ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Allegato 3

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

AGGIORNAMENTO PIANO DI RIENTRO EX DGR N.39/5 DEL 9/8/2017

SOMMARIO

1. PREMESSA E AMBITO DEL DOCUMENTO

2. ANALISI DELLA SITUAZIONE ECONOMICA E FINANZIARIA
   2.1. ANALISI DEI RISULTATI ECONOMICI DEGLI ESERCIZI 2014-2016
   2.3. ANALISI DEI TEMPI DI PAGAMENTO

3. AZIONI DI PIANO
   3.1. VINCOLI NORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI
      3.1.1. LA RETE OSPEDALIERA
      3.1.2. LE LINEE GUIDA PER L'ATTO AZIENDALE
   3.2. AZIONI DEL PIANO DI RIENTRO
      3.2.1. TARGET DEL PIANO DI RIENTRO -AGGIORNAMENTO
      3.2.2. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA
      3.2.3. RIDEFINIZIONE DELLE REGOLE DI SISTEMA
         3.2.3.1. GOVERNO DEI PROCESSI GESTIONALI
         3.2.3.2. PERSONALE
         3.2.3.3. ACQUISTI TERRITORIO
         3.2.3.4. GOVERNO DELLA SPESA FARMACEUTICA
         3.2.3.5. ALTRI RISPARMI
      3.2.4. RAPPORTI CON GLI EROGATORI

4. PIANI OPERATIVI
   4.1. PIANO OPERATIVO RETE OSPEDALIERA
   4.2. PIANO OPERATIVO DEL GOVERNO DEI PROCESSI GESTIONALI
   4.3. PIANO OPERATIVO DELLA RIDUZIONE DEL COSTO DEL PERSONALE
   4.4 PIANO OPERATIVO DEGLI ACQUISTI
   4.5. PIANO OPERATIVO SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA
   4.6. PIANO OPERATIVO SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE

1. Premessa e ambito del documento

Il presente documento aggiorna il piano di rientro 2017 dell'Azienda per la Tutela della Salute (ATS) sulla base degli obiettivi di razionalizzazione individuati dalla DGR 39-4 del 9 agosto 2017.

Il documento è articolato sulla base di cronoprogrammi aventi cadenza trimestrale, con la declinazione delle azioni che concorreranno al raggiungimento dei target di risparmio, associando a ciascuna macroazione la corrispondente quota di risparmio.

Il presente documento è stato, quindi, strutturato identificando le seguenti aree di approfondimento:

- analisi della situazione economico finanziaria, ove sono approfondite le tematiche legate ai risultati economici degli esercizi 2014-2016, allo stato dell'arte in merito al ripiano delle perdite degli esercizi precedenti nonché ai tempi medi di pagamento delle ASL oggetto di incorporazione;
- azioni di piano, ove sono esplicitate le azioni che la Direzione Generale intende perseguire nel corso dell'esercizio 2017 in relazione ai target di risparmio;
- piani operativi con il dettaglio del cronoprogramma delle azioni e il sistema di monitoraggio attivato per la gestione del Piano;

La Relazione Illustrativa si pone, quindi, lo scopo di definire la cornice di riferimento alle linee strategiche di azione che la Direzione dell'ATS intende perseguire, dati i vincoli normativi, nell'ambito degli obiettivi del Piano di rientro redatto ex DGR 63/24 del 15.12.2015 ed aggiornato con DGR 39-5 del 9 agosto 2017

Le attività di avvio dell'ATS, realizzate nel 2016 attraverso il contributo dei gruppi di lavori interaziendali, hanno riguardato in particolar modo le seguenti attività:

- ricognizione dello stato dell'arte;
- analisi delle principali criticità e dei punti di forza;
- avvio dei processi di omogeneizzazione delle procedure amministrativo/contabili;
- proposta definizione all'architettura del sistema informativo aziendale.

Al fin di garantire un ulteriore passo avanti nella strutturazione della nascente ATS e nel processo di unificazione, la Direzione Generale ha proceduto nel 2017, tra l'altro, alla:

- Designazione del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione dell'Azienda per la Tutela della Salute.
- Individuazione delle Aree tematiche di coordinamento e delle funzioni/attivitàà attribuite ai Direttori delle Aree Socio Sanitarie e ai Dirigenti dell'Azienda per la Tutela della Salute.
- Individuazione di un referente ATS per la gestione dei Flussi informativi.
- Individuazione di gruppo di lavoro e del relativo coordinatore per la gestione unitaria della funzione di committenza.

- Individuazione del responsabile ATS per la trasparenza e la prevenzione della corruzione.
- Individuazione del responsabile ATS per la conservazione sostitutiva.
- Individuazione del responsabile ATS per la Medicina Penitenziaria.
- Approvazione del bando dell'OIV dell'ATS.
- Adozione provvisoria del Piano della trasparenza e dell'anticorruzione.
- Adozione del BEP 2017.
- Adozione del Piano performance e del relativo regolamento.
- Approvazione della programmazione biennale delle gare d'appalto ed avvio delle stesse.
- Adozione dell'atto aziendale.
- Costituzione delle Conferenze locali.
- Nomina dei compenti delle consulte locali.
- Approvazione dei primi regolamenti ATS.
- Approvazione del piano triennale dei lavori pubblici
- Attivazione di tavoli tematici aziendali, di seguito riportati, finalizzati all'integrazione informativa e procedurale:
    - Tavolo del Bilancio/Patrimonio
    - Tavolo HR – parte economica
    - Tavolo HR – parte giuridica
    - Tavolo ICT
    - Tavolo CUP
    - Tavolo Acquisti/Servizi Tecnici
    - Tavolo Programmazione e Controllo
    - Tavolo Affari Generali

Al fine di assicurare, poi, un processo di effettiva integrazione sono stati individuati - in via eccezionale e provvisoria - ii Direttore/Responsabile di Struttura per l'attivitàà di coordinamento aziendale delle seguenti aree tematiche:

- Area Affari Legali;
- Area Approvvigionamento beni e servizi
- Area Gestione Tecnica e patrimonio;
- Area Amministrazione del personale - trattamento giuridico ed economico;
- Area Sviluppo risorse umane, relazioni sindacali e formazione;
- Area ICT;
- Area Programmazione Ospedaliera e rischio clinico;

- Area Reti territoriali.
- Area Prevenzione umana
- Area Prevenzione animale

Le funzioni attribuite ai Responsabili del coordinamento delle aree sono di seguito sinteticamente richiamati:

- supporto alla Direzione Strategica nei processi di armonizzazione e omogeneizzazione delle procedure gestioni, amministrative e organizzative;
- coordinamento dei tavoli tematici finalizzati ad assicurare il processo di unificazione e incorporazione;
- proposizione di regolamenti, programmi e direttive finalizzate ad assicurare l'integrazione di funzioni e attività;
- integrazione delle funzioni specificamente assegnate;
- rendicontazione delle attività poste in essere, dei risultati raggiunti e delle criticità alla Direzione Strategica.

2. ANALISI DELLA SITUAZIONE ECONOMICA E FINANZIARIA

Tale sezione ha lo scopo di evidenziare, in modo sintetico, la situazione economico finanziaria dell'Azienda per la Tutela della Salute derivante dall'incorporazione delle Aziende Sanitarie così come definita dalla LR del 17.07.2016, n. 17 anche alla luce dei progetti di bilancio 2016 adottati dall'ATS.
Nel seguito sono riportati i dati relativi agli elementi di analisi di seguito sinteticamente richiamati:

- andamento del risultato economico della gestione delle Aziende Sanitarie oggetto di incorporazione: questo al fine di evidenziare gli aspetti più rilevanti in merito all'equilibrio economico della gestione;
- tempi di pagamento delle Aziende Sanitarie oggetto di incorporazione: questo al fine di evidenziare come la scarsitàà delle risorse finanziarie, tipiche delle gestioni in perdita, impatta sulla capacitàà dell'azienda di far fronte ai propri impegni;
- ripiano delle perdite degli esercizi precedenti; questo al fine di evidenziare come l'assenza di equilibro economico diventi assenza di equilibrio finanziario e peggiori i tempi di pagamento.

2.1. Analisi dei risultati economici degli esercizi 2014-2016

La tabella che segue riporta il valore della voce ZZ9999 "Risultato di esercizio" dei Modelli Ministeriali CE delle Aziende oggetto di incorporazione riferiti ai periodi temporali di seguito indicati:

- Consuntivo 2014;
- Consuntivo 2015;
- Consuntivo2016.

Al fine di dare una rappresentazione approssimata del valore *"Aggregato ATS"* è stata inserita la sommatoria dei risultati delle Aziende Sanitarie oggetto di incorporazione, pur se la stessa non rappresenta un valore definitivo di consolidamento.

Descrizione Voce	2014 (€/mgl)	2015 (€/mgl)	2016 (€/mgl)
ASL Sassari	-21.015	-56.264	-63.910
ASL Olbia	-14.613	-16.191	-18.166
ASL Nuoro	-38.289	-35.133	-33.250
ASL Lanusei	-7.129	-12.422	-7.217
ASL Oristano	214	-9.129	-23.957
ASL Sanluri	4.582	-6.275	-6.068

Descrizione Voce	2014 (€/mgl)	2015 (€/mgl)	2016 (€/mgl)
ASL Carbonia	-16.039	-28.121	-31.382
ASL Cagliari	-66.101	-87.750	-58.380
Aggregato ATS	-158.390	-251.285	-242.330

Tab. 1 - Risultato dell'esercizio 2014-2016

Ai fini della determinazione dei valori tendenziali dell'esercizio 2016 sono stati considerati i Modelli Ministeriali CE del Consuntivo. Non sono stati considerati i valori degli esercizi precedenti al 2014 in quanto la determinazione del Fondo Sanitario Regionale (FSR) presenta criteri e dinamiche non omogenee.

La tabella che segue riporta i valori aggregati delle principali voci del Modello Ministeriale CE del periodo 2014-2016.

Cod Voce	Descrizione Voce	2014 (€/mgl)	2015 (€/mgl)	2016 (€/mgl)
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	2.629.916	2.514.317	3.085.559
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	2.763.906	2.718.527	3.256.684
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-2.732	-1.548	-3.171
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-3	-6	0
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	926	22.401	-5841
YZ9999	Totale imposte e tasse	22.591	67.922	62.193
Aggregato ATS		-158.390	-251.285	-242.330

Tab. 2 - Macrovoci Aggregate Modelli Ministeriali CE 2014-2016

L'analisi dei dati evidenzia un peggioramento del risultato economico aggregato dell'esercizio 2015 rispetto al 2014 per effetto dei fattori di seguito indicati:

- contrazione della quota di FSR attribuito alle Aziende (Voce AA0020) rispetto all'esercizio 2014 (€/mgl 140.824) in misura non proporzionale alla riduzione dei costi determinata dalle operazioni di incorporazione;
- applicazione, a partire dal 01.01.2015, del D. Lgs. 118/2011 e storno di quota parte del Fondo Sanitario Regionale a fronte di investimenti non coperti da contributi in c/capitale (pari a €/mgl 12.557);
- incremento dei costi per farmaci per HCV (DDA) e altri farmaci ad alto costo;

- incremento dell'impatto delle poste straordinarie, anche per effetto dell'applicazione delle linee guida regionali in merito al trattamento delle ferie non godute;
- riallineamento dell'aliquota IRAP.

Nel 2016 si registra una leggera flessione della perdita aggregata anche se il dato 2016 non è pienamente confrontabile con il dato 2015, in quanto nel 2016 si è applicato per la prima volta il Dlgs 118/11 smi con particolare riferimento alla contabilizzazione della mobilità.

Il dato 2016 risente, inoltre, delle seguenti operazioni straordinarie:

- Incorporazione del PO Microcitemico e del PO Businco nella AO Brotzu di Cagliari;
- Incorporazione del PO Santissima Annunziata di Sassari nella AOU di Sassari;
- Incorporazione della Fondazione San Giovanni battista di Ploaghe nella ASL di Sassari.

Il costo di produzione non diminuisce in quanto l'effetto di tali operazioni risulta compensato dalla rilevazione nel 2016 tra i costi della mobilità passiva.

