



GIUNTA REGIONALE

Seduta del **15 NOV. 2016** Deliberazione N. **741**

L'anno il giorno del mese di **15 NOV. 2016**

negli uffici della Regione Abruzzo, si è riunita la Giunta Regionale presieduta dal
Sig. Presidente **Dott. Luciano D'ALFONSO**
con l'intervento dei componenti:

	P	A
1. LOLLI Giovanni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. DI MATTEO Donato	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. GEROSOLIMO Andrea	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. PAOLUCCI Silvio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. PEPE Dino	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. SCLOCCO Marinella	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Svolge le funzioni di Segretario **Daniela Valenza**

OGGETTO

**Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende
Sanitarie regionali per il triennio 2017-2019**

LA GIUNTA REGIONALE

RICHIAMATA la propria deliberazione n. 644 del 20 ottobre 2016 con la quale:

- è stato preso atto della cessazione, con decorrenza **30 settembre 2016**, dei mandati commissariali conferiti al Commissario ad acta ed al sub Commissario ad acta, rispettivamente con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014 e del 7 giugno 2012, fermo restando le modalità di verifica e di affiancamento di cui alla lettera g) della delibera del Consiglio dei Ministri del 15 settembre 2016;
- è stato ribadito quanto già fissato al punto 3 del dispositivo della D.G.R. n. 576/2016 in conformità alle previsioni di cui al punto f) del dispositivo della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 15.09.2016, ovvero che: "dalla data di cessazione del mandato commissariale..... la Regione Abruzzo rientri nelle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria ed in materia di Piani di Rientro dai deficit sanitari"
- sono state precisate le funzioni già ricomprese nel mandato commissariale conferito con deliberazione del Consiglio dei Ministri che rientreranno nel legittimo esercizio degli Organi della

regione Abruzzo dalla data di cessazione del commissariamento;

- è stato 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 D.G.R. n. 505/2016 ed integrato con D.G.R. n. 576/2016) con la precisazione 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. n. 77/1999 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la L.R. 24 dicembre 1996, n. 146 e successive modificazioni ed integrazioni recante: "Norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" ed in particolare:

- art. 4 comma 4 "Le Aziende sanitarie informano la loro attività a criteri di efficacia, efficienza, economicità, sono tenute a perseguire il pareggio di bilancio nel rispetto degli indirizzi regionali, salvaguardando il patrimonio aziendale nel lungo periodo attraverso l'equilibrio tra i costi, i ricavi e i proventi della gestione, ivi compresi i trasferimenti";
- art. 5 "le Aziende sono tenute a fornire alla Regione tutte le informazioni occorrenti alla programmazione sanitaria nazionale e regionale e al coordinamento dei servizi sanitari sul territorio. A questo proposito la Giunta Regionale può emanare linee guida, al fine di garantire l'omogeneizzazione dei flussi informativi e la comparazione dei dati su base regionale e nazionale";
- art. 7- "Il Piano strategico è adottato dal direttore generale in conformità agli indirizzi programmatici emanati dalla Regione e costituisce punto di riferimento per l'elaborazione del bilancio pluriennale di previsione e del bilancio economico preventivo annuale. Esso definisce le linee strategiche di sviluppo, gli obiettivi e gli indirizzi generali per la gestione delle Aziende ed è articolato in programmi e in progetti. Il Piano strategico deve evidenziare in particolare: a) i programmi di attività con specifico riferimento a quelle aggiuntive rispetto ai livelli uniformi di assistenza da assicurare; b) eventuali programmi di ridimensionamento e ristrutturazione dei servizi; c) il programma pluriennale degli investimenti finalizzati ai nuovi servizi da attivare e al potenziamento dei servizi già operanti; d) le politiche di sviluppo delle risorse umane e delle correlate professionalità; e) le fonti finanziarie ed economiche necessarie alla realizzazione degli obiettivi del Piano. Il Piano strategico ha, di norma, durata triennale ed è aggiornato annualmente entro il 30 novembre, in relazione anche alla verifica dello stato di attuazione dei programmi";


VISTO l'articolo 25 del D.Lgs. n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni "Bilancio preventivo economico annuale" che stabilisce:

1. Gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste, e lettera c) predispongono un bilancio preventivo economico annuale, in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della regione.
2. Il bilancio preventivo economico annuale include un conto economico preventivo e un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti dall'articolo 26. Al conto economico preventivo è allegato il conto economico dettagliato, secondo lo schema CE di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni.
3. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato da una nota illustrativa, dal piano degli investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale per gli enti di cui alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 19 e dal responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione per gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste. La nota illustrativa esplicita i criteri impiegati nell'elaborazione del bilancio preventivo economico annuale; la relazione del direttore generale o del responsabile della gestione sanitaria accentrata evidenzia i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendali e regionali; il piano degli investimenti definisce gli investimenti da effettuare nel triennio e le relative modalità di finanziamento. Il bilancio preventivo economico annuale degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) e lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste, deve essere corredato dalla relazione del collegio sindacale."

VISTO l'articolo 32 del D.Lgs. n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni "Bilancio consolidato del Servizio Sanitario Regionale" che al comma 5 recita: "La giunta regionale approva i bilanci preventivi economici annuali degli enti di cui alle lettere b), punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19 e il bilancio preventivo economico annuale consolidato di cui al comma 4 entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello a cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione.";

VISTO l'art. 20 bis della L.R. 146/1996 e s.m.i. che stabilisce: "Entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento il Direttore Generale trasmette il Piano strategico triennale, ovvero il suo aggiornamento annuale,





il bilancio pluriennale di previsione e il piano programmatico di esercizio alla Direzione competente della Giunta Regionale per l'approvazione ed al Comitato Ristretto dei Sindaci il quale, entro il termine perentorio di 40 giorni dalla data di trasmissione, può rimettere le proprie osservazioni alla Direzione competente della Giunta Regionale";

TENUTO CONTO del Decreto Commissariale n. 104 del 19/11/2015 con il quale sono stati emanati gli indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie locali del triennio 2016-2018;

RITENUTO di precisare che il suindicato Decreto Commissariale n. 104/2015 perde l'efficacia in merito agli indirizzi regionali resi per il 2017 e 2018 che si intendono riaggiornati con il presente provvedimento;

RICHIAMATO il Piano di Riqualficazione del Servizio Sanitario regionale abruzzese, approvato con decreto Commissariale n. 55 del 10 giugno 2016, successivamente approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 505 del 22 settembre 2016, modificata con la deliberazione di Giunta Regionale n. 576 del 29 settembre 2016;

RAVVISATA la necessità di emanare gli indirizzi per la redazione degli strumenti di programmazione alle Aziende Sanitarie per il triennio 2017-2019 sulla base del Piano di Riqualficazione approvato;

RITENUTO, al fine della redazione degli Strumenti di programmazione aziendali 2017-2019, di dover procedere all'individuazione di un modello di Conto Economico programmatico per ciascuna Azienda Sanitaria regionale coerente con i dati economici approvati a livello regionale con il Piano di Riqualficazione 2016-2018;

CONSIDERATO che i Dirigenti dei Servizi del Dipartimento per la Salute e il Welfare hanno predisposto dei contributi di propria competenza per gli indirizzi programmatici regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle AASSLL 2017-2019, così come richiesto dal Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento del SSR, con nota prot. n. RA/57752/DPF012 del 03/10/2016;

VISTO 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"* allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, riepilogativo dei contributi comunicati dai Dirigenti del Dipartimento per la Salute e il Welfare, in base al quale le Aziende dovranno anche predisporre la programmazione triennale 2017-2019;

VISTI i prospetti allegati 2)-3)-4)-5), contenenti i Modelli di Conto Economico Programmatici per ciascuna Azienda Sanitaria regionale, nel triennio 2017-2019, redatti dal Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento del SSR del Dipartimento per la Salute e il Welfare, che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO che le Aziende Sanitarie regionali dovranno predisporre gli Strumenti di programmazione 2017-2019 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 presente provvedimento e, nei limiti dei costi riportati nei modelli economici programmatici aziendali, garantendo in tal modo il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario;

CONSIDERATO di dover evidenziare quanto stabilito dall'art. 20 della L.R. n.146/1996 e ss. mm. ii. che:

- nelle more dell'approvazione degli strumenti di programmazione per l'esercizio finanziario di riferimento, 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;
- 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. 146/1996 e ss.mm.ii.



RICHIAMATE le disposizioni normative vigenti in materia, in particolare:

- D.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Repertorio n. 82/CSR del 10 luglio 2014);
- D.L. del 6/7/2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla Legge 7/8/2012, n. 135;
- D.L. del 13/9/2012 n. 158, convertito nella Legge 8/11/2012, n. 189;
- D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito con la Legge 23 giugno 2014, n. 89;
- Legge 23 dicembre 2014, n.190 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2015);
- D.L. n. 78 del 19/6/2015 convertito con modificazioni dalla Legge 6/8/2015, n. 125, recante: "disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali";
- Legge di stabilità 2016, n. 208 del 28.12.2015;

RITENUTO in ragione del carattere di urgenza che riveste il presente provvedimento, dati i tempi stabiliti per la programmazione delle aziende sanitarie, di procedere all'inoltro dello stesso ai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute successivamente alla sua formale adozione;

DATO ATTO che:

- a) il Dirigente del Servizio competente nella materia trattata nella presente proposta ha espresso il proprio parere favorevole di regolarità tecnico-amministrativa sulla base dell'istruttoria effettuata dal funzionario responsabile dell'Ufficio competente per materia;
- b) il Direttore del Dipartimento, sulla base dell'istruttoria e del parere favorevole di cui al punto a) che precede ha espresso parere favorevole ritenendo la proposta conforme agli indirizzi, competenze e funzioni assegnate al Dipartimento;

Tanto premesso, dopo puntuale istruttoria favorevole da parte della struttura proponente;

A VOTI UNANIMI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE D E L I B E R A

per le motivazioni specificate in premessa, che qui si intendono integralmente trascritte e approvate

1. Di stabilire che gli Strumenti di Programmazione 2017-2019 delle Aziende Sanitarie dovranno essere predisposti sulla base del Piano di Riqualificazione approvato, con le integrazioni rese dai Dirigenti del Dipartimento, così come riportate nell'allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e, nei limiti dei costi riportati nei modelli economici programmatici aziendali, garantendo in tal modo il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario.
2. Di approvare 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 presente provvedimento.
3. Di approvare, al fine della redazione degli Strumenti di Programmazione 2017-2019, i prospetti denominati "*Conto Economico Programmatico 2017-2019*", che formano parte integrante e sostanziale del presente 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".
4. Di precisare 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



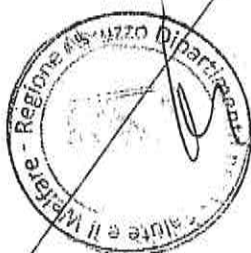
programmatici approvati per l'esercizio precedente, fatte salve eventuali prescrizioni impartite dal Dipartimento per la Salute e il Welfare.

5. Di precisare 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. 146/1996 e ss. mm. ii..
6. Di incaricare il Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento del SSR, del Dipartimento per la Salute e il Welfare, a trasmettere il presente provvedimento per la verifica e l'affiancamento di cui alla lettera g) della Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 15 settembre 2016 ai Ministeri competenti.
7. Di incaricare il Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento del SSR alla notifica del presente provvedimento agli Organi delle Aziende sanitarie regionali ed ai Dirigenti del Dipartimento per la Salute e il Welfare.



Procedimento
Dipartimento
Salute e il Welfare





DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

SERVIZIO: Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento del SSR

UFFICIO: Programmazione Economico Finanziaria

L'Estensore
Antonella Falcone

(firma)

Il Responsabile dell'Ufficio

Antonella Falcone

(firma)

Il Dirigente del Servizio

Dott. Giovanni Farinella

(firma)

Il Direttore Regionale
Dott. Angelo MURAGLIA

(firma)

Il Componente la Giunta
Dott. Silvio PAOLUCCI

(firma)

Approvato e sottoscritto:

Il Segretario della Giunta
F.to Avv. Daniela Valenza

(firma)

Il Presidente della Giunta
F.to Dott. Luciano D'Alfonso

(firma)

Copia conforme per uso amministrativo

L'Aquila, li

23 NOV 2016



Il Dirigente del Servizio Affari della Giunta

(firma)



GIUNTA REGIONALE

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE

Allegato 1)

Delibera di Giunta Regionale n.

**INDIRIZZI PER LA PROGRAMMAZIONE
TRIENNALE 2017-2019
DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI
(Integrazioni dei Dirigenti del Dipartimento per la
Salute ed il Welfare)**

ALLEGATO come parte integrante alla del-
berazione n. **741** del **15 NOV. 2016**
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Avv. Daniela Valenza)





GIUNTA REGIONALE

Sommario

Servizio DPF002 - Innovazione e Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA	3
Servizio DPF003 - Assistenza Farmaceutica, Attività Trasfusionali e Trapianti – Innovazione e Appropriatezza.....	6
Servizio DPF004 - Risorse Umane e Assetti Istituzionali.....	9
Servizio DPF006 - Contratti erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni Rete Territoriale e Ospedaliera	10
Servizio DPF007 - Ispettivo e Controllo Qualità	12
Servizio DPF009 - Programmazione socio-sanitaria.....	18
Servizio DPF010 - Prevenzione e Tutela Sanitaria	19
Servizio DPF011 - Sanità Veterinaria, Igiene e Sicurezza degli Alimenti.....	22
Servizio DPF012 - Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento SSR.....	32
Servizio DPF015 - Assistenza Distrettuale Territoriale-Medicina Convenzionata e Penitenziaria ..	36
Servizio DPF016 - Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria.....	37
Servizio DPF017 - Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT	39





GIUNTA REGIONALE

Servizio DPF002 - Innovazione e Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA

Il programma pluriennale degli investimenti finalizzati ai nuovi servizi da attivare e al potenziamento dei servizi già erogati si inserisce nell'ambito della più ampia attività del Servizio Innovazione Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA inerente la elaborazione di atti di pianificazione strutturale sanitaria per l'assegnazione ed erogazione alle ASL delle risorse per investimenti in edilizia afferenti diverse linee di finanziamento.

Gli indirizzi regionali, pertanto, che vengono di seguito indicati per punti, si riferiscono ad obiettivi operativi ai quali concorrono in modo rilevante le ASL nel merito tecnico, finanziario e organizzativo.

1) Adeguamento del patrimonio strutturale sanitario con riferimento alla regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 19 marzo 2015.

La normativa nazionale prevede già da tempo, che le strutture sanitarie, nuove ed esistenti, debbano dotarsi di adeguati sistemi di protezione antincendio; si cita in tal senso il DPR del 14 gennaio 1997, relativo all'Atto di indirizzo alle Regioni in materia di requisiti strutturali, tecnologici generali ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, così come riconfermato dal punto 6 dell'Allegato 1 al Decreto Interministeriale del Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 2 aprile 2015, n. 70, relativo alla Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera.

L'art. 6, comma 2, della L. 8 novembre 2012, n. 189, di conversione del D.L. 13 dicembre 2012, n. 158, dispone che *".....le risorse residue di cui al programma pluriennale di cui all'art. 20 della L. 11 marzo 1988, n. 67, rese annualmente disponibili nel bilancio dello Stato, sono in quota parte stabilite con specifica intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, finalizzate agli interventi per l'adeguamento alla normativa antincendio"*.

La Delibera CIPE 8 marzo 2013, n. 16, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale 17 luglio 2013, n. 166, ripartisce a valere sulle risorse di cui al programma pluriennale straordinario di investimenti in sanità ex L. 67/88, tra le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano l'importo di 90.000.000,00 di euro per l'adeguamento a norma degli impianti antincendio e specificatamente euro 2.010.448,08 alla regione Abruzzo.

