REGIONE ABRUZZO

GIUNTA REGIONALE

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE

Allegato 1)
Decreto n.

INDIRIZZI PER LA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 2016-2018 DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

Allegato al Decreto del Commissario ad ACTA

n. 104 del 19 NOV. 2015

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 10
Servizio DPF006 - Contratti erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni Rete Territoriale e Ospedaliera 11
Servizio DPF007 - Ispettivo e Controllo Qualità 12
Servizio DPF009 - Programmazione socio-sanitaria 16
Servizio DPF010 - Prevenzione e Tutela Sanitaria 17
Servizio DPF011 - Sanità Veterinaria, Igiene e Sicurezza degli Alimenti 20
Servizio DPF012 - Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento SSR 26
Servizio DPF015 - Assistenza Distrettuale Territoriale-Medicina Convenzionata e Penitenziaria 29
Servizio DPF016 - Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria 31
Servizio DPF017 - Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT 33

Servizio DPF002 - Innovazione e Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA

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 Provincie 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 di 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, 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. Pertanto, l'obiettivo prioritario da realizzare entro il 2016, 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. b) 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 2017-2018 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:

2016 $\frac{\text{n. segnalazioni certificati di inizio attività (art. 2, comma 1, lett. B)}}{\text{n. totale segnalazioni certificati di inizio attività da trasmettere}}$

2017 $\frac{\text{n. segnalazioni certificati di inizio attività (art. 2, comma 1, lett. B)}}{\text{30\% del totale segnalazioni certificati di inizio attività da trasmettere}}$

2018 $\frac{\text{n. segnalazioni certificati di inizio attività (art. 2, comma 1, lett. B)}}{\text{40\% del totale segnalazioni certificati di inizio attività da trasmettere}}$

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 secondo le modalità previste 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 2016-2018, 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:

2016 $\frac{\text{n. gare espletate e concluse}}{\text{30\% del n. totale degli immobili da alienare}}$

2017 $\frac{\text{n. gare espletate e concluse}}{\text{30\% del n. totale degli immobili da alienare}}$

2018 $\frac{\text{n. gare espletate e concluse}}{\text{40\% del n. totale degli immobili da alienare}}$

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 secondo le modalità previste dall'art. 29 comma 1, lett. c) del D. Lgs. 118/2011.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Per la determinazione dei valori programmatici della spesa farmaceutica le ASL dovranno 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.

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.

Percorso metodologico

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.

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.

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

- Istituzione e funzionamento Commissione Terapeutica Aziendale;
- 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 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 dei farmaci biosimilari;
- Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale;
- Azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi (NSIS) dei consumi ospedalieri e in distribuzione diretta.

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.

ATTIVITÀ TRASFUSIONALI

Le Aziende Sanitarie debbono prevedere per il triennio 2016/18 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 fine è necessario che le azioni da porre in essere siano ricondotte ai seguenti obiettivi ed aree di intervento:

Autosufficienza aziendale/regionale di emocomponenti e farmaci plasmaderivati prodotti in "conto lavorazione".

Dopo un costante periodo di crescita quantitativa del Sistema Trasfusionale Regionale, i dati di attività relativi all'anno 2014 ed ai primi nove mesi dell'anno 2015 (fonte SISTRA – Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali) hanno evidenziato nella nostra Regione (così come peraltro in molte altre regioni italiane) un trend negativo caratterizzato dalla riduzione della produzione di emocomponenti per uso clinico e di plasma destinato alla produzione di farmaci plasmaderivati.
Nell'anno 2015, stante il perdurare della situazione di squilibrio tra produzione e consumi, il Centro Regionale Sangue, al fine di garantire la continuità assistenziale e supportare adeguatamente il sistema urgenza/emergenza, è stato costretto ad importare sangue ed emocomponenti da altre regioni.
In considerazione pertanto della necessità di contrastare questo trend negativo e di garantire il raggiungimento/mantenimento degli obiettivi di autosufficienza aziendale/regionale, è necessario che le Aziende Sanitarie pongano in essere i seguenti interventi organizzativi, in stretta collaborazione con le Organizzazioni di donatori di sangue:

- Attivazione di adeguati strumenti di programmazione, controllo e monitoraggio della produzione aziendale di sangue ed emocomponenti;
- Promozione dell'autosufficienza aziendale attraverso la donazione volontaria e periodica del sangue e degli emocomponenti;
- Adozione di strategie innovative e adeguati strumenti di marketing e comunicazione sociale ai fini del reclutamento di nuovi donatori e della fidelizzazione di quelli esistenti;
- Riorganizzazione e potenziamento della rete aziendale della raccolta del sangue e degli emocomponenti e dei Servizi di chiamata dei donatori, prevedendo anche la possibilità di raccolte pomeridiane e nei giorni festivi;
- Attivazione "a regime" di tutti gli strumenti previsti dalla vigente Convenzione tra le Aziende Sanitarie e le Organizzazioni di Donatori di sangue, con particolare riferimento al funzionamento del Comitato di Partecipazione aziendale;
- 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;
- Promozione di programmi multidisciplinari di "Blood patient management";
- Coinvolgimento nel programma per l'autosufficienza aziendale degli operatori e delle strutture della rete delle Cure Primarie, dei Distretti Sanitari e degli Ambiti Sociali;
- Attuazione di programmi di prevenzione primaria e secondaria e studio dei principali determinanti della salute nella popolazione dei donatori di sangue.

Completamento del percorso di adeguamento delle Strutture Trasfusionali ai nuovi requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali di matrice europea per l'autorizzazione e l'accreditamento.

Le Strutture trasfusionali e le Unità di raccolta gestite dalle Organizzazioni di donatori di sangue che, a seguito delle verifiche ispettive effettuate dalle competenti strutture della Regione Abruzzo, sono risultate rispondenti ai requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale in materia trasfusionale, sono state autorizzate e accreditate secondo le modalità ed entro il termine previsto dalla normativa vigente (30 giugno 2015).

Atteso peraltro che le suddette strutture sono state in generale autorizzate/accreditate con "prescrizioni e tempi di adeguamento", è necessario che le Aziende Sanitarie pongano in atto tutti gli interventi e le azioni necessarie per sanare le non conformità riscontrate entro i termini previsti e che in ogni caso garantiscano più in generale il mantenimento nel tempo dei requisiti richiesti dalla normativa vigente in materia.
Si rammenta infatti che per quanto riguarda le strutture trasfusionali il possesso dei requisiti prescritti deve essere, in condizioni ordinarie, verificato ogni due anni per quanto riguarda l'accreditamento istituzionale e ogni anno per quanto riguarda la produzione di plasma per uso industriale e farmaci plasmaderivati.

