



REGIONE ABRUZZO

Servizio Programmazione Finanziaria - Dipartimento Sanità

Allegato 1)

INDIRIZZI PER LA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 2024-2026 DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

Sommario

1	Premessa	3
2	Riferimenti normativi	3
3	Gli indirizzi per il triennio 2024-2026	5
3.1	Gli obiettivi finanziari	5
3.2	Indirizzi per Attività ispettiva, Appropriately Prestazioni SSR – Rischio clinico	13
3.3	Indirizzi per la programmazione della spesa per investimenti	16
3.4	Indirizzi per la programmazione della spesa farmaceutica	18
3.5	Indirizzi per la programmazione delle attività trasfusionali	22
3.6	Programmazione della spesa/costo del personale	26
3.7	Programmazione della formazione del personale	29
3.8	Programmazione della spesa/costo relativo a prevenzione sanitaria e medicina territoriale	32
3.9	Programmazione della spesa/costo relativo a veterinaria e sicurezza degli alimenti	36
3.10	Indirizzi riguardanti Accredimento e Accordi Contrattuali	40
3.11	Indirizzi riguardanti la sanità digitale	42
3.12	Indirizzi riguardanti la programmazione socio sanitaria - Programmazione Territoriale e Integrazione Socio-Sanitaria	45
3.13	Indirizzi riguardanti la programmazione socio sanitaria – Programmazione Ospedaliera	50
3.14	Indirizzi riguardanti la programmazione socio sanitaria – Medicina Convenzionata	51
4	Indirizzi dell’Agenzia Sanitaria Regionale	53

1 Premessa

Il presente documento si inquadra all'interno di un percorso previsto dalla normativa vigente al fine di definire, nel rispetto di una linea strategica comune, gli indirizzi che le Aziende dovranno seguire nel corso dell'esercizio 2024 e dei due successivi esercizi.

Ne consegue che, in caso di modifiche sostanziali, i presenti indirizzi saranno oggetto di rettifica attraverso apposita nuova deliberazione della Giunta Regionale.

Si raccomanda la predisposizione degli strumenti di programmazione 2024-2026 nel rispetto del budget e delle indicazioni di seguito riportate, prevedendo tutti gli interventi e le azioni necessarie per assicurare l'adeguato funzionamento delle strutture e l'erogazione dei LEA.

2 Riferimenti normativi

Il presente documento si inserisce all'interno di un perimetro normativo nazionale e regionale costituito dalle disposizioni di legge di seguito riportate.

- **articolo 25 del D.Lgs. n. 118/2011** e ss.mm.ii. *“Bilancio preventivo economico annuale”* che stabilisce:
 - “1. Gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste, e lettera c) predispongono un bilancio preventivo economico annuale, in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della regione.
 2. Il bilancio preventivo economico annuale include un conto economico preventivo e un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti dall'articolo 26. Al conto economico preventivo è allegato il conto economico dettagliato, secondo lo schema CE di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni.
 3. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato da una nota illustrativa, dal piano degli investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale per gli enti di cui alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 19 e dal responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione per gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste. La nota illustrativa esplicita i criteri impiegati nell'elaborazione del bilancio preventivo economico annuale; la relazione del direttore generale o del responsabile della gestione sanitaria accentrata evidenzia i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendali e regionali; il piano degli investimenti definisce gli investimenti da effettuare nel triennio e le relative modalità di finanziamento. Il bilancio preventivo economico annuale degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) e lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste, deve essere corredato dalla relazione del collegio sindacale”;
- **articolo 32 del D.Lgs. n. 118/2011** e successive modifiche ed integrazioni *“Bilancio consolidato del Servizio Sanitario Regionale”* che, al comma 5 recita: *“La Giunta Regionale approva i bilanci preventivi economici annuali degli enti di cui alle lettere b), punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19 e il bilancio preventivo economico annuale consolidato di cui al comma 4 entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello a cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione”;*
- **L.R n. 146/1996** e ss.mm.ii., recante: *“Norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, in attuazione del D.Lgs. n. 502/1992”* e ss.mm.ii., ed in particolare:
 - art. 4 comma 4 *“Le Aziende sanitarie informano la loro attività a criteri di efficacia, efficienza, economicità, sono tenute a perseguire il pareggio di bilancio nel rispetto degli indirizzi regionali, salvaguardando il patrimonio aziendale nel lungo periodo attraverso l'equilibrio tra i costi, i ricavi e i proventi della gestione, ivi compresi i trasferimenti”;*
 - art. 5 *“le Aziende sono tenute a fornire alla Regione tutte le informazioni occorrenti alla programmazione sanitaria nazionale e regionale e al coordinamento dei servizi sanitari sul*