L'analisi dei dati evidenzia, inoltre, il solo parziale riconoscimento di contributi in c/esercizio per FSR vincolato tipicamente assegnati alle Aziende Sanitarie Locali delle Regioni a statuto ordinario; questo, unito alla necessità di procedere comunque all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, espone le Aziende a costi aggiuntivi che appesantiscono il risultato economico della gestione. Oltre a tali considerazioni, occorre sottolineare che la normativa nazionale prevede che ove i singoli Servizi Sanitari Regionali provvedano a definire tariffe per prestazioni sanitarie superiori al DM 18.10.2012, i costi derivanti da questa fattispecie debbano essere finanziati dalla Regione al di fuori del Fondo Sanitario Regionale.

La figura che segue evidenzia, nel triennio preso in considerazione, l'andamento aggregato dei risultati economici della gestione delle Aziende.

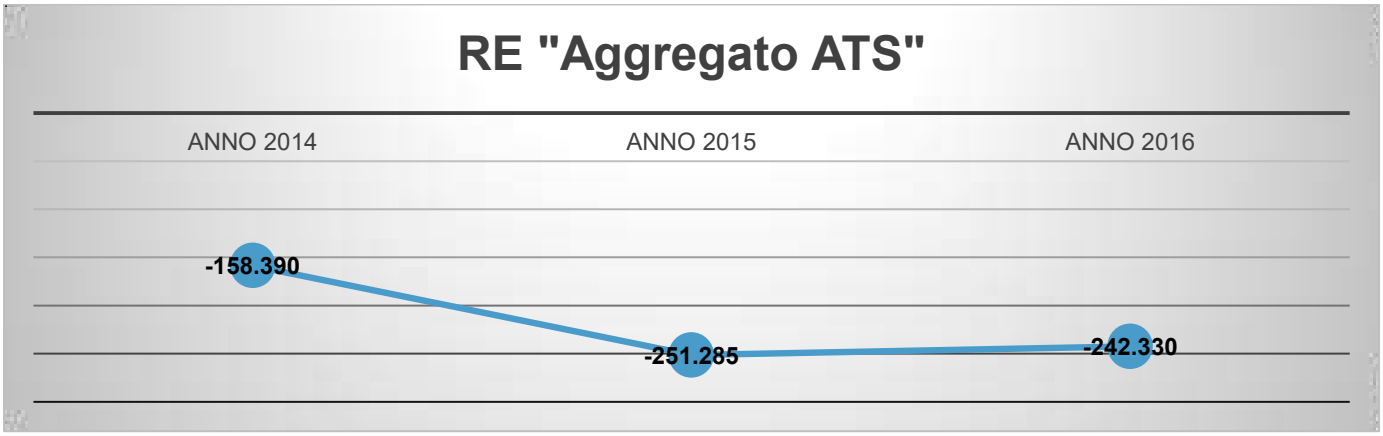


Fig. 1 - Risultato dell'esercizio aggregato 2014-2016

2.2. Ripiano delle perdite degli esercizi precedenti

L'analisi dei Bilanci delle Aziende Sanitarie evidenzia la copertura, non sempre integrale, delle perdite sino all'esercizio.

Nello specifico risulta ancora da ripianare la perdita 2016 e la perdita ante 2015 (relativa essenzialmente ad ammortamenti non sterilizzati)

Il ritardo nel riconoscimento dei contributi e i tempi di incasso da parte delle Aziende hanno inciso negativamente sui tempi di pagamento sopra richiamati, appesantendo la gestione finanziaria.

La tabella che segue espone i dati rilevati presso le ASL, in merito alle quote non incassate dei finanziamenti per copertura perdite degli esercizi 2015 e precedenti.

Descrizione Voce	Anni precedenti 2015	2015	2016	Totale
ASL Sassari	143.894	1.386	63.910	209.190
ASL Olbia	29.834	189	18.166	48.189
ASL Nuoro	67.936	754	33.250	101.940
ASL Lanusei	16.852	317	7.217	24.386
ASL Oristano	48.606	225	23.957	72.788
ASL Sanluri	6.836	-	6.067	12.903
ASL Carbonia	51.509	672	31.382	83.563
ASL Cagliari	155.918	2.160	58.381	216.459
Aggregato ATS	521.385	5.703	242.330	769.418

Tab. 3- Ripiano perdite: situazione ASL incorporate

Risulta determinante, in tal senso, procedere alla copertura integrale della perdita, garantendo la immediata disponibilità delle risorse finanziarie necessarie per far fronte al monte debiti delle Aziende Sanitarie oggetto di incorporazione.

2.3. Analisi dei tempi di pagamento

La tabella che segue evidenzia i tempi medi di pagamento delle Aziende Sanitarie oggetto di incorporazione nell'Azienda per la Tutela della Salute, attinti dalla sezione *"Amministrazione Trasparente"* dei siti internet di queste ultime relative all'anno 2016.

Azienda Sanitaria Locale	Indicatore di tempestività
ASL Sassari	100
ASL Olbia	61
ASL Nuoro	-1
ASL Lanusei	26
ASL Oristano	-1
ASL Sanluri	-11
ASL Carbonia	53
ASL Cagliari	32

Tab. 4 - Tempi medi di pagamento ASL incorporate

I tempi medi di pagamento, anche se in parte riconducibili alle criticità aziendali nella gestione dei processi di liquidazione dei documenti passivi di spesa, evidenziano una situazione di forte criticitàà finanziaria, direttamente riconducibile ai tempi di incasso dei contributi regionali nonchéé alla tematica dei ripiani delle perdite degli esercizi precedenti, trattata nel paragrafo successivo.

Per effetto dell'avvio dell'Azienda per la Tutela della Salute sono state implementate tutte le azioni finalizzate alla gestione accentrata della tesoreria ed alla omogeneizzazione dei tempi di pagamento delle diverse Aree Socio Sanitarie ed è stata altresì attivata l'anticipazione bancaria presso l'istituto tesoriere; tali azioni hanno consentito mediamente di ridurre i tempi di pagamento soprattutto nelle aree più grandi e con più fornitori.

Azienda per la Tutela della Salute	Tempi medi di pagamento
I Trimestre 2017	29,78
II Trimestre 2017	23,13

Tab. 5 - Tempi medi di pagamento ATS

Per quanto attiene la quota mensile, l'assegnazione di cassa per il 2017 è pari a € 2.201.735.699,78 (Prot. Uscita nr. 0022765 del 18.08.2016, *"Assegnazione teorica delle risorse del finanziamento indistinto alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere"*). Allo stato attuale, tuttavia, la quota mensile effettivamente erogata dalla Regione e incassata dall'ATS (Prot. Uscita n. 0033290 del 23.12.2016) è pari a € 152.180.500,00, determinando uno squilibrio tendenziale su base annua pari a circa €/mgl 375.569.

3. Azioni di Piano

La sezione che segue è stata composta al fine di illustrare le azioni definite dalla Direzione Generale al fine di perseguire i target di risparmio definiti dal Comitato permanente per il monitoraggio della gestione delle Aziende Sanitarie.

Nel seguito sono illustrati, in via prioritaria, i principali vincoli normativi che impattano sul perseguimento degli obiettivi di risparmio definiti nel piano. Al contempo sono dettagliate, in specifiche sezioni, le singole aree di azione previste nel Piano di rientro 2017 dell'ATS.

3.1. Vincoli normativi nazionali e regionali

La realizzazione delle azioni del Piano di rientro 2017 risulta strettamente correlata all'emanazione da parte della Regione Autonoma della Sardegna dei seguenti provvedimenti normativi:

- approvazione da parte del Consiglio Regionale della proposta di ripartizione tendenziale dei posti letto tra i presidi ospedalieri afferenti alle aree omogenee (*non ancora approvato*);
- emanazione delle linee guida regionali per la redazione dell'Atto aziendale dell'ATS (*approvate con DGR 29/1 del 16 giugno 2017);*
- approvazione dei tetti per l'acquisto di prestazione da privati (*approvate con DGR 27/25 del 9 maggio 2017)*.
- approvazione degli atti di revisione delle tariffe per l'erogazione delle prestazioni definite con DGR 11/7 del 21.03.2006 (*non ancora approvato*).

3.1.1. La rete ospedaliera

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 38/12 del 28 luglio 2015 è stato approvato il Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, che persegue i seguenti principali obiettivi:

- promuovere l'uso appropriato dell'ospedale;
- aggregare gli ospedali e classificarli nella logica della rete;
- definire le funzioni e le discipline dei presidi ospedalieri;
- migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio;
- migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera;
- migliorare l'efficienza organizzativa dell'ospedale;
- governare le reti di cura ospedaliere.

Ad oggi la rete ospedaliera non è stata definitivamente deliberata ed approvata da parte del consiglio regionale pertanto per l'anno 2017 non sono previsti risparmi.

3.1.2. Le linee guida per l'Atto Aziendale

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 29/1 del 16/06/2017 sono stati approvati gli "Indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale dell'Azienda per la tutela della salute (ATS). Approvazione definitiva" con la quale sono state approvate definitivamente le linee guida di cui al cit. art. 9, comma 3, L.R. 10/2006 e ss.mm.ii.

Sulla base delle linee guida la Direzione strategica dell'ATS, in accordo con le direzioni di area, ha predisposto un progetto di atto aziendale per la definizione dell'organizzazione e delle articolazioni di governo dell'Azienda per la tutela della salute nonché dei suoi rapporti con gli EE.LL., con le altre aziende del Sistema sanitario regionale, la Regione, le rappresentanze dei cittadini;

Successivamente con nota prot. PG/2017/265669 del 25/07/2017 detta proposta è stata trasmessa alla Conferenza permanente Regione-enti locali, e, per il suo tramite, alle Conferenze territoriali socio-sanitarie e che, con nota PG/2017/265670 del 25/07/2017 la stessa proposta è stata altresì trasmessa all'Assessore Regionale Igiene, sanità e Assistenza sociale, anche in qualità di Presidente della Consulta Regionale di Cittadinanza, ai sensi dell'art. 5, comma 3, L.R. n. 23/2014, come modificata dall'art. 14, comma 1, L.R. n. 17/2016, e dell'art. 4 punto 2. del Regolamento della Consulta regionale di cittadinanza, approvato con Deliberazione RAS n. 22/28 del 3/5/2017;

Al fine di assicurare la partecipazione dei lavoratori con nota PG/2017/269990 del 27/07/2017, la Direzione aziendale ha invitato le OO.SS. della Dirigenza e del Comparto alla riunione che si è tenuta in data 2 agosto 2017, in occasione della quale il Direttore Generale ha illustrato i contenuti dell'atto aziendale nell'ambito di un ampio dibattito e di un proficuo contraddittorio.

Successivamente in data 3 agosto 2017 si è altresì provveduto alla trasmissione del progetto alle OO.SS. (Dirigenza, Comparto e Medicina convenzionata) e al fine di consentire una più completa disamina dei documenti e un ulteriore confronto, la Direzione aziendale, in data 4 agosto 2017, ha convocato le suddette OO.SS., per il giorno 10 agosto 2017;

Infine con deliberazione del direttore generale 721 del 11 agosto 2017 è stato adottato l'atto aziendale ed in data 14 agosto lo stesso è stato inviato all'Assessorato per le verifiche di competenza.

Focus on : Strutture complesse

Per l'individuazione del numero delle strutture complesse il parametro di riferimento utilizzato è quello stabilito dalla DGR n.29/1 del 16 giugno 2017 che è pari ad una SC ogni 15 posti letto.

Le linee guida prevedevano, infatti, un parametro più restrittivo ossia 1 SC ogni 17,5 SC ma la possibilità, altresì, di derogare a tale standard stabilendo che le SC non possono superare comunque il limite di una SC ogni 15 posti letto.