Completamento del percorso di adeguamento delle Strutture Trasfusionali al sistema regolatorio europeo della produzione nazionale e regionale di farmaci derivati da plasma umano.
A seguito del completamento da parte degli organismi competenti della Regione Abruzzo del procedimento relativo all'autorizzazione ed all'accreditamento istituzionale, le Aziende Sanitarie debbono intraprendere azioni atte a garantire che le proprie Strutture trasfusionali ed i Centri di Raccolta del sangue rispondano anche ai requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di produzione ed autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) di medicinali emoderivati prodotti da plasma umano raccolto sul territorio nazionale (plasma master file).
In particolare le strutture trasfusionali dovranno possedere non soltanto i requisiti previsti dagli Accordi Stato/Regioni n. 242/CSR del 16 dicembre 2010 e n. 149/CSR del 25 luglio 2012 e dalla Guida del CNS per le attività di convalida dei processi nei Servizi Trasfusionali e nelle UdR, ma anche quelli prescritti dalle specifiche previste dalla Farmacopea Europea, dalle Pratiche di buona fabbricazione (c-GMP) e dalle specifiche per la Gestione della Qualità richieste dall'Azienda convenzionata.

Completamento del percorso di riorganizzazione della rete trasfusionale aziendale a quanto previsto nel DCA n. 96/2013 recante "Organizzazione e funzioni della rete regionale dei Servizi Trasfusionali".
Le Aziende Sanitarie debbono prevedere per il triennio 2016/18 interventi volti a completare il percorso di razionalizzazione e riorganizzazione delle attività trasfusionali, in coerenza con il programma previsto dal DCA n. 96/2013 recante "Organizzazione e funzioni della rete regionale dei Servizi trasfusionali".
In particolare entro l'anno 2016:

- La ASL di Lanciano-Vasto-Chieti dovrà dare attuazione a tutti gli interventi organizzativi necessari per garantire la funzionalità "a regime" del Centro Regionale Sangue, istituito con DCA n.04/2013 e dare l'avvio agli interventi strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti per l'attivazione "a regime" dell'Officina Trasfusionale Regionale, istituita con DCA n. 96/2013;
- La ASL di Pescara dovrà prevedere interventi e azioni adeguate finalizzati all'attivazione "a regime" dell'Istituto Regionale delle cellule e dei tessuti emopoietici, istituito con DCA n. 96/2013 ed in particolare della Cell Factory;
- La ASL di Teramo dovrà prevedere interventi e azioni adeguate finalizzati all'attivazione "a regime" della Banca Regionale per la produzione di emocomponenti ad uso non trasfusionale, istituita con DCA n. 96/2013.

Inoltre, le Aziende Sanitarie dovranno dare concreta attuazione ad alcune azioni già previste nell'anno 2015 quali:

- Adeguamento delle infrastrutture di rete al nuovo modello organizzativo (reti informatiche e flussi informativi, trasporto sangue e plasma, tracciabilità, monitoraggio delle temperature, etc.);
- Stipula delle convenzioni ed attivazione dei programmi di attività previsti con DCA n. 94/2014 recante "Modalità organizzative della Banca Regionale di Sangue da Cordone Ombelicale (SCO) e della Rete dei Centri di Raccolta".

Percorso metodologico per la valutazione dei Piani Strategici e del monitoraggio degli interventi attuativi.
A tal proposito, la Regione 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.

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.
Le azioni che si prevede di porre in essere devono necessariamente essere in linea con il quadro descritto nell'analisi dell'esistente, previa verifica della loro fattibilità nell'arco temporale di riferimento.
Per ciascuna delle azioni che si prevede di porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi posti 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.
Si precisa che non verranno valutati positivamente gli interventi/le azioni riportati nelle delibere aziendali di adozione degli strumenti di programmazione - relativamente all'area 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.

Manovra di contenimento per il triennio 2016-2018

La manovra di contenimento della spesa per prodotti farmaceutici ed emoderivati si prefigge di ridurre la spesa associata ai consumi farmaceutici interni ospedalieri da 76 €/gg degenza a 72 €/gg degenza (- 5%) anche per effetto della nuova gara farmaci.

Ciascuna Azienda dovrà valutare e mettere in atto manovre specifiche per la realizzazione dei risparmi programmati, come individuati nella tabella seguente:

Tabella 1: Impatto economico della riduzione della spesa farmaceutica per gg degenza - Aziende

Conto Economico 2016 - 2018 (€/000)										
ASL	Consuntivo 2014	Tendenziale 16	Programmatico 16	Manovra 2016	Tendenziale 17	Programmatico 17	Manovra 2017	Tendenziale 18	Programmatico 18	Manovra 2018
Prodotti farmaceutici ed emod.										
Avezzano Sulmona L'Aquila	47.856	56.661	56.441	(219)	59.646	58.658	(989)	62.474	60.714	(1.760)
Lanciano Vasto Chieti	54.562	64.433	64.183	(249)	67.828	66.704	(1.124)	71.043	69.042	(2.001)
Pescara	51.870	64.890	64.639	(251)	68.309	67.177	(1.132)	71.547	69.532	(2.015)
Teramo	41.395	50.063	49.869	(194)	52.700	51.827	(874)	55.199	53.644	(1.555)
Totale spesa	195.683	236.046	235.132	(914)	248.484	244.365	(4.119)	260.263	252.932	(7.331)

Manovra di contenimento per il triennio 2016-2018

La riqualificazione della rete ospedaliera in coerenza con quanto definito dal DM 70/2015 comporterà una riduzione del fabbisogno di personale ospedaliero determinato dalla riorganizzazione delle unità operative semplici e complesse e dalla concentrazione della casistica volta a favorire logiche di specializzazione delle singole strutture. Tale contesto crea le condizioni per cui si possa da un lato prevedere la sostituzione a regime ridotto di personale ospedaliero e dall'altro prevedere un aumento delle assunzioni per l'attuazione di nuovi servizi sviluppati sul territorio.

