme in materia di contabilità pubblica a partire dal D.Lgs. n. 118/2011.

La Regione ha dato adempimento (cfr.: precedenti Referti allegati alle deliberazioni n. 74/2015/SSR e n. 264/2016/SSR) alla istituzione di conti di tesoreria unica apposta, istituiti per il finanziamento del Servizio sanitario (art. 21 del D.Lgs. n. 118/2011) e alla istituzione di un centro di responsabilità (GSA presso la Regione) deputato all'implementazione e alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti tra singola Regione e Stato, le altre regioni, le Aziende sanitarie, gli altri Enti pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali (art. 22 del D.Lgs. n. 118/2011).

Tuttavia, non ha dato seguito, se non in parte, all'adozione del bilancio del SSR, prevista dall'art. 32 del D.Lgs. n. 118/2011.

Alla data odierna, infatti, la Sezione regionale ha accertato l'approvazione da parte della Struttura commissariale dei **solli seguenti bilanci consolidati del SSR:**

- esercizio 2012, approvato con DCA n. 65/2015 del 1° luglio 2015;
- esercizio 2013, approvato con DCA n. 45/2016 del 19 maggio 2016;
- esercizio 2014, approvato con DCA n. 70/2016 del 5 luglio 2016.

Ha preso atto, altresì, della **DGR n. 97/2017 del 28.02.2017, avente ad oggetto “Bilanci di esercizio 2015 degli Enti del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione”.**

La Sezione regionale ha ricevuto in data 6 marzo 2018, in sede di contraddittorio, la deliberazione di Giunta regionale n. 125/2018 del 2 marzo 2018, di approvazione del bilancio consolidato 2015 del SSR.

Ad oggi non risulta né adottato né approvato il bilancio consolidato degli esercizi 2016 e seguenti³⁵.

Esaminata la tempistica, è facile concludere che **continua ad essere violata la disposizione di cui all'art. 32, comma 7, del D.Lgs. n. 118/2011, che prevede che la Giunta regionale approvi entro il termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento il bilancio consolidato.**

Ai sensi degli artt. 22, co. 3, e 32 del D.Lgs. n. 118/2011, il legislatore ha previsto la redazione del bilancio sanitario consolidato, mediante il consolidamento dei conti della GSA e dei conti degli Enti sanitari, che attraverso procedure di controllo definite assicurano l'integrale raccordo e riconciliazione tra le poste iscritte e contabilizzate in termini di contabilità economico-patrimoniale e quelle iscritte in termini di contabilità finanziaria. L'insieme delle operazioni da rilevare nell'ambito delle attribuzioni

³⁵ Nella riunione del 30 marzo 2017, Tavolo e Comitato segnalavano il mancato invio del bilancio consolidato regionale 2015 e, rimanendo in attesa, nella riunione del 30 novembre 2017, stigmatizzano l'ulteriore ritardo nell'adozione di tale bilancio rispetto ai termini del D.Lgs. n. 118/2011. Il bilancio consolidato 2015 del SSR, in effetti, è stato approvato solo in data 2 marzo 2018 con DGR n. 125/2018.

della GSA dovrebbe corrispondere alla perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del SSR (art. 20 del D.Lgs. n. 118/2011). Sotto il profilo soggettivo, la delimitazione delle competenze della GSA corrisponde alla perimetrazione dei soggetti sottoposti alla disciplina del Titolo II del D.Lgs. n. 118/2011, indicati dall'art. 19, co. 2, esclusi gli istituti zooprofilattici.

Tra l'altro, resta l'ulteriore problema della **confluenza del bilancio consolidato nel bilancio generale della Regione**, che ovviamente stante la critica situazione che riguarda i rendiconti generali della Regione, a partire dall'esercizio 2013 ancora non completamente definito, porta questa Sezione a confermare quanto già affermato dalla Sezione delle autonomie, in occasione dell'audizione del 27.11.2014, davanti alla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale, che *“la mancata [...] piena attuazione dell'intero impianto del D.Lgs. n. 118/2011 [...] costituisce motivo di criticità sotto il profilo della ricostruzione esaustiva dei conti regionali ai fini del coordinamento della finanza pubblica. I risultati dei conti consolidati dei Servizi sanitari regionali devono rifluire nei rendiconti delle Regioni”*.

Ove si abbia, poi, riguardo ai commi 4 e 5 dell'art. 32 citato, concernente il bilancio preventivo consolidato, si deduce che la Regione Abruzzo **ha disatteso e continua a disattendere anche tali norme, che prevedono che il bilancio preventivo economico, che si compone ed è corredato degli stessi documenti che compongono e corredano il bilancio preventivo economico annuale dei singoli enti di cui all'art. 25, è approvato dalla giunta regionale “entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono”**.

Entro 60 giorni dalla data di approvazione, ai sensi del medesimo articolo, i bilanci in oggetto *“sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione”*.

In merito alla **procedura di programmazione, già nel precedente referto si constatava che solo alla data del 1° marzo 2016 veniva approvato il bilancio preventivo economico consolidato dell'esercizio 2015**.

A conferma delle criticità che perseverano nei processi programmatori, si evidenzia che **relativamente all'esercizio 2017 tale procedimento ha seguito un'ulteriore evoluzione anomala sfociata nel rinvio dell'approvazione dei bilanci di previsione degli enti nell'esercizio successivo**.

Con **Deliberazione di Giunta regionale n. 741/2016 del 15.11.2016**, concernente *“Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende sanitarie regionali per il triennio 2017-2019”*, la Regione ha evidenziato quanto contenuto nell'art. 20 della L.R. n. 146/96 e ss.mm.ii, che:

- *nelle more di approvazione degli strumenti di programmazione per l'esercizio finanziario di riferimento, l'Azienda è gestita nei limiti dei programmi e delle risorse contenute negli strumenti programmatici approvati per l'esercizio precedente, fatte salve eventuali prescrizioni impartite dal Dipartimento per la salute e il welfare;*
- *la mancata approvazione degli strumenti programmatici e la mancata o incompleta trasmissione degli stessi entro i termini previsti, il mancato invio di chiarimenti o elementi integrativi richiesti dal Dipartimento per la salute e il welfare, costituiscono gravi motivi ai fini della risoluzione del contratto del Direttore*

Generale, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 7, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, così come indicato nell'art. 20-bis della citata LR 146/96 e ss.mm.ii.

La Giunta Regionale ha, peraltro, approvato i prospetti denominati “*Conto economico programmatico 2017-2019*” contenenti i Conti economici programmatici per ciascuna Azienda sanitaria regionale, per il triennio 2017-2019.

A seguito di tale delibera le Aziende sanitarie hanno emanato i seguenti atti:

- **01 Avezzano Sulmona L'Aquila:** DDG n. 1990 del 30.11.2016, avente ad oggetto “*Adozione ed approvazione del Piano strategico 2017-2019, del Bilancio Pluriennale Previsione 2017-2019, del Bilancio Economico Preventivo Annuale 2017 della ASL 1 di Avezzano - Sulmona - L'Aquila*”, integrata con DDG n. 252 del 15.02.2017, successivamente revocata (252) e integrata (1990) con DDG n. 491 del 27.03.2017;
- **02 Lanciano Vasto Chieti:** DDG n. 1394 del 30.11.2016, avente ad oggetto “*Adozione ed approvazione degli strumenti di programmazione 2017-2019 e Piano Programmatico di esercizio 2017*”;
- **03 Pescara:** DDG n. 1039 del 30.11.2016, avente ad oggetto “*Adozione Strumenti di programmazione 2017-2019*”;
- **04 Teramo:** DDG n. 1380 del 30.11.2016, avente ad oggetto “*Adozione Strumenti di programmazione 2017-2019*”;

Con successive **Deliberazioni di Giunta regionale n. 570/2017 e n. 571/2017 dell'11.10.2017**, la Regione Abruzzo ha:

- stabilito che, la predisposizione degli Strumenti di Programmazione 2017-2019 delle Aziende Sanitarie dovesse essere fatta sulla base del Piano di Riqualficazione approvato, con le integrazioni rese dai Dirigenti del Dipartimento, così come riportate nell'allegato 1) parte integrante e sostanziale del provvedimento e, nei limiti dei costi riportati nei modelli economici programmatici aziendali, garantendo in tal modo il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario;
- approvato il documento denominato “*Indirizzi per la programmazione triennale 2017-2019 delle Aziende Sanitarie Regionali. Integrazioni dei Dirigenti del Dipartimento per la Salute e il Welfare*” così come da allegato 1) parte integrante e sostanziale del provvedimento;
- approvato i **prospetti denominati “Conto Economico Programmatico 2017-2019”**, parte integrante e sostanziale del provvedimento, contenenti i Conti Economici programmatici per ciascuna Azienda Sanitaria regionale per il triennio 2017-2019, come da: Allegato 2) “ASL, Avezzano Sulmona L'Aquila”; Allegato 3) “ASL Lanciano Vasto Chieti”; Allegato 4) “ASL Pescara”; Allegato 5) “ASL Teramo”;
- precisato che, **nelle more dell'approvazione degli strumenti di programmazione per l'esercizio finanziario 2017, l'Azienda è gestita nei limiti dei programmi e delle risorse contenuti negli strumenti programmatici approvati per l'esercizio precedente, fatte salve eventuali prescrizioni impartite dal Dipartimento per la Salute e il Welfare;**
- precisato che la mancata approvazione degli strumenti di programmazione e la mancata o incompleta trasmissione degli stessi entro i termini previsti, il mancato invio dei chiarimenti o elementi integrativi richiesti dal Dipartimento per la Salute e il Welfare, costituiscono gravi motivi ai fini della risoluzione del contratto del Direttore Generale, ai sensi dell'art. 3-bis, comma 7, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, così come indicato nell'art. 20-bis della citata L.R. n. 146/1996 e ss.mm.ii.;
- nella **DGR n. 571/2017**, preso atto degli emanati strumenti di programmazione aziendale per le Aziende 01, 02 e 03, esaminati secondo la scadenza temporale riportata in nota³⁶, **ha rinviato**

³⁶ **AZIENDA 01 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA**

- **DDG n.1990 del 30.11.2016**, ad oggetto “*Adozione ed approvazione del Piano Strategico 2017-2019, del Bilancio Pluriennale Previsione 2017-2019, del Bilancio Economico Preventivo Annuale 2017 della Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila*” acquisita dal Dipartimento per la Salute e il Welfare al prot. n. RA/0131083DPF012 in data 30.12.2016;
- **Verbale n. 1 del 26.01.2017 del Collegio Sindacale**, con il quale “*esprime parere contrario sul bilancio preventivo per l'anno 2017 non ritenendo le previsioni attendibili, congrue e coerenti col Piano di attività 2017, con i finanziamenti regionali nonché con le direttive impartite dalle autorità regionali e centrali. Ritiene altresì di dover “acquisire ed esaminare “il piano annuale delle dinamiche complessive*

l'approvazione degli stessi ad un successivo atto, da emanarsi previa ricognizione delle risultanze al 30 settembre 2017 e al 31 dicembre 2017.

del personale” ai sensi dell’art. 6 della L.R. n. 146/1996 e “il piano degli investimenti” quale parte integrante del piano strategico, così come inteso dall’art. 7 della Legge regionale su citata e dall’art. 254 punto 3) del D.lgs. 118/2011;

- **DDG n. 490 del 23.03.2017**, ad oggetto “Programma triennale dei lavori pubblici anni 2017-2018-2019 cd elenco annuale lavori 2017 - rettifica delibera 2056/2016”;
- **DDG n. 491 del 27.03.2017**, ad oggetto “Revoca deliberazione n. 252 del 15/02/2017. Integrazione alla delibera n. 1990 del 30.11.2016 ad oggetto “Adozione ed approvazione del Piano Strategico 2017-2019, del Bilancio Pluriennale Previsione 2017-2019, del Bilancio Economico Preventivo Annuale 2017 della Azienda 01 Avezzano Sulmona L’Aquila” acquisita al protocollo del Dipartimento per la Salute e il Welfare al protocollo RA/0109493/17 del 24.04.2017;
- **Verbale n. 5 del 29.03.2017 del Collegio Sindacale** dal quale si evince “Il Collegio procede all’esame dettagliato delle delibere n. 490 e 491 del 27 marzo 2017 che integrano e modificano il Programma triennale dei lavori pubblici 2017/2019 e il Piano annuale delle dinamiche del personale 2017. Alla luce di quanto in essere contenuto, il Collegio ritiene che le previsioni del bilancio 2017/2019 sono attendibili, congrue e coerenti ...”;
- **Verbale di Riunione del 16.05.2017**, presso la sede della ASL di Avezzano Sulmona L’Aquila, ad oggetto “Analisi congiunta dei dati di consuntivo 2016 e confronto con i dati di preventivo 2016 e con l’obiettivo di indagare i razionali dei principali scostamenti e l’attendibilità del preventivo 2017” svoltasi tra i Rappresentanti Aziendali, l’Assessore, il Direttore Regionale del Dipartimento Sanità e Welfare ed il Dirigente del Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento del SSR. L’Azienda si è impegnata a rivedere la programmazione 2017 ed a fornire le evidenze richieste in sede di riunione;
- **Nota n. RA/0201008/17 DPF012 del 27.07.2017**, con la quale è stato sollecitato il Direttore Generale a provvedere entro e non oltre il 4 agosto 2017 agli adempimenti rilevati nel verbale del 16 maggio 2017;
- **Nota della ASL prot. n. 0144278 del 04.08.2017**, ad oggetto “Preventivo 2017. Verbale della riunione del 16 maggio 2017” con la quale ha proposto dei chiarimenti su quanto evidenziato nella riunione del 16 maggio, sono state proposte azioni di contenimento per gli investimenti, personale, farmaceutica beni e servizi, accantonamenti, acquisti da privato e saldo della gestione finanziaria con le relative stime a chiudere al 31.12.2017.

AZIENDA 02 LANCIANO VASTO CHIETI

- **DDG n. 1394 del 30.11.2016**, ad oggetto “Adozione ed approvazione degli strumenti di programmazione 2017-2019 e Piano Programmatico di esercizio 2017” acquisita dal Dipartimento per la Salute e il Welfare al prot. n. RA/000708/DPF012 in data 03.01.2017;
- **verbale n. 1 del 11.01.2017 del Collegio sindacale** con cui: “In considerazione di quanto sopra esposto, il Collegio esprime parere favorevole sul bilancio preventivo per l’anno 2016 ritenendo le previsioni attendibili, congrue e coerenti col Piano di attività 2016, con i finanziamenti regionali nonché con le direttive impartite dalle autorità regionali e centrali”;
- **Verbale di Riunione del 17.05.2017 presso la sede della ASL di Lanciano Vasto Chieti**, ad oggetto “Analisi congiunta dei dati di consuntivo 2016 e confronto con i dati di preventivo 2016 e con l’obiettivo di indagare i razionali dei principali scostamenti e l’attendibilità del preventivo 2017” svoltasi tra i Rappresentanti Aziendali, l’Assessore, il Direttore Regionale del Dipartimento Sanità e Welfare ed il Dirigente del Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento del SSR. L’Azienda si è impegnata a rivedere la programmazione 2017 ed a fornire le evidenze richieste in sede di riunione;
- **Nota n. RA/0201008/17 DPF012 del 27.07.2017**, con la quale è stato sollecitato il Direttore Generale a provvedere entro e non oltre il 4 agosto 2017 agli adempimenti rilevati nel verbale del 17 maggio 2017;
- **Nota della ASL prot. n. 37742U17 del 04.08.2017**, ad oggetto “Riscontro Nota Prot. RA/0169773/DPF012 del 23.06.2017, avente ad oggetto - Preventivo 2017: Verbale di riunione del 17.05.2017- e successiva nota di sollecito n. RA/0201010/17 DPF012 del 27 luglio 2017”.

AZIENDA 03 PESCARA

- **DDG n. 1038 del 30.11.2016**, ad oggetto “Adozione Piano Triennale degli investimenti 2017-2019”, acquisita dal Dipartimento per la Salute e il Welfare al prot. n. RA/0114217/16/DPF012 del 06.12.2016;
- **DDG n. 1039 del 30.11.2016**, ad oggetto “Adozione strumenti di programmazione 2017-2019” acquisita dal Dipartimento per la Salute e il Welfare al prot. n. RA/0131064/16/DPF012 del 30.12.2016;
- **Verbale n. 51 del 15.12.2016 del Collegio Sindacale** che così conclude: “... il Collegio esprime parere favorevole sul bilancio preventivo per l’anno 2017 ritenendo le previsioni attendibili, congrue e coerenti col Piano di Attività 2017, con finanziamenti regionali nonché con le direttive impartite dalle autorità regionali e centrali. Riguardo a quanto, sopra, si osserva che: pur nella espressione favorevole del proprio parere, il Collegio non può non evidenziare la necessità di una politica rigorosa della spesa, evidenziando, altresì, che i citati termini “attendibili, congrue e coerenti” sono direttamente correlati ai contributi che saranno effettivamente assegnati dalla Regione Abruzzo. Ulteriore attenzione va riservata anche alla stima degli accantonamenti previsti dall’Azienda in bilancio”;
- **Verbale di Riunione del 30.05.2017**, presso la sede della ASL di Pescara, ad oggetto “Analisi congiunta dei dati di consuntivo 2016 e confronto con i dati di preventivo 2016 e con l’obiettivo di indagare i razionali dei principali scostamenti e l’attendibilità del preventivo 2017” svoltasi tra i Rappresentanti Aziendali, l’Assessore, il Direttore Regionale del Dipartimento Sanità e Welfare ed il Dirigente del Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento del SSR. L’Azienda si è impegnata a fornire le evidenze richieste aggiornando ad un incontro per presentare le risultanze;
- **Nota n. RA/0201008/17 DPF012 del 27.07.2017**, con la quale è stato sollecitato il Direttore Generale a provvedere entro e non oltre il 4 agosto 2017 agli adempimenti rilevati nel verbale del 30 maggio 2017;
- **Nota della ASL prot. n. 257/CDG del 04.08.2017**, ad oggetto “Riscontro Nota Prot. RA/0169778/DPF012 del 23.06.2017” con la quale sono stati forniti chiarimenti su quanto evidenziato nella riunione del 30 maggio, è stata effettuata una stima a chiudere al 31.12.2017, indicando, tra l’altro, le azioni necessarie ad una razionalizzazione della spesa ed alla realizzazione delle manovre di contenimento previste.

Con DGR n. 570/2017 ha, infine, approvato gli strumenti di programmazione della Azienda 04 Teramo per il triennio 2017-2019 e il bilancio preventivo della GSA per l'esercizio 2017³⁷.

Va osservato, anche in relazione alla tempistica, considerando che tali atti sono stati adottati alla fine del 2017, che la Regione ha esautorato ancora una volta il processo programmatico della valenza che la norma gli attribuisce, autorizzando, in assenza dell'approvazione in tempo degli strumenti programmatici, la consumazione di una gestione di fatto, non potendosi ritenere superato il dettato normativo (che fissa la 31 dicembre dell'esercizio antecedente il termine per l'approvazione dei bilanci preventivi) dal rinvio contenuto nella DGR n. 741/2017 ai limiti dei programmi e delle risorse contenuti negli strumenti programmatici approvati per gli esercizi precedenti.

Tale tipo di programmazione, postuma, ignora la reale importanza che le norme di armonizzazione attribuiscono al bilancio consolidato, che in fase preventiva acquista un valore particolare.

Appare rilevante ricordare quanto già accertato da questa Sezione sulla base delle relazioni del Collegio dei revisori in merito alla gestione del SSR al 31 dicembre rispettivamente 2014, 2015 e 2016.

2014 (cfr. deliberazione Corte dei conti n. 30/2015/FRG)

- il bilancio preventivo della Regione non tiene conto del bilancio preventivo economico annuale consolidato del SSR;
- il bilancio preventivo economico annuale consolidato del SSR non è stato approvato dalla Giunta regionale;
- il bilancio preventivo economico annuale consolidato, di conseguenza, non è stato pubblicato integralmente sul sito internet della regione ai sensi dell'art. 32, comma 5, del D.Lgs. n. 118/2001;
- non esiste possibilità di verifica della coerenza del bilancio preventivo economico annuale redatto dai singoli Enti del SSR con la programmazione sanitaria e la programmazione economico finanziaria della Regione.

2015 (cfr. deliberazione Corte dei conti n. 335/2015/FRG)

- il bilancio preventivo della Regione non ha tenuto conto, per l'esercizio finanziario 2015, del bilancio preventivo economico annuale consolidato del SSR (art. 32, comma 5, D.Lgs. n. 118/2011), che l'Organo di revisione dichiarava "in istruttoria";
- erano in fase di approvazione gli strumenti di programmazione aziendali 2015-2017. Tuttavia, anche in assenza di un bilancio preventivo economico consolidato, si accertava che la programmazione sanitaria regionale era stata definita con l'approvazione del Programma Operativo 2013-2015, di cui al decreto commissariale n. 84/2013, modificato con decreto commissariale n. 112/2013, integrato con DCA n. 34/2014 e modificato dal DCA n. 5/2015, nonché dagli indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione 2015-2017, stabiliti con il decreto commissariale n. 149/2014;
- sul sito della Regione Abruzzo risultava pubblicato solamente il Programma Operativo 2013-2015, non essendo integralmente pubblicato il bilancio preventivo economico annuale integralmente, come previsto dall'art. 32, comma 5, del D.Lgs. n. 118/2011. Attualmente risulta pubblicato integralmente il DCA n. 11/2016;

³⁷Anche sulla mancata redazione nei termini del bilancio preventivo 2017 e la mancata approvazione dei bilanci preventivi delle ASL, Tavolo e Comitato, da ultimo, nel verbale del 30 novembre 2017 stigmatizzano che vi sia la necessità che il bilancio preventivo annuale sia approvato entro le scadenze di legge previste ed invitano la Regione ad adottare le iniziative volte a tale rispetto. Rilevano nuovamente il ritardo con cui la Regione sta procedendo ad approvare i bilanci di previsione aziendali dell'anno 2017, praticamente ad esercizio chiuso. Proseguono nel senso che "l'obiettivo aziendale della diminuzione del disavanzo 2016 del 33,8% autorizza le Aziende a produrre un disavanzo maggiore di 40 mln di euro sull'anno 2017 in luogo dei disavanzi di circa 45 mln di euro registrati nel solo primo trimestre".

- non era stato verificato, da parte dei revisori, che il bilancio preventivo economico annuale, redatto dai singoli Enti del Servizio sanitario, fosse coerente con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della Regione.

Permangono, alla data odierna, molte delle criticità irrisolte, con una programmazione approvata a sanatoria della conclusa gestione.

2016 (cfr. deliberazione Corte dei conti n. 120/2017/FRG)

- il bilancio preventivo della Regione **non è coerente**, per l'esercizio finanziario 2016, con il bilancio preventivo economico annuale consolidato del SSR;
- il bilancio preventivo economico annuale consolidato del SSR **non è stato approvato** dalla Giunta regionale;
- nel bilancio preventivo economico annuale consolidato **non è previsto un accantonamento** nel fondo rischi per i contenziosi in atto;

Il bilancio preventivo della Regione, dunque, non tiene conto, per l'esercizio finanziario 2016, del bilancio preventivo economico annuale consolidato del SSR (art. 32, co. 5, D.Lgs. n. 118/2011), poiché all'epoca della sua redazione i bilanci preventivi degli enti del SSR erano ancora in fase di approvazione. Ne consegue che senza esito sono rimaste le verifiche volte a conoscere se nel bilancio economico consolidato fosse stato previsto un fondo rischi per contenziosi in atto. Nonostante ciò, il Collegio dichiara che nell'area del consolidamento sono compresi gli enti indicati dall'art. 32, comma 3, del D.Lgs. n. 118/2011.

La Sezione in tale sede, pur prendendo atto dei risultati consolidati del SSR al 31.12 per ogni esercizio di cui sopra (fermi al 2014), non può esimersi dal constatare la propria impossibilità fattuale di verificare la situazione consolidata alla luce degli esatti adempimenti richiesti dall'art. 1, comma 4, del decreto legge n. 174/2012, secondo il quale “ai fini del comma 3, le sezioni regionali di controllo della Corte dei conti verificano altresì che i rendiconti delle regioni tengano conto [...] dei risultati definitivi della gestione degli enti del Servizio sanitario nazionale, per i quali resta fermo quanto previsto dall'articolo 2, comma 2-sexies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dall'articolo 2, comma 12, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e dall'articolo 32 della legge 27 dicembre 1997, n. 449”.

Com'è noto la Regione Abruzzo sconta ancora, alla data odierna, una situazione di conclamato inadempimento dell'obbligo di rendicontazione annuale.

Ultimo documento sottoposto a controllo di questa Sezione, ai sensi del decreto legge n. 174/2012, è il **Rendiconto generale della Regione Abruzzo – esercizio 2013**, approvato con delibera di Giunta n. 688/C del 27 agosto 2015, parzialmente parificato dalla Sezione³⁸, successivamente integrato con

³⁸ Con la Decisione n. 39/2016/PARI del 26 febbraio 2016 e l'ordinanza n. 13 del 23 marzo 2016, la Sezione, rispettivamente, ha parificato, con rilevanti eccezioni, il “Rendiconto generale dell'esercizio 2013” della Regione Abruzzo e sollevato, in riferimento ai parametri stabiliti dall'art. 81, quarto comma (nel testo vigente prima della modifica introdotta dalla legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1), e dall'art. 119, sesto comma, della Costituzione, questione di costituzionalità su norme varie, sospendendo il giudizio per le voci incise dalle norme stesse. La Corte Costituzionale, con sentenza n. 89/2017 del 27 febbraio 2017, ha confermato tutti i dubbi di legittimità costituzionale sollevati, chiamando “la Regione Abruzzo [...] pertanto, a rideterminare il bilancio dell'esercizio 2013 in modo da accertare il risultato di amministrazione secondo canoni costituzionalmente corretti”. Pendente il giudizio di costituzionalità, la Regione ha emanato una nuova versione di rendiconto 2013, con DGR n. 756/C/2016, tradotta in legge regionale n. 16/2017 del 7 marzo 2017, recante “Rendiconto generale per l'esercizio 2013. Conto finanziario, conto generale del patrimonio e nota illustrativa preliminare”. Il 19 maggio 2017, il Consiglio dei Ministri ha rilevato profili di illegittimità costituzionale nella L.R. n. 16/2017, nella sua interezza e con

delibera di Giunta n. 756/C/2016 del 22 novembre 2016, tradotta in legge regionale n. 16/2017 del 7 marzo 2017, impugnata dal Governo e, con la recente Sentenza della Corte costituzionale n. 49/2018 del 9 gennaio 2018 (depositata in data 5 marzo 2018), dichiarata incostituzionale.

Alla luce di tali considerazioni, non appare possibile accertare la definitività dei dati forniti dal Dipartimento per la Salute e il Welfare, in quanto gli stessi non sono oggettivamente riscontrabili, mancando l'ufficialità di documenti finanziari regionali approvati.

Alla data odierna, questa Sezione accerta e prende atto che la Regione Abruzzo ha totalmente ignorato quanto previsto dal Titolo I del D.Lgs. n. 118/2011.

Con nota prot. n. RA/073671/DPF012 del 14 marzo 2018, la Regione precisa che “per quanto sussistano le criticità evidenziate in termini di adozione dei rendiconti regionali, criticità comunque in via di soluzione, i capitoli ricompresi nel perimetro Sanitario risultano tutelati dall'applicazione del titolo secondo del D.Lgs 118/2011 e non possono risentire di eventuali squilibri presenti in altri capitoli della regione.

Già nel 2012, con l'istituzione del conto di tesoreria separata, tutte le somme correnti sono state veicolate su questo e le relative scritture in contabilità finanziaria e in contabilità generale sono state verificate dall'attività del terzo certificatore della GSA. Con riferimento alle somme pregresse al 2012, la Regione ha effettuato i trasferimenti dal conto di tesoreria ordinario a quello sanità a seguito della redazione degli atti di impegno e liquidazione da parte dei singoli dirigenti. Come noto le somme più rilevanti erano relative alle coperture perdite pregresse, somme che ad oggi sono state integralmente trasferite al SSR. Tutti i rimanenti importi sono andati con il tempo ad esaurirsi e sono stati riconciliati in termini di residui attivi-passivi con l'approvazione del bilancio consolidato 2015 del SSR. Analoga riconciliazione risulta pronta per l'esercizio 2016”.

particolare riferimento all'art. 1, commi 1 e 2, agli artt. 8, 9, 10, 11 e 12, per violazione dell'art. 81 della Costituzione, richiamando anche la deliberazione n. 39/2016/PARI di questa Sezione e la sentenza n. 89/2017 della Corte costituzionale.

2.5 La esposizione debitoria del Settore sanità della Regione Abruzzo

2.5.1 Aspetti generali

Stante l'impossibilità per questa Sezione di poter usufruire di dati aggiornati e certificati, in assenza del bilancio consolidato 2016 degli Enti del SSR³⁹ e dei rendiconti regionali, fermi a date antecedenti, l'esposizione debitoria della Regione Abruzzo può essere ricostruita attraverso i dati contabili estrapolati dal Sistema ConTe della Corte dei conti, riscontrati nei bilanci degli Enti del SSR, e dai questionari compilati dal Collegio dei revisori della Regione Abruzzo.

Si premette fin da ora che i dati scontano, come già evidenziato, **l'inefficienza che contraddistingue la redazione dei documenti contabili regionali.**

Come ricordato dalla Sezione delle Autonomie (cfr.: Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni – esercizio 2015, approvata con deliberazione n. 17/SEZAUT/2017/FRG), la valutazione della tenuta del Sistema sanità *“oltre ai risultati d'esercizio degli Enti del Servizio sanitario, deve considerare anche la situazione patrimoniale sotto il profilo sia delle passività, sia delle attività. A tal proposito, la corretta conciliazione delle partite creditorie degli Enti sanitari verso la Regione e tra di essi (ossia, all'interno del SSR) costituisce un elemento imprescindibile per la valutazione del sistema, tant'è che nel tempo tale aspetto è stato un motivo di criticità. Il fenomeno dell'indebitamento, se non governato adeguatamente, rappresenta un sintomatico indicatore di rischio per la tenuta degli equilibri di bilancio e, ancor prima, evidenzia già un problema di carenza di liquidità soprattutto con riferimento alle passività a breve termine”*. Prosegue la Sezione delle Autonomie: *“Nel tempo, il fenomeno dei debiti della pubblica amministrazione in generale (e in particolare degli enti del Servizio sanitario) è venuto ad assumere una dimensione rilevante, Governo e Parlamento sono intervenuti con misure specifiche per il rilancio della crescita, per il sostegno dell'economia, dell'occupazione e del reddito. Con il dl. 35/2013 ... sono stati definiti obiettivi e modalità per realizzare un'accelerazione dei pagamenti dei debiti commerciali delle Amministrazioni pubbliche (compresi gli enti del SSN) maturati alla data del 31 dicembre 2012 (termine poi portato al 31 dicembre 2013 dal dl n. 66/2014 e al 31 dicembre 2014 dal dl n. 78/2015). Di particolare interesse, inoltre, sono gli strumenti introdotti per ridurre i ritardi nei pagamenti delle pubbliche amministrazioni: in particolare, l'obbligo della tenuta del registro delle fatture, l'indicatore di tempestività dei pagamenti e la fatturazione elettronica. Quest'ultima, infatti, comporterà vantaggi sia in favore della pubblica amministrazioni, sia dei suoi fornitori.*

Tra quelli maggiormente significativi, si evidenzia

- a) *l'ottenimento di consistenti risparmi di risorse dovuti, in gran parte, alla dematerializzazione della documentazione cartacea con conseguente dismissione degli archivi fisici;*
- b) *l'elevato grado di trasparenza nei rapporti con i terzi ed una maggiore attenzione sulla loro posizione fiscale che è sottoposta al vaglio automatizzato da parte degli organi competenti, con innegabili ricadute positive anche sulle misure di lotta all'evasione;*
- c) *la possibilità di monitorare in tempo reale l'andamento della spesa pubblica, nonché l'esposizione debitoria, divenendo così al contempo uno strumento di monitoraggio e verifica del rispetto delle disposizioni normative.*

Le azioni sopra citate, congiuntamente ad altre azioni messe in atto dagli attori in ambito regionale e degli enti sanitari, dovrebbero tendere alla convergenza dei tempi di pagamento dei debiti verso gli standard europei prescritti dalla direttiva 2011/7/EU e recepiti dal legislatore nazionale con il d.lgs. n. 192/2012363, nonché avere effetti sugli stimoli all'economia”.

³⁹ Il bilancio consolidato 2015 del SSR è stato approvato solo in data 2 marzo 2018, con deliberazione di Giunta regionale n. 125/2018.

2.5.2 L'indebitamento complessivo degli enti del SSR (a breve e medio termine)

Avendo già esaminato gli aspetti analitici attraverso gli stati patrimoniali degli Enti del SSR, in tale sede si espone una sintesi degli aspetti più rilevanti.

Con il termine “**indebitamento complessivo degli Enti del SSR**” ci si riferisce ai **DEBITI A BREVE E MEDIO TERMINE**, componente definita dalla Sezione delle Autonomie “*rilevante sotto il profilo della gestione, in quanto può elevarsi quale **indicatore di rischio per la tenuta dei conti dell’Ente**”.*

Gli stati patrimoniali degli enti sono stati già esaminati nei paragrafi precedenti. Da essi si evince che **l'indebitamento complessivo al 31.12.2016 (debiti a medio e breve termine) al netto dei debiti che gli Enti hanno verso la Regione e le altre Aziende sanitarie regionali [voci D.III) Debiti vs/Regione o Prov. Autonoma e D.V.1) Debiti verso Aziende pubbliche della Regione], è pari a 732.699 euro/migliaia nel 2016 per le quattro Aziende sanitarie locali e la GSA**⁴⁰.

L'importo è in diminuzione, passando da 811.930 euro/migliaia nel 2014 a 797.102 euro/migliaia nel 2015.

Un confronto concernente la situazione dei singoli Enti del SSR e dei dati regionali con quelli nazionali emerge dalla seguente tabella.

Tab. n. 1/ind/SSR
Indebitamento complessivo* degli Enti del SSR nella Regione Abruzzo
Estratto Tab. n. 5/p (valori in €/mgl)

Enti del SSR	2016	2015	2014	COMP. 2016	VAR. 2016/2015	VAR. 2015/2014
ASL 01	225.828	216.170	229.482	30,8%	4,5%	-5,8%
ASL 02	225.333	296.628	303.060	30,8%	-24,0%	-2,1%
ASL 03	155.134	151.830	143.859	21,2%	2,2%	5,5%
ASL 04	112.041	123.106	127.806	15,3%	-9,0%	-3,7%
GSA	14.364	9.368	7.724	2,0%	53,3%	21,3%
REGIONE	732.699	797.102	811.930	100,0%	-8,1%	-1,8%
**DATO NAZIONALE	N.D.	56.652.954	48.577.347	-	N.D.	16,6%

*L'indebitamento complessivo del Settore sanitario non considera i debiti che gli Enti sanitari regionali hanno verso la Regione Abruzzo e le altre Aziende sanitarie regionali

**Dato estratto da Referto della Sezione delle Autonomie “*Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni-esercizio 2015*” di cui alla deliberazione n. 17/SEZAUT/2017/FRG.

⁴⁰ Si intende costituito da: Debiti per mutui passivi (D.I), debiti verso lo Stato (D.II), debiti verso i Comuni (D.IV), debiti verso società partecipate e/o enti dipendenti da Regione (D.VI), debiti verso fornitori (D.VII), debiti verso istituto tesoriere (D.VIII), debiti tributari (D.IX), debiti verso istituti previdenziali, assistenziali e sicurezza sociale (D.X), debiti verso altri (D.XI), infine debiti verso Aziende sanitarie pubbliche extraregione (D.V.2) e debiti verso Aziende sanitarie pubbliche della Regione per versamenti c/patrimonio netto (D.V.3).

Tab. n. 2/ind/SSR
Debiti verso la Regione Abruzzo e le Aziende sanitarie regionali
Estratto Tab. n. 5/p (valori in €/mgl)

Enti del SSR	2016	2015	2014	COMP. 2016	VAR. 2016/2015	VAR. 2015/2014
ASL 01	77.926	85.982	75.351	4,2%	-9,4%	14,1%
ASL 02	552.199	464.160	393.255	29,8%	19,0%	18,0%
ASL 03	32.433	41.942	31.889	1,8%	-22,7%	31,5%
ASL 04	130.534	130.627	131.056	7,0%	-0,1%	-0,3%
GSA	1.060.049	874.295	1.118.415	57,2%	21,2%	-21,8%
REGIONE	1.853.142	1.597.005	1.749.966	100,0%	16,0%	-8,7%
**DATO NAZIONALE	N.D.	54.680.782	54.721.066	-	N.D.	-0,07%

**Dato estratto da Referto della Sezione delle Autonomie "Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni-esercizio 2015" di cui alla deliberazione n. 17/SEZAUT/2017/FRG.

L'indebitamento complessivo si riduce dal 2014 al 2016 in maniera significativa: -1,8% nel 2015, -8,1% nel 2016, a fronte di un trend crescente che si registra nel 2015 nei dati concernenti il valore nazionale.

In termini di composizione la maggior parte dei debiti grava sulle Aziende 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (30,8%) e 02 Lanciano Vasto Chieti (30,8%).

La riduzione dell'indebitamento come sopra individuato conferma che, come già ricordato dalla Sezione delle Autonomie, si potrebbero intravedere, anche in Abruzzo, i primi risultati delle diverse azioni poste in essere dal Governo prima e della Regione poi (si pensi alle anticipazioni di liquidità erogate dal MEF e la concessione di spazi finanziari), che hanno consentito, attraverso l'accelerazione dei pagamenti di migliorare la gestione finanziaria.

Tuttavia, si ricorda che, nello specifico, la riduzione dei debiti delle Aziende sanitarie regionali tocca principalmente l'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti, con il -24,0% di variazione.

Sul punto, come già detto, nel paragrafo 2.3.2.b *Le passività*, si ricorda che tale Azienda ha ridotto il proprio debito attraverso la gestione del debito in contenzioso e/o in contestazione con chiusura di uno dei contenziosi più rilevanti pari a 40 mln di euro.

Le altre Aziende registrano aumenti minori: la Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila del +4,5% e la Azienda 03 Pescara del +2,2%. Sale del +53,3% l'indebitamento della GSA.

A livello nazionale, la Sezione delle Autonomie ha messo in luce come l'esposizione debitoria degli Enti del SSN, abbia risentito di almeno cinque fattori:

- anticipazioni di liquidità erogate dal MEF e concessioni spazi finanziari;
- armonizzazione contabile (D.Lgs. n. 118/2011) che ha previsto, tra l'altro, un perimetro ben definito nell'ambito del bilancio regionale e l'istituzione di conti di tesoreria unica per il finanziamento del SSN (art. 21, co. 1, lett. a);
- migliore gestione finanziaria attuata dalle singole Aziende e dalla GSA a livello regionale;
- fatturazione elettronica e piattaforma di certificazione dei crediti (PEC);
- adempimento regionale relativo all'erogazione, da parte della Regione, al proprio SSR, entro la fine dell'anno, di almeno il 95% delle somme che incassa, nel medesimo anno, dallo Stato e delle somme che

la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio SSR (art. 3, co. 7, D.L. n. 35/2013).

In sede di Adunanza pubblica, l'Ente ha evidenziato lo stato degli adempimenti di cui sopra:

- a) *“La Regione ha aderito all'anticipazione di liquidità di cui al DL 35/2013 per un importo complessivo pari a 174 €/mln. L'importo è stato trasferito alle ASL che hanno provveduto al pagamento dei debiti riportati nel piano dei pagamenti previsto;*
- b) *Il perimetro sanità è stato identificato con DGR 172/2012 e 192/2013, mentre il conto di tesoreria unica per finanziamento del SSR è stato istituito dal 01/01/2012;*
- c) *A livello di SSR, si registra una tempistica nei pagamenti entro i termini della normativa. A livello di ASL solo quella di Chieti al 2016 non rispettava le tempistiche, tuttavia tale criticità risulta superata nel 2017;*
- d) *Con riferimento alla movimentazione della piattaforma PCC, sia per il 2016, sia per il 2017 il Tavolo di Verifica Ministeriale ha certificato una buona movimentazione della Piattaforma dei Crediti Commerciali;*
- e) *La Regione è sempre risultata adempiente (come verificato dai Tavoli ministeriali) alle prescrizioni di cui all'art. 3, co. 7, D.L. n. 35/2013”.*

Ha evidenziato che *“Il risultato di tali azioni è stato quello di ridurre il livello dei debiti verso fornitori che sono passati da 794 €/mln del 31/12/2012 (valore di riferimento per l'applicazione del DL 35/2013) ai 572 €/mln attuali. Inoltre, la riduzione del debito è accompagnata da tempistiche di pagamento in linea con la normativa (indice di tempestività dei pagamenti inferiore a 60 giorni), pertanto gli interventi nazionali sembrano aver prodotto gli effetti desiderati in Abruzzo, l'ulteriore riduzione del debito potrà essere ottenuta solo con le chiusure dei debiti in contenzioso/contestazione”.*

Segue una tabella che mostra i debiti verso Aziende sanitarie extraregionali per gli anni 2016-2014.

Tali debiti sono in misura assai contenuta nel contesto dell'indebitamento complessivo di cui alla tabella n. 1/ind/SSR.

Tab. n. 3/ind/SSR
Debiti verso Aziende sanitarie extra regionali
Estratto Tab. n. 5/p (valori in €/mg)

Enti del SSR	2016	2015	2014	COMP. 2016	VAR. 2016/2015	VAR. 2015/2014
ASL 01	678	438	445	21,5%	54,9%	-1,7%
ASL 02	1.707	892	509	54,0%	91,4%	75,3%
ASL 03	255	238	204	8,1%	7,2%	16,6%
ASL 04	521	414	379	16,5%	25,7%	9,5%
GSA	0	0	0	-	-	-
REGIONE	3.161	1.982	1.537	100,0%	59,5%	29,0%
**DATO NAZIONALE	N.D.	70.171	48.879	-	N.D.	43,56%

**Dato estratto da Referto della Sezione delle Autonomie *“Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni-esercizio 2015”* di cui alla deliberazione n. 17/SEZAUT/2017/FRG.

2.5.3 Il debito verso fornitori e le altre tipologie di indebitamento degli Enti del SSR

I debiti a breve termine, [tabella n. 1/ind/SSR] costituiti da debiti verso fornitori, debiti verso lo Stato, Comuni e altri Enti pubblici, debiti verso dipendenti, debiti verso Istituti di previdenza e di sicurezza sociale, nonché debiti tributarie e altri debiti, rappresentano una parte molto importante dell'indebitamento complessivo del Settore sanitario.

L'intera massa debitoria, come già descritta, si concentra per lo più nella voce **D.VII) Debiti v/Fornitori** [tabella n. 4/ind/SSR], che costituisce il **22,3% del totale dei debiti iscritti negli stati**

patrimoniali degli Enti del SSR. La voce registra un trend decrescente già dal 2014 e si contrae nel 2016 del -10,6%.

Tab. n. 4/ind/SSR
Estratto Tab. n. 5/p (Volume II) – Debiti v/Fornitori degli Enti del SSR (valori in €/mgl)

Enti del SSR	Voce	2016	2015	2014	COMP. 2016 Debiti a breve	COMP. 2016 Debiti v/Fornitori	VAR. 2016/2015	VAR. 2015/2014
ASL 01	Debiti a breve	225.828	216.170	229.482	30,8%		4,5%	-5,8%
	di cui Debiti v/Fornitori	171.334	173.313	190.985		29,7%	-1,1%	-9,3%
ASL 02	Debiti a breve	225.333	296.628	303.060	30,8%		-24,0%	-2,1%
	di cui Debiti v/Fornitori	193.871	249.945	249.282		33,6%	-22,4%	0,3%
ASL 03	Debiti a breve	155.134	151.830	143.859	21,2%		2,2%	5,5%
	di cui Debiti v/Fornitori	132.711	129.341	124.304		23,0%	2,6%	4,1%
ASL 04	Debiti a breve	112.041	123.106	127.806	15,3%		-9,0%	-3,7%
	di cui Debiti v/Fornitori	74.166	89.884	88.465		12,8%	-17,5%	1,6%
GSA	Debiti a breve	14.364	9.368	7.724	2,0%		53,3%	21,3%
	di cui Debiti v/Fornitori	5.430	3.787	4.934		0,9%	43,4%	-23,3%
REGIONE	Debiti a breve	732.699	797.102	811.930	100,0%		-8,1%	-1,8%
	di cui Debiti v/Fornitori	577.512	646.270	657.971		100,0%	-10,6%	-1,8%

I debiti verso fornitori costituiscono, dunque, il 78,8% dei debiti a breve. Essi, nella composizione regionale, fanno capo principalmente all'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti (33,6%), seguita dall'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (29,7%) e dall'Azienda 03 Pescara (23%). Residua il 12,8% in capo all'Azienda 04 Teramo e lo 0,9 % alla GSA.

2.5.4 L'indebitamento a lungo termine degli Enti del SSR

Come si evince dalla Tab. n. 5/p, la voce relativa ai tradizionali prestiti a lungo termine, ammonta a zero per gli Enti del SSR abruzzese (voce **D.II) Debiti per mutui passivi**).

2.6 L'indebitamento complessivo della Regione Abruzzo per il Settore sanitario

Accanto all'indebitamento degli Enti del SSR, sussiste l'esposizione debitoria per il Settore sanitario riferibile direttamente alla Regione⁴¹.

⁴¹ Le informazioni sono state estratte dal sistema ConTe della Corte dei conti.

Con riferimento alle anticipazioni di liquidità – come previsto anche dalla Sezione delle Autonomie – si è ritenuto di considerarle come “altre forme di indebitamento”, in quanto l'impatto di tali risorse si riflette sui futuri esercizi a causa del rimborso della quota capitale e degli interessi.

Inoltre, la Sezione delle Autonomie ricorda che “in un'ottica sostanziale, occorre tener presente che, se tale operazione finanziaria ha comportato una riduzione dei debiti verso i fornitori, di fatto resta ancora la passività verso il nuovo soggetto creditore unico (il MEF in luogo degli originari creditori), per un periodo sino ad un massimo di trenta anni. Così come nel 2013 e 2014, anche nel 2015 le anticipazioni di liquidità, erogate per il pagamento dei debiti commerciali pregressi, hanno avuto la duplice finalità sia di imprimere una accelerazione dei pagamenti, sia di introdurre misure straordinarie di sostegno all'economia”.

Le tabelle che seguono mostrano l'indebitamento complessivo a carico della Regione e del quale la quota parte per la sanità è indicata nell'ultima colonna.

I dati sono forniti al 31.12.2015, non essendo stati caricati – sul sistema ConTe – i dati relativi al 2016 e 2017.

Su un totale al 31.12.2015 pari a 1.331.294 euro/migliaia di debito complessivo regionale, la quota relativa alla sanità è pari a 557.144 euro/migliaia, scesa del -5,36% rispetto al 2012.

Trattasi di 390.380 euro/migliaia per obbligazioni cui si aggiunge la quota residua di 166.764 euro/migliaia dell'anticipazione di liquidità di cui al D.L. n. 35/2013, contratta nel 2013 per 174.009 euro/migliaia.

Non si procede in questa sede all'analisi nel dettaglio della composizione dell'indebitamento regionale essendo necessario solo evidenziare che per la sanità residua l'importo di debito ricordato (al 31.12.2015). Un'analisi più completa sarà effettuata in occasione del referto generale sulla finanza regionale da rendere in sede di parifica del rendiconto generale della Regione.

Del resto, le informazioni in possesso della Sezione risalgono all'esercizio 2015, e, peraltro, risultano anche incomplete. Lo stesso Organo di revisione ha ritenuto di bloccare, di fronte a dati così aleatori i suoi obblighi di informazione nei confronti della Corte dei conti, tramite inserimento degli stessi nel sistema ConTe.

Tabella 1/IND - Indebitamento a carico della Regione

Anni	Mutui	di cui sanità	Obbligazioni	di cui sanità	Altro	di cui sanità	Debito complessivo	di cui sanità
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	A = (1)+(3)+(5)	B = (2)+(4)+(6)
2012	25.776	0	1.417.228	588.692	0	0	1.443.003	588.692
2013	20.797	0	1.322.911	516.977	174.009	174.009	1.517.717	690.986
2014	15.603	0	1.228.248	445.262	170.443	170.443	1.414.294	615.705
2015	10.186		1.154.344	390.380	166.764	166.764	1.331.294	557.144

Tabella 2/IND- Indebitamento a carico dello Stato

Anni	Mutui	di cui sanità	Obbligazioni	di cui sanità	Altro	di cui sanità	Debito complessivo	di cui sanità
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	A = (1)+(3)+(5)	B = (2)+(4)+(6)
2012	7.685	0	0	0	0	0	7.685	0
2013	6.112	0	0	0	0	0	6.112	0
2014	5.206	0	0	0	0	0	5.206	0
2015	4.257						4.257	0

Tabella 3/IND - Mutui a carico della Regione - Enti creditori

Anni	TOTALE MUTUI a carico Regione	Cassa DD.PP e altri Istituti pubblici equiparati	Istituti di credito ordinario
	A = (1)+(2)	(1)	(2)
2012	25.776	12.958	12.818
2013	20.797	10.902	9.895
2014	15.603	8.759	6.844
2015	10.186	6.525	3.661

Tabella 4/IND - Indebitamento - Tipologia tassi

Anni	Debito complessivo a carico Regione	Tasso fisso	Tasso variabile
	(A)= (1)+(2)	(1)	(2)
2012	1.443.003	653.587	789.417
2013	1.517.717	743.126	774.591
2014	1.414.294	654.530	759.765
2015	1.331.294	582.066	749.229

Fonte: (Tabelle da 1/IND a 4/IND) Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni - Esercizio 2015 (del. n. 17/SEZAUT/2017/FRG)

3 LA GESTIONE CONTABILE

3.1 Premessa

Si analizza, in questo capitolo, la gestione dell'assistenza sanitaria dell'esercizio 2016 a confronto con i precedenti, attraverso i dati contenuti nei bilanci degli Enti del SSR, aggregati secondo la loro annotazione nei Piani dei conti delle quattro Aziende abruzzesi, rielaborati, dalla Sezione regionale, in base alle classificazioni dei CE e degli SP dello schema ministeriale, di cui al DM 15 giugno 2012 del Ministero della Salute, successivamente integrato dal DM 20 marzo 2013, recepito dalla DGR n. 153/2013 e dal successivo DCA n. 130/2014.

La Sezione ha proceduto all'analisi dei seguenti bilanci:

BILANCI 2016

AZIENDE e GSA	ANNO 2016
01 Avezzano Sulmona L'Aquila	DDG n. 738 del 02.05.2017 ad oggetto "Approvazione del Bilancio d'esercizio al 31.12.2016 della ASL n. 1 di Avezzano - Sulmona - L'Aquila"; DDG n. 1872 del 31.10.2017 ad oggetto "Revoca deliberazione n. 738 del 02/05/2017 – Adozione ed approvazione del Bilancio d'esercizio al 31.12.2016 della ASL n. 1 di Avezzano - Sulmona - L'Aquila"
02 Lanciano Vasto Chieti	DDG n. 477 del 02.05.2017 ad oggetto "Adozione Bilancio d'esercizio chiuso al 31/12/2016 ASL 02 Lanciano Vasto Chieti"; DDG n. 92 del 25.01.2018 ad oggetto "Deliberazione del Direttore Generale n. 477 del 02.05.2017 ad oggetto "Adozione Bilancio d'esercizio chiuso al 31/12/2016 ASL 02 Lanciano Vasto Chieti". Integrazioni"
03 Pescara	DDG n. 401 del 02.05.2017 ad oggetto "Approvazione Bilancio d'esercizio al 31/12/2016 costituito da stato patrimoniale, conto economico, nota integrativa e relazione sulla gestione";
04 Teramo	DDG n. 513 del 02.05.2017 ad oggetto "Adozione bilancio d'esercizio 2016"; DDG n. 1433 del 19.10.2017 ad oggetto "Modifiche ed integrazioni alla Deliberazione n. 513 del 02 maggio 2017 avente ad oggetto "Adozione bilancio d'esercizio 2016"*
GSA	Determinazione n. DPF012/26 del 06.07.2017 ad oggetto "Adozione del bilancio di esercizio 2016 della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) presso la Regione Abruzzo ai sensi del D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, art. 26"

*L'Azienda 04 Teramo, nel corso del contraddittorio, ha inviato, in data 19 febbraio 2018, la nuova **DDG n. 127 del 30.01.2018** ad oggetto "Modifiche ed integrazioni in autotutela alla Deliberazione n. 1433 del 19/10/2017 avente ad oggetto "Modifiche ed integrazioni alla Deliberazione n. 513 del 02 maggio 2017 avente ad oggetto "Adozione bilancio d'esercizio 2016" che non presenta sostanziali variazioni contabili.