Con il D. M. del 19 marzo 2015, il Ministero dell'Interno, di concerto con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha adottato il decreto recante *"Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002"* (G.U. 25 marzo 2015).

Il suddetto decreto, nello stabilire che le strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero ovvero diurno, con oltre i 25 posti letto, esistenti alla data di entrata in vigore del decreto del Ministero dell'Interno 18 settembre 2002, che non abbiano completato l'adeguamento alle disposizioni ivi previste, fatti salvi gli obblighi stabiliti dalla vigente legislazione in materia di sicurezza, devono essere adeguate ai requisiti di sicurezza antincendio previsti al titolo III del decreto del Ministero dell'Interno 18 settembre 2002, stabilisce, tra l'altro, all'art. 2, comma 1, lettera a), che entro 12 mesi dall'entrata in vigore del decreto gli enti e i privati responsabili delle strutture, richiedono al Comando Provinciale dei vigili del fuoco, la valutazione del progetto di cui all'art. 3 del medesimo decreto relativo al completo adeguamento dell'attività.

Parallelamente, il decreto stabilisce all'art. 2, comma 1, lett. b), che gli enti e i privati presentano al comando la segnalazione certificata di inizio attività attestante il rispetto di alcuni requisiti di sicurezza antincendio in esso dettagliati.



GIUNTA REGIONALE

Pertanto l'obiettivo prioritario da realizzare entro il 2017, consiste nella trasmissione al Dipartimento per la Salute e il Welfare delle segnalazioni certificate di inizio attività di cui all'art. 2, comma 1, lett. c) del D.M. 19 marzo 2015.

Entro tre anni dal termine previsto dalla lett. a), comma 1, art. 2 del decreto 19 marzo 2015, gli enti e i privati responsabili delle strutture di cui al comma 1 dell'art. 2, devono presentare al Comando provinciale dei Vigili del Fuoco, la segnalazione certificata di inizio attività attestante il rispetto di ulteriori requisiti di sicurezza dettagliatamente specificati nel comma in parola.

Pertanto l'obiettivo da realizzare per gli anni 2017-2019 consiste nella trasmissione al Dipartimento per la Salute e il Welfare delle segnalazioni certificate di inizio attività di cui all'art. 2, comma 1, lett. c) del D.M. 19 marzo 2015.

Gli indicatori di risultato saranno i seguenti:

	n. segnalazioni certificati di inizio attività (art. 2, comma 1, lett. c)
2017	<u>20% del totale segnalazioni certificati di inizio attività da trasmettere</u>
	n. segnalazioni certificati di inizio attività (art. 2, comma 1, lett. c)
2018	<u>40% del totale segnalazioni certificati di inizio attività da trasmettere</u>
	n. segnalazioni certificati di inizio attività (art. 2, comma 1, lett. c)
2019	<u>n. totale segnalazioni certificati di inizio attività da trasmettere</u>

2). Procedure di alienazione degli immobili facenti parte del patrimonio immobiliare delle ASL al fine del contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria regionale.

Le Aziende USL devono completare le procedure di dismissione, mediante alienazione del proprio patrimonio immobiliare non impiegato per lo svolgimento di attività sanitarie, al fine di concorrere agli obiettivi di contenimento e di razionalizzazione della spesa sanitaria sulla base di quanto disposto dall'art. 29 comma 1, lett. c) del D. Lgs. 118/2011.

Il raggiungimento di detto obiettivo è importante anche alla luce della volontà, già espressa nel precedente patto per la salute e riconfermata a livello centrale nelle ultime linee – guida, di prevedere criteri premianti anche organizzativi.

Pertanto l'obiettivo prioritario da realizzare negli anni 2017-2019, consiste nell'espletare e concludere le procedure di gara relative alla dismissione di tutti gli immobili dichiarati alienabili della ASL.

Gli indicatori di risultato saranno i seguenti:

	n. gare espletate e concluse
2017	<u>50% del n. totale degli immobili da alienare</u>
	n. gare espletate e concluse
2018	<u>70% del n. totale degli immobili da alienare</u>
	n. gare espletate e concluse
2019	<u>100% del n. totale degli immobili da alienare</u>





GIUNTA REGIONALE

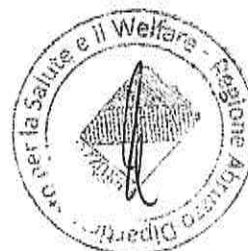
QUADRO SINTETICO DEGLI INDIRIZZI REGIONALI

1) Adeguamento del patrimonio strutturale sanitario con riferimento alla regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 19 marzo 2015.

- *Adeguamento delle strutture sanitarie alla regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002" (G.U. 25 marzo 2015).*

2). Procedure di alienazione degli immobili facenti parte del patrimonio immobiliare delle ASL al fine del contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria regionale.

- *Completamento delle procedure di dismissione, mediante alienazione del patrimonio immobiliare delle ASL, non impiegato per lo svolgimento di attività sanitarie, al fine di concorrere agli obiettivi di contenimento e di razionalizzazione della spesa sanitaria sulla base di quanto disposto dall'art. 29 comma 1, lett. c) del D. Lgs. 118/2011.*





GIUNTA REGIONALE

Servizio DPF003 - Assistenza Farmaceutica, Attività Trasfusionali e Trapianti – Innovazione e Appropriatezza

Indirizzi per la redazione dei Piani Strategici delle Aziende Sanitarie

Per la determinazione dei valori programmatici della spesa farmaceutica le Aziende Sanitarie devono descrivere le iniziative individuate e le manovre che intendono porre in essere per garantire il rispetto dei tetti di spesa per la farmaceutica territoriale ed ospedaliera.

Le Aziende Sanitarie debbono altresì prevedere per il triennio 2017/19 interventi volti a garantire il raggiungimento/mantenimento degli obiettivi di autosufficienza regionale di emocomponenti e farmaci plasmaderivati, la qualità e sicurezza della terapia trasfusionale ed il completamento del percorso di autorizzazione/accreditamento, razionalizzazione e riorganizzazione delle attività trasfusionali, in coerenza con il quadro normativo e regolamentare nazionale e regionale vigente.

A tal proposito, la Regione individua delle aree di intervento nelle quali ciascuna ASL potrebbe eventualmente ritrovarsi a seconda del diverso grado di realizzazione, fino ad oggi conseguito, in ciascuna specifica, peculiare realtà aziendale e propone un percorso metodologico che sia funzionale ad una tempestiva valutazione dei Piani Strategici ed al monitoraggio degli interventi attuativi.

La finalità è quella di costruire uno strumento di lavoro che possa essere di supporto alla armonizzazione della programmazione sanitaria regionale.

Di seguito vengono descritte le fasi del percorso che le ASL dovranno seguire per la descrizione delle azioni/interventi nelle aree individuate.

Partendo da un quadro complessivo che costituisce il contesto di riferimento per l'intervento che si intende porre in essere e che serve a delineare, tramite appositi indicatori, il punto di partenza e l'area su cui si interviene, dovranno essere individuati gli obiettivi e gli interventi necessari per il loro raggiungimento ed i conseguenti impatti economici.

Aree di intervento

1) Assistenza farmaceutica

L'effettivo raggiungimento di ciascun obiettivo prefissato sarà verificato da parte degli organi regionali di competenza a partire dalla formale adozione del provvedimento aziendale, anche sulla base di apposite relazioni periodiche della ASL, attestanti lo stato di attuazione delle disposizioni approvate.

È opportuno quindi declinare i singoli interventi e le relative azioni, che dovranno essere ricondotte alle seguenti aree di intervento:

- ☐ Commissione Terapeutica Aziendale: attivazione, funzionamento e piena operatività in raccordo con la Commissione Regionale del Farmaco;
- ☐ Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG e dei PLS;
- ☐ Definizione di linee guida terapeutiche per categorie di farmaci "alto spendenti" nell'ambito della Medicina Generale e in ambito specialistico – sia ospedaliero che territoriale - ovvero implementazione delle linee guida terapeutiche adottate a livello regionale;
- ☐ Monitoraggio dell'attività prescrittiva e incentivazione della prescrizione dei farmaci equivalenti;
- ☐ Monitoraggio dell'attività prescrittiva e incentivazione della prescrizione e dell'utilizzo dei farmaci biosimilari, sia in ambito ospedaliero che territoriale;
- ☐ Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale, con particolare riferimento alla attuazione delle indicazioni regionali relative a specifiche aree terapeutiche (es. PDTA, raccomandazioni di utilizzo, richieste motivate personalizzate etc.) nonché alla corretta gestione delle procedure previste dai Registri di monitoraggio AIFA (verifica eleggibilità pazienti, follow up, chiusura schede ai fini del recupero del pay back);
- ☐ Controllo della corretta prescrizione/utilizzo dei farmaci nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e/o per uso compassionevole;
- ☐ Azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi (NSIS) dei consumi ospedalieri e in distribuzione diretta.



GIUNTA REGIONALE

Si precisa che non verranno valutati positivamente gli interventi / le azioni riportati nelle delibere aziendali di adozione degli strumenti di programmazione – relativamente all'area farmaceutica di che trattasi -, prive degli elementi suindicati e necessari a consentire all'amministrazione regionale di verificare la fattibilità (e quindi l'attendibilità) di quanto previsto nonché il raggiungimento dei risultati attesi.

2) Attività trasfusionali

L'effettivo raggiungimento di ciascun obiettivo prefissato sarà verificato da parte degli organi regionali di competenza a partire dalla formale adozione del provvedimento aziendale, anche sulla base di apposite relazioni periodiche della ASL, attestanti lo stato di attuazione delle disposizioni approvate.

È opportuno quindi declinare i singoli interventi e le relative azioni, che dovranno essere ricondotte alle seguenti aree di intervento:

- ☐ Attuazione del Piano annuale per la produzione di emocomponenti per uso terapeutico e plasma destinato alla trasformazione industriale, definito sulla base degli obiettivi e delle azioni organizzative concordati con il Centro Regionale Sangue e con le Organizzazioni di donatori di sangue, al fine di garantire l'autosufficienza aziendale e regionale.
- ☐ Piena attuazione del D.M. 2 novembre 2015 recante *"Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"* entro le scadenze previste, con particolare riferimento ai requisiti di qualità e sicurezza dei sistemi gestionali informatici.
- ☐ Completamento del percorso di adeguamento delle Strutture Trasfusionali ai nuovi requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali di matrice europea per l'autorizzazione e l'accreditamento entro le scadenze previste.
- ☐ Completamento del percorso di adeguamento delle Strutture Trasfusionali al sistema regolatorio europeo della produzione nazionale e regionale di farmaci derivati da plasma umano.
- ☐ Completamento del percorso di riorganizzazione della rete trasfusionale aziendale in ottemperanza a quanto previsto nel DCA n. 96/2013 recante *"Organizzazione e funzioni della rete regionale dei Servizi Trasfusionali"*.
- ☐ Promozione nel contesto aziendale dell'attività del Comitato Aziendale per il Buon Uso del Sangue, con l'obiettivo di garantire consumi appropriati di sangue, emocomponenti e farmaci plasmaderivati e di programmi multidisciplinari di *"Blood patient management"*.

Indicatori per il monitoraggio, indicatori di risultato e obiettivi

E' fondamentale che per ogni intervento da attuare si effettui in modo chiaro un'analisi di contesto e si individuino le azioni necessarie a raggiungere gli obiettivi posti, nei termini suindicati e definiti dalle normative nazionali e regionali di riferimento.

Gli obiettivi e i relativi interventi che si prevede di attuare devono necessariamente essere in linea con il quadro descritto nell'analisi dell'esistente, previa verifica della loro fattibilità nell'arco temporale di riferimento, descritti con chiarezza e coerenti tra di loro.

E' necessario inoltre che sia ben definita la *governance* degli interventi, con una descrizione del ruolo e delle responsabilità dei diversi livelli, e degli interventi/azioni volti a migliorare gli strumenti necessari per la loro programmazione e per il monitoraggio dei risultati conseguiti nel tempo (es. implementazione del controllo di gestione, miglioramento dei flussi informativi e lettura integrata degli stessi).

Per ciascuno degli interventi/azioni che si intendono realizzare per il raggiungimento degli obiettivi definiti a livello aziendale è necessario che siano riportati:

- ☐ **gli indicatori di risultato, anche economico, che consentano di verificare la realizzazione degli stessi;**
- ☐ **il cronoprogramma delle scadenze intermedie e finali che dovranno essere rispettate;**
- ☐ **l'impatto economico atteso;**
- ☐ **la chiara identificazione del responsabile del procedimento attuativo.**

L'effettivo raggiungimento di ciascun obiettivo prefissato sarà verificato da parte degli organi regionali di competenza a partire dalla formale adozione del provvedimento aziendale, anche sulla base di apposite relazioni periodiche della ASL, attestanti lo stato di attuazione delle disposizioni approvate.



GIUNTA REGIONALE

Si precisa che non verranno valutati positivamente gli interventi / le azioni riportati nelle delibere aziendali di adozione degli strumenti di programmazione – relativamente alle aree dell'assistenza farmaceutica e trasfusionale di che trattasi - prive degli elementi suindicati e necessari a consentire all'amministrazione regionale di verificare la fattibilità (e quindi l'attendibilità) di quanto previsto nonché il raggiungimento dei risultati attesi.





GIUNTA REGIONALE

Servizio DPF004 - Risorse Umane e Assetti Istituzionali

Manovra di contenimento per il triennio 2017-2019

Con il D.C.A. n. 79/2016, la Regione Abruzzo ha individuato l'assetto della nuova rete ospedaliera in coerenza con quanto disposto dal D.M. n. 70/2015. Tale assetto comporterà, a livello regionale, una tendenziale riduzione del fabbisogno di personale per l'assistenza ospedaliera, a seguito della riorganizzazione delle unità operative semplici e complesse e della concentrazione della casistica volta a favorire la specializzazione delle singole strutture. Ne consegue la possibilità, da un lato, di prevedere la sostituzione a regime ridotto del personale ospedaliero e, dall'altro, di prevedere un aumento delle assunzioni per l'attuazione di servizi di nuova istituzione per il potenziamento dell'assistenza territoriale, a seguito di espressa previsione di tali servizi negli atti aziendali e dei posti da coprire con nuove assunzioni nelle dotazioni organiche.

La Regione Abruzzo garantisce, previo nulla-osta, la possibilità in capo alle Aziende UU.SS.LL. di sostituire una percentuale pari al 50% del personale che cessa dal servizio nell'anno di riferimento. Le note esigenze in materia di fabbisogno del personale dettate, sia dalla nuova rete ospedaliera ex D.M. n. 70/2015, sia dai nuovi obblighi di turnazione ex art. 14, Legge n. 161/2014, rendono opportuno precisare che il turn-over del personale nel limite del 50% deve intendersi riferito al valore economico delle cessazioni dal servizio e non alle aree di appartenenza del personale cessato.

Inoltre, in coerenza con la necessità di ridurre la spesa relativa al personale a tempo determinato e con l'obiettivo, formalmente enunciato nel D.C.A. n. 105/2015, di far attestare la relativa spesa - entro il 2017 - nel limite del 50% della spesa sostenuta per analoghe finalità nell'anno 2009, le singole Aziende UU.SS.LL. devono programmare anche la progressiva riduzione del personale in questione, di pari passo con una graduale sostituzione del medesimo con unità di personale a tempo indeterminato.

Tutte le assunzioni a tempo indeterminato (incluse quelle effettuate per sostituire personale a tempo determinato) da parte delle Aziende UU.SS.LL. sono possibili esclusivamente a condizione che:

- vengano rispettati gli inderogabili tetti di spesa - in termini di conto economico programmatico - indicati negli strumenti di programmazione vigenti per ogni anno di riferimento;
- rispettino le disposizioni regionali in materia.