Il fabbisogno di personale sanitario, considerando i dati di attività erogata dalle strutture pubbliche abruzzesi nel 2014, risulta essere inferiore di almeno il 6% rispetto alla dotazione attuale: questo scostamento, destinato ad aumentare nell'ottica di un'integrazione funzionale delle discipline in base ai bacini di utenza in coerenza con il DM 70/2015, permette di ipotizzare sostituzione a regime ridotto (pari al 50%) del personale impiegato per l'erogazione delle prestazioni nell'attuale perimetro di attività (calcolato a partire dal 01.01.2016). Tale valutazione è supportata anche dal fatto che il DM 70/2015 prevede che la quantità di personale amministrativo non possa superare il 7% del personale totale, valore percentuale inferiore a quanto rilevato in Regione (circa 10% al 31.12.14).

L'applicazione della manovra a livello regionale di sostituzione a regime ridotto (pari al 50%) del personale impiegato per l'erogazione delle prestazioni porterà un risparmio cumulato nel triennio pari a **22,20 €/mln**, come rappresentato nella tabella che segue:

Tabella 2: Impatto economico della sostituzione a regime ridotto a perimetro costante di attività erogata - Regione

€/mln	2016P	2017P	2018P	Totale
Valorizzazione economica *2015*		-	-	-
Valorizzazione economica *2016*	4,56	4,56	-	9,12
Valorizzazione economica *2017*	-	4,37	4,37	8,74
Valorizzazione economica *2018*	-	-	4,34	4,34
Valorizzazione totale	**4,56**	**8,93**	**8,71**	**22,20**

Gli obiettivi aziendali di risparmio per il triennio sono i seguenti:

Tabella 3: Impatto economico della sostituzione a regime ridotto a perimetro costante di attività erogata - Aziende

Conto Economico 2016 - 2018 (€/000)								
ASL	Consuntivo 2014	Tendenziale 16-18	Programmatico 16	Manovra 2016	Programmatico 17	Manovra 2017	Programmatico 18	Manovra 2018
Personale a T.I.								
Avezzano Sulmona L'Aquila	174.323	191.838	190.731	(1.107)	189.672	(2.166)	189.726	(2.112)
Lanciano Vasto Chieti	227.613	235.698	234.253	(1.445)	232.870	(2.828)	232.941	(2.758)
Pescara	162.242	164.182	163.152	(1.030)	162.166	(2.016)	162.216	(1.966)
Teramo	154.421	163.371	162.391	(980)	161.452	(1.919)	161.500	(1.871)
Totale Spesa Personale T	**718.599**	**755.089**	**750.527**	(4.561)	**746.159**	(8.930)	**746.383**	(8.706)

L'impatto della sostituzione a regime, ridotto a perimetro costante di attività erogata, per gli anni 2016-2018 è stato stimato in base alla valorizzazione del saldo cessati-assunti dell'anno in considerazione; si è altresì stimato che le uscite avvengano in modo uniforme per l'intero anno e che pertanto generino una manovra con un impatto economico pari al 50% nell'anno in corso e 50% nell'anno successivo.

Si evidenzia che tale manovra viene effettuata sulla base dell'attuale assetto produttivo della Regione e verrà rivalutata in base agli obiettivi di sviluppo previsti nel redigendo Piano di Riqualificazione del SSR.

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 disposizioni nazionali e regionali in materia di LEA e di appropriatezza dei DRG;
- Partecipazione alla procedura di contrattazione 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 U.V.M. 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;
- Rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia di assistenza protesica.

RISULTATO PROGRAMMATO PER ANNO - ANNUALITA' 2016-2017-2018

- Emanazione di atti e provvedimenti per l'attuazione degli obiettivi sopra descritti;
- 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 - ANNUALITA' 2016-2017-2018

- Ricognizione aziendale dell'andamento dei regimi di assistenza alternativi al ricovero e della riduzione dell'inappropriatezza dei DRG;
- Individuazione delle prestazioni sanitarie per la definizione dei volumi di attività in sede di contrattazione con gli erogatori privati;
- Riepilogo periodico degli esiti dei controlli e delle eventuali decurtazioni applicate agli erogatori privati accreditati;
- Adempimenti e obblighi informativi previsti nell'ambito delle attività del Tavolo di monitoraggio Regione - AASSLL per l'analisi dei contratti con gli Erogatori privati e relativo contenzioso;
- Verifica del regolare funzionamento delle U.V.M. secondo le vigenti disposizioni regionali (PSR 2008-2010 LR n. 5/2008, DC 107/2013 del 20/12/2013);
- Rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia di assistenza protesica.

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, a partire dal 2016.

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

Crono-programma

Le Asl dovranno attivare i corsi di aggiornamento e/o approfondimento nel periodo 2016/2017/2018.

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 elaborare nel corso del 2016 e implementare nel corso del 2017 e 2018.

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.

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 elaborare nel corso del 2016 e implementata nel corso del 2017 e 2018.

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 e venti 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 2016/2017/2018

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

CONTROLLO CARTELLE CLINICHE
Le ASL effettuano i controlli sull'appropriatezza legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie con le modalità stabilite dalle delibere commissariali n. 19/2010 del 10/3/2010 e n. 43/2010 del 22/7/2010 di istituzione e disciplina dei Nuclei Operativi di Controllo (NOC). Le ASL dovranno attuare la normativa in materia di controlli sulle prestazioni ospedaliere nonché il Decreto del Commissario ad Acta n. 64 del 14/11/2012, al fine di assicurare una percentuale dei controlli superiore al minimo del 10% del fatturato previsto nei contratti negoziali con gli Erogatori accreditati, controlli che, quindi, vengono potenziati con l'obiettivo ultimo di assicurare prestazioni sanitarie sempre più efficaci ed appropriate nel rispetto dei necessari vincoli di bilancio come imposti dalla normativa nazionale.

Normativa Nazionale
- D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i art. 8– art. octies, nel D.Lgs. 25/6/2008 n.112, convertito con modificazioni nella Legge 6/8/2006 n. 133, art.79, comma 1.
- DM 122/2009: Controlli cartelle cliniche.
- DM 380/2000: Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero.

Disposizioni regionali

- DCA 19/2010 e 43/2010: Istituzione e disciplina dei NOC DGR 201/2011: recepimento concernente l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche contenute nelle SDO.
- DCA 64/2012: approvazione dei protocolli di valutazione e verifica dell'appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale.

Obiettivi da realizzare

Effettuare i controlli sull'appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dagli Erogatori privati accreditati, ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., art.8-octies.

