



Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 149 del 07 NOV. 2014

GIUNTA REGIONALE

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE



Allegato 1)
Decreto n.

PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 2015-2017 DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

INDIRIZZI FORMULATI DAI DIRIGENTI DELLA DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE



GIUNTA REGIONALE

Sommario

Servizio DG - 1 - Assistenza sanitaria di base e specialistica.....	3
Servizio DG - 2 - Investimenti strutturali e tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie.....	5
Servizio DG - 8 - Assistenza farmaceutica e trasfusionale.....	9
Servizio DG - 12 - Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane	13
Servizio DG - 13 - Gestione flussi informativi, mobilità sanitaria, procedure informatiche e Emergenza Sanitaria	14
Servizio DG - 16 - Programmazione socio-assistenziale, Progettualità del territorio, Medicina sociale e Tutela della salute mentale e dipendenze.....	16
Servizio DG - 17 - Attività ispettiva e Controllo Qualità	16
Servizio DG - 18 - Assistenza ospedaliera, Specialistica ambulatoriale, riabilitativa, protesica e termale.....	17
Servizio DG - 19 - Programmazione sanitaria.....	19
Servizio DG - 20 - Prevenzione collettiva	20
Servizio DG - 21 - Sanità Veterinaria e Sicurezza alimentare.....	26
Servizio DG - 22 - Programmazione economico-finanziaria e Controllo di gestione delle aziende sanitarie	32



GIUNTA REGIONALE

Servizio DG - 1 "Assistenza sanitaria di base e specialistica"

Assistenza Territoriale

Aggregazione funzionale territoriale ed unità complessa delle cure primarie

Le ASL perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dalla Regione secondo un modello – tipo coerente con i contenuti del nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, del Programma Operativo 2013-2015, degli ACN e degli AIR al fine di costituire un modello multiprofessionale ed interdisciplinare costituito dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2, dell'art. 1 della Legge 189/2012.

Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse, che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle ASL attraverso i Piani delle Reti territoriali delle AFT e delle UCCP, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio. Il carattere multiprofessionale delle UCCP è garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra medicina specialistica e medicina generale. Le AFT vengono costituite all'interno di un ambito territoriale della medicina generale. Le UCCP sono di norma organizzate in sede unica, pur potendo prevedere sedi accessorie opportunamente collegate attraverso un'adeguata rete telematica. Sono integrate nella rete telematica aziendale e/o regionale. Le singole UCCP potranno avere una complessità diversa a seconda del contesto in cui gravitano. La sede unica consentirà di offrire sul territorio una sede riconoscibile per le necessità assistenziali dei cittadini. Le UCCP dovranno garantire agli assistiti prestazioni di medicina generale nelle 24 ore della giornata. Le UCCP dovranno fornire prestazioni sociosanitarie integrate, con particolare riguardo alla domiciliarità e residenzialità, con l'obiettivo di ridurre al minimo la necessità di istituzionalizzare i cittadini.

Ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una UCCP. Le AFT della medicina generale che coprono un bacino di utenza riferito a non più di 30.000 abitanti, rappresentano l'insieme di professionisti che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti del singolo medico. La AFT, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente, sostituirà l'unità elementare di erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale che attualmente si identifica con il singolo medico.

Nell'attesa della stipula dei nuovi accordi nazionali della medicina convenzionata, le ASL dovranno fornire alla Regione il quadro organizzativo degli N.C.P. di gruppo e di rete e delle altre forme associative al fine di disporre dei dati necessari per l'avvio della programmazione regionale.

Adeguamento degli AIR entro novanta giorni dalla stipula degli ACN previsti al comma 6, dell'art. 1 della Legge 189/2012 e, decorso tale termine, con proprio provvedimento la Regione impartirà, nelle more della conclusione delle trattative, disposizioni per l'attuazione dei principi richiamati all'art. 1 della Legge 189/2012, dal vigente Patto della Salute, dal Programma Operativo 2013-2015 e dagli ACN.

Entro sei mesi dall'adozione degli AIR le ASL adotteranno i Piani delle reti territoriali delle AFT e delle UCCP tenendo conto sia del posizionamento di questi punti di erogazione, all'interno di ciascun distretto rispetto al bacino della popolazione afferente, che dei tempi di percorrenza necessari per il raggiungimento della sede sanitaria di ciascun comune. Il Piano della rete territoriale deve essere adottato da ciascuna ASL prevedendo anche l'organizzazione delle AFT in ambito distrettuale attraverso l'attivazione di reti informatiche comuni fra medici di medicina generale ed il sistema informativo sanitario. Resta fermo quanto previsto, in materia di interconnessione a livello nazionale dei flussi informativi su base individuale, dall'art. 15, comma 25 bis, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.



GIUNTA REGIONALE

Dalla vigenza del Piano della rete territoriale, le AFT e le UCCP costituiranno le uniche forme di aggregazione dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e delle altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate dalla Regione Abruzzo (di cui all'art.54 dell'ACN 2009 dei MMG e all'art. 52 dell'ACN 2009 dei PLS). Le AFT verranno costituite prima o contemporaneamente alle UCCP.

Alla luce di quanto previsto dal Patto della Salute 2014-2016 di cui all'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome (Rep. 82 CRS del 10 luglio 2014) le ASL, sulla base della propria programmazione e tenendo conto dei diversi livelli di servizio, provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di forme organizzative di cui alla lettera b-bis), dell'art. 1, comma 4, della legge n. 189 del 2012 sulla base dell'ACN e dei conseguenti accordi regionali e aziendali, anche utilizzando le risorse precedentemente destinate alla remunerazione dei fattori produttivi.

Secondo quanto anticipato dal Decreto commissariale n. 24/2012 del 4.07.2012 le ASL possono in via sperimentale attivare aggregazioni complesse per le quali sia prevista la partecipazione dei medici di Assistenza Primaria, Continuità assistenziale, dei Pediatri di libera Scelta e degli specialisti ambulatoriali e per le quali le ASL forniscano, se disponibili, struttura, personale infermieristico ed amministrativo, utenze, informatizzazione, piccola diagnostica ad uso medico. L'evoluzione dell'associazionismo medico verso forme più aggregate ed integrate di organizzazione può essere realizzata anche facendo ricorso all'utilizzo di beni e servizi attivabili anche con le risorse dei progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (art. 1, commi 34 e 34 bis, legge 23 dicembre 1996, n. 662).

La riallocazione degli incentivi e delle indennità, previste dall'art. 26 ter, comma 2, dell'ACN dei MMG, fino ad allora di competenza dei medici che entrano a far parte delle UCCP, avviene secondo criteri di equità di trattamento di tutti i medici partecipanti.

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 artt. 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, per la pubblicazione nel BURA, 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. Nel caso di insussistenza delle citate carenze le ASL si limiteranno a darne semplice comunicazione alla Regione. La necessità di richiamare il rispetto dei tempi previsti dai vigenti ACN scaturisce dalla necessità di evitare ritardi che possono dar luogo a disfunzioni organizzative e lamentele da parte di cittadini e medici interessati.

Snellimento delle procedure di affidamento degli incarichi per la copertura delle zone carenti di assistenza primaria

Per evitare specialmente nei comuni delle zone interne l'assenza per lunghi periodi di tempo del medico di famiglia è opportuno procedere contestualmente alla pubblicazione delle nuove zone carenti anche alla ripubblicazione di quelle con procedimento in itinere successivo al conferimento, da riassegnare solo in caso di mancata conclusione delle procedure d'incarico precedentemente avviate. Quindi, nel caso in cui il medico decadde dall'incarico per mancata apertura dell'ambulatorio nei tempi stabiliti dall'ACN, tale ripubblicazione anticipata ridurrebbe sensibilmente i tempi di attesa per la riapertura del procedimento di riassegnazione della zona carente.

Programmazione della spesa annuale relativa ai medici convenzionati

Le ASL dovranno programmare la spesa sanitaria riferita ai medici convenzionati nel rispetto della normativa legislativa e contrattuale, nonché delle direttive, dei provvedimenti e delle disposizioni vigenti.



GIUNTA REGIONALE

Servizio DG - 2 “Investimenti strutturali e tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie”

4 AREA DI INTERVENTO: CORE

4.3 Intervento 7: Investimenti in conto capitale

4.3.1 Azione 1: *Razionalizzazione delle economie derivanti da risorse assegnate per investimenti realizzati e conclusi*

Premessa

Il contesto di riferimento è rappresentato dall'art. 20 della L. 67/88 concernente il Programma straordinario pluriennale di investimenti in materia di ristrutturazione edilizia, ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti e dal Programma Operativo 2013-2015 quale riferimento per la programmazione regionale.