Contestualmente, i Collegi sindacali hanno inviato i questionari-relazione, ex art. 1, comma 170, della legge n. 266/2005, sui quali la Sezione procederà, come di consueto, per la verifica delle singole gestioni.

A ottobre 2017, due Aziende su quattro, hanno riadottato il bilancio d'esercizio 2016, a seguito delle richieste di chiarimenti della Regione.

Per quanto riguarda la ASL 01 Avezzano Sulmona L'Aquila, il Dipartimento per la Salute e il Welfare - Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento del SSR, con nota prot. n. RA/0206355/DPF012 del 02.08.2017 trasmetteva la determinazione n. DPF012/35 del 01.08.2017

avente ad oggetto “*Deliberazione del Direttore Generale della ASL di Avezzano - Sulmona - L’Aquila n. 738 del 02/05/2017. Richiesta chiarimenti ed elementi integrativi di giudizio e modifica*”; in cui si evidenziava “*un disallineamento tra il credito FSR dell’Azienda con il debito GSA. L’Azienda non rileva un credito per medicina penitenziaria (€/000 979) e un credito per trattamento cure domiciliare (€/000 63). Riporta, invece, un credito vs. Regione (GSA) per (€/000 2.582) per FSR, tale credito risulta insussistente in quanto le somme spettanti alla ASL per FSR risultano erogate.*”.

All’esito di ulteriori interlocuzioni istruttorie veniva effettuato il riallineamento richiesto ovvero le iscrizioni della sopravvenienza passiva per un importo di €/000 2.582 e al contempo un credito per medicina penitenziaria per €/000 979;

Per quanto riguarda la ASL 04 Teramo, il Dipartimento per la Salute ed il Welfare della Regione Abruzzo Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Controllo di Gestione, con nota prot. n. RA/236313/DPF012 del 13 settembre 2017, avente ad oggetto “*Bilancio d’esercizio 2016. Deliberazione del Direttore Generale n.513 del 02.05.2017. Richiesta chiarimenti ed elementi integrativi di giudizio.*” richiedeva chiarimenti ed elementi integrativi di giudizio al bilancio d’esercizio 2016.

Il Dipartimento, con la suddetta nota rilevava che: nel bilancio di verifica risultavano presenti dei sottoconti non previsti nel Piano dei Conti regionale, come da allegato prospetto A); sul Modello di Conto Economico (D.Lgs n. 118/2011) erano invertite le somme iscritte nella voce B.2.J “*Acquisti termali in convenzione*”, (euro 2.165.523, anziché come da bilancio di verifica euro 724.184), e nella voce B.2.K “*Acquisti prestazioni di trasporto sanitario*” (indicata per euro 724.184, anziché come da bilancio di verifica euro 2.165.523); nel bilancio di verifica non risultava alimentato il conto 02.05.09.01.07 “*Debiti tributari erario c/IVA split payment*”; nel bilancio di verifica non risultava alimentato il conto 02.01.07.01.01 “*Utile d’esercizio*”.

3.2 La gestione 2016: assegnazione ed erogazione del Fondo sanitario regionale agli Enti del Servizio sanitario regionale

Con **Deliberazione di Giunta regionale n. 332/2017 del 26.06.2017**, la Giunta Regionale, ha determinato in € 2.355.315.905,99 il Fondo sanitario regionale 2016 indistinto, come da tabella che segue.

La delibera ha fatto riferimento alle Intese intervenute in seno alla Conferenza e aventi ad oggetto, rispettivamente, “*Intesa, ai sensi dell’articolo n. 115, comma 1, lett. a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l’anno 2016*” (Rep. Atti n. 62/CSR del 14 aprile 2016 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano), e “*Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, in attuazione dell’articolo 42, comma 14-ter, del decreto legge 12 settembre 2014, n. 133, convertito con modificazioni, dalla legge 11 novembre 2014, n. 164 di ripartizione delle forme premiale per l’anno 2016*” (Rep. Atti n. 63/CSR del 14 aprile 2016). L’importo è stato individuato sulla base delle DGR n. 790/2016 e n. 791/2016 del 30 novembre 2016, recanti, rispettivamente, “*Adeguamento risorse destinate al Servizio Sanitario Regionale, relative all’annualità 2016*” e “*Documento tecnico di accompagnamento e bilancio finanziario regionale 2016-Adeguamento risorse destinate al Servizio Sanitario regionale relative alle annualità 2016*”, che determinano le disponibilità finanziarie ante mobilità interregionale, per il SSR dell’anno 2016 pari a € 2.335.315.905,99, come riportato dalle sopra citate Intese delle Conferenze Stato Regioni, imputate nei capitoli del bilancio regionale di seguito riportati:

Regione Abruzzo
Fondo sanitario regionale indistinto 2016

UPB	CAPITOLO	DESCRIZIONE	IMPORTO
12.01.002	81422	Interventi in materia di dipendenza dal tabagismo – L.R. 27.03.1998, n. 19	150.000,00
12.01.001	81470.1	Spese relative agli accordi integrativi della medicina convenzionata	91.555,23
12.01.001	81470.2	Spese relative agli accordi integrativi della medicina convenzionata (oneri da contenzioso)	657.337,93
12.01.001	81500.1	Quota del FSN di parte corrente – D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e D.Lgs. 31.3.1998, n. 112 in materia di salute e sanità veterinaria	2.310.553.708,28
12.01.001	81500.2	Trasferimento ARAN comparto sanità d.i. 18/10/1999 e s.m.i.	46.398,88
12.01.001	81501.2	Quota del FSN per il raggiungimento di particolari obiettivi fissati dalla legge e dagli indirizzi programmatici emanati dalla Regione	21.291.583,30
12.01.001	81501.3	Quota del FSN per il raggiungimento di particolari obiettivi fissati dalla legge e dagli indirizzi programmatici emanati dalla Regione (servizi informatici)	285.000,00
12.01.001	81501.4	Quota del FSN per il raggiungimento di particolari obiettivi fissati dalla legge e dagli indirizzi programmatici emanati dalla Regione (Istituzioni e società private)	2.129.985,38
12.01.001	81501.5	Quota del FSN per il raggiungimento di particolari obiettivi fissati dalla legge e dagli indirizzi programmatici emanati dalla Regione (Altri beni di consumo)	42.944,00
12.01.001	81501.6	Quota del FSN per il raggiungimento di particolari obiettivi fissati dalla legge e dagli indirizzi programmatici emanati dalla Regione (Servizi sanitari)	3.000.000,00
12.01.001	81502	Quota del FSN riservata per gli imprevisti e straordinari – Fondo di riserva	1.000.000,00
12.01.001	81509.1	Finanziamento Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) – L.R. 02.07.1999, n. 37	1.400.000,00
12.01.001	81510	Finanziamento attività di natura sanitaria affidate all'Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente (ARTA) – L.R. 29.07.1998, n. 64	12.496.000,00
12.01.001	81592	Provvidenze a favore dei nefropatici per il potenziamento dei servizi di dialisi domiciliare – L.R. 21.4.1998, n. 29	1.500.000,00
12.01.001	81396	Interventi per il potenziamento e razionalizzazione delle attività di prelievo d'organo – L.R. 08.05.1995, n. 103	258.228,00
12.01.001	81398	Progetto per l'incremento e il miglioramento delle qualità del processo della donazione di organi e tessuti ed iniziative per l'informazione sulla donazione di organi.	413.165,00
FSR AL NETTO DELLA MOBILITA' EXTRAREGIONALE 2016			2.355.315.906,00
SALDO DI MOBILITA' EXTRAREGIONALE 2016			-72.151.335,70
CASSA FSR 2016			2.283.164.570,30

Nel provvedimento si precisa, tra l'altro, che i trasferimenti mensili sul conto di tesoreria sanità effettuati dallo Stato a titolo di **anticipazioni di cassa FSR 2016 indistinto sono pari a € 2.204.848.257,61; si stabilisce, inoltre, che, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 118/2011, l'eventuale risultato positivo d'esercizio degli Enti del SSN è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti**, mentre i risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto per la salute 2014-2016, come previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 10.07.2014 rimangono nella disponibilità delle singole regioni per finalità sanitarie e che, fermo restando quanto previsto dell'art. 2 comma 80 della legge n. 191/2009 eventuali risparmi nella gestione del SSN effettuati dalla Regione rimangono nella disponibilità delle Regioni stesse per finalità sanitarie. Si dispone che ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 118/2011, l'eventuale risultato positivo d'esercizio degli enti del SSN è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti.

È precisato, altresì, che è stata già incassata dalla GSA la somma di € 7.893.645 a titolo di quota premiale (Provvisorio in entrata n. 729 del 10 novembre 2016), di cui alla sopra citata intesa n. 63/CSR/2016, e che dovrà essere versato alla Regione, come quota residua FSR 2016, l'importo di € 70.422.667,69, di cui alla sopra citata intesa n. 62/CSR/2016.

Nella deliberazione medesima, si dispone di dover assegnare alla GSA, in coerenza con quanto previsto dagli articoli 19 e 30 del D.Lgs. n. 118/2011, una quota parte del finanziamento del Servizio sanitario pari a € 49.111.757.

La medesima risulta composta da:

- € 25.783.946, già destinati al finanziamento delle attività gestite direttamente dalla GSA;
- € 1.104.025, da destinare all'attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza del gioco d'azzardo, ai sensi dell'art. 1, comma 946, della legge 28 dicembre 2015, n. 208;
- € 108.976, da destinare all'attività concernente l'assistenza e ricerca della fibrosi cistica anno 2016;
- € 22.114.809, da destinare all'eventuale riequilibrio economico finanziario di ogni singolo Ente del SSR, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 118/2011.

Pertanto, la Giunta Regionale ha approvato la ripartizione del FSR indistinto a favore delle Aziende sanitarie e della GSA, come da successivo riparto:

Regione Abruzzo
Fondo sanitario regionale indistinto 2016 – assegnazione alle Aziende sanitarie locali

AZIENDE SANITARIE REGIONE ABRUZZO	AVEZZANO SULMONA L'AQUILA (01)	LANCIANO VASTO CHIETI (02)	PESCARA (03)	TERAMO (04)	GSA (000)	TOTALE REGIONE (999)
FSR indistinto 2016	548.907.878	680.536.130	546.383.677	530.376.464	49.111.757	2.355.315.906

Regione Abruzzo
Assegnazione FSR 2016 – voce AA0030

AZIENDE SANITARIE REGIONE ABRUZZO	AVEZZANO SULMONA L'AQUILA (01)	LANCIANO VASTO CHIETI (02)	PESCARA (03)	TERAMO (04)	GSA (000)	TOTALE REGIONE (999)
Assegnazione FSR 2016 di cui al sottoconto 03.01.01.01.01 pdc aziendale	545.216.690	677.255.257	536.774.343	527.979.608	22.114.809	2.309.340.707
Assegnazione FSR 2016 della somma per fibrosi cistica (Intesa CSR 62/2016) di cui al sottoconto 03.01.01.01.01 del pdc aziendale	-	-	-	-	108.976	108.976
Assegnazione FSR 2016 della somma per prevenzione, cura e riabilitazione patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo ai sensi dell'art. 1, comma 133, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Intesa CSR 62/2016)	-	-	-	-	1.104.025	1.104.025
Totale quota relativa alle funzioni regionali 2016 di cui al sottoconto 03.01.01.01.02 del pdc aziendale	3.691.188	3.280.873	9.609.334	2.396.857	25.783.946	44.762.198
Totale quota assegnata per la generalità delle funzioni – voce CE AA0030-voce bilancio A.1.a	548.907.878	680.536.130	546.383.677	530.376.464	49.111.757	2.355.315.906

Regione Abruzzo
Trasferimenti di cassa 2016 e residui per quota FSR 2016 indistinto e mobilità intraregionale

	AVEZZANO SULMONA L'AQUILA (01)	LANCIANO VASTO CHIETI (02)	PESCARA (03)	TERAMO (04)	GSA (000)	TOTALE REGIONE (999)
Quota assegnata per la generalità delle funzioni (a)	548.907.878	680.536.130	546.383.677	530.376.464	49.111.757	2.355.315.906
Mobilità interregionale 2016 (acconto 2016) (b)	4.518.572	-23.376.507	-6.748.504	-46.544.896	-	-72.151.336
Totale risorse 2015 (a+b)=c	553.426.450	657.159.623	539.635.172	483.831.568	49.111.757	2.283.164.570
Trasferimenti effettuati (d)	532.684.989	652.851.948	543.282.875	451.423.240	25.783.946	2.206.026.998
- di cui per mobilità intra (acconto 2016+conguagli) (e)	-7.775.369	-21.677.370	42.903.219	-13.450.119	-	-
- di cui per Quota parte della premialità 2016 (€ 7.893.645 ex art. 9 D.Lgs. 149/2011) trasferita alle Aziende (f)	280.556	347.834	279.266	271.084	-	1.178.740
Quota parte della premialità 2016 ex art. 9 D.Lgs. 149/2011 (€ 7.893.645 – prov. 729/2016) al netto di € 1.178.740 inclusi nei trasferimenti effettuati (g)	-	-	-	-	6.714.905	6.714.905
Totale trasferimenti per FSR e mobilità intraregionale 2016 (d-e) = h	540.460.358	674.529.678	500.379.656	464.873.359	25.783.946	2.206.026.998
TOTALE DA TRASFERIRE FSR 2016 (c-g-h) = i	12.966.092	-17.370.055	39.255.516	18.958.209	16.612.906	70.422.668

Si riportano, di seguito, le tabelle relative agli accertamenti e agli impegni presenti sul bilancio regionale 2016 relative al Fondo sanitario indistinto e, rispettivamente, agli accertamenti per mobilità attiva extraregionale e agli impegni per mobilità passiva extraregionale.

Regione Abruzzo
Accertamenti per FSR indistinto 2016 su bilancio 2016 (unità di euro)

DENOMINAZIONE CAPITOLO		ACCERTAMENTI		INCASSATO AL 31.12.2016
CODICE	DESCRIZIONE	ANNO	IMPORTO	
11701	Imposta regionale sulle attività produttive - IRAP - D.Lgs. n. 446 del 15.12.1997 - Finanziamento ordinario corrente servizio sanitario regionale	2016	195.473.080,17	137.450.615,37
36215	Fondo di garanzia	2016	93.249.861,32	18.230.344,47
11750	Addizionale IRPEF di cui al D.Lgs. n. 446 del 15.12.1997- Finanziamento ordinario corrente servizio sanitario regionale	2016	187.061.442,51	187.061.442,51
12631	Compartecipazione regionale all'IVA - D.Lgs. n. 56/2000 - Finanziamento ordinario corrente servizio sanitario regionale	2016	1.807.380.186,00	1.638.264.484,98
12633	Compartecipazione regionale all'IVA - Finanziamento saldo mobilità sanitaria interregionale e internazionale	2016	72.151.336,00	72.151.336,00
TOTALE			2.355.315.906,00	2.053.158.223,33
MOBILITA' ATTIVA			171.719.735,00	171.719.735,00
TOTALE ACCERTATO 2016 E INCASSATO AL 31.12.2016			2.527.035.641,00	2.224.877.958,33

Fonte: Elaborazione dati Verbale Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA – Riunione del 26 luglio 2017

Regione Abruzzo
Impegni per FSR indistinto 2016 su bilancio 2016 (unità di euro)

DENOMINAZIONE CAPITOLO		IMPEGNI		PAGATO AL SSR AL 31.12.2016	RESIDUI AL 31.12.2016
CODICE	DESCRIZIONE	ANNO	IMPORTO		
81396	Intervento per il potenziamento e razionalizzazione delle attività di prelievo sangue – L.R. 08.05.1995, n. 103	2016	258.228,00	0	258.228,00
81398	Progetto per l'incremento e il miglioramento della qualità del processo della donazione di organi e tessuti ed iniziative per l'informazione sulla donazione di organi	2016	413.165,00	0	413.165,00
81422	Interventi in materia di dipendenza del tabagismo – L.R. 27.03.199, n. 19	2016	150.000,00	0	150.000,00
81470.1	Spese relative agli accordi integrativi della medicina convenzionata	2016	91.555,23	68.458,98	23.096,25
81470.2	Spese relative agli accordi integrativi della medicina convenzionata (oneri da contenzioso)	2016	673.337,93	655.434,18	17.903,75
81500.1	Quota del fondo sanitario nazionale di parte corrente – D.Lgs. 31.12.1992, n. 502 e dal D.Lgs. 31.03.1998, n. 112 in materia di salute e sanità veterinaria	2016	2.310.553.708,28	2.145.344.621,00	165.209.087,28
81500.2	Trasferimento ARAN comparto sanità. d.i. 18/10/1999 e s.m.i.	2016	46.398,88	46.398,88	0
81501	Quota del fondo sanitario nazionale per il raggiungimento di particolari obiettivi fissati dalla legge e dagli indirizzi programmatici emanati dalla Regione	2016	26.749.512,67	7.779.954,91	18.969.557,76
81502	Quota del fondo sanitario nazionale riservata per imprevisti e straordinari – Fondo riserva	2016	984.000,00	0	984.000,00
81509	Finanziamento Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) – L.R. 02.07.1999, n. 37	2016	1.400.000,00	1.400.000,00	0,00
81510	Finanziamento attività di natura sanitari affidate all'Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente (ARTA) – L.R. 29.07.1998, n. 64	2016	12.496.000,00	12.496.000,00	0,00
81592	Provvidenze a favore dei neofropatici per il potenziamento dei servizi di dialisi domiciliare – L.R. 21.04.1998, n. 29	2016	1.500.000,00	666.716,37	833.283,63
TOTALE			2.355.315.905,99	2.167.733.691,16	186.858.321,67
MOBILITA' PASSIVA			171.719.735	171.719.735,00	-
TOTALE IMPEGNATO 2016 E PAGATO AL 31.12.2016			2.527.035.640,99	2.339.453.426,16	186.858.321,67

Fonte: Elaborazione Verbale Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA – Riunione del 26 luglio 2017

3.2.1 Rispetto dell'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013

Come visto, il livello definitivo di cassa, relativo al FSR 2016 indistinto, è stato fissato in 2.212.742 euro/migliaia. Trasferiti dallo Stato, a titolo di finanziamento 2016 e precedenti, risultano 2.364.509 euro/migliaia, a cui si aggiungono risorse regionali per 80.782 euro/migliaia, per complessivi

2.445.290 euro/migliaia. Le risorse erogate effettivamente (come risultante anche dal verbale Tavolo e Comitato del 26 luglio 2017), trasferite al 31.12.2016, sono pari a 2.364.509 euro/migliaia, con riferimento al finanziamento 2016 e ante, e 80.782 euro/migliaia con riferimento a risorse regionali, per un totale di trasferimenti al SSR pari a 2.445.290 euro/migliaia.

La Regione ha rispettato, quindi, il limite previsto dall'art. 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto, con riferimento alle risorse incassate nell'anno 2016 dallo Stato, a titolo di finanziamento del SSN, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio SSR, ha erogato entro il 31.12.2016, il 99% delle risorse ricevute ed entro il 31.03.2017, il 100% delle risorse ricevute.

3.3 Le linee guida regionali per la redazione dei bilanci 2016

Le comunicazioni dell'ammontare del FSR per l'anno 2016 sono state allegate alle *“Linee guida alla redazione del bilancio 2016”*⁴², concernenti la chiusura dei bilanci per lo stesso anno. Le Linee guida sono state redatte tenendo conto dei chiarimenti richiesti dalla Regione sul bilancio d'esercizio 2015 e delle indicazioni evidenziate da questa Sezione, in sede istruttoria di controllo sui bilanci d'esercizio precedenti.

In particolare, ha prescritto alle medesime:

- di riportare nella *“Nota integrativa”* il contenuto delle tabelle previste dal DM 20 marzo 2013 con ulteriori dettagli, in quanto, dal bilancio d'esercizio 2015 e precedenti, emerge che la Nota Integrativa, pur riportando correttamente le tabelle sopra citate, non sempre fornisce una rappresentazione esaustiva della situazione economico patrimoniale dell'Azienda. Inoltre, ai sensi dell'art. 21, comma 5, della L.R. n. 146/96 e successive modifiche ed integrazioni, dovrà recare anche *“separata indicazione dei costi, dei proventi e dei ricavi riferibili ai Presidi Ospedalieri delle Aziende USL”* e *“la valutazione analitica dei costi, dei rendimenti e dei risultati per aree e centri di responsabilità”*. Dovrà riportare in allegato anche il Modello CP dei flussi informativi NSIS. La Nota Integrativa dovrà, inoltre, riportare una specifica attestazione relativa alla corretta applicazione del piano dei conti regionale;
- nella *“Relazione sulla gestione”* dovrà essere allegata anche una relazione sulle *“Prescrizioni ad adempiere al Direttore Generale”* indicate con il DCA n. 95/2016 del 12.08.2016 per l'approvazione degli Strumenti di Programmazione del triennio 2016-2018 delle Aziende di Avezzano Sulmona L'Aquila, Lanciano Vasto Chieti e Teramo e con la DGR n. 917/2016 del 30.12.2016 per la ASL di Pescara. Dovrà essere, inoltre, allegata una relazione sullo stato di avanzamento, al 31.12.2016, del Piano di Riqualficazione del SSR approvato con DGR n. 505/2016, modificata con DGR n. 576/2016;

Nelle premesse, è stato fatto richiamo al D.Lgs. n. 118/2011, e successive modifiche ed integrazioni, e successivi decreti attuativi. Sull'indicazione della Sezione, con determinazione n. DG22/19 del 14 aprile 2015, è stato integrato e modificato il Piano dei conti, di cui al DCA n. 130/2014, nuovamente integrato e modificato con determinazione n. DPF012/16 del 30 novembre 2015. È stato fatto obbligo alle Aziende di recepire le integrazioni e le modifiche riportate nel Piano dei conti regionale, con apposito atto deliberativo, da allegarsi alla Nota integrativa. Le linee guida contengono, altresì, un richiamo all'art. 26

⁴² Dipartimento per la Salute e il Welfare: nota prot. RA/099777/DPF012 del 12 aprile 2017 avente ad oggetto *“Operazioni di chiusura dei bilanci d'esercizio 2016”*, nota protocollo n. RA/101632/DPF012 del 13 aprile 2017, avente ad oggetto *“Integrazione alla nota RA/099777/DPF012 del 12 aprile 2017 recante “Operazioni di chiusura dei bilanci d'esercizio 2016”*, e nota prot. n. RA/103857/DPF012 del 18 aprile 2017, avente ad oggetto *“Ulteriore integrazione alla nota RA/099777/DPF012 del 12 aprile 2017 recante “Operazioni di chiusura dei bilanci d'esercizio 2016”*.

del D.Lgs. n. 118/2011 che, al fine di conferire una struttura uniforme alle voci di bilancio preventivo economico annuale e del bilancio d'esercizio, e omogeneità ai valori inseriti in tali voci, individua specifici schemi inseriti nell'allegato 2), parte integrante del decreto, così come di seguito:

Allegato 2 "Schema di Conto economico"; Allegato 2/1 SP "Schema di Stato Patrimoniale"; Allegato 2/2 "Schema di rendiconto finanziario"; Allegato 2/3 "Schema di Nota Integrativa"; Allegato 2/4 "Schema di relazione sulla gestione".

Tale articolo stabilisce, inoltre, che per gli Enti di cui all'art. 19, lett. c) (Aziende Sanitarie Locali) la Nota integrativa deve contenere anche i modelli CE e SP per l'esercizio di chiusura e per l'esercizio precedente e la relazione sulla gestione deve contenere anche il modello di rilevazione LA, di cui al DM 18 giugno 2004 e s.m.i. per l'esercizio di chiusura e per l'esercizio precedente, e un'analisi dei costi sostenuti per l'erogazione dei servizi sanitari, distinti per ciascun livello essenziale di assistenza.

Tra gli allegati al bilancio devono essere inseriti anche:

- Piano dei Conti CE e SP;
- Bilancio di verifica, raccordato con i conti dei Modelli CE e SP dei Flussi NSIS e degli schemi di bilancio "Conto Economico" e "Stato Patrimoniale";
- Prospetto riepilogativo della situazione finanziaria delle gestioni liquidatorie, come da art. 41 della L.R. n. 146/1996 e successive modifiche ed integrazioni, con un atto adottato dal Direttore Generale e verificato dal Collegio Sindacale, dal quale sia possibile evincere, altresì, la situazione del relativo contenzioso al 31.12;
- Prospetti delle entrate e delle uscite dei dati SIOPE e delle disponibilità liquide, di cui al decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 77-*quater* del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 convertito dalla legge n. 133/2008;
- Prospetto riepilogativo del "Conto del tesoriere" vistato, ai fini della regolarità, dal Responsabile del competente Servizio dell'Azienda, a seguito del riscontro della corrispondenza tra le registrazioni contabili in suo possesso e quelle evidenziate dal tesoriere (art. 40, comma 3, L.R. n. 146/1996 e ss. mm. ii.).

La Regione Abruzzo ha fornito chiarimenti e dati contabili alle Aziende, in ordine a:

RICAVI PER CONTRIBUTI

- **Contributi in c/esercizio per quota di FSR indistinta** (quota capitaria e quota per funzioni regionali), da iscriversi, alla voce A.1.a) *Contributi in c/esercizio da Regione o Provincia Autonoma per quota FS regionale* del prospetto di bilancio;
- **Contributi in c/esercizio vincolati per Obiettivi di Piano** di cui alla legge n. 662/96, art. 1, commi 34 e 34-bis, da iscriversi alla voce A.1.a) *Contributi in c/esercizio da Regione o Provincia Autonoma per quota FS regionale*, da iscriversi, alla voce A.1.a) *Contributi in c/esercizio da Regione o Provincia Autonoma per quota FS regionale* del prospetto di bilancio;
- **Contributi in c/esercizio vincolati extra Fondo**, da iscriversi alla voce A.1.B.1) *Contributi da Regione o Provincia autonoma (extra fondo) vincolati*, distinto per ASL. Eventuali contributi in c/esercizio vincolati extra Fondo, non rientranti nel perimetro della spesa sanitaria, devono essere iscritti alla voce E AA0150 (voce di conto 0101.02.03.06 del Piano dei Conti aziendale) in contropartita della voce "SP ABA690 *Crediti v/altri soggetti pubblici*" (voce di conto 01.02.02.23.01)⁴³.

⁴³ - Risorse (di cui all'art. 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662) che, ai sensi dell'art. 1, comma 7, del Nuovo Patto della Salute per gli anni 2010-2012 di cui all'Intesa Stato-Regioni Rep. n. 243/CSR del 3.12.2009, "non sono da considerarsi contabilmente vincolate, bensì programmabili al fine di consentire specifiche verifiche circa il raggiungimento degli obiettivi fissati nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. Per le regioni interessate ai piani di rientro la fissazione degli obiettivi va integrata con quella dei medesimi piani". Le somme finanziate per gli Obiettivi di Piano 2014 e non utilizzate devono essere accantonate in un apposito fondo denominato "Fondo Obiettivi di Piano anno 2014" che verrà stornato al momento del loro impiego, attraverso un'apposita voce di ricavo denominata "Utilizzo Fondo Obiettivi di Piano di cui alla legge 662/96, artt. 34 e 34-bis anni precedenti" aggregata alla voce di bilancio A.3 e alla voce di CE AA0280 "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Provincia Autonoma per quota FS Regionale vincolato".

RIMBORSI “PAYBACK” PER SPESA FARMACEUTICA

Gli importi sono stati comunicati dalla Regione nelle linee guida (all. 4).

MOBILITA' ATTIVA E PASSIVA INTRA ED EXTRA REGIONALE

Con nota prot. n. RA/101632/DPF012 del 13 aprile 2017, sono stati comunicati i dati relativi alla mobilità attiva e passiva intra ed extra regionale.

COSTO DEL PERSONALE

Richiesto in Nota integrativa un prospetto riconciliativo tra gli importi inviati trimestralmente alla Regione – Servizio Pianificazione Risorse umane del Dipartimento per la Salute e il Welfare e i costi iscritti nel modello CE flussi informativi NSIS Consuntivo come per gli esercizi precedenti.

Si rinvia alla Nota integrativa per la costituzione dei fondi contrattuali e la contabilizzazione del personale a tempo determinato e le motivazioni della mancata effettuazione della stessa.

ACQUISTO DI PRESTAZIONI DA PRIVATI ACCREDITATI

Gli importi sono forniti dalla Regione e trattasi di Costi che devono coincidere con i costi indicati per le prestazioni effettuate ai propri residenti, con le comunicazioni aziendali effettuate attraverso la Tabella “H” aggiornata.

ACCANTONAMENTI PER RINNOVI CONTRATTUALI

1. Con riferimento al personale dipendente, ai sensi di quanto disposto dall’art. 9, comma 1, decreto legge n. 203/2005, si richiede di operare accantonamenti sulle corrispondenti voci di accantonamento per rinnovo contrattuale:

- BA2860 “Accantonamento rinnovi contrattuali: dirigenza medica”;
- BA2870 “Accantonamento rinnovi contrattuali: dirigenza non medica”;
- BA2880 “Accantonamento rinnovi contrattuali: comparto”
da effettuarsi per ciascuna voce rispettivamente nella misura dello 0,4% del costo iscritto sul Conto Consuntivo 2015 sulle voci:
- BA2110 “Costo del personale dirigente medico”;
- BA2150 “Costo del personale dirigente non medico” + BA2240 “Costo del personale dirigente ruolo professionale” + BA2330 “Costo del personale dirigente ruolo tecnico” + BA2420 “Costo del personale dirigente ruolo amministrativo”;
- BA2190 “Costo del personale comparto ruolo sanitario” + BA2280 “Costo del personale comparto ruolo professionale” + BA2370 “Costo del personale comparto ruolo tecnico” + BA2460 “Costo del personale comparto ruolo amministrativo”.

2. Con riferimento al personale convenzionato (medici di base, pediatri di libera scelta, Sumai e altri convenzionati) ai sensi di quanto disposto dall’art. 9, comma 1, decreto legge n. 203/2005, si richiede di operare accantonamenti sulle corrispondenti voci di accantonamento per rinnovo contrattuale:

- BA2840 “Accantonamento rinnovo convenzioni MMG/PLS/MCA”;
- BA2850 “Accantonamento rinnovi convenzioni Medici Sumai”
da effettuarsi per ciascuna voce rispettivamente nella misura dello 0,4% del costo derivante dalla seguente somma:
- BA0420 “da convenzione” consuntivo 2015 + 0,75%*B02015 “da convenzione” consuntivo 2010;
- BA0570 “da privato-medici Sumai” consuntivo 2015 + 0,75%*B02090 “da privato-Medici Sumai” consuntivo 2010.

-
- Gli utilizzi dei Progetti Obiettivo degli anni precedenti devono essere dettagliate nella Nota Integrativa alla Tab. 37 “*Dettaglio movimentazioni quota inutilizzata contributi da Regione o P.A. per quota F.S.R. vincolato*”, alla quale deve essere aggiunta una colonna denominata “Esercizio X” (2014).
 - Si chiede, inoltre, di compilare ed allegare al bilancio d’esercizio 2014 e poi 2015 una tabella con riferimento esclusivo alle somme vincolate (*Quota per rinnovo convenzioni L. 133/08, Quota per emersione extracomunitari L. 102/09, art. 1-ter, comma 17 e D.Lgs. 109/2012, art. 5, comma 16, Quota per medicina penitenziaria D.Lgs. 230/99, Medicina Penitenziaria art. 2, comma 283, L. 244/07, Quota per hanseniani L. 31/86, Quota per fibrosi cistica L. 362/98, Quota per extracomunitari irregolari L. 40/98, Quota per fondo esclusività L. 488/99, Quota per borse di studio MG L. 109/88, Quota per veterinaria L. 21/88, Quota per Aids L. 135/90, Quota per superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) L. 9/2012, art. 3-ter, comma 7*), trasferite dalla Regione nel 2015 e rilevate nel conto AA0280.

Le voci di accantonamento dovranno contenere altresì l'importo derivante dall'accantonamento dello 0,75% del costo consuntivo 2010.

Pertanto, le voci di accantonamento dovranno risultare in definitiva pari agli importi derivanti dalle seguenti formule:

- **BA2840 “Accantonamento rinnovo convenzioni MMG/PLS/MCA” Consuntivo 2016** = $0,4% \cdot [\text{BA0420 “da convenzione” consuntivo 2015} + 0,75% \cdot (\text{B02015 “da convenzione” consuntivo 2010})] + 0,75% \cdot [\text{B02015 “da convenzione” consuntivo 2010}]$;
- **BA2850 “Accantonamento Medici Sumai” Consuntivo 2016** = $0,4% \cdot [\text{BA0570 “da privato-medici Szinzar” consuntivo 2015} + 0,75% \cdot (\text{B02090 “da privato-medici Sumai” consuntivo 2010})] + 0,75% \cdot [\text{B02090 “da privato-medici Sumai” consuntivo 2010}]$.

Si precisa, inoltre, che l'accantonamento rinnovo convenzioni medici SUMAI, voce CE BA2850, deve incrementare il fondo Rinnovo convenzioni medici SUMAI, voce SP PBA250.

La Regione chiede di riportare in Nota Integrativa un prospetto riepilogativo da cui si evidenzia l'importo accantonato, la percentuale applicata e il valore su cui è stato effettuato l'accantonamento.

ACCANTONAMENTI PER RISCHI

Si richiama ancora, come per i precedenti esercizi, quanto disposto alla lettera g) dell'art. 29 del D.Lgs. n. 118/2011, che recita *“lo stato dei rischi aziendali è valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti. Il collegio sindacale dei suddetti enti attesta l'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi e oneri ed al relativo utilizzo”*. La Regione chiede di allegare alla Nota integrativa la nota dell'Ufficio Legale per la determinazione dei valori riportati al fondo rischi e la congruità del fondo rischi a coprire tutte le passività potenziali dell'Azienda.

RICOGNIZIONE COSTI E RICAVI INFRAGRUPPO

Ai fini della predisposizione del bilancio consolidato 2016 le Aziende devono portare a termine le attività di riconciliazione delle partite infragruppo costi/ricavi e i crediti/debiti già avviate a livello regionale, prima di procedere alle rispettive imputazioni nel bilancio d'esercizio 2016 eliminando eventuali disallineamenti.

Se al 31.12.2016 dovessero permanere dei disallineamenti tra crediti e debiti per altre prestazioni viene richiesto di compilare, in Nota integrativa, un'apposita tabella, da cui si evincono informazioni sugli importi oggetto del disallineamento, corredata di una relazione in cui vengono specificate le attività già poste in essere nel 2016 per sanare il disallineamento, le azioni che si intendono intraprendere nel corso del 2017 e la relazione tra i disallineamenti al 31.12.2015 e poste straordinarie infragruppo rilevate nel 2016.

3.4 I risultati dell'esercizio 2016

Nell'esercizio 2016, complessivamente, le quattro Aziende maturano un disavanzo di **-60.493 euro/migliaia**. Solamente compensando con il risultato della gestione della GSA, che realizza un utile di **23.068 euro/migliaia**, la perdita si riduce a **-37.425 euro/migliaia**⁴⁴.

Già nell'esercizio 2015, le Aziende, dopo due esercizi positivi, chiudevano nuovamente in perdita per **-64.618 euro/migliaia**. Solamente con il risultato della gestione della GSA (utile di **60.693 euro/migliaia**) lo stesso si riduceva a **-3.925 euro/migliaia**.

La situazione delle singole Aziende mostra che:

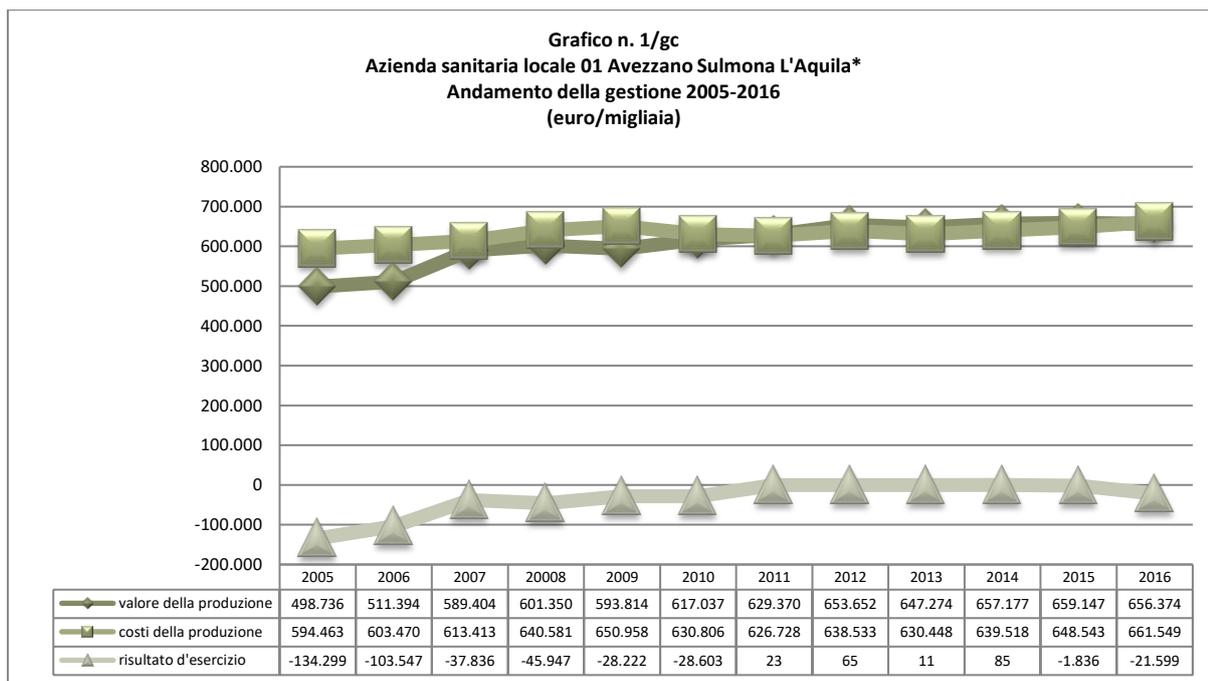
⁴⁴ La differenza tra -60.493 euro/migliaia (elaborazione Corte dei conti) e -60.494 euro/migliaia (tab. 1/d compilata dal Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo) è dovuta ad arrotondamenti.

- l'**Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila** ostenta un valore della produzione di 656.374 euro/migliaia, contro 659.147 euro/migliaia del 2015 (-0,4%), con il quale ha fatto fronte a costi, pari a 661.549 euro/migliaia, aumentati del +2,0% (648.543 euro/migliaia nel 2015), maturando una **perdita di -21.599 euro/migliaia**;
- l'**Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti** presenta un valore della produzione di 795.702 euro/migliaia diminuito del -0,3% rispetto al 2015, con il quale ha fatto fronte a costi, pari a 815.149 euro/migliaia, cresciuti dello 0,4%, maturando una **perdita finale di -25.761 euro/migliaia**. Nell'ambito del valore della produzione, si osserva un leggero aumento (+0,4%) nella voce A.1.A) *Contributi in c/esercizio da Regione o Prov. Aut. per quota FSR*, dopo la consistente riduzione nel 2015 (-2,1%) rispetto al 2014 [tabella n. 2/gc];
- l'**Azienda 03 Pescara** presenta un valore della produzione, pari a 692.943 euro/migliaia, in notevole aumento rispetto al 2015 (+5,4%), nel quale si evidenzia un importo alla voce A.1.A) *Contributi in c/esercizio da Regione o Prov. Aut. per quota FSR*, in aumento rispetto al valore del 2015 (+4,2%). Con tali voci, l'Azienda ha fatto fronte a costi della produzione cresciuti del +3,0%, maturando una **perdita di -14.265 euro/migliaia**;
- l'**Azienda 04 Teramo** presenta un valore della produzione di 595.992 euro/migliaia, diminuito del -1,4% nel 2016 rispetto al 2015. La voce A.1.A) *Contributi in c/esercizio da Regione o Prov. Aut. per quota FSR* resta costante rispetto al 2015 (+0,2%). L'Azienda ha fatto fronte a costi di produzione aumentati, rispetto al 2015, del +0,6%, maturando, tuttavia, un **utile di 1.131 euro/migliaia**;
- la **GSA** risulta assegnataria di *Contributi in c/esercizio da Regione o Prov. Aut. per quota FSR*, in diminuzione rispetto al 2015 (-2,6%), esercizio nel quale gli stessi risultavano diminuiti del -13,8%. Il valore della produzione complessivo resta costante rispetto all'esercizio 2015, ma con lo stesso la GSA ha affrontato costi aumentati del +5,8% nel 2016, raggiungendo, tuttavia, un **utile di 23.068 euro/migliaia**.

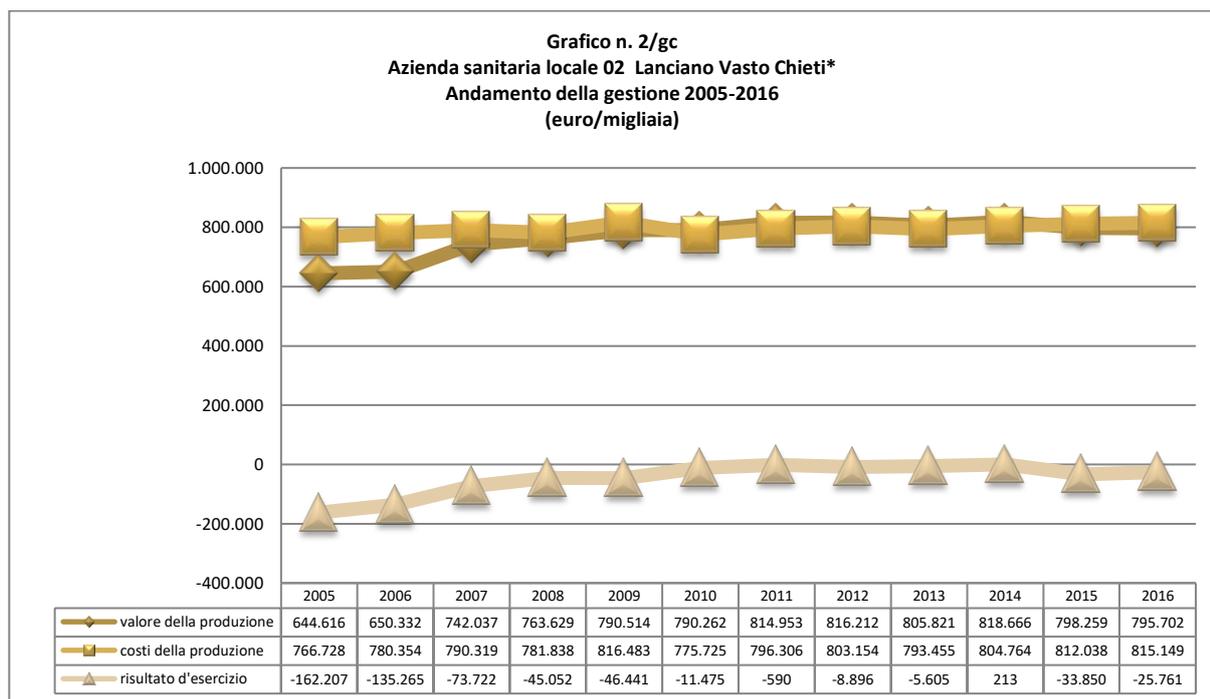
Per le quattro Aziende e la GSA, la **tabella n. 1/gc** – che sintetizza i saldi dei conti economici, le cui voci analitiche sono esposte, riclassificate, nelle successive **tabelle n. 2/gc** e **n. 3/gc** – mostra che, nel 2016, il valore della produzione rimane costante in Regione (+0,8%); tuttavia i costi subiscono un aumento medio del +1,5% (da 2.767.328 euro/migliaia nel 2015, a 2.809.547 euro/migliaia nel 2016). Registrano un aumento inferiore al valore medio l'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti (+0,4%) e l'Azienda di Teramo (+0,6%), mentre l'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila vede i propri costi in aumento del +2%, seguita dalla Azienda 03 Pescara con il +3%.

I costi della GSA aumentano, come già ricordato, del +5,8%.

L'andamento della gestione delle singole Aziende si evince dai successivi grafici:



* Per gli anni 2005-2009, il riferimento è dato dalla somma dei valori delle due gestioni delle ex ASL Avezzano Sulmona e L'Aquila



* Per gli anni 2005-2009, il riferimento è dato dalla somma dei valori delle due gestioni delle ex ASL Lanciano Vasto e Chieti

Grafico n. 3/gc
Azienda sanitaria locale 03 Pescara
Andamento della gestione 2005-2016
(euro/migliaia)

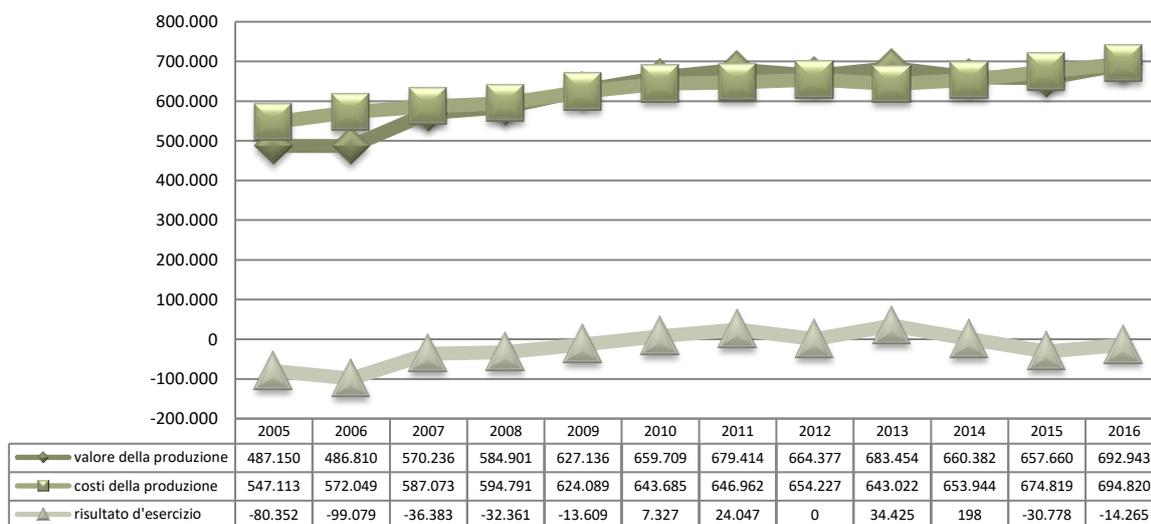
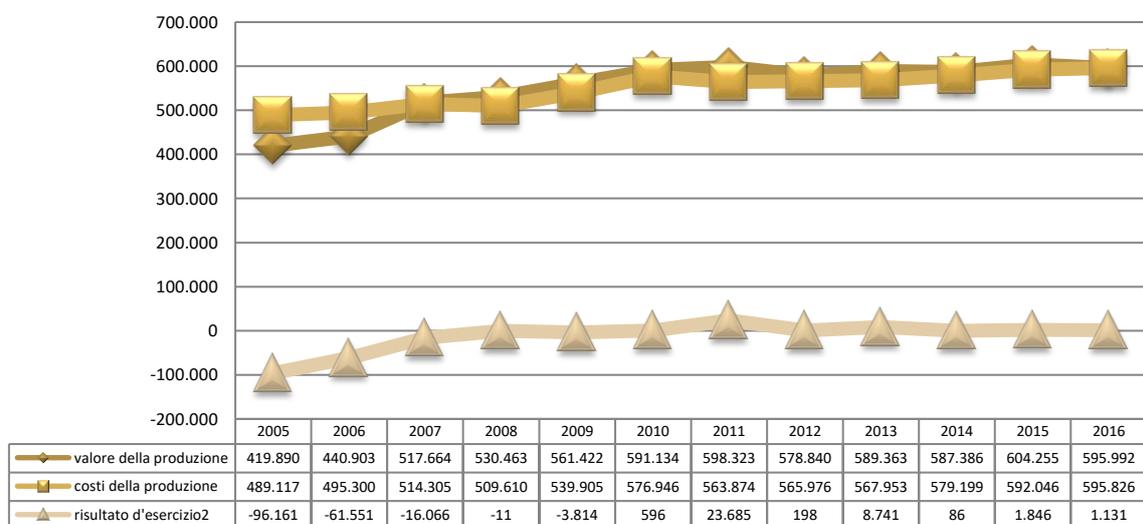
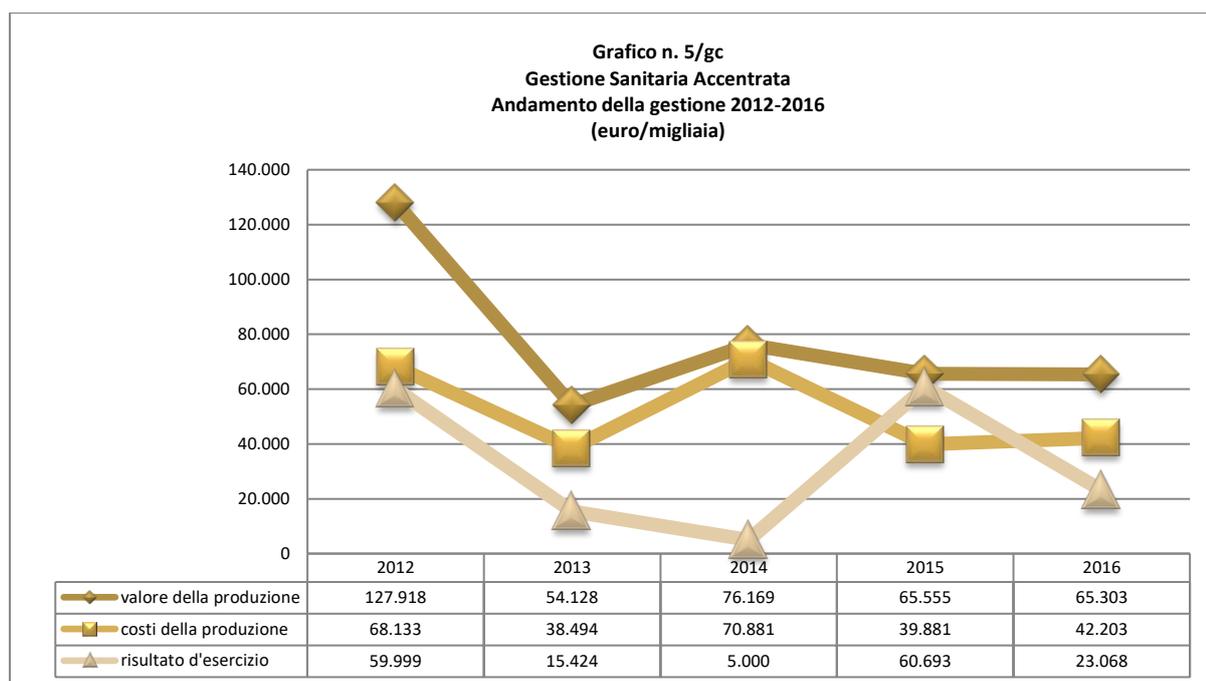


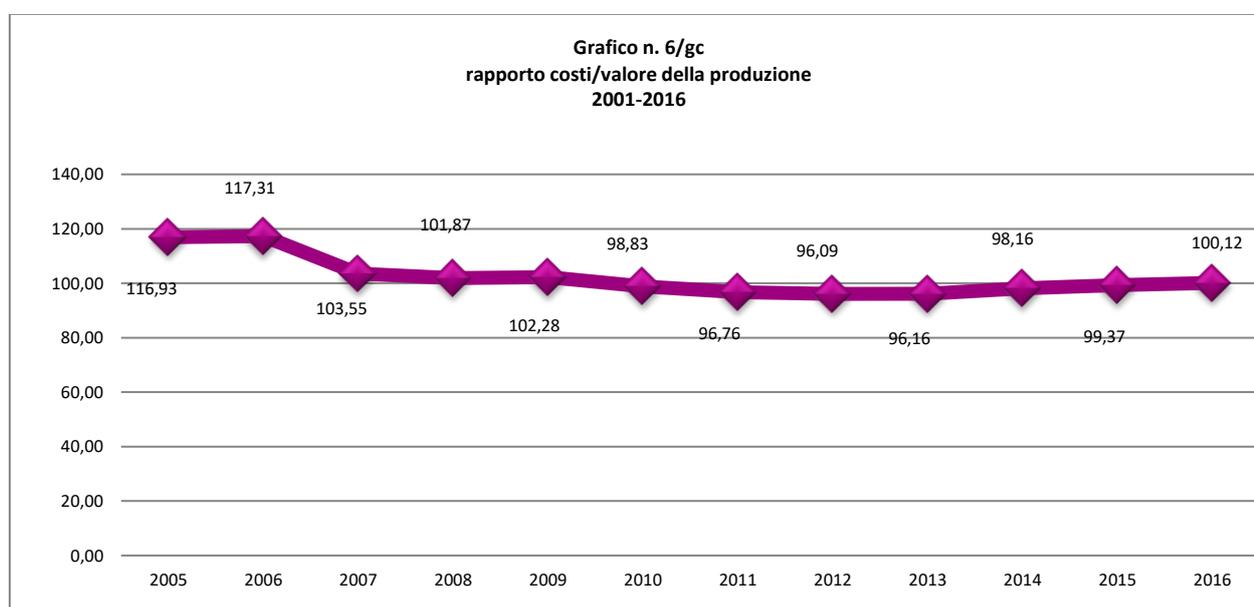
Grafico n. 4/gc
Azienda sanitaria locale 04 Teramo
Andamento della gestione 2005-2016
(euro/migliaia)





Il rapporto tra costi e valore della produzione – la cui forbice risultava elevata dal 2001 in poi – nel 2010 comincia a ridursi, mantenendo valori sotto **sotto la soglia di 100** fino al 2015; pur sotto soglia, tuttavia, tale rapporto già dal 2014 torna a crescere: in tale esercizio si consegue **un risparmio inferiore a quello maturato nel 2013: per 100 euro introitati, infatti, ne sono stati spesi solamente 96,16 euro nel 2013 e 98,16 euro nel 2014.**

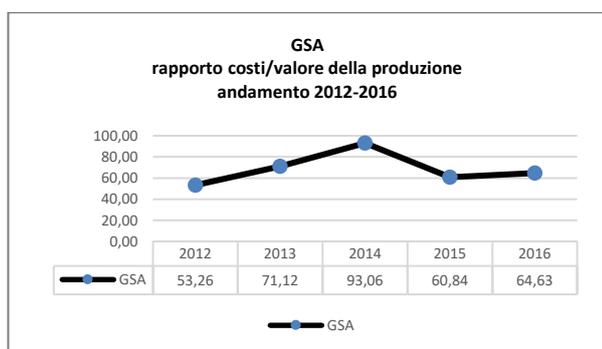
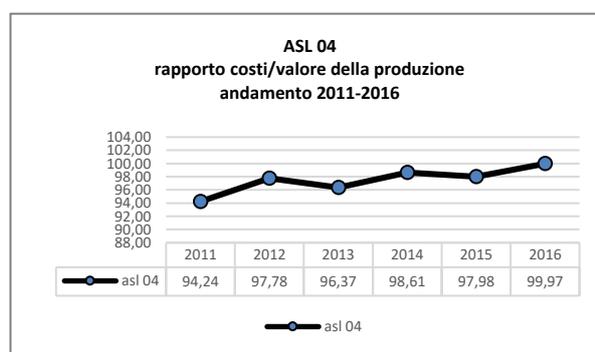
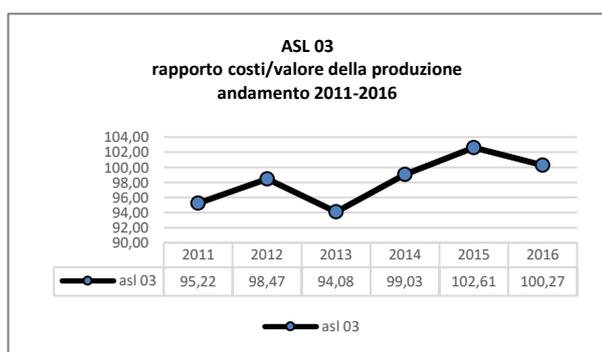
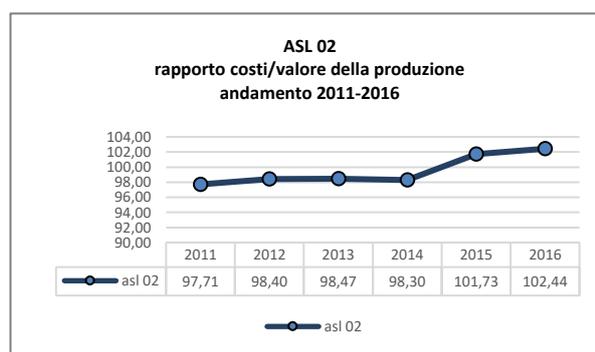
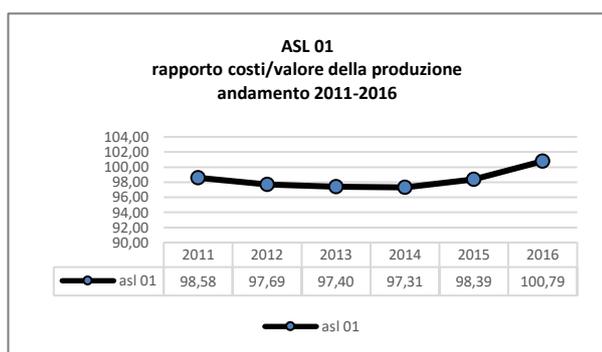
Nel 2015 la spesa eguaglia quasi l'entrata (99,37 euro spesi su 100 introitati), mentre nel 2016 la spesa supera l'entrata (100,12 euro spesi su 100 introitati). Nel 2016 quindi viene azzerato il risparmio e il sistema torna a spendere più di ciò che introita.