Risultati programmati

- Verifica dei dati dei controlli effettuati dai referenti NOC delle Asl regionali; confronto con le risultanze dei verbali pervenuti e compilazione di apposita reportistica con periodicità trimestrale.
- Promozione e/o adozione di eventuali misure correttive, quali soggetti attuatori dei contratti negoziali, allorché ritenute opportune o necessarie sulla base delle risultanze degli elementi acquisiti.

Crono-programma

L'attività iniziata negli anni precedenti proseguirà anche negli anni 2016/2017/2018

Indicatori di risultato

Rispetto delle percentuali dei controlli, ai sensi della normativa vigente, dei contratti e dei protocolli ispettivi regionali.

Servizio DPF009 - Programmazione socio-sanitaria

Rete ospedaliera
Realizzazione degli indirizzi regionali funzionali all'attuazione del DM n.70/2015 nel rispetto della tempistica stabilita dai predisponendi atti di programmazione.

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 ss.mm.ii.
Attuazione dei PDTA/PAC decretati e di prossima adozione.

Riorganizzazione rete residenziale
Stante l'imminente conclusione del processo di riorganizzazione della rete residenziale regionale (Area Anziani – Area Disabili), monitoraggio periodico semestrale sullo stato dei processi di riconversione delle strutture interessate con attestazione della loro conformità agli accordi conclusi. Le risultanze dell'attività di monitoraggio e la relativa rendicontazione dovranno essere trasmessi al Servizio Programmazione socio-sanitaria di questo Dipartimento.

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.
Il Nuovo Piano regionale di prevenzione, coerentemente alle indicazioni nazionali, programma le azioni di prevenzione 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 gli anni 2016-2017 – 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%.
In particolare si chiede di porre particolate attenzione nel:

- 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;
- Sostenere e consolidare il sistema di sorveglianza dell'influenza denominato "Influnet", il sistema di sorveglianza HIV e il sistema di sorveglianza delle paralisi flaccide acute secondo specifiche direttive regionali;
- Potenziare la prevenzione delle malattie attraverso gli screening oncologici mediante iniziative e azioni tese al raggiungimento dell'obiettivo di una copertura della popolazione target pari o superiore al 50% per

il colon retto e la cervice al 31 dicembre di ciascun anno di riferimento e pari o superiore al 65% per la mammella, secondo specifiche direttive regionali;

- 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;
- Raggiungere e/o mantenere le percentuali di copertura di tutte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate (difterite, tetano, polio, epatite b, pertosse, meningo, pneumo, rosolia, varicella, HPV) previste nel Nuovo Piano nazionale vaccini 2015-2017, in corso di pubblicazione e del successivo Piano regionale vaccini 2015-2017. In assenza della programmazione nazionale per il 2016 le Asl dovranno perseguire il mantenimento e consolidamento delle percentuali di vaccinazione come già previste nel vigente Piano regionale vaccini per l'annualità 2014, come recepito con deliberazione di Giunta regionale n.376 del 18 giugno 2012 e nella scheda previsione coperture vaccinali di cui alla DGR n.471 del 23 luglio 2012;
- 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;
- 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.

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

Le Aziende Sanitarie devono prevedere nel triennio 2015/17 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. Il Piano adottato consta di 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.

Servizio DPF011 - Sanità Veterinaria, Igiene e Sicurezza degli Alimenti

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 di seguito nel presente documento.
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 2016-2018.
Le azioni dovranno rispondere ai seguenti principi generali, del PSR, del Patto per la Salute 2014-2016 e di integrazione ed appropriatezza.

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 degli operatori del settore alimentare compresa la produzione primaria.
Nel 2016 completata la categorizzazione del rischio per le imprese alimentari sarà data completa attuazione alle verifiche degli Audit come strumento di miglioramento continuo delle condizioni igienico sanitarie.

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).
Per il periodo 2016-2018 è previsto di dare attuazione:

- 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.

Descrizione degli obiettivi generali 2016-2018
In 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 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;
- 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 2016, 2017 e 2018.

ABRUZZO

Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità			
		Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	NOTE
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	*non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	***validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento***	invio della valutazione tecnica entro la data prevista (ALLEGATO 1 e ALLEGATO 2 della Circolare n°1 del 12/03/2003 e s.m.i.)	*non inviato entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	***inviato entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento***	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 attvità secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	*< 90% dei programmi di campionamento con almeno il 90% dei campioni svolti per ciascun programma*	***≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 90% dei campioni svolti per ciascun programma***	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	4	Invio corretto e completo del Piano regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSA entro i tempi previsti dal PNAA	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata	*invio oltre i tempi previsti*	***invio entro i tempi previsti***	
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	*ultima relazione trimestrale relativa all'anno di certificazione: inviata entro 90 giorni*	***ultima relazione trimestrale relativa all'anno di certificazione: inviata entro 90 giorni***	Rispetto del volume di attività previsto dal Piano di sorveglianza per la West Nile	*< 90% dell'attività prevista dal piano*	***> = 90% dell'attività prevista dal piano***	

Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto"	6	Rispetto della tempistica (31 marzo)	*non inviato entro la data prevista*	***inviato entro la data prevista***	conformità dei dati forniti secondo le indicazioni previste dalla nota n. DGVA/X/6057 del 13/02/2006	*non coerenti*	***coerenti***	
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 ai controllo (31 marzo)	*non inviato entro la data prevista*	***inviato entro la data prevista***	attuazione di almeno il 70% dei controlli previsti dal PNBA o del relativo Piano Regionale vigente nell'anno di riferimento, sulla base delle condizioni previste nel capitolo "criteri di selezione" a pag. 4 del PNBA	*< 70% dei controlli previsti*	***≥ 70% dei controlli previsiti***	
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)	*non attivata o non garantisce la connessione con l'anagrafe canina del Ministero salute*	***attivata e garantisce la connessione con l'anagrafe canina del Ministero salute***	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	*aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni*	***tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni***	VINCOLANTE: 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)	*non inviato entro la data prevista*	***inviato entro la data prevista***	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	*Attività comprendente meno del 98% degli operatori controllabili*	***Attività comprendente almeno il 98% degli operatori controllabili***	VINCOLANTE: 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 disposizioni comunitarie - D. Lvo n. 191/2006	6	Rispetto della tempistica prevista dalle diposizioni vigenti	*non inviato entro la data prevista*	***inviato entro la data prevista***	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di Salmonelle nei riproduttori, nelle ovaiole e nei broiler Gallus gallus	*< 90% dell'attività prevista da ciascun Piano*	***> 90% dell'attività prevista da ciascun Piano***	