Le modalità e le procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, attraverso gli Accordi di Programma, di cui all'art. 5 bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., hanno reso necessario perfezionare le procedure operative che regolano le fasi del monitoraggio degli interventi, soprattutto in considerazione del numero degli interventi in essere.

Gli indirizzi programmatici regionali che seguiranno, fanno riferimento alle sottoelencate fonti di finanziamento:

Programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria e tecnologie sanitarie a valere sui fondi ex art. 20 L. 67/88 art. 20: 1) I Triennio; 2) AdP stralcio 2004, 3) AdP integrativo dello stralcio 2004; 4) AdP 2° stralcio Rimodulato.

Il presente progetto intende perseguire l'obiettivo di accertare la capacità organizzativa e di spesa della ASL ed il rispetto dei termini contrattuali nella esecuzione degli interventi per i quali sono scaduti i tempi utili concessi, attraverso la trasmissione dei seguenti adempimenti:

- Certificato di fine lavori attestante l'avvenuta esecuzione degli stessi nel rispetto del tempo utile concesso;
- Atti di collaudo o certificato di regolare esecuzione e di contabilità finale, unitamente alla relazione acclarante i rapporti Regione/ASL attestante eventuali economie;
- Documentazione concernente la programmazione dell'utilizzo delle eventuali economie unitamente alle relative proposte progettuali.

Infatti, le economie di spesa, (ribasso d'asta, economie su imprevisti, ecc.), possono essere utilizzate, entro i limiti delle vigenti disposizioni di legge, per la realizzazione nuovi interventi da realizzarsi in seno alla stessa ASL. All'uopo la ASL predisporrà ed adotterà tutti i necessari elaborati progettuali redatti nel rispetto della programmazione sanitaria regionale da sottoporre all'attenzione della Giunta Regionale.

Obiettivi programmati:

L'Azione 1 prevede di sviluppare nell'arco dei tre anni (2015-2017) una riprogrammazione ed utilizzo dei fondi quali economie (a valere sui fondi ex art. 20 L.67/88: 1) I Triennio, 2) AdP stralcio 2004, 3) AdP integrativo dello stralcio 2004; 4) AdP 2° stralcio Rimodulato), attraverso la stesura di specifici programmi da parte delle Aziende sanitarie per l'effettivo utilizzo delle economie risultanti da ogni intervento.

Risultato programmato nel triennio:

Indicatori di risultato:

2015: $\frac{\text{N. relazioni acclaranti interventi per i quali sono trascorsi i tempi utili}}{\text{N. totale interventi per i quali sono trascorsi i tempi utili}} = 1$

2016: A) $\frac{\text{Importo economie programmate}}{\text{Importo totale economie}} = 100\%$



GIUNTA REGIONALE

$$B) \frac{\text{N. interventi appaltati}}{\text{Totale interventi programmati}} \times 100 = 80\%$$

$$2017: \frac{\text{N. interventi ultimati}}{\text{N. totale interventi programmati}} = 1$$

4.3.2 Azione 2: Razionalizzazione degli spazi aziendali

Premessa

La Legge Regionale 146/96 all'art. 7 indica il "Programma pluriennale degli investimenti finalizzati ai nuovi servizi da attivare e al potenziamento dei servizi già erogati" tra gli ambiti operativi del *Piano Strategico*.

Collegato a detto ambito operativo l'Azione 2 del Programma operativo 2013-2015, "*Razionalizzazione degli spazi aziendali*" approvato con DCA 84/2013, realizza due importanti condizioni di fondo per la pianificazione tecnico-finanziaria degli investimenti:

- Ricognizione dell'offerta strutturale e, attraverso la stesura del Piano di razionalizzazione degli spazi aziendali, l'ottimizzazione degli interventi sostenibili e realmente strategici perché fortemente mirati;
- Acquisizione delle risorse integrative da destinare agli investimenti ad integrazione dei finanziamenti statali tenuto conto dell'invecchiamento strutturale dei presidi.

Pertanto, tenuto conto del Programma operativo 2013-2015, quale riferimento cardine della programmazione regionale e delle disposizioni della L.77/09 (abbattimento delle criticità in materia di ripristino strutturale e la riduzione del rischio sismico), si indicano i seguenti indirizzi programmatici regionali con riferimento alle seguenti linee di finanziamento:

- Programma straordinario di investimenti in materia di edilizia e tecnologie sanitarie a valere fondi art. 20, legge 67/88:
 - AdP 2° stralcio rimodulato (essendo ancora in corso di completamento per intervenuta nuova progettazione e relativi nuovi cronoprogramma delle opere per rifinalizzazione somme a causa del terremoto);
 - Nuovo AdP ormai in via di definizione;
- Programma regionale per il superamento degli ospedali giudiziari attraverso la realizzazione di strutture sanitarie territoriali (REMS);
- Completamento interventi di rilevanza sanitaria.

Programma straordinario di investimenti in materia di edilizia e tecnologie sanitarie a valere fondi art. 20, legge 67/88: AdP 2° stralcio Rimodulato e nuovo AdP.

1. Attuazione dell'AdP 2° stralcio rimodulato (delibera del Commissario ad Acta 48/2010)

Descrizione e valorizzazione

Con detto AdP (rimodulazione dell'AdP 2° stralcio, sottoscritto in data 15.03.08, motivata dal doloroso evento del terremoto del 6 aprile 2009) sono stati individuati gli ambiti prioritari d'intervento in materia di ripristino strutturale e tecnologico, pervenendo alla rimodulazione delle risorse disponibili che sono in corso di utilizzo da parte delle ASL.

Il completamento del programma di investimenti di che trattasi porterà alla valorizzazione del patrimonio strutturale/tecnologico dei presidi interessati e pertanto le ASL devono tendere all'utilizzo delle risorse già assegnatesi attraverso i seguenti obiettivi:

- Efficienza nelle procedure per l'appalto delle opere (monitoraggio dei tempi, snellimento dei procedimenti, riunioni e tavoli tecnici di controllo);
- Snellimento delle attività di cantiere per la pronta attuazione delle opere e il mantenimento della percentuale di utilizzo dei finanziamenti in andamento sempre crescente.



GIUNTA REGIONALE

Risultato programmato nel triennio

- Completamento della documentazione progettuale necessaria per l'ammissione a finanziamento;
- Aggiudicazione interventi/apertura cantieri, esecuzione dei lavori e completamento delle opere.

Indicatori di risultato

Tenuto conto della rilevanza anche nazionale di detto programma di investimenti l'indicatore più rappresentativo è costituito dalla capacità di spesa.

Sulla base dell'esperienza acquisita e considerato l'insieme degli adempimenti da porre in essere nel triennio di riferimento, gli indicatori risultano i seguenti:

$$2015 \quad \frac{\text{n. cantieri aperti}}{\text{n. tot. n. cantieri da aprire}} = 1$$

$$2016 \quad \frac{\text{n. opere eseguite}}{\text{n. tot. opere da eseguire}} \times 100 = 80\%$$

$$2017 \quad \frac{\text{n. opere ultimate}}{\text{n. tot. opere da ultimare}} = 1$$

2. Nuovo AdP concernente il Programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria della Regione Abruzzo – art. 20 L. 67/88 – Attuazione disposizioni L.77/09, art. 4, comma 6.

Descrizione e valorizzazione

Il nuovo AdP, approvato con DCA n. 65/2012 del 28/10/2012 e, successivamente, riapprovato per la sola parte riguardante il Documento Programmatico con decreto n. 23/2014 del 28 febbraio 2014 intende realizzare i seguenti interventi:

- Costruzione dei cinque nuovi ospedali (Avezzano, Sulmona, Vasto, Giulianova e Lanciano)
- Ristrutturazione del P.O. di Penne
- Realizzazione centrale operativa 118 con Eliporto ed Hangar presso l'Ospedale civile San Salvatore di L'Aquila

Risultato programmato nel triennio

Considerata la rilevanza degli obiettivi e del risultato atteso gli indirizzi programmatici regionali riguarderanno:

- Le attività di prefattibilità tecnico-finanziaria;
- Completamento della documentazione progettuale necessaria per l'ammissione a finanziamento;
- Aggiudicazione interventi/apertura cantieri ed esecuzione dei lavori.