Per quanto riguarda le singole Aziende, come si evince dai successivi grafici, nel 2014, esse mantengono tutte un valore positivo sotto 100 euro.

Nel 2015, invece, mantengono un valore positivo sotto 100 solamente le Aziende 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (98,39) e 04 Teramo (97,98), mentre le Aziende 02 Lanciano Vasto Chieti e 03 Pescara si attestano rispettivamente a 101,73% e 102,61%.

Nel 2016 mantiene un valore positivo sotto 100 soltanto l'Azienda 04 Teramo (99,97%) mentre le Aziende 01 Avezzano Sulmona L'Aquila, 02 Lanciano Vasto Chieti e 03 Pescara si attestano rispettivamente a 100,79%, 102,44% e 100,27% [tabella n. 1/ge].



3.5 L'andamento del disavanzo annuale pro capite

Nei referti precedenti si è fatto spesso riferimento all'indicatore dato dal **rapporto tra disavanzi maturati dalle Aziende e popolazione residente** [tabella n. 1/gc].

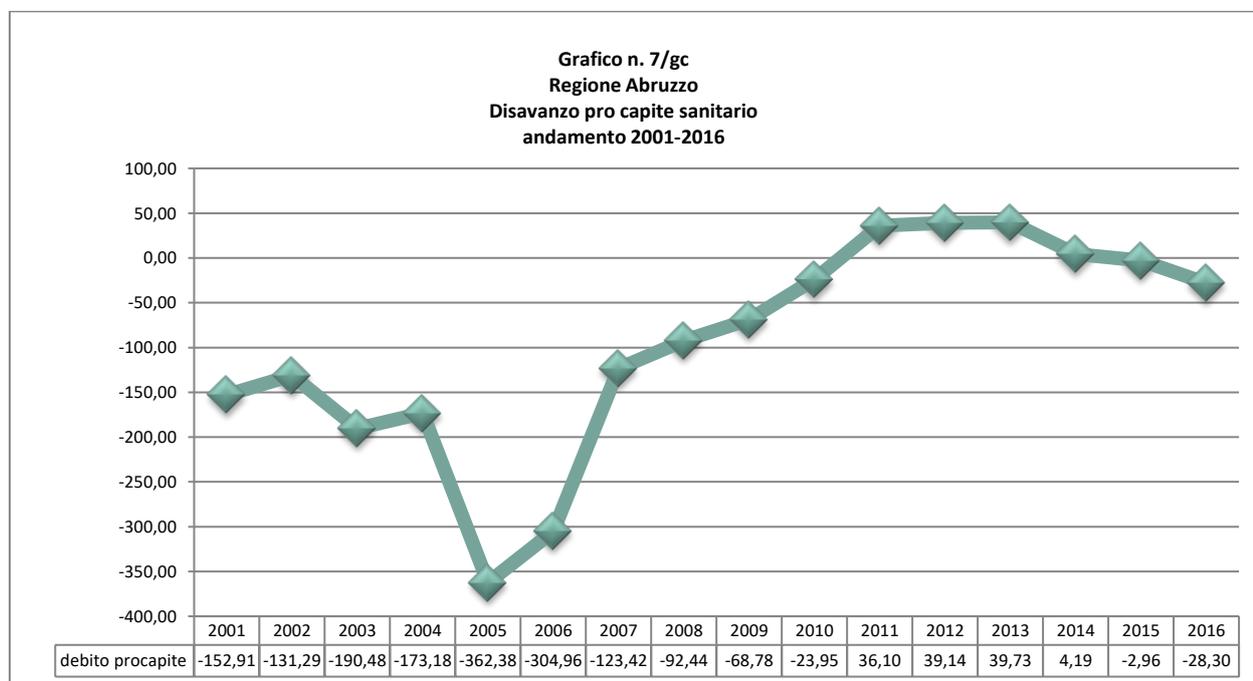
Tale indicatore, come si evince dal successivo grafico, ha **registrato un andamento assai negativo fino all'esercizio 2005**, riducendosi via via fino all'esercizio 2011, esercizio in cui l'indicatore per la prima volta tornava positivo dopo un decennio, dimostrando che, se fino a quel momento erano stati prodotti solo disavanzi, nel 2011 il sistema produceva un avanzo pro capite pari a **36,10 euro**.

Il grafico che segue mostra l'andamento dell'indicatore dal 2005: in tale esercizio ancora assai negativo, l'indicatore con andamento altalenante si muove verso valori positivi fino al 2011.

Dal 2012, considerata, nei valori esaminati, anche la gestione della GSA che, nel 2016 registra un valore della produzione pari a 65.303 euro/migliaia, con il quale ha fatto fronte a costi per 42.203 euro/migliaia (risultato d'esercizio pari a 23.068 euro/migliaia), l'indicatore tocca un valore massimo positivo (39,73), tornando poi dal 2013 a scendere, pur rimanendo positivo ancora nel 2014 (4,19 euro pro capite).

Nel 2015, tuttavia, torna ad essere negativo pari a -2,96 euro pro capite.

Nel 2016 il sistema torna assai indietro, ai livelli del 2010: in disavanzo pro capite pari a -28,30 euro.

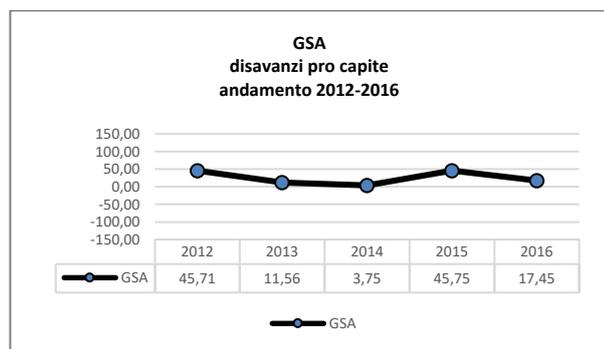
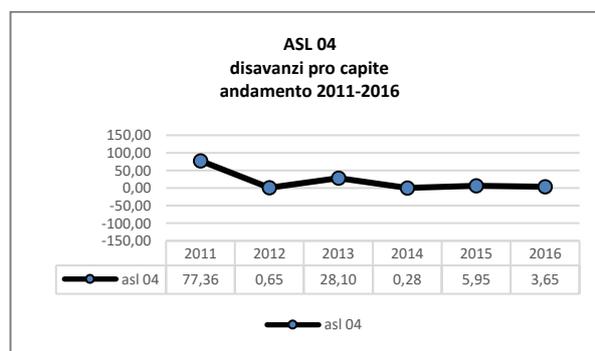
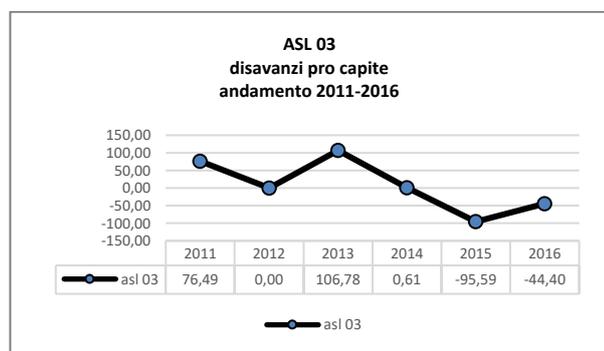
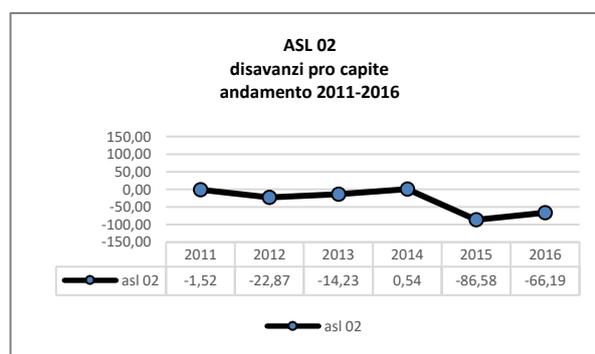
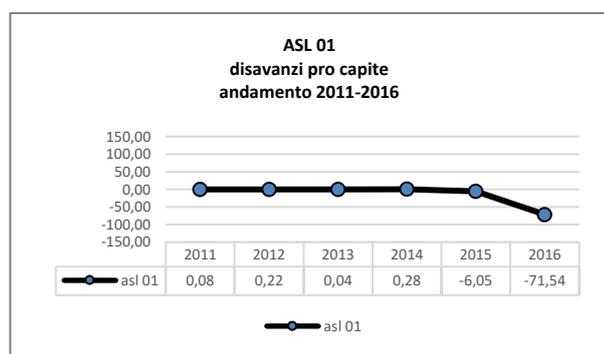


Ove si abbia riguardo alle **single Aziende**, ad un trend positivo nel 2014, con indicatore sopra lo zero, oscillante tra un minimo di 0,28 (ASL 01 Avezzano Sulmona L'Aquila e ASL 04 Teramo) e un massimo di 0,61 (ASL 03 Pescara), nel 2015 si contrappone un nuovo peggioramento: maturano

disavanzi pro capite consistenti (al livello medio del 2008) l'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti (-86,58) e l'Azienda 03 Pescara (-95,59).

Più contenuti i dati dell'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (-6,05) e l'Azienda 04 Teramo, la quale ultima, invece, chiude con un avanzo pro-capite di +5,95.

L'esercizio 2016 registra una situazione ancora più critica: l'indicatore resta sopra lo zero solo per la GSA e l'Azienda 04 Teramo, mentre maturano disavanzi pro capite consistenti le altre Aziende: -71,54 per l'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila, -66,19 per l'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti, -44,40 per l'Azienda 03 Pescara.



3.6 I componenti positivi del reddito (valore della produzione)

Nella composizione dei componenti positivi del reddito, una parte notevole (85,5% nel 2016) è costituita dalla voce A.1) *Contributi in conto esercizio*, pari a 2.399.163 euro/migliaia nel 2016; in essi si registra il trasferimento regionale per la quota di FSR indistinto e per il FSR vincolato; una parte residuale è dovuta ai contributi in c/esercizio extra fondo, ai contributi in c/esercizio per ricerca dalla Regione (valorizzata nel 2016) e ai contributi corrisposti da privati [tabella n. 2/gc].

In sostanza, si tratta delle quote del FSR destinate alla generalità delle funzioni e al raggiungimento degli obiettivi, quote che, a fronte del calo contenuto avuto nel 2015, pari globalmente al -0,8%, nel 2016 aumentano del +0,9%. Sale, nel 2016, la quota elargita alle quattro Aziende, mentre si riduce di assai poco (-0,2%) la quota di contributi in conto esercizio assegnata alla GSA.

Diverse situazioni, peraltro, si riscontrano nelle quattro Aziende. I contributi in c/esercizio, infatti, aumentano, nel 2016, per l'Azienda 03 Pescara (+4,1%) mentre rimangono sostanzialmente costanti per le altre Aziende.

Nel 2015, la stessa voce risultava invece invariata rispetto all'esercizio precedente per tutte le Aziende ad eccezione della Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti nella quale i contributi in conto esercizio scendevano del -2%.

Il residuo delle entrate, che costituisce la quota delle entrate proprie delle Aziende è piuttosto marginale: una quota pari all'8,8% nel 2016 afferisce alla voce A.4.A) *Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici*, quali Aziende sanitarie pubbliche della Regione (A.4.A.1), altri soggetti pubblici (A.4.A.2) e soggetti pubblici extra Regione (A.4.A.3). La voce reca un importo globale regionale di 246.481 euro/migliaia, nel 2016, con una variazione del +5,2% rispetto al 2015 (234.188 euro/migliaia).

Le ulteriori sottovoci recano importi inferiori e afferiscono, rispettivamente, alle voci A.4.B) *Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti extraregione in compensazione (mobilità attiva)* (34.101 euro/migliaia nel 2016, contro 34.760 euro/migliaia nel 2015), A.4.C) *Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati* (13.877 euro/migliaia nel 2016, contro 12.076 euro/migliaia nel 2015) e A.4.D) *Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia* (16.851 euro/migliaia nel 2016, contro 15.682 euro/migliaia nel 2015).

Le voci rimanenti sono d'importo assai ridotto nel contesto del valore della produzione.

Infatti, la sottoclasse A.6) *Compartecipazione alla spesa sanitaria*, che comprende i ricavi relativi ai tickets per la specialistica, pari all'1,2% del totale nel 2016, scende di un ulteriore -4,9% nel 2016 dopo i decrementi di -2,9% nel 2015 e del -12% nel 2014; in valori assoluti, passa da 35.235 euro/migliaia nel 2015 a 33.512 euro/migliaia nel 2016. Le rimanenti voci costituiscono fonti marginali di ricavo e piuttosto residuali [tabella n. 2/gc].

3.6.1 In particolare della GSA

Sul punto, e prima di procedere all'analisi dei componenti di dettaglio dei bilanci aziendali, occorre sottolineare che incide, in maniera rilevante sul risultato maturato dal sistema nel 2016, l'utile della GSA, determinato, nel bilancio approvato con Determinazione DPF012/26 del 06.07.2017, in **23.068 euro/migliaia**, che è stato posto a copertura del disequilibrio maturato dalle Aziende. A seguito di tale compensazione, il SSR ha chiuso con una perdita di **-37.425 euro/migliaia**.

L'analisi delle voci in entrata del bilancio d'esercizio della GSA evidenzia:

- A.1.A) *Contributi in c/esercizio da Regione per quota FSR*, pari a 63.153 euro/migliaia [tabella n. 2/gc], composti da:

- *Quota F.S. regionale - indistinto* (voce di bilancio A.1.A.1) per 49.112 euro/migliaia;

Di tale voce 25.784 euro/migliaia sono assegnati per quota indistinta; ulteriori importi concernono attività gestite direttamente dalla GSA (relative ad assistenza urgenza ed emergenza (elisoccorso), per pagamento canoni siti radio collegamenti, per assistenza informatica e manutenzione software, noleggio, manutenzione full risk del sistema informativo e telefonico del servizio dell'emergenza urgenza territoriale del 118, ricette del poligrafico dello Stato, Kedrion per la lavorazione del plasma e trasferimenti a favore di ARTA, ARAN e Agenzia Regionale Sanitaria). Il restante contributo, pari a 22.115 euro/migliaia, è stato assegnato alla GSA per il **riequilibrio economico-finanziario di ogni singolo Ente del SSR, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 118/2011**.

- *Quota F.S. regionale – vincolato* (voce di bilancio A.1.A.2), per 14.041 euro/migliaia

rilevati come ricavo della GSA ed accantonati perché non ancora assegnati alle Aziende, ai sensi del D.Lgs. n. 118/2011 e s.m.i.

La componente straordinaria del bilancio della GSA non registra, rilevanti voci in entrata.

Si scorgono in essa **proventi straordinari** per 1.640 euro/migliaia, così annotati [tabella n. 8/gc]:

- *Altre sopravvenienze attive verso terzi* per 657 euro/migliaia, riferite, tra l'altro, all'adeguamento delle somme per extracomunitari irregolari ai valori della deliberazione CIPE n. 241/2016 (166 euro/migliaia), allo screening neonatale di cui al DM 13 ottobre 2016 (351 euro/migliaia), alla fibrosi cistica (94 euro/migliaia);
- *Altre insussistenze attive verso terzi*, per 984 euro/migliaia di cui 980 euro/migliaia, riferite alla registrazione della mobilità passiva per farmaci innovativi 2015 nei bilanci delle ASL 2016 e contestuale riduzione della posta iscritta dalla GSA nel bilancio 2015.

La GSA, nel corso dell'esercizio 2016 ha conseguito un utile d'esercizio pari a € 23.068 da destinare all'eventuale riequilibrio economico-finanziario di ogni singolo Ente del SSR, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 118/2011.

Va posto in evidenza che già per l'esercizio 2015 la GSA all'interno dell'utile di 60.693 euro/migliaia, maturato annotava un importo di 26.049 euro/migliaia stanziato, sottratto alla gestione, ma destinato preventivamente alla citata finalità.

La Sezione, nel precedente referto, approvato con deliberazione n. 264/2016/SSR, osservava che *“la Regione aveva accantonato un importo per FSR, per coprire perdite maturande, autorizzandone*

implicitamente la formazione” e rilevava, altresì, che: “l’articolo 30 recita che “l’eventuale risultato positivo di esercizio degli enti di cui alle lettere b), punto i), c) e d) del comma 2 dell’articolo 19 è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L’eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero, limitatamente agli enti di cui alle lettere b) (le Regioni) punti i), e c) (Aziende sanitarie) del comma 2 dell’articolo 19, è reso disponibile per il ripiano delle perdite del Servizio sanitario regionale”. Tale articolo prevede l’utilizzo delle modalità ivi previste qualora il Sistema o l’Ente di cui si discute produca un utile. Nella procedura esaminata, invece, i contributi in c/esercizio, accantonati per 26.049 euro/migliaia, hanno la specifica finalità del ripiano di perdite.

Indubbiamente, tale importo trova la sua matrice nel DCA n. 43/2016, già descritto nel precedente paragrafo 3.3, che ha distribuito, per un totale di 2.336.765 euro/migliaia, il Fondo sanitario regionale indistinto; di tale importo viene considerata una quota parte del finanziamento del SSR da destinare all’eventuale riequilibrio di ogni singolo Ente del SSR, ai sensi dell’articolo 30 del D.Lgs. n. 118/2011”. Osservava, inoltre, che: “tale modalità di copertura perdite appare singolare, poiché sottrae, a monte, dal Fondo sanitario regionale indistinto, una quota da destinare a eventuale riequilibrio, assegnando, di conseguenza, una quota iniziale inferiore di Fondo sanitario regionale agli Enti destinatari, ossia un fondo, all’inizio della gestione, non sufficiente a mantenere la stessa in pareggio.

Tale modalità porta ad un disinteresse gestionale da parte delle Aziende sanitarie, che vedono un Fondo sanitario, propriamente destinato alle attività, dirottato a coprire le perdite, cioè finalizzato contabilmente a determinare il pareggio”.

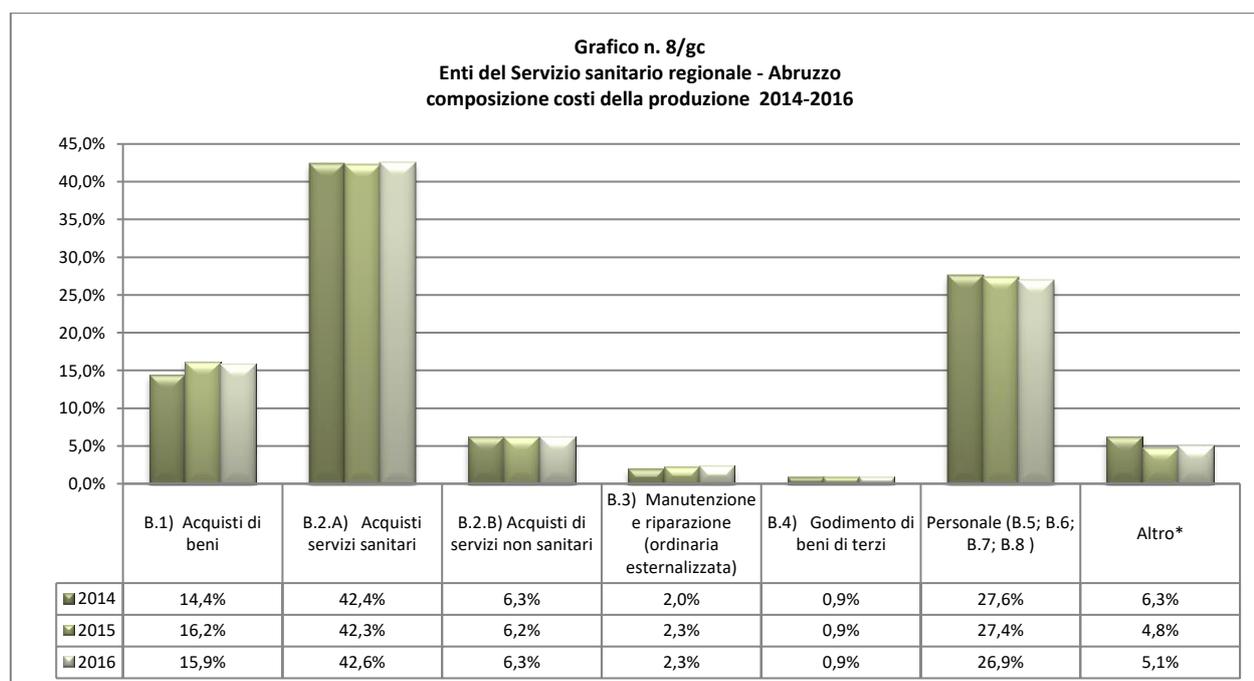
Per l’esercizio 2016 si confermano le obiezioni sollevate per l’esercizio precedente, nonostante i chiarimenti forniti, in Adunanza pubblica, dal Dirigente dell’Ufficio Programmazione delle risorse finanziarie e gestione del FSR e GSA e indicati anche nella nota prot. n. RA/073671/DPF012.

In particolare, è stato posto in evidenza che *“il processo di assegnazione delle risorse del FSR alle ASL non consente l’iniziale completa allocazione a queste per i seguenti motivi:*

- Il FSR non è noto ad inizio anno, il riparto tra le Regioni delle risorse avviene solo in corso d’anno e storicamente addirittura alla fine dell’esercizio. La Regione pertanto, dovendo far programmare le attività per l’anno successivo alle ASL, con le linee guida agli strumenti di programmazione (che la regione produce in genere ad ottobre dell’anno precedente a quello di programmazione) fornisce indicazioni prudenziali sul valore del FSR di competenza di ciascuna ASL, e le ASL sono comunque responsabilizzate ad effettuare la loro programmazione e a svolgere le loro attività nei limiti di spesa ivi previsti garantendo in tale maniera il rispetto dell’equilibrio economico.*
- Il d.lgs 118/2011 all’art. 30 disciplina, in maniera innovativa rispetto a quanto veniva effettuato in precedenza, la valutazione dell’equilibrio economico a livello Consolidato. A seguito di tale normativa, l’equilibrio economico deve essere garantito a livello di ogni singolo ente del SSR e non solo a livello consolidato, inoltre solo le eventuali eccedenze di utili di un ente possono essere destinate alla copertura dei disavanzi degli altri enti regionali. Pertanto, anche al fine di semplificare i passaggi sui bilanci delle ASL una quota del FSR contenuta è opportuno resti in GSA per effettuare le eventuali compensazioni e garantire che tutti gli enti siano in equilibrio”.*

3.7 I componenti negativi del reddito (costi della produzione)

Per quanto concerne i costi della produzione, valgono i dati contenuti nella **tabella n. 3/gc** e nel successivo grafico per macro-aggregati, che rappresenta la composizione, in termini percentuali, dei costi, per un valore assoluto di **2.809.547 euro/migliaia** nel **2016**, cresciuti del **1,5%**, rispetto ai dati **2015**, pari a **2.767.328 euro/migliaia**, comprensivi dei costi della GSA.



***Altro 2016:** B.9) “Oneri diversi di gestione” 0,3%, B.10) “Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali” 0,0%, B.11) “Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali” 1,8% [di cui B.12) “Ammortamenti dei fabbricati” 0,9%, B.13) “Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali” 0,9%], B.14) “Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti” 0,2%, B.15) “Valutazione delle rimanenze” 0,1% e B.16) “Accantonamenti dell’esercizio” 2,7%.

Nel dettaglio, rispetto ai valori di produzione, i costi della produzione presentano una maggiore articolazione. Di rilievo la valutazione che i costi della produzione affidata a terzi (sostanzialmente la voce “*Acquisti servizi sanitari*”) incidono per quasi la metà dei costi totali (42,6% nel 2016, 42,3% nel 2015 e 42,4% nel 2014).

Nell’ambito dei costi della produzione realizzata internamente, maggiore incidenza, sul totale, ostentano la voce “*personale*” (26,9% sul totale dei costi nel 2016, scesa di poco rispetto al 27,4% nel 2015) e l’aggregato inerente all’acquisto di beni, servizi non sanitari, manutenzioni e costi amministrativi in generale, che, complessivamente, incidono sul totale dei costi, nel 2016, con le seguenti percentuali: B.1) *Acquisto di beni* per il 15,9%, B.2.B) *Acquisto di servizi non sanitari* per il 6,3%, B.3) *Manutenzione e riparazione* per il 2,3%, B.4) *Godimento di beni di terzi* per lo 0,9%, B.9) *Oneri diversi di gestione* per lo 0,3%.

3.7.1 L'acquisto di beni sanitari e non sanitari

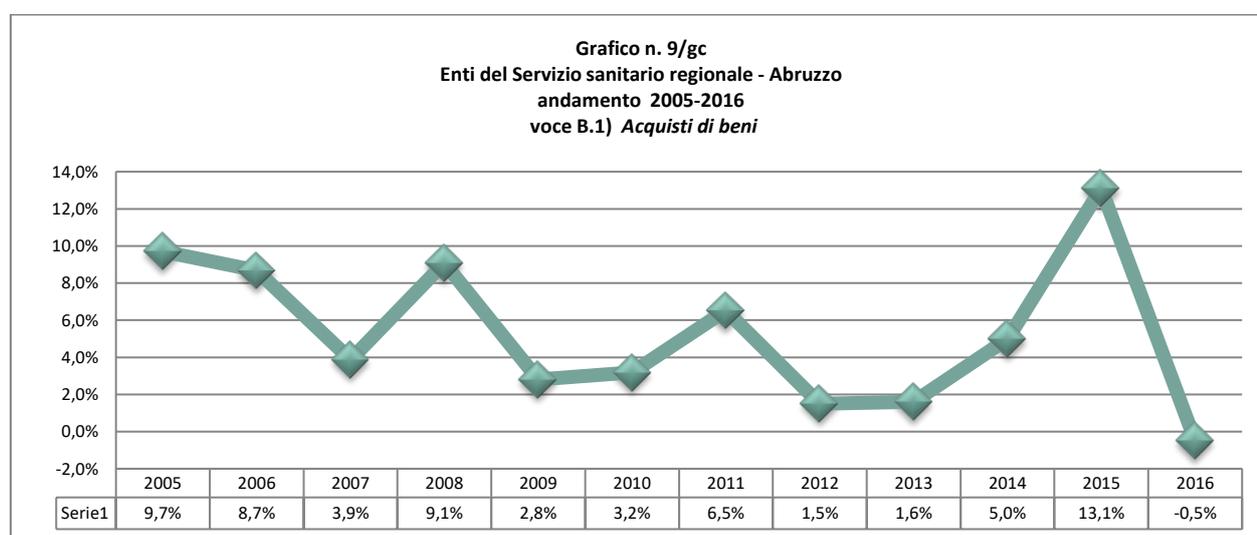
B.1) Acquisti di beni

La voce B.1) *Acquisti di beni* è pari, in valore assoluto a 446.112 euro/migliaia, scesa leggermente rispetto al 2015 (448.300 euro/migliaia). Essa pesa, come già ricordato, per il 15,9% sul totale dei costi, con un andamento crescente dal 2012 al 2015, esercizio nel quale ha registrato un aumento del +13,1% [tabella n. 3/gc]. Stabile rispetto al valore del 2015 appare la voce nel 2016 (-0,5%).

La dinamica della spesa si differenzia completamente, in particolare, per l'acquisto di beni, a seconda che si tratti di beni sanitari o di beni non sanitari: nel 2016, la prima sottoclasse B.1.A) *Acquisti di beni sanitari* è pari al 98,4% della voce B.1) *Acquisto di beni*, e presenta un importo pari in valore assoluto a 438.953 euro/migliaia nel 2016, sceso di poco rispetto al costo del 2015, pari a 439.328 euro/migliaia.

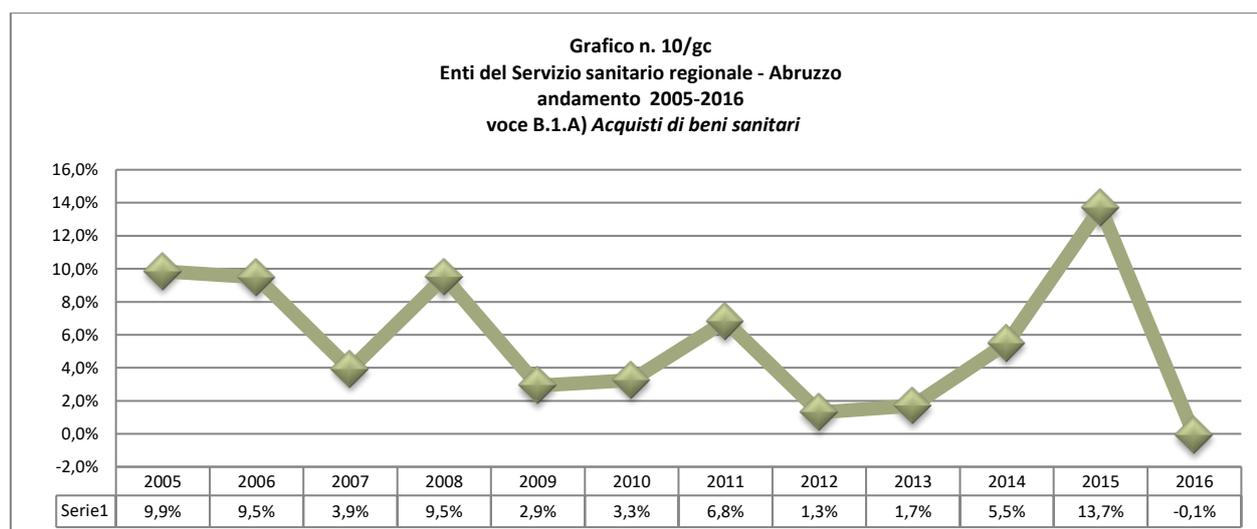
La voce relativa all'acquisto di beni sanitari rimane costante (-0,1%) nel 2016, dopo essere salita del +13,7% nel 2015 e del +5,5% nel 2014 [tabella n. 4/gc].

I successivi grafici espongono l'andamento ultra decennale delle voci, riportate in valori assoluti nella tabella n. 3/gc:



B.1.A) Acquisti di beni sanitari

Nell'ambito della sottoclasse *Acquisti di beni sanitari*, la voce più incidente – pari, nel totale, a 240.365 euro/migliaia nel 2016 – riguarda la voce B.1.A.1) *Prodotti farmaceutici ed emoderivati*, che costituisce il 53,9% della voce totale B.1) *Acquisto di beni*; essa subisce un aumento molto sostenuto già nel 2014 (+9,1%), ancora più sostenuto nel 2015 (+22,6%) rimanendo costante nel 2016 (+0,2%) [tabella n. 4/gc].



Analiticamente, per singola Azienda, il quadro che si traccia nel 2016, a confronto con i due esercizi precedenti, è quello contenuto nella **tabella n. 4/gc**. Nel 2016, l'acquisto di beni sanitari, cresce nell'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (+1,7%) e nell'Azienda 03 Pescara (+2,8%), mentre scende nell'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti (-3,2%) e nell'Azienda 04 di Teramo (-1,1%). Il 2015, invece, registrava sostenuti incrementi in tutte e quattro le Aziende: rispettivamente +11,7% (ASL 01), +16,2% (ASL 02), +13,2% (ASL 03) e +13,3% (ASL 04).

B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati

La voce B.1.A.1) *Prodotti farmaceutici ed emoderivati*, pari in valori assoluti a 240.365 euro/migliaia, rimane costante rispetto al 2015 (+0,2%). Nell'analitico si annotano aumenti per le Aziende 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (+2,7%) e 03 Pescara (+6,1%), cui fanno fronte le riduzioni nelle Aziende 02 Lanciano Vasto Chieti (-5,2%) e nell'Azienda 04 di Teramo (-2,8%).

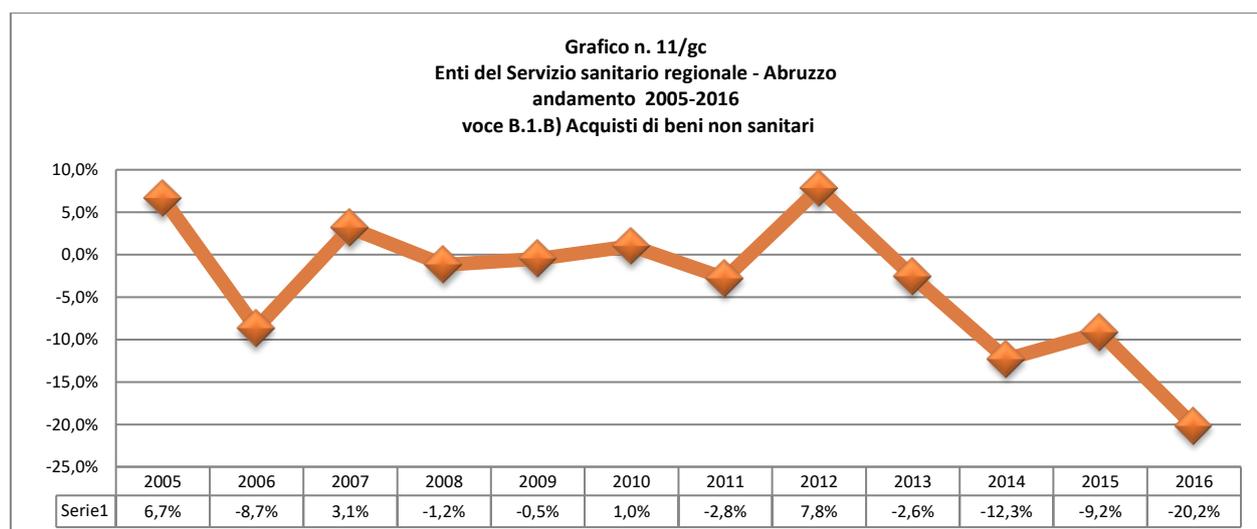
B.1.A.3) Dispositivi medici

Altrettanto incidente è la voce B.1.A.3) *Dispositivi medici* pari al 41,4% del totale degli acquisti di beni (184.500 euro/migliaia); tale voce rimane costante nel 2016 (+0,2%), dopo l'incremento del +6,0% nel 2015⁴⁵.

B.1.B) Acquisti di beni non sanitari

La sottoclasse B.1.B) *Acquisti di beni non sanitari* evidenzia, invece, rispetto al 2015, una riduzione del -20,2% (che segue la riduzione del -9,2% rispetto al 2014) registrando, nel 2016, un importo totale pari a 7.159 euro/migliaia [tabella n. 4/gc].

⁴⁵ Dall'esercizio 2014, le Aziende, adeguandosi a quanto previsto dal DCA n. 130/2014, di modifica del Piano dei conti, hanno rimodulato le voci "Dispositivi medici", inserendo sottoconti conformi alla medesima per i "Dispositivi medici impiantabili attivi" e "Dispositivi medico diagnostico in vitro (IVD)".



Con l'approvazione della L.R. 10 gennaio 2011, n. 1, recante “*Disposizioni per la redazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Abruzzo (legge finanziaria regionale 2011)*” ed in particolare, in virtù di quanto disposto dall'art. 21, sono state apportate modifiche alla L.R. n. 146/1996 (artt. 32, 33, 34, 37, 38, e 39), disciplinando *ex novo* il sistema degli acquisti di beni e servizi del SSR. A tale ultima legge fa riferimento il DCA n. 49/2011 del 15.11.2011.

Con **Deliberazione di Giunta regionale n. 125/2017 del 23.03.2017**⁴⁶, la Regione Abruzzo:

- ha confermato, nelle more del completo avvio dell'ARIC⁴⁷, quale Stazione Unica Appaltante e Soggetto aggregatore per la Regione Abruzzo, di cui alla delibera ANAC n. 58 del 22 luglio 2015, la Stazione Unica Appaltante Abruzzo incardinata nel Dipartimento Opere Pubbliche, Governo del Territorio, e Politiche Ambientali e segnatamente nel Servizio Genio Civile di L'Aquila fino a settembre 2017;
- ha stabilito che la Stazione Unica Appaltante Abruzzo, in qualità di Soggetto aggregatore:
 - a) per le acquisizioni di beni e servizi del settore sanitario, opererà secondo le modalità previste dalla convenzione di cui all'allegato “A”;
 - b) per le acquisizioni di beni e servizi diversi da quelli di cui al precedente punto a), si avvarrà del Supporto del Dipartimento Risorse e Organizzazione e segnatamente del Servizio Gestione beni mobili, servizi e acquisti per la predisposizione e validazione degli atti di gara (bando, disciplinare, modulistica, ecc.);
 - c) per le acquisizioni di beni e servizi nel settore informatico, si avvarrà del supporto del Sistema Informativo Regionale e Rivoluzione Pubblica Amministrazione;
- ha approvato lo schema di convenzione per la definizione delle modalità operative per le acquisizioni di beni e servizi nel settore sanitario, allegato alla delibera sotto la lettera “A” per formarne parte integrante e sostanziale.

3.7.2 L'acquisto di servizi non sanitari

Tale aggregato, per un totale di 276.660 euro/migliaia al 31.12.2016, in senso più ampio, è costruito sulle seguenti voci, [tabella n. 3/gc]:

⁴⁶ Con la DGR n. 566/2017 dell'11.10.2017, la Regione Abruzzo ha confermato “quanto disposto nella precedente deliberazione n. 125 del 23.03.2017 segnatamente in merito alla permanenza del Soggetto Aggregatore incardinato presso il Dipartimento Opere Pubbliche, Governo del Territorio, e Politiche Ambientali Servizio Genio Civile di L'Aquila con decorrenza dal 01 ottobre 2017 e senza soluzione di continuità fino alla costituzione dell'Agenzia ARIC per le funzioni del Soggetto Aggregatore”.

⁴⁷ ARIC (Agenzia Regionale di Informatica e Committenza).

- B.2.B) *Acquisti di servizi non sanitari* (175.979 euro/migliaia nel 2016), contenenti le tre sottovoci:
 - B.2.B.1) *Servizi non sanitari*; B.2.B.2) *Consulenze, collaborazioni, interinale ed altre prestazioni di lavoro non sanitarie*; B.2.B.3) *Formazione esternalizzata e non*;
- B.3) *Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)* (65.896 euro/migliaia nel 2016);
- B.4) *Godimento di beni di terzi* (25.469 euro/migliaia nel 2016);
- B.9) *Oneri diversi di gestione* (9.316 euro/migliaia nel 2016).

Esso incide, nel complesso, e per l'anno 2016 del 9,8% sul totale dei costi della produzione e registra un aumento del +3,4% nel 2016.

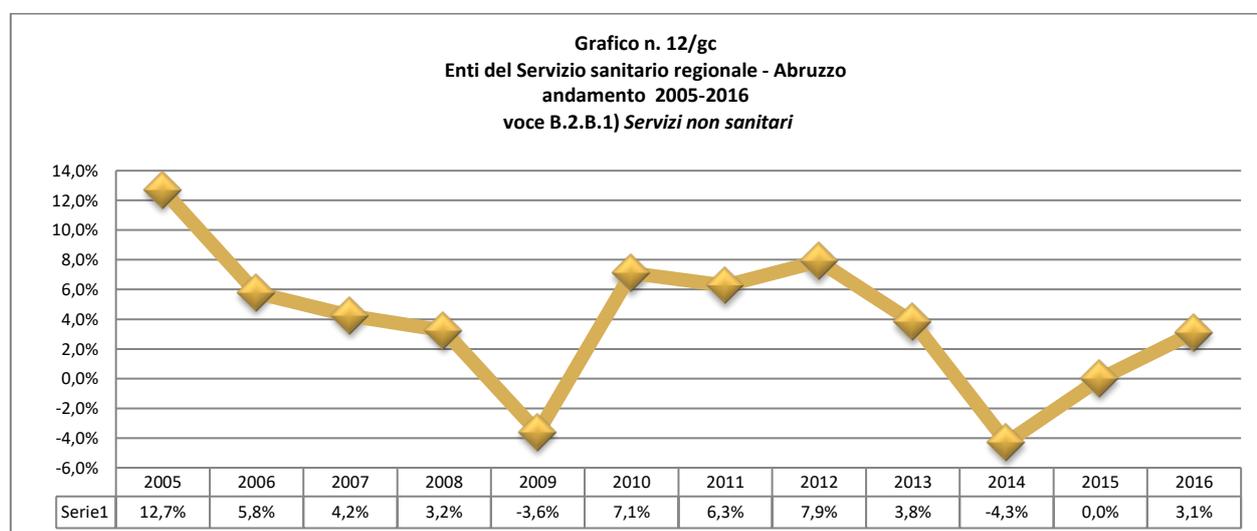
Si tratta, in generale, di costi attinenti alla produzione e all'erogazione di prestazioni sanitarie e dei costi inerenti a servizi necessari all'Azienda per l'espletamento delle sue funzioni (lavanderia, pulizia, manutenzione, godimento beni di terzi, costi amministrativi, etc.).

Analizzandone le sottoclassi che compongono la voce in esame, si osserva che alcune di esse registrano significativi aumenti. In particolare, ci si riferisce alle seguenti: B.2.B.1) *Servizi non sanitari* che sale del +3,1%, B.2.B.2) *Consulenze, collaborazioni, interinale ed altre prestazioni di lavoro non sanitarie* che sale del +7,4%; B.3) *Manutenzione e riparazione (ordinaria ed esternalizzata)* che sale del +4,9% ed infine B.4) *Godimento di beni di terzi* che sale del +4,7%.

L'analisi sui singoli Enti del SSR mostra quanto segue.

B.2.B.1) Servizi non sanitari

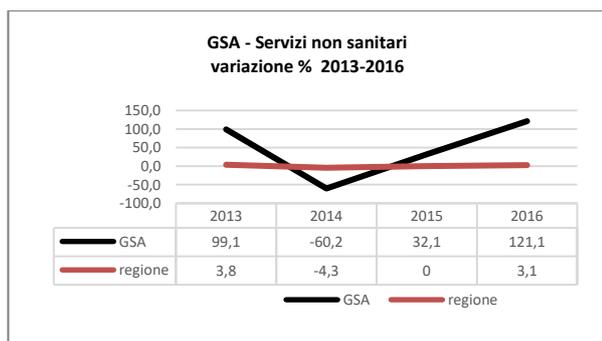
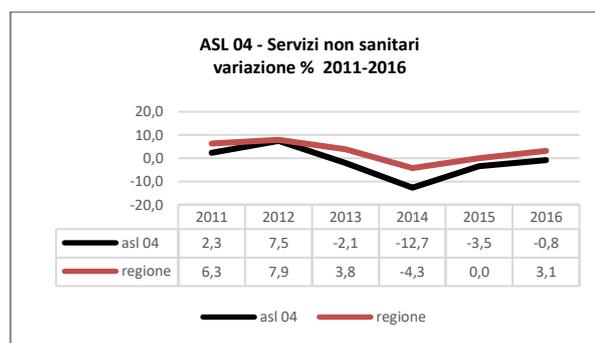
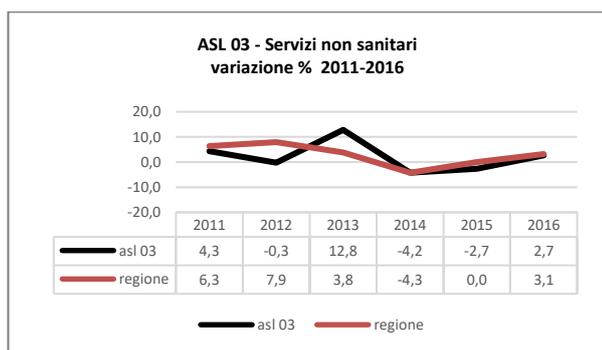
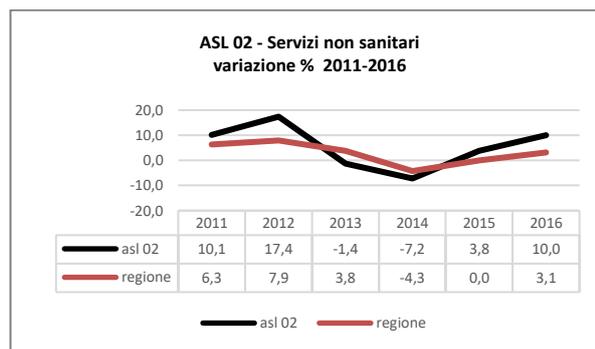
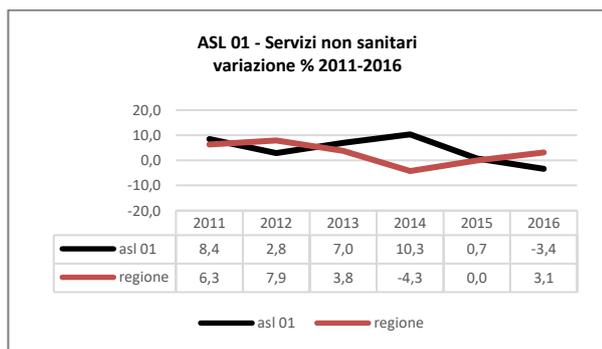
La voce **B.2.B.1) Servizi non sanitari** comprende tutti i servizi non sanitari acquisiti da terzi (servizi tecno-economici, forniture, premi di assicurazione, spese varie, etc.), per un importo pari a 163.135 euro/migliaia nel 2016, che pesa per il 5,8% sul totale dei costi. La stessa registra il +3,1% di aumento nel 2016 [tabella n. 3/gc].



La voce presenta andamenti differenti nei singoli enti: scende nell'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (-3,4%), mentre sale con percentuali di rilievo nelle Aziende 02 Lanciano Vasto Chieti (+10,0%), e 03 Pescara (+2,7%).

Nell'Azienda 04 Teramo, scende del -0,8% che si aggiunge alla diminuzione del -3,5% nel 2015.

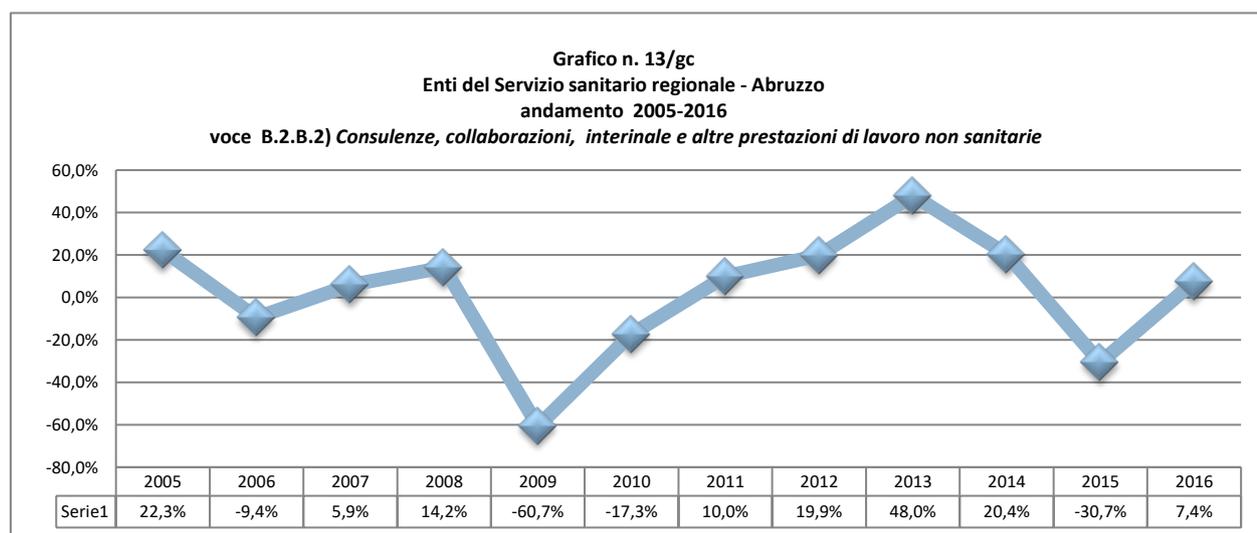
Nella GSA la voce, nel 2016, aumenta notevolmente (+121,1%) dopo il già rilevante aumento del +32,1% nel 2015.