L'ATS ha ritenuto, pertanto, di dover applicare la deroga sulla base dei seguenti presupposti:

- Bassa densità abitativa. La Regione Sardegna ha una densità abitativa pari a 68 residenti per chilometro quadrato, che richiede una organizzazione dei servizi ospedalieri maggiormente capillare e diffusa rispetto ad altre regioni italiane.
- Rete ospedaliera. Nell'ATS sono allocati 6 presidi di primo livello (SPOKE), di cui uno (Presidio di Nuoro) con funzioni potenziate e due aree che possono ospitare un presidio ospedaliero di base (SPOKE), di cui una geograficamente isolata (Ogliastra) con la previsione di alcune specialità, in particolare per la cura di patologie tempo-dipendenti, e l'altra (Alghero nell'Area Nord-Ovest) notoriamente caratterizzata da una considerevole affluenza turistica nel periodo estivo. Tale assetto richiede una organizzazione della rete ospedaliera che non può prescindere dalla presenza di specifiche e determinate specialità nei singoli presidi.
- Assicurare la necessaria integrazione Ospedale - Territorio attraverso la previsione di un numero adeguato di SC ospedaliere sul territorio che garantisca il raccordo tra le prestazioni ospedaliere e quelle territoriale.
- Il numero di posti letto a cui fare riferimento per la determinazione del numero massimo di strutture complesse è pari a quello dei posti letto attivi, di cui al flusso HSP 12 al 31.12.2016, rideterminato fino ad ottenere un tasso di occupazione annuo pari al 75% (per i posti il cui tasso è superiore al 75 per cento deve essere preso in considerazione il numero dei posti attivi), ed è calcolato in proporzione al numero di giorni settimanali di funzionamento della struttura. Per le discipline di medicina generale, chirurgia generale, oculistica e oncologia il numero di posti letto attivi è rideterminato e calcolato con un tasso di occupazione del 90 per cento. Sulla base della metodologia soprariportata il numero dei posti letto rideterminato e condiviso con l'ARIS ammonta a 2344 posti letto.

Sulla base di queste considerazioni è stato determinato il numero del SC ospedaliere per l'ATS è pari a 156 come riportato nella tabella sottostante.

Posti Letto ATS – rideterminati	2344	A
Standard	15 pl	B
SC ospedaliere	156	B=A/B

Le strutture complesse ospedaliere sono state quindi suddivise per presidio unico di area omogenea come riportato nella tabella seguente.

	Sassari		Olbia		Nuoro		Lanusei		Oristano		Sanluri		Carbonia		Cagliari		Totale	
	SC	SSD	SC	SSD	SC	SSD	SC	SSD	SC	SSD	SC	SSD	SC	SSD	SC	SSD	SC	SSD
Farmaceutica Ospedaliera		1		1	1			1	1			1		1	1		3	5
Presidio	1		1		1		1		1		1		1		1		8	0
Cardiologia		1	1		1		1		1		1		1		1		7	1
Ematologia					1												1	0
Dermatologia						1											0	1
Gastroenterologia						1						1			1		1	2
Geriatria					1										1		2	0
Malattie Infettive					1										1		2	0
Medicina	2		3		2		1		2		1		2		3		16	0
Neurologia	1		1		1				1		1		1		1	2	7	2
Oncologia		1	1		1			1	1			1	1		1		5	3
Pneumologia					1										1		2	0
Radioterapia					1												1	0
Chirurgia generale	2		2		1		1		1		1		2		2		12	0
Chirurgia Vascolare					1												1	0
Neurochirurgia					1												1	0
Oculistica	1			1	1				1			1	1				4	2
ORL	1		1		1					1		1		1	1		4	3
Ortopedia	2		2		1		1		1		1		2		2		12	0
Urologia	1				1				1		1		1		1		6	0
Ostetricia - Ginecologia	1		1		1		1		1		1		1		1		8	0
Neonatologia						1									1		1	1
Pediatria		1	1		1			1	1			1		1			3	4
MCAU	1		1		1		1		1		1		1		1		8	0
Anestesia - Ter. Intensiva	1		1		1		1		1		1		1		2		9	0
Psichiatria				1	1				1				1		1		4	1
Lungodegenza		1				1				1				1		1	0	5
Neuroriabilitazione									1								1	0
Recupero Riabilitazione	1			1		1		1		1		1		1		1	1	7
Unità spinale															1		1	0
Anatomia Patologica			1		1				1						1		4	0
Genetica Medica															1		1	0

Laboratorio analisi		1	1		1			1	1			1		1	1		4	4
Radiologia	1		1		1				1		1		1		1		7	0
Servizio Trasfusionale		1		1	1					1		1		1			1	5
Emodialisi	1		1				1		1		1		1		1		7	0
Nefrologia e dialisi					1												1	0
Terapia del dolore				1		1										1	0	3
Totali SC e SSD	17	7	20	6	29	6	9	5	21	4	12	9	18	7	30	5	156	48

Tab. 7 – SC e SSD ospedaliere

Nell'allegato 2 della DDG 721/2017 sono state, altresì, individuate le seguenti SC e SSD non ospedaliere

	SC	SSD
SC Direzione dei Servizi Socio-sanitari	1	
SC Programmazione sanitaria e strategica	1	
SSD Psicologia e benessere organizzativo		1
SC Controllo di gestione	1	
SC Formazione, ricerca e cambiamento organizzativo	1	
SC Qualità, Appropriatezza, clinical governance e risk management	1	
SC Technology assessment	1	
SC Accreditamento delle strutture	1	
SSD Governo prestazioni ambulatoriali e gestioni liste di attesa		1
SC Servizio prevenzione e protezione (SPP)	1	
SC Affari legali	1	
SC Servizio ispettivo	1	
SC Sorveglianza sanitaria	1	
SC Coordinatore centro regionale trapianti	1	
SC Segreteria direzione strategica, affari generali e atti amministrativi	1	
SC Assetto organizzativo, relazione istituzionali e comunicazione pubblica	1	
SC Funzione di committenza – contrattualistica e verifiche amministrative	1	
SC Funzione di Committenza - assistenza ospedaliera e specialistica	1	
SC Funzione di Committenza - altre prestazioni sanitarie e socio sanitarie	1	
SC Acquisti di beni	1	
SC Acquisti servizi non sanitari	1	
SC Acquisti di servizi sanitari	1	
SC Logistica e valorizzazione del patrimonio	1	
SC Ingegneria clinica	1	

SC Progettazione e lavori pubblici	1	
SC Area tecnica	4	
SSD Energy manager		1
SSD Servizio tecnico antincendio		1
SC Trattamento giuridico ed economico	1	
SC Ricerca e selezione del personale	1	
SC Sviluppo risorse umane e relazioni sindacali	1	
SC Medicina convenzionata	1	
SC Gestione economica e patrimoniale – Bilancio	1	
SC Gestione finanziaria - ciclo passivo	1	
SC Gestione del ciclo attivo	1	
SSD Gestione fiscale		1
SSD Inventario beni immobili e mobili		1
SC Infrastrutture, tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni	1	
SC Sistemi informativi sanitari	1	
SC Sistemi informativi amministrativi	1	
SSD Data protection office		1
SC Ufficio di staff (d'Area)	2	
SC Area giuridica amministrativa (d'Area)	6	
SC Programmazione e controllo (d'Area)	6	
SC Servizio Farmaceutico territoriale	8	0
SC Farmacovigilanza e farmacoeconomia	1	0
SC Prevenzione e promozione della salute	3	0
SC Centro epidemiologico e registro tumori	1	0
SC Igiene e Sanità Pubblica	3	0
SC Igiene degli alimenti e nutrizione (SIAN)	3	0
SC Spresal	4	0
SC Sanità Animale (SA)	4	0
SC SIAOA	3	0
SC SIAPZ	3	0
SC Medicina legale	3	0
SC Salute e Ambiente	3	0
SSD Ufficio Sanzioni in materia igienico sanitaria	0	3
SSD Anagrafe canina e randagismo	0	3
SC Cure territoriali e riabilitazione – CSM	12	0

SC Neuropsichiatria Infantile	4	0
SC Area dipendenze patologiche	7	0
SSD Area dipendenze patologiche	0	2
SSD Psicologia	0	3
SSD Psichiatria forense	0	2
SC Coordinamento rete aziendale per il superamento degli OPG - REMS	1	0
SC Emergenza territoriale	2	0
SC Emergenza territoriale elisoccorso	1	0
SC Servizio delle professioni Infermieristiche e ostetriche	3	0
SC Servizio delle professioni tecnico sanitarie	1	0
SC Servizio di radiologia territoriale	2	0
SC Fisica Sanitaria	1	0
SC Cure domiciliari - palliative	3	0
SC Riabilitazione territoriale	3	0
SC Diabetologia territoriale	3	0
SC Endocrinologia territoriale	1	0
SC Medicina penitenziaria	1	0
SC Distretti (*)	22/24	0
Totale	**157/159**	**20**

Tab. 8 – SC e SSD non ospedaliere

Il nuovo assetto istituzionale dell'ATS definito nell'Atto aziendale adottato comporta una riduzione di oltre il 20% del numero complessivo di strutture complesse previste negli atti aziendali delle precedenti aziende sanitarie locali

Le azioni connesse alla completa attivazione dell'Atto aziendale presuppongono la realizzazione delle seguenti azioni:

- costituzione di presidi unici di area omogenea, all'interno dei quali saranno eliminate le duplicazioni di strutture complesse;
- riconversione/ridefinizione del ruolo di alcuni piccoli ospedali;
- revisione della rete regionale dei punti nascita, con disattivazione di 4 punti nascita pubblici;
- riduzione di circa 14 mila ricoveri inappropriati in reparti per acuti e spostamento in reparti per post-acuti;
- potenziamento UU.OO. post-acuti pubbliche;
- dismissione di alcune strutture ospedaliere non riconvertibili.

L'efficientamento del sistema è condizionato dalla piena attuazione della legge di riordino del SSR (riordino della rete ospedaliera), come condizione presupposta per l'istituzione dell'AREUS e, quindi, della riqualificazione dell'intero sistema di emergenza e urgenza regionale.

3.2. Azioni del Piano di rientro

In questa sezione sono riportate le linee di azione definite nel Piano di Rientro della Azienda per la Tutela della Salute.

Si rappresenta in via prioritaria che i target di risparmio ricompresi in questa sezione devono intendersi come compensativi; questo al fine di garantire che ove siano realizzati maggiori risparmi su o più linee di azione questi possano essere portati in compensazione rispetto ad altre linee di azione ove i target non siano raggiunti o siano raggiunti per quota parte.

3.2.1. Target del Piano di rientro -Aggiornamento

La tabella che segue espone i target assegnati all'ATS con DGR 39-4 del 9 agosto 2017.

Area Tematica	Descrizione Voce	Obiettivi precedenti ATS (ante DGR 39-4)	Obiettivi SSR (aggiornamento)	Quota ATS
	Macroazione	rif. Nota 248 del 2017	DGR 39-4 del 2017	
6	Riorganizzazione della Rete ospedaliera	61.505,00	-	-
8	Ridefinizione delle regole di sistema	26.320,00	43.128,00	30.400,00
	Governo processi gestionali		500,00	-
	Personale	420,00	4.500,00	4.500,00
	Acquisti territorio	5.000,00	10.000,00	5.000,00
	Biologici in ambito reumatologico	400,00	400,00	400,00
	Sclerosi multipla	500,00	500,00	500,00
	Azioni sistematiche profili prescrittivi	6.000,00	6.000,00	6.000,00
	altri risparmi sulla farmaceutica	14.000,00	19.500,00	14.000,00
	Altri risparmi		1.728,00	
4	Rapporto con erogatori	7.700,00	3.500,00	3.500,00
	Revisione tariffe e decurtazione Budget	7.400,00	3.000,00	3.000,00
	Dialisi	300,00	500,00	500,00
	Totale risparmi Piano di rientro 2017	95.525	46.628	33.900

Tab. 9 - Target Piano di rientro

L'ATS ritiene di poter conseguire obiettivi di risparmio anche a valere sulle misure: "altri risparmi " e "governo dei processi gestionali". Tali risparmi consentiranno di compensare i risparmi a valere sulla spesa farmaceutica non ritenuti raggiungibili così come verrà esplicitato nel relativo paragrafo.

3.2.2. Riorganizzazione della Rete ospedaliera

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 38/12 del 28 luglio 2015 è stato approvato il Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale. Ad oggi la rete ospedaliera non è stata definitivamente deliberata ed approvata da parte del consiglio regionale pertanto per l'anno 2017 non sono previsti risparmi.

3.2.3. Ridefinizione delle regole di sistema

In questa area sono riportate le principali considerazioni relativamente alle macroazioni connesse alla ridefinizione delle regole di sistema.

La ridefinizione delle regole e l'implementazione di un sistema di gestione unitario richiede la definizione di un assetto amministrativo e organizzativo nuovo che potrà essere compiutamente operativo solo a seguito dell'effettiva attuazione dell'atto aziendale adottato con deliberazione 721/2917.