Indicatori di risultato

Data la rilevanza del risultato atteso si indicano i seguenti step temporali e pertanto:

$$2015 \quad \frac{\text{n. studi di fattibilità elaborati}}{\text{n. tot. studi di fattibilità da elaborare}} = 1$$

$$2016 \quad \frac{\text{n. progetti appaltabili elaborati}}{\text{n. tot. progetti appaltabili da elaborare}} = 1$$

$$2017 \quad \frac{\text{n. cantieri aperti}}{\text{n. tot. Cantieri da aprire}} = 1$$



GIUNTA REGIONALE

Completamento interventi di rilevanza sanitaria

Descrizione e valorizzazione

Il completamento dei programmi di investimento di seguito indicati porta alla valorizzazione del patrimonio strutturale/tecnologico dei presidi interessati e pertanto le ASL devono tendere all'utilizzo delle risorse già assegnatesi attraverso i seguenti obiettivi:

- Realizzazione interventi afferenti il materno-infantile conseguenti alla rimodulazione delle somme non spese (Decreto del Commissario ad Acta n. 66/2012);
- Realizzazione ai sensi della L. 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3 ter del Programma interregionale per la realizzazione, secondo il relativo cronoprogramma di cui alla nota della ASL prot. n. 33744U14 del 18.06.2014, struttura sanitaria extraospedaliera (REMS) per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari di Ripa Teatina approvato ed ammesso a finanziamento dal Ministero della Salute con decreto del 17.12.2013.

Risultato programmato nel triennio

Tenuto conto che trattasi di investimenti di particolare rilevanza socio-sanitaria i risultati si misurano dalla capacità di spesa. Pertanto, deve essere assicurata l'elaborazione della documentazione progettuale necessaria per l'ammissione a finanziamento per passare all'aggiudicazione e realizzazione delle opere e, successivamente, al collaudo e all'attivazione delle stesse.

Indicatori di risultato

Sulla base dell'esperienza acquisita e considerato l'insieme degli adempimenti da porre in essere nel triennio di riferimento, gli indicatori risultano i seguenti:

A) in merito agli interventi afferenti il materno-infantile

2015 $\frac{\text{n. interventi ultimati}}{\text{n. tot. Interventi assegnati}} = 1$

B) in merito agli interventi struttura sanitaria (REMS)

2015 aggiudicazione ed appalto

2016 esecuzione dei lavori

2017 collaudo ed attivazione



GIUNTA REGIONALE

Servizio DG - 8 “Assistenza farmaceutica e trasfusionale”

Assistenza farmaceutica

Premessa

In riferimento al Patto della Salute 2014-2016 in cui le Regioni si impegnano a garantire il governo della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale sia per quanto riguarda l'appropriatezza che per il rispetto dei tetti di spesa programmati - nei limiti delle risorse stabilite all'articolo 1, comma 1 del suddetto Patto - risulta indispensabile che le Aziende Sanitarie mettano in atto interventi volti alla razionalizzazione della spesa farmaceutica.

In particolare, 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.

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

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 (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;



GIUNTA REGIONALE

- 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

Premessa

Nonostante l'attuale assetto organizzativo del Sistema Trasfusionale regionale abbia finora garantito il raggiungimento di importanti traguardi in termini di garanzie assistenziali per i cittadini, restano alcune criticità da risolvere che specificamente riguardano:

- L'eccessiva frammentazione delle funzioni trasfusionali all'interno della rete ospedaliera.
- La disomogeneità nella erogazione dei livelli essenziali di assistenza del Servizio Trasfusionale,
- Il raggiungimento degli obiettivi aziendali/regionali di autosufficienza di emocomponenti per uso clinico e di plasma da avviare alla trasformazione industriale;
- La standardizzazione dei processi produttivi e l'implementazione dei requisiti di qualità e sicurezza;
- L'appropriatezza dei consumi;
- Gli elevati costi di gestione del servizio.

Oltre alle summenzionate criticità, sussistono altre problematiche di fondamentale importanza che il Sistema trasfusionale regionale è chiamato ad affrontare senza ulteriori possibili rinvii:

- L'adeguamento delle Strutture Trasfusionali ai nuovi requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali di matrice europea per l'autorizzazione e l'accreditamento. La rete delle Strutture trasfusionali e delle Unità di raccolta associative della nostra regione dovrà essere adeguata ai requisiti minimi organizzativi, tecnologici e strutturali approvati dalla Conferenza Stato/Regioni con accordo n. 149/CSR emanato in data 16 dicembre 2010 e recepiti dalla Regione Abruzzo con D.G.R. n. 314 del 9 maggio 2011 ed ai requisiti previsti dall'Accordo Stato/Regioni n. 149/CRS del 25 luglio 2012 sul documento concernente "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti", recepito dalla Regione Abruzzo con Decreto del Commissario ad Acta n. 42 del 30 maggio 2013. In base alla vigente normativa, i Servizi Trasfusionali delle AA.SS.LL. dovranno adeguarsi ai citati requisiti entro il 31 dicembre 2014.
- L'adeguamento delle Strutture Trasfusionali al sistema regolatorio europeo della produzione nazionale e regionale di farmaci emoderivati. L'Unione Europea e gli organismi nazionali regolatori (AIFA) impongono l'adeguamento del sistema nazionale/regionale di produzione industriale dei farmaci emoderivati al sistema regolatorio e di autorizzazione europeo (plasma master file), soprattutto per quanto riguarda i requisiti di qualità e sicurezza della raccolta, lavorazione, qualificazione biologica, conservazione e certificazione della materia prima (plasma per uso industriale), dei processi produttivi industriali e dei prodotti finiti (farmaci plasma derivati). In questo contesto è chiaro che l'adeguamento a tali norme avrà un notevole impatto sull'organizzazione dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di Raccolta associative, che, in base alla normativa europea, sono identificati come i "produttori" della materia prima e sono soggetti alle stesse norme di qualità e sicurezza che regolano l'attività delle Officine farmaceutiche europee. Non è superfluo precisare che, in caso di carenza dei requisiti di qualità e sicurezza previsti, i Servizi Trasfusionali delle AA.SS.LL. e le Unità di Raccolta associative inadempienti saranno esclusi da questo circuito, con impatto negativo sui livelli essenziali di assistenza trasfusionali sul territorio regionale.

Per dare una risposta alle summenzionate criticità, la Regione Abruzzo ha avviato un programma di radicale riforma del Sistema trasfusionale regionale, con la promulgazione della Legge Regionale n. 64 del 18.12.2012 (Legge europea regionale 2012), che al Titolo VIII detta norme per la "Disciplina delle attività



GIUNTA REGIONALE

trasfusionali e della produzione di emocomponenti per uso clinico e farmaci emoderivati. La citata L.R. n. 64/12, avendo recepito integralmente il sistema regolatorio e gli standard di qualità e sicurezza definiti a livello comunitario, introduce elementi di forte “riorientamento e riqualificazione” del Sistema Trasfusionale, con l’obiettivo di garantire su tutto il territorio regionale il raggiungimento degli obiettivi di autosufficienza, standard elevati di qualità e sicurezza del sangue e dei suoi derivati e lo sviluppo delle attività di medicina trasfusionale.

La legge regionale n. 64/12, in particolare, prevede l’abolizione del modello organizzativo della Rete Trasfusionale previsto dalla precedente legge regionale n. 143/96 e introduce più adeguati strumenti di programmazione, coordinamento, finanziamento, verifica e controllo del sistema, dei livelli essenziali di assistenza in medicina trasfusionale, i criteri per la razionalizzazione della rete trasfusionale, l’obbligo di adeguamento alle norme europee di qualità e sicurezza, la definizione di un più efficace meccanismo di compensazione tra le regioni e tra aziende sanitarie, una definizione chiara dei rapporti con le aziende di frazionamento del plasma ed infine strumenti specificamente dedicati al rafforzamento del ruolo delle associazioni di volontariato.

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

Le Aziende Sanitarie devono prevedere nel triennio 2015/17 interventi volti alla razionalizzazione e riorganizzazione delle attività trasfusionali, che siano coerenti con il quadro normativo e regolamentare e gli obiettivi precedentemente descritti.