B.2.B.2) Consulenze, collaborazioni, [lavoro] interinale ed altre prestazioni di lavoro non sanitarie

Sebbene incidente sul totale dei costi della produzione per una percentuale minimale (0,4%), la voce è pari ad un valore assoluto di 10.027 euro/migliaia, e torna a crescere del +7,4% nel 2016 dopo la flessione avutasi nel 2015 del -30,7%.

Minimale l'importo attribuibile alla GSA (101 euro/migliaia nel 2016).



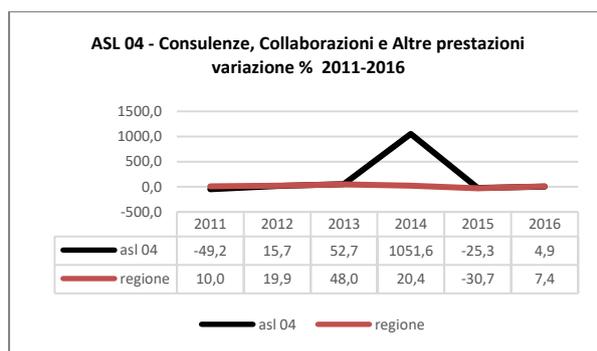
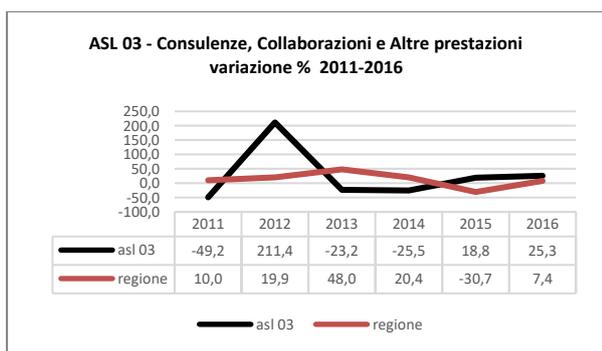
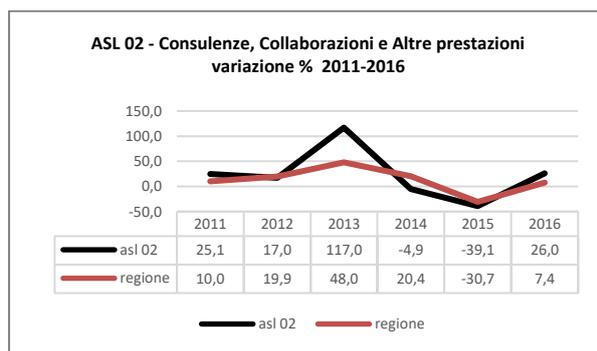
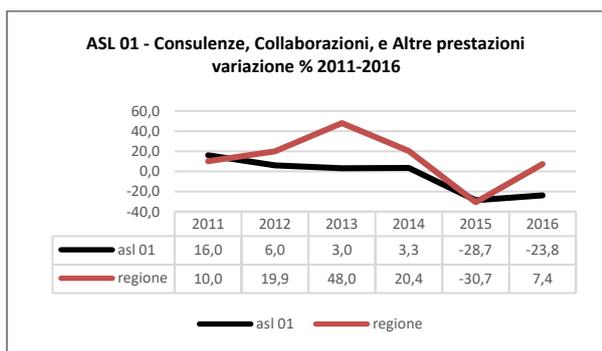
Peraltro, si rileva che, in termini assoluti, su un totale di 10.027 euro/migliaia, quasi il 50% (48,5%) è da ricondurre all'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti, con un costo per tale voce di 4.929 euro/migliaia. La medesima sale del +26% nel 2016 a fronte di un consistente ribasso del -39,1% avutosi nel 2015.

La voce, invece, si presenta, nel 2016, ancora in diminuzione nell'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (-23,8%), dopo la notevole diminuzione nel 2015 (-28,7%). Passa da 2.595 a 1.978 euro/migliaia a fine 2016.

Nell'Azienda 04 Teramo, la voce torna a crescere del +4,9%. Il valore assoluto resta alto, pari a 2.287 euro/migliaia⁴⁸ [tabella n. 3/gc].

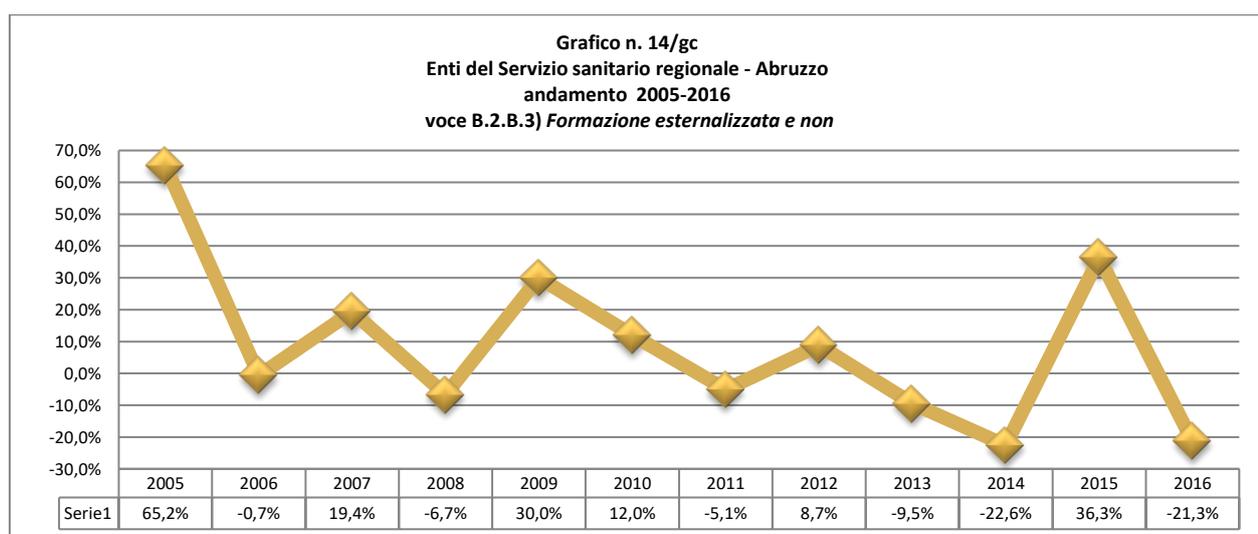
Infine, anche nell'Azienda 03 Pescara la voce segna un aumento pari al +25,3%, che segue un ulteriore aumento del +18,8% nel 2015. Tuttavia, in termini assoluti essa risulta assai contenuta rispetto alle altre Aziende, pari a 732 euro/migliaia nel 2016.

⁴⁸ Nella risposta del 28 luglio 2016, protocollo n. 61637, in riscontro alla deliberazione di questa Sezione di controllo sul questionario/relazione al bilancio 2014, l'Azienda ribadiva che "il costo delle consulenze è riferito ai contratti stipulati per lavoro interinale, in quanto a seguito della diminuzione dell'unità di personale ed alla carenza dello stesso si è fatto ricorso a tale tipologia di contratto e ciò ha comportato un costo per l'area sanitaria pari a € 818.902 e per l'area non sanitaria pari a € 2.807.122. Comunque, riguardo alla spesa del personale, vengono rispettati i vincoli economici stabiliti dal Programma Operativo 2013-2015, di cui al DCA n. 91/2013". Il Collegio sindacale dell'Azienda 04 Teramo, prende atto della risposta. Invita, tuttavia, l'Azienda a "limitare il ricorso a tale servizio e di rispettare comunque i limiti di spesa previsti dalla normativa, nonché gli specifici criteri di reclutamento del personale ASL".



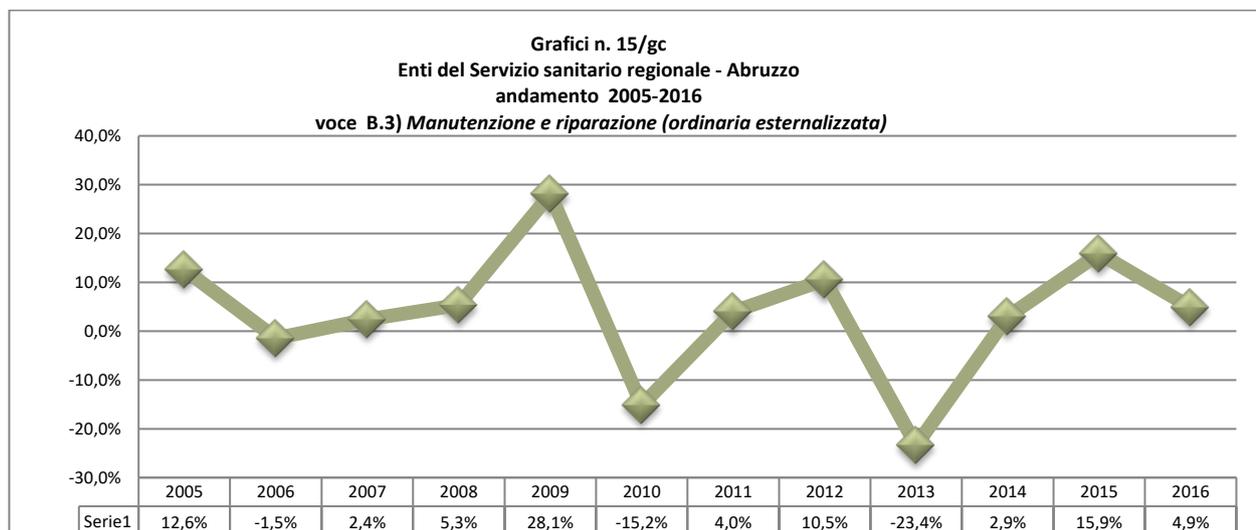
B.2.B.3) Formazione esternalizzata e non

Tale voce incide, sul totale, dei costi, per una percentuale minimale (0,1%), pari ad un valore assoluto di 2.816 euro/migliaia nel 2016, diminuita del -21,3% rispetto al 2015, quando si è registrato un valore pari a 3.577 euro/migliaia (+36,3% rispetto al 2014) [tabella n. 3/gc].

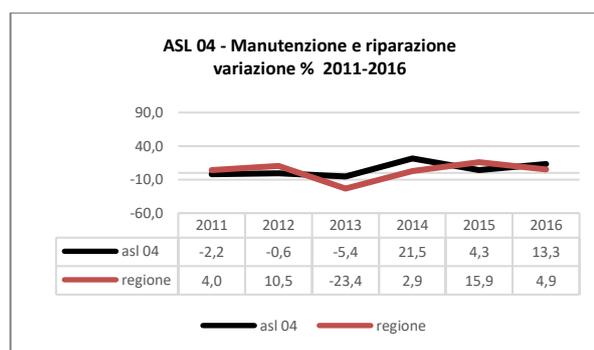
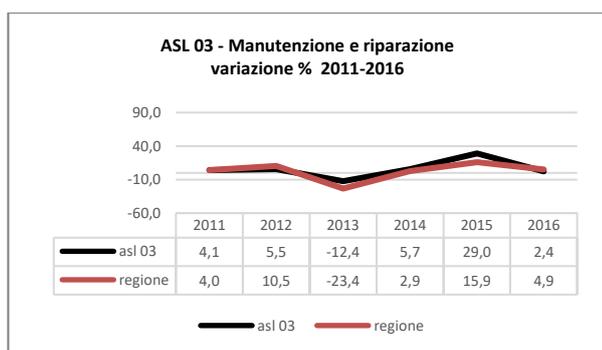
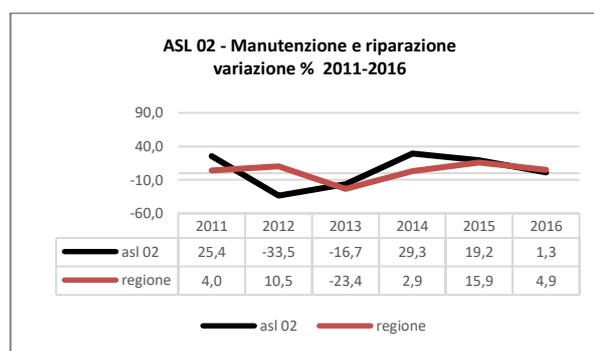
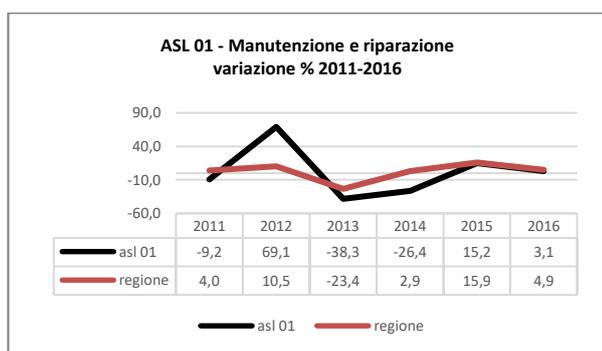


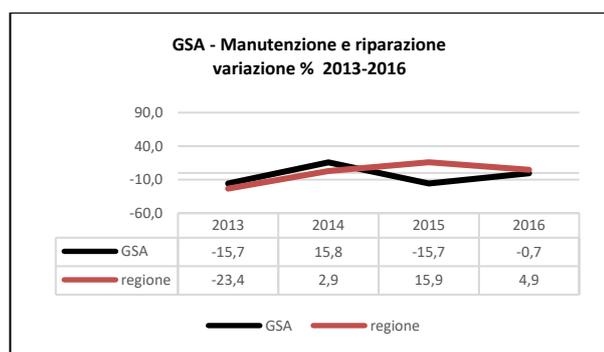
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)

Nel 2016 pesa per il 2,3% sul totale con un valore assoluto pari a 65.896 euro/migliaia, e cresce del +4,9%. Nel 2015, con un valore assoluto pari a 62.790 euro/migliaia, la voce era già salita del +15,9% [tabella n. 3/gc].



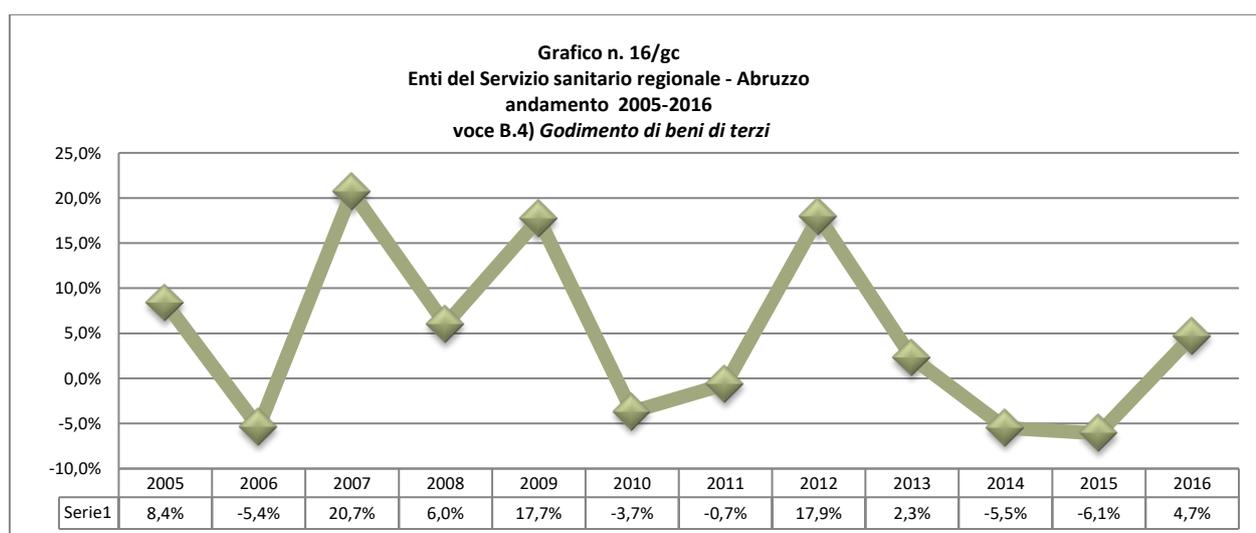
Tuttavia, dall'analisi degli andamenti della voce riscontrati nelle singole Aziende, si evince che l'aumento della medesima è riconducibile principalmente alla Azienda 04 Teramo dove aumenta del +13,3%.



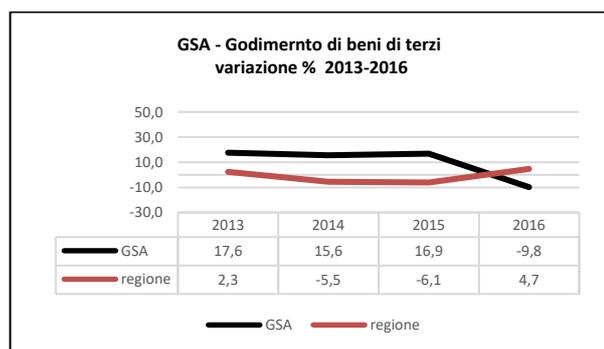
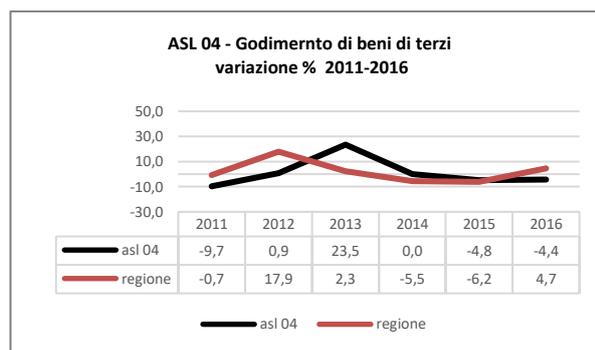
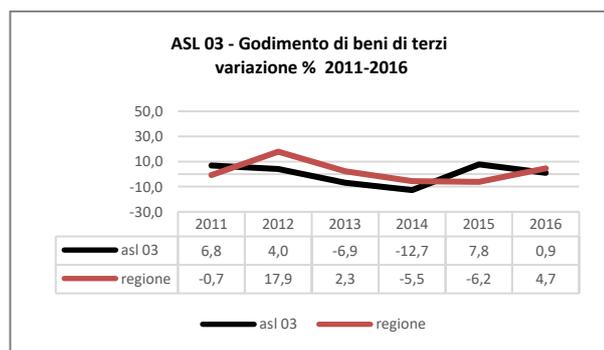
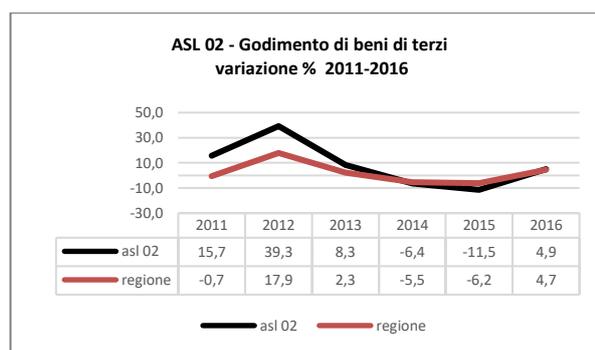
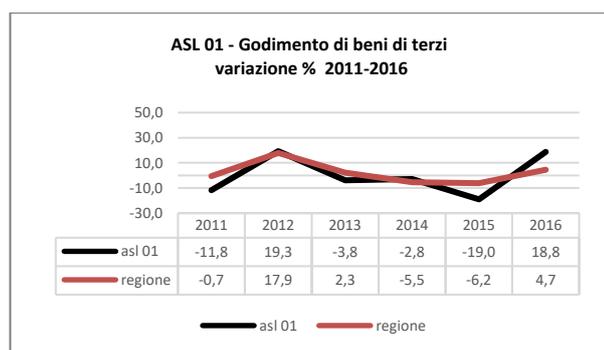


B.4) Godimento di beni da terzi

Comprende sostanzialmente i costi sostenuti dalle Aziende per fitti passivi, canoni di noleggio, di leasing, etc. Nel 2016, la voce con un'incidenza sul totale dei costi della produzione dello 0,9%, sale del +4,7% con un valore pari a **25.469 euro/migliaia**, in controtendenza al decremento del -6,1% registrato nel 2015 [tabella n. 3/gc].



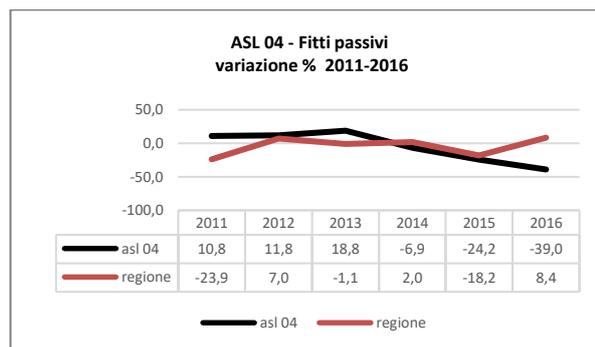
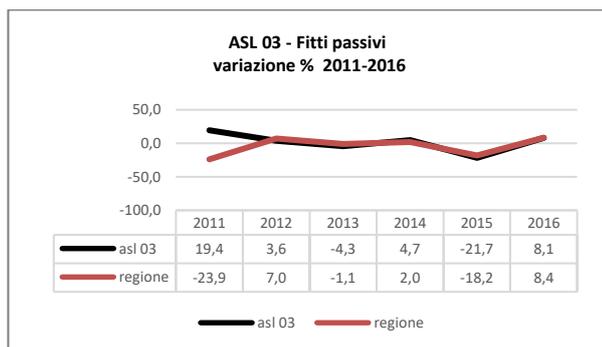
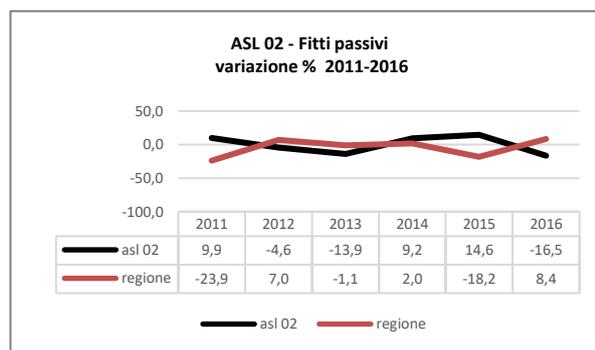
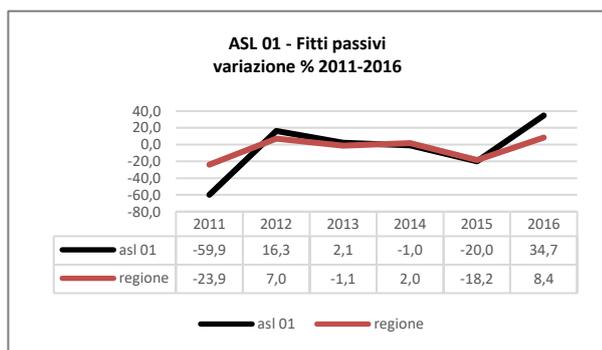
In realtà la voce registra un aumento nell'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (+18,8%) e nell'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti (+4,95), mentre si riduce del -4,4% nell'Azienda 04 Teramo e rimane costante nell'Azienda 03 Pescara (+0,9%).



Sebbene la voce “godimento di beni da terzi” costituisca come già visto solamente lo 0,9% del totale dei costi, il suo valore pari a **25.469 euro/migliaia** induce all’analisi delle singole voci che lo compongono:

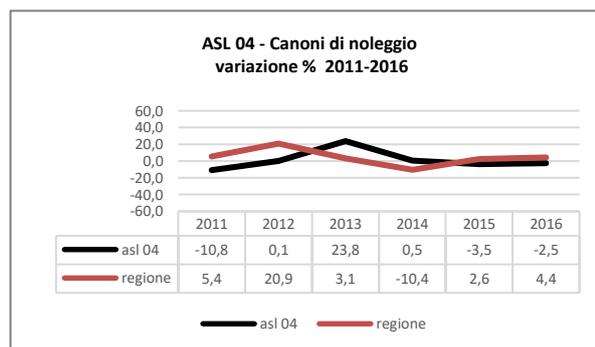
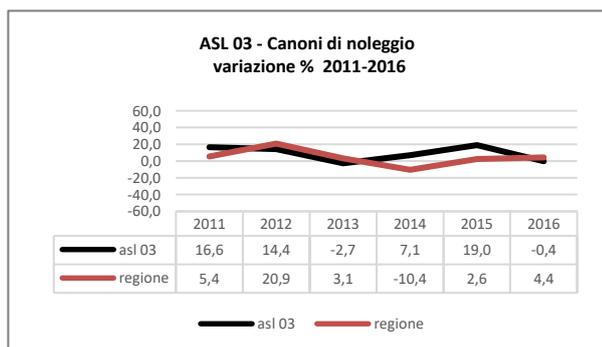
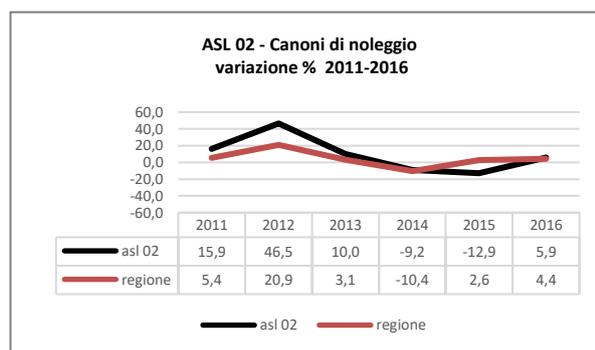
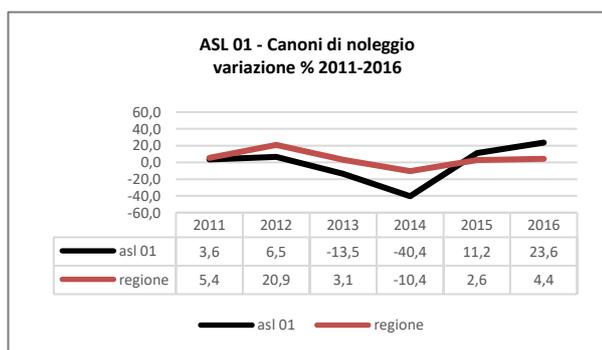
B.4.A) FITTI PASSIVI

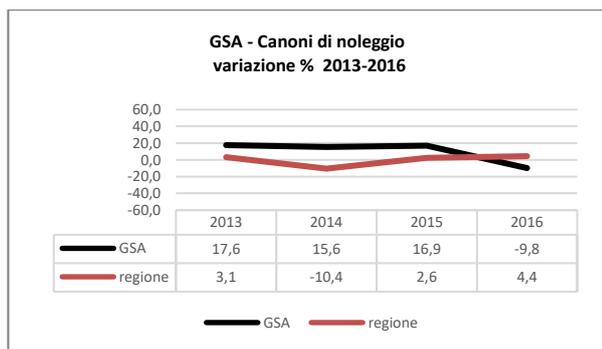
La voce di costo inerente ai fitti passivi, a fronte di un aumento medio in Regione del +8,4% risulta notevolmente cresciuta nel 2016 nell’Azienda 01 Avezzano Sulmona L’Aquila (+34,7%) seguita dall’Azienda 03 Pescara (+8,1%). Si registrano, invece, consistenti riduzioni di tali costi nelle altre due Aziende (-16,5% nell’Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti e -39,0% nell’Azienda 04 Teramo).



B.4.B) CANONI DI NOLEGGIO

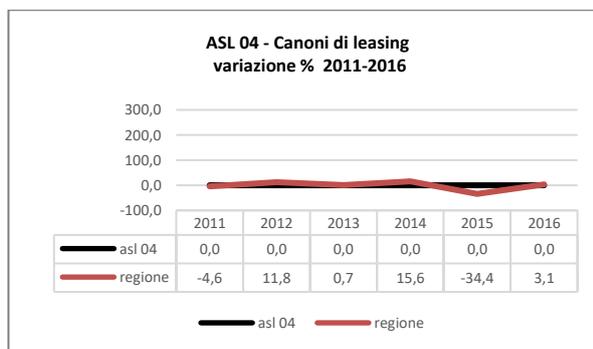
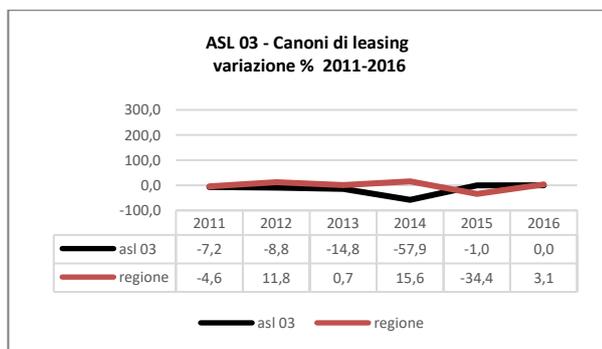
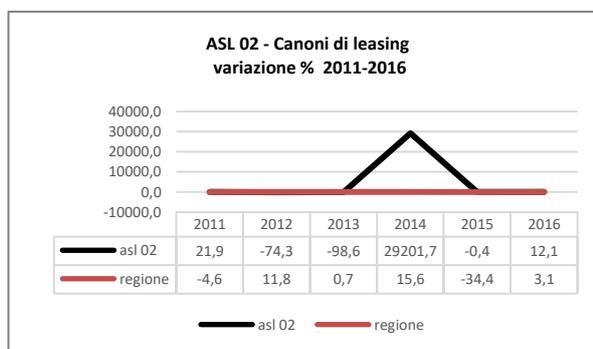
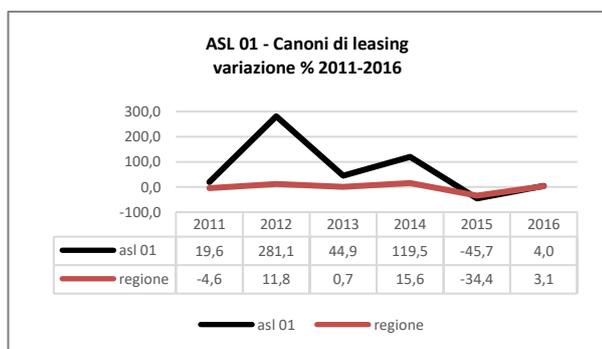
Per tale voce di costo si annotano rilevanti aumenti nell'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (+23,6%) e nell'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti (+5,9%). La voce resta costante nell'Azienda 03 Pescara (-0,4%) e scende nell'Azienda 04 Teramo (-2,5%).





4.C) CANONI DI LEASING

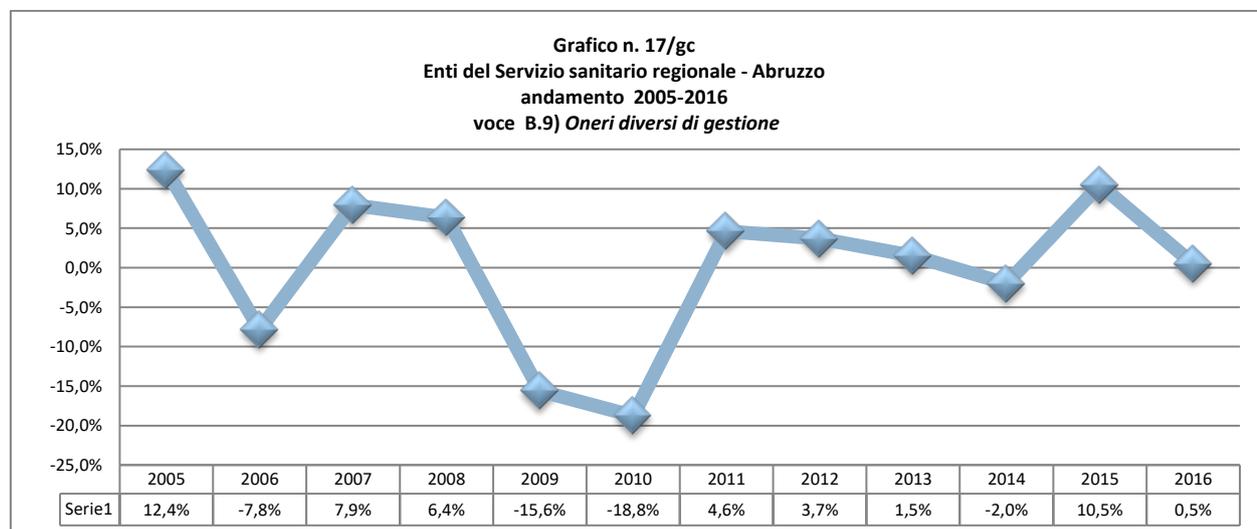
La voce dei canoni di leasing riguarda solo l'area sanitaria e cresce in maniera rilevante nell'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti (+12,1%) seguita dalla Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (+4%).



B.9) Oneri diversi di gestione

Pari nel 2016 a 9.316 euro/migliaia, la voce include anche le sottovoci “*compensi organi direttivi*” e “*spese amministrative*”, e pesa per lo 0,3% sul totale dei costi (sia nel 2016 che nel 2015); rimane costante nel 2016 (+0,5%), ai valori del 2015 (a loro volta cresciuti del +10,5% rispetto all'esercizio precedente).

Le singole Aziende registrano situazioni diverse: la voce, infatti, per le Aziende 01 Avezzano Sulmona L'Aquila e 04 Teramo sale rispettivamente del +5,3% e del +50,2%, mentre per le Aziende 02 Lanciano Vasto Chieti e 03 Pescara, invece, scende del -23,0% e -4,6% [tabella n. 3/gc].



3.7.3 La spesa del personale nei Conti economici delle Aziende

a.

Il personale continua a costituire la voce di maggior peso percentuale nella composizione della spesa sanitaria corrente: il 26,9% in media dei costi di produzione nel 2016 [tabella n. 3/gc].

Il costo del personale, nelle quattro sottovoci che lo compongono – sanitario, professionale, tecnico e amministrativo –, rimane costante: -0,4% nel 2016 rispetto al 2015, che registrava una variazione pari a +0,2% rispetto al 2014 (da 758.988 euro/migliaia al 31.12.2015 e a 756.322 euro/migliaia al 31.12.2016 [tabella n. 3/gc].

Conteggiando anche la voce relativa al personale universitario area sanitaria, **si riduce, in termini assoluti, da 764.054 euro/migliaia al 31.12.2015 e a 760.933 euro/migliaia al 31.12.2016 [tabella n. 11/gc].**

Gli importi nei conti economici delle Aziende sono suddivisi in sottoclassi riferite ai diversi ruoli professionali del personale dipendente (a tempo indeterminato e a termine). Tale valore, peraltro, attiene solamente ai costi di natura retributiva fissa e accessoria, ed ai relativi oneri contributivi del personale dipendente a tempo determinato e indeterminato.

Le maggiori risorse sono assorbite dal personale sanitario (medici ed infermieri), pari all'83,5% della spesa sanitaria globalmente calcolata per il personale in generale.

Tutte le sottovoci, nel 2016, hanno subito una riduzione, come si evince dal successivo prospetto. Scende meno il costo per il personale del ruolo sanitario che è rimasto pressoché costante (-0,1%).

AGGREGATO AZIENDE + GSA	2016	2015	2014	comp. 2016 (su tot. costi produz.)	Var. 2016/2015	Var. 2015/2014
B.5) Personale del ruolo sanitario	631.669	632.360	631.021	22,5%	-0,1%	0,2%
B.6) Personale del ruolo professionale	1.749	1.810	1.865	0,1%	-3,4%	-3,0%
B.7) Personale del ruolo tecnico	77.602	78.136	76.905	2,8%	-0,7%	1,6%
B.8) Personale del ruolo amministrativo	45.302	46.682	47.545	1,6%	-3,0%	-1,8%
TOTALE	756.322	758.988	757.336	26,9%	-0,4	0,2%

b.

A tali sottoclassi, il cui valore registra complessivamente una variazione media del -0,4% nel 2016 e +0,2% nel 2015, come sopra tracciato, vanno aggiunti i costi, annotati dalle Aziende e dalla GSA, in voci diverse, e consistenti principalmente:

- nella voce IRAP, pari a 55.216 euro/migliaia (55.341 euro/migliaia nel 2015);
- nelle sopravvenienze passive, per pagamento arretrati dovuti ai rinnovi contrattuali per il personale dipendente, per un totale di 11.041 euro/migliaia (937 euro/migliaia nel 2015);
- negli accantonamenti, complessivamente pari a 10.206 euro/migliaia (6.421 euro/migliaia nel 2015), ove sono state annotate le previsioni degli oneri stimati per il futuro rinnovo contrattuale della Dirigenza Medica, Veterinari e SPTA del comparto per il biennio.

In ragione di tali voci aggiuntive, il costo complessivo del personale risulta più elevato [tabella n. 11/gc].

Sotto il profilo dinamico, l'incidenza della spesa per il personale è differente nelle diverse realtà territoriali ed è sicuramente influenzata dal sistema di erogazione delle prestazioni (diretta o tramite strutture convenzionate o altri soggetti pubblici), come pure dal diverso rapporto dipendenti/popolazione, e dalla quota di medici a tempo pieno.

La Regione Abruzzo, collocatasi negli anni passati tra quelle aventi il più alto rapporto tra dipendenti e popolazione, registrava al 31.12.2007 un rapporto di 83,4%.

L'indicatore è sceso ed oscilla nel periodo 2010-2013 tra il valore più basso di 77,14% (nel 2012) ed il più alto di 78,56% nel 2011 (vedi precedente referto). Nel 2014 si colloca a 76,62%, comunque sostenuto.

Torna ad aumentare nel 2015 a 76,77%, salendo ulteriormente nel 2016 a 77,28% [tabella n. 14/gc].

c.

I dati di cui sopra vanno posti a confronto con i dati numerici forniti dal Dipartimento per la Salute e il Welfare, che ha costantemente monitorato il personale delle Aziende in questi ultimi anni, come da tabelle n. 12/gc e n. 13/gc, nelle quali è riportato l'aggregato regionale.

La tabella n. 12/gc comprende il personale dipendente in servizio presso le Aziende a tempo indeterminato, mentre la tabella n. 13/gc quello di dirigenza o di comparto a tempo determinato, chiamato attraverso le procedure selettive previste dall'art. 16, del CCNL 15 dicembre 1996, integrato dal CCNL 5 agosto 1997 e ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992.

Sulla base di politiche regionali e nazionali di blocco o riduzione delle assunzioni, il personale a tempo indeterminato (dirigenti e comparto), subisce la seguente evoluzione: a fronte di un aumento di 71 unità nel 2014, nel 2015 diminuisce di 30 unità, e scende ulteriormente di 54 unità nel 2016 [tabella n. 12/gc].

Il personale a tempo determinato che sale di 216 unità nel 2014 (l'Azienda 04 Teramo registra il maggiore aumento in 95 unità), diminuisce nel 2015 di 71 unità (registra un incremento di 58 unità solo l'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila), e nel 2016 di ulteriori 114 unità (principalmente riconducibili alle Aziende 01 Avezzano Sulmona L'Aquila e 03 Pescara, rispettivamente -56 unità e -59 unità) [tabella n. 13/gc].

d.

Ai costi del personale devono aggiungersi quelli per le consulenze, le collaborazioni, i rapporti di lavoro interinale e le altre prestazioni di lavoro sanitarie e non sanitarie⁴⁹ [tabella n. 6/gc], che spesso celano rapporti di lavoro atipici. Talvolta, anche i contratti di servizio esternalizzano attività che sarebbero proprie del personale dipendente. L'impegno della Regione Abruzzo deve essere volto a monitorare tali fenomeni, avendo riguardo all'entità della spesa e al rispetto dei vincoli previsti dalla normativa vigente.

La **tabella n. 6/gc** riporta, in sintesi, gli importi isolati nei CE Aziendali per **consulenze, collaborazioni, rapporti di lavoro interinale e altre prestazioni di lavoro, divise tra area sanitaria (69,8%) e area non sanitaria (30,2%)**.

La ripartizione, ove riletta per singole Aziende, mostra percentuali alquanto diversificate: per l'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila, il ricorso a consulenze sanitarie e non sanitarie copre rispettivamente il 71% e il 29% del totale, per l'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti, copre il 51,4% contro il 48,6%, per l'Azienda 03 Pescara copre l'89,4% contro il 10,6% di consulenze non sanitarie ed infine per l'Azienda 04 Teramo copre il 75,1% contro il 24,9%.

Nel complesso, le Aziende affrontano **costi per consulenza sanitaria per 23.172 euro/migliaia nel 2016**, in crescita del 4,7% rispetto al 2015 e, come già visto, **per 10.027 euro/migliaia per consulenze non**

⁴⁹ Per la spesa annua per studi ed incarichi di consulenza, inclusa quella relativa a studi ed incarichi di consulenza conferiti a pubblici dipendenti, l'art. 6, comma 7, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, prevede il limite della spesa 2009 aumentata del 20%. L'affidamento d'incarichi in assenza dei presupposti di cui al detto comma costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità erariale.

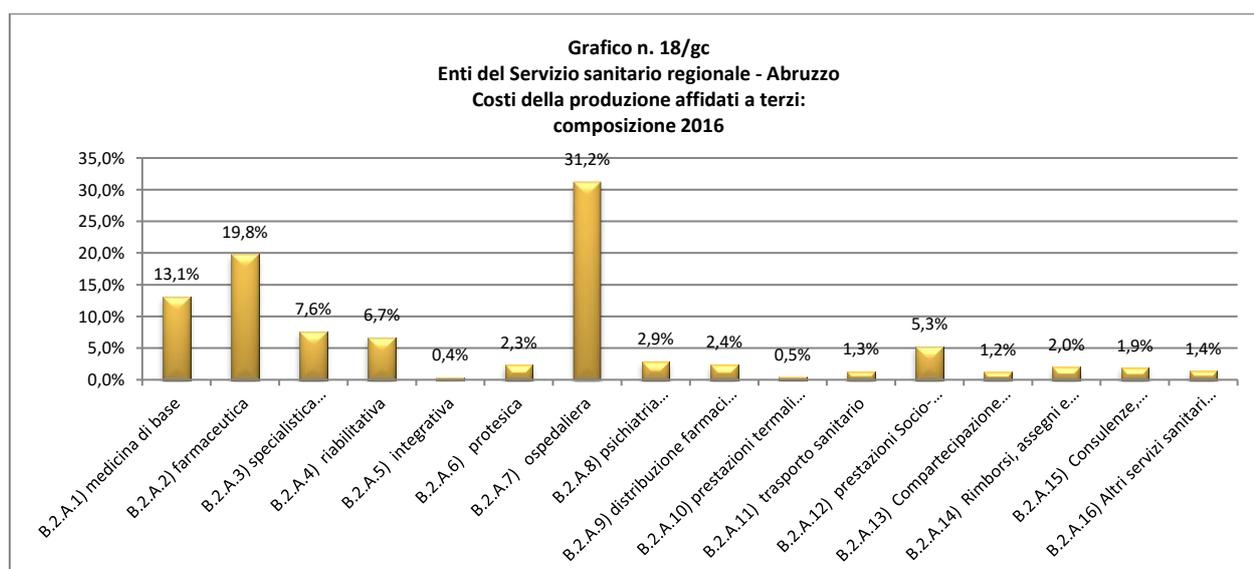
sanitarie (compresa, per quest'ultima voce, la GSA), voce anch'essa in aumento del +7,4% (9.333 euro/migliaia nel 2015).

Il totale della voce "consulenze" in Regione aumenta nel 2016 del +5,5%, a 33.199 euro/migliaia da 31.459 euro/migliaia nel 2015.

Nell'ambito dei costi per consulenza sanitaria è da evidenziare la sottovoce B.2.A.15.3) *Consulenze sanitarie e sociosan. da privato*, che subisce un rialzo del +3,0%, ma in termini assoluti pesa per 21.609 euro/migliaia. La voce subisce rialzi più consistenti nell'Azienda 03 Pescara (+23,3%) e nell'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (+14,6%). Nell'Azienda 04 Teramo la voce scende del -11,8%, così come nell'Azienda Lanciano Vasto Chieti (-2,4%).

3.7.4 L'acquisto di servizi sanitari

La tabella n. 5/gc contiene le voci della spesa sanitaria pertinenti a prestazioni che le Aziende e la GSA acquistano da terzi soggetti e che, nel conto economico, sono registrate nella voce "costi di produzione affidata a terzi". Secondo le classifiche del modello CE ministeriale, ci si riferisce alla voce **B.2.A) Acquisti di servizi sanitari**, che, nello specifico, riguardano tre sottovoci: Acquisti di servizi sanitari da soggetti privati; Acquisti di servizi sanitari da soggetti pubblici della Regione (mobilità intraregionale); Acquisti di servizi sanitari da soggetti pubblici extraregionali (mobilità extraregionale). Come già ricordato, essi costituiscono, nel complesso regionale, il 42,6% dei costi totali. Il grafico che segue indica la loro composizione nel 2016.



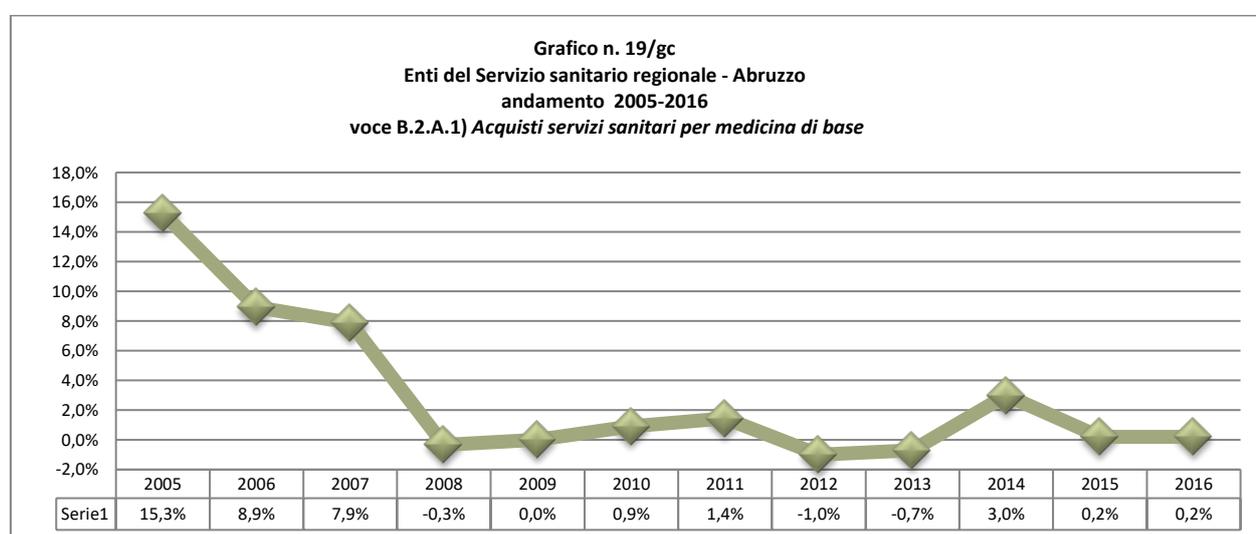
Gli stessi, riclassificati per fattori di produzione, sono distribuiti tra pubblico e privato in ragione del 33% contro il 67%.

La voce globalmente considerata sale, nel 2016, del +2,2%, con percentuali differenti ove si considerino i diversi aggregati: salgono, complessivamente, del +3,8%, le voci dei servizi sanitari da pubblico e solo del +1,5% i servizi da privato [tabella n. 5/gc].

Nell'analitico, per ogni voce si riporta l'andamento ultradecennale mediante grafici:

B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base,

che copre il 13,1% degli acquisti da terzi nel 2016, pari in valori assoluti a 156.836 euro/migliaia, sale del +0,2% nel 2016.



Parte preponderante di tali acquisti è la voce “**medicina di base da convenzione**” (B.2.A.1.1), che sale del +0,4% in media. Registra percentuali differenti nelle varie Aziende: diminuisce nell’Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti (-1,5%) e nell’Azienda 01 Avezzano Sulmona l’Aquila (-0,7%), mentre aumenta nell’Azienda 03 Pescara (+1,3%) e nell’Azienda 04 Teramo (+3,0%), come si evince dai grafici a seguire.

Nelle valutazioni di Tavolo e Comitato (**riunione 26 luglio 2017**), emergono alcune criticità relative ai rapporti economici con i medici di medicina generale, per i quali sono in corso contenziosi ascrivibili a 3 principali casistiche: 1) indennità per zone disagiate, 2) applicazione DGR n. 592/2008 e Delibere Commissariali n. 7/2009 e n. 22/2009, relativamente all’applicazione dell’accordo integrativo regionale del 2006, 3) obiettivi di governo clinico (anni 2012-2013-2014).

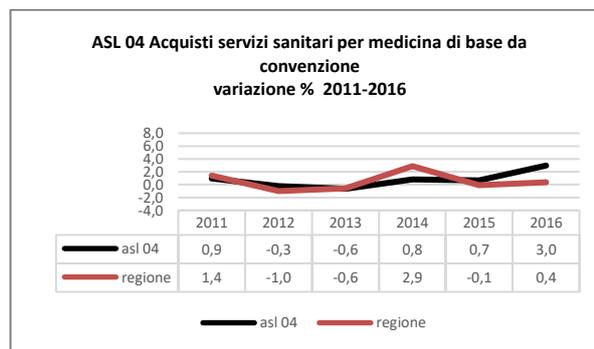
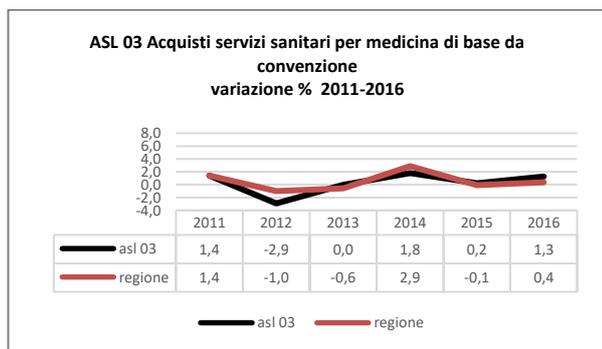
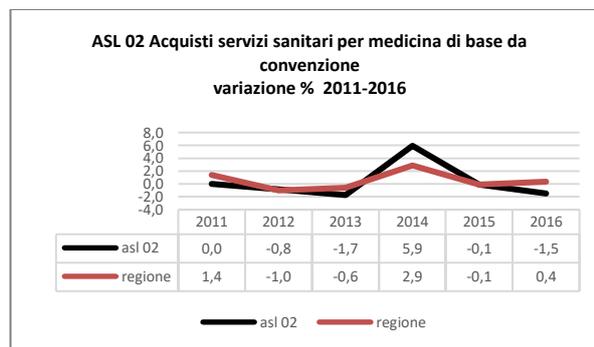
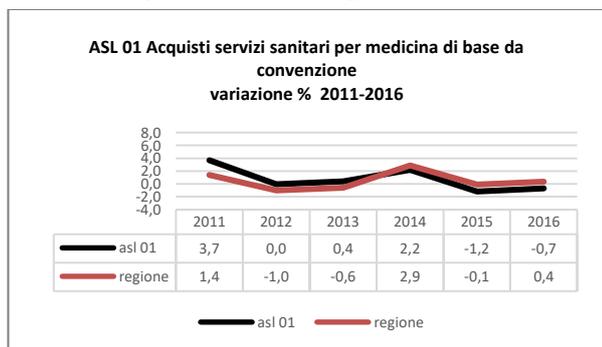
È opportuno ricordare che i provvedimenti impugnati sono inerenti all’attuazione del Piano di rientro, oggetto di specifica legislazione che vede la Regione impegnata ad attivare ogni azione, anche verso le proprie Aziende sanitarie, al fine di garantire gli effetti finanziari che discendono da provvedimenti di attuazione del Piano medesimo e a valutare l’eventuale presenza di inerzia verso i contenziosi in essere. Successivamente (**riunione 30 novembre 2017**), la Regione ha nuovamente rappresentato alcune criticità relative ai rapporti economici con i medici di medicina generale, sebbene il Servizio regionale competente abbia esortato le Asl a coltivare i contenziosi ancora pendenti e a fornire una relazione di

maggior dettaglio sulle ragioni che hanno condotto in alcuni casi a non proseguire negli ulteriori gradi di tutela. È emerso che:

- a) **Indennità per zone disagiate:** con riferimento al contenzioso pendente contro la Regione Abruzzo relativo al risarcimento del danno per mancata percezione dell'indennità per zone disagiate per il periodo Gennaio 2000-Aprile 2005, è stata segnalata la decisione favorevole alla Regione emessa dal Tribunale di Sulmona-Giudice del Lavoro n. 129/2017 del 17.07.2017, di cui alla data della riunione è noto solo il dispositivo.
- b) **Applicazione della DGR n. 592/2008 e delle Deliberazioni Commissariali n. 7/2009 e n. 22/2009:** per quanto riguarda la Asl di Avezzano Sulmona L'Aquila, "la difesa è stata impostata sostenendo la legittimità dei provvedimenti regionali/commissariali di contenimento della spesa e dei conseguenti provvedimenti aziendali; tutte le decisioni intervenute in materia hanno visto la Asl soccombente per illegittimità dell'atto unilaterale di sospensione o riduzione di compensi stabiliti dal contratto. La Asl di Pescara rappresenta che i contenziosi avviati in materia sono stati decisi in senso favorevole ai ricorrenti, circostanza che ha sconsigliato dal perseguire ulteriori difese in appello. La Asl di Teramo dichiara che attualmente i contenziosi in cui è coinvolta in materia sono ancora pendenti, avendo l'azienda già proposto appello sulle prime quattro sentenze sfavorevoli ad oggi esistenti e ha confermato la volontà di continuare il contenzioso".
- c) **Obiettivi di Governo Clinico:** con riferimento ai contenziosi, la Asl di Teramo rileva "di aver proposto opposizione ai decreti ingiuntivi pervenuti, risultando perdente per alcuni di essi. Su tale base, e in considerazione della presenza di un precedente sfavorevole in appello, ha ritenuto di non procedere ad appello su tali cause, mentre ha risolto transattivamente le numerose altre vertenze pendenti in primo grado al fine di limitare i già ingenti esborsi per spese legali".