territorio. A questo proposito la Giunta Regionale può emanare linee guida, al fine di garantire l'omogeneizzazione dei flussi informativi e la comparazione dei dati su base regionale e nazionale”;

- art. 7- *“Il Piano strategico è adottato dal direttore generale in conformità agli indirizzi programmatici emanati dalla Regione e costituisce punto di riferimento per l'elaborazione del bilancio pluriennale di previsione e del bilancio economico preventivo annuale. Esso definisce le linee strategiche di sviluppo, gli obiettivi e gli indirizzi generali per la gestione delle Aziende ed è articolato in programmi e in progetti. Il Piano strategico deve evidenziare in particolare: a) i programmi di attività con specifico riferimento a quelle aggiuntive rispetto ai livelli uniformi di assistenza da assicurare; b) eventuali programmi di ridimensionamento e ristrutturazione dei servizi; c) il programma pluriennale degli investimenti finalizzati ai nuovi servizi da attivare e al potenziamento dei servizi già operanti; d) le politiche di sviluppo delle risorse umane e delle correlate professionalità; e) le fonti finanziarie ed economiche necessarie alla realizzazione degli obiettivi del Piano. Il Piano strategico ha, di norma, durata triennale ed è aggiornato annualmente entro il 30 settembre, in relazione anche alla verifica dello stato di attuazione dei programmi”*
- art. 20 bis della L.R. 146/1996 e s.m.i. che stabilisce: *“Entro il 30 settembre dell'anno precedente a quello di riferimento il Direttore Generale trasmette il Piano strategico triennale, ovvero il suo aggiornamento annuale, il bilancio pluriennale di previsione e il piano programmatico di esercizio corredato del parere del Collegio Sindacale in ordine al bilancio economico preventivo annuale alla Direzione competente della Giunta Regionale per l'approvazione ed al Comitato Ristretto dei Sindaci il quale, entro il termine perentorio di 40 giorni dalla data di trasmissione, può rimettere le proprie osservazioni alla Direzione competente della Giunta Regionale”;*

3 Gli indirizzi per il triennio 2024-2026

3.1 Gli obiettivi finanziari

SCHEDA DEL SERVIZIO DPF012- Programmazione Economico Finanziaria

INDIRIZZI GENERALI	<p>Obiettivo generale che l'intero SSR si propone di raggiungere è quello di un equilibrio strutturale di sistema attraverso un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse finalizzate ad assicurare la massimizzazione dei LEA.</p> <p>Nell'ambito di detto percorso un ruolo primario assume la razionalizzazione di tutta la spesa, a partire da quella non sanitaria che le Aziende sostengono oltre che una riduzione della mobilità passiva.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> - D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. - L.R. n. 146/1996 e ss.mm.ii. - D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii. - D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. - DPCM 22/09/2014 e ss.mm.ii.
ADEMPIMENTI LEA DI RIFERIMENTO	<p>Adempimento LEA B) ACQUISTO DI BENI E SERVIZI</p> <p>Attuazione delle misure di razionalizzazione e governo della spesa previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali in materia di acquisto di beni e servizi ed invio completo delle informazioni dei contratti secondo le indicazioni e nel rispetto delle scadenze per la trasmissione dei dati alla Banca Dati Nazionale dei contratti pubblici.</p> <p>Adempimento LEA C.1) OBBLIGHI INFORMATIVI ECONOMICI</p> <p>Adempiere agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio al Sistema Informativo Sanitario dei modelli CE, SP, CP e LA (D.M. 16 febbraio 2001, D.M. 28 maggio 2001, D.M. 29 aprile 2003, D.M. 18 giugno 2004 Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005; D.M. 13 novembre 2007 e D.M. 15 giugno 2012; D.M. 24 maggio 2019)</p> <p>Per i flussi di natura economica, la copertura è misurata attraverso la percentuale di modelli trasmessi rispetto al numero degli attesi che deve essere uguale al 100%.</p> <p>La qualità è misurata in termini di coerenza tra modelli. Verranno eseguite cinque serie di verifiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. coerenza CE-LA: effettuata confrontando singole voci o aggregati di queste su tutti i modelli del consuntivo. Tra le voci prese in esame verrà valutata anche la mobilità attiva e passiva interregionale. La certificazione verrà riconosciuta se la coerenza è pari al 100%; 2. coerenza CE-SP: effettuata confrontando le voci di risultato d'esercizio e di variazione delle rimanenze nei modelli. La certificazione verrà riconosciuta se la coerenza è pari al 100%; 3. coerenza interna dei modelli CE-SP-LA: il consolidato regionale (999) deve essere pari alla sommatoria dei modelli CE-LA-SP di tutte le aziende e della gestione sanitaria accentrata (GSA), al netto delle partite infragruppo. La certificazione verrà valutata positivamente solo se la coerenza dei modelli è pari al 100%; 4. coerenza interna SP: coincidenza fra attivo, passivo e netto. La certificazione verrà riconosciuta se la coerenza è pari al 100%;