A tal fine è necessario che le azioni da porre in essere siano ricondotte alle seguenti aree di intervento:

- Raggiungimento autosufficienza aziendale/regionale di emocomponenti e farmaci plasmaderivati prodotti in “conto lavorazione”;
- Completamento del percorso di adeguamento della rete trasfusionale aziendale a quanto previsto nel DCA n. 96/2013 recante “Organizzazione e funzioni della rete regionale dei Servizi Trasfusionali”. In particolare entro l’anno 2015:
 - La ASL di Lanciano-Vasto-Chieti dovrà prevedere interventi e azioni adeguate finalizzati all’attivazione “a regime” del Centro Regionale Sangue, istituito con DCA n.04/2013 e dell’Officina Trasfusionale Regionale, istituita con DCA n. 94/2014;
 - 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. 94/2014 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. 94/2014.
- Adeguamento delle infrastrutture di rete al nuovo modello organizzativo (reti informatiche e flussi informativi, trasporto sangue e plasma, tracciabilità, monitoraggio delle temperature, etc.)
- Azioni organizzative finalizzate alla gestione del Risk Management in Medicina trasfusionale;
- Stipula delle convenzioni previste con DCA n. 94/2014 recante “Modalità organizzative della Banca Regionale di Sangue da Cordone Ombelicale (SCO) e della Rete dei Centri di Raccolta;
- Recepimento ed attuazione delle Convenzioni con le Associazioni e Federazioni di donatori volontari del sangue, così come previsto con DCA n. 34/2013, con particolare riferimento alla istituzione ed al funzionamento dei Comitati di partecipazione locale;
- Istituzione e funzionamento dei Comitati Ospedalieri per il Buon Uso del Sangue (COBUS);
- Definizione di linee guida ovvero implementazione delle linee guida adottate a livello regionale per l’utilizzo terapeutico dei farmaci derivati da plasma umano e monitoraggio della loro appropriatezza prescrittiva;

Si propone a tal fine 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.



GIUNTA REGIONALE

E' fondamentale 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 ciascuno delle azioni che si prevede di porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi posti 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 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.



GIUNTA REGIONALE

Servizio DG – 12 “Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane”

In base alle disposizioni legislative ed ai provvedimenti programmatori vigenti, le indicazioni programmatiche in materia di personale, allo stato attuale e con riferimento all'annualità 2015, non possono che rifarsi alle previsioni del Programma Operativo 2013-2015 (Intervento 9, Azioni 1, 2, 3 e 4), tenuto conto dei limiti di spesa complessivi di personale ivi specificati, così come dettagliati e specificati nell'allegato 1 al DCA n. 91/2013, recante gli indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Locali 2014-2016.

Relativamente agli anni 2016 e 2017, invece, non può che farsi riferimento – allo stato attuale – a quanto verrà eventualmente ed ulteriormente previsto al riguardo nell'ambito delle disposizioni legislative nazionali e/o regionali che interverranno nell'ambito delle materie di competenza del Servizio scrivente, ferma restando comunque la necessità di attenersi prudenzialmente, in tema di spesa complessiva del personale, al rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71, 72 e 73 della legge n. 191/2009, la cui applicazione risulta estesa – ad oggi – fino al 2015 in virtù di quanto stabilito all'art. 17, comma 3, del D.L. n. 98/2011 convertito in legge n. 111/2011.

Peraltro si ritiene opportuno precisare che il rispetto dei riferiti obiettivi in tema di contenimento del costo del personale deve sempre esser considerato nell'ambito del più generale ed essenziale obiettivo volto al raggiungimento dell'equilibrio economico aziendale, che permane obiettivo fondamentale ed imprescindibile cui deve tendere la complessiva azione aziendale.

Si ritiene, infine, opportuno precisare che – ai fini di un monitoraggio continuo della spesa del personale – le Aziende USL regionali, nel corso del triennio 2015-2017, devono proseguire nell'attuazione degli adempimenti relativi alla rilevazione trimestrale dei costi del personale, condotta secondo le modalità previste nel paragrafo 2.1.4 del Piano di rientro dal disavanzo sanitario 2007-2009.



GIUNTA REGIONALE

Servizio DG - 13 “Gestione flussi informativi, mobilità sanitaria, procedure informatiche e Emergenza Sanitaria”

Gli indirizzi programmatici per la redazione degli strumenti di programmazione delle ASL validi per in triennio 2015-2017, per quanto di competenza di questo Servizio, non possono che essere aderenti al vigente Programma Operativo approvato con DCA 112/2014 e agli obiettivi assegnati ai Direttori Generali di seguito sintetizzati:

- **“Rete Emergenza Urgenza”**: La Regione Abruzzo intende riorganizzare la rete dell'emergenza – urgenza al fine assicurare risposte al bisogno di prestazioni sanitarie di emergenza sul territorio regionale che siano omogenee, appropriate ed efficaci. A tal fine le ASL dovranno attuare, in base alle indicazioni regionali, le disposizioni contenute nel DCA n. 11/2013 per la messa in funzione delle reti IMA, Stroke e Politrauma, l'avvio della fase di sperimentazione per l'attivazione dell'Unica Centrale Operativa 118, la riorganizzazione dei DEA, PS e PPI secondo il modello Hub end Spoke e la rimodulazione delle postazioni medicalizzate e non medicalizzate. Le ASL dovranno altresì elaborare una reportistica trimestrale degli accessi in Pronto Soccorso che identifichi i casi che sarebbero dovuti essere adeguatamente trattati attraverso la medicina territoriale, una reportistica semestrale degli accessi in OBI e delle attività del Servizio di elisoccorso.
- **“Contenimento delle Liste d'Attesa”**: La Regione intende proseguire e le attività di monitoraggio previste dal Piano Regionale di governo delle liste d'attesa attraverso il miglioramento continuo della qualità e della completezza dei dati provenienti dalle fonti informative aziendali. Le ASL, individuate come principali attori del sistema, dovranno porre in essere iniziative correttive che portino ad una riduzione dei tempi d'attesa. In particolare:
 - Le ASL, anche con riferimento alle finalità dei gruppi di lavoro istituiti in ambito regionale che coinvolgono i referenti Aziendali per materia e per settore, devono attivare il monitoraggio costante e puntuale attraverso la corretta copertura dei campi di rilevazione per i flussi informativi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri.
 - Le Asl sono tenute a porre in essere gli interventi strategici e correttivi per l'abbattimento dei tempi di attesa rendicontandoli trimestralmente all'Amministrazione Regionale;
 - Le Asl devono raggiungere e garantire la completa penetrabilità di tutta l'offerta di specialistica ambulatoriale (pubblica e privata) attraverso i gestionali CUP aziendali, imponendo alle strutture private alla piena esposizione delle relative agende;
 - Le Asl dovranno garantire la gestione elettronica della totalità delle prenotazioni dei ricoveri (pubblico e privato) attraverso la opportuni sistemi informatici e telematici.
 - Le Asl dovranno garantire il rispetto dei tempi massimi delle prestazioni, attuare la corretta e appropriata prescrizione attraverso le classi di priorità e promuovere l'obbligatorietà dell'apposizione del quesito diagnostico su tutte le prescrizioni di specialistica ambulatoriale.
- **“Azioni di miglioramento in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi informativi”**: Le ASL dovranno predisporre gli atti di programmazione in aderenza ai seguenti criteri:
 - Rispetto delle scadenze temporali definite dai calendari regionali e della struttura logico-formale dei tracciati di riferimento come prerequisito essenziale e inappellabile per ogni trasmissione;
 - Integrazione aziendale competenze flussi informativi vs controllo di gestione;
 - Armonizzazione e riconciliazione flussi di rendicontazione economica vs flussi di produzione (specificamente flussi dispositivi medici, consumi ospedalieri dei farmaci, distribuzione diretta dei farmaci)
 - Progressiva riduzione delle anomalie risultanti dal riscontro di qualità NSIS;
 - Governo integrato dei flussi EMUR e SIAD nelle sue competenze gestionali, tecnologiche e operative.