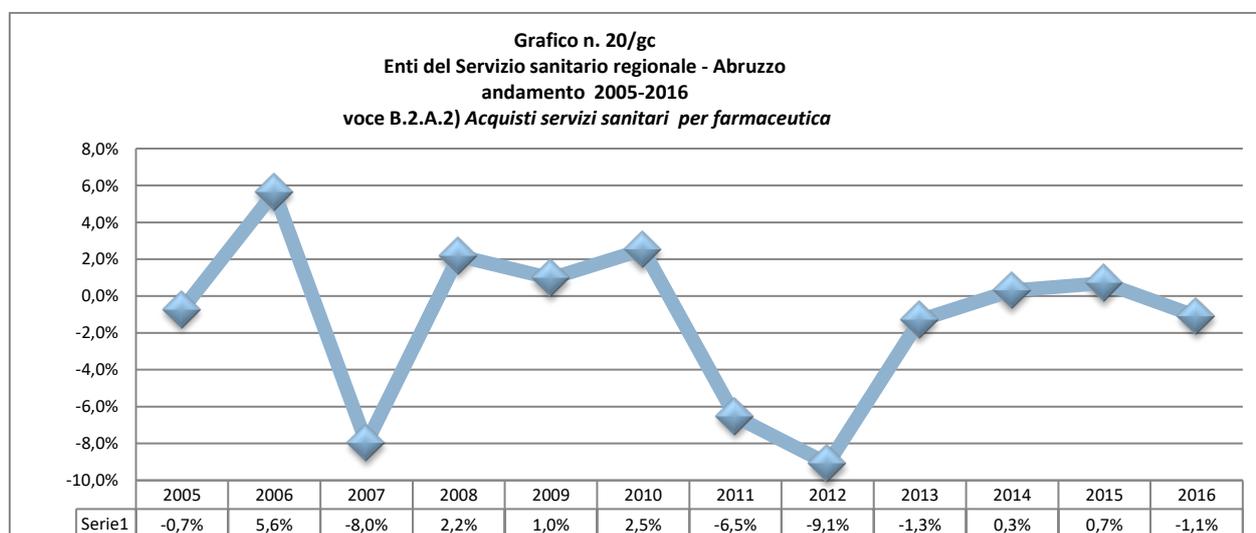
Da segnalare la mancata adesione della ASL 02 Lanciano Vasto Chieti alle richieste della Regione.

B.2.A.1.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base da convenzione

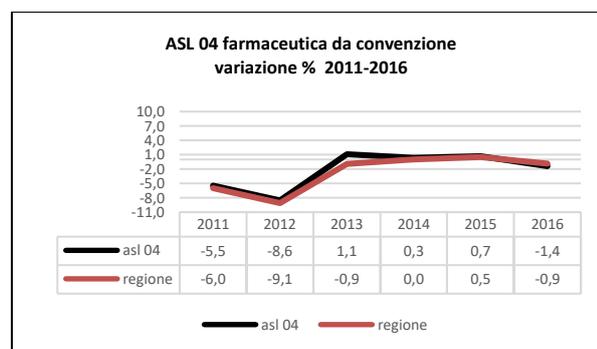
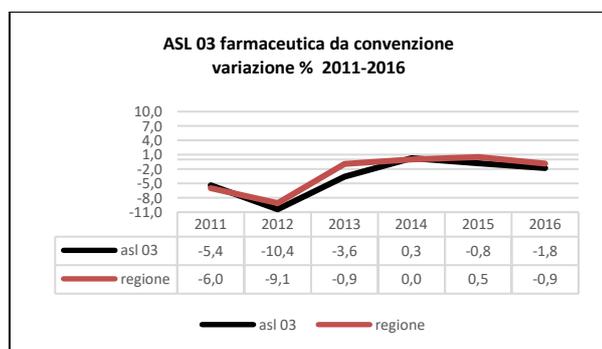
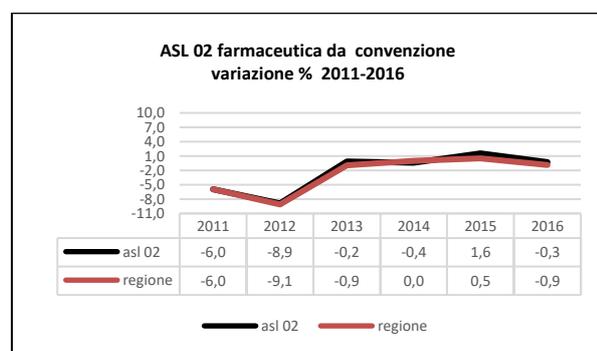
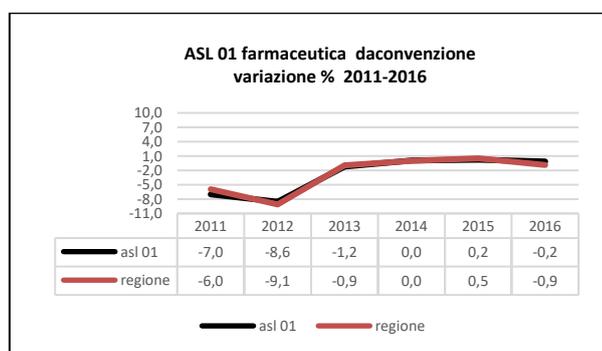


B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica,

pari, in valore assoluto a 236.543 euro/migliaia. Nel 2016, copre il 19,8% degli acquisti da terzi e scende del -1,1% nel 2016 dopo l'aumento del +0,7% nel 2015.



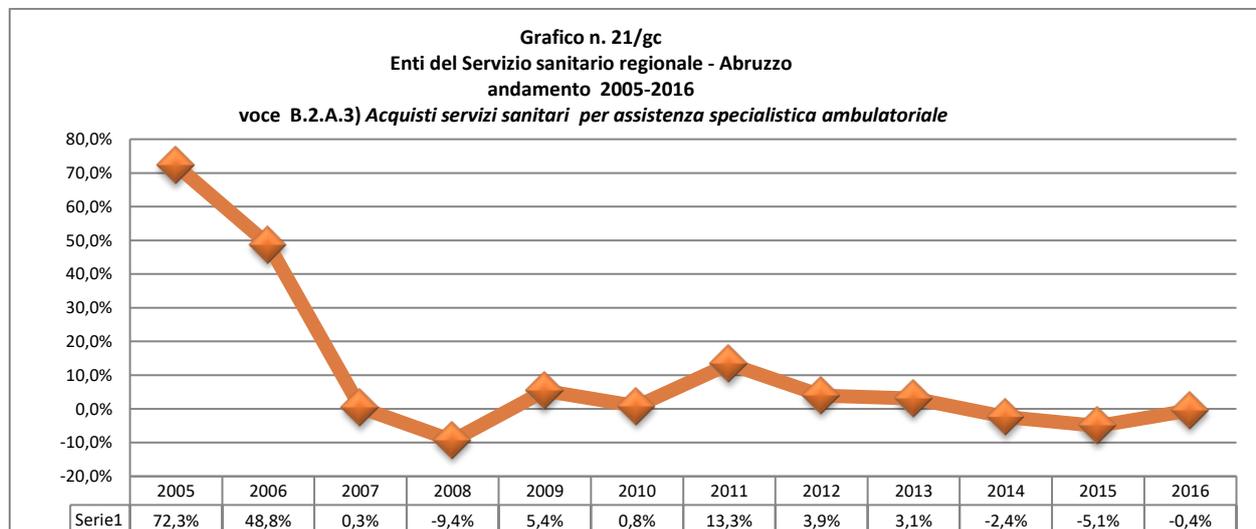
La sottovoce più rilevante è costituita dalla “farmaceutica da convenzione” (B.2.A.1.2), (230.066 euro/migliaia) che scende solo del -0,9%. [tabella n. 5/gc]. Per essa tutte le Aziende presentano valori lievemente in diminuzione, con percentuali più accentuate nell’Azienda 03 Pescara (-1,8%) e nell’Azienda 04 Teramo (-1,4%) come da grafici a seguire.

B.2.A.2.1) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica da convenzione

Si rinvia all’analisi di dettaglio di cui al par. 3.7.4.1.b.

B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale,

pari in valore assoluto a 91.213 euro/migliaia, copre il 7,6% degli acquisti da terzi nel 2016 e scende del -0,4% nel 2016 (-5,1% nel 2015).

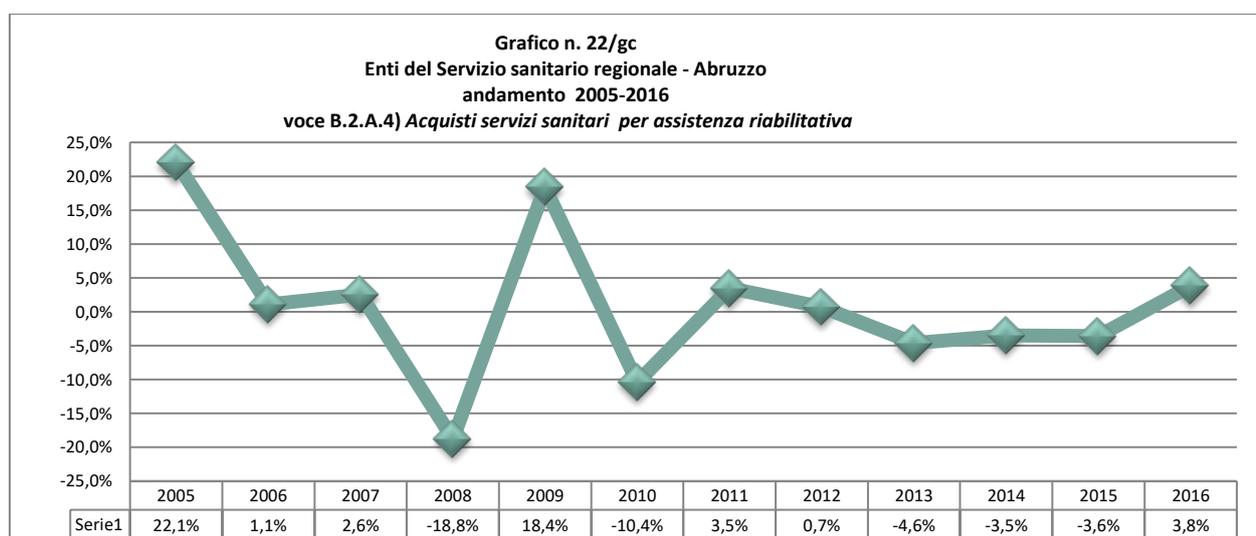


Nell'ambito di tale voce, salgono del +7,6% gli acquisti per assistenza specialistica ambulatoriale della sottovoce B.2.A.3.1) *da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)* e del +3,5% quelli della sottovoce B.2.A.3.2) *da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)* [tabella n. 5/cg].

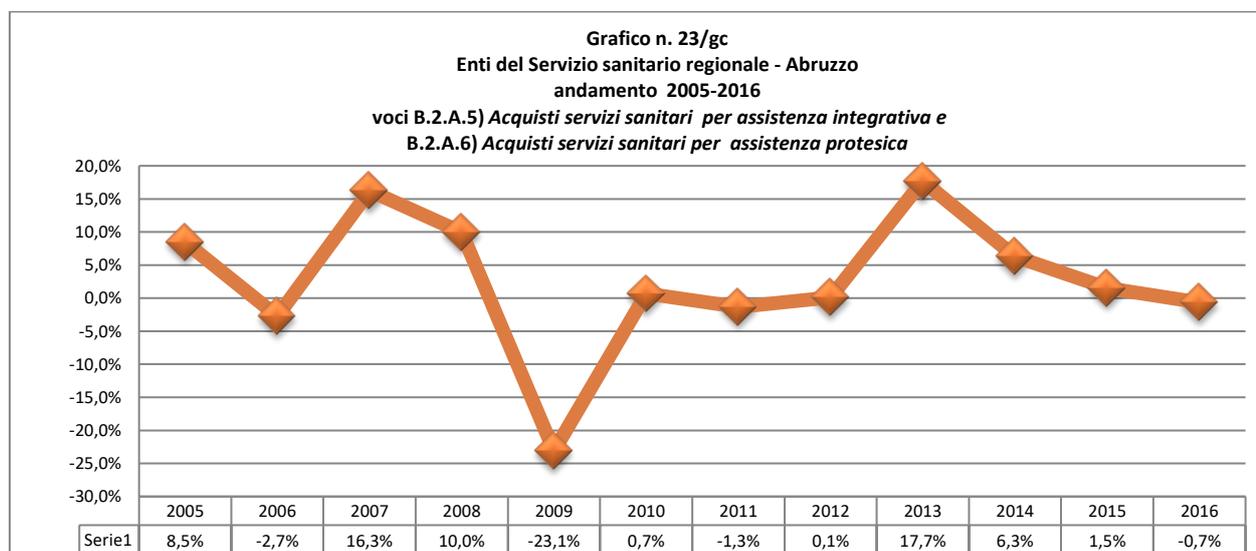
Le sottovoci relative all'acquisto di tali prestazioni **da privato**, al contrario registrano aumenti molto più contenuti: sale del +1,3% la sottovoce B.2.A.3.4) *da privato (medici SUMAI)* e del +1,5% la sottovoce B.2.A.3.5) *da privato*. Infine, la sottovoce B.2.A.3.6) *da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)* sale dello +0,9%.

B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa,

pari in valore assoluto a 80.100 euro/migliaia, copre il 6,7% degli acquisti da terzi nel 2016 (6,6% nel 2015) e sale del +3,8% nel 2016, dopo essere scesa del -3,6% nel 2015. In particolare, aumentano del +4,4%, in media gli acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa da privato (voci B.2.A.4.4 e B.2.A.4.5 del CE).

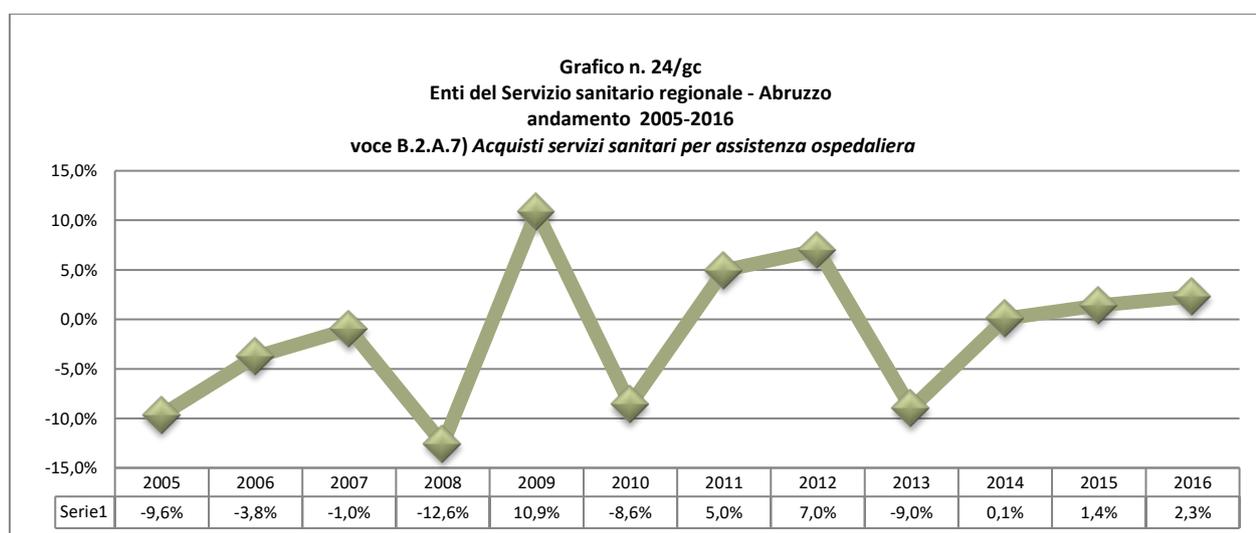
**B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica,**

che coprono rispettivamente lo 0,4% e il 2,3% degli acquisti da terzi (0,5% e 2,4% nel 2015). La prima voce diminuisce del -9,0%, già in diminuzione del -4,2% nel 2015, mentre la seconda sale del +0,9% (+2,7% nel 2015).

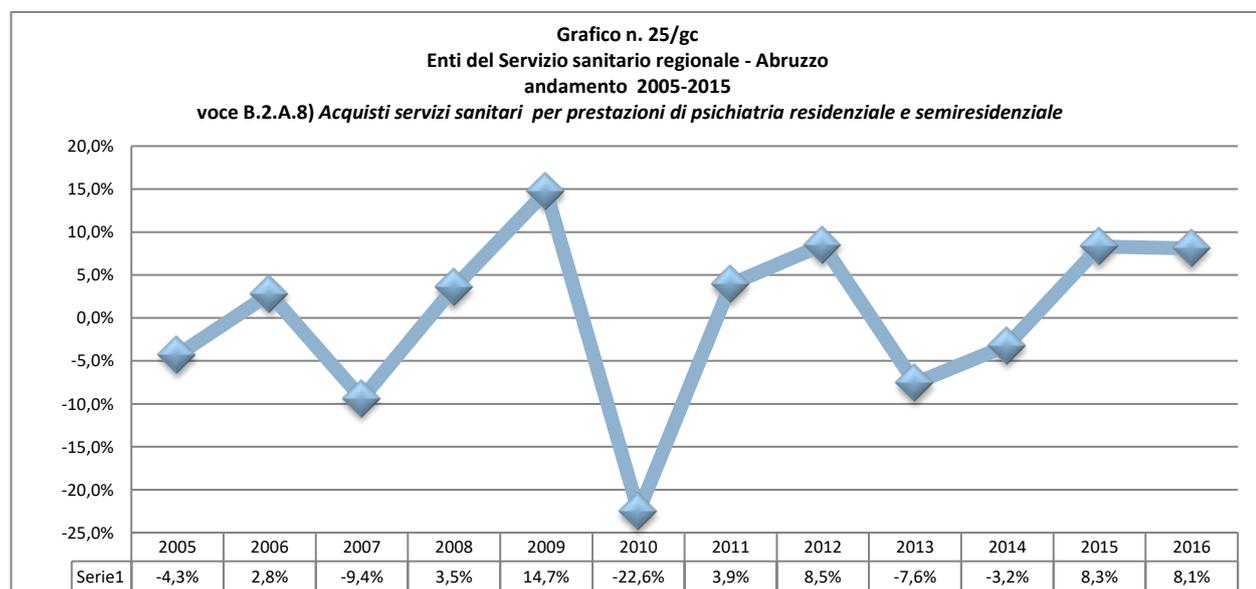


B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera,

che copre il 31,2% degli acquisti da terzi, per un importo di 373.387 euro/migliaia. Aumenta rispetto al 2015 del +2,3%. Ove si analizzino le singole voci del CE si scorge che gli **acquisti per assistenza ospedaliera da privato - B.2.A.7.4) e B.2.A.7.5)**, pari, in valore assoluto, a 130.268 euro/migliaia crescono del +2,8% (vedi oltre par. 3.7.4.1.a) [tabella n. 5/gc].

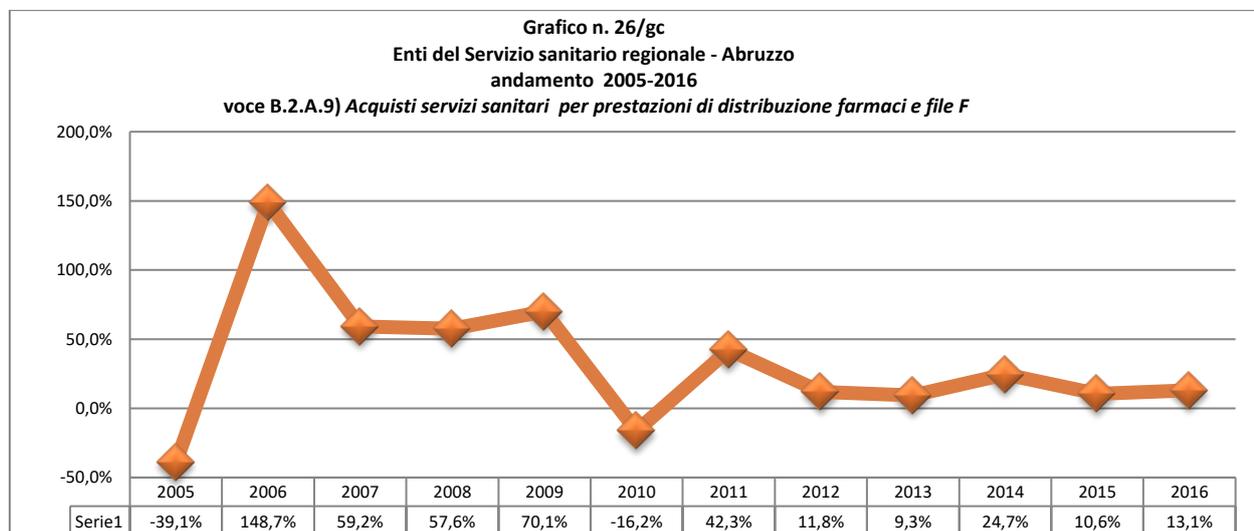
**B.2.A.8) Acquisto servizi sanitari per prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale,**

pari a 34.204 euro/migliaia, copre il 2,9% degli acquisti da terzi e sale ancora, nel 2016, del +8,1% (dopo il + 8,3% nel 2015). Questa voce annota per il 76,3% acquisti di **prestazioni sanitarie da privato** che registrano un **aumento del +7,8%** (da 24.243 euro/migliaia nel 2015 a 26.123 euro/migliaia nel 2016).

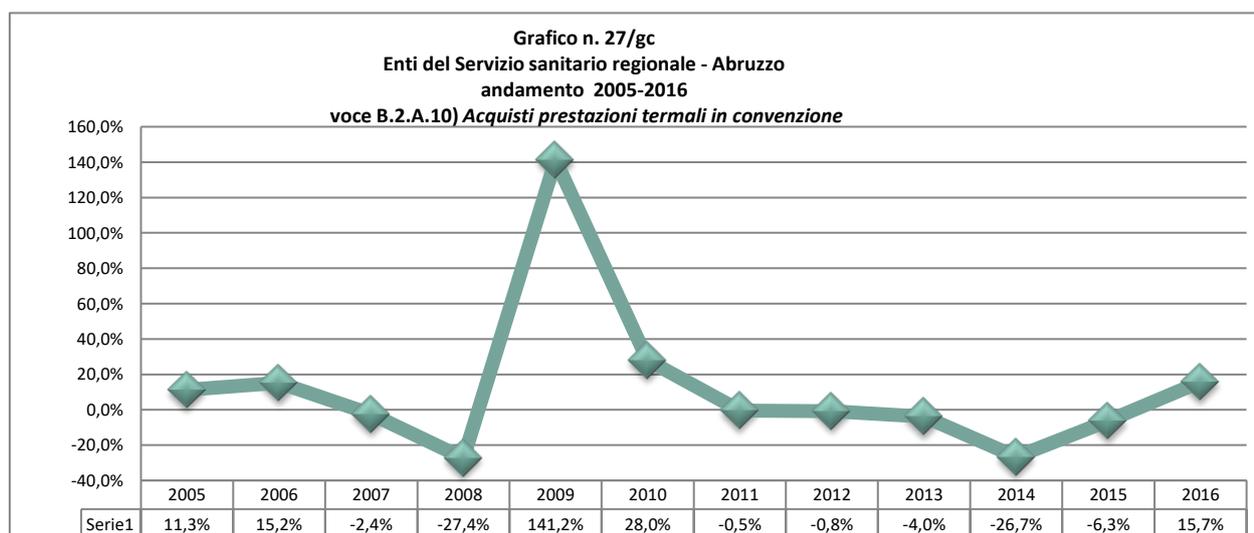


B.2.A.9) Acquisto servizi sanitari per prestazioni di distribuzione farmaci e File F,

voce di acquisti interamente da pubblico, pari a 28.750 euro/migliaia nel 2016, che copre il 2,4% degli acquisti da terzi, continua a salire nel 2016 del +13,1% (+10,6% nel 2015).

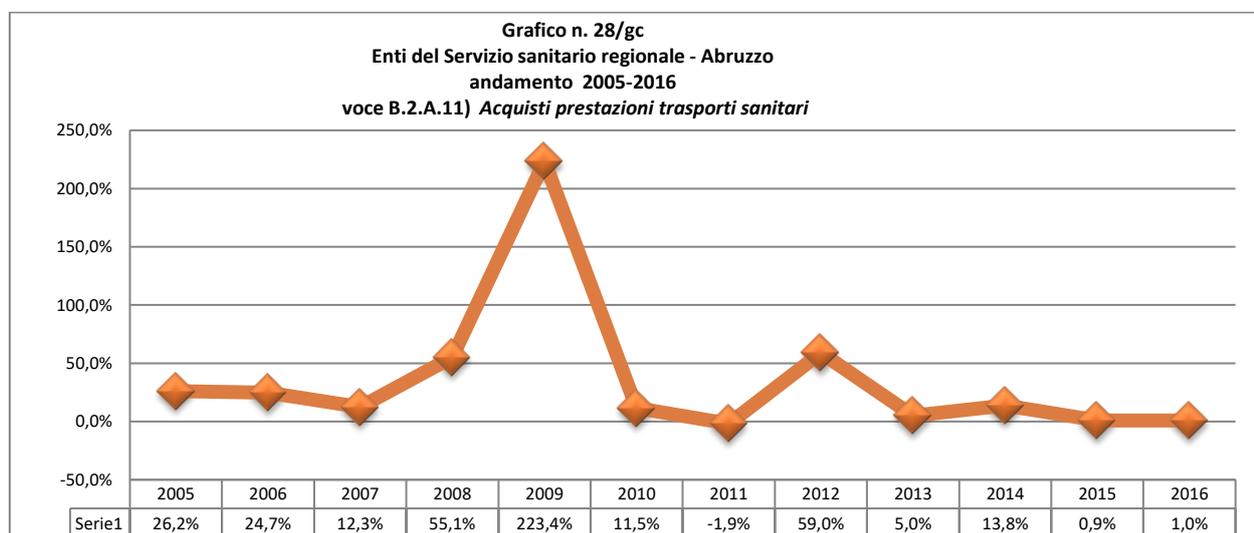
**B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione,**

che copre lo 0,5% degli acquisti da terzi (0,4% nel 2015), torna a salire del +15,7% nel 2016, dopo il decremento del -6,3% avutosi nel 2015.

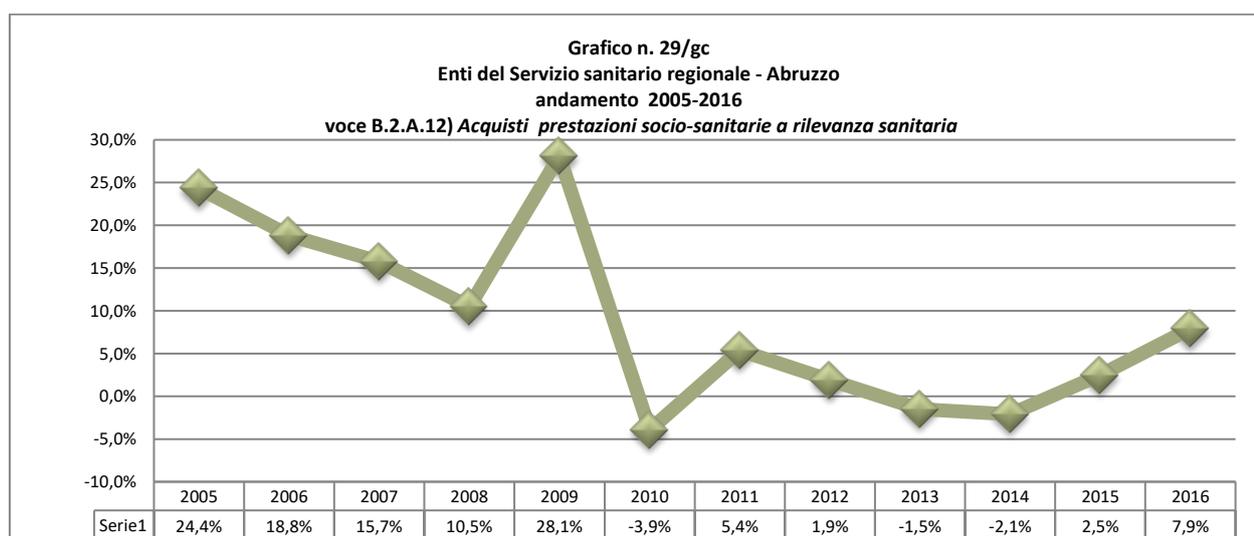


B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario,

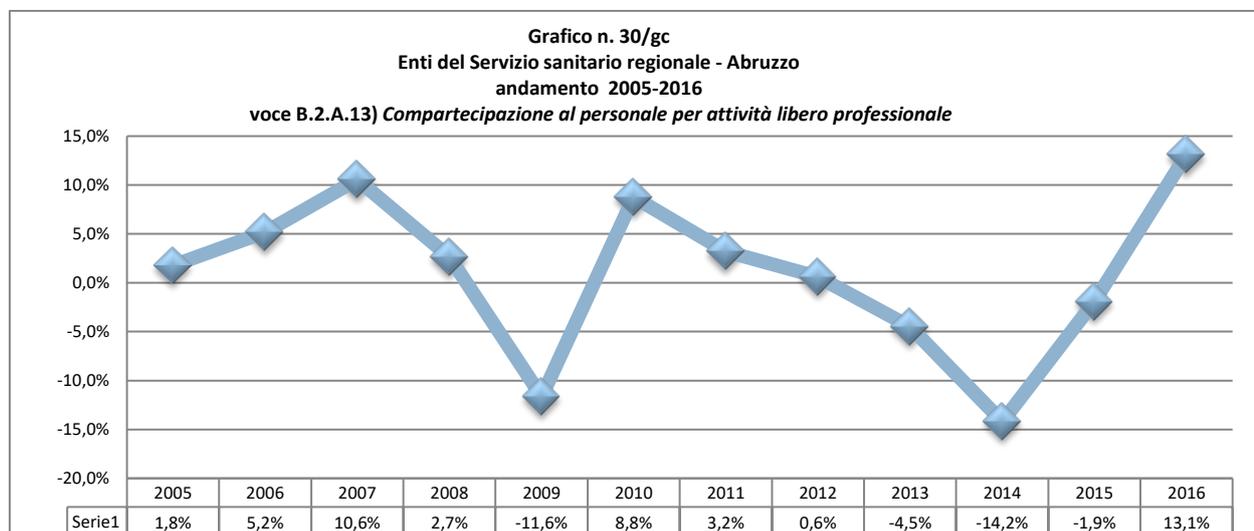
pari a 16.070 euro/migliaia, copre l'1,3% degli acquisti da terzi e sale del +1% nel 2016 (+0,9% nel 2015). La voce è composta per il 94% (15.033 euro/migliaia) da acquisti di prestazioni da privato. Tale voce subisce un incremento del +3,5% nel 2016.

**B.2.A.12) Acquisto prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria,**

pari a 63.049 euro/migliaia, copre il 5,3% degli acquisti da terzi, continua a salire del +7,9% nel 2016, dopo il rialzo del +2,5% nel 2015.



B.2.A.13) Compartecipazione al personale per attività libero professionale (intramoenia), pari a 14.109 euro/migliaia, copre l'1,2% degli acquisti da terzi e sale del +13,1% dopo il decremento del -1,9% nel 2015.



3.7.4.1 Le voci di maggior rilievo

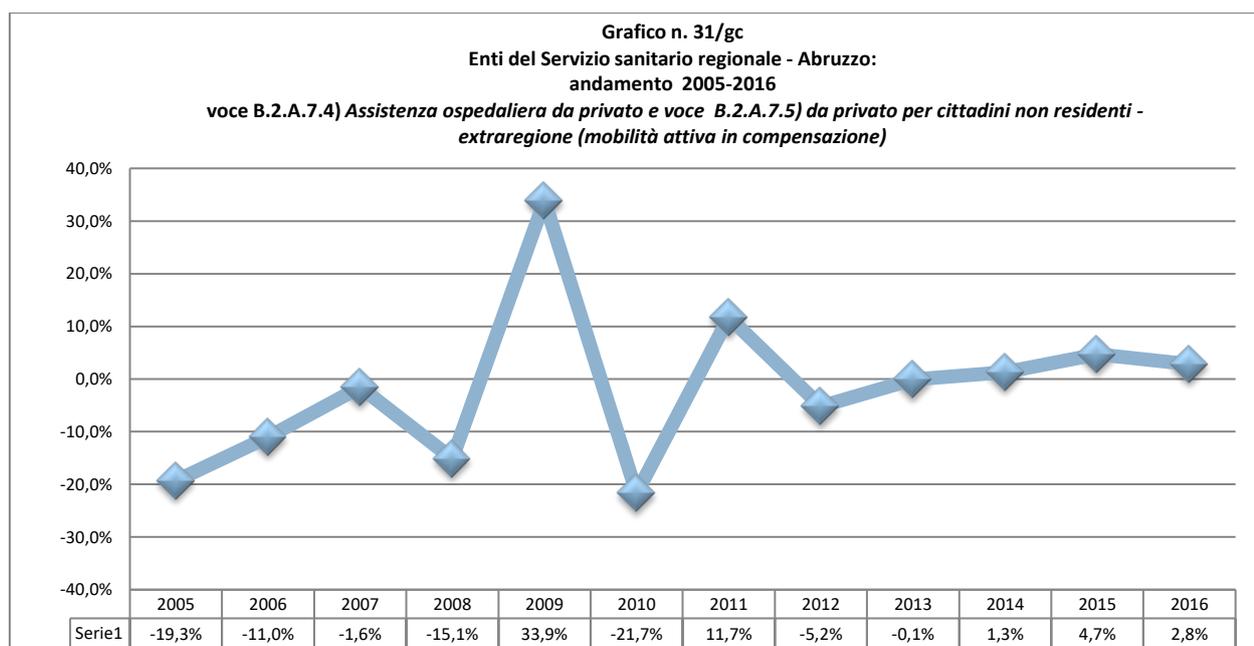
3.7.4.1.a L'acquisto di servizi sanitari per assistenza ospedaliera (voce B.2.A.7)

Come già visto, l'acquisto di servizi sanitari per assistenza ospedaliera nel complesso, risulta pari al 31,2% degli acquisti di servizi sanitari; in valori assoluti, 373.387 euro/migliaia. Essa è divisa fra pubblico e privato: gli acquisti per ospedalità da pubblico in Regione sono pari a 111.037 euro/migliaia, cui si aggiungono 131.723 euro/migliaia per acquisti da pubblico extra Regione. Gli acquisti per **assistenza ospedaliera da privato** [voci B.2.A.7.4 + B.2.A.7.5] sono pari a 130.628 euro/migliaia. Essi salgono del +2,8% [tabella n. 5/gc].

Tale voce (assistenza ospedaliera da privato valorizzata alle voci B.2.A.7.4+B.2.A.7.5 del CE), cresce di 7 milioni di euro rispetto al programmatico.

Come si evince dalla relazione presentata al Tavolo e Comitato (**riunione 26 luglio 2017**), l'Advisor rileva che nel Piano di riqualificazione si stimava la voce "assistenza ospedaliera" in misura pari a 123,6 mln di euro, sulla base dei tetti di spesa 2014-2015 ex DCA n. 59/2015 e DCA n. 64/2015, ipotizzando la mancata contrattualizzazione degli erogatori privati che non rispettano la soglia dei 60 posti letto per acuti, accantonando prudenzialmente tale valore).

L'Advisor ha evidenziato che, "dai dati forniti da ASR Abruzzo al Consuntivo 2016, risulta che il fatturato delle strutture ospedaliere è inferiore alla produzione SDO e SDAC per circa 1,5 mln di euro e superiore al budget annuale per 5,2 mln di euro". L'Advisor, inoltre, ha segnalato che "le strutture hanno eroso complessivamente il 104% del tetto massimo previsto dai budget 2016", con maggiore erosione da parte di alcune strutture. Per un maggiore approfondimento si rinvia al Capitolo 1, paragrafo 1.4.7.1.



3.7.4.1.b L'acquisto di servizi sanitari per farmaceutica (voce B.2.A.2)

Nell'ambito della voce concernente l'acquisto di servizi sanitari per farmaceutica, acquisiscono separata rilevanza le seguenti sottovoci:

LA FARMACEUTICA CONVENZIONATA (VOCE B.2.A.2.1) DA CONVENZIONE⁵⁰

Pari al 19,2%, nel 2016, nella composizione dei costi di produzione affidata a terzi e riguardante nella quasi totalità l'acquisto in convenzione, rimane costante dal 2013 (da 230.870 euro/migliaia nel 2013 a 230.923 euro/migliaia nel 2014, a 232.089 euro/migliaia nel 2015 e a 230.066 euro/migliaia nel 2016). Riduzioni sostenute si erano, invece, riscontrate negli esercizi 2011 (-6,5%) e 2012 (-9,1%) [tabella n. 5/gc].

Il decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito in legge 15 luglio 2011, n. 111, ha fissato gli incrementi del livello del finanziamento del SSN per il 2013 e 2014, e introdotto, dal 2014, misure di compartecipazione sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già disposte dalle Regioni e finalizzate ad assicurare, nel rispetto del principio di equilibrio finanziario, l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni. Tali misure possono anche essere ridotte dalle Regioni, purché assicurino, con misure alternative, l'equilibrio economico finanziario (lett. d) punto 1, art. 17). Le misure emanate dalla Regione Abruzzo sono riportate nel par. 1.5 del capitolo primo.

⁵⁰ La **farmaceutica convenzionata** concerne l'erogazione di medicinali a carico del SSN da parte delle farmacie aperte al pubblico. La dispensazione avviene dietro presentazione di prescrizione medica su ricettario del SSN e riguarda i medicinali ricompresi nei livelli essenziali di assistenza. Dei tre flussi (farmaceutica convenzionata, distribuzione diretta e consumi ospedalieri) è la più puntualmente monitorata (da ultimo art. 50 del D.L. n. 269/2003, convertito con modificazioni dalla legge n. 326/2003).

LA SPESA FARMACEUTICA A CARICO DEL SSN

Si articola nelle due componenti dedicate, rispettivamente, alla spesa farmaceutica territoriale e alla spesa farmaceutica ospedaliera, per le quali la Regione svolge un ruolo importante al fine del contenimento dei costi, conseguenza diretta del sistema di distribuzione da essa prescelto⁵¹.

Il decreto legge n. 158/2012 (c.d. decreto Balduzzi), agli articoli 10 e 11, ha introdotto misure regolatorie in materia di Prontuari farmaceutici nazionale e locali⁵².

LA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Ai sensi dell'art. 5 del decreto legge n. 159/2007, la base di calcolo per la determinazione della spesa farmaceutica territoriale è costituita dal finanziamento del Servizio sanitario nazionale, cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale, al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie.

Riguardo alle componenti, la spesa farmaceutica territoriale indica l'insieme della spesa riferibile ai farmaci rimborsabili di fascia A, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, distribuiti:

- attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate;
- attraverso la distribuzione diretta, intesa come la distribuzione, per il tramite delle strutture ospedaliere e dei presidi delle Aziende sanitarie locali, di medicinali agli assistiti per la somministrazione presso il proprio domicilio. La distribuzione diretta può avvenire anche attraverso specifici accordi con le farmacie territoriali, pubbliche e private (distribuzione per conto). Rientrano nella distribuzione diretta le prestazioni farmaceutiche, destinate al consumo al domicilio, erogate:
 - alla dimissione da ricovero o da visita specialistica, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo;
 - ai pazienti cronici e/o soggetti a piani terapeutici;
 - ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale;
 - da parte delle farmacie convenzionate, pubbliche o private, per conto delle Aziende sanitarie locali.

Il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge n. 135/2012, ha introdotto, fra le tante ulteriori misure di razionalizzazione della spesa (tagli alla spesa sanitaria, riduzione dei posti letto, rideterminazione tetti di spesa), la riduzione del tetto di spesa per la farmaceutica territoriale (a livello nazionale e in ogni Regione), portandolo, per il 2012, all'11,1%. A decorrere dal 2013, tale tetto è rideterminato all'11,35%. Nel caso di sfioramento del tetto della farmaceutica territoriale, è confermato il meccanismo di ripiano a carico della filiera farmaceutica (Aziende, grossisti, farmacisti)⁵³.

⁵¹ La **distribuzione diretta**, attraverso le aziende sanitarie e ospedaliere, implica uno sconto considerevole per gli Enti del SSN che acquistano medicinali direttamente dalle ditte produttrici. Ai sensi dell'art. 9 della legge n. 386/1974 l'acquisto e la distribuzione dei farmaci direttamente da parte delle strutture pubbliche avviene con sconti minimi del 50% per i medicinali autorizzati con procedura nazionale non sottoposti a negoziazione, e del 33,35% per quelli autorizzati con procedura europea, centralizzata, di mutuo riconoscimento, o nazionale con negoziazione. In particolare, le regioni hanno la facoltà di attivare la distribuzione diretta dei farmaci di fascia A e H contenuti nel PHT - Prontuario della distribuzione diretta per la presa in carico e la continuità assistenziale H (Ospedale) - T (Territorio). Il PH-T rappresenta la lista dei medicinali per i quali sussistono le condizioni di impiego clinico e di *setting* assistenziale compatibili con la distribuzione diretta, ma la cui adozione, per entità e modalità dei farmaci elencati, dipende dall'assetto normativo, dalle scelte organizzative e dalle strategie assistenziali definite e assunte da ciascuna Regione.

⁵² Il D.L. n. 158/2012 ha previsto, in particolare all'art. 10, su tutto il territorio nazionale, l'erogazione e l'utilizzo uniforme dei medicinali innovativi di particolare rilevanza, garantendo la parità di trattamento di tutti gli assistiti nei vari ambiti regionali. La disposizione riproduce quasi fedelmente l'Accordo del 2010 sui farmaci innovativi, stipulato in sede di Conferenza Stato-Regioni, ma mai completamente attuato. L'intervento legislativo garantisce l'immediata e uniforme disponibilità dei medicinali innovativi di particolare rilevanza a carico del SSN indipendentemente dal loro avvenuto inserimento nei prontuari ospedalieri e nelle liste di concedibilità locali, che le Regioni e le Province autonome saranno tenute ad aggiornare periodicamente, almeno ogni sei mesi, allo scopo di razionalizzare l'impiego dei farmaci da parte delle strutture pubbliche. Gli aggiornamenti dovranno essere trasmessi all'AIFA, dove viene istituito un apposito Tavolo per il monitoraggio della gestione dei prontuari ospedalieri e l'elaborazione di linee guida per il loro aggiornamento. Il successivo art. 11 contiene disposizioni finalizzate ad una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale, nonché disposizioni dirette a favorire, da parte del SSN, l'impiego razionale ed economicamente compatibile dei medicinali. La misura è stata resa necessaria per adeguare il settore farmaceutico convenzionato agli interventi sulla spesa farmaceutica, attuati con il D.L. n. 95/2012, che hanno, tra l'altro, ridotto gli spazi economici destinati alla rimborsabilità dei farmaci.

⁵³ Il D.L. n. 159/2007 ha introdotto, all'art. 5, un sistema di regolazione della spesa dei farmaci a carico del SSN, in base al quale l'AIFA attribuisce ad ogni Azienda, titolare di autorizzazioni all'immissione in commercio di farmaci, un *budget* annuale, calcolato

In merito ai controlli relativi all'assistenza farmaceutica territoriale, eseguiti dalla Regione per la verifica del rispetto dell'onere a carico del SSN, come determinato dall'art. 15, comma 3, del D.L. n. 95/2012 citato, la medesima, come già preso atto nel precedente referto, ha implementato i Registri di Monitoraggio di cui all'art. 15, comma 10, del D.L. n. 95/2012, attivati da AIFA, e ha potenziato i controlli per verificare se sono state applicate le riduzioni degli importi e delle connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi così come previsto dall'art. 15, comma 13, lett. a), D.L. n. 95/2012.

LA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

La spesa farmaceutica ospedaliera, riferita alla spesa relativa ai medicinali di fascia H acquistati o resi disponibili all'impiego da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN, ad eccezione dei medicinali dispensati in distribuzione diretta, è stata interessata dall'art. 15, commi da 4 a 11, del D.L. n. 95/2012 citato, che l'ha rimodulata precisandone definizione e componenti⁵⁴.

Il decreto legge n. 95/2012 ha incrementato, dal 2013, il tetto (a livello nazionale ed in ogni Regione) della spesa farmaceutica ospedaliera da 2,4 a 3,5 punti percentuali del finanziamento cui concorre lo Stato per il SSN e ha rimodulato il ripiano dello sfioramento del tetto, con l'attribuzione del carico delle Aziende farmaceutiche del 50% dello scostamento (vedi art. 5 del D.L. n. 159/2007, art. 17, comma 1, lett. b) del D.L. n. 98/2011, che, già per gli anni 2013 e successivi, aveva previsto un'ipotesi di attribuzione parziale degli oneri a carico delle Aziende farmaceutiche pari al 35% del valore eccedente a livello nazionale).

L'ANDAMENTO DELLA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

L'andamento della spesa farmaceutica convenzionata, esaminato sulla scorta dei monitoraggi cui è tenuta l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), mostra che la farmaceutica convenzionata netta, scesa nel 2012 del -10,56% rispetto all'esercizio precedente (da 248.849 euro/migliaia nel 2011 a 227.570 euro/migliaia nel 2012) [Tab. A/FARM], acquista dall'esercizio successivo un *trend* crescente, anche se con percentuali assai contenute (+0,42% nel 2013, +0,24% nel 2014, +0,5% nel 2015). Nel 2016 si attesta su valori costanti rispetto al 2015 con un piccolo decremento del -0,9%.

distintamente per i medicinali equivalenti e per quelli coperti da brevetto. La somma dei *budget* di ciascuna Azienda, incrementata dal Fondo relativo alla spesa per i farmaci innovativi e dal Fondo di garanzia per esigenze allocative in corso d'anno, deve corrispondere all'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica territoriale. In caso di superamento del tetto per la farmaceutica territoriale, la filiera dei privati (Azienda farmaceutica, grossista e farmacista) è tenuta a coprire integralmente l'eventuale sfioramento in misura proporzionale alle relative quote di spettanza sui prezzi dei medicinali, fermo restando l'obbligo per le regioni di adottare le necessarie misure di contenimento. Ai sensi dell'art. 5, comma 3, lettera c), del D.L. n. 159/2007, il ripiano a carico dei grossisti e dei farmacisti è operato dall'AIFA mediante rideterminazione provvisoria (per sei mesi e su scala nazionale) delle relative quote di spettanza sul prezzo di vendita dei medicinali e della percentuale di sconto in favore del SSN mentre per le aziende farmaceutiche si applica il sistema del *pay-back*. Le aziende farmaceutiche versano gli importi dovuti direttamente alle regioni dove si è verificato lo sfioramento, in proporzione al superamento del tetto di spesa regionale.

⁵⁴ La spesa farmaceutica ospedaliera è rilevata dai modelli CE riferibili ai medicinali di fascia H acquistati, o resi disponibili all'impiego, da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN, ad eccezione dei medicinali dispensati in distribuzione diretta e per conto, nonché, innovando, al netto delle spese per i vaccini, per i farmaci di fascia C, e al netto delle preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, dei medicinali esteri e dei derivati del plasma di produzione regionale. Inoltre, la spesa farmaceutica ospedaliera è calcolata al netto delle somme corrispondenti a:

- somme versate con il meccanismo del *pay-back* dalle aziende farmaceutiche a fronte della sospensione della riduzione del 5 per cento del prezzo dei farmaci stabilita con Determinazione AIFA n. 26 del 27 settembre 2006 sul prezzo al pubblico, comprensivo di IVA, di tutti i farmaci rimborsabili dal SSN (fascia A-H);
- somme restituite alle regioni e alle province autonome dalle aziende farmaceutiche, a seguito del superamento del limite massimo di spesa fissato per il medicinale in sede di contrattazione;
- somme restituite dalle aziende farmaceutiche, anche sotto forma di extra sconti, in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata per farmaci innovativi.

A tal proposito, si ricorda che l'AIFA ha elaborato sistemi di rimborsabilità in grado di garantire l'accesso a cure innovative per tutti i pazienti. Il principio che guida questi accordi è di rimborsare il farmaco innovativo in base alla sua efficacia, lasciando nei casi di fallimento terapeutico (*failures*) il costo della terapia a carico dell'azienda produttrice. Il *risk sharing* si inserisce nel contesto più ampio del *payment by results* o *for performance*, cioè un pagamento sulla base dei risultati, volto a promuovere una più alta qualità delle cure e dell'assistenza sanitaria, evitando sprechi.

La Regione Abruzzo nel 2016 è tra le sedici Regioni che non hanno contribuito alla riduzione della spesa farmaceutica netta. Già nel 2014 la spesa farmaceutica netta continuava a salire in Abruzzo (+0,24%), in controtendenza rispetto all'Italia, che globalmente registrava una riduzione del -2,99%. Anche nel 2015, tale spesa ha continuato a salire (+0,5%), in controtendenza rispetto al dato nazionale, che registrava un'ulteriore riduzione del -1,4%.

Al contrario nel 2016, sebbene con percentuale assai più contenuta (-0,9%), la spesa in questione si allinea al trend nazionale che scende del -2,5%.

Tab. A/FARM
Spesa farmaceutica convenzionata netta⁵⁵
anni 2009-2016 (migliaia di euro)

SPESA NETTA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Abruzzo	268.039	267.548	248.849	222.570	223.504	224.037	225.149	223.024
Italia	11.360.405	11.058.222	10.022.566	8.985.507	8.863.014	8.598.345	8.477.181	8.268.247

VARIAZIONE ASSOLUTA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Abruzzo		-491	-18.699	-26.279	934	533	1.111	-2.125
Italia		-302.183	-1.035.656	-1.037.059	-122.491	-264.669	-121.164	-208.934

VARIAZIONE PERCENTUALE	2010/2009	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015
Abruzzo	-0,18%	-6,99%	-10,56%	0,42%	0,24%	0,5%	-0,9%
Italia	-2,66%	-9,37%	-10,35%	-1,36%	-2,99%	-1,4%	-2,5%

Fonte: elaborazione Sezione regionale di controllo per l'Abruzzo. Dati 2016 tratti da AIFA-OSMED – Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale. Gennaio-dicembre 2016 – Versione del 20.07.2017.

Esaminando le variabili che hanno inciso sul risultato, oltre al *payback* e al sistema degli sconti obbligatori a carico dei produttori e della filiera distributiva, variabili generiche applicabili a tutte le Regioni, si osserva [Tab. B/FARM] che nel 2015, il numero delle ricette scende del -2,64%, a fronte dei ticket che, invece, aumentano del +2,90%, salendo, in valori assoluti, a 33.693 euro/migliaia.

Nel 2016 il numero dei ticket si mantiene pressoché stabile (33.996 euro/migliaia), con un leggero aumento del +0,6%, mentre il numero di ricette, che passa da 15.642 nel 2015 a 15.348 nel 2016, continua a scendere, registrando una variazione negativa del -1,9%, più accentuata rispetto all'andamento nazionale (-1,5%).