Sono possibili assunzioni a tempo determinato e/o utilizzi di personale somministrato a condizione che:

- vengano rispettati gli inderogabili tetti di spesa - in termini di conto economico programmatico - indicati negli strumenti di programmazione vigenti per ogni anno di riferimento;
- siano indicate le comprovate e oggettive ragioni tecniche, organizzative, produttive e/o sostitutive poste alla base di tali assunzioni/utilizzi;
- rispettino le disposizioni regionali in materia.

Nel caso in cui a seguito del blocco del turn over del 50%, il costo del personale risultasse inferiore a quanto previsto nel Modello di Conto Economico programmatico, ciascuna Azienda U.S.L. potrà assumere unità di personale a tempo indeterminato, previa individuazione delle specifiche discipline e/o qualifiche interessate, a seguito di espresso pronunciamento in tal senso da parte del Nucleo Regionale per lo Sviluppo, sulla base di specifica proposta da parte dell'Azienda U.S.L. e comunque in coerenza con quanto previsto dal Piano di Riqualificazione 2016-2018 ex D.G.R. n. 505/2016, così come modificata dalla D.G.R. n. 576/2016.





GIUNTA REGIONALE

Servizio DPF006 - Contratti erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni Rete Territoriale e Ospedaliera

Descrizione dell'Obiettivo:

- Adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali in materia di regimi di assistenza alternativi al ricovero;
- Adeguamento alle recenti disposizioni nazionali e regionali in materia di Livelli Essenziali di Assistenza e di appropriatezza dei DRG;
- Partecipazione alla fase preliminare di definizione dei setting appropriati e dei relativi indicatori tariffari;
- Partecipazione al procedimento di negoziazione con le strutture private per l'acquisto di prestazioni sanitarie per la definizione dei volumi di attività;
- Rispetto degli obblighi aziendali assunti nei contratti sottoscritti con gli erogatori privati accreditati ed attuazione degli stessi;
- Attuazione delle disposizioni relative alla razionalizzazione della rete pubblica dei laboratori di analisi anche mediante meccanismi di condivisione delle richieste, dei risultati e dei referti attraverso l'allestimento di un unico sistema informativo;
- Adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali in materia di flussi informativi per il monitoraggio delle prestazioni sanitarie;
- Vigilanza e monitoraggio sul funzionamento delle UVM mediante l'adozione di sistemi unici di valutazione ed eleggibilità ai vari setting assistenziali, con particolare riferimento all'attuazione del decreto del Commissario ad acta n. 107/2013 del 20/12/2013, e delle successive disposizioni regionali in materia;
- Rispetto della normativa nazionale vigente e partecipazione all'aggiornamento delle disposizioni regionali in materia di assistenza protesica.

Risultato Programmato per anno – Annualità 2017-2018- 2019:

- Recepimento ed attuazione dei provvedimenti regionali di indirizzo, ai fini del conseguimento degli obiettivi sopra descritti;
- Puntuale adempimento degli obblighi aziendali assunti nei contratti sottoscritti con gli erogatori privati accreditati ed esecuzione degli stessi;
- Adozione di sistemi univoci di valutazione ed eleggibilità ai vari setting assistenziali relativi alle UVM, anche con riferimento all'attuazione del Decreto del Commissario ad acta n. 107/2013 del 20.12.2013;

Indicatori di risultato per anno- annualità Annualità 2017-2018- 2019.

- Ricognizione aziendale semestrale dell'andamento dei regimi di assistenza alternativi al ricovero e della riduzione dell'inappropriatezza dei DRG;
- Individuazione entro il mese di gennaio di ogni anno delle prestazioni sanitarie per la definizione dei volumi di attività in sede di contrattazione con gli erogatori privati (piano delle prestazioni);
- Riepilogo trimestrale degli esiti dei controlli e delle eventuali decurtazioni applicate agli erogatori privati nel rispetto delle indicazioni contenute nelle rispettive circolari regionali;





GIUNTA REGIONALE

- Controllo mensile della conformità della fatturazione da parte delle strutture accreditate con i budget mensili assegnati e con la prescritta oscillabilità;
- Adempimenti e obblighi informativi previsti nell'ambito delle attività del Tavolo di monitoraggio Regione- Asl per l'analisi dei contratti con gli erogatori privati e relativo contenzioso;
- Verifica del regolare funzionamento delle UVM secondo le disposizioni vigenti; e trasmissione di apposite relazioni trimestrali;
- Rilevazione e quantificazione delle prestazioni infungibili entro il mese di novembre di ogni anno.





GIUNTA REGIONALE

Servizio DPF007 - Ispettivo e Controllo Qualità

Per quanto attiene l'area della Sicurezza e Rischio Clinico gli interventi sotto quelli sotto indicati:

SICUREZZA E RISCHIO CLINICO

1. Monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle Asl a seguito di eventi sentinella.

Effettuare il monitoraggio degli eventi sentinella nel corso di tutto l'anno. Come da DCA n. 69/2013, entro il 28/2 di ogni anno occorre procedere alla registrazione nella Banca dati nazionale (SIMES/NSIS) degli eventi sentinella e delle denunce sinistri avvenuti nel corso dell'anno.

Obiettivi da realizzare:

Le Aziende dovranno predisporre apposito Piano di miglioramento alla luce degli eventi sentinella che si sono maggiormente verificati nell'anno precedente a quello in cui viene effettuata la rilevazione.

I Piani di miglioramento devono individuare almeno due indicatori per tipo di evento sentinella e contestualmente occorre fissare gli standard di riferimento utilizzati per la valutazione del Piano di miglioramento.

Risultati programmati:

Redazione di un Piano di miglioramento annuale.

Crono-programma:

Ogni anno, mettere a punto un sistema di monitoraggio delle azioni di miglioramento.

Indicatori di risultato

Diminuzione degli eventi sentinella.

2. Piano di formazione aziendale degli operatori per la sicurezza dei pazienti (Root Cause Analysis, Audit Clinico)

Nella promozione della salute, un settore importante è rappresentato dalla formazione degli operatori sanitari, necessaria per diffondere le conoscenze metodologiche e per trasmettere la cultura del rischio e attuare programmi di prevenzione dell'errore e di gestione del rischio clinico nelle proprie realtà aziendali. La qualità della formazione è garantita dal rilascio dei crediti formativi (ECM) da parte di provider accreditati. L'ASR Abruzzo ha stipulato apposita convenzione con l'AGENAS al fine di realizzare un programma di accreditamento dei provider. Obiettivo della convenzione è offrire agli operatori sanitari, non solo una generica formazione, ma anche l'analisi, lo studio, l'elaborazione e la realizzazione di programmi informatici e gestionali necessari alla realizzazione del sistema di formazione continua della Regione Abruzzo.

Obiettivi da realizzare

Approfondimento dei seguenti temi:

- Introduzione al rischio clinico
- Cultura ed atteggiamenti a supporto della gestione del rischio clinico
- Strumenti di analisi e metodi per l'identificazione e la gestione del rischio clinico
- Segnalazione degli Eventi avversi

Risultati programmati

La presentazione dei contenuti avviene attraverso Case Studies scelti al fine di introdurre metodologie di gestione del rischio clinico che vengono più comunemente utilizzate in sanità:

- RCA Root Cause Analysis
- FMECA Failure Mode and Effect Criticality Analysis
- Audit Clinico.





GIUNTA REGIONALE

Crono-programma:

Le Asl dovranno attivare i corsi di aggiornamento e/o approfondimento ogni anno.

Indicatori di risultato

I corsi saranno indirizzati agli operatori sanitari dell'area ospedaliera e ambulatoriale del SSR. Gli operatori partecipanti ai corsi dovranno superare un test finale di valutazione in base al quale otterranno i relativi crediti ECM.

3. Monitoraggio sistemico dell'uso della check list in Sala Operatoria, tra i criteri di valutazione dei Direttori Generali delle Asl.

Il monitoraggio e l'uso sistemico della check list in sala operatoria è stato effettuato già dal 2010 ed è proseguito fino ad oggi. Annualmente viene trasmessa apposita scheda di rilevazione aggiornata, al Ministero della Salute "Chirurgia Sicura" sullo stato di adozione ed implementazione della stessa da parte delle Asl regionali.

Obiettivi da realizzare:

Uso della check list da parte delle Asl e sua implementazione.

Risultati programmati:

Verifica annuale sull'uso della check list da parte di tutte le U.O. di chirurgia generale dei Presidi Ospedalieri regionali.

Crono-programma:

Verifica annuale.

Indicatori di risultato

Riduzione degli eventi avversi nelle U.O. di chirurgia generale e specialistica dei Presidi Ospedalieri regionali.

4. Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica. Realizzare indicazioni condivise ed uniformi tra tutti gli operatori del settore, mirate alla prevenzione degli errori in corso di terapia oncologica, a causa dell'elevata tossicità dei farmaci antineoplastici (Raccomandazione Ministeriale n.14 e n.7).

Obiettivi da realizzare:

- Elaborazione di una Procedura, monitorata e aggiornata periodicamente, che riporti tutte le indicazioni necessarie per evitare errori in terapia e che garantisca la sicurezza e qualità delle cure.
- Adozione di una procedura aziendale per la gestione del paziente in corso di terapia oncologica.

Risultati programmati:

Analisi di tutte le fasi della filiera del farmaco antineoplastico: prescrizione, preparazione e somministrazione. Analisi delle fasi procedurali della presa in carico del paziente e sua gestione.

Crono-programma:

Procedure da implementare nel corso del 2017/2018/2019.

Indicatori di risultato

Ciascuna fase di analisi della filiera del farmaco e della gestione del paziente deve essere condivisa, standardizzata e periodicamente aggiornata e le relative istruzioni devono essere scritte e risultare sempre disponibili per la consultazione del personale interessato. Prevedere corsi di aggiornamento periodici e/o incontri con il personale addetto.





GIUNTA REGIONALE

5. Prevenzione delle cadute

Evitare che si verifichino le cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie attraverso l'adozione di apposita Procedura aziendale e/o implementazione della Raccomandazione n. 13 "Procedura per la prevenzione delle cadute del paziente nelle strutture sanitarie".

Obiettivi da realizzare

Elaborazione di un percorso di analisi interdisciplinare, che valuti i processi considerati più rischiosi, identificando le potenziali vulnerabilità (anche differenziando la procedura per UU.OO.), creando una mappa del rischio nell'organizzazione aziendale e prevedendo azioni di miglioramento per la diminuzione del rischio cadute.

Risultati programmati:

Adozione della Procedura aziendale prevenzione cadute in ogni U.O. ospedaliera e ambulatoriale.

Crono-programma:

Procedura da implementata nel corso del 2017,2018,2019.

Indicatori di risultato

Riduzione degli cadute dei pazienti nelle U.O. ospedaliere e ambulatori distrettuali.

6. Monitoraggio e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali

Le Asl si impegnano a promuovere una funzione dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del paziente, attraverso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche della sicurezza.

Obiettivi da realizzare:

Adozione di tutte le Raccomandazioni Ministeriali.

Risultati programmati:

Implementazione di tutte le Raccomandazioni Ministeriali

Crono-programma:

L'attività iniziata negli anni precedenti proseguirà anche negli anni 2017/2018/2019.

Indicatori di risultato

Riduzione degli eventi avversi nelle U.O. di chirurgia generale e specialistica dei Presidi Ospedalieri regionali.

Inoltre, vengono aggiunti i seguenti interventi per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari regionali:

1) Prosecuzione del Progetto di ricerca con l'Agenas, avviato nel 2011 e proseguito senza soluzione di continuità sino ad oggi, per la "valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino" che ha fornito la possibilità di sperimentare ed implementare metodi e strumenti per il monitoraggio della qualità dell'assistenza ospedaliera da parte dei cittadini, secondo i principi della teoria dell'empowerment. La prosecuzione del progetto in questa terza fase del ciclo di valutazione prevede il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate.
- Verificare la realizzazione dei piani di miglioramento definiti da ogni struttura oggetto di rilevazione del precedente ciclo progettuale.
- Mettere a regime uno specifico flusso informativo dedicato al tema dell'umanizzazione che possa, attraverso una rilevazione periodica, assicurare la disponibilità di informazioni per supportare le azioni della P.A. e le Organizzazioni dei cittadini.



GIUNTA REGIONALE

- Attivare una rete aziendale e regionale per la rilevazione periodica del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero.
- Diffondere i risultati delle rilevazioni, condivise con Agenas, Regione, ASL e cittadini.

Il Progetto è coordinato dall'Ufficio Controllo Qualità della Regione DPF007.

Obiettivi da realizzare

- Individuare i referenti aziendali ASL secondo le indicazioni regionali
- Effettuare le rilevazioni c/o le strutture ospedaliere
- Partecipare agli incontri regionali calendarizzati

Risultati programmati

- Presentazione e diffusione dei risultati delle rilevazioni
- Predisposizione dei piani di miglioramenti conseguenti ai risultati delle rilevazioni
- Attuazione dei piani di miglioramento

Crono-programma:

- Le rilevazioni avranno cadenza biennale/triennale, secondo le indicazioni dell'Agenas.

Indicatori di risultato

- Condivisione con la cittadinanza abruzzese delle risultanze delle attività di indagine.
- Messa in atto delle azioni di miglioramento continuo a seguito della valutazione.
- Raggiungimento del 100% degli obiettivi attribuiti ai Direttori Generali delle Asl.

Valorizzazione economica

- Il Progetto è finanziato dall'Agenas.

2) Verifica periodica della qualità percepita agli utenti del SSR

Il monitoraggio della qualità percepita "deve perseguire lo scopo principale di valutare la percezione del cittadino della qualità erogata rispetto alla qualità progettata" e consentire l'avvio delle coerenti azioni di miglioramento.

Le rilevazioni dovranno essere programmate, effettuate e valutate con il coordinamento regionale attraverso l'utilizzo di questionari distinti per attività di ricovero, attività ambulatoriale e attività diagnostica.

Il Progetto è coordinato dall'Ufficio Controllo Qualità della Regione DPF007.

Obiettivi da realizzare

- Individuare i referenti aziendali ASL secondo le indicazioni regionali
- Effettuare le rilevazioni c/o le strutture ospedaliere/UU.OO.
- Partecipare agli incontri regionali calendarizzati

Risultati programmati

- Presentazione e diffusione dei risultati delle rilevazioni
- Predisposizione dei piani di miglioramenti conseguenti ai risultati delle rilevazioni
- Attuazione dei piani di miglioramento

Crono-programma:

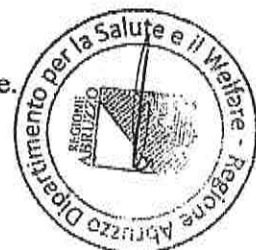
- Le rilevazioni proseguiranno senza soluzione di continuità.

Indicatori di risultato

- Condivisione con la cittadinanza abruzzese delle risultanze delle attività di indagine.
- Messa in atto delle azioni di miglioramento continuo a seguito della valutazione.
- Raggiungimento del 100% degli obiettivi attribuiti ai Direttori Generali delle Asl.

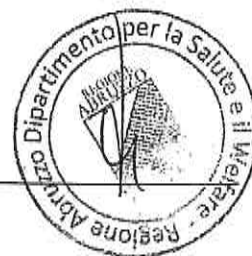
Valorizzazione economica

- L'attività viene eseguita dal personale delle Asl senza alcun impatto economico.