Si ritiene, pertanto, opportuno precisare che l'impatto del nuovo sistema di governance potrà determinare ed esplicare i suoi effetti sia in termini di governo dei processi gestionali che di razionalizzazione ed efficientamento del sistema soprattutto nel corso del prossimo biennio.

3.2.3.1. Governo dei processi gestionali

Con DGR 22/23 del 3 maggio 2017 sono stati definiti per l'anno 2017 gli Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie Regionali.

Successivamente con deliberazione del direttore generale n. 288 del 8 maggio 2017 è stato approvato il primo piano della performance ATS relativo al triennio 2017/2019.

La direzione strategica aziendale nel mese di maggio ha, quindi, negoziato gli obiettivi ed il relativo budget con tutti i direttori di Area che hanno provveduto nel successivo trimestre a negoziare i budget con i responsabili delle unità operative aziendali.

Al fine di assicurare la necessaria uniformità nei processi valutativi, dopo averlo presentato alle OO.SS. nella riunione del 31 maggio 2017, con deliberazione n. 445/2017 è stato approvato il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'ATS.

A seguito di questo articolato sistema di assegnazione degli obiettivi, sono state individuate alcune aree di efficientamento connesse in particolar modo all'acquisto di dispositivi medici, anche attraverso una gestione più efficiente degli acquisti e della gestione dei magazzini.

3.2.3.2. Personale

La DGR n. 11/16 del 28 febbraio 2017 ha apportato modifiche alla Deliberazione della Giunta regionale n. 43/9 del 1.9.2015 concernente "Disposizioni alle Aziende sanitarie in materia di contenimento della spesa per il personale. Blocco del turnover". Tali modifiche e aggiornamenti prevedono tra l'atro in linea generale un blocco del turn over di circa 66%

Al fine di dare concreta attuazione alla citata deliberazione è stata effettuata una ricognizione per stimare l'impatto su base annua del personale che presumibilmente andrà in quiescenza nel corso dell'esercizio 2017, che di seguito si riporta.

Descrizione Voce	Importo €/mgl
Valore economico del personale	21.000

Tab. 10 - Personale: stima del personale in quiescenza nel corso del 2017

In ragione di quanto previsto delle nuove disposizioni normative in sede di negoziazione del budget sono stati assegnati gli obiettivi prevedendo l'applicazione delle disposizioni di cui alla DG 11/16.

Premesso quanto sopra ed alla luce dei possibili incrementi di spesa associabili a fattori esogeni alla gestione (incorporazione del IPAB SGB) è possibile stimare una riduzione su base annua di 4,5 mln.

Descrizione Voce	Importo
Effetto Blocco del Turn over applicato nel 2017 (stima)	6.900
Effetto IPAB Plaghe (stima) - variazione costo del personale rispetto al 2016	2.400
Target Perseguibile	4.500

Tab. 11 - Personale: target di risparmio perseguibile nel 2017

Al fine di comprendere l'andamento del personale per l'anno 2017 in termini assoluti si riportano di seguito le seguenti tabelle:

- confronto giugno 2016 vs giugno 2017 in termini di numero di "cedolini".
- confronto gennaio 2017 vs giugno 2017 (al fine di meglio comprenderne il trend e l'azione di razionalizzazione posta in essere da ATS)

	gen-17	giu-17	**diff.**	giu-16	giu-17	**diff.**
ASSL 1	2593	2539	**54**	2561	2539	**22**
ASSL 2	1763	1736	**27**	1734	1736	**-2**
ASSL 3	2424	2407	**17**	2419	2407	**12**
ASSL 4	682	651	**31**	689	651	**38**
ASSL 5	1756	1731	**25**	1724	1731	**-7**
ASSL 6	765	760	**5**	776	760	**16**
ASSL 7	1728	1704	**24**	1743	1704	**39**
ASSL 8	4097	4050	**47**	4184	4050	**134**
Totale	15808	15578	**230**	15830	15578	**252**

Tab. 12 - Personale: andamento nel 2017

3.2.3.3. Acquisti territorio

In riferimento all'area degli acquisti territoriali, sono identificate, sulla base delle indicazioni alcune principali linee di azione:

- implementazione di un sistema unico di programmazione e governance degli acquisti;
- azioni di efficientamento della spesa per assistenza integrativa e protesica;
- riduzione delle convenzioni e delle consulenze;
- Interventi di riorganizzazione delle attività degli specialisti da privato

In merito alle azioni di efficientamento della spesa per assistenza integrativa e protesica, la Direzione Generale intende perseguire il target assegnato.

Le azioni di efficientamento, già avviate con la DGR 47/10 del 25.11.2014, *"Azioni finalizzate al contenimento della spesa per l'acquisto di ausili e protesi. Modifica ASL capofila, individuata con la Delib. G.R. n. 51/16 del 28.12.2012, per l'indizione della gara in unione di acquisto per la fornitura di ausili protesici previsti dal DM 332/1999"*, con la quale la ASL di Sassari è stata individuata quale capofila della gara a livello regionale, ha evidenziato, sia per le ASL sia a livello regionale, notevoli criticità e costi elevati. In merito si segnala che è avvenuta l'aggiudicazione della gara regionale e si è dato corso all'avvio delle attività di sanificazione dei presidi e degli ausili, unitamente alla definizione di modelli organizzativi maggiormente evoluti ed all'attivazione dei meccanismi di monitoraggio delle autorizzazioni sanitarie e dei relativi costi, consentirà il perseguimento del target in misura integrale.

Per quanto attiene gli altri fattori produttivi ed in particolare la situazione degli acquisti si evidenzia che la situazione riscontrata a livello ATS presenta dei profili di criticità rilevanti di seguito sinteticamente riportati:

- Mancato espletamento delle gare e ricorso all'istituto della proroga.
- Un sistema carente di programmazione degli acquisti di beni e servizi.
- Mancato utilizzo del sistema degli ordini e non corretta implementazione dei moduli SISAR.
- Ritardi nei pagamenti dovuti anche a complesse procedure di liquidazione.
- Mancata attivazione delle gare in capo al soggetto aggregatore CAT.
- Utilizzo di differenti procedure connesse al sistema di autorizzazione.

In tale contesto l'ATS nel corso dei primi mesi ha provveduto:

- Con deliberazione del Direttore Generale n. 120 del 16.03.2017, l'ATS ha definito la programmazione delle acquisizioni di beni e servizi ex art. 21 del D. Lgs. 50/2016 per il biennio 2017-2018.
- Con Deliberazione del Direttore Generale n. 233 del 18.04.2017, inoltre, l'ATS ha proceduto ad autorizzare la convenzione con SCR Piemonte SpA per la fornitura di microinfusori e materiale di consumo e monitoraggio dei pazienti diabetici.
- Con Deliberazione del Direttore Generale n. 234 del 18.04.2017, l'ATS ha infine provveduto all'approvazione dei provvedimenti complementari alla programmazione 2017-2018.
- Con Deliberazione n 495/2017 del Direttore generale dell'ATS è stata completato il processo di programmazione aziendale per gli anni 2017-2018;

Nel corso dei primi mesi del 2017 sono state bandite le prime gare ATS (Elisoccorso, Presidi, Manutenzioni, Ossigeno, brokeraggio etc.). È del tutto evidente che gli effetti delle gare bandite nel 2017 potranno produrre i loro effetti solo nel corso del 2018

Inoltre nel corso dell'anno si è reso necessario attivare azioni finalizzate a superare criticità rilevanti riscontrate in fase di avvio o dar concreta attuazione ad indirizzi nazionali e regionali che purtroppo determineranno un incremento dei costi. Di seguito un breve e non esaustivo elenco delle principali fattispecie:

- Costi per i nuovi vaccini (stimati in €/mgl 2.500 per anno ca.);
- Costi derivanti dalle gravi carenze strutturali in tema di prevenzione incendi nelle strutture ospedaliere. Ciò ha comportato, ad esempio l'affidamento all'esterno di un servizio di sorveglianza antincendi (€/mgl 1.500 per il solo 2017), come misura urgente compensativa della mancanza del CPI e della SCIA nella maggior parte degli ospedali aziendali;

- Incorporazione della Fondazione San Giovanni battista di Ploaghe nella ASL di Sassari che ha determinato un incremento dei soli costi del personale pari a €/mgl 5.800 (su base annua) parzialmente recuperati in termini di riduzione degli acquisti di prestazioni da privato;
- Necessità di utilizzare quota parte del Fondo Sanitario Regionale a fronte di investimenti non coperti da contributi in c/capitale (per circa 10 mln di euro);
- Costo per i farmaci innovativi.

Si riportano, inoltre, di seguito altri fattori al momento indeterminati nei loro valori economici, che comunque si potrebbero manifestare nel corso dell'esercizio 2017:

- Costi per l'applicazione dei nuovi LEA;
- Costi per l'attivazione di nuovi servizi (RSA, Hospice, Mater olbia)
- Costi per inserimenti giudiziari in strutture psichiatriche in alternativa agli OPG;
- Costi per rinnovi contrattuali del personale dipendente e, soprattutto, convenzionato (MM.M.G., PP.L.S., GG.MM., specialisti convenzionati), oltre il costo degli accantonamenti già rilevati.

3.2.3.4. Governo della spesa farmaceutica

All'ATS si attribuisce un obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica per l'anno 2017 pari a 20.900 così suddiviso:

- 14.000.000 a valere sul governo della spesa farmaceutica
- 6.000.000 a valere su azioni su profili prescrittivi
- 900,00 a valere su prodotti farmaceutici (con riferimento al consumo di farmaci per la SLA e biologici per l'Artide reumatoide).

Si riportano di seguito alcune considerazioni in ordine all'effettiva perseguibilità degli obiettivi individuati nella citata deliberazione.

Focus on Fondi innovativi

Preliminarmente occorre evidenziare che la manovra dello Stato per l'anno 2017 stanzia per il fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi 1 miliardo di euro, di cui 500 milioni sono previsti per l'istituzione di un fondo ad hoc per i farmaci oncologici . Lo stesso provvedimento prevede, inoltre, la costituzione di un fondo per l'acquisto dei vaccini all'interno del Nuovo Piano Nazionale Vaccini pari a cento milioni di euro per l'anno 2017, 127 milioni di euro per l'anno 2018 e 186 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019.

La quota di tali risorse effettivamente destinate alla Regione Sardegna sono da computare a riduzione dei target di spesa fissati nella deliberazione 39-4 del 2017.

Focus on spesa farmaceutica convenzionata

Al fine di comprendere meglio l'andamento della spesa per la farmaceutica convenzionata si ritiene opportuno contestualizzare l'andamento dei costi nel quadro del trend nazionale.

Come si evince dai primi dati pubblicati (fonte FEDERFARMA) relativi alla spesa farmaceutica nazionale il comportamento della Regione Sardegna nei primi mesi appare assolutamente virtuoso.

In termini comparativi e relativi la Regione Sardegna, sulla base dei dati di federfarma, è l'unica regione italiana in cui diminuiscono contemporaneamente sia la spesa che il numero di ricette.

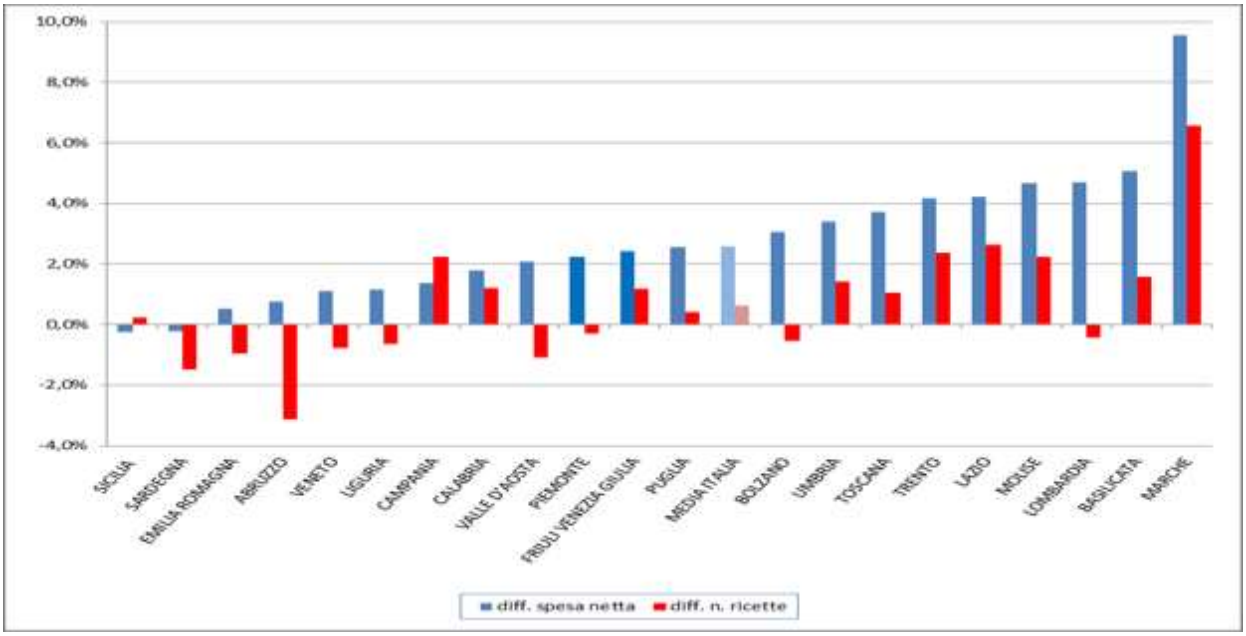


Fig. 2 - Farmaceutica: andamento nel primo trimestre 2017

Il dato è ancor più significativo se lo si valuta in termini assoluti rapportando la spesa sostenuta per farmaceutica territoriale e ospedaliera al Fondo Sanitario Regionale (FSR).