5. completezza modello LA 999: Viene richiesta la compilazione degli allegati 3a (per ogni singolo livello e colonna) e 3b del modello LA, approvato con D.M. 24 maggio 2019;
6. sono oggetto della verifica i modelli economici di seguito elencati relativi alle aziende sanitarie, aziende ospedaliere, IRCCS pubblici, anche trasformati in Fondazioni, Aziende Ospedaliere Universitarie (Decreto 23 ottobre 2006), spesa “accentrata regionale” (modello ‘000’) e “riepletogativo regionale” (modello ‘999’) in base al D.M. 13 novembre 2007 e D.M. 15 giugno 2012, D.M. 24 maggio 2019.

Adempimento LEA N) CONTABILITA' ANALITICA

Le Aziende dovranno adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati e, nello specifico, definire:

- la coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa, con il piano dei centri di responsabilità e con il piano dei conti,
- il grado di utilizzo della contabilità analitica, la quadratura con la contabilità generale, la capacità di quantificare gli scambi interni;
- l'utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione del modello di rilevazione LA;
- il potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale

Si sottolinea che ciò costituisce adempimento cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui all' articolo 3, comma 7 dell'Intesa del 23 marzo 2005.e aziendale.

Al fine del costante miglioramento della Contabilità analitica le Aziende sono tenute:

- alla implementazione dei flussi informativi deliberati dalla regione e nello specifico si rimanda agli obiettivi aggiuntivi relativi ai CRILL e ai beni sanitari e non sanitari.
- Alla predisposizione di tutta la documentazione richiesta per la predisposizione del modello di benchmarking proposto dal NISAN a cui la Regione aderisce.

OBIETTIVO GENERALE

Conseguire il pareggio di bilancio assicurando la massimizzazione dei LEA in ciascuno degli esercizi 2024, 2025 e 2026

Al fine di conseguire detto risultato le Aziende saranno sottoposte a controlli periodici attraverso specifici tavoli di monitoraggio regionale, secondo modalità e tempi definiti dal Dipartimento Sanità.

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1: Attivazione di una contabilità budgettaria sulla base del bilancio di previsione economico approvato

Indicatore/Attività: Attivazione di un *Monitoraggio periodico* in cui si rilevano gli scostamenti tra i CE NSIS periodici e il CE preventivo economico annuale adottato dalla ASL, le motivazioni degli scostamenti eventualmente rilevati e delle manovre correttive intraprese.

Valore atteso: Invio periodico del file denominato *Modello di monitoraggio mensile*, di cui all'Allegato 3 della DGR n. 373 del 21/06/2021, recante: “Definizione e adozione di un modello standard di predisposizione della nota integrativa (illustrativa) al bilancio

Obiettivo 2: Gestione Note credito da ricevere da privati accreditati

Indicatore/Attività: Monitoraggio e gestione delle note credito da ricevere da strutture private accreditate per acquisto di prestazioni sanitarie.