GIUNTA REGIONALE



VERIFICHE PRESTAZIONALI (controllo cartelle cliniche)

Obiettivi e principali riferimenti normativi

Le AASSLL, attraverso i Nuclei Operativi di Controllo, con le modalità stabilite dalle Deliberazioni Commissariali n. 19/2010 “Verifiche di appropriatezza e legittimità delle prestazioni erogate da strutture sanitarie pubbliche e private” e n. 43/2010 “Disciplina e funzionamento dei nuclei operativi di controllo per le verifiche di appropriatezza e legittimità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate dalla regione Abruzzo”, assicurano le verifiche prestazionali finalizzate all'accertamento di legittimità, congruità e appropriatezza organizzativa e clinica, garantendo il controllo casuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche, cui si aggiunge il controllo di almeno il 2,5% dei ricoveri a rischio di appropriatezza, secondo i principi e le indicazioni del Decreto Commissariale n. 64/12 “Approvazione dei protocolli di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate”

Tali attività devono rispondere a requisiti di efficienza e affidabilità e devono essere finalizzate a una più efficace tutela della qualità dei trattamenti e della salute dei pazienti attraverso l'utilizzo di procedure di massima standardizzazione e trasparenza, in un'ottica di miglioramento delle pratiche assistenziali e di contenimento dei comportamenti opportunistici. I controlli campionari della cartelle cliniche, sono, dunque, da intendersi non già come meri adempimenti amministrativi ma, nel rispetto della normativa nazionale (Articolo 79 comma 1 septies Legge 6 agosto 2008 n. 133 e - DM 122 del 10 dicembre 2009 Controlli cartelle cliniche) e regionale (vedi riferimenti precedenti), come strumenti di conoscenza e approfondimento dei fenomeni tali da richiedere, ove necessario, l'estensione dei controlli analitici alla totalità delle prestazioni a potenziale rischio di inappropriatezza.

Risultati attesi

I risultati attesi per il **triennio 2017-2019** sono in linea con quelli del triennio precedente (vedi DCA n. 104 del 19 novembre 2015 “Indirizzi per la programmazione triennale 2016-2018 delle Aziende Sanitarie Locali”), ma richiedono una sempre più omogenea e puntuale applicazione delle indicazioni regionali. Come riportato anche nel DCA n. 104 del 19 novembre 2015 “Indirizzi per la programmazione triennale 2016-2018 delle Aziende Sanitarie Locali” e ribadito nella nota del Servizio Ispettivo e Controllo Qualità prot. n. 0056291/16 del 30 settembre 2016 “FLUSSI ATTIVITA' ISPETTIVE NOC - REPORTISTICA TRIMESTRALE – TRASMISSIONE VERBALI ISPETTIVI” a riscontro delle attività svolte le AASSLL hanno l'obbligo di trasmettere trimestralmente alla Regione:

- La rendicontazione, utilizzando gli schemi appositamente predisposti dal Servizio Ispettivo e Controllo Qualità della Regione, attestante le risultanze delle attività ispettive NOC1, NOC2 e NOC3 con osservanza puntuale delle scadenze e completezza e qualità delle informazioni
- I verbali ispettivi contenenti i riferimenti analitici a prestazioni e decurtazioni risultanti per ogni singolo accesso ispettivo

Tale documentazione, oltre che fondamentale alla comprensione e al monitoraggio dei fenomeni e delle attività di controllo, costituisce materia di programmazione sanitaria e, nel rispetto dei principi della trasparenza, fonte informativa per cittadini e istituzioni terze (ANAC, NAS, Regioni, Ministero della Salute, Istituzioni Giudiziarie).



GIUNTA REGIONALE

- Sulla base di dette rendicontazioni e dei relativi verbali ispettivi le Direzioni Generali devono adottare ogni possibile misura correttiva, procedure di audit, formazione interna e autocontrollo impegnandosi ad estendere le verifiche oltre le soglie minime di campionamento, per tutte le condizioni indicative di inappropriatazza.
- Nella previsione del previsto e progressivo aggiornamento dei contesti organizzativi relativi a tali verifiche e dei relativi protocolli di verifica le stesse Direzioni Generali devono garantire la massima collaborazione e l'armonica e integrata partecipazione.

Indicatori di risultato

- Rispetto delle percentuali dei controlli come da riferimenti normativi nazionali e regionali
- Osservanza delle scadenze di trasmissione degli esiti delle valutazioni ispettive (report trimestrali con relativi verbali),
- Riscontro di aumento di efficacia delle verifiche prestazionali nel confronto tra report annuali (2017 vs 2016, 2018 vs 2017, 2019 vs 2018).





GIUNTA REGIONALE

Servizio DPF009 - Programmazione socio-sanitaria

Per le materie di competenza del Servizio Programmazione Socio Sanitaria si propongono i seguenti indirizzi

- **Attuazione degli interventi connessi alla razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera:**
Attuazione degli interventi connessi al riordino della rete ospedaliera, nel rispetto delle modalità e dei tempi indicati nell'emanando provvedimento regionale.

- **Appropriatezza delle prestazioni ospedaliere:**
Rispetto delle soglie di trasferimento in regime diurno delle prestazioni ricomprese nei DRG di cui al DCA n. 50/2011 e s.m.i.
Attuazione dei PDTA/PAC decretati e di prossima adozione

- **Riorganizzazione rete residenziale:**
Stante l'imminente conclusione del processo di riorganizzazione delle reti residenziali regionali (area anziani-area disabili) di cui al DCA 117/2016, monitoraggio periodico sullo stato dei processi di riconversione delle strutture interessate con attestazione della loro conformità agli accordi di riconversione. Trasmissione periodica di report relativo a suddetto monitoraggio.

- **Autorizzazione ed accreditamento istituzionale: procedimenti di autorizzazione definitiva delle strutture pubbliche e private ai sensi dell'art. 11 della LR 32/2007 e s.m.i..**

Completamento di tutte le procedure di cui all'art. 11 della LR 32/2007 in itinere, con priorità riguardo alle tipologie strutturali non oggetto di processi regionali di riconversione: nello specifico, andrà verificato lo stato di adeguamento delle strutture sulla base dei cronoprogrammi a suo tempo prodotti, nonché alla luce degli eventuali provvedimenti amministrativi e/o giudiziari medio tempore intervenuti ai sensi della LR 32/2007.

Trasmissione periodica, a regime con aggiornamento mensile, del report curato dai competenti Dipartimenti di Prevenzione redatto in forma sintetica e schematica relativo a:

- le attività di verifica definite, ai sensi del citato art. 11, distintamente per struttura quale sede di erogazione dell'attività sanitaria;
- le attività di verifica ancora in corso, con specifica dello stato di avanzamento del relativo procedimento.

- **Progetti obiettivo a rilevanza nazionale ex art. 1 cc 34 e 34 bis della L. 662/96:**
- Realizzazione dei progetti obiettivo ex L. 662/96, in conformità a quanto disposto nei relativi provvedimenti di approvazione;
- Trasmissione alla Regione delle relazioni di monitoraggio dello stato di attuazione dei progetti obiettivo, a cadenza periodica, e comunque ogni qual volta richieste dal Dipartimento Salute e Welfare;
- Trasmissione delle rendicontazioni dei progetti obiettivo, complete di tutte le informazioni e i dati richiesti dal Dipartimento Salute e Welfare.





GIUNTA REGIONALE

Servizio DPF010 - Prevenzione e Tutela Sanitaria

Il Servizio della Prevenzione e Tutela Sanitaria la Regione, nel definire gli indirizzi programmatici per la redazione degli strumenti di programmazione ASL, individua le aree di intervento specifiche e propone un percorso metodologico che sia funzionale ad una tempestiva valutazione dei Piani Strategici da parte della Regione ed al monitoraggio degli interventi attuativi.

La finalità è quella di costruire uno strumento di lavoro che possa essere di supporto alla armonizzazione della programmazione sanitaria regionale.

Premessa

In riferimento all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute 2014-2016 e, nella fattispecie, al comma 3 dell'art. 17 del Patto che impegna le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano a mettere in atto "...ogni utile intervento per promuovere la salute in tutte le politiche ed attuare la promozione della salute attraverso politiche integrate e intersettoriali a sostegno del diritto di ciascun cittadino a realizzare il proprio progetto di vita in un disegno armonico di sviluppo del territorio e della comunità in cui vive ciascuno..." - nei limiti delle risorse stabilite al medesimo articolo 17 del Patto stesso - risulta indispensabile che le Aziende Sanitarie pongano in essere tutti gli interventi volti alla promozione della salute.

Lo strumento di programmazione vigente che definisce la politica regionale nella prevenzione e tutela sanitaria è costituita dal **Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018**, approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 56 del 29 maggio 2015 come modificato con Decreto del Commissario ad Acta n.65 del 29 giugno 2016.

Il Nuovo Piano regionale di prevenzione, coerentemente alle indicazioni nazionali, programma le azioni di prevenzione, attraverso 12 programmi, ricomprese nei sottoelencati macro obiettivi:

- Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità, e disabilità delle malattie non trasmissibili
- Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali
- Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani
- Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti
- Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
- Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti
- Prevenire gli infortuni e le malattie professionali
- Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute
- Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie.

Risultato programmato nel triennio

Per quanto attiene il Piano della Prevenzione si rammenta che - in coerenza con la valutazione annuale Ministeriale del Piano regionale di Prevenzione ai fini della relativa certificazione per l'anno 2017— è stato assegnato l'obiettivo aziendale del raggiungimento di almeno il 70% degli indicatori sentinella di tutti i programmi, con la precisazione che lo scostamento tra il valore osservato e lo standard previsto non deve essere superiore al 20%. Per l'anno 2018 è stato assegnato l'obiettivo aziendale del raggiungimento di almeno l'80% degli indicatori sentinella di tutti i programmi, con la precisazione che lo scostamento tra il valore osservato e lo standard previsto non deve essere superiore al 20%. Per il 2019, in assenza di indicazioni nazionali, si assegna l'obiettivo del mantenimento/completamento degli indicatori sentinella previsti per il 2018

In particolare si chiede di porre particolare attenzione nel:

1. sostenere e consolidare l'attività di rilevazione dei comportamenti e stili di vita previsti dai sistemi **PASSI, PASSI D'Argento, OKKIO alla salute, HBSC**, con il raggiungimento del numero delle interviste fissato a livello nazionale.;
2. sostenere e consolidare, secondo specifiche direttive regionali, i sistemi di sorveglianza di seguito indicati:

GIUNTA REGIONALE

3. sistema di sorveglianza dell'influenza denominato "Influnet";
 - o sistema di sorveglianza HIV;
 - o sistema di sorveglianza delle paralisi flaccide acute;
4. potenziare la prevenzione delle malattie attraverso **gli screening oncologici** mediante:
 - 4.1 iniziative e azioni tese ad aumentare l'estensione degli inviti sino a raggiungere:
 - a) al 31 dicembre 2017 almeno l'85% della popolazione target per lo screening della mammella e del colon-retto ed il 90% della popolazione target per lo screening della cervice uterina;
 - b) al 31 dicembre 2018 e al 31 dicembre 2019 il 100% della popolazione target per lo screening della mammella, del colon-retto e della cervice uterina;
 - 4.2 iniziative e azioni, poste in essere secondo specifiche direttive regionali, tese ad aumentare l'adesione agli screening sino a raggiungere:
 - a) al 31 dicembre 2017 almeno il 55% della popolazione target per lo screening della cervice, il 60% della popolazione target per lo screening della mammella ed il 40% della popolazione target per lo screening del colon-retto;
 - b) al 31 dicembre 2018 almeno il 60% della popolazione target per lo screening della cervice, il 65% della popolazione target per lo screening della mammella ed il 50% della popolazione target per lo screening del colon-retto;
 - c) al 31 dicembre 2019 almeno il 60% della popolazione target per lo screening della cervice, il 65% della popolazione target per lo screening della mammella ed il 50% della popolazione target per lo screening del colon-retto;
 - 4.3 definire a livello aziendale un modello organizzativo di governance delle attività di screening;
 - 4.4 provvedere all'implementazione ed all'aggiornamento continuo dell'anagrafica pazienti nonché all'integrazione della stessa con le altre banche dati aziendali (Flusso specialistica ambulatoriale, SDO, etc.) per la puntuale individuazione dell'utente target ed un adeguato arruolamento;
 - 4.5 Utilizzare il metodo del modello Procede Proceed per la mappatura aziendale dei punti di forza e delle criticità attraverso una analisi epidemiologica organizzativa, ospedaliera e territoriale che consenta l'individuazione di specifiche azioni migliorative;
5. innalzare le coperture di **vaccinazione antinfluenzale** della popolazione ultrasessantacinquenne e della categorie a rischio mediante iniziative e azioni tese al raggiungimento dell'obiettivo di una copertura pari al 75% della popolazione target;
6. raggiungere e/o mantenere le percentuali di **copertura di tutte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate** (difterite, tetano, polio, epatite b, pertosse, meningi, pneumo, rosolia, varicella, HPV) previste nel Nuovo Piano nazionale vaccini 2017-2019, in corso di definitiva approvazione e del successivo adottando Piano regionale vaccini 2017-2019,
7. sviluppare programmi specifici di intervento tesi alla promozione di **un sistema integrato di sicurezza e di miglioramento della qualità della vita lavorativa** e, nella fattispecie, realizzare piani di prevenzione e interventi di vigilanza, siccome previsto dal Piano Regionale per la Prevenzione vigente e nel rispetto degli obiettivi fissati dal patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM del 1° Agosto 2007), raggiungendo una copertura di controlli effettuati almeno pari al 5% delle imprese attive sul territorio;
8. attivare controlli ufficiali e modalità operative ed organizzative connesse alle finalità richieste dal piano nazionale di vigilanza e dal piano regionale dei controlli sul rischio chimico. (REACH) – D.G.R. n. 242/2010, D.G.R. n. 476/2010 in base al Regolamento CE n. 1907/2006 ;
9. potenziare la vigilanza ed il controllo nel comparto delle costruzioni in applicazione della procedura regionale e secondo gli standard indicati nel Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia, con interventi in numero di cantieri al 31.12.2017 pari al 14% delle notifiche dell'anno precedente e, al 31.12.2018 e al 31.12.2019, pari al 15% delle notifiche dell'anno precedente (azione n. 10 del Programma 7 del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018);



GIUNTA REGIONALE

10. potenziare la vigilanza ed il controllo nel comparto agricolo-forestale in applicazione della procedura e degli indirizzi regionali approvati, con interventi nelle aziende agricole, compresi controlli nelle rivendite di macchine attrezzature agricole e controlli negli allevamenti (azione n. 16 del Programma 7 del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018);

Indirizzi per la definizione degli strumenti di programmazione aziendali - Percorso metodologico

Le Aziende Sanitarie devono prevedere nel triennio 2017/19 interventi volti alla prevenzione e tutela sanitaria, che siano coerenti con il quadro normativo e regolamentare e gli obiettivi precedentemente descritti.

Partendo da un quadro complessivo che costituisce il contesto di riferimento per l'intervento da porre in essere - e che serve a delineare, tramite appositi indicatori, il punto di partenza e l'area su cui si interviene - dovranno essere individuati gli obiettivi e le azioni necessarie per il loro raggiungimento ed i conseguenti impatti economici.

Gli obiettivi e i relativi interventi che si prevede di attuare devono necessariamente essere in linea con il quadro descritto nell'analisi dell'esistente, previa verifica della loro fattibilità nell'arco temporale di riferimento, descritti con chiarezza e coerenti tra di loro.

E' necessario inoltre che sia ben definita la *governance* degli interventi, con una descrizione del ruolo e delle responsabilità dei diversi livelli, e degli interventi/azioni volti a migliorare gli strumenti necessari per la loro programmazione e per il monitoraggio dei risultati conseguiti nel tempo.

Per ciascuno degli interventi/azioni che si intendono realizzare per il raggiungimento degli obiettivi definiti a livello aziendale è necessario che siano riportati:

- Gli indicatori di risultato che consentano di verificare la realizzazione degli stessi;
- Il cronoprogramma delle scadenze intermedie e finali che dovranno essere rispettate;
- L'impatto economico, laddove vi sia impatto economico atteso;
- La chiara identificazione del responsabile del procedimento attuativo.