Come noto nel corso del 2017 sono stati ridisegnati i confini della governance della spesa dei farmaci, dal primo gennaio del 2017 il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera si trasforma in "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti" ed è passato dall'attuale 3,5% al 6,89%. Quest'ultimo sarà determinato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto. A sua volta il tetto della spesa farmaceutica territoriale è rinominato "tetto della spesa farmaceutica convenzionata" e si è ridotto al 7,96% rispetto al precedente 11,35%.

Premesso quanto sopra, al fine di rendere comparabile il dato 2016 con il dato 2017, si è proceduto a calcolare lo sforamento complessivo su base annua della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale sostenuta dalla Regione Sardegna rispetto alla media nazionale sulla base dei dati pubblicati da AIFA.

Anno 2016 - Sforamento Tetto della Farmaceutica

Spesa Farmaceutica convenzionata 2016 (tetto 11,35%)

	FSN 2016	Tetto 11,35%	spesa	scostamento	Inc. %	diff.vs Italia	Spesa eccedente media Italia (trimestre)	Spesa eccedente media Italia (anno)
Sardegna	2.972.712.661	337.402.887	426.231.209	88.828.322	14,34%	3,18%	23.633.066	**94.532.263**
Italia	110.328.668.355	12.522.303.852	12.316.882.862	-205.420.996	11,16%			

Spesa per farmaceutica ospedaliera 2016 (Tetto 3,5%)

	FSN 2016	Tetto 3,5%	spesa	scostamento	Inc. %	diff.	Spesa eccedente media Italia (trimestre)	Spesa eccedente media Italia (anno)
Sardegna	2.972.712.661	104.044.943	156.783.250	52.738.307	5,27%	0,35%	2.604.040	**10.416.162**
Italia	110.328.668.355	3.861.503.392	5.432.239.099	1.570.735.707	4,92%			

Lo scostamento della spesa farmaceutica rispetto alla media nazionale nel 2016 ammontava a 104.948.424 (nelle due componenti convenzionata ed ospedaliera).

Anno 2017 - Sforamento Tetto della Farmaceutica

Spesa per farmaceutica convenzionata I trimestre 2017 (Tetto 7,96%)

	FSN 2017	Tetto 7,96%	Spesa	scostamento	Inc. %	diff.	Spesa eccedente media Italia (trimestre)	Spesa eccedente media Italia (anno)
Sardegna	749.377.913	59.650.482	65.532.017	5.881.535	8,7%	0,8%	5.995.023	**23.980.093,22**
Italia	27.964.094.200	2.225.941.898	2.220.447.742	-5494156	7,9%			

Spesa per farmaceutica ospedaliera I trimestre 2017 (Tetto 6,89%)

	FSN 2017	Tetto 6,89%	spesa	scostamento	Inc. %	diff.	Spesa eccedente media Italia (trimestre)	Spesa eccedente media Italia (anno)
Sardegna	749.377.913	51.632.138	78.605.856	26.973.718	10,49%	1,62%	12.121.433,86	**48.485.735**
Italia	27.964.094.200	1.926.726.090	2.480.960.022	554.233.932	8,87%			

Come si evince dalle tabelle soprariportate lo sforamento della spesa complessiva regionale rispetto alla media nazionale ammontava nel 2016 a oltre 104 milioni, mentre nel I trimestre 2017 a circa 18 milioni (che proiettato su base annua ammonta a poco più di 70 milioni di euro).
La Regione Sardegna, nel primo trimestre 2017, abbandona l'ultimo posto del 2016 per collocarsi al sest-ultimo posto della spesa per la farmaceutica convenzionata, come si evince dalle tabelle pubblicate in sede di monitoraggio da AIFA.
Sulla base dei dati pubblicati relativi al I trimestre 2017, la riduzione della spesa registrata in Regione Sardegna, seppur non elevata in termini assoluti, determina, rispetto alla media nazionale, una riduzione dello sforamento, proiettato su base annua, di circa **70 milioni di euro** ovvero circa 30 milioni in meno rispetto all'anno precedente e quindi ben oltre il target di risparmio fissato dal piano di rientro regionale.
Tale notevole decremento è strettamente connesso alla circostanza che mentre nel resto d'Italia la spesa cresce in regione Sardegna la spesa diminuisce.
Si evidenzia, altresì, che, come noto, il tetto è calcolato quale percentuale del fondo sanitario, considerato che nel 2017 il fondo a livello nazionale registra un incremento, si ritiene che il target individuato nel 2016 e confermato nel 2017 debba essere rideterminato al fine di tener conto di tali dinamiche finanziarie.
È del tutto evidente che adottando una visione sistemica e comparativa, il risultato relativo sulla spesa farmaceutica si può considerare soddisfacente ed in linea con gli obiettivi regionali, tanto più che nel II° trimestre la spesa farmaceutica diminuisce ancora ed in modo più rilevante.
Dall'analisi dei dati relativi al periodo gennaio-maggio 2017 (monitoraggio AIFA) la Regione Sardegna ha avuto la maggiore riduzione di spesa -2,3 rispetto alla media Italia +0,7. È pertanto ipotizzabile che la riduzione a fine anno sia ancora più ampia. Se consolidato, si tratta di un risultato che segna un cambiamento importante.
Premesso quanto sopra, nel confermare tutte le riflessioni inviate con nota prot. 162591 del 5 maggio 2017 si ritiene, alla luce di queste considerazioni, che l'obiettivo di riduzione in valore assoluto della spesa farmaceutica convenzionata non sia coerente con le dinamiche finanziare ed economiche rilevate a livello nazionale e debba essere rideterminato in riduzione.

Focus on Categorie Terapeutiche sotto osservazione e Profili prescrittivi

Le misure tese al contenimento e alla razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata sono state imperniate su azioni, tendenzialmente uniformi sul territorio ATS, che hanno previsto:

- Incontri con i singoli Medici di Medicina Generale con Z-Score >1 per analisi profilo prescrittivo e rilevazione delle eventuali inappropriatezze prescrittive;

- Incontri in plenaria, in ciascuna ASSL con i MMG suddivisi per distretto, con specifici approfondimenti concernenti le categorie terapeutiche sotto osservazione e confronto con i Benchmark nazionali e regionali;
- Attività di Monitoraggio mensile dei dati di spesa farmaceutica convenzionata ;
- Invio mensile/trimestrale, a ciascun Medico di Medicina Generale con Z-Score >1, di un Report concernente il proprio profilo prescrittivo in relazione alle categorie terapeutiche sotto osservazione ;
- Incontri con i clinici prescrittori di alcune Strutture Ospedaliere dell'ATS, che sono induttori di prescrizioni in ambito territoriale, in merito alle indicazioni contenute negli Atti deliberativi regionali inerenti la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata;

Queste azioni, che la Direzione ATS ha coordinato al fine di promuovere interventi uniformi e omogenei su scala regionale, hanno consentito l'attivazione di un percorso virtuoso volto alla eliminazione delle sacche di inappropriatezza prescrittiva, in particolar modo in determinate categorie terapeutiche oggetto di indicatori regionali. Nelle tabelle sottostanti relative al 1° semestre 2017 vs 1° semestre 2016 si rileva un trend di riduzione della spesa e del numero di pezzi:

INIBITORI POMPA PROTONICA

A02BC - Confronto con l'anno precedente	Anno precedente	Anno in esame	Scostamento percentuale
Prescrizioni	1.143.955	1.051.239	-8.1 %
Pezzi	2.171.808	1.986.296	-8.5 %
Spesa lorda	€ 13.544.458,62	€ 12.248.639,00	-9.6 %
DDD	26.526.218,43	24.046.952,33	-9.3 %

COLECALCIFEROLO

A11CC05 - Confronto con l'anno precedente	Anno precedente	Anno in esame	Scostamento percentuale
Prescrizioni	357.013	264.035	-26.0 %
Pezzi	640.687	419.243	-34.6 %
Spesa lorda	€ 3.910.496,04	€ 3.075.046,90	-21.4 %
DDD	41.721.943,75	53.188.187,50	27.5 %

ROSUVASTATINA

C10AA07 - Confronto con l'anno precedente	Anno precedente	Anno in esame	Scostamento percentuale
Prescrizioni	146.089	131.777	-9.8 %
Pezzi	216.318	196.055	-9.4 %
Spesa lorda	€ 6.134.728,15	€ 5.569.171,00	-9.2 %
DDD	6.367.984,00	5.795.076,00	-9.0 %

ANTAG. ANGIOTENSINA 2 NON ASSOCIATI ANTAG. ANGIOTENSINA 2 ASSOCIATI

C09CA - Confronto con l'anno precedente	Anno precedente	Anno in esame	*Scostamento percentuale*
Prescrizioni	281.532	274.909	*-2.4 %*
Pezzi	440.119	431.571	*-1.9 %*
Spesa lorda	€ 5.376.640,93	€ 4.266.153,24	*-20.7 %*
DDD	16.609.006,75	16.116.087,75	*-3.0 %*

C09DA - Confronto con l'anno precedente	Anno precedente	Anno in esame	*Scostamento percentuale*
Prescrizioni	317.428	304.045	*-4.2 %*
Pezzi	491.322	471.125	*-4.1 %*
Spesa lorda	€ 6.097.233,20	€ 4.933.696,92	*-19.1 %*
DDD	13.779.272,00	13.196.229,00	*-4.2 %*

FANS

M01A - Confronto con l'anno precedente	Anno precedente	Anno in esame	*Scostamento percentuale*
Prescrizioni	500.797	468.333	*-6.5 %*
Pezzi	554.349	516.143	*-6.9 %*
Spesa lorda	€ 4.132.237,49	€ 3.805.488,66	*-7.9 %*
DDD	9.136.667,29	8.428.866,72	*-7.7 %*

COXIB

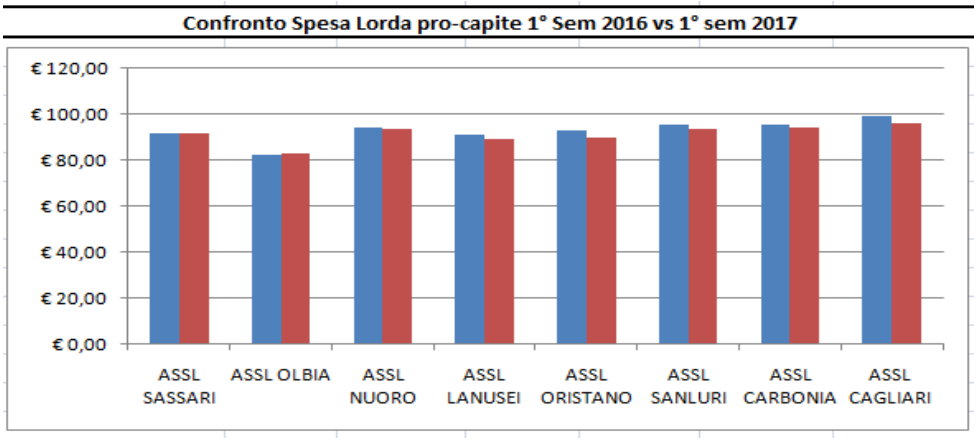
M01AH - Confronto con l'anno precedente	Anno precedente	Anno in esame	*Scostamento percentuale*
Prescrizioni	68.568	61.802	*-9.9 %*
Pezzi	77.810	69.225	*-11.0 %*
Spesa lorda	€ 1.477.803,63	€ 1.326.518,68	*-10.2 %*
DDD	1.775.120,00	1.552.330,00	*-12.6 %*