Nell'ambito dei ticket, nel biennio 2015/2016, le compartecipazioni totali a carico degli assistiti crescono in Abruzzo del +0,9%, a fronte di un aumento del +1,5% in Italia, per un valore

⁵⁵ La spesa netta è ottenuta sottraendo dalla spesa lorda gli importi derivanti dal ticket (per ricetta e come compartecipazione al prezzo di riferimento), gli sconti obbligatori a carico del farmacista (media pari al 3%), gli extrasconti derivanti dalle misure di ripiano (0,6% a carico del produttore, dei farmacisti e dei grossisti) e gli sconti derivanti dai provvedimenti disposti dal D.L. n. 78/2010 convertito con modificazioni dalla legge n. 122, del 30 luglio 2010, compreso le disposizioni contenute nell'art. 15, comma 2, del D.L. n. 95/2012 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

complessivo di € 33.995.550. Il 73,6% è stato versato quale compartecipazione al maggior prezzo del medicinale acquistato rispetto a quello di riferimento fissato dall'AIFA per l'equivalente generico, contro una media in Italia del 66,4%. La differenza (26,4%) è dovuta al ticket fisso per ricetta, in diminuzione del -2,7% rispetto al 2015.

Tab. A/bis FARM

Spesa relativa alle compartecipazioni a carico del cittadino nel periodo gennaio-dicembre 2016. Dettaglio della quota di compartecipazione relativa all'eventuale differenziale tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto

	A	B	C=B-A	D=C/A%	E=F/B%	F	G	H=B-F	I
	2012	2013	Var. assoluta	Var. %	Inc.% quotaarif.	Quota compartecipaz.sul prezzo di riferim.	Var.% rispetto al 2012	Ticket fisso per ricetta	Var.% rispetto al 2012
Abruzzo	29.702.363	30.692.291	989.928	3,3%	68,6	21.042.128	-	9.650.163	-
Italia	1.406.091.405	1.436.118.222	30.026.817	2,1%	61,2	878.443.367	-	557.674.855	-
	2013	2014	Var. assoluta	Var. %	Inc.% quotaarif.	Quota compartecipaz.sul prezzo di riferim.	Var.% rispetto al 2013	Ticket fisso per ricetta	Var.% rispetto al 2013
Abruzzo	30.692.291	32.743.773	2.051.481	6,68%	72,16	23.629.369	12,29%	9.114.404	-5,55%
Italia	1.436.118.222	1.500.395.592	64.277.370	4,48%	63,59	954.102.325	8,61%	546.293.267	-2,04%
	2014	2015	Var. assoluta	Var. %	Inc.% quotaarif.	Quota compartecipaz.sul prezzo di riferim.	Var.% rispetto al 2014	Ticket fisso per ricetta	Var.% rispetto al 2014
Abruzzo	32.743.773	33.693.098	949.326	2,90%	74,28	25.028.531	5,92%	8.664.567	-4,94%
Italia	1.500.395.592	1.521.331.380	20.935.787	1,40%	66,08	1.005.321.942	5,37%	516.009.438	-5,54%
	2015	2016	Var. assoluta	Var. %	Inc.% quotaarif.	Quota compartecipaz.sul prezzo di riferim.	Var.% rispetto al 2015	Ticket fisso per ricetta	Var.% rispetto al 2015
Abruzzo	33.693.098	33.995.550	302.452	0,9%	73,6	25.014.957	2,2%	8.980.893	-2,7%
Italia	1.521.331.380	1.539.613.748	18.282.369	1,2%	66,4	1.021.544.015	2,5%	517.793.997	-1,2%

Fonte: elaborazione Sezione regionale di controllo per l'Abruzzo. Dati 2016 tratti da AIFA-OSMED – Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale. Gennaio-dicembre 2016 – Versione del 20.07.2017.

In conclusione, per quel che riguarda la spesa privata in Italia [Tab. B/FARM], si conferma l'accentuato andamento crescente della spesa per ticket e quota di compartecipazione riguardante l'eventuale differenziale tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto, che, già cresciuto dal 2010, passa da 1.521.331 euro/migliaia del 2015 a 1.539.614 euro/migliaia del 2016. Tale crescita si verifica anche per la Regione Abruzzo, con un incremento, dal 2010 al 2015, da 24.723 euro/migliaia a 33.693 euro/migliaia, per arrivare a 33.996 euro/migliaia nel 2016.

Tab. B/FARM
Riepilogo andamenti consumi:
Spesa per ticket (valori in euro/migliaia) e numero ricette (valori in migliaia) anni 2010-2016
Valori assoluti – Variazioni assolute – Variazioni percentuali

TICKET							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Abruzzo	24.723	29.696	29.702	30.692	32.744	33.693	33.996
Italia	997.815	1.336.990	1.406.091	1.436.118	1.500.395	1.521.331	1.539.614
VARIAZIONE ASSOLUTA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Abruzzo	3.927	4.973	6	990	2.051	949	302
Italia	135.594	339.175	69.101	30.027	64.277	20.936	18.282

TICKET						
VARIAZIONE PERCENTUALE	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015
Abruzzo	20,11%	0,02%	3,33%	6,69%	2,90%	0,6%
Italia	33,99%	5,17%	2,14%	4,48%	1,40%	1,2%

RICETTE							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Abruzzo	14.766	15.145	15.603	15.929	16.066	15.642	15.348
Italia	587.111	590.265	592.567	607.798	609.268	596.046	586.956
VARIAZIONE ASSOLUTA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Abruzzo	432	379	458	326	137	-424	-293
Italia	15.102	3.154	2.302	15.231	1.470	-13.222	-9.091

RICETTE						
VARIAZIONE PERCENTUALE	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015
Abruzzo	2,57%	3,03%	2,09%	6,68%	-2,64%	-1,9%
Italia	0,54%	0,39%	2,57%	4,48%	-2,17%	-1,5%

Fonte: elaborazione Sezione regionale di controllo per l'Abruzzo. Dati 2016 tratti da AIFA-OSMED – Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale. Gennaio-dicembre 2016 – Versione del 20.07.2017.

LA VERIFICA DEI TETTI DI SPESA

FARMACEUTICA COMPLESSIVA

Nel 2014 la spesa farmaceutica complessiva (territoriale ed ospedaliera, al netto del *payback*⁵⁶) era pari, sulla base dei dati elaborati dall'AIFA, a 412.793 euro/migliaia, con un'incidenza percentuale sul FSN pari a 17,0%, rispetto al valore nazionale pari al 15,6% [Tab. C/FARM].

⁵⁶ Il meccanismo di ripiano del *payback* è stato previsto con norma della Finanziaria 2007 e permette alle aziende farmaceutiche di chiedere all'AIFA la sospensione della riduzione dei prezzi del 5%, a fronte del contestuale versamento in contanti (*payback*) del relativo valore su appositi conti correnti individuati dalle Regioni.

Tab. C/FARM⁵⁷
Superamento del tetto programmato
di spesa farmaceutica complessiva (valori in euro/migliaia) – anni 2011- 2016

2011	FSN 2011 (A)	Tetto programmato complessivo 15,7% (B)	Spesa complessiva 2011 al netto del <i>payback</i> (C)	Sforamento tetto – v.a. (C-B)	Incidenza % spesa/FSN	Spesa complessiva 2011	Variaz.% 2011/2010
Abruzzo	2.239.384	373.563	415.664	42.101	17,47%	430.538	-3,45%
Italia	106.264.787	16.683.572	17.786.337	1.102.765	16,74%	18.156.652	-2,04%
2012	FSN 2012 (A)	Tetto programmato complessivo 15,5% (B)	Spesa complessiva 2012 al netto del <i>payback</i> (C)	Sforamento tetto – v.a. (C-B)	Incidenza % spesa/FSN	Spesa complessiva 2012	Variaz.% 2012/2011
Abruzzo	2.407.933	373.230	398.963	25.733	16,57%	415.664	-4,02%
Italia	107.164.751	16.610.536	17.249.033	638.496	16,10%	17.786.337	-3,02%
2013	FSN 2013 (A)	Tetto programmato complessivo 14,85% (B)	Spesa complessiva 2013 al netto del <i>payback</i> (C)	Sforamento tetto – v.a. (C-B)	Incidenza % spesa/FSN	Spesa complessiva 2013	Variaz. % 2013/2012
Abruzzo	2.390.780	355.031	388.140	33.109	16,2%	418.832	0,80%
Italia	106.412.426	15.802.245	16.625.281	823.035	15,6%	18.061.399	1,50%
2014	FSN 2014 (A)	Tetto programmato complessivo 14,85% (B)	Spesa complessiva 2014 al netto del <i>payback</i> (C)	Sforamento tetto – v.a. (C-B)	Incidenza % spesa/FSN	Spesa complessiva 2014	Variaz. % 2014/2013
Abruzzo	2.435.284	361.640	412.793	51.153	17,0%	413.783	1,20%
Italia	109.268.084	16.226.311	17.090.968	864.657	15,6%	17.120.995	5,20%
2015	FSN 2015 (A)	Tetto programmato complessivo 14,85% (B)	Spesa complessiva 2015 al netto del <i>payback</i> (C)	Sforamento tetto – v.a. (C-B)	Incidenza % spesa/FSN		
Abruzzo	2.407.786	357.556	439.887	82.331	18,27%		
Italia	108.678.616	16.138.774	18.019.025	1.880.250	16,58%		
2016	FSN 2016 (A)	Tetto programmato complessivo 14,85% (B)	Spesa complessiva 2016 al netto del <i>payback</i> (C)	Sforamento tetto – v.a. (C-B)	Incidenza % spesa/FSN		
Abruzzo	2.436.985	361.892	432.418	70.525	17,7%		
Italia	110.328.668	16.383.807	17.749.121	1.365.315	16,1%		

Fonte: elaborazione Sezione regionale di controllo per l'Abruzzo. Dati 2016 tratti da AIFA-OSMED – Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale. Gennaio-dicembre 2016 – Versione del 20.07.2017.

La Regione Abruzzo, nel 2014, era fra le quindici Regioni che avevano sfiorato il tetto del 14,85% e hanno contribuito al mancato raggiungimento del risultato a livello nazionale. Il dato era superiore, di 2,15 punti percentuali al citato tetto⁵⁸.

La situazione peggiorava nel 2015, anno nel quale la spesa farmaceutica complessiva (territoriale e ospedaliera al netto del *payback*) era pari a 439.887 euro/migliaia, con un'incidenza percentuale del

⁵⁷ La spesa complessiva è ottenuta sommando la spesa ospedaliera e la spesa territoriale al netto del *payback*. Nella spesa farmaceutica non convenzionata, rilevata per il tramite della tracciabilità, non è compresa la spesa per distribuzione diretta dei farmaci classificati in A e la spesa per vaccini (300,6 milioni di euro a livello nazionale).

⁵⁸ Incideva, quale fattore negativo generale – secondo l'AIFA –, il fatto che la spesa farmaceutica territoriale, a norma dell'art. 5 del D.L. n. 159/2007, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 222/2007, sia calcolata al lordo dell'importo del ticket e della compartecipazione relativa all'eventuale differenziale tra il prezzo al pubblico e il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto, la cui spesa è, in realtà, sostenuta dagli assistiti del SSN.

18,27% (valore nazionale del 16,58%), collocando la Regione Abruzzo fra le diciassette Regioni che avevano sfiorato il tetto del 14,85%.

Nel 2016, l'Abruzzo resta sempre tra le Regioni che sfiorano il tetto (dieci nel 2016), anche se in leggero miglioramento. La spesa farmaceutica, infatti, scende a 432.418 euro/migliaia, con un'incidenza del 17,7%, superiore anche al valore nazionale (16,1%).

Si evince dalla precedente tabella che la Regione Abruzzo ha sfiorato il tetto in tutti gli anni considerati.

FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Il tetto per la spesa farmaceutica ospedaliera [Tab. D/FARM], al netto della distribuzione diretta, anche per il 2014, come per l'esercizio precedente e come per il 2015, è fissato nella misura percentuale del 3,5% del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il SSN, ai sensi del decreto legge n. 95/2012. Nel 2014, in Abruzzo, la spesa ospedaliera al netto del *payback*, si attesta a 118.649 euro/migliaia, con un'incidenza percentuale pari al 4,9%, non in linea con lo sfioramento del tetto programmato attribuibile, a livello nazionale, a tutte le Regioni. Già nel 2013, e precedentemente al 2013, tale voce di spesa era attestata su un'incidenza non in linea con gli sfioramenti programmati a livello nazionale. **Nel 2014, quasi tutte le Regioni non rispettano il tetto di spesa.**

Nel 2015, la spesa ospedaliera al netto del *payback* si attesta a 135.136 euro/migliaia, con un'incidenza percentuale pari al 5,61%, non in linea con lo sfioramento del tetto programmato attribuibile, a livello nazionale, a tutte le Regioni. La situazione è decisamente peggiorativa rispetto agli esercizi precedenti.

Nel 2016 la situazione rimane critica, con la spesa ospedaliera che si attesta a 134.621 euro/migliaia e un'incidenza del 5,5% (4,9% a livello nazionale).

Anche per la farmaceutica ospedaliera si evince dalla successiva tabella che la Regione Abruzzo ha sfiorato il tetto in tutti gli anni considerati.

Tab. D/FARM
Verifica del rispetto del tetto programmato di spesa
farmaceutica ospedaliera al netto del *payback* non convenzionato (valori in euro/migliaia) – anni 2011-2016

2011	FSN 2011 (A)	Tetto programmato di spesa del 2,4% (valori assoluti) (B)	Spesa Ospedaliera al netto del <i>payback</i> non convenzionata (C)	Sforamento Tetto in valore assoluto (C-B)	Incidenza% spesa osp./FSN (C/A)
Abruzzo	2.379.384	57.105	85.421	28.316	3,59%
Italia	106.264.787	2.550.355	3.780.556	1.230.201	3,56%
2012	FSN 2012 (A)	Tetto programmato di spesa del 2,4% (valori assoluti) (B)	Spesa Ospedaliera al netto del <i>payback</i> non convenzionata (C)	Sforamento Tetto in valore assoluto (C-B)	Incidenza% spesa osp./FSN (C/A)
Abruzzo	2.407.933	57.790	92.148	34.358	3,83%
Italia	107.164.751	2.571.954	4.179.174	1.607.220	3,9%
2013	FSN 2013 (A)	Tetto programmato di spesa del 3,5% (valori assoluti) (B)	Spesa Ospedaliera al netto del <i>payback</i> non convenzionata (C)	Sforamento Tetto in valore assoluto (C-B)	Incidenza% spesa osp./FSN (C/A)
Abruzzo	2.390.780	83.677	109.449	25.771	4,6%
Italia	106.412.426	3.724.435	4.497.652	773.217	4,23%
2014	FSN 2014 (A)	Tetto programmato di spesa del 3,5% (valori assoluti) (B)	Spesa Ospedaliera al netto del <i>payback</i> non convenzionata (C)	Sforamento Tetto in valore assoluto (C-B)	Incidenza% spesa osp./FSN (C/A)
Abruzzo	2.435.284	85.235	118.649	33.414	4,9%
Italia	109.268.084	3.824.383	4.874.182	1.049.799	4,5%
2015	FSN 2015 (A)	Tetto programmato di spesa del 3,5% (valori assoluti) (B)	Spesa Ospedaliera al netto del <i>payback</i> non convenzionata (C)	Sforamento Tetto in valore assoluto (C-B)	Incidenza% spesa osp./FSN (C/A)
Abruzzo	2.407.786	84.273	135.136	50.864	5,61%
Italia	108.678.616	3.803.752	5.352.955	1.549.203	4,93%
2016	FSN 2016 (A)	Tetto programmato di spesa del 3,5% (valori assoluti) (B)	Spesa Ospedaliera al netto del <i>payback</i> non convenzionata(C)	Sforamento Tetto in valore assoluto (C-B)	Incidenza% spesa osp./FSN (C/A)
Abruzzo	2.436.985	85.294	134.621	49.327	5,5%
Italia	110.328.668	3.861.503	5.432.239	1.570.735	4,9%

Fonte: elaborazione Sezione regionale di controllo per l'Abruzzo. Dati 2016 tratti da AIFA-OSMED – Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale. Gennaio-dicembre 2016 – Versione del 20.07.2017.

FARMACEUTICA TERRITORIALE

La spesa farmaceutica territoriale, per l'anno 2014, in Abruzzo sfora, nel complesso, il tetto programmato dell'11,35%, attestandosi al di sopra del limite (12,08%). In Italia, il tetto si colloca leggermente al di sotto di quello programmato. Tuttavia, nove Regioni, fra cui l'Abruzzo, si collocano oltre il tetto.

In valore assoluto, lo sfioramento di spesa è pari, in Abruzzo, a 17.740 euro/migliaia [Tab. E/FARM]. **Anche nel 2015, l'Abruzzo sfora il tetto programmato (11,35%), registrando un'incidenza del 12,66% e uno sfioramento pari a 31.467 euro/migliaia, collocandosi tra le undici Regioni che superano il tetto programmato.** Anche a livello nazionale il dato è negativo (11,65%). Nel 2016 non cambia di molto

lo scenario con la spesa territoriale che si attesta a 298.116 euro/migliaia, sfiorando di 21.518 euro/migliaia il tetto massimo, con un'incidenza del 12,23% (valore nazionale dell'11,16%).

Anche per la farmaceutica territoriale si evince, dalla successiva tabella, che la Regione Abruzzo ha sfiorato il tetto in tutti gli anni considerati

Tab. E/FARM
Verifica del rispetto del tetto programmato di
spesa farmaceutica territoriale (valori in euro/migliaia) – anni 2011-2016

2011	FSN 2011 (A)	Tetto programmato di spesa del 13,3% (valori assoluti) (B)	Spesa farmaceutica territoriale al netto del <i>payback</i> (C)	Sforamento Tetto in valore assoluto (C-B)	Incidenza% spesa farmaceutica territoriale/FSN (C/A)
Abruzzo	2.379.384	316.458	330.242	13.784	13,88%
Italia	106.264.787	14.133.217	14.005.781	-127.436	13,18%
2012	FSN 2012 (A)	Tetto programmato di spesa del 13,3% (valori assoluti) (B)	Spesa farmaceutica territoriale al netto del <i>payback</i> (C)	Sforamento Tetto in valore assoluto (C-B)	Incidenza% spesa farmaceutica territoriale/FSN (C/A)
Abruzzo	2.407.933	315.439	306.815	-8.625	12,74%
Italia	107.164.751	14.038.582	13.069.858	-968.724	12,20%
2013	FSN 2013 (A)	Tetto programmato di spesa del 11,35% (valori assoluti) (B)	Spesa farmaceutica territoriale al netto del <i>payback</i> (C)	Sforamento Tetto in valore assoluto (C-B)	Incidenza% spesa farmaceutica territoriale/FSN (C/A)
Abruzzo	2.390.780	271.354	278.694	7.338	11,7%
Italia	106.412.426	12.077.810	12.127.628	49.818	11,4%
2014	FSN 2014 (A)	Tetto programmato di spesa del 11,35% (valori assoluti) (B)	Spesa farmaceutica territoriale al netto del <i>payback</i> (C)	Sforamento Tetto in valore assoluto (C-B)	Incidenza% spesa farmaceutica territoriale/FSN (C/A)
Abruzzo	2.435.284	276.405	294.145	17.740	12,08%
Italia	109.268.084	12.401.928	12.127.628	-274.300	11,18%
2015	FSN 2015 (A)	Tetto programmato di spesa del 11,35% (valori assoluti) (B)	Spesa farmaceutica territoriale al netto del <i>payback</i> (C)	Sforamento Tetto in valore assoluto (C-B)	Incidenza% spesa farmaceutica territoriale/FSN (C/A)
Abruzzo	2.407.786	273.284	304.751	31.467	12,66%
Italia	108.678.616	12.335.023	12.666.070	331.047	11,65%
2016	FSN 2016 (A)	Tetto programmato di spesa del 11,35% (valori assoluti) (B)	Spesa farmaceutica territoriale al netto del <i>payback</i> (C)	Sforamento Tetto in valore assoluto(C-B)	Incidenza% spesa farmaceutica territoriale/FSN(C/A)
Abruzzo	2.436.985	276.598	298.116	21.518	12,23%
Italia	110.328.668	12.522.304	12.316.883	-205.421	11,16%

Fonte: elaborazione Sezione regionale di controllo per l'Abruzzo. Dati 2016 tratti da AIFA-OSMED – Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale. Gennaio-dicembre 2016 – Versione del 20.07.2017.

3.7.5 Altri costi

La tabella n. 7/gc espone in sintesi gli importi riguardanti la gestione finanziaria delle Aziende: proventi e oneri finanziari (voce C) insistenti nel 2016 e negli anni antecedenti sui conti economici Aziendali. Si prendeva atto, nel precedente referto, che la voce relativa agli interessi passivi, la cui parte preponderante concerne interessi moratori, scendeva nel 2015 -15,3%, dopo un rialzo subito nel 2014 del +18,9%.

Nel 2016 si ha un notevole incremento del +352,2% (interessi moratori +374,8%, Altri interessi passivi scende del -41,4%) La voce passa da 1.437 euro/migliaia nel 2015 a 6.499 euro/migliaia nel 2016. La quasi totalità di tale importo (5.993 euro/migliaia) è riconducibile all'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila che, dopo una diminuzione, nel 2015, del -74,9%, ha registrato una **variazione in aumento del +2.891% nel 2016**⁵⁹. L'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti e l'Azienda 03 Pescara, dopo una variazione in aumento, nel 2015, rispettivamente del +100,6% e del +13,7% (interessi moratori +100,6% e +3,2%), registrano una diminuzione, nel 2016, del -22,2% e del -96,6% (interessi moratori -22,2% e -96,2%%). Per quanto riguarda l'Azienda 04 Teramo, invece, dopo aver azzerato gli interessi moratori nel 2015, gli stessi tornano a salire nel 2016 del +100%, anche se con un importo assai limitato (65 euro/migliaia).

Nel complesso, il sistema regionale paga 6.453 euro/migliaia di interessi moratori nel 2016 a fronte di 1.359 euro/migliaia nel 2015.

La gestione straordinaria [tabella n. 8/gc], nel 2016, appare positiva per 29.339 euro/migliaia, con sopravvenienze attive per 36.990 euro/migliaia e insussistenze attive per 45.550 euro/migliaia a fronte di sopravvenienze passive per 33.947 euro/migliaia e insussistenze passive per 19.218 euro/migliaia.

Tuttavia, si evidenziano, nel contesto della medesima, fra gli **oneri straordinari**, importi elevati per sopravvenienze passive verso terzi (28.526 euro/migliaia), riconducibili, per la maggior parte, all'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti (17.266 euro/migliaia) [tabella n. 9/gc].

In tale voce (E.2.B.3.2) sono annotate, **per la maggior parte, sopravvenienze passive legate all'acquisto di prestazioni sanitarie da operatori privati accreditati (E.2.B.3.2.E) per 4.656 euro/migliaia e sopravvenienze passive relative alle convenzioni con i medici di base (9.701**

⁵⁹ Il notevole incremento degli interessi passivi è dovuto principalmente:

- 1) al pignoramento provvisoriamente esecutivo effettuato sul conto corrente di tesoreria dall'Istituto Bancario IFITALIA Factors Italia S.pa. in qualità di cessionario della ex Casa di Cura Privata Santa Lucia (ora San Raffaele) interessi per euro 2.857.429,83;
- 2) pignoramento provvisoriamente esecutivo effettuato sul conto corrente di tesoreria dall'Istituto UBI Factor S.p.a. in qualità di cessionario della Casa di Cura INI Canistro per prestazioni ospedaliere per il periodo 2005-2008 interessi moratori per euro 1.685.179,07;
- 3) interessi moratori a seguito esecuzione sentenza da parte di un giudice a favore di una ditta fornitrice (Hospital Service S.r.l.) per un importo pari ad euro 966.226,47.

euro/migliaia). Si evidenziano poi sopravvenienze passive per 8.005 euro/migliaia per acquisti di beni e servizi.

4 L'ATTIVITÀ GESTIONALE

4.1 Considerazioni generali

Nei paragrafi successivi sono analizzati i risultati ottenuti dal SSR e i costi ad essi associati nell'ambito delle principali macro aree in cui sono suddivisi i livelli d'assistenza, così come ridefiniti dal DPCM del 29 novembre 2001. Per uniformità e coerenza con i dati già in possesso della Sezione, ci si soffermerà, in particolare, sui livelli dell'assistenza distrettuale (livello 2) e dell'assistenza ospedaliera (livello 3), che, insieme, rappresentano la quasi totalità dell'intera spesa sanitaria attribuita alle Aziende sanitarie.

Con riferimento al numero di posti letto eccessivo e all'alto tasso di ospedalizzazione, nei quali il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia hanno riconosciuto le “*cause strutturali del disavanzo, accumulato negli ultimi anni dalla spesa sanitaria regionale*”, cause strutturali che più volte sono state rilevate nei precedenti referti, si ricorda che, prima, il Piano di rientro ha dettato le principali azioni miranti, in particolare, alla riduzione del numero di posti letto, di seguito, tutta la programmazione regionale, dal Programma Operativo 2010 fino al Programma Operativo 2013-2015, ha mirato all'ottimale organizzazione ed efficientamento dei due livelli di assistenza – ospedaliero e distrettuale – anche alla luce delle più recenti normative di cui al decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 (*spending review*) e al decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (decreto Balduzzi).

In particolare, il **D.L. 6 luglio 2012, n. 95 (*spending review*)**, ha previsto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, adeguando le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione, a carico degli stessi presidi, per una quota non inferiore al 50 per cento del totale dei posti letto da ridurre, è conseguita attraverso la soppressione di unità operative complesse. Il perseguimento dell'obiettivo è favorito dalla sospensione del conferimento o del rinnovo d'incarichi, fino al raggiungimento dell'obiettivo medesimo.

Si promuove, inoltre, il decongestionamento dei presidi ospedalieri, e dunque la finalità di contenimento della spesa sanitaria, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare (passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale) e la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza, attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extra ospedaliere.

Sulla stessa linea, il **D.L. 13 settembre 2012, n. 158 (decreto Balduzzi)** ha previsto una riorganizzazione regionale dei servizi territoriali di assistenza primaria che decongestioni la rete ospedaliera tramite il potenziamento dell'assistenza domiciliare e dell'efficienza di presa in carico dei cittadini, con la costituzione di reti di poliambulatori territoriali aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata (e festivi con turnazione) in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

È seguito il DM 2 aprile 2015, n. 70, concernente il “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera*” in attuazione dell'art. 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'art. 15, comma 13, lettera c) del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito in legge 7 agosto 2012, n. 135.

I punti principali del regolamento riguardano:

- adozione di un criterio vincolante di programmazione ospedaliera indicando alle regioni il parametro della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, da applicarsi tenendo conto anche della mobilità sanitaria interregionale, attiva e passiva;
- fissazione di criteri uniformi per la classificazione delle strutture ospedaliere in tre livelli a complessità crescente (presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti; presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti; presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti), prevedendo, per le strutture ospedaliere private accreditate, un numero minimo di posti letto in grado di assicurare efficacia e sicurezza delle cure;
- indicazione di omogenei standard per singola disciplina fissando specifici parametri, da adottarsi tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale, documentate in conformità a criteri epidemiologici e di accessibilità attraverso compensazioni tra discipline;
- indicazione di oggettivi parametri di riferimento in materia di rapporto tra volumi di attività (numero annuo di prestazioni), esiti favorevoli/sfavorevoli delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e del *risk management*, provvedendo altresì a promuovere modalità d'integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello d'intensità di cure;
- fissazione di standard generali di qualità, secondo il modello di *Clinical Governance*, per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile (*accountability*), centrato sui bisogni della persona;
- indicazioni specifiche e uniformi per la sicurezza degli impianti e delle strutture;
- indicazione di ulteriori standard per le alte specialità;
- prescrizione d'indirizzo alle regioni per l'organizzazione della rete ospedaliera in reti specifiche in base al modello *hub and spoke* o a equivalenti altre forme di coordinamento e d'integrazione professionale;
- nuove indicazioni programmatiche ed organizzative, per la rete dell'emergenza urgenza, che prevedono anche specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso;
- indicazioni, in linea con quelle provenienti dall'Unione europea, finalizzate a sollecitare specifici percorsi d'integrazione terapeutici assistenziali quali ad esempio quelli relativi alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria attraverso le unità mammarie interdisciplinari (*breast unit*), nonché di quelle di cui al documento di indirizzo nazionale avente ad oggetto la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia, elaborato dal gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero della Salute, Regioni e P.A. ed esperti di Agenas e di società scientifiche;
- indicazioni, in coerenza con gli atti di indirizzo dell'Unione europea, affinché presso i centri di oncologia sia assicurato adeguato sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, individuando specifici percorsi di accompagnamento a cura di personale specializzato;
- indirizzo alle regioni per il perseguimento dell'obiettivo di raggiungere operativamente l'integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati, fornendo specifiche indicazioni relativamente alle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunità;
- indicazione dei parametri di riferimento in materia di strutture per la chirurgia ambulatoriale, sotto il prioritario profilo della sicurezza dei pazienti.

Sul piano attuativo, il Regolamento ha previsto che le Regioni provvedessero, entro il 31 dicembre 2014, ad adottare un provvedimento generale di programmazione per fissare la propria dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR, ad un livello non superiore

al parametro nazionale di 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, ed i relativi provvedimenti attuativi, garantendo il progressivo adeguamento agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi indicati, nel corso del triennio 2014-2016 e tenendo conto anche della mobilità sanitaria interregionale.

La Regione Abruzzo, avendo rimodulato, con la deliberazione commissariale n. 45/2010 e con il DCA n. 25/2012, i posti letti pubblici e privati, al momento dell'entrata in vigore del menzionato provvedimento generale di programmazione, presentava una dotazione di posti letto ospedalieri, accreditati ed effettivamente a carico del SSR, rientrante pienamente nei parametri fissati dalla suddetta normativa.

Il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, già avviato sostanzialmente con il Programma Operativo 2010 e con la successiva deliberazione commissariale n. 45/2010 del 5 agosto 2010, ha ridisegnato il nuovo modello dell'organizzazione ospedaliera regionale, analiticamente esaminato nel precedente referto.

Con tali atti è stato definito un fabbisogno complessivo regionale di prestazioni ospedaliere da erogare ai residenti della Regione Abruzzo, per quanto riguarda le acuzie, la riabilitazione e la lungodegenza, pari al 189 per mille abitanti declinato in relazione alle singole Aziende, sul presupposto che i ricoveri extraregionali in futuro troveranno risposta all'interno del SSR. Risultavano provvisoriamente accreditati n. 4677 posti letto ospedalieri pubblici e privati sulla base di quanto disposto con L.R. 31 luglio 2011, n. 32, in materia di autorizzazione e accreditamento. Tale consistenza è pari ad un indice di 3,5 posti letto per mille abitanti, di cui 2,9 per gli acuti e 0,6 per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

Sulla base del DM n. 70/2015, che ha previsto nuovi obiettivi di programmazione per la rete ospedaliera, soprattutto di rimodulazione, è stato emanato il DCA n. 55/2016 del 10 giugno 2016, concernente *“Piano di riqualificazione del Servizio sanitario regionale 2016-2018”*, già citato al capitolo I.

Con riferimento alla rete ospedaliera, si legge nel predetto Piano di riqualificazione, che, sebbene con la deliberazione commissariale n. 45/2010 si sia provveduto a ridefinire la rete ospedaliera regionale, prevedendo una dotazione di posti letto ospedalieri pubblici pari a 3.688 e con DCA n. 25/2012 si sia provveduto a ridefinire la rete ospedaliera privata provvisoriamente accreditata, prevedendo una dotazione di posti letto ospedalieri pari a 989, con un totale dei posti letto, pubblici e privati provvisoriamente accreditati pari a 4.677 (3,5/1000 abitanti di cui 2,9 posti letto per acuti e 0,6 posti letto per post acuti), *“la Regione Abruzzo, come evidenziato dai dati riportati nella banca dati nazionale della Griglia LEA al 12.03.2015, presenta una dotazione di posti letto ospedalieri pubblici e privati accreditati pari a 4.466. In relazione ai dati sulla popolazione abruzzese censita*

nell'anno 2015, pari a 1.331.574 abitanti, il numero di posti letto per 1.000 abitanti risulta pari a 3,35, di cui 2,84 posti letto per acuti e 0,51 posti letto per post acuti. Tale indicatore risulta inferiore allo standard fissato dalla legge n. 135/12 pari a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 3,0 posti letto per acuti e 0,7 posti letto per i post acuti”.

L'emanazione del DM n. 70/2015, nonché l'esigenza di riqualificare una rete ospedaliera, non più adeguata rispetto al fabbisogno assistenziale della popolazione residente, ha reso necessaria la ridefinizione della rete di offerta ospedaliera, con l'obiettivo, individuato dalla Regione Abruzzo, di “evolvere la rete ospedaliera secondo logiche di specializzazione delle singole strutture (attraverso la concentrazione della casistica in un numero minore di unità operative coerente con il DM 70/2015) e di integrazione funzionale tra presidi con gradi decrescenti di complessità tramite lo sviluppo di protocolli concordati di trasferimento dei pazienti nella struttura più competente data la diagnosi/patologia”.

4.2 La rimodulazione della rete ospedaliera

La prima rilevante evoluzione del SSR, in adempimento al DM n. 70/2015 è contenuta nel **DCA n. 79/2016**, concernente “*Approvazione documento tecnico “Riordino della rete ospedaliera” - Regione Abruzzo*”.

Nel medesimo, richiamato il DCA n. 55/2016, ed in particolare l'intervento 2.1 “*Riqualificare la rete ospedaliera promuovendo la concentrazione delle specialità*” che, in attuazione del Regolamento di cui al DM n. 70/2015, programma la ridefinizione della rete ospedaliera regionale secondo logiche di specializzazione delle singole strutture e di integrazioni funzionali tra i presidi con gradi decrescenti di complessità, il Commissario *ad acta*-Presidente della Regione ha approvato il Documento tecnico “*Riordino della rete ospedaliera – Regione Abruzzo*”, con rinvio a successivi provvedimenti della definizione delle modalità degli aspetti organizzativi definiti dal medesimo.

Nel merito, le coordinate di programmazione contenute nel documento e che guidano la nuova riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Abruzzo sono prioritariamente le seguenti:

- *i posti letto (PL) ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR non devono superare il valore di 3,7 per mille abitanti, di cui il 3,0 per mille per acuti, lo 0,5 per la post-acuzie riabilitativa e lo 0,2 per la lungodegenza. Il fabbisogno dei posti letto viene calcolato tenendo conto della correzione per la mobilità così come previsto dall'art. 1, comma 3, del Regolamento;*
- *il tasso di ospedalizzazione deve essere riportato tendenzialmente sotto il valore soglia di 160 per mille abitanti, di cui il 25% riferito a ricoveri diurni;*
- *l'indice di occupazione dei posti letto deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e la durata media di degenza per i ricoveri ordinari deve essere inferiore mediamente a sette giorni;*
- *la rete ospedaliera deve essere organizzata su livelli di complessità crescente e dimensionata secondo i rispettivi bacini di popolazione e caratteristiche orografiche;*
- *l'offerta di discipline complesse deve rispondere a requisiti basati da un lato sui volumi di attività e su altri indicatori di appropriatezza, e dall'altro sulla tempestività della risposta; entrambi i fattori hanno un peso determinante sugli esiti di salute;*
- *nell'ambito assistenziale, il modello adottato di HUB e SPOKE deve assicurare efficienti ed efficaci integrazioni interaziendali;*
- *la valutazione di aree distanti più di 90 minuti dai centri HUB e SPOKE di riferimento o più di 60 minuti dai presidi di pronto soccorso per la qualificazione dei presidi ospedalieri di piccole dimensioni;*
- *le strutture ospedaliere private devono essere accreditate prevedendo un numero di PL per acuti non*

inferiore a 60, ad esclusione delle strutture monospecialistiche.

Il documento tecnico propone di riordinare l'assetto della rete ospedaliera nella Regione Abruzzo, delineata, nel 2010, con il DCA n. 45/2010 che prevedeva una diversa metodologia di valutazione del fabbisogno dei posti letto per mille abitanti e di rideterminare, inoltre, i contenuti e le scelte del DCA n. 11/2013 con le afferenze ai DEA di I livello e ai PS; adegua i punti di offerta di alcune reti di specialità, in particolare le reti tempo dipendenti secondo il modello *HUB* e *SPOKE*.

La contestualizzazione dei parametri analizzati nel documento e relativi alle varie fasi di analisi adottate⁶⁰, nell'articolazione geografica e nella distribuzione demografica della Regione Abruzzo, consentono di individuare **7 DEA di I livello, 4 ospedali di base e 2 ospedali di Area disagiata**, che rappresentano l'intera Rete di emergenza urgenza secondo il modello *Hub* e *Spoke*.

In ragione della programmazione dei posti letto ospedalieri e del riferimento agli standard normativi, ed in particolare al DM n. 70/2015 che, ai fini del calcolo della dotazione dei posti letto in ciascuna regione, pone come punto di riferimento il numero dei posti letto effettivi che risultino attivi nei reparti ospedalieri al 1° gennaio 2013, viene individuato **un potenziale fabbisogno regionale di posti letto sia per gli acuti che per i post acuti**:

POSTI LETTO ACUTI PRIVATO

Per quanto concerne la dotazione complessiva dei posti letto per acuti delle strutture private accreditate, la Programmazione regionale, in coerenza con le indicazioni previste dal DM n. 70/2015, dovrà tener conto della soglia di accreditabilità e sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali rispettando il criterio del numero di posti letto per acuti non inferiore a 60, ad esclusione delle strutture mono specialistiche. Al riguardo, eventuali riconversioni degli erogatori privati non determineranno aumento della dotazione complessiva dei posti letto.

POSTI LETTO POST ACUTI

Relativamente al settore post acuti si rappresenta che l'attuale dotazione di posti letto è sottodimensionata (0,5 per mille abitanti) e pertanto risulta necessario un processo di allineamento allo standard dello 0,7 per mille abitanti. In considerazione, inoltre, della prevalente distribuzione di posti letto di riabilitazione ospedaliera nel settore privato, la Programmazione regionale prevede

⁶⁰ Nel riordino della rete ospedaliera per una corretta articolazione dei presidi ospedalieri nella rete di Emergenza-urgenza, secondo livelli di complessità crescente, sono state adottate le seguenti fasi:

1. Individuazione preliminare dei fabbisogni di prestazioni ospedaliere, ai fini della ridefinizione complessiva dei posti letto per acuti e post-acuti.
2. Rimodulazione dell'intera rete di emergenza-urgenza che costituisce il parametro fondamentale con il quale riorganizzare in simmetria la rete ospedaliera, secondo il modello *HUB* e *SPOKE*, in considerazione sia dei bacini di utenza che della copertura delle aree disagiate.
3. Riorganizzazione delle reti delle patologie complesse tempo dipendenti e delle reti di elezione quali parti integranti del sistema *HUB* e *SPOKE* degli ospedali, garantendo una risposta tempestiva e appropriata ai bisogni.
4. Connotazione e classificazione di ogni presidio della rete ospedaliera per livelli di complessità crescente, analizzando le discipline attualmente esistenti all'interno dei singoli presidi e i relativi volumi di attività, l'appropriatezza degli interventi e degli esiti delle cure, il contesto territoriale, i collegamenti con gli altri servizi ospedalieri a livello di bacino e regionale, e conseguenzialmente la necessità di ottimizzare le risorse umane e tecnologiche.
5. Riconversione delle strutture ospedaliere con ridotti volumi di attività e con contestuale individuazione delle possibili forme di assistenza alternative che saranno attivate.
6. Stima del fabbisogno complessivo delle strutture operative complesse per singola disciplina, sulla base dei bacini di utenza indicati dal Regolamento e determinati in coerenza ai volumi e agli esiti delle prestazioni erogate nei diversi presidi ospedalieri.

un potenziamento del settore pubblico anche in considerazione del processo di riconversione dei P.O. a basso volume di attività. In linea con quanto previsto dal Regolamento Ospedaliero sono stati considerati i posti di residenzialità presso le strutture sanitarie territoriali, per i quali la Regione Abruzzo copre un costo giornaliero superiore al valore soglia della tariffa giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera. In particolare, i posti letto considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri sono in totale 40 e sono così classificati: Residenze minorazioni plurisensoriali dell'età evolutiva (15 p.l.) e Residenze disturbi comportamento o patologie di interesse neuropsichiatrico in età evolutiva (25 p.l.).

Si legge nel documento che “*La dotazione di posti letto pubblici e privati accreditati SSR (flusso HSP 2013) è pari a 4.883 pl, di cui 4.301 pari al 3,1 per 1.000 abitanti per gli acuti e 582 posti letto pari allo 0,6 per 1.000 abitanti per i post acuti. Nella Regione Abruzzo, a seguito degli interventi di razionalizzazione della rete di Assistenza Ospedaliera, tra cui il Programma Operativo 2010 (DCA n. 45/2010) che ha definito il fabbisogno di prestazioni ospedaliere e dei posti letto correlati, oltre che la disattivazione dei presidi per acuti non coerenti col fabbisogno individuato, si è registrato un progressivo ridimensionamento della dotazione di posti letto per l'assistenza ospedaliera. La dotazione di posti letto pubblici e privati accreditati SSR (flusso HSP 2014) è pari a 4.503, di cui 3.818 per acuti e 685 posti letto per i post acuti (rispettivamente 2,9 e 0,5 per 1.000 abitanti).*

In conformità con quanto previsto dal Regolamento, che indica un valore tendenziale del 90% quale indice di occupazione, viene definito come obiettivo regionale di programmazione un utilizzo dei p.l pari all' 85% per i ricoveri per acuti e l'80% per i post-acuti. Dall'analisi della produzione dei ricoveri si evince che la percentuale di ricoveri in DH è pari a 27% che risulta in linea con quanto previsto dal paragrafo 1.5 del Regolamento”.

Effettuate le analisi nel senso ora ricordato, il documento evidenzia “*la possibilità per la Regione Abruzzo, sulla base delle modalità di calcolo indicate dal Regolamento, di un aumento di posti letto per acuti e post acuti. La Regione, nel rispetto del tetto massimo consentito (Integrazione Circolare Ministero della Salute 05/05/2016) e come da prospetto riepilogativo, individua la dotazione di posti letto per acuti HSP 2014 come dato di programmazione, sia nell'ottica di un miglioramento tendenziale del tasso di occupazione dei posti letto, il cui obiettivo di utilizzo è posto all'85% per i ricoveri per acuti, sia in un'ottica di contenimento di impegno delle risorse finanziarie. Fermo restando il rispetto del tasso di ospedalizzazione del 160 per 1.000 abitanti, obiettivo già conseguito in Abruzzo, come da fonte dati del Ministero della Salute, la programmazione regionale prevede un allineamento dell'offerta al valore dell'indice tendenziale di occupazione dei posti letto per acuti al 90%, come previsto dal DM 70/2015. Tale obiettivo può essere **raggiunto nell'arco temporale di un biennio**, compatibile con gli adeguamenti organizzativi dei presidi ospedalieri e con l'azione di contrasto della mobilità passiva extra regionale già in tendenziale diminuzione nel 2011-2013”.*

La programmazione regionale prevede, inoltre, ai fini di un allineamento al valore tendenziale del 90% di:

- ridurre la frammentazione di unità operative con i relativi posti letto, al fine del miglioramento dell'efficienza dell'attività ospedaliera;
- concentrare l'erogazione delle prestazioni di alta specializzazione;
- ridurre i ricoveri per prestazioni di bassa specializzazione favorendo il ricorso all'applicazione del Day Service ambulatoriale.

Per quanto concerne la **dotazione complessiva dei posti letto per acuti delle strutture private accreditate**, resta fermo l'obiettivo di programmazione che eventuali riconversioni degli erogatori privati non dovranno determinare l'aumento del numero complessivo dei posti letto, attualmente accreditati.

Relativamente ai **posti letto equivalenti rientranti nella dotazione per 1.000 abitanti**, la Regione Abruzzo ha tenuto conto dei posti di residenzialità presso le strutture sanitarie territoriali, per i quali la Regione copre un costo giornaliero superiore al valore soglia della tariffa giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera. Da una rilevazione specifica, si evidenzia che non sono presenti posti letto residenziali da considerare equivalenti ai posti letto ospedalieri.

L'adeguamento allo standard nazionale dello 0,7 per mille abitanti (**popolazione Istat al 01.01.2015**), per i **posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza** consente alla Regione Abruzzo un incremento di 143 posti letto rispetto all'annualità 2015 distinti in riabilitazione e lungodegenza.

In considerazione della prevalente distribuzione di posti letto di riabilitazione ospedaliera nel settore privato, si prevede un potenziamento esclusivo del settore pubblico, anche a seguito del processo di riconversione dei P.O. a basso volume di attività. Per la disciplina di Recupero e riabilitazione funzionale, le soglie minime e massime verranno definite in conformità con il documento che verrà elaborato da apposito Tavolo Ministero/Regioni. I dati della mobilità passiva motivano la necessità di una riorganizzazione della rete riabilitativa a ciclo continuativo e ad alta intensità, sia per consentire ai pazienti residenti equità e accessibilità nel percorso post-ricovero e sia per un recupero del valore finanziario del saldo di mobilità passiva. L'obiettivo è in linea con il Piano Nazionale di indirizzo per la Riabilitazione, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 10 febbraio 2011, che ha stabilito che in ciascuna Regione venga attivata un'organizzazione capillare.

In conclusione, al termine del processo di riordino la situazione finale dei posti letto comprenderà:

POSTI LETTO PER ACUTI

ricoveri ordinari:	3.369 p.l (2,53/1000 abitanti)
ricoveri Day Hospital:	269 p.l (0,20/1000 abitanti)
ricoveri Day Surgery:	170 p.l (0,13/1000 abitanti)
Totale Regione:	3.808 p.l (2,86/1000 abitanti)

POSTI LETTO PER RIABILITAZIONE

ricoveri ordinari:	540 p.l (0,41/1000 abitanti)
ricoveri Day Hospital:	25 p.l (0,02/1000 abitanti)
Totale Regione:	565 p.l (0,42/1000 abitanti)

POSTI LETTO PER LUNGOGENZA 250 p.l (0,19/1000 abitanti)

La situazione programmata come si evince dai prospetti elaborati nel DCA n. 79/2016, comporterà l'aumento di 91 p.l. per acuti, (da 3717 a 3808) distribuiti in 68 per ricoveri ordinari, 11 per ricoveri in D.H. e 12 per ricoveri in D.S.; ci sarà altresì un aumento dei posti letto per riabilitazione (70 di cui 67 per ricoveri ordinari e 3 per ricoveri in D.H.) ed un aumento anche dei posti letto per lungodegenza di 71 unità. Segue prospetto esplicativo dell'evoluzione programmata dei posti letto nel piano di riordino:

POSTI LETTO ACUTI						
	Situazione all'1.1.2016	Per 1000 abitanti	Situazione all'1.1.2014	Per 1000 abitanti	situazione programmata	Per 1000 abitanti
Ordinari	3301	2,48	3366	2,53	3369	2,53
Day Hospital	258	0,19	276	0,21	269	0,2
Day Surgery	158	0,12	176	0,13	170	0,13
Totale regionale	3717	2,79	3818	2,87	3808	2,86
POSTI LETTO PER RIABILITAZIONE						
	Situazione all'1.1.2016	Per 1000 abitanti	Situazione all'1.1.2014	Per 1000 abitanti	situazione programmata	Per 1000 abitanti
Ordinari	473	0,36	486	0,36	540	0,41
Day Hospital	22	0,02	22	0,02	25	0,02
Totale regionale	495	0,37	508	0,38	565	0,42
POSTI LETTO PER LUNGODEGENZA						
	Situazione all'1.1.2016	Per 1000 abitanti	Situazione all'1.1.2014	Per 1000 abitanti	situazione programmata	Per 1000 abitanti
Ordinari	179	0,13	177	0,13	250	0,19

4.3 L'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza

La situazione sull'erogazione dei LEA del periodo 2013-2016, così come si evince dai dati in possesso del Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute, mostra – come accertato di recente dal Tavolo e Comitato (riunione del 30 novembre 2017) – che, come da tabella a seguire, il punteggio complessivo – anno 2015 – dell'adempimento e) (Griglia LEA), pari a 182, oggetto di verifica del Comitato LEA, si colloca al di sopra del valore di riferimento. Il Tavolo e Comitato si sono riservati alla successiva riunione di fornire la stima relativa all'anno 2016.

Regione Abruzzo – Erogazione LEA – 22.11.2017						
	2013	2014	2015	2016	Valori di riferimento	Fonte
Punteggio adempimento e) erogazione dei LEA	152	163	182	Valore non disponibile	≥ 160 adempiente	Griglia LEA 2016

Fonte: Verbale Tavolo e Comitato del 30 novembre 2017

La Sezione prende atto, dunque, di quanto segue:

- decremento dell'ospedalizzazione fra il 2013 e il 2016, che colloca il tasso totale standardizzato di dimissione nell'ultima annualità considerata (pari a 143 per 1.000 residenti) entro la soglia di riferimento (160 per 1.000 residenti);
- 16% dei ricoveri dei residenti (per acuti in regime ordinario) effettuati presso strutture collocate al di fuori del territorio regionale (quota stabile rispetto all'anno precedente), con una complessità media della casistica allineata al peso medio nazionale della casistica trattata fuori Regione;

- dotazione aggiornata complessiva di posti letto pari a **3,28 per 1.000 residenti al 1° gennaio 2016**, come si evince dalla banca dati nazionale sia la dotazione per le acuzie, che quella per la post-acuzie risultano ricompresi all'interno dei valori massimi di riferimento, calcolati tenendo conto dei saldi di mobilità interregionale come da indicazioni del DM n. 70/2015 e pari a **4.846 letti totali, di cui massimo 3.929 per la cura delle acuzie e 917 per la cura delle post-acuzie**. Si rileva inoltre che il tasso di occupazione della dotazione di posti letto risulta sotto lo standard di riferimento stabilito dal DM n. 70/2015 (76,5% vs 90%);

Regione Abruzzo – Analisi dell'attività assistenziale – Assistenza ospedaliera							
Valore annuale	2013	2014	2015	2016	Valori di riferimento	Fonte	
Totale dimissioni (tasso standardizzato x 1.000 residenti)	213.110 (162,11)	205.994 (153,73)	194.899 (144,54)	193.526 (143,29)	≤ 160*1.000 ab.	Rapp. SDO	
Dimissioni in DO (tasso standardizzato x 1.000 residenti)	156.213 (116,89)	151.652 (111,85)	149.317 (108,73)	149.213 (108,74)			
Dimissioni in DH (Tasso standardizzato x 1.000 residenti)	56.897 (45,22)	54.342 (41,88)	45.582 (35,81)	44.313 (34,55)			
Quota dimissioni in DH su Totale dimessi (%)	26,7%	26,4%	23,4%	22,9%	25%		
Degenza media Acuti RO	7,1	7,2	7,1	7,0	6,92 val.naz.		
Degenza media Post-Acuti RO	22,5	22,1	21,8	21,2	26,30 val.naz.		
Mobilità passiva extraregionale (% ricoveri fuori Regione dei residenti sul totale sei ricoveri in Regione – acuti i DO)	15,8%	15,9%	15,9%	16%	8,2% val.naz.		
Peso medio dei ricoveri fuori Regione dei residenti	1,31	1,32	1,34	1,36	1,4 val.naz.		
POSTI LETTO							
Totale PL (Tasso x 1.000 residenti)	4.962 (3,79)	4.483 (3,36)	4.404 (3,31)	4.332 (3,28)	4.846 (3,60)		D.M. n. 70/2015
PL Acuti (tasso x 1.000 residenti)	4.226 (3,23)	3.798 (2,85)	3.721 (2,79)	3.628 (2,74)	3.929 (2,92)		
PL post acuzie (tasso x 1.000 residenti)	736 (0,56)	685 (0,51)	683 (0,51)	704 (0,53)	917**(0,68)		
Tasso di occupazione RO	7,82	81,3	81,3	76,5	90,0		

Fonte: Verbale Tavolo e Comitato del 30 novembre 2017

- per quanto riguarda l'efficienza della rete dell'**emergenza-urgenza territoriale**, l'indicatore considerato, riferito al tempo intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso, pari a 21 minuti nel 2016, risulta costante e al di sopra della soglia ritenuta adeguata;

Regione Abruzzo – Analisi dell'attività assistenziale – Emergenza-urgenza						
	2013	2014	2015	2016	Valori di riferimento	Fonte
Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso 75° percentile tempi tra ricezione della chiamata e arrivo dei mezzi di soccorso (minuti)	23	22	21	21*	≤ 18	Griglia LEA 2016

Fonte: Verbale Tavolo e Comitato del 30 novembre 2017

- per ciò che concerne la situazione relativa all'erogazione dell'**assistenza territoriale**, gli indicatori evidenziano, nel 2016, una quota di anziani assistiti a domicilio pari a 3,55%, ricompresa nell'intervallo di riferimento ($\geq 1,88\%$) come da fonte NSIS-SIAD e un numero di posti equivalenti presso strutture residenziali per anziani non autosufficienti, espressione delle giornate di assistenza effettivamente erogate, pari a circa 7,25 per 1.000 anziani, in crescita ma ancora insufficiente rispetto l'intervallo adeguato ($\geq 9,8$ posti per 1.000 anziani). Risultano ricompresi nell'intervallo di riferimento individuato: il numero di posti equivalenti presso strutture residenziali preposte all'assistenza dei disabili ($\geq 0,50$), il numero dei posti letto destinati alle strutture per i pazienti terminali (>1) e il numero di assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale ($\geq 10,82$);

Regione Abruzzo – Analisi dell'attività assistenziale – Assistenza territoriale							
ASSISTENZA DOMICILIARE	2013	2014	2015	2016	Valori di riferimento	Fonte	
Anziani assistiti in ADI (%)	2,80	3,34	3,71	3,55	$\geq 1,88$	Griglia LEA 2016	
ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE							
Posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali (tasso x 1.000 residenti)	5,75	5,84	6,85	7,25	$\geq 9,80$		
Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso x 1.000 residenti)	0,59	0,59	0,55	0,55	$\geq 0,50$		
Posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso x 1.000 residenti)	0,28	0,27	0,27	0,26	$\geq 0,22$		
Posti letto Hospice (n. e rapporto su 100 deceduti per tumore)	60 (1,74)	59 (1,69)	59 (1,69)	58 (1,69)	> 1		
SALUTE MENTALE							
Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale (tasso x 1.000 residenti)	9,30	11,27	14,25	14,26	$\geq 10,82$		

Fonte: Verbale Tavolo e Comitato del 30 novembre 2017

- che, per quanto riguarda l'area della **prevenzione**, l'indicatore riguardante la quota di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati, in costante incremento rispetto al 2013, risulta, nell'ultima annualità, con un valore pari a 9 (valore normale);

Regione Abruzzo – Prevenzione						
SCREENING ONCOLOGICI	2013	2014	2015	2016	Valori di riferimento	Fonte
Quota di residenti che hanno effettuato test di screening oncologici (tumori mammella, cervice uterina, colon retto) in programmi organizzati	score= 4	score= 5	score= 7	score= 9	≥ 9 Normale 7-8 Minimo 5-6 Rilevante ma in miglioramento 0-4 Non accettabile	Griglia LEA 2016

Fonte: Verbale Tavolo e Comitato del 30 novembre 2017

- che, relativamente all'**appropriatezza**, si evidenzia, nell'anno 2016:
 - ✓ un rapporto tra le dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza e le dimissioni non attribuite ai suddetti DRG pari a **0,14**, ricompreso nell'intervallo di **adeguatezza** individuato dal Comitato Lea (inferiore o pari a **0,21**);

- ✓ una percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico migliore del valore medio nazionale (28,41 vs 38,57);
- ✓ una graduale riduzione dell'ospedalizzazione della popolazione ultra-settantacinquenne, nel quadriennio considerato, che, tuttavia nel 2016 con un valore pari a circa 274,60/1000 abitanti, è ancora sopra l'intervallo di riferimento nazionale;
- ✓ una degenza media post operatoria quasi allineata al valore medio nazionale (1,72 vs 1,70).