L'effettivo raggiungimento di ciascun obiettivo prefissato sarà verificato da parte degli organi regionali di competenza a partire dalla formale adozione del provvedimento aziendale, anche sulla base di apposite relazioni periodiche della ASL, attestanti lo stato di attuazione delle azioni del Piano Regionale della Prevenzione.

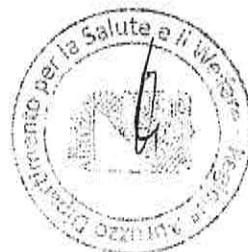
È opportuno quindi declinare i singoli interventi e le relative azioni, che dovranno essere ricondotte alla realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione.

Indicatori di risultato

Gli indicatori di risultato sono definiti nel Piano Regionale di Prevenzione di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 56/2015 come modificato con Decreto del Commissario ad acta n.65/2016.

Il Piano adottato consta di 12 specifici programmi contenenti la individuazione di specifici indicatori sentinella riferiti a ciascuna annualità di vigenza dello stesso.

Si precisa che non verranno valutati positivamente gli interventi / le azioni riportati nelle delibere aziendali di adozione degli strumenti di programmazione – relativamente all'area della prevenzione - prive degli elementi suindicati e necessari a consentire all'amministrazione regionale di verificare la fattibilità (e quindi l'attendibilità) di quanto previsto nonché il raggiungimento dei risultati attesi.





GIUNTA REGIONALE

Servizio DPF011 - Sanità Veterinaria, Igiene e Sicurezza degli Alimenti

Descrizione

Gli indirizzi regionali per la programmazione triennale delle AASSLL della Regione Abruzzo, riferiti alla medicina veterinaria, alla sicurezza alimentare ed alla prevenzione ambientale sono riportati tenuto conto delle indicazioni di cui al Decreto C. ad Acta n° 55 del 10 giugno 2016.

Le normative comunitarie in materia veterinaria (sanità animale, benessere e sicurezza alimentare) vincolano gli Stati Membri ad una applicazione uniforme e coerente con il raggiungimento di un elevato livello di protezione per i cittadini/consumatori dell'Unione. I risultati raggiunti dall'Italia in materia di garanzie per i propri cittadini e di sostegno alle produzioni agro-alimentari che concorrono significativamente al Prodotto Interno Lordo richiedono un'adeguata valorizzazione delle attività dei Servizi Veterinari Regionali ed il superamento di alcune fragilità che stanno pesando in maniera significativa sull'ulteriore promozione del Sistema Italia in campo europeo ed internazionale. Alla luce di queste considerazioni, risulta pertanto indispensabile assicurare i livelli essenziali di assistenza in tema di Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, nonché l'adempimento degli obblighi comunitari in materia di controlli ufficiali, previsti dal Regolamento (CE) 882/2004 e successive modifiche.

Il coordinamento regionale, la razionalizzazione degli attuali modelli di raccolta dei dati ed il potenziamento dei flussi informativi utilizzati per la raccolta dei dati, sono attività complesse e laboriose che necessariamente devono essere svolte come per la verifica LEA, le verifiche connesse alle condizionalità ecc. I flussi in questione sono utilizzati peraltro nella verifica dei LEA, per la valutazione dei Direttori Generali delle ASL, finalizzati alla valutazione delle Aziende S.L., per gli anni 2017-2019.

Le azioni dovranno rispondere ai seguenti principi generali, del Dec. CA n°55 del 10 giugno 2016.

Anno 2017

Monitorare costantemente anche in collaborazione con l'osservatorio epidemiologico regionale i piani della Sanità degli animali.

- Il controllo ufficiale delle imprese alimentari;

Tale azione dovrà tenere conto della normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di alimenti; si tratta, per il periodo corrispondente, di dare continuità all'attività programmata negli anni e di completare le anagrafiche con l'analisi del rischio.

Nel 2017 sarà data completa attuazione alle verifiche degli Audit come strumento di miglioramento continuo delle condizioni igienico sanitarie (controlli ufficiali del Reg. 882/2004).

- Attività di campionamento degli alimenti e delle acque

L'attività di campionamento di alimenti si concretizza sostanzialmente in tre situazioni diverse: durante l'esecuzione di specifici programmi di campionamento; durante l'esecuzione dei controlli ufficiali nelle imprese alimentari e campionamento per piani mirati (Comunitari, Nazionali, Regionali).

- Al PPRIC per il periodo corrispondente (PNR, PNAA, Fitofarmaci, Molluschi, Acque potabili, ecc). Il regolare svolgimento delle attività previste nel piano pluriennale integrato consente al sistema regionale l'allineamento con le verifiche dei LEA a livello nazionale.

- Agli Audit;

Sarà data attuazione al programma regionale di audit sulle strutture che si occupano di sicurezza alimentare, che rappresenta il consolidamento di un percorso già attuato in coerenza con quanto previsto dal Reg. 882/2004, è previsto anche un piano di audit interno.

La predisposizione del programma annuale delle attività predisposto da ogni servizio del Dipartimento di Prevenzione di ogni ASL sarà inviato entro il 31 gennaio di ogni anno sulla base delle attività programmate dal Ministero della Salute e dalla Regione.





GIUNTA REGIONALE

Anno 2018

Potenziamento delle attività di formazione sulla base del Piano regionale della Prevenzione e del Piano Pluriennale Integrato dei Controlli Regionale.

- Il controllo ufficiale delle imprese alimentari;

Tale azione dovrà tenere conto della normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di alimenti; si tratta, per il periodo corrispondente, di dare continuità all'attività programmata negli anni e di completare le anagrafiche con l'analisi del rischio.

Nel 2017 sarà data completa attuazione alle verifiche degli Audit come strumento di miglioramento continuo delle condizioni igienico sanitarie (controlli ufficiali del Reg. 882/2004).

- Attività di campionamento degli alimenti e delle acque

L'attività di campionamento di alimenti si concretizza sostanzialmente in tre situazioni diverse: durante l'esecuzione di specifici programmi di campionamento; durante l'esecuzione dei controlli ufficiali nelle imprese alimentari e campionamento per piani mirati (Comunitari, Nazionali, Regionali).

- Al PPRIC per il periodo corrispondente (PNR, PNAA, Fitofarmaci, Molluschi, Acque potabili, ecc). Il regolare svolgimento delle attività previste nel piano pluriennale integrato consente al sistema regionale l'allineamento con le verifiche dei LEA a livello nazionale.

- Agli Audit;

Sarà data attuazione al programma regionale di audit sulle strutture che si occupano di sicurezza alimentare, che rappresenta il consolidamento di un percorso già attuato in coerenza con quanto previsto dal Reg. 882/2004, è previsto anche un piano di audit interno. La predisposizione del programma annuale delle attività predisposto da ogni servizio del Dipartimento di Prevenzione di ogni ASL sarà inviato entro il 31 gennaio di ogni anno sulla base delle attività programmate dal Ministero della Salute e dalla Regione.

Anno 2019

Perseguire l'obiettivo di eradicazione della Brucellosi, Tubercolosi e Leucosi Bovina Enzootica in coerenza con gli obiettivi sanitari di eradicazione delle zoonosi.

- Il controllo ufficiale delle imprese alimentari;

Tale azione dovrà tenere conto della normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di alimenti; si tratta, per il periodo corrispondente, di dare continuità all'attività programmata negli anni e di completare le anagrafiche con l'analisi del rischio.

Nel 2017 sarà data completa attuazione alle verifiche degli Audit come strumento di miglioramento continuo delle condizioni igienico sanitarie (controlli ufficiali del Reg. 882/2004).

- Attività di campionamento degli alimenti e delle acque

L'attività di campionamento di alimenti si concretizza sostanzialmente in tre situazioni diverse: durante l'esecuzione di specifici programmi di campionamento; durante l'esecuzione dei controlli ufficiali nelle imprese alimentari e campionamento per piani mirati (Comunitari, Nazionali, Regionali).

- Al PPRIC per il periodo corrispondente (PNR, PNAA, Fitofarmaci, Molluschi, Acque potabili, ecc). Il regolare svolgimento delle attività previste nel piano pluriennale integrato consente al sistema regionale l'allineamento con le verifiche dei LEA a livello nazionale.

- Agli Audit;

Sarà data attuazione al programma regionale di audit sulle strutture che si occupano di sicurezza alimentare, che rappresenta il consolidamento di un percorso già attuato in coerenza con quanto previsto dal Reg. 882/2004, è previsto anche un piano di audit interno. La predisposizione del programma annuale delle attività predisposto da ogni servizio del Dipartimento di Prevenzione di ogni ASL sarà inviato entro il 31 gennaio di ogni anno sulla base delle attività programmate dal Ministero della Salute e dalla Regione.

Descrizione degli obiettivi e degli indicatori generali 2017-2019

Continuità con il precedente programma e sulla base dei risultati del Piano Sanitario Regionale 2008 -2010 vengono definiti meglio gli obiettivi in materia di sicurezza alimentare tenendo conto degli indirizzi contenuti nel "Patto per la Salute anni 2014-2016.

A tal fine le Regioni si impegnano a garantire che le Aziende Sanitarie Locali, per quel che concerne la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria, rispettino l'articolazione organizzativa prevista dai



GIUNTA REGIONALE

commi 2 e 4 dell'art. 7 quater del d.lgs 502/92 e s.m.i., riconoscendo l'opportunità che le unità operative deputate alle funzioni specifiche sopra richiamate siano possibilmente configurate come unità operative complesse e siano dotate di personale adeguato.

In generale gli obiettivi si possono esplicitare in:

- Controllo delle popolazioni degli animali domestici e selvatici per le attività di profilassi e risanamento con la verifica al 100 % dei capi individuati dai piani regionali decritti sul PPRIC ed invio del piano annuale ASL entro gennaio di ogni anno.
- Accreditamento del sistema regionale di controllo (ASL, Regione) mediante il sistema degli audit effettuando il programma per anno;
- Implementazione dei dati e gestione dei flussi informativi (BDR-SIVRA);
- Applicazione del sistema degli audit sugli OSA e OSM;
- Svolgere almeno un corso ogni anno di formazione per il proprio personale anche in collaborazione con altri Enti (IZS, ARTA, Università, Ordini ecc.) sulle materie sanitarie delle varie branche e per ogni servizio del dipartimento di prevenzione;
- Svolgere incontri / corsi formativi per gli utenti **almeno uno ogni anno** per ogni servizio del dipartimento sulle materie di competenza (Benessere degli animali, Trasporto, Igiene e sicurezza alimentare, sanità animale-TSE ecc.).

Dall'igiene degli alimenti alla prevenzione nutrizionale

L'alimentazione rappresenta un interesse primario della collettività e coinvolge a vario titolo le istituzioni, il mondo scientifico ed il sistema produttivo. L'assetto complessivo normativo, gestionale ed organizzativo del Servizio Sanitario, colloca le competenze delle strutture di Igiene degli alimenti e della Nutrizione (SIAN) disciplinate con D.M. del 16 Ottobre 1998, nell'ambito generale della prevenzione primaria.

La risposta organizzativa non può prescindere dalle due valenze "sicurezza alimentare e igiene della nutrizione", per cui si rende necessario sostenere azioni tese a sviluppare il rapporto alimenti e salute, in modo da considerare la sicurezza come requisito fondamentale da cui partire per un'alimentazione sana anche in ambito nutrizionale. In tal senso è rilevante promuovere collegamenti verso l'utilizzo dei prodotti locali, tipici o da agricoltura biologica, associando agli aspetti legati alla sicurezza igienico alimentare, la promozione della conoscenza degli elementi nutrizionali, di gusto e di tipicità legata al territorio.

La verifica dei dati ambientali e il monitoraggio epidemiologico (mappe di rischio)

Bisogna avviare il processo di raccolta, elaborazione, divulgazione e pubblicazione dei dati omogenei e controllati relativi alle attività delle Aziende ASL, IZS e ARTA nelle materie sopra richiamate, attraverso una collaborazione con la Regione.

I flussi informativi utilizzati per la raccolta dei dati sono previsti dai seguenti provvedimenti. Tali atti comprendono lo scenario dei flussi previsti dalla normativa vigente in materia di sicurezza ambientale.

Indicatori di risultato (Valutazione)


Gli indicatori sotto elencati saranno valutati per gli anni 2017, 2018 e 2019 resta salvo la possibilità di integrazione degli stessi sulla base di eventuali mutamenti nazionali (Vedi flussi Nuovi LEA):





GIUNTA REGIONALE

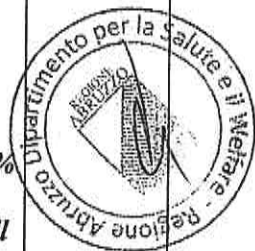
ABRUZZO

Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità			NOTE
		Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	
Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE)	8	validazione corretta e completa sul sistema SANAN, entro la data prevista, degli allegati alla nota n. DGSA.2897 del 25 febbraio 2008 e s.m.i. riguardanti TBC, BRC, LEB	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	invio della valutazione e tecnica entro la data prevista (ALLEGATO 1 e ALLEGATO 2 della Circolare n°1 del 12/03/2003 e s.m.i.)	<i>non inviato entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>inviato entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.L.vo 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005	6	Invio corretto e completo dei dati completi di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	<i>invio entro i tempi previsti</i>	volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	<i>< 90% dei programmi di campionamento con almeno il 90% dei campioni svolti per ciascun programma</i>	<i>≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 90% dei campioni svolti per ciascun programma</i>	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.L.vo 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE;	4	Invio corretto e completo del Piano regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSA	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	<i>invio entro i tempi previsti</i>	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	<i>invio entro i tempi previsti</i>	



GIUNTA REGIONALE

Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005		entro i tempi previsti dal PNAA						
D. M. 29 novembre 2007 - Piano di sorveglianza nazionale per la encefalomielite di tipo West Nile (West Nile Disease) e Ordinanza Ministeriale 5 novembre 2008	6	Rispetto della tempistica prevista nel Piano di sorveglianza per la West Nile	<i>ultima relazione trimestrale relativa all'anno di certificazione: inviata entro 90 giorni</i>	<i>ultima relazione trimestrale e relativa all'anno di certificazione: inviata entro 90 giorni</i>	Rispetto del volume di attività previsto dal Piano di sorveglianza per la West Nile	<i>< 90% dell'attività prevista dal piano</i>	<i>> 90% dell'attività prevista dal piano</i>	<i>=</i>
Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto"	6	Rispetto della tempistica (31 marzo)	<i>non inviata entro la data prevista</i>	<i>inviata entro la data prevista</i>	conformità dei dati forniti secondo le indicazioni previste dalla nota n. DGVA/X/6057 del 13/02/2006	<i>non coerenti</i>	<i>coerenti</i>	
Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" (D.Lgs. 533/92 e succ. modifiche - D.Lgs. 534/92 e succ. modifiche - D.Lgs. 146/01 - Circolare 5/11/2001 n. 10 - D.Lgs. 267/03 - Decisione 2000/50/CE della Commissione)	6	Rispetto della tempistica dell'invio dei dati relativi al controllo (31 marzo)	<i>non inviata entro la data prevista</i>	<i>inviata entro la data prevista</i>	attuazione di almeno il 70% dei controlli previsti dal PNBA o del relativo Piano Regionale vigente nell'anno di riferimento, sulla base delle	<i>< 70% dei controlli previsti</i>	<i>≥ 70% dei controlli previsti</i>	