GIUNTA REGIONALE

- **“Tessera Sanitaria”** –La Regione intende pervenire alla completa esecuzione degli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di Tessera Sanitaria e, in particolare, Le Asl dovranno garantire:
 - Piena e completa gestione delle procedure di dematerializzazione della ricetta cartacea, garantendo la efficace organizzazione e attivandosi per l’efficiente esercizio delle attività prescrittive ed erogative;
 - Corretta compilazione dei campi relativi ai flussi ex art. 50 e, specificatamente, quelli oggetto di rilevazione per il monitoraggio ex post dei tempi massimi di attesa: per Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, viene richiesto il rispetto del valore degli indicatori LEA, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale il rispetto dei tempi massimi come da Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa;
 - Utilizzo continuativo e concreto di tutta la reportistica messa a disposizione dalla piattaforma sistema TS e conseguenti azioni correttive per eventuali anomalie rilevate (analisi dichiarato vs Calcolato vs fatturato, ecc.);
 - Gestione degli elenchi messi a disposizione annualmente dalla piattaforma sistema TS per il recupero crediti delle esenzioni da reddito indebitamente attribuite.
- **Sanità elettronica e procedura informatiche:** L’obiettivo attiene alla realizzazione degli adempimenti di competenza aziendale inerenti:
 - L’attivazione del FSE mediante l’integrazione dei legacy aziendali appositamente individuati e del contestuale e progressivo caricamento dei dati delle refertazioni;
 - Adeguamento informatico e telematico dei Gestionali CUP Aziendali per la gestione delle prestazioni di Libera Professione e la completa esposizione delle agende di specialistica pubblica e privata, in aderenza alle iniziative connesse al tema del “Contenimento delle Liste d’Attesa”.
- **Mobilità Sanitaria:** L’obiettivo è quello di migliorare il saldo della mobilità sanitaria, in proporzione del 5% rispetto al saldo dell’annualità precedente dei ricoveri in mobilità passiva.



GIUNTA REGIONALE

Servizio DG - 16 “Programmazione socio-assistenziale, Progettualità del territorio, Medicina sociale e Tutela della salute mentale e dipendenze”

Per gli Uffici “Assistenza Sanitaria Territoriale ed integrazione socio-sanitaria” e “Tutela della Salute Mentale e Dipendenze” del Servizio DG 16, si ritiene di poter richiamare nell'ambito degli indirizzi programmatici regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Asl 2015 – 2017, le rispettive azioni 3.4. “ Assistenza domiciliare” e “Cure palliative” ed interventi previsti da Programma Operativo 2013 – 2015.

Servizio DG - 17 “Attività ispettiva e Controllo Qualità”

Per il servizio DG 17 si conferma l'intervento 13 e l'azione 1,2,3,4 del Programma Operativo 2013/2015, approvato con Decreto Commissariale n. 84/2013 e successive modifiche ed integrazioni.



GIUNTA REGIONALE

Servizio DG - 18 “Assistenza ospedaliera, Specialistica ambulatoriale, riabilitativa, protesica e termale”

Nel triennio 2015-2017 la programmazione delle AUSL dovrà conformarsi ai seguenti indirizzi:

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; in particolare in tema di verifiche (incluse quelle attinenti la regolarità della fatturazione e della documentazione a supporto della stessa) obbligo di aggiornamento in tempo reale dei riepiloghi sullo stato dei controlli e dei pagamenti sotto la responsabilità di un “unico” servizio aziendale referente in materia;
- Rispetto della normativa nazionale e regionale in tema di liste di attesa;
- Rispetto della normativa nazionale e regionale in tema di attività libero professionale intramuraria con particolare riferimento al D.lvo 502/92 ss.mm.ii. e alla L.120/2007 e ss.mm.ii., con speciale attenzione agli obblighi di rendicontazione alla Regione ai fini del monitoraggio dell'andamento dell'attività libero professionale intramuraria;
- 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 flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari della disabilità;
- Attività di vigilanza sul pieno 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 ed in particolare del DM 332 del 27/8/1999 e della L.n.244 del 24-12-2007 (legge finanziaria 2008).

RISULTATO PROGRAMMATO PER ANNO

ANNUALITA' 2015-2016-2017

- 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;
- Individuazione di un unico servizio aziendale referente per ciascuno degli ambiti interessati dalla trasmissione di dati e notizie alla Regione;
- 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 per quanto concerne l'utilizzo della SVAMA e della SVAMDI.

INDICATORI DI RISULTATO PER ANNO

ANNUALITA' 2015-2016-2017

- Incremento dei regimi di assistenza alternativi al ricovero;
- Riduzione della inappropriatezza dei DRG;
- Individuazione delle prestazioni sanitarie per la definizione dei volumi di attività in sede di contrattazione con gli erogatori privati;
- Trasmissione periodica trimestrale dei riepiloghi aggiornati dello stato di effettuazione dei controlli e delle eventuali decurtazioni applicate agli erogatori privati accreditati, nonché di ogni altro dato o notizia



GIUNTA REGIONALE

richiesti dalla Regione con riferimento allo svolgimento e all'attuazione dei rapporti contrattuali, sotto la responsabilità di un "unico" servizio aziendale referente in materia;

- Contenimento dei tempi di attesa;
- Verifica dell'andamento dell'attività libero professionale intramuraria;
- Trasmissione tempestiva alla Regione di ogni dato o notizia richiesta con riferimento al monitoraggio delle prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari della disabilità e dei percorsi di cura seguiti da ciascun utente, anche con riferimento a quanto espressamente previsto nel Decreto del Commissario ad Acta n. 107/2013 del 20/12/2013 sul monitoraggio costante delle autorizzazioni UVM con verifica a cura dei PUA distrettuali dei casi di pazienti di cui non risulti pervenuta alcuna comunicazione di presa in carico entro 30 giorni dalla data della stessa autorizzazione;
- 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 ed in particolare del DM 332 del 27/8/1999 e della L.n.244 del 24-12-2007 (legge finanziaria 2008).



GIUNTA REGIONALE

Servizio DG - 19 "Programmazione sanitaria"

Per gli indirizzi programmatici da assegnare alle Aziende USL, per il triennio 2015-2017, si confermano quelli contenuti nell'Intervento 1 – Rete ospedaliera del Programma Operativo 2013-2015, approvato con DCA 84/2013, modificato con il DCA 112 del 30 dicembre 2013 ed integrato con il DCA 34 del 21 marzo 2014.

In particolare, il citato intervento, programma la riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata in applicazione degli standard stabiliti dall'emanando Regolamento che, in attuazione del nuovo Patto per la Salute, la Regione Abruzzo recepirà con apposito atto.

In tal senso le Aziende UUSLL dovranno prevedere, nei rispettivi piani programmatici, l'adeguamento dei presidi ospedalieri di pertinenza secondo le modalità, i tempi e le procedure che saranno stabiliti dalla Regione Abruzzo. Parimenti, le Aziende dovranno impegnarsi ad aggiornare i rispettivi atti aziendali sulla base delle ulteriori ed eventuali direttive regionali nel rispetto della tempistica ivi indicata.



GIUNTA REGIONALE

Servizio DG - 20 "Prevenzione collettiva"

Intervento 10: Pianificazione della prevenzione collettiva

Azione 1: Attuazione del Piano regionale della Prevenzione

Descrizione

E' all'esame del Ministero della Salute bozza di Intesa Stato-Regioni, ai sensi della L.131/2003, art.8, concernente l'approvazione del Nuovo Piano Nazionale di Prevenzione. In attuazione di detta Intesa la Regione dovrà emanare proprio atto di programmazione concernente il Nuovo Piano regionale di prevenzione che, coerentemente alle indicazioni nazionali, programmerà specifiche 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

A seguito di emanazione della Intesa Stato-Regioni concernente l'approvazione del Nuovo Piano Nazionale di Prevenzione, la stessa sarà recepita con atto di programmazione regionale con l'indicazione della realizzazione, per gli anni 2015, 2016 e 2017, degli obiettivi da realizzare nell'ambito di ciascuna macroarea.

Indicatori di risultato

Gli indicatori di risultato saranno fissati nel Nuovo Piano Regionale di Prevenzione. Le attività ivi contemplate dovranno realizzarsi al 100%.