Regione Abruzzo – Analisi dell'appropriatezza						
	2013	2014	2015	2016	Valori di riferimento	Fonte
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DGR ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DGR. non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	0,17	0,15	0,14	0,14	≤ 0,21	Griglia LEA 2016
%Dimissioni da reparti chirurgici con DGR medico sul totale delle dimissioni in Regime ordinario da reparti chirurgici	31,19	30,59	29,34	28,52	28,59 val.naz.	Rapp. SDO
T.O. over 75 anni per 1.000 ab. anziani	296,21	284,35	280,33	274,60	265,32 val.naz.	
Degenza media pre-operatoria (gg)	1,89	1,89	1,82	1,72	1,70 val.naz.	

Fonte: Verbale Tavolo e Comitato del 30 novembre 2017

Un approfondimento su alcuni specifici indicatori di **qualità assistenziale evidenzia:**

- ✓ i valori del tasso di utilizzo del ricovero ordinario in età pediatrica per asma e gastroenterite e dell'ospedalizzazione in età adulta per specifiche patologie croniche trattabili a livello territoriale, risultano entrambi ricompresi nei rispettivi intervalli di adeguatezza;
- ✓ una quota di pazienti ultra-sessantacinquenni con diagnosi principale di frattura del collo del femore, operati entro 2 giornate in regime ordinario, pari a 42,2% nel 2016, ancora largamente inferiore al valore di riferimento del 60%;
- ✓ una eccessiva quota di parti cesarei primari nelle strutture con meno di 1.000 parti/anno che si discosta dal valore ritenuto accettabile (25,1% vs ≤15%); nelle strutture con oltre 1.000 parti/anno il valore registrato, pari al 25%, è al limite dell'intervallo di riferimento;

Esaminando, nello specifico, la situazione che emerge a livello di struttura, si evidenzia che tutte le strutture con meno di 1.000 parti (6/6) hanno indicatori di parti cesarei superiori alla soglia del 15% e che le strutture con numero di parti superiore a 1.000 che hanno indicatore di cesareo primario superiore al 25% sono 1/3 (circa 33%).

4.4 I principali indicatori nella gestione dell'assistenza ospedaliera

Oltre le risultanze di carattere economico-finanziario, si espongono, per completezza alcuni indicatori significativi, al fine di valutare in quale misura il costo dell'offerta regionale, in particolare di quella ospedaliera, si ponga in relazione alle caratteristiche strutturali e ai diversi livelli d'attività riscontrabili nella realtà regionale.

In questa sede si intende analizzare, esclusivamente attraverso indicatori noti di attività sanitaria, l'evoluzione del processo di riconduzione delle strutture di ricovero verso condizioni di maggior efficienza ed efficacia gestionale, sulla base dei dati forniti dalla Regione Abruzzo.

La rete ospedaliera, come si evince dal precedente paragrafo, **con i suoi 4.846 posti, ne assegna il 81,1% al pubblico (3.929), e il 18,9% al privato (917).**

Sono in maggioranza pubbliche le strutture che erogano assistenza ospedaliera e altra assistenza territoriale. Sono in maggioranza private accreditate quelle che erogano assistenza riabilitativa ex art. 26 (75,1% in Italia) e quelle che erogano assistenza territoriale residenziale.

La situazione dell'Abruzzo non si discosta significativamente dalla situazione nazionale.

La riorganizzazione della rete ospedaliera, come già accennato nei precedenti referti, costituisce un elemento centrale per il recupero e il miglioramento del sistema sanitario complessivo del governo della domanda sanitaria attraverso il governo dell'offerta.

4.4.1 Gli indicatori demografici

Uno dei fattori che maggiormente incidono sulla sostenibilità del sistema sanitario è il progressivo invecchiamento della popolazione, che contestualmente all'incremento della speranza di vita crea un aumento dei consumi sanitari destinati agli anziani in misura più che proporzionale a quelli per patologie acute.

Ove si abbia riguardo alla popolazione assistita torna utile la consultazione della **tabella n. 0/g**, i cui dati sono estratti dagli indicatori demografici elaborati dall'Istat e disponibili al 31.12.2016; in essa si evidenzia che la Regione Abruzzo registra nel 2016 un'incidenza di persone ultrasessantacinquenni (24,0%) di poco superiore alla media nazionale, che si attesta intorno al 23,4%, in una scala che vede la Liguria come Regione più vecchia (28,4%) e il Molise come più giovane (18,2%). Nel 2016 le percentuali, rispetto al 2015 (così come il 2015 rispetto al 2014), sia pure di poco, salgono sia in Abruzzo che in Italia.

4.4.2 Gli indicatori di attività

IL TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE

La **tabella n. 1/g** misura il tasso di ospedalizzazione, calcolato sul numero dei ricoveri per acuti sia in strutture pubbliche sia in strutture private delle singole Aziende. I dati sono stati scissi in ragione della domanda all'interno della Regione e di quella fuori Regione dei soli cittadini residenti (mobilità extra-regionale passiva), con i dati in possesso di questa Sezione, ormai ultradecennali [grafico n. 3/g].

Nei grafici che seguono è rappresentato l'andamento dei valori in sequenza ultradecennale.

- **Il tasso di ospedalizzazione globalmente calcolato** (su ricoveri, sia in Regione che fuori Regione, per acuti sia in regime ordinario (RO) che in day hospital (DH)), scende ancora nel 2016 a 165,43/1000 abitanti [tabella n. 1/g, colonne 24, 25, 26], confermando il trend decrescente che si è instaurato a partire

dal 2003 (anno in cui si attestava su 280,57/1000 abitanti di cui 212,52 in RO e 68,05 in DH - cfr. precedenti referti) [grafici n. 1, 2 e 3/g].

La **domanda di abruzzesi entro Regione** [tabella n. 1/g, colonna "24"] diminuisce fino a 141,29/1000 abitanti, nel 2015, e a **140,12/1000** abitanti nel 2016, mentre la **domanda fuori Regione** appare stazionaria rispetto al 2015 ma leggermente in calo rispetto al 2014 (26,44/1000 abitanti nel 2014, 25,70/1000 abitanti nel 2015 e **25,31/1000** abitanti nel 2016) [tabella n. 1/g, colonna "25"].

Continua a salire, in positivo, l'**indicatore dei ricoveri ambulatoriali entro Regione** da 11,75/1000 abitanti nel 2014, a **13,74/1000** abitanti nel 2016 [tabella n. 1/g, colonna 23], mentre stazionario appare il **tasso di ospedalizzazione dei ricoveri ordinari** (116,54/1000 abitanti nel 2015 a 116,58/1000 abitanti nel 2016) [tabella n. 1/g, colonna 17].

Il **tasso dei ricoveri in DH**, invece, diminuisce leggermente (36,56/1000 abitanti nel 2015 e 35,11/1000 abitanti nel 2016) [tabella n. 1/g, colonna 20].

Tuttavia, il primo indicatore (RO) rimane superiore al valore medio nazionale pari a 96,99 nel 2015 e sceso a 95,02 nel 2016, pur in concomitanza con un indicatore del DH (35,11) che si colloca sopra al valore medio nazionale pari a 32,89 nel 2015 e a 31,02 nel 2016 [cfr. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - dati SDO 2016 - Ministero della Salute - ediz. Maggio 2017 - tavola 5.6].

Tale **tasso di ospedalizzazione** presenta, dunque, consistenti margini di miglioramento, dovuti essenzialmente al processo strutturale di deospedalizzazione e di riorganizzazione della rete ospedaliera.

Avuto, quindi, riguardo al fatto che le possibilità di controllo, da parte dei responsabili del SSR, possono essere esercitate in via diretta sulla sola domanda che si rivolge a strutture regionali, l'osservazione di tale indicatore (per i ricoveri entro Regione) fornisce un elemento di valutazione aggiuntivo sulla capacità di governo del fenomeno dei ricoveri in Regione.

- L'indice che misura il **ricorso a ricoveri in DH** [tabella n. 1/g, colonna "20"] che inizia a scendere, in maniera discontinua dal 2009, si attesta, come già detto, con ulteriore diminuzione nel 2015, a 36,56/1000 abitanti e a 35,11/1000 abitanti nel 2016.

Ove, però, si consideri che dal 2010 i ricoveri ospedalieri presentano un regime di ricovero aggiuntivo "3-Ambulatoriale" che sale costantemente dal 2011, fino a 13,89/1000 abitanti nel 2015 e a 13,74/1000 abitanti nel 2016, si denota che tale indice, sommato a quello dei ricoveri in DH, **colloca l'Abruzzo notevolmente al disopra della media nazionale per ricoveri alternativi a quello ordinario (DH e regime ambulatoriale).**

- L'indice dei **ricoveri in RO entro Regione**, dei soli residenti, per ricoveri entro Regione, che ha registrato costanti diminuzioni, nel 2015 si colloca ad un valore di 98,15/1000 abitanti, stazionario

nel 2016 (98,08/1000 abitanti) [tabella n. 1/g, colonna "15"].

- Il ricorso dei residenti **al ricovero in DH entro Regione**, che già si segnalava in flessione nei precedenti referti, dal 2007) [grafico n. 2/g] scende con costanza per arrivare a 29,25/1000 abitanti nel 2015 e a 28,30/1000 abitanti nel 2016 [tabella n. 1/g, colonna "18"], in linea con il dato nazionale (28,10/1000 abitanti nel 2016).
- Differenti, poi, sono le realtà Aziendali:
 - ✓ avuto riguardo ai dati del periodo in esame e alle quattro Aziende sanitarie, si osserva che **l'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila** mantiene un elevato tasso di ospedalizzazione per i **ricoveri in DH entro Regione** [tabella n. 1/g, colonna "18"], anche se in trend decrescente, (38,22/1000 abitanti nel 2016 rispetto a 48,40/1000 abitanti nel 2010), a fronte di un tasso di ospedalizzazione per i **ricoveri in RO entro Regione** [tabella n. 1/g, colonna "15"], che, in diminuzione fino al 2014, è tornato a salire fino a 101,49/1000 abitanti nel 2016;
 - ✓ per le altre aziende, il **tasso di ospedalizzazione sui ricoveri in RO** sostanzialmente appare stazionario rispetto ai valori del 2015 [tabella n. 1/g, colonna "15"]. **Tuttavia, tutte e quattro le aziende presentano valori superiori al valore medio nazionale pari a 86,95/1000 abitanti per ricoveri in RO entro Regione.** Molto alto rispetto al valore nazionale appare l'indicatore della **Azienda 03 Pescara** pari a **106,80/1000 abitanti.**

Il ricorso al ricovero in DH, sebbene con indici in diminuzione, va letto contestualmente ai dati del ricorso a ricovero ambulatoriale, ulteriore alternativa privilegiata al ricovero ordinario, dati in aumento [tabella n. 1/g, colonne "21" e "23"], che tuttavia non compensano la diminuzione del ricorso al DH. Nel 2016, solo la Azienda 03 Pescara registra un aumento del ricorso al ricovero ambulatoriale da 17,48/1000 abitanti nel 2015 a 20,39/1000 abitanti.

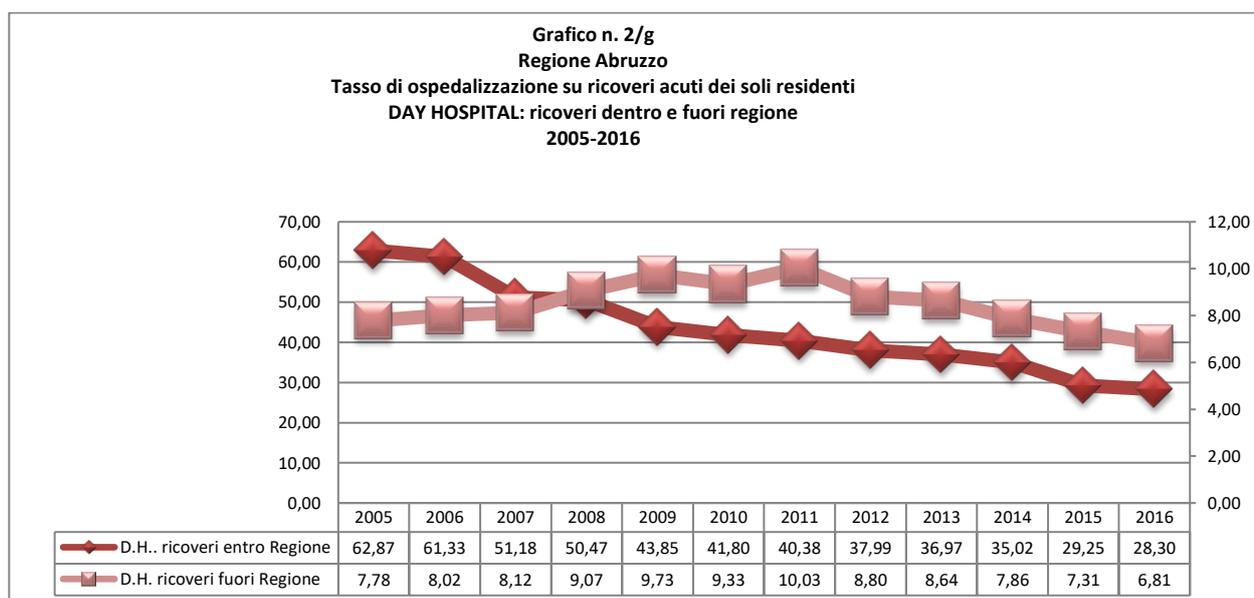
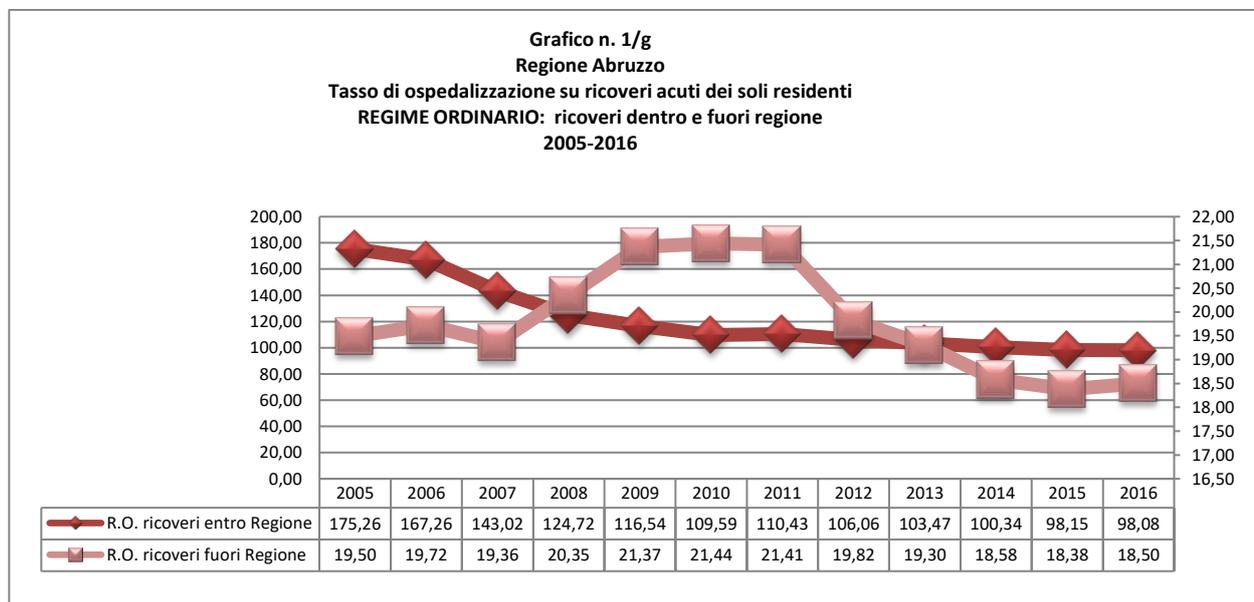
- Si mantiene pressoché costante, nell'ultimo triennio, il **ricorso a strutture esterne alla Regione per RO** da 18,58/1000 abitanti nel 2014, a 18,38/1000 abitanti nel 2015 e a 18,50/1000 abitanti nel 2016 [tabella n. 1/g, colonna "16"], mentre scende leggermente il **ricorso a ricoveri in DH fuori Regione** (7,86/1000 abitanti nel 2014, 7,31/1000 abitanti nel 2015 e 6,81/1000 abitanti nel 2016) [tabella n. 1/g, colonna "19"]. Anche tali indici si pongono fuori dei valori nazionali che annotano una media di 8,07/1000 abitanti, nel 2016, per i ricoveri fuori Regione e il 2,92/1000 abitanti per i ricoveri in DH fuori Regione.

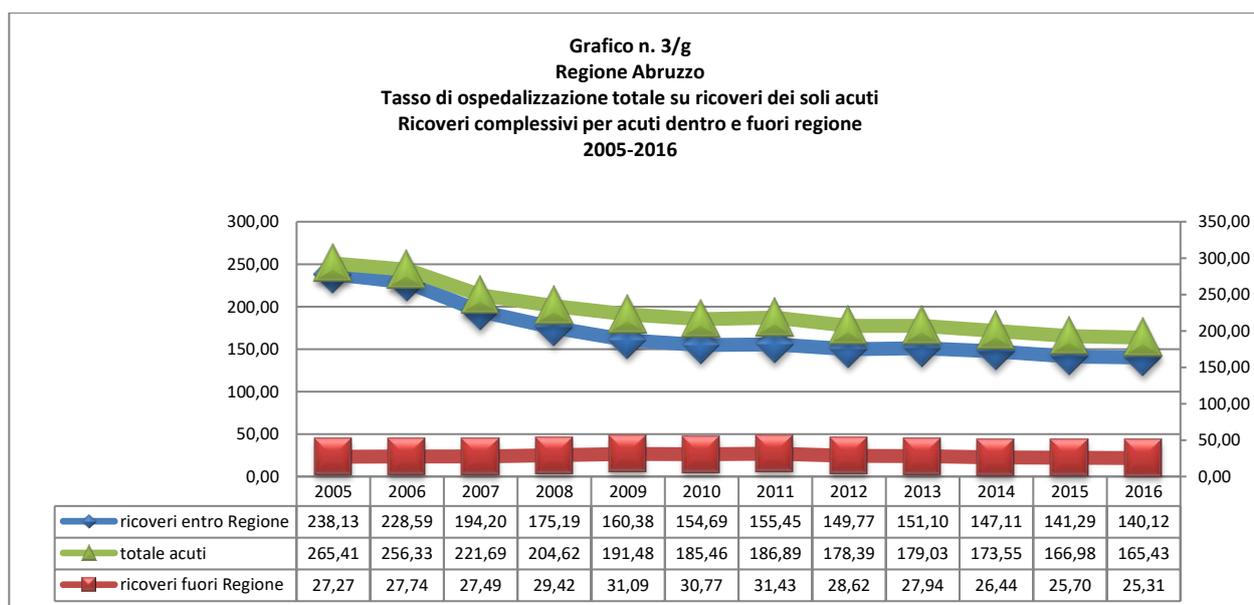
I dati 2014, 2015 e 2016 mostrano sostanzialmente un dato costante di ricoveri dei residenti fuori Regione sia in RO che in DH.

Dagli indici come sopra descritti si evince che seppure il tasso di ospedalizzazione complessivo si collochi su valori nettamente inferiori rispetto al passato, il sistema non riesce a ridurre abbastanza

il ricorso al ricovero ordinario a fronte di mancati consistenti aumenti di regimi alternativi (DH e ambulatoriale).

La sintesi della tabella 1/g si può leggere nei successivi grafici:





IL NUMERO DEI RICOVERI

Tali indici si collegano ad un numero di ricoveri [tabella n. 2/g] che presenta, in termini assoluti un *trend* decrescente (che si è consolidato dal 2003): dal 2012 (numero dei ricoveri pari a 223.617), il dato, con andamento decrescente è arrivato a 222.184 nel 2015 (-3,63% rispetto al 2014) e a 220.601 nel 2016 (-0,71%).

Sicuramente scende il numero dei **ricoveri ordinari** a 155.258 nel 2016, (-2,99% nel 2014 e -1,59% nel 2015 e -0,09% nel 2016), così come scende il numero dei **ricoveri in DH** pari a 44.229 (-16,11% nel 2015 e -2,86% nel 2016).

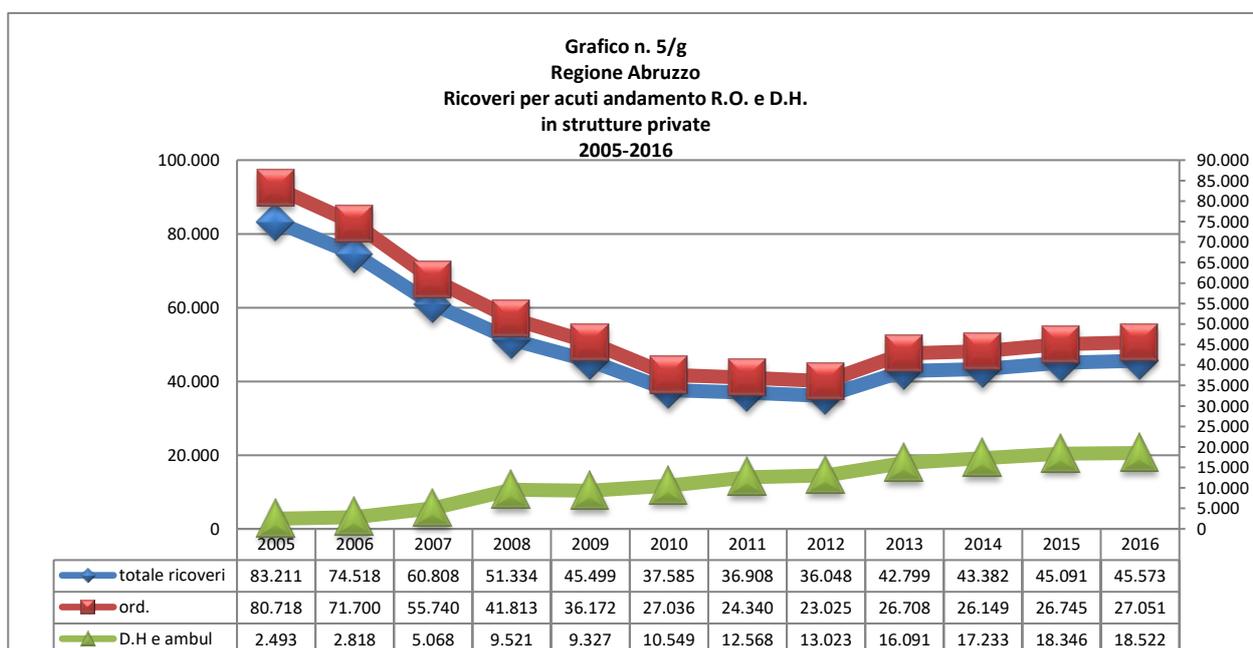
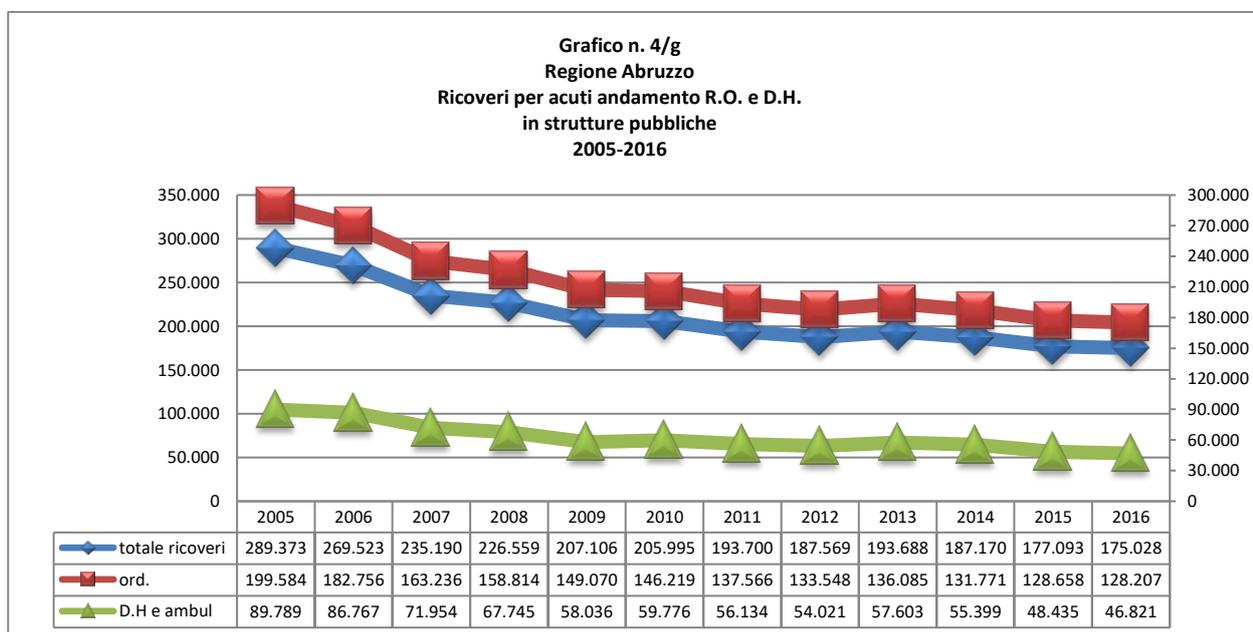
Tuttavia, sale del 15,75% nel 2015 il **ricorso al regime ambulatoriale**, che registra un aumento, sia per le strutture pubbliche (+21,23% nel 2015) che per quelle private (+9,34% nel 2015). Stazionaria la voce nel 2016 (-0,92% le strutture pubbliche e -0,26% quelle private).

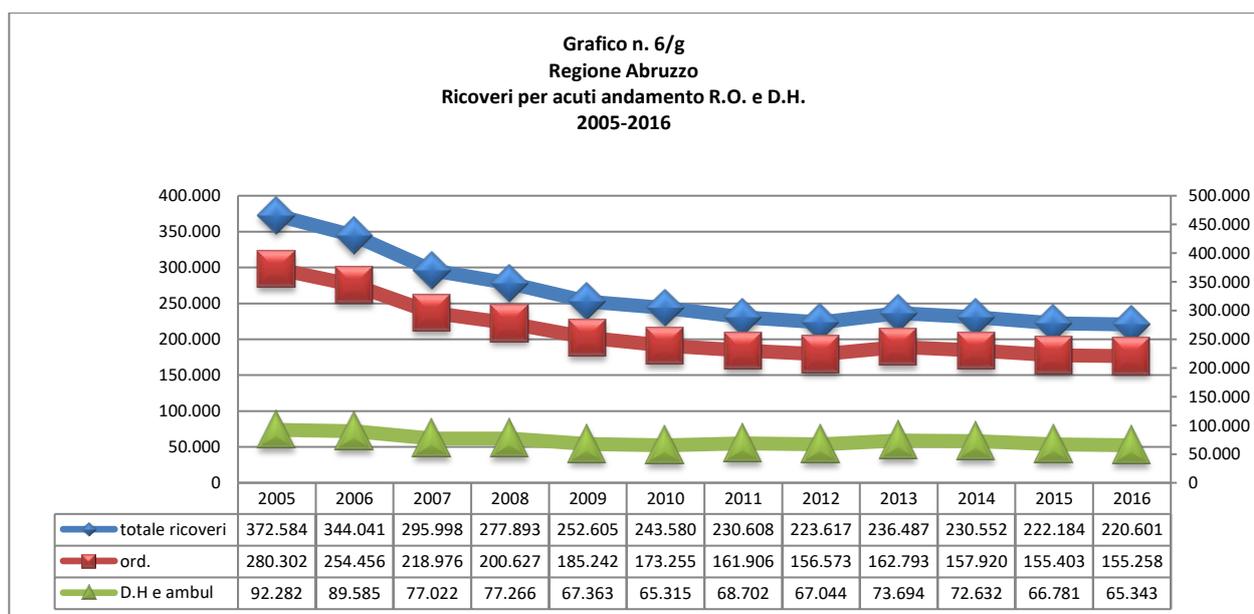
Modalità differenti si registrano avuto riguardo alla distinzione tra strutture pubbliche e private: i **ricoveri in RO** scendono sia nel 2015 (-2,36%) che nel 2016 (-0,35%) nelle strutture pubbliche. Nelle strutture private tale tipo di ricovero aumenta sia nel 2015 (2,28%) che nel 2016 (1,14%).

Anche per i **ricoveri in DH**, l'andamento è differente: la contrazione riguarda nel 2016 le strutture pubbliche (-4,13%), mentre nelle strutture private si assiste ad un incremento dei medesimi del 2,20%.

Anche negli anni precedenti si è verificato lo stesso andamento riguardando la contrazione solo i ricoveri in DH nelle strutture pubbliche (-19,92% nel 2015 e -6,33% nel 2014), mentre in fase incrementale si presentavano gli stessi ricoveri in DH nelle strutture private (+3,68% nel 2015 e +5,31% nel 2014). L'andamento delle varie voci si riscontra nei grafici che seguono. Va, peraltro,

tenuto conto dei marginali valori assoluti, dei ricoveri in DH, pari a circa un terzo, in media, dei ricoveri ordinari.





LA COMPOSIZIONE DELL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA PER REGIME DI RICOVERO

I RICOVERI PER ACUTI

Come si evince dalla **tabella n. 3/g/a, colonna "c"**, la voce **ricoveri ordinari per acuti** presenta un trend in discesa già dal 1999, fino al 2015 (68,6%). Ciò determina che nel 2016 tali ricoveri costituiscono il 69,1% del totale dei ricoveri, valore comunque inferiore al valore medio nazionale accertato al 31.12.2016 al 76,3% di ricoveri per acuti in RO [cfr. **Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - dati SDO 2016 - Ministero della Salute - ediz. Maggio 2017 - tavole 2.1.5**]. Di conseguenza i ricoveri per acuti in DH si collocano, nel 2016 al 20,9%, [tabella n. 3/g/b, colonna "e"], valore inferiore alla media nazionale (23,7%).

Il confronto tra le varie Aziende espone realtà diverse: circa il ricovero per acuti in RO per il triennio 2014-2016, solo le Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti (79,7%) e l'Azienda 04 Teramo (74,7%) presentano valori sopra la media regionale, mentre l'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila, nel 2016, continua ad avere una percentuale decisamente inferiore, pari a 60,2%, seguita dall'Azienda 03 Pescara, con una percentuale pari a 66,7% [tabella n. 3/g/b, colonna "c"].

Per i **ricoveri per acuti in DH** accade, in parte, il contrario poiché nel triennio 2014-2016 solo l'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila si pone positivamente sopra la media in tutti e tre gli anni (nel 2016 con il 27,5% contro una media regionale di 20,9%; nel 2015 con il 28,2% contro una media regionale di 21,4%, nel 2014 con il 31,3% contro una media regionale del 24,5%). [tabella n. 3/g/b, colonna "e"].

Il regime ambulatoriale si colloca al 10% del totale dei ricoveri sia nel 2015 che nel 2016. Il ricorso a tale tipologia di ricovero si colloca al di sopra della media regionale (essendo la stessa pari al

10,0%) nelle Aziende 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (28,9%), 03 Pescara (40,3%) e 04 Teramo (33,6%), mentre rimane al di sotto l'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti (3,1%).

LA RIABILITAZIONE E LA LUNGODEGENZA

- I ricoveri per riabilitazione in RO hanno un andamento decrescente fin dal 2007. Nel 2016 sono pari a 6.910, contro i 7.288 del 2015 e i 12.484 del 2007 [tabella n. 3/g/a, colonna "h"]. Essi costituiscono, in media, il 98,8% per il 2016 e il 98,7% per il 2015 dei ricoveri per riabilitazione [tabella n. 3/g/a, colonna "i"].
- Rimangono ancora circoscritti i ricoveri per riabilitazione in DH: l'indicatore, già sceso a 1,7% nel 2011, continua a scendere per arrivare a 1,3% nel 2015 (pari in valori assoluti a 97 ricoveri), ed ancora a 1,2% nel 2016 (pari in valori assoluti a 82 ricoveri) [tabella n. 3/g/a, colonne "m" e "l"] contro una media nazionale accertata del 9,1% nel 2016 [tabella n. 3/g/a, colonna "m"]. Nel triennio 2014-2016 solo l'Azienda 03 Pescara con una percentuale del 2,8% anche se in diminuzione rispetto al 2015 (3,9%) si pone sopra alla media regionale (1,2%) [tabella n. 3/g/b, colonna "m"], ma comunque notevolmente sotto quella nazionale 2016 (9,1).
- Presentano un trend decrescente le giornate di degenza per riabilitazione sia in RO (da 169.315 nel 2015 a 159.230 nel 2016) che in DH (da 1.344 nel 2015 a 1.094 nel 2016) [tabella n. 3/g/a, colonne "s" e "u"] presentano un trend decrescente. Altrettanto decrescente tuttavia si registra il trend delle giornate di degenza in RO per acuti (da 1.002.388 nel 2015 a 977.133 nel 2016) e in DH (da 117.894 nel 2015 a 112.794 nel 2016) [tabella n. 3/g/a, colonne "o" e "q"].
- I ricoveri per lungodegenza, hanno avuto un andamento altalenante, fino ad assestarsi nel 2016 a 2.612 [tabella n. 3/g/a, colonna "n"], mentre le giornate in lungodegenza da 34.577, nel 2013, tornano a salire a 40.138 nel 2015 e a 44.523 nel 2016 [tabella n. 3/g/a, colonna "w"].

IL CONFRONTO TRA PUBBLICO E PRIVATO

- Per ciò che concerne la percentuale d'attività svolta dalle case di cura private accreditate e non, nel confronto con il settore pubblico, [tabella n. 4/g/a] emerge che in Abruzzo l'ospedaliera privata ha sempre assorbito una percentuale di rilievo (da 21,5% per i ricoveri per acuti in RO nel 2003 fino a 28,2% nel 2006). Tuttavia, l'incidenza è andata via via riducendosi fino a toccare il 14% nel 2013 e nel 2014. Dal 2015 la percentuale torna a salire al 14,5% nel 2015 e al 14,9% nel 2016 [tabella n. 4/g/a, colonna "o"].

Di conseguenza la percentuale dei ricoveri in RO per acuti trattati in istituti pubblici, in crescita fino al 2013, torna a retrocedere fino all'85,1% nel 2016 [tabella n. 4/g/a, colonna "b"].

- Il ricorso ai **ricoveri per acuti in DH** per le sole **strutture private** [tabella n. 4/g/a, colonna “q”], che negli anni passati presentava un andamento altalenante ma in crescita, è pari al 20,9% nel 2016; l'indicatore dei ricoveri per acuti in DH delle **strutture pubbliche**, che nel 2013 era pari all'85,4%, si attesta al 79,1% nel 2016 [tabella n. 4/g/a, colonna “d”].
- Dal 2010, al regime ordinario per acuti si affianca, il **regime ambulatoriale, in percentuale del 72,7% per il pubblico e 27,3% per il privato**. Tuttavia, tale percentuale, per il pubblico si riduce drasticamente negli anni successivi per arrivare al 56,3% nel 2016, mentre il privato recupera tale settore (da 27,3% nel 2010 a 43,7% nel 2016). [tabella n. 4/g/a, colonne “f” e “s”].
- Con riferimento ai **ricoveri ordinari per riabilitazione** la composizione pubblico-privato privilegia sempre il settore privato, ma con tendenze differenti: aumentano i ricoveri in RO nelle strutture pubbliche (pari al 26,1% nel 2015 e al 27,1% nel 2016) [tabella n. 4/g/a, colonna “h”], mentre diminuiscono quelli nelle strutture private (dal 73,9% nel 2015, al 72,9% nel 2016 [tabella n. 4/g/a, colonna “u”]).

Il ricorso al privato per la riabilitazione, cresciuto nel 2015 in tutte e tre le Aziende che hanno strutture private nel proprio territorio, registra andamenti diversi nel 2016: nelle Aziende 01 Avezzano Sulmona L'Aquila e 03 Pescara, il ricorso al privato tende a salire, (rispettivamente 65,6% e 90,2%) [tabella n. 4/g/b, colonna “u”], mentre si riduce nell'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti (da 84,2% a 77,3%).

- **Per la lungodegenza, anche nel 2016 così come nel 2015, il pubblico assorbe la quasi totalità dei ricoveri** (rispettivamente 2.309 e 2.013 ricoveri in strutture pubbliche, contro i 303 e i 258 in quelle private).

La **situazione a livello aziendale** [tabella n. 4/g/b] si presenta diversamente articolata: 100% dei ricoveri in RO per acuti nell'Azienda 04 Teramo in strutture pubbliche, poiché nel territorio della medesima non insistono strutture private.

Il ricorso al RO per acuti in strutture pubbliche [tabella n. 4/g/b, colonna “h”] nel 2016 registra percentuali inferiori al 2015 per l'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila e 03 Pescara, percentuali superiori, invece, per l'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti.

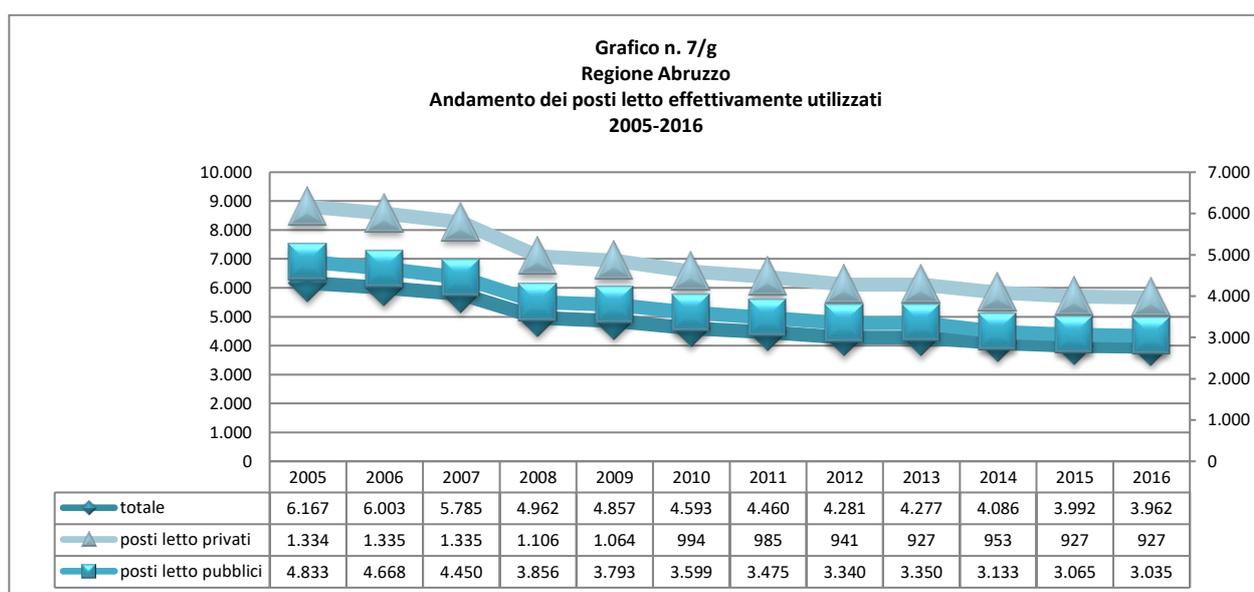
Tuttavia, resta alta la tendenza a privilegiare le strutture pubbliche rispetto a quelle private per tale tipologia di ricoveri.

LA DEGENZA MEDIA E IL TASSO D'OCCUPAZIONE

La **tabella n. 5/g** descrive, oltreché i posti letto presenti ed effettivamente utilizzati nell'anno, una serie d'indicatori d'attività ospedaliera, notoriamente utili per l'esame della medesima, fondati

sulla durata della degenza e non correlati alla tipologia di casistica trattata⁶¹. Gli stessi permettono una valutazione di massima sull'efficienza delle strutture ed offrono una linea di continuità con le valutazioni già effettuate dalla Sezione in questi termini⁶².

La rete ospedaliera ha contato, nel 2016, 3.962 posti letto effettivamente utilizzati, in diminuzione di 30 unità rispetto al 2015 che già registrava una diminuzione, rispetto al 2014, di 94 unità. I posti letto pubblici sono passati da 3.065 nel 2015, e a 3.035 nel 2016, mentre i posti letto privati sono rimasti costanti nel 2015 e 2016 (927).



Il grafico n. 7/g evidenzia l'evoluzione del numero dei posti letto effettivamente utilizzati dal 2005 al 2016⁶³.

Il **tasso d'utilizzo**, che esprime il numero dei posti letto occupati sul totale dei posti letto nell'anno

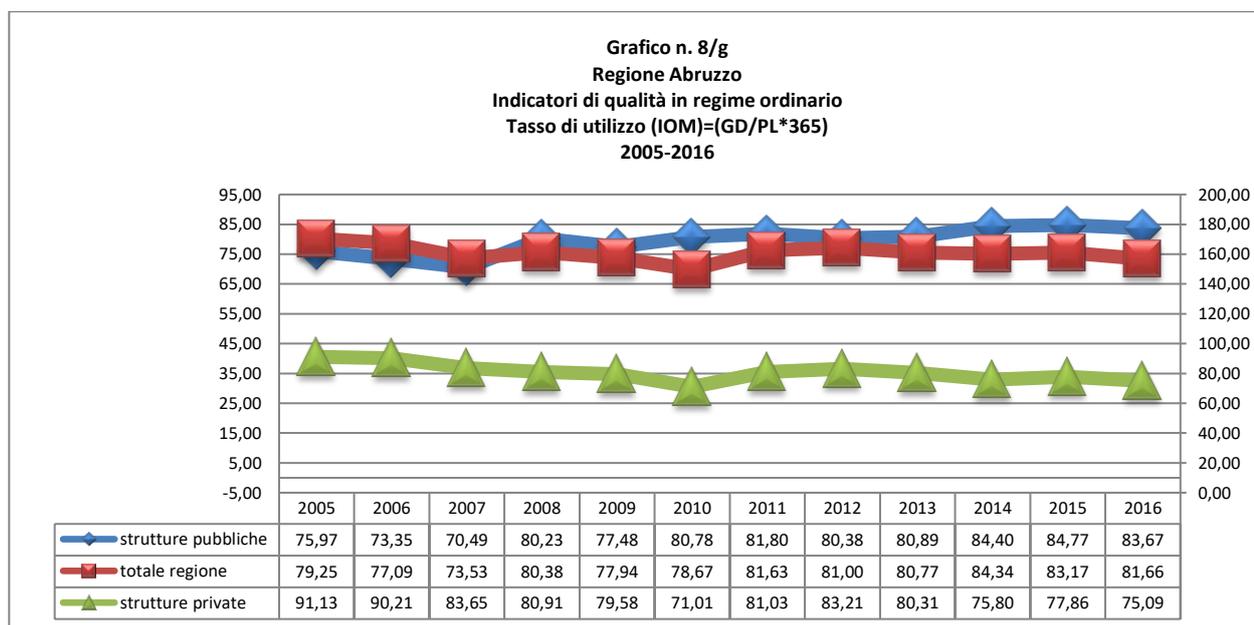
⁶¹ La tabella espone i seguenti dati:

- la **degenza media**, uguale al numero di giorni di degenza teorica, nell'ipotesi d'equa distribuzione delle durate per paziente, è calcolata come segue: "degenza media = totale dei giorni di degenza/numero dei ricoveri", tenendo conto che i valori estremi possono influenzare la media in maniera rilevante; per questo motivo un attento esame delle dimissioni devianti, partendo dalla qualità della registrazione dei dati nelle Schede di dimissione ospedaliera (SDO), è un passo obbligatorio prima d'ogni esame della durata della degenza;
- un confronto diretto con il numero dei posti letto, presenti nelle Aziende ed effettivamente utilizzati, è dato dal **tasso d'utilizzazione** che rappresenta la percentuale d'occupazione media dei posti letto nell'anno ed è costituito da: "tasso d'utilizzazione = totale giorni di degenza/(n. posti letto * intervallo temporale)" dove quest'ultima formula (n. posti letto * 365 giorni) equivale alle giornate di degenza potenziali;
- per vedere quanti pazienti transitano su un posto letto, nell'arco temporale considerato, si utilizza l'**indice di rotazione** secondo la formula: "indice di rotazione = n. ricoveri/n. posti letto" da confrontarsi con l'arco temporale considerato;
- l'ultimo indice d'attività è l'**intervallo di turnover**; esso misura l'intervallo di tempo medio che trascorre tra una dimissione ed un nuovo ricovero per posto letto, ossia il livello di disutilità espresso dall'inutilizzazione dei posti letto ed è così calcolato: "indice di turnover = (n. posti letto * intervallo temporale) - (totale giorni di degenza)/n. ricoveri"; in sintesi è il rapporto tra il numero di giornate non utilizzate ed il numero di ricovero.

⁶² I quattro indicatori esaminati separatamente vengono utilizzati nel "nomogramma di Barber".

⁶³ Per gli esercizi antecedenti al 2010, per le Aziende 01 Avezzano Sulmona L'Aquila e 02 Lanciano Vasto Chieti, sono stati sommati dalla Sezione, solamente a fini comparativi, i dati già in possesso attinenti alle Aziende fuse nelle nuove.

e dà la misura dell'intensità d'utilizzo dell'ospedale, dopo un andamento altalenante, si attesta all'81,66% nel 2016 [grafico n. 8/g].



Le **strutture pubbliche**, già da diversi anni si sono allineate al parametro di accettabilità⁶⁴: dal 2008 presentano un tasso di utilizzo che continua a salire fino al 2015, pari in tale anno a 84,77%, sceso di poco nel 2016 a 83,67%.

Diversa la situazione nelle **strutture private**: il tasso di utilizzo salito fino al 2006, con percentuali superiori al 90%, e che inizia a scendere dal 2007 al 2010 (anno in cui il valore scende sotto soglia a 71,01%), presenta, successivamente, un andamento altalenante, fino ad attestarsi a 75,09% nel 2016, pari al parametro soglia.

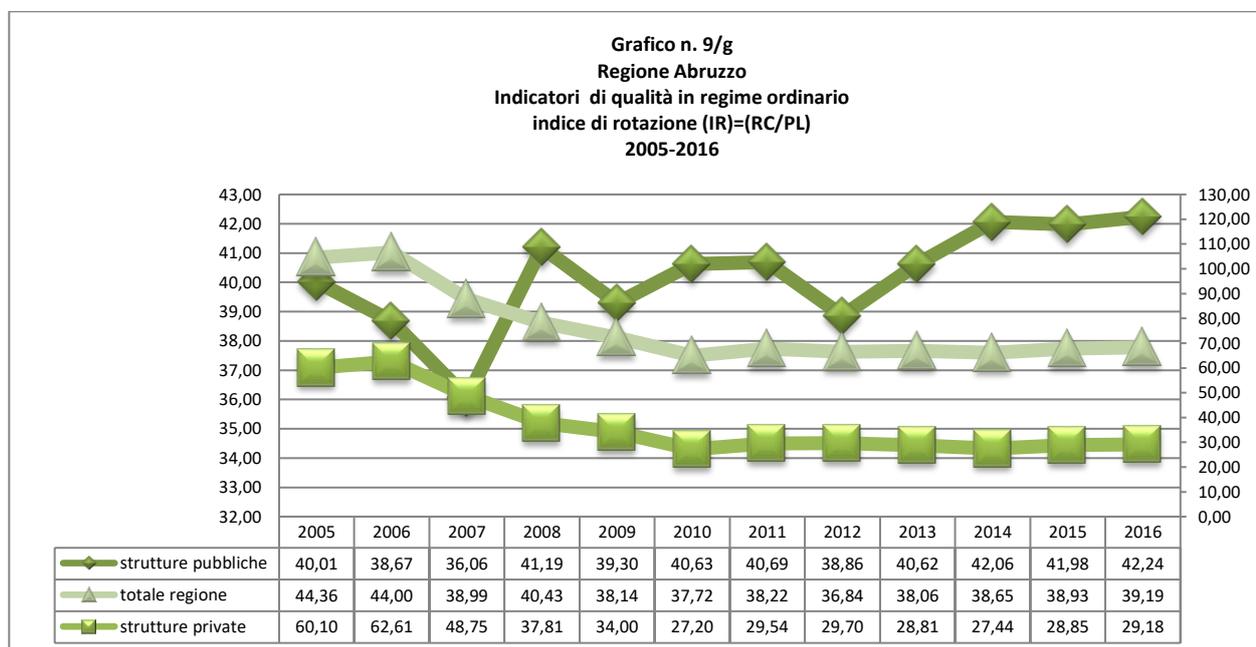
Nelle strutture private, fino al 2007, si registravano tassi di occupazione e indici di rotazione molto più alti rispetto al pubblico, che inducevano ad ipotizzare un sovra utilizzo (o utilizzo non adeguato al regime di ricovero) delle strutture medesime. Dal 2007 si assiste ad un andamento altalenante, ma decrescente dell'indice di rotazione [grafico n. 9/g]. Tuttavia, tale indicatore dal 2014 al 2016 risale (da 27,44 a 29,18 nel 2016).

Tali indici vanno letti anche alla luce della considerazione che il sistema di retribuzione del pubblico e del privato è diverso.