GIUNTA REGIONALE

					condizioni previste nel capitolo "criteri di selezione" a pag. 4 del PNBA			
Rilevazione delle popolazioni di cani e gatti randagi e di proprietà. Art. 8 della Legge 14/08/1991, n. 281 - Accordo Stato-Regioni del 06/02/2003 art. 4 comma 1 lett. b) e c)	8	attivazione della banca dati regionale informatica e informatizzata (art. 4 comma 1 lett. b)	<i>non attivata o non garantisce la connessione con l'anagrafe canine del Ministero salute</i>	<i>attivata e garantisce la connessione con l'anagrafe del Ministero salute</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervall o superior e a 60 giorni</i>	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervall o inferior e o uguale a 60 giorni</i>	VINCOL ANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
Farmacosorveglianza: Attività di ispezione e verifica-Trasmissione al Ministero della Salute della relazione delle attività di cui al comma 3 dell'art.88 del D.Lg.vo 6 aprile 2006, n.193.	8	Rispetto della tempistica (31 marzo)	<i>non inviata entro la data prevista</i>	<i>inviata entro la data prevista</i>	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3 e art. 71 comma 3 del D.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193	<i>Attività comprendente meno del 98% degli operatori controllabili</i>	<i>Attività comprendente almeno il 98% degli operatori controllabili</i>	VINCOL ANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
Zoonosi - Adempimenti direttiva 99/2003/CE e Regolamento 2160/99 - organizzazione flusso informativo - Verifica dei dati pervenuti conformemente alle	6	Rispetto della tempistica prevista dalle disposizioni vigenti	<i>non inviata entro la data prevista</i>	<i>inviata entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di	<i>< 90% dell'attività prevista da ciascun Piano</i>	<i>> 90% dell'attività prevista da ciascun Piano</i>	



GIUNTA REGIONALE

disposizioni comunitarie - D. Lvo n. 191/2006					Salmonell e nei riproduttori, nelle ovaiole e nei broiler Gallus gallus			
Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE.	4	Invio dei dati entro il 31 marzo, da parte dell'IZS territoriale al Centro di Referenza Nazionale, relativi agli animali testati nell'anno di certificazione e	<i>non inviato o entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% dei bovini morti testati per BSE di età superiore ai 48 mesi rispetto al numero di bovini morti di età superiore ai 48 mesi registrati in BDN	<i><75% di bovini morti testati per BSE</i>	<i>≥ 75% di bovini morti testati per BSE</i>	
Decisione della Commissione 2002/677/CE del 22/08/2002, che stabilisce requisiti uniformi per la notifica dei programmi di eradicazione e di controllo delle malattie animali cofinanziati dalla Comunità e che abroga la decisione 2000/322/CE	4	invio corretto e completo entro la data prevista dalla norma, degli allegati alla nota n. DGSA.2897 del 25 febbraio 2008 e s.m.i. di richiesta annuale dei dati riguardanti le TSE (scrapie)	<i>non inviato o entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>inviato entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	<i>corrispondente</i>	VINCOL ANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
Regolamento CE 1505/2006 recante modalità di applicazione del Regolamento CE 21/2004 - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	4	Raggiungimento entro il tempo previsto dalle disposizioni nazionali della soglia	<i>< 5% dei capi controllati</i>	<i>≥ 5% dei capi controllati</i>	criterio di rischio adottato per la scelta degli allevamenti da	<i>>85% dei controlli in allevamento è effettuato</i>	<i>≤85% dei controlli in allevamento è effettuato</i>	





GIUNTA REGIONALE

		del 5% dei capi controllati			sottoporre ai controlli	utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma (100%)	utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	
Regolamento CE 1082/2003 che stabilisce modalità di applicazione del regolamento CE 1760/00 - livello minimo dei controlli aziende bovine	4	Raggiungimento entro il tempo previsto dalle disposizioni nazionali della soglia del 5% di aziende bovine controllate	< 5%	almeno il 5%	criterio di rischio adottato per la scelta delle aziende da sottoporre ai controlli	>85% dei controlli in azienda è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma (90,61%)	≤85% dei controlli in azienda è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma	
Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003 relativi agli alimenti e ai mangimi geneticamente modificati. Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti - anni 2009-2011	4	predisposizione e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM, vigente nell'anno 2009	assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2009, o mancata comunicazione	presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2009	rispetto del numero minimo di campioni fissato dall'allegato 4 del Piano OGM 2009-2011	< del 90% dei campioni minimi previsti dall'allegato 4 del Piano OGM 2009-2011	> del 90% dei campioni minimi previsti dall'allegato 4 del Piano OGM 2009-2011	



GIUNTA REGIONALE

controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento CE 854/2004	6	invio entro la data prevista (31 marzo) dell'allegato 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/p del 31 maggio 2007, debitamente compilato	non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato	<i>inviato, debitamente compilato, entro la data prevista</i>	rapporto percentuale del numero di audit sul numero di stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte	<i>numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte (17,10%)</i>	<i>numero di audit uguale o superiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>
RASSF - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	8	Comunicazione del cellulare di servizio della Regione in relazione a notifiche del RASFF in orari e giorni extra lavorativi	<i>Mancanza di comunicazione del cellulare</i>	<i>Comunicazione del cellulare</i>	tempi di risposta alle comunicazioni di allerta (risposte ricevute entro le 5 settimane, risposte ricevute ma oltre le 5 settimane, nessuna risposta ricevuta)	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficienza della risposta, minore o uguale a 1.</i>	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficienza della risposta, maggiore di 1</i>
DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	8	arrivo corretto e completo dei dati entro 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento	<i>manca arrivo dei dati entro il termine e salvo deroghe o in formato diverso da</i>	<i>arrivo dei dati entro il termine</i>	rispetto dei criteri di campionamento fissati nella tabella allegata al DM 23/12/1992	<i>numero dei campioni non raggiunge almeno l'80% di quelli attesi</i>	<i>numero dei campioni raggiunge almeno l'80% di quelli attesi</i>
VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2							



GIUNTA REGIONALE

			<i>quello elettro nico previs to</i>					
TOTALE	100							

SUFFICIENTE	≥ 60% con sufficienza per almeno 4 dei flussi vincolanti oppure valutazione insufficiente ma con trend positivo rispetto all'anno precedente (% in miglioramento) con sufficienza per almeno 4 dei flussi vincolanti
NON SUFFICIENTE	< 60% o comunque con meno di 4 flussi vincolanti sufficienti oppure valutazione insufficiente e con trend negativo rispetto all'anno precedente (% in peggioramento) o con meno di 4 flussi vincolanti sufficienti





GIUNTA REGIONALE



Servizio DPF012 - Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento SSR

Beni e Servizi

A seguito delle attività di carotaggio effettuate dalla Regione presso le Aziende Sanitarie sono emerse una serie di criticità legate alla gestione logistica e ai meccanismi di approvvigionamento interni che possono avere un importante riflesso sull'andamento della spesa in oggetto.

Al fine di affrontare prontamente tali criticità si invitano le Aziende a presentare un piano di azione dettagliato con l'obiettivo di:

- Implementare, dove non presenti, meccanismi di messa in rete dei magazzini delle Aziende Sanitarie al fine di verificare, in caso di esigenze, in via preliminare la giacenza del bene necessario presso un altro magazzino afferente alla stessa ASL;
- Implementare, dove non presenti, meccanismi di controllo delle giacenze di reparto e/o una contabilità di reparto al fine di avere, in ogni momento, una chiara visione delle scorte in reparto; nelle realtà in cui tali meccanismi sono presenti le Aziende si devono impegnare per un loro effettivo e diffuso funzionamento;
- Implementare un processo strutturato e tempestivo di definizione del budget per centro di costo/centro di responsabilità, prevedendo un monitoraggio e relativa reportistica mensile ed individuando e responsabilizzando il soggetto assegnatario del tetto di spesa relativo.

Pertanto, tra le attività previste negli strumenti di programmazione 2017 -2019, le Aziende dovranno allegare una relazione in cui viene evidenziata l'attuale situazione dei magazzini e le azioni che si intendono intraprendere per superare le criticità. Nella relazione devono essere, inoltre, individuati anche i Referenti aziendali delle attività programmate.

Gare centralizzate nell'attesa della costituzione di una Centrale Unica di Committenza

Si ritiene opportuno dettare gli indirizzi operativi sotto indicati:

a) Espletamento delle procedure previste nel Piano operativo degli acquisti del 18 febbraio 2016 e successivi aggiornamenti.

Le Aziende sanitarie dovranno:

- Procedere alla determinazione dei fabbisogni in vista dell'indizione delle procedure di acquisto centralizzate programmate nel Piano Operativo degli acquisti;
- Trasmettere la documentazione occorrente al Soggetto Aggregatore e all'Azienda capofila in vista delle procedure di acquisto programmate;
- Le Aziende capofila incaricate dello svolgimento delle procedure di acquisto dovranno procedere senza indugio all'espletamento delle procedure di gara di rispettiva competenza, trasmettendo dei report per monitorare lo stato di avanzamento delle procedure;
- Effettuare il monitoraggio semestrale degli acquisti effettuati attraverso CONSIP, MEPA e SDA;
- Effettuare il monitoraggio del risparmio conseguito dagli acquisti in forma aggregata.

b) Aggiornamento del Piano operativo degli acquisti

Ai sensi dell'art.1 comma 505 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016) tutte le pubbliche amministrazioni devono approvare, entro il mese di ottobre di ciascun anno il programma biennale degli acquisti di beni e servizi superiori ad un milione di euro e i relativi aggiornamenti annuali. Pertanto, ai sensi di quanto sopra riportato le Aziende sanitarie dovranno:



GIUNTA REGIONALE

- Partecipare alle riunioni indette almeno con cadenza trimestrale dei Comitati Direttivi ed Esecutivi per il monitoraggio delle iniziative intraprese;
- Partecipare alle riunioni indette dai Comitati per la programmazione degli aggiornamenti del Piano Operativo degli acquisti e l'avvio delle nuove esigenze di acquisto centralizzato.

Contenzioso sul debito di natura commerciale

Le Aziende Sanitarie regionali sono chiamate al contenimento dei ritardati pagamenti ed allo smaltimento dei debiti pregressi, mediante il miglioramento della programmazione economico-finanziaria complessiva delle attività amministrative e la revisione delle procedure inerenti il ciclo passivo.

La Regione Abruzzo nell'ambito delle attività previste dalla DGR 292/2016, ha avviato un'attività di ricognizione e monitoraggio dei debiti di natura commerciale in contenzioso a seguito della chiusura dei Bilanci d'esercizio 2015 delle Aziende del SSR. In tale ambito, le attività di carotaggio, effettuate dalla Regione presso le Aziende Sanitarie, hanno evidenziato una serie di criticità legate principalmente alla procedura di gestione e riscontro delle fatture passive e di comunicazione delle informazioni tra i servizi preposti che, nel tempo, hanno generato un considerevole stock di debito di natura commerciale nel quale spiccano le posizioni ancora aperte per contenzioso e/o contestazione. Infatti, da una prima analisi, si evidenzia che, rispetto al saldo del debito verso fornitori al 31.12.2015 ancora aperto (412 €/mln), c.a il 43% si trova in uno stato di contenzioso (175 €/mln), il 40% risulterebbe in uno stato di contestazione (164 €/mln), mentre la componente residuale è individuata come debito "libero", per la maggior parte di natura corrente, quindi potenzialmente liquidabile. Inoltre, i debiti in contenzioso, ovvero quelli rispetto ai quali le Aziende hanno riscontrato giudizi pendenti, si riferiscono principalmente a strutture private accreditate per prestazioni fatturate su cui insistono problematiche tariffarie, di extrabudget e/o di cessione.

Al fine di affrontare le criticità suindicate e garantire una gestione ottimale dei pagamenti all'interno di un sistema di monitoraggio preventivo delle situazioni debitorie, sono necessarie, da parte delle Aziende Sanitarie, le seguenti azioni:

- Adeguamento dei sistemi informativi aziendali che permettano un'integrazione delle informazioni tra i vari uffici aziendali competenti (es.uffici legali /uffici liquidatori) al fine di garantire la tracciabilità delle transazioni commerciali interessate da contestazioni/contenziosi, all'interno del partitario fornitori.
- Predisposizione di una reportistica trimestrale di aggiornamento delle situazioni di contenzioso condivisa tra il Servizio affari legali ed il Servizio economico finanziario dell'Azienda, utile sia alla gestione dei rischi aziendali connessi alle controversie sia alla valutazione degli accantonamenti a fondo rischi ed oneri.
- Monitoraggio periodico del processo di gestione delle fatture: responsabilizzando gli uffici preposti al riscontro/liquidazione e prevedendo delle verifiche periodiche sulle motivazioni delle mancate liquidazioni.
- Analisi puntuale di eventuali movimenti generati da scritture di prima nota presenti nel partitario fornitori e non supportate da relativo documento contabile; successiva eliminazione o sistemazione contabile;
- Relativamente alla fattispecie di debito per prestazioni da privato accreditato, su cui insistono contenziosi per extrabudget e tariffe, accertare l'eventuale esistenza di sentenze del Consiglio di Stato in cui la Regione è chiamata come resistente e di conseguenza aggiornare il debito procedendo alle relative sistemazioni contabili.
- Relativamente alle situazioni di contestazione procedere periodicamente (almeno con cadenza trimestrale) a:



GIUNTA REGIONALE



- Individuare le situazioni di contestazione all'interno del partitario fornitori;
- Indagare le motivazioni di "blocco" ai fini della liquidazione sollecitando il Servizio aziendale competente alla risoluzione in tempi brevi (contatti con il fornitore, riconciliazione contabile con gli estratti conto).
- Ricorrere a strumenti di risoluzione stragiudiziale (mediazione/conciliazione), laddove possibili;
- Attivare in tempi brevi il contenzioso, qualora se ne riscontrino i presupposti.
- Richiedere eventuale nota di credito.

• Relativamente alle situazioni debitorie pregresse potenzialmente prescritte (debito di competenza 2006 ed ante):

- Individuare, all'interno del partitario fornitori, le posizioni debitorie potenzialmente prescritte per anno di competenza;
- Verificare l'eventuale insussistenza di atti idonei all'interruzione dei termini di prescrizione;
- In sede di predisposizione dei Bilanci d'esercizio, effettuare conseguenti e opportune sistemazioni contabili, attraverso la chiusura dei debiti ritenuti non più esigibili e la rilevazione contabile di Insussistenze del passivo.

• Relativamente alle situazioni debitorie pregresse non ancora prescritte (debito di competenza 2007-2014), individuarle all'interno del partitario fornitori, per anno di competenza e sottoporle ad un controllo periodico (almeno trimestrale) per i mancati riscontri/liquidazioni da parte dei Servizi preposti, sollecitandone la celere risoluzione/definizione.

Pertanto, tra le attività previste negli strumenti di programmazione 2017-2019 le Aziende dovranno allegare una relazione da cui si evidenziano: l'attuale situazione debitoria (dettagliando gli importi in contestazione ed in contenzioso e le relative causali); le modalità, la tempistica e le azioni che si intendono intraprendere nel corso del triennio per smaltire il debito pregresso. Nella relazione devono essere, inoltre, individuati anche i Referenti aziendali delle attività programmate.

Conti Economici Tenzionali e Programmatici

Sono stati predisposti dei Conti Economici programmatici, per ciascuna Azienda Sanitaria, per le annualità 2017- 2018- 2019, secondo gli obiettivi e le indicazioni rilevate nel Piano di Riqualificazione del Servizio Sanitario regionale 2016-2018 approvato.

CE Programmatico- Mobilità extra ed intra regionale-

I valori previsti per la mobilità extra ed intra regionale sono quelli indicati nelle linee guida per il 3° Trimestre 2016 con proiezione annuale.

CE Programmatico- Costi ospedalità privata

I costi previsti per l'acquisto delle prestazioni ospedaliere da privato accreditato sono quelli relativi al 3° Trimestre 2016 riportati dalle AA.SS.LL. nella verifica trimestrale.