Per i sottoelencati progetti, oltre agli indicatori che saranno previsti nel Nuovo Piano regionale di Prevenzione, si aggiungono ulteriori indicatori così come di seguito specificati:

Progetto IGEA Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete"

Risultato: realizzazione gestione integrata

Indicatore di risultato: % di gestione integrata realizzata

n. pazienti gestiti in modo integrato

n. pazienti presi in carico dalle Asl (Centri di diabetologia) (x 100)

Gli obiettivi fissati per ciascuna annualità sono:

Anno 2015: 60%

Anno 2016: 80%

Anno 2017: 100%

Progetto "Gioca la carta del cuore: aumentare la conoscenza del rischio cardiovascolare estendendo l'utilizzo della carta del rischio"

Risultato: utilizzo carta del rischio



GIUNTA REGIONALE

Indicatore di risultato: % di carte del rischio compilate

n. popolazione in età target (35-69 anni) alla quale è stata compilata la carta (x 100)

n. popolazione in età target (35-69 anni) residente sul territorio

Gli obiettivi fissati per ciascuna annualità sono:

Anno 2015: 60%

Anno 2016: 80%

Anno 2017: 100%

Progetto “Ridurre il rischio cardiovascolare attraverso la definizione e standardizzazione di percorsi integrati per l’ipertensione arteriosa”

Risultato: misurazione pressione arteriosa

Indicatore di risultato: % inviti alla misurazione effettuati

n. popolazione in età target invitata

n. popolazione in età target alla quale è stata effettuata la misurazione pressoria (x 100)

Gli obiettivi fissati per ciascuna annualità sono:

Anno 2015: 60%

Anno 2016: 80%

Anno 2017: 100%

Per quanto concerne la programmazione di azioni di prevenzione che vedranno il coinvolgimento delle scuole, la valutazione avverrà in base alla realizzazione di tutta l’attività prevista nelle azioni programmate in tutte le scuole aderenti (100%).

Risultato: realizzazione completa attività progettuale

Indicatore: n. scuole in cui è stata eseguita l’attività

n. scuole aderenti

X 100 (l’attività deve essere espletata al 100%)

In assenza di indicazioni nazionali concernenti la riprogrammazione del Nuovo Piano Nazionale di Prevenzione per il 2015 le Asl dovranno perseguire il mantenimento e consolidamento degli obiettivi già fissati.

Piano regionale di prevenzione di cui alla DGR 1012/2010 e successiva proroga al 2014 di cui al decreto Comm. 13/2014 che dovranno essere realizzati dalle Asl, ciascuna per quanto di competenza, nella misura percentuale del 100%.

Azione 2: Malattie Infettive

Descrizione

Innalzare le coperture di vaccinazione antinfluenzale stagionale raggiungendo, come da indicazioni ministeriali, almeno il 75% di percentuale di vaccinazione delle categorie target da vaccinare.

Raggiungimento delle percentuali di copertura di tutte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate (difterite, tetano, polio, epatite b, pertosse, meningi, pneumo, rosolia, varicella, HPV) previste nel Nuovo Piano nazionale delle vaccinazioni 2012-2014 così come anche recepito con Deliberazione di Giunta regionale n. 376 del 18 giugno 2012 e scheda allegata alla successiva Deliberazione di rettifica n. 471 del 23 luglio 2012.

E’ all’esame del Ministero della Salute bozza di documento concernente il Nuovo Piano nazionale vaccini 2015-2017. In attuazione di detto Piano la Regione dovrà, coerentemente alle indicazioni nazionali, approvare il proprio Piano regionale vaccini 2015-2017. In assenza della programmazione nazionale per il 2015 le Asl dovranno perseguire il mantenimento e consolidamento delle percentuali di vaccinazione come già previste nel vigente Piano regionale vaccini per l’annualità 2014.



GIUNTA REGIONALE

Risultato programmato nel triennio

Raggiungimento, in ogni anno del triennio 2015-2017, almeno del 75% della copertura vaccinale antinfluenzale.

Per tutte le altre vaccinazioni obbligatorie e raccomandate (difterite, tetano, polio, epatite b, pertosse, meningi, pneumo, rosolia, varicella, HPV) raggiungimento delle percentuali di copertura vaccinale così come previste nel Piano nazionale vaccini e nel Piano regionale vaccini adottato con deliberazione n. 376 del 18 giugno 2012 e scheda allegata alla successiva Deliberazione di rettifica n.471 del 23 luglio 2012.

Indicatori di risultato

Percentuale di copertura raggiunta per ogni vaccinazione (vaccinazioni effettuate/popolazione target da vaccinare) così come previsto negli obiettivi ed indicatori del Piano nazionale vaccini, come recepito con deliberazione di Giunta regionale n. 376 del 18 giugno e nella scheda previsione coperture vaccinali di cui alla DGR n. 471 del 23 luglio 2012.

Azione 3: Sistemi di sorveglianza

Descrizione

Controllo delle malattie infettive attraverso:

- il consolidamento e lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza più sensibili e tempestivi che devono essere coordinati dalle ASL a livello regionale in armonia con i sistemi nazionali/europei e internazionali, in base alle indicazioni fornite dall'Assessorato;
- l'implementazione del sistema di sorveglianza dell'influenza denominato "Influnet";
- consolidamento del sistema di sorveglianza HIV e del sistema di sorveglianza delle paralisi flaccide acute di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 345 del 23 maggio 2011 con oggetto "Decreto Ministero della salute del 31.3.2008. Attivazione nella Regione Abruzzo sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV e implementazione sistema di sorveglianza paralisi flaccida acuta".

Risultato programmato nel triennio

2015-2017: consolidamento del sistema di sorveglianza HIV, consolidamento del sistema di sorveglianza delle paralisi flaccide acute e implementazione del sistema di sorveglianza dell'influenza "Influnet," rispetto alle indicazioni regionali e ministeriali in ordine allo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e rispetto alle linee guida regionali concernenti il sistema di sorveglianza delle malattie infettive, approvato con DGR 810 del 3 dicembre 2012.

Indicatori di risultato

Per ogni anno la percentuale di interventi e azioni realizzati rispetto a quelli previsti nella programmazione regionale deve essere pari al 100%.

Per ogni anno la percentuale delle notifiche effettuate rispetto agli eventi sorvegliati deve essere pari al 100%.

Azione 4: Prevenzione e diagnosi precoce malattie oncologiche

Descrizione

La patologia tumorale è frequente e qualitativamente importante per la popolazione, gli interventi di diagnosi precoce costituiscono una priorità.

Il Piano nazionale di prevenzione fissa tra gli obiettivi anche quello del potenziamento o miglioramento dei programmi di screening organizzati per cancro cervice, cancro mammario, cancro colon retto.

Con deliberazione di Giunta regionale n. 346 del 23 maggio 2011 sono state ridefinite le modalità organizzative degli screening regionali mammografico, della cervice uterina e del colon retto demandando a ciascuna Azienda la gestione, la organizzazione e la erogazione degli screening oncologici regionali.



GIUNTA REGIONALE

Risultato programmato per il triennio

Innalzare le coperture di screening oncologici nei programmi organizzati per cervice uterina, mammella e colon retto, così come previsti ai fini LEA; precisamente la percentuale di persone che ha effettuato il test di screening deve essere in ogni anno del triennio 2015-2017, almeno pari o superiore al 65% del target previsto nei programmi organizzati.

Indicatori di risultato

Percentuale di persone che ha effettuato test di screening/popolazione target calcolata secondo gli indicatori LEA (Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella, per cervice uterina e per tumore colon retto/popolazione in età target secondo dati ISTAT divisa per la periodicità del round di screening (2 o 3 anni).

Azione 5: Sorveglianza sanitaria su comportamenti e stili di vita della popolazione

Descrizione

La programmazione degli interventi in materia sanitaria richiede una valutazione preliminare di efficacia. Nell'ambito della definizione delle priorità occorre quindi poter disporre di dati epidemiologici di sorveglianza, oltre che delle patologie, anche dei comportamenti, stili di vita, utilizzo delle misure di prevenzione. In tal senso anche tra gli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione vi è quello di realizzare la sorveglianza di patologie, determinati e rischi per la salute favorendo l'implementazione di sistemi di sorveglianza su comportamenti e stili di vita (PASSI, PASSI D'Argento, OKKIO alla salute, HBSC).

L'obiettivo strategico è quello di 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.

Risultato programmato per il triennio

Realizzazione di tutte le interviste e attività correlate previste nella programmazione nazionale e regionale.

Indicatori di risultato

Per ogni anno la percentuale di interviste realizzate rispetto alle interviste da realizzare deve essere pari al 100%.

Per ogni anno la percentuale di azioni correlate realizzate rispetto alle azioni da realizzare deve essere pari al 100%.

Azione 6: Promozione di un sistema integrato di sicurezza e di miglioramento della qualità della vita lavorativa

Descrizione

In considerazione delle caratteristiche del mondo del lavoro nella Regione Abruzzo e delle prospettive di sviluppo di alcuni ambiti lavorativi, fra i quali il settore dell'edilizia che sarà fortemente interessato anche nel triennio 2015 – 2017 alla ricostruzione post-terremoto, le AUSL devono sviluppare programmi nell'ottica del miglioramento delle attività 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) e del PNP e PRP.