Valore atteso: Invio annuale alla Regione del file denominato "Riepilogo NC da ricevere" recante il riepilogo della movimentazione delle NC da ricevere accompagnato da relazione esplicativa sull'evoluzione delle azioni (contestazioni/contenziosi) poste in essere per l'emissione delle NC da ricevere.

Il file "Riepilogo NC da ricevere" e la relazione dovranno essere trasmessi trimestralmente, come allegati al modello CE trimestrale, secondo le scadenze individuate dal DPF012.

Obiettivo 3: Flusso Crill

Indicatore/Attività: Predisposizione e invio in Regione del flusso di rilevazione dei Crill, tramite il Sistema di Accoglienza Flussi – SAF.

Valore atteso: Predisposizione e invio trimestrale in Regione, tramite SAF, del flusso di rilevazione dei Cril di cui alla DGR n. 601 del 14/10/2019 e s.m.i., nei termini e nelle modalità condivise con le ASL nell'incontro del 20/04/2023, come da verbale trasmesso con nota prot, 195117/23 del 05/05/2023.

Obiettivo 4: Flusso beni sanitari e beni non sanitari

Indicatore/Attività: Governo e monitoraggio delle voci di spesa relative all'acquisto di beni sanitari e non sanitari tramite il Sistema di Accoglienza Flussi – SAF.

Valore atteso: Predisposizione ed invio trimestrale in Regione, tramite SAF, del flusso informativo relativo ai beni sanitari e non sanitari, di cui alla DGR n. 639 del 28/10/2019 (secondo i criteri definiti dal GDL istituito con Determinazione DPF/72 del 16/12/2019), nei termini e nelle modalità condivise con le ASL nell'incontro del 20/04/2023, come da verbale trasmesso con nota prot, 195117/23 del 05/05/2023.

Obiettivo 5: Piano annuale di Audit

Indicatore/Attività: Approvazione ed invio in Regione del Piano di Audit

Valore atteso: Approvazione ed invio entro il 31/12 di ciascun anno al Dipartimento Sanità, del Piano di Audit predisposto tenuto conto degli obiettivi strategici e programmatici di controllo definiti annualmente e relativi ai processi aziendali afferenti alle aree PAC, nonché sulla base di eventuali indicazioni regionali.

Obiettivo 6: Attuazione Piano di Internal Audit

Indicatore/Attività: Predisposizione ed invio in Regione dei verbali e rapporti di audit relativi alle verifiche svolte trimestralmente nel rispetto dei Piani di audit approvati.

Valore atteso: Predisposizione ed invio trimestrale in Regione dei verbali e rapporti di audit relativi alle verifiche svolte trimestralmente nel rispetto dei Piani di audit approvati. La documentazione deve essere trasmessa al Dipartimento Sanità entro 60 giorni dalla fine del periodo di riferimento.

Obiettivo 7: Verifica Fondi accantonamento e rischi

Indicatore/Attività: Predisposizione ed invio in Regione di relazioni analitiche, accompagnate da relative tabelle excel, sulle modalità di costruzione e gestione di tutti i fondi rischi ed oneri;

Valore atteso: Predisposizione e invio in occasione delle verifiche periodiche, tenendo conto delle modalità operative in corso di definizione con l'advisor ministeriale.

Obiettivo 8: Progetto Benchmarking ASL

Indicatore/Attività: Applicazione metodologia, invio dati, superamento criticità rilevate nei tavoli di monitoraggio periodici Regione- ASL e rispetto tempistiche.

Valore atteso Invio dei dati secondo le istruzioni e nel rispetto dei termini stabiliti annualmente, mediante invio dei dati completi riferiti all'anno precedente.

**NOTE
AGGIUNTIVE****INDICAZIONI PER LA PREDISPOSIZIONE DEI MODELLI CE TENDENZIALI E PROGRAMMATICI**

Ciascuna azienda dovrà predisporre i modelli CE tendenziali e programmatici tenendo conto di tutti gli indirizzi e gli obiettivi indicati nel presente documento e di quanto disposto con DGR n. 373 del 21/06/2021, ad oggetto: *“Definizione e adozione di un modello standard di predisposizione della nota integrativa (illustrativa) al bilancio economico preventivo delle ASL e di un correlato modello di monitoraggio periodico per l'analisi degli scostamenti rispetto ai dati programmati”*.