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	*non inviato entro la data prevista*	***inviato entro la data prevista***	% 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	*<75% di bovini morti testati per BSE*	***≥ 75% di bovini morti testati per BSE***	
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)	***non inviato entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento***	*inviato entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento*	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il coofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi	*non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea*	***corrispondente***	VINCOLANTE: 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 del 5% dei capi controllati	**< 5% dei capi controllati**	≥ 5% dei capi controllati	criterio di rischio adottato per la scelta degli allevamenti da sottoporre ai controlli	***>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma (100%)***	*≤85% dei controlli in allevamento è effettuato 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 minmo 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***	

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*	***inviato, debitamente compilato, entro la data prevista***	rapporto percentuale del numero di audit sul numero di stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte	***numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte (17,10%)***	*numero di audit uguale o superiore al 30 % del totale del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte*	
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	*Mancanza di comunicazione del cellulare*	***Comunicazione del cellulare***	tempi di risposta alle comunicazioni di allerta (risposte ricevute entro le 5 settimane, risposte ricevute ma oltre le 5 settimane, nessuna risposta ricevuta)	***Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1 .***	*Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, maggiore di 1*	
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	*mancato rrivo dei dati entro il termine salvo deroga o in formato diverso da quello elettronico previsto*	***arrivo dei dati entro il termine***	rispetto dei criteri di campionamento fissati nella tabella allegata al DM 23/12/1992	*numero dei campioni non raggiunge almeno l' 80% di quelli attesi*	***numero dei campioni raggiunge almeno l' 80% di quelli attesi***	VINCOLANTE: sufficiente se punteggio medio è uguale 2
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

Servizio DPF012 - Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento SSR

Beni e Servizi

1. Razionalizzazione della spesa per beni e servizi e dispositivi medici

Le Aziende sanitarie dovranno attenersi alle manovre di contenimento e razionalizzazione della spesa in materia di beni e servizi e di dispositivi medici contenute nelle ultime disposizioni legislative inserite in sede di conversione del D.L. 78/2015, convertito in Legge n 125 del 06/08/2015.

1.1. Beni e Servizi

Gli enti del SSN, al fine di razionalizzare le risorse in ambito sanitario e di conseguire una riduzione della spesa per beni e servizi, sono tenuti a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti in essere con l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi d'acquisto, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto, al fine di ottenere una riduzione su base annua del 5% del valore complessivo dei contratti in essere.

Le Aziende, dietro impulso della Regione, a seguito dell'entrata in vigore della legge 6 agosto 2015 hanno avviato questa attività di rinegoziazione, partendo dai contratti in essere derivanti da procedure di gara svoltesi in forma unificata, che inizierà a produrre effetti economici evidenti dal prossimo esercizio 2016.

La manovra di contenimento della spesa per beni e servizi, prefiggendosi di ridurre la spesa su base annua del 5% del valore complessivo, avrà luogo:

- Proponendo sconti del 5% su tutti i contratti in essere relativi alle categorie merceologiche di beni e servizi rientranti fra quelli elencati nella tabella A allegata al D.L. 78/2015;
- Rimodulando, lì dove possibile, le prestazioni contrattuali senza alterare le condizioni essenziali di aggiudicazione della gara;
- Riducendo le quantità consumate lì dove siano possibili eventuali economie;
- Operando la rescissione del contratto in caso di mancato accordo con i fornitori, senza oneri per le Aziende, e quindi stipulando nuovi contratti tramite adesione a convenzioni quadro o tramite affidamento diretto, a condizioni più convenienti di quelle esistenti, ai sensi di quanto previsto dall'art.9ter, comma 4, D.L. n.78/2015.

Al fine di monitorare l'attività di rinegoziazione e il conseguente risparmio atteso, le Aziende dovranno:

- Individuare tutti i contratti aziendali in essere riconducibili alla normativa sopra indicata;
- Rinegoziare i contratti con i fornitori operando sui prezzi e/o i volumi;
- Comunicare l'eventuale rescissione dei contratti e l'indicazione dell'adesione a nuovi contratti o i nuovi affidamenti rappresentando i risparmi conseguiti;
- Inviare tutti i prospetti riepilogativi al Servizio Programmazione Economico-Finanziaria e Finanziamento SSR;
- Monitorare la spesa dei contratti e rendicontare semestralmente le azioni di contenimento e riduzione della spesa per l'acquisto di beni e servizi con il Servizio Programmazione Economico-Finanziaria e Finanziamento SSR.

1.2. Dispositivi Medici

Gli enti del SSN, al fine di garantire il rispetto del tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici, fermo restando il tetto di spesa nazionale fissato al 4,4%, sono tenuti a proporre ai fornitori di dispositivi medici una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, senza che ciò comporti modifica alla durata del contratto stesso.

Questa attività di ricognizione, già avviata dalla Regione e dalle Aziende Sanitarie a seguito della conversione definitiva in legge, inizierà a produrre effetti evidenti dal prossimo esercizio 2016.

Nelle more dell'individuazione da parte dell'ANAC dei prezzi di riferimento dei dispositivi medici, nonché della messa a disposizione da parte del Ministero della Salute dei prezzi unitari presenti nel NSIS, si stabilisce

che, ai fini della manovra di contenimento della spesa le Aziende dovranno programmare una riduzione del costo medio pari al 2% dei costi sostenuti per i DM nell'anno precedente. Il rispetto del tetto di spesa sarà calcolato sui dati del consuntivo, facendo riferimento alle specifiche voci riportate nei modelli di rilevazione economica CE flussi informativi NSIS.
Al fine di monitorare l'attività di rinegoziazione e il conseguente risparmio atteso, le Aziende dovranno:

- Individuare i contratti aziendali in essere per l'acquisto di DM;
- Rinegoziare i contratti con i fornitori secondo quanto sopra prescritto;
- Inviare tutti i prospetti riepilogativi al Servizio Programmazione Economico-Finanziaria e Finanziamento SSR;
- Monitorare la spesa dei contratti e rendicontare semestralmente le azioni di contenimento e riduzione della spesa per l'acquisto di DM con il Servizio Programmazione Economico-Finanziaria e Finanziamento SSR.

A fronte del contesto normativo vigente, la manovra di contenimento della spesa per dispositivi medici (in seguito "DM") si prefigge di portare il valore del costo medio dei dispositivi medici da 978 €/ricovero a 955 €/ricovero (-2%).