L'analisi generale dei principali indicatori, quali numero di pezzi ogni 100 abitanti, DDD/die per 1000 abitanti e la spesa lorda pro-capite di ciascuna ASSL, riferiti ai consumi di base escludendo i farmaci del PHT e altri rilevanti, evidenzia un trend generale di riduzione nel 1° semestre 2017 vs il 1°semestre 2016, come si rileva dalla tabella seguente:

Indicatori relativi ai consumi di base riferiti agli abitanti normalizzati dopo pesatura escludendo i farmaci PHT, PT e altri rilevanti

Indicatori	Semestri	ASSL SASSARI	ASSL OLBIA	ASSL NUORO	ASSL LANUSEI	ASSL ORISTANO	ASSL SANLURI	ASSL CARBONIA	ASSL CAGLIARI
Pezzi ogni 100 abitanti	1° sem 2016	965,07	867,38	1022,81	969,13	1014,63	1010,21	1036,88	1034,04
	1° sem 2017	967,83	873,61	1012,66	953,16	971,37	989,44	1019,35	999,5
DDD/die per 1000 abitanti	1° sem 2016	1092,51	999,45	1177,08	1224,41	1171,58	1263,5	1187,08	1226,16
	1° sem 2017	1121,2	1039,39	1199,93	1210,62	1198,08	1246,5	1213,51	1270,88
Spesa lorda pro-capite	1° sem 2016	€ 91,67	€ 82,13	€ 94,35	€ 91,00	€ 93,26	€ 95,68	€ 95,49	€ 98,96
	1° sem 2017	€ 91,97	€ 82,85	€ 93,39	€ 89,47	€ 89,84	€ 93,71	€ 94,52	€ 96,23

Anche dalla rappresentazione grafica concernente il confronto tra la Spesa Lorda Pro-capite del 1° semestre 2016 vs 1° semestre 2017 si evince un trend in contenimento.



Si fa rilevare, inoltre, che la spesa pro- capite relativa alla farmaceutica convenzionata risente in maniera significativa per quanto attiene alcune categorie di farmaci (Ig antiepatite B, insuline ed analoghi ad azione rapida, statine in associazione etc…) delle prescrizioni indotte dai clinici che afferiscono alle AOU di Cagliari e Sassari e all'Azienda Ospedaliera Brotzu, che esulano dal controllo dell'ATS.

Focus on : Fondi innovativi

Preliminarmente occorre evidenziare che la manovra dello Stato per l'anno 2017 stanzia per il fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi 1 miliardo di euro, di cui 500 milioni sono previsti per l'istituzione di un fondo ad hoc per i farmaci oncologici. Lo stesso provvedimento prevede, inoltre, la costituzione di un fondo per l'acquisto dei vaccini all'interno del Nuovo Piano Nazionale Vaccini pari a cento milioni di euro per l'anno 2017, 127 milioni di euro per l'anno 2018 e 186 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019.

La quota di tali risorse effettivamente destinate alla Regione Sardegna sono da computare a riduzione dei target di spesa fissati nella deliberazione 39-4 del 2017.

Focus on: Acquisti di prodotti farmaceutici nel 2017

L'incremento della spesa per l'acquisto dei farmaci inerenti il conto BA0030-prodotti farmaceutici ed emoderivati relativa al primo semestre 2017 ammonta a circa euro 3,8 mln così ripartiti:

- 1,8 mln di incremento della DPC (in aumento i pazienti in trattamento con farmaci del PHT in particolare si rileva un incremento dei consumi dei NAO, dei farmaci utilizzati nella cura delle patologie diabetiche quali le insuline ed analoghi per iniezione ad azione lenta e gli ipoglicemizzanti orali e delle Eparine a basso peso molecolare).
- 1 mln di incremento per la distribuzione diretta dei farmaci per la cura dell'Epatite C (incremento del numero dei pazienti in terapia);

- 1 mln di incremento della spesa per la distribuzione diretta di farmaci altamente impattanti sulla spesa (terapie biologiche per artrite reumatoide e psoriasica, terapie di II° Linea per pazienti in progressione affetti da Sclerosi Multipla, terapie per la fibrosi polmonare idiopatica, ecc.)

Si fa rilevare che numerosi Centri prescrittori autorizzati afferiscono alle AOU di Cagliari e Sassari e all'Azienda Ospedaliera Brotzu, per cui una parte delle prescrizioni concernenti le categorie terapeutiche impattanti sulla spesa farmaceutica esulano dal controllo dell'ATS.

In particolare con riferimento ai farmaci innovativi di cui ai due fondi previsti dall'art. 1, commi 402, 403 e 404, della manovra finanziaria 2017 (Allegato 1 e 2), si evidenziano i seguenti valori di distribuzione diretta registrati nel corso del primo semestre 2017:

1° SEMESTRE 2017 COSTI DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI INNOVATIVI (**Allegato 1 non oncologici**)									
FARMACO	**ASSL**								**ATS**
	SASSARI	OLBIA	NUORO	LANUSEI	ORISTANO	SANLURI	CARBONIA	CAGLIARI	
SOVALDI	-	244.200	678.333	352.733	108.533	-	-	1.641.567	**3.025.366**
OLYSIO	-	7.427	11.000	-	-	-	-	-	**18.427**
VIEKIRAX	-	8.188	80.947	15.178	11.807	-	-	220.473	**336.593**
EXVIERA	-	848	6.927	1.320	1.027	-	-	14.019	**24.141**
DAKLINZA	-	46.200	151.896	79.200	23.100	-	-	372.586	**672.982**
KALYDECO	99.000	-	-	-	-	-	-	-	**99.000**
HARVONI	-	462.623	447.700	89.540	44.770	-	-	1.089.403	**2.134.037**
EPCLUSA	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
ZEPATIER	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
STRIMVELIS	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
Totale	**99.000**	**769.487**	**1.376.804**	**537.972**	**189.237**	**-**	**-**	**3.338.047**	**6.310.546**

1° SEMESTRE 2017 COSTI FARMACI INNOVATIVI (Allegato 2 oncologici)									
FARMACO	ASSL								ATS
	SASSARI	OLBIA	NUORO	LANUSEI	ORISTANO	SANLURI	CARBONIA	CAGLIARI	
PERJETA	-	78.406	129.679	24.126	105.553	24.126	4.691	-	366.582
ABRAXANE	-	20.531	51.629	28.266	-	15.685	1.568	-	117.679
ZYDELIG	-	-	15.400	3.080	-	-	-	3.080	21.560
IMBRUVICA	-	18.684	147.913	-	14.013	-	-	46.709	227.319
OPDIVO	28.030	398.447	162.337	59.143	108.366	-	23.892	-	780.216
KEYTRUDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	28.030	516.068	506.958	114.616	227.931	39.811	30.152	49.789	1.513.355

Da evidenziare, in particolare per le ASSL di Sassari e di Cagliari, che il valore dei farmaci oncologici innovativi distribuiti direttamente è solo una parte del costo realmente sopportato dalla ATS perché una notevole quota è stata e verrà addebitata dalle aziende ospedaliere a seguito dell'erogazione di prestazioni di ricovero ai pazienti residenti ATS, in quanto il costo dei farmaci oncologici innovativi non è ricompreso nella tariffa dei rispettivi DRG (e questo spiega il basso valore delle ASSL più prossime alle aziende ospedaliere).

Focus on Biologici in ambito reumatologico

Particolare attenzione sarà posta per i trattamenti utilizzati per l'artrite reumatoide. Oltre all'individuazione di uno specifico obiettivo per l'implementazione dell'utilizzo di farmaci del gruppo ATC L04AB01 (etanercept) , L04AB02 (infliximab) rispetto al totale del gruppo ATC L04AB.

Al riguardo si precisa che alcuni centri prescrittori autorizzati afferiscono alle Aziende Ospedaliere.

Particolare importanza rivestirà anche l'ambito della prevenzione attraverso l'organizzazione di corsi formazione per i medici di medicina generale (MMG). Infatti, una diagnosi precoce della malattia potrebbe permettere il contenimento dei danni articolari attraverso l'utilizzo di farmaci convenzionali (DMARDS), dal costo più contenuto, rispetto ai nuovi farmaci biologici con un costo medio per paziente nel primo anno di cura pari a circa €/mgl 13/15.

Focus on Sclerosi multipla

La prevalenza media della sclerosi multipla per l'Italia si stima intorno ai 188 casi per 100.000 abitanti con eccezione della Sardegna che presenta un'incidenza praticamente doppia (360 casi per 100.000 abitanti). E' dunque fondamentale una presa in carico del paziente da parte del SSR che si basi su PDTA frutto dell'analisi dell'evidenza scientifica disponibile da parte dei clinici nonché del supporto delle associazioni dei rappresentanti dei pazienti. Dunque la scelta della terapia nella sclerosi multipla (SM), deve essere guidata da un attento bilancio tra l'efficacia del trattamento nel prevenire le ricadute, la disabilità, l'attività neuroradiologica e l'atrofia oltre che il peso della terapia stessa in termini di sicurezza, tollerabilità e monitoraggio. E' stata condivisa con la responsabile del Centro Sclerosi Multipla del Presidio Binaghi una strategia tesa garantire che i pazienti di nuovo arruolamento vengano sottoposti a terapia con il farmaco di I° Linea con il brevetto scaduto a minor costo e che i pazienti, in terapia di II° linea con natalizumab, a causa della progressione di malattia, qualora sviluppino anticorpi anti JCV, devono essere trattati se la malattia è stabilizzata, con farmaci in I° linea.

Focus on Risultati effettivamente attesi

Sulla base delle considerazioni soprariportate si evince che l'obiettivo di riduzione della spesa debba essere valutato in termini relativi e comparativi e non in termini assoluti, nel senso che ATS si impegna a ridurre il gap rispetto alla spesa media nazionale.

Premesso quanto sopra si ritiene perseguibile e ambizioso il raggiungimento di un obiettivo di riduzione della spesa per la farmaceutica complessivamente considerata, determinato in valore assoluto pari a circa 10 milioni di euro. Il perseguimento di tale risultato consentirebbe di ridurre ulteriormente lo sforamento della spesa regionale rispetto alla spesa media nazionale, riduzione che, a parità di condizioni, si attesterebbe su valori ben superiori ai 20 milioni programmati.

I dati ancora non definitivi della spesa farmaceutica relativi ai primi 5 mesi confermano, infatti, il trend positivo. La spesa lorda cumulata in Regione Sardegna si **riduce** nel periodo gennaio-maggio 2017 rispetto al medesimo periodo gennaio – maggio 2016 di circa il 2,3%, mentre in Italia mediamente **cresce** dello 0,6%

3.2.3.5. Altri risparmi

I risparmi relativi alla seguente voce sono connesse alle riduzione e costi associati ai processi di unificazione ed alle economie di scale direttamente associate alla fusione per incorporazione.

3.2.4. Rapporti con gli erogatori

Con Deliberazione del direttore generale n.57 del 22 febbraio 2017, al fine di attivare ogni utile iniziativa finalizzata al controllo ed all'omogeneizzazione delle procedure amministrative, è stato costituito un gruppo di lavoro aziendale per la predisposizione del Piano Preventivo delle Attività (PPA) dell'ATS per l'anno 2017 e la stipula dei contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati per l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Con DGR 27/25 del 9 Maggio 2017 la Giunta Regionale ha ridefinito i tetti di spesa prevedendo una riduzione di circa 4.5 mln di euro.