Risultato programmato nel triennio

- Riduzione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori mantenendo il trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica del 15% nel prossimo triennio;
- Miglioramento dell'efficacia degli interventi sul territorio definendo e realizzando piani di prevenzione e interventi di vigilanza, in coerenza con quanto definito a livello nazionale con il PNP e a livello regionale con il PRP.



GIUNTA REGIONALE

- Omogeneizzazione degli interventi di prevenzione (informazione, formazione, assistenza, vigilanza) sia come copertura quantitativa del territorio regionale, sia come metodologia di intervento.
- Mantenimento o innalzamento ogni anno delle percentuali dei controlli effettuati sulle aziende attive del territorio (percentuale almeno pari al 5%). La percentuale dei controlli comunque non può essere inferiore al 5% e se nell'anno precedente si è realizzata una percentuale di controlli maggiore, si dovrà garantire il mantenimento della percentuale superiore al 5%;
- In ordine alla realizzazione del progetto "coltiviamo la sicurezza" approvato nel piano regionale di prevenzione è prevista la costituzione in ogni AUSL di un'anagrafe aggiornata delle aziende operanti nel settore agricolo.

Indicatori di risultato

- Percentuale di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti che deve essere pari al 15% nel triennio;
- Realizzazione piani di prevenzione e interventi di vigilanza coerenti con la D.G.R. n. 1012 del 20/12/2010 che ha approvato il piano regionale di Prevenzione Sanitaria e con il nuovo piano regionale di prevenzione;
- Percentuali dei controlli effettuati in ogni anno del triennio 2015-2017: raggiungimento di una copertura almeno pari al 5% delle imprese attive sul territorio nel rispetto delle indicazioni del Patto per tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (D.P.C.M. 1 agosto 2007, P.N.P., P.R.P.);
- Potenziamento delle risorse strumentali e delle risorse umane dei Servizi TSAL;
- Costituzione in ogni AUSL di un'anagrafe aggiornata delle aziende operanti nel settore agricolo;
- Percentuali di aziende agricole con dipendenti controllate che deve essere pari al 5% in ogni anno del triennio.

Azione 7: Registrazione, valutazione, autorizzazione e restrizione delle sostanze chimiche (REACH) – D.G.R. n. 242/2010, D.G.R. n. 476/2010 in base al Regolamento CE n. 1907/2006

Descrizione

L'obiettivo strategico consiste nell'attivazione di controlli ufficiali e di tutte le modalità operative ed organizzative connesse alle finalità richieste dal piano nazionale di vigilanza e dal piano regionale dei controlli.

Risultato programmato nel triennio

Realizzazione per ciascun anno di tutti gli interventi, azioni, controlli previsti dal piano nazionale dei controlli e dal piano regionale dei controlli.

Indicatori di risultato

La percentuale di interventi e azioni realizzate rispetto a quelli previsti deve essere uguale al 100%.

Azione 8: Sanità Penitenziaria

Descrizione

Completa attuazione del D.P.C.M. del 1° Aprile 2008 riguardante il trasferimento delle funzioni inerenti l'attività di medicina penitenziaria attraverso la presa in carico dei bisogni sanitari della popolazione detenuta della Regione Abruzzo.

Risultato programmato nel triennio

- Realizzazione per ciascun anno di tutti gli interventi e azioni previste dalla normativa nazionale e dagli atti di indirizzo regionali;
- Nell'anno 2015 devono essere presi in carico tutti i soggetti internati negli OPG. A carico della ASL di Lanciano – Vasto – Chieti deve essere realizzata la REMS provvisoria entro il 31/03/2015;



GIUNTA REGIONALE

- A carico della ASL di Lanciano – Vasto – Chieti deve essere realizzata una struttura di 20 posti letto destinata ad accogliere i residenti in Abruzzo a cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario nel rispetto del cronoprogramma;
- Le ASL devono riorganizzare, riqualificare ed implementare l'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, negli istituti penali per minori, nelle CT e nei CPA entro il 30/06/2015;
- Le ASL devono emettere gli atti di programmazione di adeguamento agli indirizzi dell'Osservatorio Sanità Penitenziaria.

Indicatori di risultato

Per ciascun anno tutti gli interventi e azioni previste dalla normativa nazionale e dagli atti di indirizzo regionali devono essere realizzati al 100%.



GIUNTA REGIONALE

Servizio DG - 21 "Sanità Veterinaria e Sicurezza alimentare"

Piani strategici AASSLL 2015_2017

Descrizione

Gli indirizzi regionali per la programmazione triennale delle AASSLL della Regione Abruzzo, riferiti alla medicina veterinaria, alla sicurezza alimentare ed alla prevenzione ambientale sono riportati 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 2015-2017.

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 2015 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 2015-2017 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 2015-2017

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.



GIUNTA REGIONALE

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;
- 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.



GIUNTA REGIONALE

Indicatori di risultato (Valutazione)

Gli indicatori sotto elencati saranno valutati per gli anni 2015, 2016 e 2017.

ABRUZZO

Rilevazioni	peso	Copertura			Qualità			NOTE
		Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	Criterio	Non sufficiente 0	Sufficiente 2	
Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC, LEB (Dec. 2008/940/CE)	8	validazione corretta e completa sul sistema SANAN, entro la data prevista, degli allegati alla nota n. DGSA.2897 del 25 febbraio 2008 e s.m.i. riguardanti TBC, BRC, LEB	<i>non validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>validati entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	invio della valutazione tecnica entro la data prevista (<u>ALLEGATO 1</u> e <u>ALLEGATO 2</u> della Circolare n°1 del 12/03/2003 e s.m.i.)	<i>non inviato entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>inviato entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.L.vo 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 1831/2005	6	Invio corretto e completo dei dati completi di attività secondo gli Allegati del PNAA entro i tempi previsti	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	<i>invio entro i tempi previsti</i>	volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA	<i>< 90% dei programmi di campionamento con almeno il 90% dei campioni svolti per ciascun programma</i>	<i>≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 90% dei campioni svolti per ciascun programma</i>	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale - Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.Lvo 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 1831/2005	4	Invio corretto e completo del Piano regionale Alimentazione Animale all'ufficio competente della DGSA entro i tempi previsti dal PNAA	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	<i>invio entro i tempi previsti</i>	invio contestuale della relazione annuale sull'attività ispettiva effettuata	<i>invio oltre i tempi previsti</i>	<i>invio entro i tempi previsti</i>	
D. M. 29 novembre 2007 - Piano di sorveglianza nazionale per la encefalomyelite di tipo West Nile (West Nile Disease) e Ordinanza Ministeriale 5 novembre 2008	6	Rispetto della tempistica prevista nel Piano di sorveglianza per la West Nile	<i>ultima relazione trimestrale e relativa all'anno di certificazione: inviata entro 90 giorni</i>	<i>ultima relazione trimestrale relativa all'anno di certificazione: inviata entro 90 giorni</i>	Rispetto del volume di attività previsto dal Piano di sorveglianza per la West Nile	<i>< 90% dell'attività prevista dal piano</i>	<i>≥ 90% dell'attività prevista dal piano</i>	
Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto"	6	Rispetto della tempistica (31 marzo)	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	conformità dei dati forniti secondo le indicazioni previste dalla nota n. DGVA/X/6057 del 13/02/2006	<i>non coerenti</i>	<i>coerenti</i>	