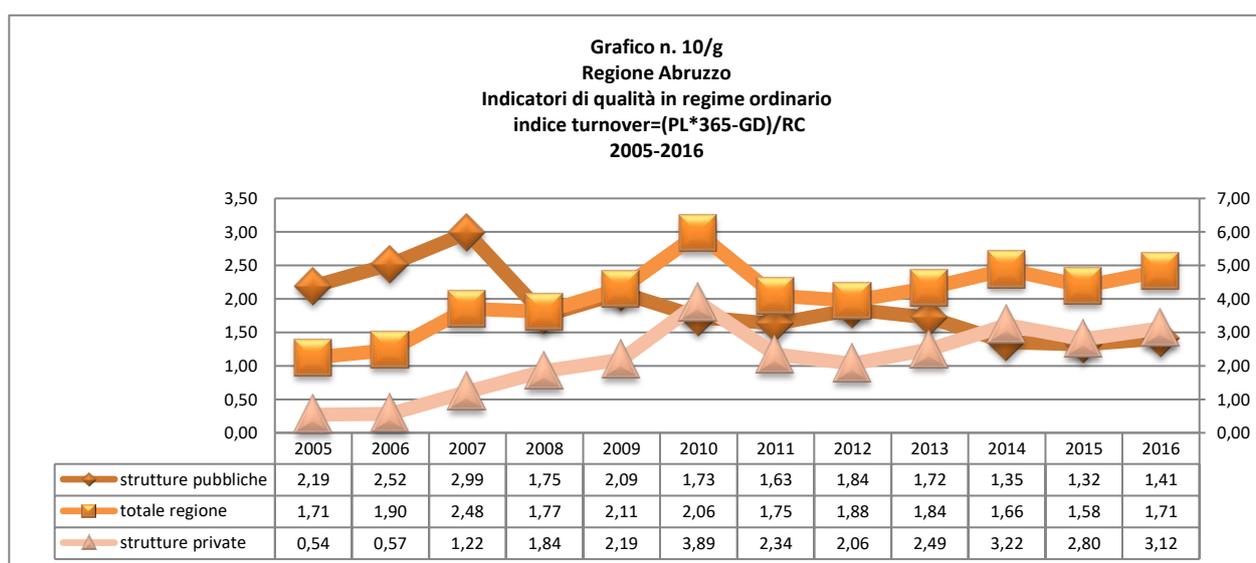
Nel pubblico l'**indice di rotazione** si attesta su valori costanti oscillanti, da 42,06 nel 2014, fino a 42,24 nel 2016.

⁶⁴ Il tasso di utilizzo ha lo scopo di quantificare i servizi offerti alla popolazione. Indica la percentuale media dei posti letto occupati al giorno. Soddisfacente area di accettabilità per un buon livello di efficienza del sistema è un tasso non inferiore al 75% (per tutti "Barber B. Efficiency in the National Health Service" in *The Lancet* marzo 1997).

Anche l'indice di rotazione regionale presenta un andamento altalenante fino a 38,93 nel 2015 e 39,19 nel 2016 [grafico n. 9/g].



Il *turnover* [grafico n. 10/g], che misura il periodo di tempo in giorni in cui un posto letto rimane libero, nell'ultimo triennio scende a 1,66 e a 1,58 rispettivamente nel 2014 e nel 2015 per poi risalire nel 2016 a 1,71.



Anche per tale indicatore, assolutamente differenti sono i valori riscontrabili nel pubblico e nel privato: *turnover* per il pubblico elevati: in media 1,41 nel 2016, contro il *turnover* per il privato di

3,12 nel 2016.

La **degenza media regionale** (misurata in giorni) risale dal 2006 (6,40), nelle annualità successive per arrivare a 7,80 giorni nel 2015, e 7,61 nel 2016.

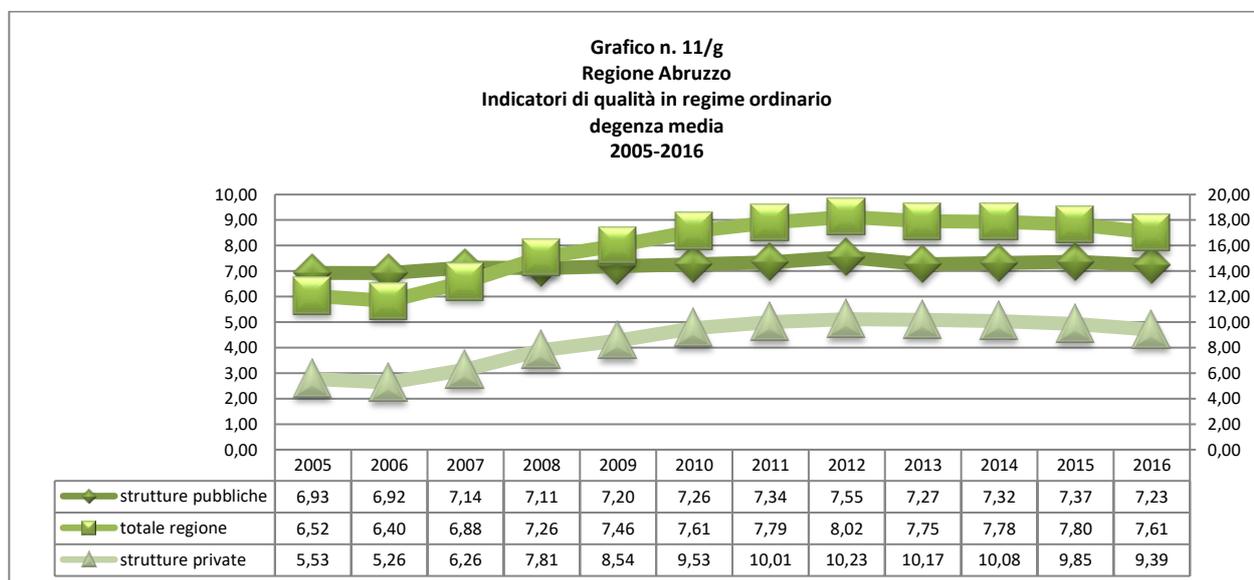
Anche nelle strutture private (correlata al *turnover*) la degenza media sale dal 2007 (6,26 giorni) per arrivare nel 2015 a 9,85 giorni (7,37 giorni per le strutture pubbliche), mentre scende nel 2016 a 9,39 contro i 7,23 giorni per le strutture pubbliche [tabella n. 5/g e grafico n. 11/g].

Tale indice (numero di giornate medie di ricovero), ad invarianza del *case mix* e della percentuale di casi complessi, dovrebbe costituire indice di una gestione più appropriata dei ricoveri stessi.

Esso rappresenta uno degli strumenti più utilizzati per descrivere l'efficienza delle strutture ospedaliere.

La degenza media in Italia è sostanzialmente stabile da diversi anni, posizionata su 6,9 giorni. Le medie nazionali al 2016 [cfr. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - dati SDO 2016 - Ministero della Salute - ediz. Maggio 2017 - tavola 2.1.2] si attestano, come per il 2015, su 7,3 giorni per gli istituti pubblici e 5,4 giorni per quelli privati [tabella n. 5/g].

Va, peraltro, ricordato che, ove correlato ad un alto tasso d'ospedalizzazione, questo indice non esprime però sintomi d'efficienza.



La valutazione di tali indici passa per la loro lettura integrata: ad un'alta percentuale di IOM (tasso d'utilizzo) corrisponde un basso indice di *turnover*, vale a dire che, con l'aumentare della percentuale d'occupazione dei posti letto diminuisce il numero dei giorni in cui essi rimangono liberi.

Il terzo indicatore (tasso d'occupazione media) può non essere direttamente collegabile, in termini d'efficienza/inefficienza, alla tendenza osservata nei primi due. Un'influenza su tale indicatore

potrebbe essere data dal tasso o meno del fattore complessità, che farebbe aumentare il numero medio di giornate di degenza e diminuire, di contro, il numero medio di ricoveri per posto letto. Tale fattore è esaminato nel paragrafo successivo.

4.4.3 Gli indicatori di complessità

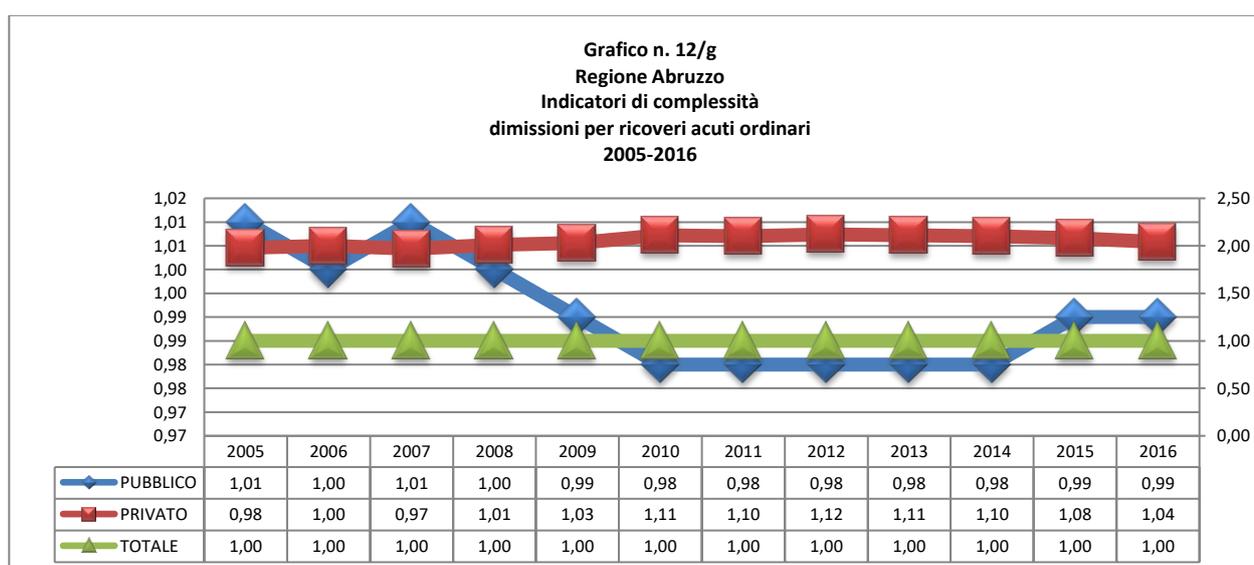
Le notizie e i dati offerti nelle precedenti tabelle acquistano maggiore significato e differente rilievo, se posti in relazione alle particolari caratteristiche dell'offerta ospedaliera, perché la complessità dei dati trattati nei ricoveri incide fortemente su alcuni indicatori d'efficienza (degenza media, *turnover*) e, peraltro, influisce in larga misura sui costi.

Le tabelle n. 6/g/2014, 6/g/2015 e 6/2016, compilate dal Dipartimento per la Salute e il Welfare (elaborazione dati effettuata dal Servizio Governo dei dati, Flussi informativi e Mobilità sanitaria), esprimono la complessità dei casi trattati da strutture pubbliche e private della Regione, in ragione del "peso medio", dato dall'insieme dei casi trattati nella Regione, in tutte le sue strutture.

Fatto 1,00 l'indice regionale, le Aziende che contengono strutture di ricovero a più alta specializzazione espongono valori superiori all'unità, al contrario valori inferiori all'unità indicano una minore complessità della casistica rispetto a quella di riferimento.

Le tabelle si riferiscono, in particolare, alle dimissioni per ricoveri acuti ordinari.

Il quadro che si presenta è sostanzialmente stabile, con i valori di qualche struttura registrabili sopra il peso medio regionale, ma in media stabilmente pari all'unità, come si evince anche dal successivo grafico che mette a confronto gli indicatori a livello pluriennale.



Nel 2016 si registrano valori pari o superiori al peso medio regionale (pari a 1,00) per 9 strutture

con variabili da 1,00 a 1,30, corrispondenti, pertanto, ad una complessità media regionale tra l'1% e il 30%. Il valore massimo passa da 1,28 del 2011 a 1,30 nel 2016. Il numero di strutture è più basso rispetto al 2014 (13 strutture) e al 2015 (12 strutture)

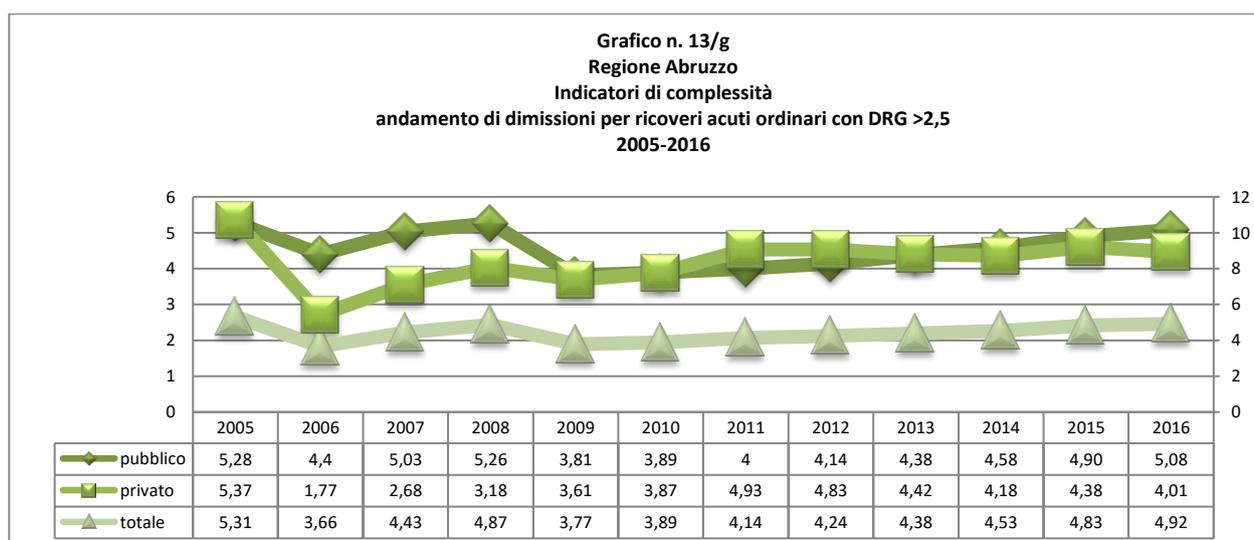
Il numero complessivo delle strutture che offrono ricoveri acuti ordinari, nel tempo si è ridotto. Non figurano più, negli anni considerati, le seguenti strutture: S. Raffaele (Sulmona)-privato; Nova Salus (Trasacco)-privato; S. Francesco (Vasto)-privato; Rinaldi (Pescina)-pubblico; Umberto I (Tagliacozzo)-pubblico; Consalvi (Casoli)-pubblico; Provinciale Gissi (Gissi)-pubblico. A queste si aggiunge nel 2016 la struttura di Villa Pini (Chieti)-privato.

Ciò conferma che il processo attivato di riconversione e rimodulazione della rete ospedaliera attuativo del Piano di rientro e dei successivi piani operativi è in fase di piena realizzazione.

Esaminati gli indici a livello aziendale, anno 2016, essi mostrano che il valore medio aziendale è superiore al valore medio regionale per le Aziende 01 Avezzano Sulmona L'Aquila (1,01) e 03 Pescara (1,02) ed inferiore per le rimanenti.

Nelle stesse Aziende, sia il pubblico che il privato presentano indici superiori al valore medio regionale. Ove si esaminino gli indici delle singole strutture, si riscontra che l'indice elevato continua a persistere per Villa Letizia dell'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila con l'1,30 rimasto costante rispetto al 2015.

All'interno della casistica trattata l'incidenza dei casi complessi⁶⁵ (ultima colonna % di DRG > 2,5) subisce l'evoluzione rappresentata dal successivo grafico:



In crescita dal 2003 al 2005, l'indicatore nel 2006 registra una flessione pari al 3,66, valore che cresce

⁶⁵ L'indicatore (DRG > 2,5) misura la casistica di alta complessità calcolata sui ricoveri attribuiti a DRG con peso superiore a 2,5.

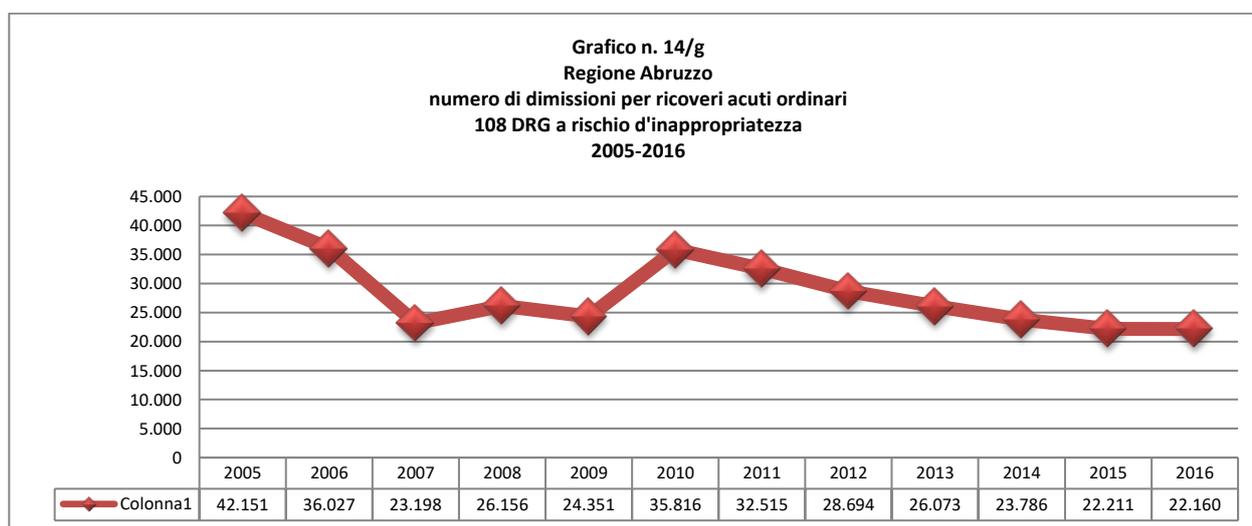
nel 2007 (4,43) e nel 2008 (4,87). Nel 2009 e nel 2010, scende di nuovo: rispettivamente a 3,77 e 3,89. Il valore risale dal 2011 (4,14), fino a 4,53 nel 2014, a 4,83 nel 2015 e a 4,92 nel 2016.

4.4.4 Gli indicatori d'appropriatezza

- Sono definiti inappropriati i casi in regime di ricovero ordinario o in DH che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso assetto assistenziale, con identico beneficio per il paziente, e con minor impiego di risorse: tali prestazioni sono incluse nei LEA solo se l'erogazione delle stesse avviene secondo le modalità più appropriate⁶⁶.

La lista dei 43 *Diagnosis Related Groups* – Raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) ad alto rischio d'inappropriatezza, di cui all'allegato 2C del D.P.C.M. 29 novembre 2001, è stata integrata dalla delibera n. 3 del 13 febbraio 2010, con la quale il Commissario *ad acta* per la Regione ha esercitato la facoltà prevista dall'art. 6, comma 5, del Patto per la salute 2009-2012, sulla base della lista contenuta negli elenchi A e B allegati al Patto medesimo, portandoli a 108 DRG a rischio d'inappropriatezza.

- Nelle tabelle n. 7/g/2014 e n. 7/g/2015, sono riportati i ricoveri inappropriati, calcolati sulla base dei 108 DRG. Il numero di essi, presenta un trend in diminuzione come si evince dal successivo grafico: in costante decrescita annua dal 2010 (35.816), fino a 22.211 nel 2015 e a 22.160 nel 2016.



⁶⁶ Con riferimento ai 43 DRG ad “alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria” di cui allegato 2C del DPCM 29.11.2011 che, si ricorda, sono patologie per le quali le Regioni sono state chiamate a stabilire “un valore percentuale/soglia d’ammissibilità” in regime ordinario oltre il quale tali prestazioni possono definirsi “inappropriate” - nel corso del 2002 quasi tutte le Regioni hanno fissato tali valori soglia, pur ricorrendo a metodologie differenti. Ciò ha portato all’individuazione di soglie d’ammissibilità che, per il medesimo DRG, possono essere anche molto differenti anche in ragione dei diversi processi di riorganizzazione via via intrapresi dalle Regioni. Come già ricordato nei precedenti referti, la Regione Abruzzo ha provveduto solo a luglio 2003, con la deliberazione di Giunta regionale n. 504/2003 del 1° luglio 2003, con cui sono stati regolamentati gli allegati 2B e 2C del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA (livelli essenziali d’assistenza), stabilendo le soglie d’ammissibilità di ricovero ordinario per le prestazioni di cui all’allegato 2C del citato DPCM.

Ove si abbia riguardo alla **percentuale cumulata**, in base alla quale i ricoveri sono stati ordinati per incidenza [tabella n. 7/g, colonna “% sul totale ricoveri inappropriati”], si pone in rilievo che nel 2016 il 51,39% è costituito dai primi 16 DRG che si ripetono con le frequenze indicate in tabella (51,61% nel 2015).

Si evidenzia, peraltro, che alcuni DRG (**primi 15 nel 2016**) costituiscono ancora **una parte fissa dei ricoveri acuti a rischio d'inappropriatezza**: essi pesano per il 49,35% nel 2016 (49,75% nel 2015).

Su un totale regionale di dimissioni per ricoveri acuti ordinari (esclusa la mobilità extraregionale) evoluto da 161.906 nel 2011 a 133.607 nel 2014, a 130.200 nel 2015 e a 129.690 nel 2016, la percentuale di ricoveri inappropriati si riduce **positivamente** da 20,08% nel 2011 a 15,00% nel 2016 [tabelle n. 8/g/2014 e n. 8/g/2015] in evidente diminuzione.

- Tuttavia, l'analisi per singole strutture delle dimissioni per ricoveri acuti ordinari sui 108 DRG a rischio d'inappropriatezza, mostra **realità aziendali completamente differenti**: registrano un numero di casi superiore alla media l'Azienda 03 Pescara ascrivibile, in linea di massima, a tutte le strutture pubbliche e private, ad eccezione della Casa di cura Villa Serena (in particolare, nel 2016 l'Azienda presenta una percentuale pari a 20,99% contro un valore regionale pari a 15,00%); segue l'Azienda 04 Teramo con una percentuale nel 2016 del 16,69% (nel 2015 del 17,92%). Anche per quest'ultima, tutte le strutture si pongono sopra della media regionale [tabella n. 8/g/2016 e tabella 8/g/2015].

Nell'ambito, invece, delle singole Aziende ricorre la seguente situazione nel 2016 [tabella n. 8/g/2016]:

- per l'**Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila**, che presenta un numero di dimissioni, esclusa la mobilità extraregionale, per ricoveri acuti ordinari a rischio d'inappropriatezza pari al 12,97% sotto la media regionale del 15,00%, si registrano percentuali elevate di ricoveri a rischio d'inappropriatezza in determinate strutture private quali la Casa di cura Villa Letizia (27,19%), la Casa di cura di Canistro (25,79%) e la Casa di cura Immacolata (21,51%), nonché in alcune pubbliche, quale l'Ospedale civile di Castel di Sangro (21,09%) e l'Ospedale dell'Annunziata di Sulmona (17,03%);
- per l'**Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti**, che presenta un indicatore di dimessi con DRG inappropriati assai contenuto (8,81%), è il settore privato a registrare negli anni 2011-2016 le percentuali più elevate: in particolare, la Casa di cura Spatocco (20,19%) per il privato e l'Ospedale Maria SS Immacolata (23,33%) per il pubblico;
- per l'**Azienda 03 Pescara** percentuali superiori si registrano per tutto il settore pubblico, in particolare per l'Ospedale civile San Massimo di Penne (29,24%) mentre per il settore privato è la Casa di cura Pierangeli a registrare il 32,99%;
- per l'**Azienda 04 Teramo** è l'Ospedale Maria SS.ma dello Splendore di Giulianova a far registrare

le percentuali più elevate di ricovero a rischio d'inappropriatezza (19,93%), seguito dall'Ospedale "Val Vibrata" di Sant'Omero (18,55%).

Le percentuali finora riscontrate, poste a confronto con i dati del 2015, evidenziano che, seppure alte, presentano, in alcuni casi, un trend in riduzione. In particolare, la Casa di cura Villa Letizia (Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila) presenta un indicatore del 27,19% nel 2016 che, sebbene alto, è più contenuto del 31,91% nel 2015; la Casa di cura Pierangeli (Azienda 03 Pescara) che registra una leggera diminuzione rispetto al 2015 (da 33,09% a 32,99%).

Registrano, di contro, un aumento rispetto all'anno precedente, per l'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila, la Casa di cura Immacolata (da 17,45% nel 2015 a 21,51% nel 2016); per l'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti, l'Ospedale Maria SS Immacolata di Guardiagrele registra un aumento da 16,42% nel 2015 a 23,33% nel 2016; per l'Azienda 03 Pescara è l'Ospedale S. Massimo di Penne che passa dal 23,17% nel 2015 al 29,24% nel 2016; per l'Azienda 04 di Teramo, l'Ospedale Val Vibrata di Sant'Omero passa dal 17,14% nel 2015 al 18,55% nel 2016.

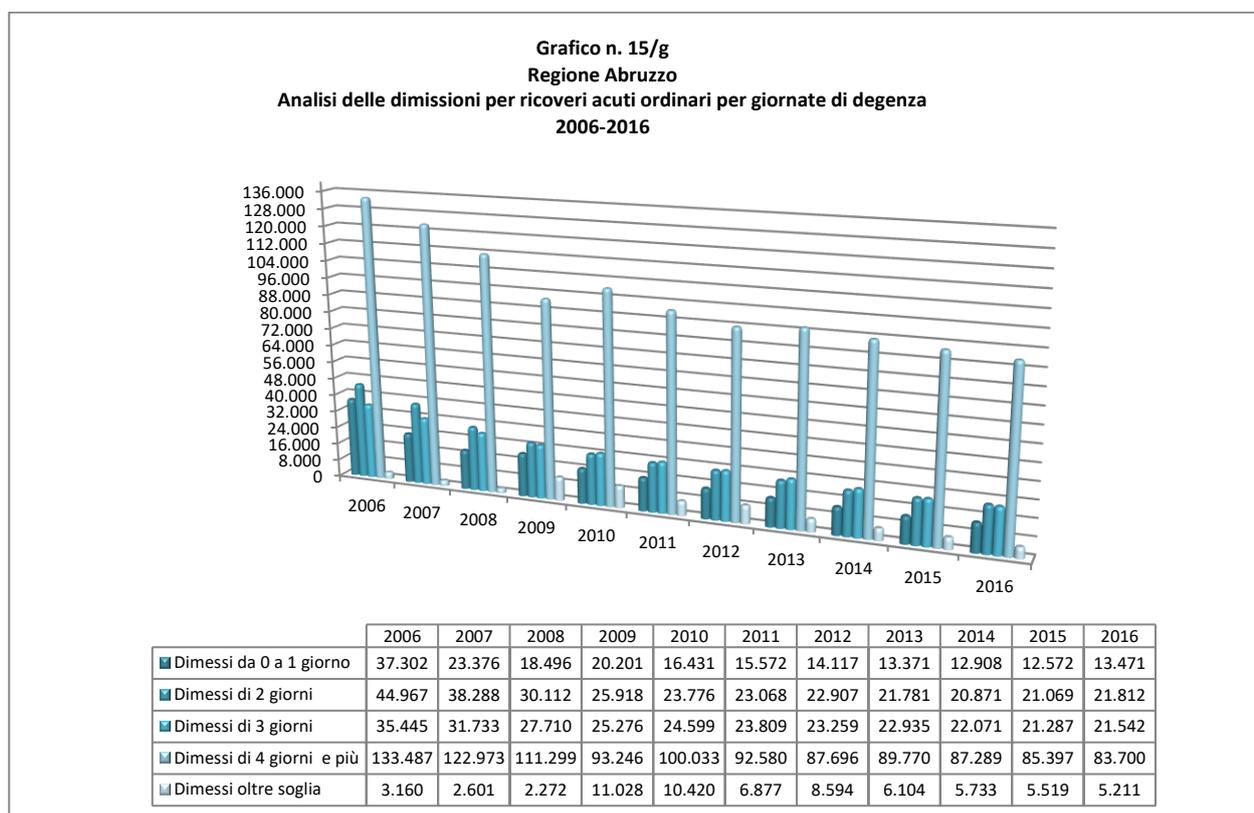
Come si evince dalla **tabella n. 8/g/2016**, si evidenziano nel 2016 strutture con percentuali assai contenute di ricoveri a rischio d'inappropriatezza: per l'Azienda 01 Avezzano Sulmona L'Aquila, Ospedale Civile SS Filippo e Nicola (10,42%) e la Casa di cura Di Lorenzo (6,41%), per l'Azienda 02 Lanciano Vasto Chieti sono quattro le strutture ad avere percentuali contenute, in particolare l'Ospedale Civile di Atessa (2,02%).

- Per completezza si riporta l'analisi delle dimissioni per ricoveri acuti ordinari afferenti ai 108 DRG a rischio di inappropriatezza per giornate di degenza da cui si evince l'analisi dei DRG inappropriati in relazione alle percentuali che ognuno di essi occupa sul totale [tabella nn. 9/g/2014, 9/g/2015 e 9/g/2016]. L'indicatore "*percentuale di ricoveri brevi*" fa riferimento ai ricoveri per acuti, la cui durata è di due o tre giorni. Il valore medio nazionale 2016 si aggira sul 25,05% (25,34% nel 2015 e 25,57% nel 2014) di percentuale di ricoveri brevi 2-3 giorni sul totale dei ricoveri in RO con DRG medico [cfr. **Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - dati SDO 2016 - Ministero della Salute - Ediz. Maggio 2017 - tavola 4.1**].

La Regione Abruzzo nel 2016 [tabelle n. 9/g/2016], ha registrato relativamente ai ricoveri per acuti superiore ai 4 gg, una percentuale pari al 57,43% in diminuzione rispetto al 2015 (58,55%).

Sale di poco la percentuale dei ricoveri da 0 a 1 giorni (da 8,62% nel 2015 a 9,24% nel 2016), così come la percentuale dei ricoveri di 2 gg (da 14,45% nel 2015 e 14,97% nel 2016), e dei ricoveri a 3 gg (da 14,60% nel 2015 e 14,78% nel 2016).

La percentuale dei **dimessi oltre soglia**⁶⁷ si colloca a **3,58%** nel 2016. Quest'ultima varia in maniera altalenante: nel 2011 i dimessi oltre soglia sono pari a 4,25% del totale dei dimessi, indicatore che risale a 5,49% nel 2012 per riscendere nel 2013, 2014 e 2015 rispettivamente a 3,96%, a 3,85%, a 3,78% e a 3,58% nel 2016. Segue grafico riepilogativo dell'andamento delle dimissioni per ricoveri acuti ordinari per giornate di degenza dal 2006 al 2016.



L'indice non è interpretabile univocamente come indicatore di non appropriatezza, poiché il suo incremento può essere causato da un utilizzo più efficiente, con dimissioni precoci di pazienti, a seguito di un miglioramento dell'assistenza territoriale o dello slittamento in regime di ricovero di prestazioni diagnostiche, precedentemente erogate in DH o in ambulatorio. Tale valore resta, peraltro, molto alto in Abruzzo.

4.4.5 Gli indici di fuga

Nella **tabella n. 10/g** sono riportati i dati d'attività delle singole Aziende con riferimento ai propri pazienti e a quelli di altre Aziende.

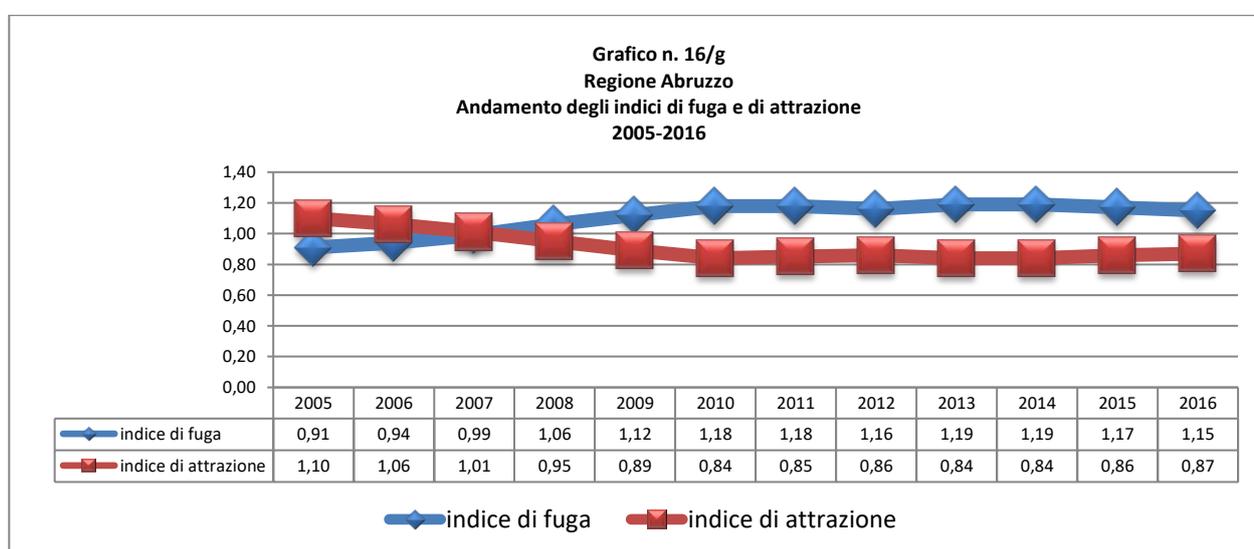
Gli indici di mobilità, in termini di ricoveri, sono:

⁶⁷ Intendendosi per tale il valore della durata della degenza, specifico per ciascun DRG, al di sopra o al di sotto del quale un ricovero in RO viene considerato anomalo per la durata della degenza.

- **tasso d'emigrazione fuori ASL**, che indica la percentuale di pazienti residenti in ciascuna Azienda che si rivolge a strutture esterne ad essa rispetto al totale dei ricoveri dei residenti, utile per l'Azienda ai fini della valutazione delle patologie di fuga;⁶⁸
- **tasso di emigrazione fuori Regione o indice di fuga regionale**, che indica la percentuale di pazienti abruzzesi che si è rivolta a strutture ospedaliere fuori Regione;⁶⁹
- **tasso di emigrazione totale**, che indica la percentuale di pazienti abruzzesi che si è rivolta a strutture ospedaliere di Aziende e Regioni non di residenza;
- **tasso d'immigrazione da fuori ASL**, che indica la percentuale di pazienti residenti fuori dell'Azienda rispetto al totale di ricoveri nell'Azienda;⁷⁰
- **tasso d'immigrazione da fuori Regione**, che indica la percentuale di pazienti non abruzzesi che si ricoverano in un'Azienda.⁷¹

L'indice di fuga fuori Regione, pari a **1,15** nel 2016, continua ad essere notevolmente superiore rispetto all'indice di attrazione. Esso è tendenzialmente stazionario rispetto agli anni precedenti (**1,17** nel 2015 e **1,19** nel 2013 e 2014).

Del pari, e in contrapposizione, stazionario appare anche l'indice di attrazione (**0,87** del 2016 contro **0,86** del 2015 e **0,84** del 2014). La Regione Abruzzo dunque non è riuscita ad invertire l'andamento di tali indici che è sintetizzato nel successivo grafico.



Nel 2007 i due indicatori sembrano eguagliarsi, ma dal 2008 in poi si allarga la forbice e cresce il

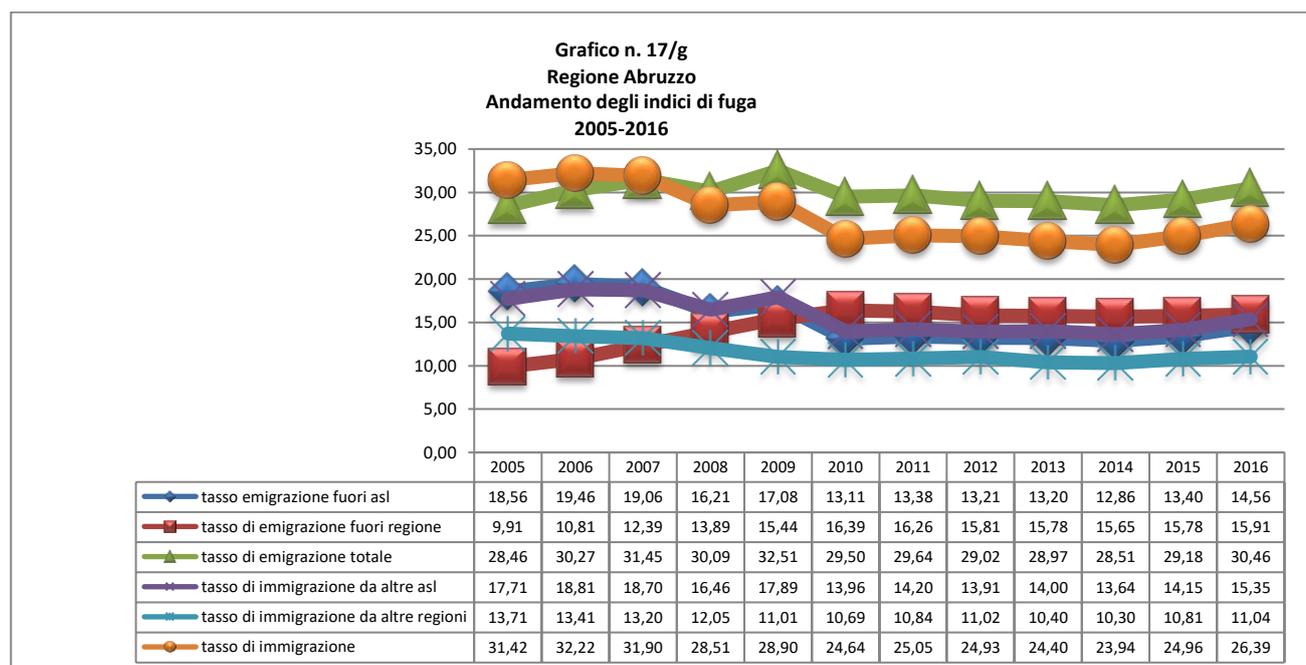
⁶⁸ Tasso d'emigrazione fuori ASL = (n. ricoveri fuori ASL d'appartenenza di residenti/ n. totale ricoveri di residenti)*100.

⁶⁹ Tasso d'emigrazione fuori Regione = (n. ricoveri abruzzesi fuori Regione–mobilità interregionale passiva/ totale ricoveri residenti)*100.

⁷⁰ Tasso d'immigrazione da fuori ASL = (n. ricoveri nella ASL di residenti fuori ASL /n. totale ricoveri nella ASL)*100.

⁷¹ Tasso d'immigrazione da fuori Regione = (n. ricoveri nella ASL di residenti fuori Regione/ n. totale di ricoveri nella ASL)*100.

divario fra i ricordati indici. Nel 2016 la situazione non mostra segni di miglioramento. Il **tasso d'immigrazione** da altre Regioni in riduzione dal 2007 (13,20%) fino al 2010 (10,69%), solo nel 2011 e 2012 segnala un lieve incremento (rispettivamente 10,84% e 11,02%) mentre, nel 2013, torna a ridursi a 10,40% così come nel 2014 a 10,30%. Nel 2015 aumenta a 10,81% e sale ancora nel 2016 a **11,04%** [tabella n. 10/g colonna "r"]. Anche per tali indicatori l'andamento è significativamente riassunto nel grafico che segue.



Il tasso di emigrazione fuori Regione, che presenta un trend decrescente fino al 2014, risale a 15,78% nel 2015 e a 15,91 nel 2016 [tabella n. 10/g colonna "o"].

Da quanto sopra esposto si evince la concordanza degli andamenti relativi all'indice di attrazione e al tasso d'immigrazione da altre Regioni così come c'è concordanza tra gli andamenti dell'indice di fuga e del tasso di emigrazione fuori Regione. Le realtà territoriali, come si evince dai grafici di seguito riportati per ciascuna Azienda sanitaria, relativi all'indice di fuga e all'indice di attrazione (2010-2016), appaiono comunque differenti.

Per il 2014, 2015 e 2016, le Aziende **01 Avezzano Sulmona L'Aquila** e **03 Pescara** presentano una **situazione positiva**, poiché l'indice di attrazione è superiore all'indice di fuga, diversamente dalle Aziende **02 Lanciano Vasto Chieti** e **04 Teramo** in cui accade esattamente il contrario, poiché l'indice di attrazione ha valori inferiori all'unità nel periodo considerato e, in particolare per l'Azienda 04 Teramo si segnala, oltretutto, un valore molto alto dell'indice di fuga rispetto a quello di tutte le altre Aziende (3,03 nel 2014, 2,83 nel 2015 e 3,05 nel 2016).

Grafico n. 18/g
Azienda sanitaria locale 01
Avezzano Sulmona L'Aquila
andamento degli indici di fuga 2010-2016

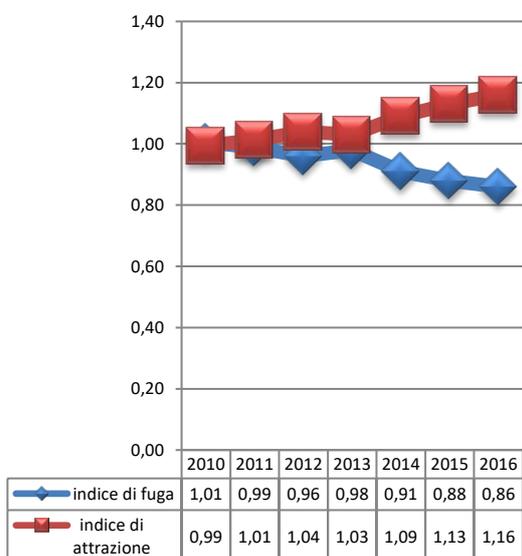


Grafico n. 19/g
Azienda sanitaria locale 02
Lanciano Vasto Chieti
andamento degli indici di fuga 2010-2016

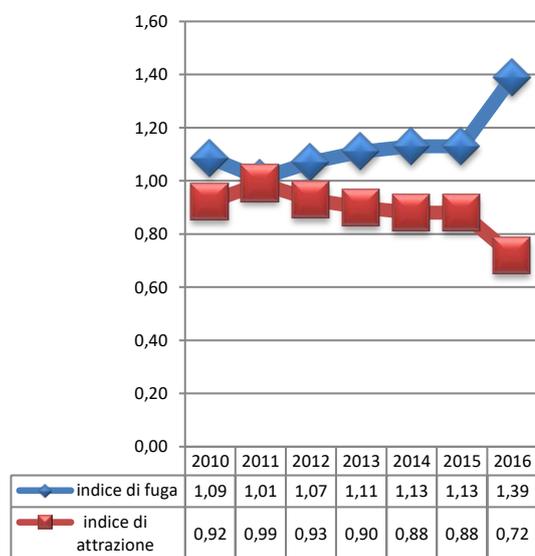


Grafico n. 20/g
Azienda sanitaria locale 03
Pescara
andamento degli indici di fuga 2010-2016

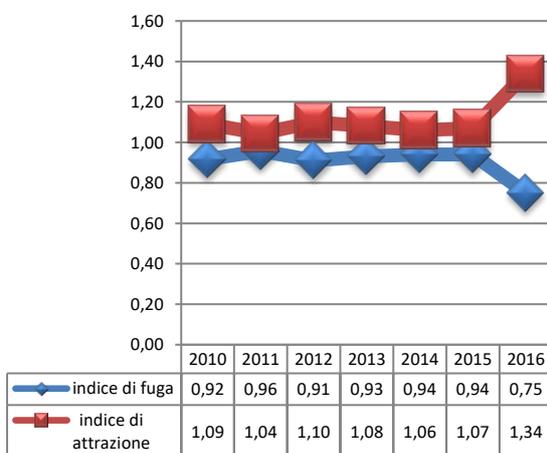
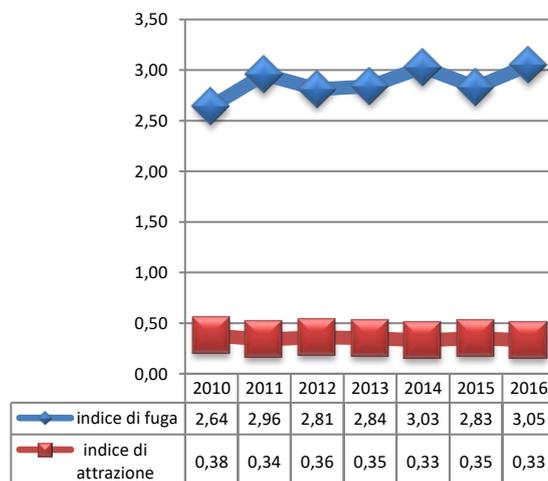


Grafico n. 21/g
Azienda sanitaria locale 04
Teramo
andamento degli indici di fuga 2010-2016



4.5 L'assistenza distrettuale

Secondo il decreto legislativo n. 229/99, le Aziende si articolano, da un punto di vista organizzativo, in distretti sanitari di base i quali gestiscono i servizi di primaria assistenza ambulatoriale e domiciliare. L'assistenza distrettuale mira a coordinare tutti i percorsi d'accesso ai servizi sanitari da parte dell'utente. **Rilevante allora la medicina di base i cui erogatori, convenzionati con il SSN, dovrebbero regolare l'accesso agli altri servizi offerti dal sistema**⁷².

Gli aspetti gestionali presi in esame, attraverso l'analisi delle tabelle e degli indicatori collegati, sono solo quelli legati all'assistenza sanitaria di base; per ciò che concerne l'assistenza farmaceutica convenzionata e quella specialistica ambulatoriale, i dati raccolti sono stati anticipati nel corso della relazione.

Si richiama l'attenzione sul recente decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, che all'art. 1 prevede *“il riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle Aziende sanitarie locali”*, assegnando alle Regioni il compito di definire *“l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria”*.

“In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le regioni, avvalendosi di idonei sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche”.

Si prevede, altresì, che *“le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Le regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza”*.

La legge di conversione, con la previsione delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e delle unità

⁷² Secondo l'art. 2, comma 2-*sexies*, del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502, spetta alla Regione, oltreché l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali, le quali assicurano, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, anche *“la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa intensità di popolazione”*. I distretti sono individuati (art. 3-*quater*) dagli atti aziendali.

complesse di cura primarie (UCCP) tende ad assicurare un assetto organizzativo che salvaguardi l'assistenza primaria, tale da rispondere in modo adeguato alla necessità della popolazione residente nei distretti.

Il personale convenzionato è costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali.

Per i medici di medicina generale è istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali.

Tale normativa prevede una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari nell'ambito della quale vari professionisti possano operare in una logica multi-professionale e multi-disciplinare secondo principi di collaborazione ospedale-territorio, di continuità assistenziale, di appropriatezza del luogo di cura. Il medico di medicina generale svolge un ruolo strategico rappresentando, nell'ambito dell'assistenza distrettuale, il primo punto di accesso al SSN e la figura di riferimento per i bisogni assistenziali dei cittadini.

I Presidi Territoriali di Assistenza H24 (PTA), in effetti, si avvicinano al modello strutturale della legge, e con i DCA n. 25 e n. 26 del 2013 - riferiti tra l'altro all'individuazione degli ambiti territoriali di scelta dei Medici di Medicina Generale (MMG) - si prevede il coordinamento tra PTA/UCCP e AFT - Presidi Territoriali di Assistenza H24/Unità Complesse di Cure Primarie e Aggregazioni Funzionali Territoriali - e dunque la predisposizione, da parte della singola Azienda, di un Piano della Rete Territoriale, che parta dall'individuazione dei punti di erogazione che più si avvicinano alle caratteristiche dei PTA e tenga conto di numerose variabili, quali il posizionamento di questi punti all'interno del distretto e i tempi di percorrenza per il raggiungimento degli stessi.

Già con i DCA n. 40/2012 e n. 45/2012 si era rideterminata, dopo molti anni, la presenza sul territorio dei medici di famiglia, dei pediatri e dei medici di guardia medica; i DCA n. 25/2013 e n. 26/2013 potenziano il diritto di scelta per l'assistito ampliando gli ambiti territoriali di scelta del medico di fiducia da 1.500 a 5.000 abitanti. Con i successivi DCA n. 60/2013 e n. 61/2013, con i quali, si è adottato, rispettivamente, il Piano di governo clinico per il biennio 2013/2014 e si è riorganizzato il servizio di Continuità Assistenziale (CA), adeguandolo al nuovo assetto territoriale delle Aziende⁷³. Nel 2015, come già visto (cfr. precedente referto), sono state approvate forme sperimentali di organizzazione in relazione a quanto previsto dal decreto legge n. 158/2012, con la creazione di "Studi aperti".

4.5.1 L'assistenza sanitaria di base

Nella composizione dei costi della produzione per l'acquisto di servizi sanitari la medicina generale è pari al 13,1% del totale nel 2016 [tabella n. 5/gc] e costituisce solo il 5,6% dei costi di produzione in generale.

La voce, con riferimento alla medicina di base da convenzione, sale dello 0,4% nel 2016 dopo un calo

⁷³ Il Tavolo di monitoraggio di fine anno 2013 evidenziava la carenza di dati sul numero effettivo delle sedi di Continuità assistenziale (C.A.) operative nelle 4 Aziende per verificare il raggiungimento del rapporto "ottimale" di un medico di C.A. per non meno di 3.500 abitanti.

dello -0,1% nel 2015 rispetto al 2014.

La tabella n. 1/asb riporta la costruzione dei semplici indicatori su tale voce di spesa, concernenti il rapporto tra i fornitori della medicina di base (medici e pediatri di libera scelta) e l'utenza.

È esposta, da un lato, la popolazione divisa per fasce d'età, dall'altro il costo della medicina generale, il numero dei medici di Medicina generale e dei pediatri di libera scelta e il numero di ricette farmaceutiche redatte da tali prescrittori.

Gli indicatori esprimono:

- colonna 10 = rapporto tra il numero di medici di Medicina generale e popolazione d'età maggiore di 14: **n. medici*1000/popolazione residente maggiore o uguale a 14 anni**. Esso misura la presenza sul territorio dei medici di Medicina generale rispetto alla popolazione residente. Il parametro di riferimento per il Ministero è il valore medio nazionale. In attesa di tale confronto si rapportano le Aziende al valore medio regionale;
- colonna 11 = rapporto tra numero pediatri di libera scelta e la popolazione residente d'età inferiore a 14 anni: **n. pediatri di libera scelta*1000/popolazione residente inferiore a 14 anni**;
- colonna 12 = rapporto tra numero pediatri di libera scelta e la popolazione residente di età inferiore a 7 anni: **n. pediatri di libera scelta*1000/popolazione residente inferiore a 7 anni**. Esso misura la presenza sul territorio dei pediatri di libera scelta rispetto alla popolazione residente in età pediatrica;
- colonna 13 = riguarda il costo *pro capite* della Medicina generale, ricavato dalla formula: **costo della Medicina generale/popolazione residente** ed esprime quanto spende la Regione per la Medicina di base. Il riferimento anche qui è quello del costo *pro capite* regionale;
- colonna 14 = l'ultimo indicatore, che è ricavato dal **numero medio di ricette farmaceutiche** prescritte dai Medici di Medicina generale e pediatri di libera scelta, esprime un indirizzo sull'attività dei medici relativa alla prescrizione dei farmaci.

Dalla tabella si evince che il numero dei Medici di Medicina generale e dei Pediatri è sostanzialmente costante nel tempo solo fino al 2014: nel 2014 si riscontrano 1.114 unità per i medici di medicina generale, che scendono a 1.101 nel 2015 e risalgono a 1.116 nel 2016; per i pediatri di libera scelta si passa da un totale di 180 nel 2010-2012, a 178 nel 2013 e 2014, a 177 nel 2015, e a 175 nel 2016.

Il rapporto medici/pediatri e popolazione assistita anche nel 2016, rispetto alle annualità precedenti, è stabile: **0,96 per ogni 1000 abitanti adulti**, così come nel 2015 e 2014, e **2,16 per ogni 1000 abitanti assistiti in età pediatrica** (2,21 nel 2015 e 2,61 nel 2014).

A ciascun residente l'assistenza di base, erogata peraltro anche ai non residenti⁷⁴, è costata 93,56 euro nel 2013, 95,16 euro nel 2014 e 99,90 euro nel 2015. Nel 2016 si scende a 96,17 euro.

L'attività medica di base, oltre a costituire un costo diretto per le Aziende, difficilmente comprimibile, genera una serie di altre spese correlate (prescrizione di farmaci, accertamenti specialistici, ricoveri ospedalieri) che, ricadendo nel delicato concetto di appropriatezza possono e devono essere costantemente monitorati.

Nella tabella si dovrebbe dare conto anche del numero di ricette farmaceutiche prescritte nelle

⁷⁴ Dalla tabella andrebbero sottratti i ricavi per mobilità attiva i quali, tuttavia, incidono in maniera del tutto marginale sul totale dei costi.

quattro Aziende del territorio abruzzese. Non sono, però, possibili analisi ulteriori per singolo medico prescrittore, e dunque la valutazione di tutti i medici prescrittori, non avendo il Dipartimento per la Salute e il Welfare, nonostante i ripetuti solleciti, mai fornito gli elementi necessari.