Si riporta di seguito il dettaglio:

MACRO LIVELLO ASSISTENZIALE	TETTI DI SPESA 2016	TETTI DI SPESA 2017	DIFFERENZA	VAR. %
	a	b	c=a-b	d=c/a%
ASSISTENZA OSPEDALIERA	€ 99.286.799,90	€ 99.286.800,00	€ 0,10	0,00%
ASSISTENZA SPECIALISTICA	€ 63.118.528,00	€ 62.095.462,91	-€ 1.023.065,09	-1,62%
ASSISTENZA RESIDENZIALE	€ 30.693.122,00	€ 28.714.147,08	-€ 1.978.974,92	-6,45%

ASSISTENZA RIABILITATIVA	€ 56.706.272,09	€ 56.225.664,65	-€ 480.607,44	-0,85%
ASSISTENZA TERMALE	€ 1.603.000,00	€ 1.603.000,00	€ 0,00	0,00%
SALUTE MENTALE	€ 12.580.000,00	€ 11.686.800,00	-€ 893.200,00	-7,10%
DIPENDENZE PATOLOGICHE	€ 9.010.283,78	€ 9.010.283,78	€ 0,00	0,00%
AIDS	€ 1.814.246,42	€ 1.693.153,40	-€ 121.093,02	-6,67%
TOTALE	€ 274.812.252,19	€ 270.315.311,82	-€ 4.496.940,37	-1,64%

Tab. 15 – Tetti anno 217

Con Nota Prot. PG 209207 del 12.06.2017, al fine di assicurare la trasparenza e correttezza dei processi decisionali e l'informativa di cui alla DGR 23/25 del 09.05.2017, si è provveduto a convocare le associazioni/organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative per ciascuna macroarea di attività; che in occasione di tale incontro, tenutosi in data 20.06.2017, sono stati illustrati i contenuti generali del PPA 2017 ed è stato assegnato alle associazioni/organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative un termine per formulare osservazioni e /o proposte sullo stesso che è stato trasmesso via pec nella medesima giornata.

In data 28.06.2017 si sono tenuti specifici incontri per le Macroaree: assistenza ospedaliera, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza riabilitativa, assistenza residenziale territoriale, assistenza alle persone con disturbo mentale e assistenza alle persone con dipendenze patologiche e che, nell'ambito degli stessi, le associazioni/organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative hanno formulato le loro osservazioni con richiesta di modifica e/integrazione di alcune parti del PPA 2017, come da verbali inviati via mail e custoditi agli atti dell'azienda.

A seguito di successive valutazioni, si è ritenuto di modificare parzialmente alcune percentuali inerenti i criteri per l'utilizzo del tetto di spesa relativo all'acquisto delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

All'esito di quanto sopra esposto, si è addivenuti alla elaborazione definitiva del Piano che, in conformità ai contenuti della DGR 23725 del 09.05.2017, è stato nuovamente trasmesso per l'informativa alle associazioni/organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in data 17.07.2017 e successivamente apparovato con DDG 648 del 22 luglio 2017

I contenuti del Piano, nel rispetto di quanto previsto dagli artt. 2 lettera f e 5 comma 4 lettera a della L.R. 17/2016, sono stati, altresì, condivisi dai Direttori delle ASSL i quali hanno provveduto, previa determinazione dei tetti da assegnare ai singoli erogatori insistenti sull'area territoriale di riferimento nei limiti delle risorse assegnate per ciascuna macroarea d'attività, alla stipula dei relativi contratti, in conformità alle disposizioni della delibera ATS n. 11 del 18.01.2027 entro il mese di agosto

Con riferimento alla RSA, si evidenzia che nel giugno 2016 è stata incorporata l'IPAB SGB e che pertanto la riduzione del tetto è compensata dall'incremento dei costi direttamente sostenuti dall'ATS.
Con riferimento alla salute mentale, considerato che la spesa risente di variabili esogene (quali gli inserimenti nelle strutture da parte dei tribunali) si ritiene che l'obiettivo di riduzione della spesa sia difficilmente raggiungibile.
Secondo il dettato della DGR 63/24 la Giunta Regionale procederà alla fissazione di un tetto pari al 50% delle dialisi ad alto costo effettuate dagli erogatori pubblici e privati.

4. PIANI OPERATIVI

4.1. Piano operativo rete ospedaliera

Per quanto attiene la rete ospedaliera, il piano operativo è strettamente connesso alla emanazione dei provvedimenti regionali richiamati nella sezione dedicata ai vincoli normati.

La tabella che segue, poste le condizioni sopra richiamata, espone il Piano operativo di dettaglio in merito alla rete ospedaliera.

ID	Descrizione fase	Descrizione attività	Risultato
1	Approvazione della rete ospedaliera	In carico a Regione Autonoma della Sardegna	1. Approvazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna
2	Approvazione delle linee guida atto aziendale	In carico a Regione Autonoma della Sardegna	- Approvazione delle linee guida per la redazione dell'atto aziendale dell'ATS
3	Approvazione atto aziendale	Redazione dell'atto aziendale dell'ATS DDG 721/2017	- Approvazione atto aziendale ATS
4	Programmazione attività di revisione organizzativa	Definizione di strumenti, metodi, obiettivi e indicatori	- Cronoprogramma delle attività - Piano degli obiettivi - Piano degli indicatori - Sistema di tracking - Attivazione tavoli tematici
5	Assegnazione obiettivi target	Adozione degli obiettivi della nel Piano delle Performance 2017-2019 e nel sistema di budget 2017	- Piano della performance 2017-2019 - Obiettivi di budget 2017
6	Monitoraggio dell'implementazione delle azioni di revisione organizzativa e di applicazione dell'atto aziendale	Predisposizione report e analisi andamento obiettivi e scostamenti	- Elaborazione report mensili di monitoraggio indicatori - Analisi mensile degli criticità rispetto ai target - Proposizione delle ipotesi di soluzione
7	Follow up monitoraggio trimestrale e analisi scostamenti rispetto ad indicazioni e standard	Condivisione dei dati di monitoraggio con soggetti coinvolti	- 1 incontro mensile per analisi delle criticità e dei risultai raggiunti
9	Rendicontazione ARIS	Rendicontazione dei risultati raggiunti e delle aree di attenzione	- rendicontazione trimestrale andamento delle azioni di riorganizzazione - relazione trimestrale sulle azioni intraprese nel periodo di riferimento

Tab. 16 - Rete ospedaliera: piano operativo

4.2. Piano operativo del governo dei processi gestionali

Per quanto attiene il governo dei processi gestionali, la tabella che segue espone il Piano operativo di dettaglio in merito alle azioni di efficientamento. Nello specifico le principali azioni di razionalizzazione riguardano gli acquisti dei dispositivi medici.

ID	Descrizione fase	Descrizione attività	Risultato	Cronoprogramma
1	Programmazione economica	Adozione del Bilancio Preventivo	DDG 12 del 18 gennaio 2017	I trimestre 2017
2	Programmazione strategica	Assegnazione degli obiettivi ai DG da parte dell'Assessorati	DGR 22/23 del 5 maggio 2017	II trimestre 2017
3	Programmazione attività	Adozione degli obiettivi della nel Piano delle Performance 2017-2019	DDG 288 del 8 maggio 2017	II trimestre 2017
4	Assegnazione obiettivi target	Assegnazione degli obiettivi di budget ai direttori di area	Obiettivi di budget 2017	II trimestre 2017
5	Regole di sistema	Adozione del sistema di valutazione della performance	DDG 445 del 21 giugno 2017	II trimestre 2017
4	Assegnazione obiettivi target	Assegnazione degli obiettivi di budget ai direttori di UUOO	Assegnazione degli obiettivi target Attivazione delle azioni di monitoraggio Identificazione delle casistiche critiche Valutazione dei tempi di attesa sostenibili Obiettivi di budget 2017	II e III trimestre 2017
6	Monitoraggio	Predisposizione report e analisi andamento obiettivi e scostamenti	Report periodico su andamento della spesa Report periodico su andamento della spesa Redazione, ove necessario, del Piano delle azioni correttive	III e IV trimestre 2017
7	Rendicontazione ATS	Analisi dell'andamento dei costi e identificazione azioni correttive	Report annuale e rendicontazione	II,III e IV trimestre 2017 e I trimestre 2018

Tab. 17 -Governo dei processi gestionali: piano operativo

La tabella che segue espone la tempificazione dei risparmi derivanti dalle azioni relative all'assistenza integrativa e protesica, rapportate per trimestre.

Descrizione Voce	I° trimestre	II° trimestre	III° trimestre	IV° trimestre	Totale
Governo processi gestionali (dispositivi)	0	100	200	200	500

Tab. 18 – Governo dei processi gestionali: ripartizione trimestrale dei risparmi attesi

4.3. Piano operativo della riduzione del costo del personale

Per quanto attiene il costo del personale, la tabella che segue espone il Piano operativo di dettaglio in merito alle azioni di efficientamento.

ID	Descrizione fase	Descrizione attività	Risultato	Cronoprogramma
1	Programmazione	Definizione del Blocco del Turn - over da parte dell'Assessorato	DGR 11/16 del 28 febbraio 2017	I trimestre 2017
2	Analisi di contesto	Verifica dei costi da pensionamenti	Predisposizione di un report di analisi per singola ASSL	I trimestre 2017
3	Assegnazione obiettivi target	Predisposizione della scheda di budget	Sottoscrizione budget	II trimestre 2017
4	Regole di sistema	Omogeneizzazione delle procedure e delle banche dati	Attivazione del tavoli tematici degli acquisti	II trimestre 2017
5	Regole di sistema	Predisposizione del Regolamento unico del personale	Accordo Integrativo aziendale Regolamento unico del personale	III trimestre 2017
6	Regole di sistema	Fabbisogno	Piano ATS del fabbisogno di Personale	III trimestre 2017
7	Regole di sutema	Definizione dotazione organica	Approvazione dotazione organica ATS	IV trimestre 2017
8	Monitoraggio	Predisposizione report e analisi andamento obiettivi e scostamenti	Report periodico su andamento della spesa Redazione, ove necessario, del Piano delle azioni correttive	III e IV trimestre 2017
9	Rendicontazione ATS	Analisi dell'andamento dei costi e identificazione azioni corettive	Report annuale e rendicontazione	II,III e IV trimestre 2017 e I trimestre 2018

Tab. 19 – Costo del personale: piano operativo

La tabella che segue espone la tempificazione dei risparmi derivanti dalle azioni relative costo del personale, rapportate per trimestre.

Descrizione Voce	I° trimestre	II° trimestre	III° trimestre	IV° trimestre	Totale
Costo del personale	1000	1000	1500	1000	4500

Tab. 20 – Costo del personale: ripartizione trimestrale dei risparmi attesi

4.4. Piano operativo degli acquisti

Per quanto attiene l'assistenza integrativa e protesica, la tabella che segue espone il Piano operativo di dettaglio in merito alle azioni di efficientamento.

ID	Descrizione fase	Descrizione attività	Risultato	Cronoprogramma
1	Programmazione attività	Definizione Piano degli acquisti	Deliberazione del Direttore Generale n. 120 del 16.03.2017, Deliberazione del Direttore Generale n. 233 del 18.04.2017 Deliberazione del Direttore Generale n. 234 del 18.04.2017, Deliberazione n 495/2017 del Direttore generale dell'ATS	I e II trimestre 2017
2	Regole di sistema	Omogeneizzazione delle procedure	Attivazione del tavoli tematici degli acquisti	II trimestre 2017
3	Regole di sistema	Attivazione gara Ausili	Sottoscrizione contratti	I e II trimestre 2017
4	Assegnazione obiettivi target	Predisposizione della scheda di budget	Sottoscrizione budget	II trimestre 2017
5	Avvio gare ATS	Avvio delle gare ATS	Individuazione dei Gruppi tecnici di progettazione Autorizzazione a contrarre Sottoscrizione contratto ASIR Bando gara elisoccorso	II, III e IV trimestre 2017
6	Monitoraggio	Predisposizione report e analisi andamento obiettivi e scostamenti	Report periodico su andamento della spesa Redazione, ove necessario, del Piano delle azioni correttive	III e IV trimestre 2017
7	Programmazione	Programmazione biennio 2018-2019	Adozione del pino 2018-2019	IV trimestre 2017
8	Rendicontazione ATS	Analisi dell'andamento dei costi e identificazione azioni corettive	Report annuale e rendicontazione	II,III e IV trimestre 2017 e I trimestre 2018

Tab. 21 – Acquisti del territorio: piano operativo

La tabella che segue espone la tempificazione dei risparmi derivanti dalle azioni relative all'assistenza integrativa e protesica, rapportate per trimestre.