Ciascuna Azienda dovrà valutare e mettere in atto manovre specifiche per la realizzazione dei risparmi programmati, come individuati nella tabella seguente:

Tabella 4: Impatto economico della riduzione della spesa per DM per gg ricovero - Aziende

Conto Economico 2016 - 2018 (€/000)										
ASL	Consuntivo 2014	Tendenziale 16	Programmatico 16	Manovra 2016	Tendenziale 17	Programmatico 17	Manovra 2017	Tendenziale 18	Programmatico 18	Manovra 2018
Dispositivi Medici										
Avezzano Sulmona L'Aquila	38.217	40.295	39.014	(1.281)	41.090	38.551	(2.539)	41.903	38.088	(3.814)
Lanciano Vasto Chieti	52.282	54.032	52.314	(1.718)	55.098	51.693	(3.404)	56.187	51.072	(5.115)
Pescara	40.001	41.955	40.621	(1.334)	42.782	40.139	(2.644)	43.628	39.657	(3.971)
Teramo	43.137	42.936	41.571	(1.365)	43.783	41.078	(2.705)	44.649	40.585	(4.064)
Totale spesa	173.637	179.218	173.519	(5.698)	182.753	171.461	(11.292)	186.367	169.402	(16.965)

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

L'attuale modello organizzativo e di funzionamento per la razionalizzazione e la centralizzazione degli acquisti del SSR della Regione Abruzzo risulta definito dalla legge regionale 10 gennaio 2011, n.1, recante: "Disposizioni finanziarie per la redazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Abruzzo (Legge finanziaria 2011). In base a tale normativa, le ASL devono procedere ad effettuare gli acquisti in forma centralizzata, attraverso il sistema delle ASL Capofila, aderendo alle convenzioni/strumenti messi a disposizione dalla Consip o infine delegando le procedure di acquisto alla Consip, solo in forma residuale le ASL possono procedere ad acquisti in autonomia. Il coordinamento degli acquisti spetta a un Comitato Direttivo composto dai quattro direttori Generali delle ASL nonché dal dirigente del Servizio Programmazione Economico Finanziaria e controllo di gestione delle ASL, che ha il compito di redigere il Piano operativo degli acquisti.
Tale modalità organizzativa fa essere la Regione Abruzzo, ad oggi, l'unica Regione che non ha provveduto alla costituzione di una centrale di committenza finalizzata per gli acquisti in sanità.
In attesa e di un nuovo modello, in ottemperanza alla recente normativa, Regione e Aziende sanitarie dovranno svolgere le seguenti attività:

- Riunioni almeno con cadenza trimestrale dei Comitati Direttivi ed Esecutivi per il monitoraggio delle iniziative intraprese e per le nuove esigenze di acquisto centralizzato;
- Monitoraggio semestrale degli acquisti effettuati dalle Aziende attraverso CONSIP, MEPA e SDA;
- Monitoraggio semestrale del risparmio conseguito dagli acquisti in forma aggregata.

Mobilità sanitaria - Mobilità Intra ed Extra attiva e passiva

I dati da iscrivere sui conti economici previsionali 2016-2017-2018 sono quelli risultanti dalla tabella seguente:

Tabella 5: Mobilità extraregionale ed intraregionale – Aziende

MOBILITA' EXTRAREGIONALE + INTRAREGIONALE					
MOBILITA' EXTRAREGIONALE (Mobilità 2013 - nota n. RA/280179 del 06/11/2015)	AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	LANCIANO VASTO CHIETI	PESCARA	TERAMO	TOTALE
Passiva	41.921.723	46.281.684	28.836.390	54.679.938	171.719.735
Attiva	46.440.295	22.905.177	22.087.885	8.135.041	99.568.399
Saldo Mobilità Extra	4.518.572	-23.376.507	-6.748.504	-46.544.896	-72.151.336
MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE (Mobilità 2014 - nota n. RA/206779 del 06/08/2014 + Tabella H del Consuntivo 2014)	AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	LANCIANO VASTO CHIETI	PESCARA	TERAMO	TOTALE
Passiva	24.558.476	53.209.483	56.406.765	35.797.668	169.972.392
Attiva	16.544.419	56.593.961	79.690.984	17.143.028	169.972.392
Saldo Mobilità Intra	-8.014.057	3.384.477	23.284.219	-18.654.639	0
Saldo Mobilità Extra+Intra	-3.495.485	-19.992.030	16.535.714	-65.199.536	-72.151.336

Servizio DPF015 - Assistenza Distrettuale Territoriale-Medicina Convenzionata e Penitenziaria

Rispetto della programmazione regionale riferita alla spesa annuale per i medici convenzionati
Come concordato nella riunione del Comitato di Dipartimento in data 18 settembre 2015, la spesa relativa alla medicina convenzionata di base dovrà attestarsi, per le annualità 2016/2017/2018, nei limiti già definiti dal Programma Operativo 2013/2015, secondo quanto riportato negli schemi seguenti, distintamente per ACN e AIR, i cui importi sono stati oggetto di Accordo con le OO.SS. nell'anno 2011 (Decreto Commissariale n° 27/2011 del 19/07/2011):

Annualità 2016-2017-2018					
	AP	**PLS**	**CA**	**EST**	**TOTALI**
ACN 201	20.737,344	4.341,824	4.649,998	1.687,483	31.416,649
ACN 202	26.418,399	6.382,701	5.434,917	1.323,929	39.559,947
ACN 203	21.429,051	5.543,067	3.465,223	965,718	31.403,059
ACN 204	20.761,855	4.954,380	3.604,448	1.657,181	30.977,864
ACN REG	89.346,649	21.221,972	17.154,587	5.634,311	133.357,519

Annualità 2016-2017-2018					
	AP	**PLS**	**CA**	**EST**	**TOTALI**
AIR 201	3.124,940	654,276	700,715	254,289	4.734,219
AIR 202	3.981,026	961,818	818,995	199,505	5.961,344
AIR 202	3.229,174	835,293	522,179	145,525	4.732,172
AIR 203	3.128,633	746,583	543,159	249,723	4.668,098
AIR REG	13.463,773	3.197,969	2.585,049	849,042	20.095,834

Le Aziende Sanitarie Locali dovranno provvedere all'attuazione dei provvedimenti regionali che definiscono i tetti di spesa per la medicina convenzionata in conformità alle statuizioni dell'ACN e dell'AIR. Risultando invalicabile il limite economico stabilito dalla programmazione regionale, sino all'adozione di nuovi Accordi, la ASL dovrà attenersi alla regola per cui non può essere modificato l'eventuale costo unitario delle prestazioni, come definito nell'ACN e nell'AIR, potendo solo incidere sul numero delle prestazioni, che dovrà essere contingentato nella misura necessaria a contenere la spesa nei limiti delle risorse finanziate programmate e disponibili.
Con riferimento alla spesa per la medicina specialistica convenzionata (SUMAI), si fa riserva di indicare il tetto massimo di spesa previsto per il periodo 2016/2018 con successiva nota.