Tenendo conto degli indirizzi esplicitati nel presente documento, è necessario che le Aziende forniscano in dettaglio per ciascuna voce economica:

- La valorizzazione della stima dell'evoluzione tendenziale per gli esercizi 2017-2018 e 2019 che viene effettuata coerentemente sulla stima a chiudere dell'anno 2016 e con quanto previsto nel POA 2016-2018.
- La valorizzazione della stima a chiudere programmatica per gli esercizi 2017-2018 e 2019, esplicitando gli eventuali interventi correttivi (*fornendo la modalità dettagliata di valorizzazione dell'intervento, comprensiva del crono programma e dei dettagli delle determinati alla base*).



GIUNTA REGIONALE

Viene sottolineato che per intervento correttivo si intende una specifica azione di rettifica, positiva o negativa, di una posta economica. La differenza tra il valore tendenziale e il valore dell'intervento definisce il valore programmatico.

Si precisa che, necessariamente, per tutte le manovre poste in essere dall'Azienda dovranno essere forniti:

- una descrizione dettagliata dell'intervento;
- il cronoprogramma connesso con la loro realizzazione;
- la valorizzazione economica con dettaglio delle determinanti.





GIUNTA REGIONALE

Servizio DPF015 - Assistenza Distrettuale Territoriale-Medicina Convenzionata e Penitenziaria

Si rinvia agli obiettivi ed alle azioni previste nel Piano di Riqualificazione 2016-2018 ex D.G.R. n. 505/2016, così come modificata dalla D.G.R. n. 576 del 22.09.2016.





GIUNTA REGIONALE

Servizio DPF016 - Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria

Azioni di miglioramento in termini di tempestività, completezza e qualità dei flussi informativi:

- Rispetto delle scadenze temporali previste dal “Calendario Regionale” predisposto annualmente dal Servizio DPF016 - Servizio Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria;
- Incremento progressivo, negli anni 2017-2019, della copertura dei dati rilevati e miglioramento degli indicatori LEA per i flussi: Sistema Informativo della Salute Mentale (SISM), Sistema Informativo Assistenza Domiciliare (SIAD), Consumi di Dispositivi Medici (DM);
- Rilevazione dei dati relativi alle erogazioni di farmaci in distribuzione per conto (di prossima attivazione) e trasmissione degli stessi all'interno del flusso Monitoraggio dei farmaci erogati in distribuzione diretta o per conto (DD);
- Integrazione aziendale tra i Servizi di Gestione dei Flussi Informativi, i Controlli di Gestione e i Direttori dei Dipartimenti interessati al fine di controllare, confrontare, monitorare e migliorare la completezza e la qualità dei dati trasmessi;
- Azzeramento degli scarti GAF/ETL (anche attraverso trasmissioni integrative) per i flussi: Emergenza-Urgenza Pronto Soccorso (EMUR PS), Monitoraggio dei farmaci erogati in distribuzione diretta o per conto (DD), Consumi Ospedalieri dei Farmaci (CO), Consumi di Dispositivi Medici (DM) e progressiva riduzione degli scarti e delle anomalie degli altri flussi NSIS;
- Monitoraggio del valore di allarme-target rilevato attraverso il flusso EMUR 118;
- Miglioramento della completezza dei flussi CO, DD e DM mirata al progressivo aumento della copertura del flusso CE;
- Armonizzazione e riconciliazione tra i flussi DD e CO, rispetto al flusso della tracciabilità del farmaco (DM 15 luglio 2004) con particolare riferimento all'allineamento sia in termini di prezzi che di quantità e alla progressiva riduzione di utilizzo di AIC obsoleti relativi a prodotti non più in commercio;
- Progressivo miglioramento della rilevazione dei dati anagrafici degli assistiti, anche attraverso l'integrazione delle anagrafi dei singoli gestionali all'anagrafe regionale degli assistiti.

Organizzazione ottimale dell'attività di gestione della mobilità sanitaria interregionale, in particolare:

- Rilevazione in maniera sistematica e corretta delle informazioni anagrafico-amministrative e sanitarie relative a tutti i pazienti assistiti;
- Sviluppo di strategie e sinergie interaziendali (tra ASL abruzzesi) finalizzate alla contrazione della mobilità passiva extraregionale;

Organizzazione ottimale dell'attività di gestione della mobilità sanitaria internazionale, in particolare:

- Implementazione e efficace operatività di tutti i distretti sanitari di base e di tutti gli erogatori;



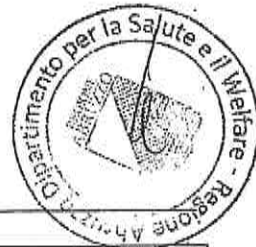
GIUNTA REGIONALE

- Rilevazione delle informazioni anagrafico-amministrative e sanitarie relative alle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini, il cui onere è a carico di istituzioni straniere;
- Registrazione sistematica di tutte le prestazioni sanitarie, al fine di una completa e dettagliata rendicontazione, finalizzata al recupero delle risorse impiegate per ciascuno dei casi specifici (cittadini comunitari, di Paesi Convenzionati, etc.);
- Trasmissione ed inserimento delle proprie fatturazioni relative ai rimborsi per assistenza sanitaria erogata ai cittadini stranieri nei sistemi ASPE UE, ASPE C, etc;
- Verifica delle corrispondenti fatturazioni provenienti dagli Stati UE e Convenzionati a carico delle ASL per prestazioni erogate ad assistiti della propria ASL in mobilità sanitaria internazionale.





GIUNTA REGIONALE



Servizio DPF017 - Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT

Fermo restando gli adempimenti connessi Piano di riqualificazione di cui alla DGR 505/2016 modificata con la DGR 576/2017 e al DCA 79 (riordino della rete ospedaliera) e nell'intento di favorirne l'attuazione nei tempi e nelle modalità previste dalla vigente normativa si propongono i seguenti risultati programmati considerando le indicazioni di presentazione richieste.

Fascicolo Sanitario Elettronico: a seguito della Delibera di Giunta Regionale 1124/2015 è stato possibile mettere nelle condizioni di esercizio il sistema "Rete di MMG". Fermo restando quanto stabilito dal citato provvedimento regionale relativamente all'attivazione dei collegamenti tra legacy aziendali e piattaforma di FSE, eventualmente attraverso l'implementazione di apposito dossier sanitario aziendale, e graduale coinvolgimento dei MMG e PLS con particolare attenzione alle procedure privacy di cui alla nota prot. n. 52311 del 27/09/2017. Si menziona, inoltre, che le ASL erano tenute, entro il 1° aprile 2016, all'attivazione dei collegamenti tra legacy aziendali e piattaforma di FSE, attraverso l'implementazione di apposito dossier sanitario aziendale, e si sarebbero dovute attivare nel graduale coinvolgimento dei MMG e PLS garantendone l'adesione del 10% entro il secondo semestre 2017, dell'ulteriore 20% per ogni annualità successiva;

risultati programmati 2017:

- attivazione integrazione con legacy aziendali e Dossier
indicatore di risultato: collaudo e avvio integrazioni in esercizio;
- gestione privacy, consenso informato e procedure di garanzia di cui alla nota prot. n. 52311 del 27/09/2017
Indicatore di risultato: gestione informatizzata del consenso in aderenza alle norme vigenti per il Dossier e per il FSE;
- coinvolgimento dei MMGe PLS
Indicatore di risultato: % dei MMG/PLS afferenti alla ASL;

risultati programmati 2018:

- attivazione integrazione con legacy aziendali e Dossier
indicatore di risultato: estensione a tutti i referti e a tutte le informazioni cliniche aziendali in formato digitale;
- gestione privacy, consenso informato e procedure di garanzia di cui alla nota prot. n. 52311 del 27/09/2017
Indicatore di risultato: potenziamento delle modalità di raccolta e conservazione a norma;
- coinvolgimento dei MMGe PLS
Indicatore di risultato: % dei MMG/PLS afferenti alla ASL;

risultati programmati 2019:

- attivazione integrazione con legacy aziendali e Dossier
indicatore di risultato: completa diffusione del Dossier Sanitario Aziendale per i gestionali in uso e da implementare;
- gestione privacy, consenso informato e procedure di garanzia di cui alla nota prot. n. 52311 del 27/09/2017
Indicatore di risultato: potenziamento delle modalità di raccolta e conservazione a norma;
- coinvolgimento dei MMGe PLS
Indicatore di risultato: % dei MMG/PLS afferenti alla ASL.

Cartella Clinica informatizzata: entro il 30 giugno 2016 le ASL avrebbero dovuto trasmettere al competente Servizio Regionale apposito censimento degli applicativi e della dotazione gestionale di ogni singola realtà aziendale, entro la fine del 2016 avrebbero dovuto trasmettere al competente Servizio regionale apposito piano di informatizzazione aziendale (con prospettiva almeno triennale e non oltre i 5 anni) compressivo di cronoprogramma per l'allestimento di un'unica cartella clinica informatica integrata (con i servizi ospedalieri e territoriali per i reparti afferenti agli ospedali HUB e del relativo allestimento del



GIUNTA REGIONALE

Dossier Sanitario Aziendale) e della gestione puntuale delle PdL attraverso soluzioni evolute VDI avviandone conseguentemente l'implementazione nel corso del 2017;

risultati programmati 2017:

- censimento applicativi e dotazione gestionale e piano di informatizzazione (Cartella clinica informatica unica e VDI)
indicatore di risultato: trasmissione documenti di censimento e rilevazione al competente Servizio Regionale con cronoprogramma per allestimento di un'unica cartella clinica informatica e del graduale implementazione di VDI;
- implementazione piano di informatizzazione aziendale
Indicatore di risultato: attuazione del cronoprogramma per l'allestimento cartella clinica informatica unica aziendale e implementazione di VDI su CUP e PS;

risultati programmati 2018:

- implementazione piano di informatizzazione aziendale (Cartella clinica informatica unica e VDI) a cominciare dalla cartella clinica oncologica di cui alla DGR 178/2017
Indicatore di risultato: attuazione del cronoprogramma per l'allestimento cartella clinica informatica unica aziendale e implementazione di VDI su altri reparti;

risultati programmati 2019:

- implementazione piano di informatizzazione aziendale (Cartella clinica informatica unica e VDI)
Indicatore di risultato: attuazione del cronoprogramma per l'allestimento cartella clinica informatica unica aziendale e implementazione di VDI su altri reparti.

Progettazione, realizzazione e gestione di un unico sistema informatico di contabilità per la GSA e per le AA.SS.LL. l'iniziativa si prefigge l'obiettivo di unificare i sistemi amministrativi delle aziende regionali (la lettura delle informazioni contabili e di produzione) uniformando le procedure amministrativo contabili in ambito sanitario e le relative prescrizioni introdotte con il decreto legislativo n. 118 del 23 giugno 2011. Con questa, saranno garantiti gli strumenti informatici idonei a supportare tutto il personale coinvolto nella attività amministrativo/contabili, in tutte le fasi dei processi di gestione, in modo tale che il sistema assicuri i necessari requisiti di stabilità e diffusione informativa di strategica rilevanza per la Governance dei bilanci Aziendali e il monitoraggio dell'andamento finanziario. Questo si collega anche l'importante operazione derivante da un apposito accordo quadro tra la regione Abruzzo, il ministero della Salute eli MEF, in attuazione dell'art. 79, comma 1-sexies lettera c), del D.L. 112/2008, convertito con Legge 133/2008 e in ossequio al comma 70 dell'art. 2 L. 23-12-2009 n. 191 che comporta un impegno di spesa pari a complessive € 12.000.000,00 (DCA113/2017) di cui si prevedono tre importanti componenti:

- affiancamento sul campo delle Aziende del SSR, nelle fasi di realizzazione e messa in produzione dei nuovi processi di raccolta e di gestione dei dati previsti dal modello di monitoraggio, intervenendo anche sulla progettazione e l'adeguamento delle procedure organizzative della produzione e dell'analisi dei dati"
- l'adeguamento dei sistemi informativi aziendali e regionali con l'obiettivo di rendere strutturale il miglioramento dei processi di produzione e raccolta dei dati gestionali;
- la realizzazione di una base dati strutturata tesa alla gestione dei flussi di monitoraggio in maniera diffusa ed uniforme nell'ambito regionale.

risultati programmati 2017:

- Avvio Gara/GARE regionali e conclusione attività GdL per documentazione tecnica
indicatore di risultato: definizione dei fabbisogni e delle valorizzazioni di dettaglio;

risultati programmati 2018:

- Avvio Attività a regime
indicatore di risultato: esecuzione dei contratti e verifica degli indicatori definiti in ossequio alle indicazioni regionali e ministeriali;

risultati programmati 2019:

- Attività a regime
indicatore di risultato: completa attivazione dei processi di raccolta e produzione dati gestionali e completo adeguamento dei sistemi informativi aziendali con base dati strutturata.



GIUNTA REGIONALE

Riuso del programma applicativo denominato “Sistema informativo per la gestione degli Screening Oncologici” della Regione Veneto: in ossequio alla normativa che impone l'adozione di sw libero in riuso e nell'intento di recuperare il ritardo maturato nella predisposizione del capitolato di gara, con apposito provvedimento commissariale, la Regione Abruzzo ha sanato la carenza strutturale e indifferibile legata alla necessità di un adeguato strumento di gestione delle procedure di prevenzione connesse agli screening oncologici. Nello specifico ha attivato l'acquisizione in riuso del sistema avanzato in dotazione alla Regione Veneto sviluppando e prevedendo soluzione di contesto tese a garantire lo sviluppo in loco di servizi e di supporto operativo alla relativa implementazione. Inoltre si deve provvedere all'implementazione ed all'aggiornamento continuo dell'anagrafica pazienti nonché all'integrazione della stessa con le altre banche dati aziendali (Flusso specialistica ambulatoriale, SDO, etc.) per la puntuale individuazione dell'utente target ed un adeguato arruolamento;

risultati programmati 2017:

- **Avvio implementazione sw di screening**
indicatore di risultato: supporto operativo alle implementazioni regionale, condivisione delle procedure e dei flussi di lavoro per il corretto allestimento del sistema;

risultati programmati 2018:

- **regolare esercizio del sw di screening e implementazione delle integrazioni informatiche**
indicatore di risultato: utilizzo del Sw da parte di tutti gli operatori e professionisti coinvolti;

risultati programmati 2019:

- **Attività a regime**
indicatore di risultato: completo allineamento agli indicatori LEA per gli screening oncologici.

Sistema Unico regionale di Pronto Soccorso: nell'intento di superare i limiti gestionali derivanti dalla frammentazione di procedure di Triage nei PS d'Abruzzo, si è avviata la procedura di gara regionale per l'acquisizione di un unico Sw analogamente a quanto già in uso per il sistema delle Centrali Operative di 118 con il quale siamo oggi in grado di garantire un unico impianto informatico, telefonato e di radiocollegamenti per l'intero territorio regionale e, unitamente, un unico sistema di gestione per la continuità assistenziale i cui sviluppi organizzativi sono demandati alle AA.SS.LL. in previsione dell'attivazione su scala nazionale del Numero Unico 116117. L'iniziativa si pone come elemento di elevata qualificazione tecnologica a supporto dell'incorrente riforma del SSR in aderenza alle indicazioni ministeriali per gli standard strutturali, tecnologici e organizzativi della rete ospedaliera nazionale.

risultati programmati 2017:

- **Avvio Gara/GARE regionali**
indicatore di risultato: definizione dei fabbisogni e delle valorizzazioni di dettaglio d'intesa con ASR e dei Direttori di PP.SS. e predisposizione dei contratti in uso al subentro del sistema regionale;

risultati programmati 2018:

- **Avvio Attività a regime**
indicatore di risultato: esecuzione dei contratti e verifica degli indicatori definiti in ossequio alle indicazioni regionali d'intesa con ASR e dei Direttori di PP.SS.

risultati programmati 2019:

- **Attività a regime**
indicatore di risultato: completo allineamento agli indicatori LEA e alle esigenze dei Direttori di PP.SS.