Descrizione Voce	I° trimestre	II° trimestre	III° trimestre	IV° trimestre	Totale
Razionalizzazione degli acquisti per Assistenza integrativa e protesica (voce Rettifica da contributi e assistenza integrativa e protesica)	500	500	700	800	2.500
Razionalizzazione degli acquisti per Consulenze e Sumaisti	500	500	700	800	2.500

Tab. 22 – Acquisti del territorio: ripartizione trimestrale dei risparmi attesi

Si segnala che stante l'avvenuta aggiudicazione della gara regionale per presidi e ausili e l'attivazione del servizio di sanificazione, si ritiene opportuno distribuire i risparmi in modo lineare. A fronte del montaggio trimestrale si procederà alla ridistribuzione dei target di risparmi sugli altri trimestri del 2017.

4.5. Piano operativo spesa farmaceutica ospedaliera

Per quanto attiene la spesa farmaceutica ospedaliera, la tabella che segue espone il Piano operativo di dettaglio in merito alle azioni di efficientamento.

ID	Descrizione fase	Descrizione attività	Risultato	Cronoprogrmma
1	Programmazione attività	Definizione di strumenti, metodi, obiettivi	Piano degli obiettivi dei direttori di Area (obiettivi di contratto)	I trimestre 2017
2	Assegnazione obiettivi target	Predisposizione della scheda di budget	Sottoscrizione budget Piano degli indicatori Cronoprogramma delle attività ex DGR 54/11	II trimestre 2017
3	Azioni di sensibilizzazione	Sensibilizzazione dei reparti ospedalieri per la condivisione del percorso tracciato dalla DGR 54/11 e delle regole del monitoraggio e del follow up	- 1 incontro trimestrale - Richiami personalizzati per Reparti fuori target	II trimestre 2017
4	Azioni di sensibilizzazione	Sensibilizzazione dei reparti ospedalieri per la condivisione del percorso tracciato dalla DGR 54/11 e delle regole del monitoraggio e del follow up delle altre Aziende del SSR	Incontro tra i vertici strategici delle aziende al fine di definire azioni sinergiche e di coordinamento	II e III trimestre 2017
5	Monitoraggio trimestrale dei consumi	Predisposizione report e analisi andamento obiettivi e scostamenti	- Elaborazione report mensili di monitoraggio indicatori DGR 54/11 - Analisi mensile degli scostamenti rispetto ai target	I,II, III e IV trimestre 2017
6	Follow up monitoraggio trimestrale e analisi scostamenti rispetto ad indicazioni e standard	Condivisione dei dati di monitoraggio con soggetti prescrittori	- Incontro per analisi dei comportamenti prescrittivi e individuazione azioni correttive per medico/struttura	II, III e IV trimestre
7	Rendicontazione ARIS	Rendicontazione dei risultati raggiunti e delle aree di attenzione	- Rendicontazione trimestrale andamento degli scostamenti - Relazione sulle azioni intraprese nel periodo di riferimento	II,III e IV trimestre 2017 e I trimestre 2018

Tab. 23 - Spesa farmaceutica ospedaliera: piano operativo

La tabella che segue espone la tempificazione dei risparmi derivanti dalle azioni relative alla spesa farmaceutica ospedaliera, rapportate per trimestre.

Descrizione Voce	I° trimestre	II° trimestre	III° trimestre	IV° trimestre	Totale
Biologici in ambito reumatologico			200	200	400
Sclerosi multipla			250	250	500

Tab. 24- Spesa farmaceutica ospedaliera: ripartizione trimestrale dei risparmi attesi

Si segnala che nella definizione dei target di spesa su base trimestrale si è tenuto conto di una riduzione più contenuta nel corso del I trimestre e più sostenuta nel corso del IV per effetto della messa a regime dell'approccio metodologico e dell'implementazione completa delle azioni di efficientamento.

4.6. Piano operativo spesa farmaceutica territoriale

La principale misura volta al contenimento dei livelli di spesa farmaceutica è costituita dalla responsabilizzazione dei medici di medicina generale per la loro preminente funzione di individuazione dei bisogni sanitari della popolazione assistibile. Questo, anche, attraverso la rinegoziazione degli accordi integrativi della MMG per la parte variabile, la definizione di obiettivi coerenti con la programmazione regionale, anche attraverso l'implementazione di un sistema di autovalutazione.

Per quanto attiene la spesa farmaceutica territoriale, la tabella che segue espone il Piano operativo di dettaglio in merito alle azioni di efficientamento.

ID	Descrizione fase	Descrizione attività	Risultato	
1	Programmazione attività	Definizione di strumenti, metodi, obiettivi e indicatori	Piano degli obiettivi per i direttori di Area (obiettivi di contratto)	I Trimestre
2	Assegnazione obiettivi target	Predisposizione della scheda di budget	Sottoscrizione budget Piano degli indicatori Attivazione tavoli tematici per molecole sotto osservazione	II trimestre 2017
3	Azioni di sensibilizzazione	Sensibilizzazione dei prescrittori territoriali e ospedalieri per la condivisione del percorso tracciato dalla DGR 54/11 e delle regole del monitoraggio e del follow up	- 1 incontro area territoriale - 1 incontro trimestrale area ospedaliera - richiami personalizzati per i medici "iperprescrittori" - Portale MMG - Informativa aziendale	II, III e IV trimestre 2017
4	Monitoraggio trimestrale del comportamento prescrittivo dei medici (MMG, PLS, ospedalieri e specialisti)	Predisposizione report e analisi andamento obiettivi e scostamenti	- Elaborazione report mensili di monitoraggio indicatori DGR 54/11 - Analisi mensile degli scostamenti rispetto ai target	II, III e IV trimestre 2017
5	Follow up monitoraggio trimestrale e analisi scostamenti rispetto ad indicazioni e standard	Condivisione dei dati di monitoraggio con soggetti prescrittori	- 1 incontro per analisi dei comportamenti prescrittivi e individuazione azioni correttive per medico/struttura - 1 audit mensile con 100% medici interessati da scostamenti e/o da segnalazione	II, III e IV trimestre 2017
6	Analisi delle segnalazioni	Valutazione delle segnalazioni inerenti le attività prescrittive	Analisi e risposta al 100% delle segnalazioni	II, III e IV trimestre 2017

ID	Descrizione fase	Descrizione attività	Risultato	
7	Formazione	Programmazione e realizzazione attività formative	- Programmazione e realizzazione di eventi formativi con approfondimenti sulla realtà locale e utilizzo di metodologie adeguate alla modifica dei comportamenti - Realizzazione di almeno un evento formativo per trimestre - Coinvolgimento del 100% degli attori interessati entro il 30.09.2016	II, III e IV trimestre 2017
8	Regole di sistema	Accordo Integrativo In carico all'assessorato	Definizione di meccanismi premiali	III trimestre 2017
9	Rendicontazione	Analisi dell'andamento dei costi e identificazione azioni correttive	- Report mensile su andamento della spesa da File D - Report mensile su andamento della spesa da File F e DPC - Redazione, ove necessario, del Piano delle azioni correttive	II, III e IV trimestre 2017 e I trimestre 2018
10	Rendicontazione ARIS	Rendicontazione dei risultati raggiunti e delle aree di attenzione	- rendicontazione trimestrale andamento degli scostamenti - relazione trimestrale sulle azioni intraprese nel periodo di riferimento	- II, III e IV trimestre 2017 e I trimestre 2018

Tab. 25 - Spesa farmaceutica territoriale: ripartizione trimestrale dei risparmi attesi

Descrizione Voce	I° trimestre	II° trimestre	III° trimestre	IV° trimestre	Totale
Assistenza farmaceutica convenzionata	500	3.000	3.500	3.000	10.000

Tab. 26 - Spesa farmaceutica convenzionata: ripartizione trimestrale dei risparmi attesi

Come si evince dalla tabella soprariportata il target ritenuto raggiungibile per le motivazioni soprariportate ammonta a 10.000.

4.7. Piano operativo revisione delle tariffe

Si riporta di seguito il piano operativo relativo alle azioni connesse alla rivisitazioni dei tetti

ID	Descrizione fase	Descrizione attività	Risultato	Cronoprogramma
1	Programmazione attività	Definizione dei tetti In carico a Regione Autonoma della Sardegna	DGR 27/25 del 9 maggio 2017	II trimestre 2017
2	Regole di sistema	Omogeneizzazione delle procedure amministrative e dei criteri di programmazione	Costituzione di un gruppo di lavoro	II trimestre 2017
2	Azioni di sensibilizzazione	Incontri con gli erogatori privati e presentazione del piano preventivo di acquisto delle prestazioni da privato accreditato	Illustrazione dei contenuti dei piani	III trimestre 2017
3	Assegnazione obiettivi target	Adozione del Piano Preventivo per l'acquisto delle prestazioni da privato	DDG 648 del 22 luglio 2017	III trimestre 2017
8	Analisi	Predisposizione dei contratti ed invio ai privati accreditati	Stipula dei Contratti	III trimestre 2017
5	Monitoraggio	Predisposizione report e analisi andamento obiettivi e scostamenti	Report periodico su andamento della spesa Redazione, ove necessario, del Piano delle azioni correttive	III e IV trimestre 2017
6	Rendicontazione ATS	Analisi dell'andamento dei costi e identificazione azioni correttive	Report annuale e rendicontazione	II,III e IV trimestre 2017 e I trimestre 2018

Tab. 27 – Rapporto con gli erogatori privati: piano operativi

La tabella che segue espone la tempificazione dei risparmi derivanti dalle azioni relative ai rapporti con privati, rapportati al trimestre.

Descrizione Voce	I° trimestre	II° trimestre	III° trimestre	IV° trimestre	Totale
Acquisto prestazioni da privato	0	0	1750	1750	3.500

Tab. 28 – Rapporto con gli erogatori: ripartizione trimestrale dei risparmi attesi

Conclusioni

I risparmi relativi all'implementazione della programmazione degli acquisti di beni e servizi potranno esplicare i propri effetti solo successivamente alla conclusioni delle gare programmate ed alla sottoscrizione dei relativi contratti e pertanto, ad esclusione della gara relativi agli ausili, solo nel 2018.

I risparmi relativi alla spesa farmaceutica non possono non tener conto delle variabili di contesto e dell'andamento della spesa a livello nazionale. Come esplicitato nel relativo paragrafo una riduzione in termini assoluti della spesa di circa 10 milioni consentirebbe di ridurre lo sforamento della spesa farmaceutica rispetto alla media nazionale di ben oltre i 20 milioni programmati.

La spesa per la farmaceutica e la relativa riduzione, inoltre, è ancorata ai tetti stabilito a livello nazionale. I tetti come noto sono espressi in termini percentuali rispetto al FSR. Considerato che il FSR 2017 è incrementato rispetto al FSR 2016 si ritiene che gli obiettivi 2017 non siano assolutamente coerenti con tale variazione e debbano essere rivisti.

L'ATS ha però posto in essere una serie di azioni di razionalizzazione della spesa (governo dei processi, efficientamento delle procedure, riduzione di organismi, etc.) che complessivamente considerate consentiranno di ridurre i costi, nel 2017, di circa 28 milioni.

Area Tematica	Descrizione Voce	Obiettivi precedenti ATS (ante DGR 39-4)	Stima ATS
	Macroazione	rif. Nota 248 del 2017	
8	Ridefinizione delle regole di sistema	26.320,00	24.200,00
	Governo processi gestionali		500,00
	Personale	420,00	6.900,00
	Acquisti territorio	5.000,00	5.000,00
	Biologici in ambito reumatologico	400,00	0
	Sclerosi multipla	500,00	0
	Azioni sistematiche profili prescrittivi	6.000,00	
	altri risparmi sulla farmaceutica	14.000,00	10.000,00
	Altri risparmi		1.800,00
4	Rapporto con erogatori	7.700,00	3.500,00
	Revisione tariffe e decurtazione Budget	7.400,00	3.000,00
	Dialisi	300,00	500,00
	Totale risparmi Piano di rientro 2017	95.525	27.700,0

L'ulteriore consolidamento delle azioni di razionalizzazione poste in essere ed i processi di unificazione e razionalizzazione congiuntamente all'effetto (minimo) dell'incremento della quota del FSR consentirà di ridurre la perdita consolidata ATS di 34 milioni di euro.

Descrizione Voce	2015 (€/mgl)	2016 (€/mgl)	2017 BEP (€/mgl)
Risultato economico aggregato	-251.285	-242.330	-208.125