Rispetto delle disposizioni contrattuali per l'affidamento degli incarichi per la copertura degli ambiti territoriali carenti e degli incarichi vacanti di continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale
In ottemperanza a quanto stabilito dagli art. 34, 63 e 92 dell'ACN dei MMG e dall'art. 33 dell'ACN dei PLS, entro la fine dei mesi di marzo e di settembre di ogni anno le ASL devono trasmettere alla Regione, l'elenco degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria e di Pediatria di Libera Scelta, nonché quello degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale per la pubblicazione sul BURA. Nel caso di insussistenza delle citate carenze le ASL si limiteranno a darne semplice comunicazione alla Regione. Il rispetto dei tempi previsti dai vigenti ACN scaturisce dalla necessità di evitare ritardi che possono dar luogo a disfunzioni organizzative del servizio o a problemi a carico degli interessati ai procedimenti.
Si conferma l'opportunità, all'atto della pubblicazione delle nuove zone carenti, di procedere alla ripubblicazione di quelle con procedimento in itinere successivo al conferimento, da assegnare solo in caso di mancato perfezionamento delle procedure d'incarico precedentemente avviate. I provvedimenti aziendali dovranno opportunamente identificare i casi di assegnazione condizionata alla mancata conclusione della

procedura in itinere, a garanzia del diritto di informazione e in funzione della scelta consapevole da parte dei medici interessati. La ripubblicazione delle zone carenti in corso di assegnazione assicura la riduzione dei termini per l'effettiva assunzione dell'incarico e conseguentemente la continuità nell'erogazione del servizio.

Aggregazioni funzionali territoriali ed Unità complesse di cure primarie
In conformità agli indirizzi e secondo le modalità e i tempi che saranno definiti dalla programmazione regionale le Aziende Sanitarie Locali dovranno provvedere all'adozione degli atti funzionali all'istituzione delle AFT e delle UCCP. E' di tutta evidenza che l'istituzione delle forme evolute di aggregazione, al fine di rendere più snelle, più organiche, più operative e più riconoscibili per il cittadino le cure primarie, comporterà la cessazione delle preesistenti tipologie di aggregazione della medicina generale.

Rispetto della programmazione regionale riferita alla spesa annuale per la medicina specialistica convenzionata (SUMAI)
Si indicano i tetti di spesa previsti per Azienda, secondo lo schema allegato. Preliminarmente deve rilevarsi che tale spesa appare, dai dati CE, cronicamente incompatibile con il tetto esistente (D.C.A 95/2013) che risulta definito assumendo semplicemente a parametro il consuntivo dell'anno 2011. Si è pertanto ritenuto di utilizzare a base del calcolo l'andamento della spesa negli anni 2012/2013/2014/2015[1], mantenendo per l'Azienda USL di Teramo il tetto esistente, che appare sostanzialmente rispettato, seppur con lievi variazioni:

	ASL 201	ASL 202	ASL 203	ASL 204	TOTALE
Tetto di spesa	4.889.000	5.274.000	4.676.000	3.320.000	18.159.000

Inoltre, ad integrazione degli indirizzi già indicati, relativamente all'obiettivo:

Rispetto della programmazione regionale riferita alla spesa annuale per i medici convenzionati
Si specifica che le Aziende Sanitarie Locali, nel provvedere all'attuazione dei provvedimenti regionali che definiscono i tetti di spesa per la medicina convenzionata in conformità alle statuizioni dell'ACN e dell'AIR, dovranno adottare gli strumenti adeguati affinché il fondo destinato alla copertura delle prestazioni aggiuntive, di cui all'art. 59, lett. C, dell'ACN 29.07.2009, sia destinato prioritariamente alla copertura della spesa necessaria ad eseguire le vaccinazioni antinfluenzali di cui all'art. 45, comma 2, lettera n) del medesimo Accordo.

[1] Per l'anno 2015, è stata assunta a base del calcolo la spesa prevista con proiezione dei dati CE relativi al primo e secondo trimestre dell'anno.

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

In riscontro alla nota prot. RA/239420 del 22.09.2015 avente ad oggetto: "Indirizzi programmatici regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle ASL 2016-2018", in relazione alle ridefinite competenze di questo Servizio e in aderenza a quanto previsto dal vigente Programma Operativo – DCA 122/2014 e agli obiettivi assegnati ai Direttori Generali e coerentemente a quelli già contemplati nella nota prot. RA/286841 del Servizio Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche e Emergenza Sanitaria (ex DG13) limitatamente a Flussi informativi e Mobilità Sanitaria relativi al triennio 2015-2017, si descrivono di seguito gli indirizzi programmatici in tema di Flussi Informativi Sanitari e Mobilità Sanitaria:

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

- Rispetto delle scadenze temporali definite dal calendario regionale (nota prot. n. 30866 del 5 febbraio 2015 del Servizio Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche e Emergenza Sanitaria - ex DG13 - e successivi aggiornamenti previsti per gli anni 2016, 2017 e 2018) e della struttura logico-formale dei tracciati di riferimento come prerequisito di ogni trasmissione;
- Integrazione aziendale tra flussi informativi e controllo di gestione, documentata sia dall'elaborazione delle tabelle contenute nella nota succitata (report EMUR, report Voci di SPESA per Distribuzione diretta farmaci e consumi ospedalieri farmaci) e di quelle che saranno contenute nei successivi aggiornamenti previsti per gli anni 2016, 2017 e 2018 sia da una "relazione annuale", inviata entro il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di competenza, dalla Direzione Generale dell'Azienda al Dipartimento per la Salute e Welfare della Regione Abruzzo, rappresentativa delle procedure di comunicazione e integrazione tra area Flussi Informativi e area Controllo di Gestione aziendali con particolare riguardo allo scambio e utilizzo delle informazioni ai fini del controllo di completezza e qualità dei dati.
- Armonizzazione e riconciliazione tra flussi di produzione, specificamente flussi dispositivi medici, consumi ospedalieri dei farmaci (CO), distribuzione diretta (DD) dei farmaci rispetto ai flussi di rendicontazione economica (CE) e, limitatamente ai flussi CO e DD, rispetto al flusso della tracciabilità del farmaco (DM 15 luglio 2004).
- Progressiva riduzione degli errori scartanti e delle anomali risultanti dal riscontro di qualità NSIS (GAF/ETL).
- Governo integrato del flusso EMUR nelle rispettive competenze gestionali, tecnologiche e operative.
- Governo integrato del flusso SIAD nelle rispettive competenze gestionali, tecnologiche e operative.