Telemedicina: Fermo restando l'adempimento previsto entro dicembre 2016 riferibile all'avvio in esercizio di specifiche progettualità in tema di teleassistenza e telemedicina con particolare riferimento all'offerta in ADI e al settore dell'emergenza-urgenza e considerando l'imminente avvio del Servizio di Tecno assistenza e telemedicina per la presa In Carico della Fragilità Assistenziale con fondi delle “Politiche per la coesione sociale”, risorse ex delibera Cipe 79/2012, si individuano i seguenti passaggi:



GIUNTA REGIONALE

Telemedicina trasmissione ECG C.O.118

risultati programmati 2017:

- allineamento delle iniziative su tutte le CC.OO. 118 per la trasmissione degli ECG dalle ambulanze
indicatore di risultato: trasmissione inviata e correttamente refertata per il 50% degli eventi riconducibili a patologie cardiologiche in emergenza;

risultati programmati 2018:

- Avvio Attività a regime
indicatore di risultato: indicatore di risultato: trasmissione inviata e correttamente refertata per il 80% degli eventi riconducibili a patologie cardiologiche in emergenza e avvio di appositi audit per migliorare le procedure di gestione della rete per pat t.d.;

risultati programmati 2019:

- Attività a regime
indicatore di risultato: indicatore di risultato: trasmissione inviata e correttamente refertata per il 100% degli eventi riconducibili a patologie cardiologiche in emergenza e definizione delle procedure di audit per migliorare le procedure di gestione della rete per pat t.d.;
indicatore di risultato: esecuzione dei contratti e verifica degli indicatori definiti in ossequio alle indicazioni regionali d'intesa Centro regionale Sangue e dal Comitato Tecnico scientifico permanente di cui alla DGR 433 del 25 maggio 2014 (in attuazione della L.R. 64/2012).

Anagrafe regionale e procedura stipendiale convenzionati: fermo restando la rispondenza alle indicazioni nazionali di cui al decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (Spending Review) e agli indirizzi regionali, si deve prevedere, per il 2017, completa autonomia dei competenti settori aziendali e, nel prosieguo, corretto esercizio dei meccanismi di gestione anagrafica, fermo restando la necessità di costante aggiornamento in differita delle variazioni anche sul sistemaTS.

risultati programmati 2017:

- chiusura delle attività di supporto da parte di ARIT
indicatore di risultato: conclusione delle attività di affiancamento per le ASL da parte di ARIT, ivi comprese le procedure di carattere regionale e alla predisposizione dei modelli unici, e costante allineamento delle anagrafi aziendali con quelle di SR;

risultati programmati 2018:

- Avvio Attività a regime
indicatore di risultato: completa autonomia aziendale nell'elaborazione stipendiale e nell'aggiornamento anagrafico di S/R;

risultati programmati 2019:

- Attività a regime
indicatore di risultato: completo allineamento delle anagrafi e dematerializzazione dei cedolini stipendiali dei MMG/PLS e altri convenzionati.

Potenziamento Sala Operativa di Continuità Assistenziale (CA): accentrare le chiamate per le richieste di assistenza sul numero unico di continuità assistenziale entro il primo trimestre 2017, dismettendo i numeri ad accesso diretto di tutte le postazioni territoriali di guardia medica, le quali potranno essere attivate esclusivamente dal personale in servizio presso la sala operativa di continuità assistenziale attraverso l'apposito sistema in esercizio, integrato con il gestionale di C.O. 118;

risultati programmati 2017:

- completa dismissione dei numeri ad accesso diretto, potenziamento del personale in C.O. di C.A. (eventualmente)
indicatore di risultato: gestione unitaria e centralizzata delle chiamate in continuità assistenziale;

risultati programmati 2018:

- Avvio Attività a regime
indicatore di risultato: indicatori di clinical governance definiti in ambito regionale d'intesa con i Direttori competenti per la Medicina di Base e specialistica;



GIUNTA REGIONALE

risultati programmati 2019:

- Attività a regime
indicatore di risultato: collegamento con le aggregazioni funzionali della medicina generale (UCCP) e ospedali di comunità e altri servizi eventualmente da prevedere nell'incorrente.

Tessera Sanitaria: dematerializzazione della ricetta cartacea per la specialistica ambulatoriale e farmaceutica con il coinvolgimento di tutti i prescrittori dipendenti e di tutti i convenzionati afferenti alla ASL; regolare esercizio del 730 precompilato, sia per le strutture pubbliche e sia per le strutture private, comunicazione pubblica ed esposizione di tutti gli sportelli aziendali in cui poter attivare la CNS e predisposizione di specifici servizi telematici (aziendali), gestione funzionalità sistema TS per la rendicontazione e il monitoraggio del recupero crediti per esenzioni da reddito indebitamente attribuite, monitoraggio costante dei flussi ex art. 50 con particolare attenzione alla comparazione tra "dichiarato", "calcolato" e "fatturato";

risultati programmati 2017:

- estensione dematerializzata di specialistica a tutti i convenzionati e altri adempimenti MEF
Indicatore di risultato: predisposizione infrastrutture aziendale all'esercizio delle dematerializzate e avvia graduale anche per la specialistica ambulatoriale; monitoraggio costante delle prestazioni rilevabili da cruscotto; estensione degli sportelli dedicati all'attivazione delle CNS (almeno uno ogni distretto); predisposizione organizzativa per supporto all'esercizio del 730 precompilato sia per accreditati e sia per autorizzati;

risultati programmati 2018:

- Avvio Attività a regime
indicatore di risultato: attività di dematerializzata per un minimo del 70% per la specialistica sia per convenzionati e sia per prescrittori dipendenti ; monitoraggio costante delle prestazioni rilevabili da cruscotto e governo della spesa di specialistica privata convenzionata; attivazione almeno del 50% delle TS/Team distribuite; avvio in esercizio del 730 precompilato sia per accreditati e sia per autorizzati;

risultati programmati 2019:

- Attività a regime
attività di dematerializzata per un minimo del 95% per la specialistica sia per convenzionati e sia per prescrittori dipendenti ; monitoraggio costante delle prestazioni rilevabili da cruscotto e governo della spesa di specialistica privata convenzionata; attivazione almeno del 70% delle TS/Team distribuite; avvio in esercizio del 730 precompilato sia per accreditati e sia per autorizzati;

Integrazione Pronto Soccorso-118: attivazione del modulo informatico e telematico di integrazione tra il gestionale di Pronto Soccorso Aziendale e la piattaforma regionale in uso presso le CC.OO. 118 entro il primo semestre 2017 e continuo perfezionamento dei protocolli operativi attraverso l'utilizzo dell'evoluzione tecnico connessa all'integrazione di che trattasi;

risultati programmati 2017:

- completo collegamento tra sistema di C.O.118 e PS
indicatore di risultato: avvio del collegamento telematico e primi elementi di utilizzo;

risultati programmati 2018:

- Avvio Attività a regime
indicatore di risultato: 80% degli eventi riconducibili all'allarme target trasmessi telematicamente attraverso l'integrazione di che trattasi e evidenze sull'allarme target in aderenza all'indicatore LEA;

risultati programmati 2019:

- Attività a regime
indicatore di risultato: 95% degli eventi riconducibili all'allarme target trasmessi telematicamente attraverso l'integrazione di che trattasi evidenze sull'allarme target in aderenza all'indicatore LEA.





GIUNTA REGIONALE

Esposizione Posti Letto su gestionale di Centrali Operative 118: con particolare riguardo all'implementazione per le reti tempo dipendenti, attivazione della procedura relativa alla gestione della disponibilità dei Posti Letto, in aderenza alle indicazioni del CREA, entro il primo semestre 2017. Per il triennio dovranno estenderne l'applicazione per tutti i reparti utilmente concorrenti al sistema dell'emergenza regionale predisponendo tutte le dotazioni necessarie al buon funzionamento d'impianto, ivi compreso il collegamento telematico con la C.O. 118 e il P.S.

Fermo restando l'obbligo per ogni ASL di allestire una soluzione unitaria e interconnessa tesa al superamento delle eventuali criticità rilevate nel corso dei sistematici incontri regionali.

risultati programmati 2017:

- **indicatore di risultato:** gestione disponibilità dei PL su tutti i reparti di area critica in tempo reale e in ossequio alle indicazioni regionali

risultati programmati 2018:

- **Avvio Attività a regime**
indicatore di risultato: estensione delle rilevazioni in tempo reale a tutti i reparti degli ospedali sede di DEA di II e di I livello;

risultati programmati 2019:

- **Attività a regime**
indicatore di risultato: gestione integrata con il sistema di PS per la disponibilità dei PL fermo restando rilevazione in tempo reale a tutti i reparti degli ospedali sede di DEA di II e di I livello.

ALLEGATO 2) Delibera Giunta Regionale n. del
Conto Economico Programmatico 2017-2019 Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila

ID		CONTO ECONOMICO €/000		
		2017P	2018P	2019P
A1	Contributi F.S.R.	201	201	201
A2	Saldo Mobilità			
A3	Entrate Proprie	(3.616)	(3.616)	(3.616)
A4	Saldo Intramoenia	20.944	20.868	20.868
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	627	627	627
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	(4.949)	(4.949)	(4.949)
A	Totale Ricavi Netti	3.683	3.683	3.683
B1	Personale	16.689	16.612	16.612
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	192.134	194.629	194.629
B3	Altri Beni e Servizi	56.000	57.948	59.886
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	110.000	110.944	111.888
B5	Accantonamenti	4.016	4.016	4.016
B6	Variazione Rimanenze	4.712	4.783	4.783
B	Totale Costi Interni	366.862	372.320	375.212
C1	Medicina Di Base	36.151	36.151	36.151
C2	Farmaceutica Convenzionata	52.448	52.200	52.200
C3	Prestazioni da Privato	96.537	96.589	96.919
C	Totale Costi Esterni	185.136	184.941	184.941
D	Totale Costi Operativi (B+C)	551.998	557.261	560.153
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	100	100	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	798	798	798
F3	Oneri Fiscali	14.332	14.335	14.335
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-	-	-
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	15.230	15.233	15.133
AA0080	Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	-	-	-

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. **741** del **15 NOV. 2016**

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
 (Avv. Daniela Valentini)





2011/2012

ALLEGATO 3) Delibera Giunta Regionale n. del
Conto Economico Programmatico 2017-2019 Asl Lanciano-Vasto-Chieti

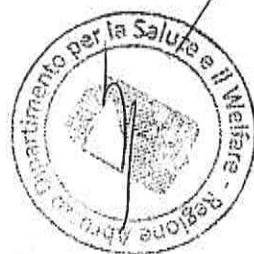
CONTO ECONOMICO		2017P	2018P	2019P
€/000		202	202	202
A1	Contributi F.S.R.			
A2	Saldo Mobilità			
A3	Entrate Proprie	(39.168)	(39.168)	(39.168)
A4	Saldo Intramoenia	21.294	21.197	21.197
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	319	319	319
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	(6.807)	(6.807)	(6.807)
A	Totale Ricavi Netti	(2.199)	(2.199)	(2.199)
B1	Personale	(26.560)	(26.558)	(26.558)
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	238.604	239.104	239.104
B3	Altri Beni e Servizi	65.000	67.261	69.522
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	135.000	136.159	137.318
B5	Accantonamenti	2.173	2.173	2.173
B6	Variazione Rimanenze	8.502	8.502	8.502
B	Totale Costi Interni	449.279	453.199	456.619
C1	Medicina Di Base			
C2	Farmaceutica Convenzionata	45.521	45.521	45.521
C3	Prestazioni da Privato	69.911	69.383	69.383
C	Totale Costi Esterni	92.653	93.840	94.353
D	Totale Costi Operativi (B+C)	208.086	208.745	208.745
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	657.365	661.944	665.363
F2	Saldo Gestione Finanziaria	-	-	100
F3	Oneri Fiscali	290	290	290
F4	Saldo Gestione Straordinaria	18.356	18.361	18.361
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	18.646	18.651	18.751
AA0080	Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	-	-	-

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. **741** del **15 NOV. 2016**

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Avv. Daniele Delencio)





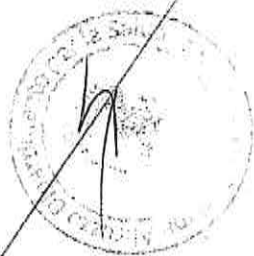
ALLEGATO 4) Delibera Giunta Regionale n. del
Conto Economico Programmatico 2017-2019 Asl Pescara

Consolidato Regione Abruzzo				
ID		CONTO ECONOMICO €/000		
		2017P	2018P	2019P
A1	Contributi F.S.R.	203	203	203
A2	Saldo Mobilità			
A3	Entrate Proprie	29.837	29.837	29.837
A4	Saldo Intramoenia	18.173	18.089	18.089
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(165)	(165)	(165)
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	(3.902)	(3.902)	(3.902)
A	Totale Ricavi Netti	(1.055)	(1.055)	(1.055)
B1	Personale	42.889	42.804	42.804
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	167.687	168.465	168.465
B3	Altri Beni e Servizi	63.000	65.191	67.383
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	111.000	111.953	112.906
B5	Accantonamenti	1.605	1.605	1.605
B6	Variazione Rimanenze	6.785	6.785	6.785
B	Totale Costi Interni	-	-	-
C1	Medicina Di Base	350.078	354.000	357.144
C2	Farmaceutica Convenzionata	36.135	36.135	36.135
C3	Prestazioni da Privato	52.200	52.200	52.200
C	Totale Costi Esterni	141.882	142.059	142.518
D	Totale Costi Operativi (B+C)	230.217	230.395	230.395
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	580.295	584.395	587.539
F2	Saldo Gestione Finanziaria	-	-	-
F3	Oneri Fiscali	698	698	698
F4	Saldo Gestione Straordinaria	13.422	13.426	13.426
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	-	-	-
AA0080	Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	14.120	14.124	14.124

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. **741** del **15 NOV 2016**

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Avv. Daniele Valenzia)





ALLEGATO 5) Delibera Giunta Regionale n. del
Conto Economico Programmatico 2017-2019 Asl Teramo

Consolidato Regione Abruzzo		2017P	2018P	2019P
ID	CONTO ECONOMICO €/000	204	204	204
A1	Contributi F.S.R.			
A2	Saldo Mobilità			
A3	Entrate Proprie	(64.856)	(64.856)	(64.856)
A4	Saldo Intramoenia	17.284	17.210	17.210
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	390	390	390
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	(5.275)	(5.275)	(5.275)
A	Totale Ricavi Netti	11.402	11.402	11.402
B1	Personale	(41.055)	(41.130)	(41.130)
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	168.089	169.089	169.089
B3	Altri Beni e Servizi	50.000	51.450	52.942
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	115.000	115.690	116.384
B5	Accantonamenti	1.318	1.318	1.318
B6	Variazione Rimanenze	13.998	13.117	13.384
B	Totale Costi Interni	348.404	350.664	353.117
C1	Medicina Di Base	35.646	35.646	35.646
C2	Farmaceutica Convenzionata	52.700	52.427	52.427
C3	Prestazioni da Privato	39.804	39.880	40.062
C	Totale Costi Esterni	128.150	127.953	128.135
D	Totale Costi Operativi (B+C)	476.554	478.617	481.252
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	267	267	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	18	18	18
F3	Oneri Fiscali	12.880	12.883	12.883
F4	Saldo Gestione Straordinaria			
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	13.165	13.168	12.901
AA0080	Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA			

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. **741** del **15 NOV 2016**
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
 (Avv. Daniela Vaghenzi)