GIUNTA REGIONALE

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)	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	attuazione di almeno il 70% dei controlli previsti dal PNBA o del relativo Piano Regionale vigente nell'anno di riferimento, sulla base delle condizioni previste nel capitolo "criteri di selezione" a pag. 4 del PNBA	<i>< 70% dei controlli previsti</i>	<i>≥ 70% dei controlli previsti</i>	
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, lett. b) e c)	8	attivazione della banca dati regionale informatica e informatizzata (art. 4 comma 1 lett. b)	<i>non attivata o non garantisce la connessione con l'anagrafe canina del Ministero salute</i>	<i>attivata e garantisce la connessione con l'anagrafe canina del Ministero salute</i>	aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art. 4 comma 1 lett. c; art. 4 comma 2)	<i>aggiornamenti consecutivi con intervallo superiore a 60 giorni</i>	<i>tutti gli aggiornamenti consecutivi hanno un intervallo inferiore o uguale a 60 giorni</i>	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
Farmacovigilanza: Attività di ispezione e verifica-Trasmissione al Ministero della Salute della relazione delle attività di cui al comma 3 dell'art.88 del D.Lgvo 6 aprile 2006, n.193.	8	Rispetto della tempistica (31 marzo)	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3 e art. 71 comma 3 del D.Lgvo 6 aprile 2006, n. 193	<i>Attività comprendenti e meno del 98% degli operatori controllabili</i>	<i>Attività comprendenti e almeno il 98% degli operatori controllabili</i>	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 disposizioni vigenti	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	Rispetto del volume di attività previsto dai piani nazionali per la ricerca di Salmonelle nei riproduttori, nelle ovaiole e nei broiler Gallus gallus	<i>< 90% dell'attività prevista da ciascun Piano</i>	<i>> 90% dell'attività prevista da ciascun Piano</i>	
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	<i>non inviato entro la data prevista</i>	<i>inviato entro la data prevista</i>	% dei bovini morti testati per BSE di età superiore ai 48 mesi rispetto al numero di bovini morti di età superiore ai 48 mesi registrati in BDN	<i>< 75% di bovini morti testati per BSE</i>	<i>≥ 75% di bovini morti testati per BSE</i>	



GIUNTA REGIONALE

Decisione della Commissione 2002/677/CE del 22/08/2002, che stabilisce requisiti uniformi per la notifica dei programmi di eradicazione e di controllo delle malattie animali cofinanziati dalla Comunità e che abroga la decisione 2000/322/CE	4	invio corretto e completo entro la data prevista dalla norma, degli allegati alla nota n. DGSA.2897 del 25 febbraio 2008 e s.m.i. di richiesta annuale dei dati riguardanti le TSE (scrapie)	<i>non inviato entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	<i>inviato entro la data prevista dalla normativa in vigore per l'anno di riferimento</i>	corrispondenza tra il n. focolai rendicontati per il cofinanziamento CE ed il numero di focolai effettivi	<i>non corrispondente o inviati oltre la data utile per l'invio in Commissione Europea</i>	<i>corrisponde</i>	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	<i>< 5% dei capi controllati</i>	<i>≥ 5% dei capi controllati</i>	criterio di rischio adottato per la scelta degli allevamenti da sottoporre ai controlli	<i>>85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma (100%)</i>	<i>≤85% dei controlli in allevamento è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>	
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	<i>< 5%</i>	<i>almeno il 5%</i>	criterio di rischio adottato per la scelta delle aziende da sottoporre ai controlli	<i>>85% dei controlli in azienda è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma (90,61%)</i>	<i>≤85% dei controlli in azienda è effettuato utilizzando solo 1 dei criteri di rischio previsti dalla norma</i>	
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	<i>assenza del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2009, o mancata comunicazione</i>	<i>Presenza e comunicazione del Piano Regionale per la ricerca degli OGM vigente nell'anno 2009</i>	rispetto del numero minimo di campioni fissato dall'allegato 4 del Piano OGM 2009-2011	<i>< del 90% dei campioni minimi previsti dall'allegato 4 del Piano OGM 2009-2011</i>	<i>> del 90% dei campioni minimi previsti dall'allegato 4 del Piano OGM 2009-2011</i>	
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. DGSA.3/6238/p del 31 maggio 2007, debitamente compilato	<i>non inviato entro la data prevista, e/o non debitamente compilato</i>	<i>inviato, debitamente compilato, entro la data prevista</i>	rapporto percentuale del numero di audit sul numero di stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte	<i>numero di audit inferiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte (17,10%)</i>	<i>numero di audit uguale o superiore al 30 % del totale degli stabilimenti del settore del latte e prodotti a base di latte</i>	
RASSF - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	8	Comunicazione del cellulare di servizio della Regione in relazione a notifiche del RASFF in orari e giorni extra lavorativi	<i>Mancanza di comunicazione del cellulare</i>	<i>Comunicazione del cellulare</i>	tempi di risposta alle comunicazioni di allerta (risposte ricevute entro le 5 settimane, risposte ricevute ma oltre le 5 settimane, nessuna risposta ricevuta)	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, minore o uguale a 1.</i>	<i>Punteggio medio, che tiene conto dell'efficacia della risposta, maggiore di 1</i>	



GIUNTA REGIONALE

DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	8	arrivo corretto e completo dei dati entro 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento	<i>mancato arrivo dei dati entro il termine salvo deroga o in formato diverso da quello elettronico o previsto</i>	<i>arrivo dei dati entro il termine</i>	rispetto dei criteri di campionamento fissati nella tabella allegata al DM 23/12/1992	<i>numero dei campioni non raggiunge almeno l'80% di quelli attesi</i>	<i>numero dei campioni raggiunge almeno l'80% di quelli attesi</i>	VINCOLANTE : sufficiente se punteggio medio è uguale 2
TOTALE	100							

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



GIUNTA REGIONALE

Servizio DG - 22 “Programmazione economico-finanziaria e Controllo di gestione delle aziende sanitarie”

Acquisto Beni e Servizi

Per quanto concerne l'acquisto di beni e servizi si richiama quanto contenuto nel Programma Operativo 2013-2015 alla voce : *"Intervento 5 : Beni e Servizi. Azione 1: Razionalizzazione della spesa per beni e servizi"*.

Relativamente all'Intervento 5: Beni e Servizi. Azione 2: Gare centralizzate, si riporta quanto di seguito alla luce delle modifiche normative nel frattempo intervenute.

Intervento 5: Beni e Servizi. Azione 2: Gare centralizzate

Obiettivo Operativo

La Regione al fine di aumentare il livello di centralizzazione degli acquisti, intende:

- Completare il vigente modello regionale per gli acquisti, fatte salve le modifiche che la Regione dovrà apportare in applicazione della disciplina contenuta nel D.L.24-4-2014, n.66, convertito in Legge 23-6-2014, n. 89, che prevede la realizzazione delle centrali di acquisto regionali;
- Individuare le categorie merceologiche per le quali attivare meccanismi di acquisto centralizzato,
- Monitorare il rispetto dei tempi e della qualità dei flussi informativi richiesti ai fini del monitoraggio delle procedure, contratti e convenzioni per l'acquisto dei beni e servizi da parte delle Aziende;
- Monitorare che l'acquisto diretto da parte delle singole Aziende costituisca una modalità di approvvigionamento di carattere residuale.

Indicatori di processo

Approvazione delle linee guida disciplinanti il modello regionale per la centralizzazione degli acquisti.

Monitoraggio degli acquisti effettuati dalle Aziende attraverso CONSIP e MEPA attraverso l'acquisizione dei dati direttamente trasmessi da CONSIP

Indicatori di risultato

- Aumento dello svolgimento di gare centralizzate;
- Ampliamento delle categorie merceologiche per cui vengono svolte gare centralizzate;
- Rilevazione degli acquisti effettuati attraverso CONSIP e il MEPA;
- Valutazione dei risparmi conseguiti.



GIUNTA REGIONALE

Mobilità Intra ed Extra attiva e passiva

I dati da iscrivere sui conti economici previsionali 2015-2016-2017 sono quelli risultanti dalla seguente Tabella:

MOBILITA' EXTRAREGIONALE (Mobilità 2012 - nota n. RA/107697/DG13 del 16/4/2014)	AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	LANCIANO VASTO CHIETI	PESCARA	TERAMO	TOTALE
Passiva	41.568.089	47.977.995	27.511.510	53.324.914	170.382.508
Attiva	45.284.659	22.693.897	25.834.422	8.300.670	102.113.648
Saldo Acconto 2012	3.716.569	-25.284.098	-1.677.087	-45.024.244	-68.268.860
Conguaglio	-230.590	-297.619	386.348	-706.067	-847.928
Totale Mobilità Extra	3.485.979	-25.581.718	-1.290.739	-45.730.310	-69.116.788
MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE (Mobilità 2012 - nota n. RA/189236/DG13 del 24/07/2013 + Tabella H al 31/12/2013)	AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	LANCIANO VASTO CHIETI	PESCARA	TERAMO	TOTALE
Passiva	25.035.158	51.571.326	54.148.451	33.395.838	164.150.773
Attiva	15.812.617	54.947.140	77.185.741	16.205.275	164.150.773
Saldo Mobilità Intra	-9.222.540	3.375.814	23.037.289	-17.190.563	0
Saldo Mobilità Extra+Intra	-5.736.561	-22.205.904	21.746.550	-62.920.873	-69.116.788