Mobilità Sanitaria

- Realizzare l'ottimale organizzazione dell'attività di gestione della mobilità sanitaria interregionale, in particolare:
  - Rilevando in maniera sistematica e corretta le informazioni anagrafico-amministrative e sanitarie relative a tutti i pazienti assistiti;
  - Sviluppando strategie e sinergie interaziendali finalizzate alla contrazione della mobilità passiva extraregionale;
- Realizzare l'ottimale organizzazione dell'attività di gestione della mobilità sanitaria internazionale, in particolare:
  - Implementando e garantendo l'efficace operatività di tutti i distretti sanitari di base e di tutti gli erogatori;
  - Rilevando le informazioni anagrafico-amministrative e sanitarie relative alle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini, il cui onere è a carico di istituzioni straniere;
  - Registrando sistematicamente 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.);

- Trasmettendo ed inserendo le proprie fatturazioni relativi ai rimborsi per assistenza sanitaria erogata ai cittadini stranieri nei sistemi ASPE UE, ASPE C, etc;
- Verificando le corrispondenti fatturazioni provenienti dagli stati UE e Convenzionati a carico delle ASL per prestazioni erogate ad assistiti della propria ASL in mobilità sanitaria internazionale.

Servizio DPF017 - Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT

Gli indirizzi programmatici validi per il triennio 2016-2018 sono aderenti a quanto previsto nei vigenti e incorrenti atti di programmazione regionale e agli obiettivi dei Direttori Generali.

Emergenza Urgenza

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 2016 e continuo perfezionamento dei protocolli operativi attraverso l'utilizzo dell'evoluzione tecnico connessa all'integrazione di che trattasi.

Esposizione Posti Letto su gestionale di Centrali Operative 118: con particolare riguardo all'implementazione per le reti tempo dipendenti, le AA.SS.LL. dovranno attivare l'utilizzo della procedura relativa alla gestione della disponibilità dei Posti Letto (determinazione dirigenziale n. DPF017/10 del 13/10/2015), in aderenza alle indicazioni del CREA, entro il primo semestre 2016 ad esito positivo delle sperimentazioni previste fino a gennaio 2016. 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 attraverso il sistema di cui alla richiamata determina dirigenziale.

Potenziamento della Sala Operativa di continuità assistenziale: le AA.SS.LL. dovranno attivare le procedure per il pieno e regolare funzionamento della sala operativa di continuità assistenziale accentrando le chiamate per le richieste di assistenza sul numero unico di continuità assistenziale. Entro il primo trimestre 2016 dovranno essere dismessi 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 il sistema, integrato con il gestionale di C.O.118, in funzione da aprile 2014 (giusta determinazione n. DG13/14 del 26 marzo 2014).

Sanità Digitale

Tessera Sanitaria: la Regione intende pervenire alla completa esecuzione degli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di tessera Sanitaria – fermi restando quanto previsto per i flussi informativi ex art 50 e la corretta compilazione dei campi relativi- in particolare, le ASL dovranno procedere al:

- Perfezionamento e ulteriore implementazione delle procedure di dematerializzazione della ricetta cartacea per la specialistica ambulatoriale e farmaceutica con il coinvolgimento di tutti i proscrittori dipendenti e di tutti i convenzionati afferenti alla ASL.
- Avvio e monitoraggio costante delle procedure poste in essere per l'avvio delle modalità sperimentali per il 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), quali consultazione dei dati personali (es. indirizzo di residenza, ASL di appartenenza, ecc.) e delle esenzioni, autocertificazione online delle esenzioni per reddito, scelta e revoca del medico di base o il pediatra di famiglia, prenotare visite ed esami o spostare e disdire appuntamenti, modalità di pagamento dei ticket delle prestazioni prenotate, attivazione e consultazione del dossier sanitario o del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei referti;
- Gestione funzionalità sistema TS per la rendicontazione e il monitoraggio del recupero crediti per esenzioni da reddito indebitamente attribuite.

Fascicolo sanitario elettronico: l'obbiettivo attiene alla realizzazione degli adempimenti di competenza aziendale con particolare attenzione al tema della tutela dei dati personali e sensibili, Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e alla gestione informatizzata del consenso informato (generale e specifico):

- Procedure di integrazione tra legacy aziendali e FSE e coinvolgimento di tutti gli attori per la predisposizione del dossier sanitario, in osservanza alle indicazioni del garante privacy, presso ogni singola realtà aziendale.
- Iniziative tese al coinvolgimento di tutti i MMG e PLS per l'avvio del Dossier sanitario e, conseguentemente, del FSE entro il primo semestre 2016 e successiva estensione nel corso del triennio.

Anagrafe regionale: in previsione dell'attivazione della nuova anagrafe web le AASSLL dovranno predisporre la dotazione tecnica e i relativi collegamenti entro il primo trimestre 2016 e, nel corso del triennio, garantire la piena funzionalità per gli aspetti di propria competenza come l'integrazione con i sistemi informatici aziendali e la corretta esposizione dei servizi eventualmente fruibili attraverso la CNS.

Dematerializzazione Della Documentazione Clinica In Diagnostica Per Immagini: le ASL entro il primo trimestre 2016, mantenendolo inalterato nel corso del triennio, dovranno perfezionare il valore assunto dall'indicatore, calcolato solo per le strutture di diagnostica per Immagini digitali pubbliche: "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini" che a livello regionale risulta è pari al 72,34%. Le ASL nel corso del triennio dovranno, altresì, prevedere meccanismi di controllo e monitoraggio anche sulle strutture private accreditate che erogano prestazioni di diagnostica per immagini con l'obbiettivo di renderle aderenti allo standard richiesto (DCA n. 41 del 30/05/2013).