In particolare pur ribadendo la necessità di assicurare l'adeguato funzionamento delle strutture e l'erogazione dei LEA, al fine di garantire altresì l'equilibrio economico patrimoniale del SSR.

Modelli CE tendenziali 2024-2025-2026

È necessario che le Aziende forniscano in dettaglio, per ciascuna voce economica, la valorizzazione dell'evoluzione tendenziale per gli esercizi 2024-2025-2026, che deve essere effettuata coerentemente con la stima a chiudere dell'anno 2023.

Per la predisposizione dei modelli tendenziali, si chiede di applicare le seguenti indicazioni.

FSR indistinto

Si riporta di seguito il Fondo Sanitario regionale indistinto da considerare per la predisposizione degli strumenti di programmazione, così come ripartito tra le ASL regionali sulla base:

- dei criteri approvati con DGR n. 174 del 31/03/2023, ad oggetto: *“Definizione e adozione documento recante i criteri per l'assegnazione del Fondo Sanitario Regionale (FSR) alle Asl Abruzzesi. Modifica precedenti criteri di cui alla Deliberazione di Giunta regionale n. 371 del 21.06.2021 recante: “definizione e adozione documento recante i criteri per l'assegnazione del Fondo Sanitario Regionale (FSR) alle Asl Abruzzesi”*.
- della determinazione presunta del Fondo Sanitario Regionale sulla base delle informazioni oggi disponibili (ai sensi dell'art. 1, comma 535 della Legge n. 197/2022, Legge finanziaria 2023).

FSR indistinto AA0031	ASL 201	ASL 202	ASL 203	ASL 204	Totale ASL
FSR stimato anno 2024	600.794.015	782.794.832	624.694.378	604.334.103	2.612.617.328
FSR stimato anno 2025	613.659.503	799.336.378	638.789.644	617.511.803	2.669.297.328
FSR stimato anno 2026	613.659.503	799.336.378	638.789.644	617.511.803	2.669.297.328

Si segnala che, alla data di predisposizione del presente atto, non è ancora stata emanata l'Intesa per l'anno 2024 né quella per l'anno 2023, pertanto il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) considerato potrà subire variazioni che, sulla base dei criteri richiamati nella DGR 174/2023, modificheranno le assegnazioni di FSR indistinto previste per la Regione Abruzzo.

I valori della voce AA0031 sopra indicati sono quindi da considerarsi provvisori e saranno comunicati in via definitiva con successivi provvedimenti che comporteranno nel corso dell'anno 2024 un adeguamento del bilancio economico preventivo.

Per il calcolo dell'FSR relativo agli anni 2024 e 2025:

- è stata considerata la stima dei fabbisogni 2024 e 2025 (art. 1, comma 535, L. 197/2022);
- per quanto riguarda gli importi soggetti a specifici criteri di riparto, di cui all'Allegato 1 alla DGR 174/2023, al momento sono stati confermati gli importi 2022;
- per gli investimenti finanziati con contributi conto esercizio sono stati considerati gli importi indicati nella tabella del paragrafo denominato "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti".

Per l'anno 2026 in attesa della ripartizione del FSN si considera il valore del 2025.

FSR vincolato

Il Fondo Sanitario regionale vincolato da considerare per ciascun anno 2024-2025-2026 (progetti obiettivo, somme vincolate e rimborso farmaci innovativi e innovativi oncologici) è quello indicato nella tabella seguente:

FSR vincolato AA0040	ASL 201	ASL 202	ASL 203	ASL 204	Totale ASL
Stima Somme vincolate	4.092.065	3.266.962	1.658.649	1.643.818	10.661.495
Stima Obiettivi di piano	4.498.349	5.814.817	4.883.946	4.666.318	19.863.431
Stima farmaci innovativi	6.443.413	8.828.649	10.964.978	6.885.235	33.122.276
Totale AA0040	15.033.828	17.910.429	17.507.574	13.195.371	63.647.201

Gli importi di FSR vincolato sono stati calcolati sulla base dei finanziamenti già vigenti per il 2023, ripartiti tra le ASL sulla base del 2022.

I valori della voce AA0040 sopra indicati sono quindi da considerarsi provvisori e saranno comunicati in via definitiva con successivi provvedimenti che comporteranno nel corso dell'anno 2024 un adeguamento del bilancio economico preventivo.

Saldo mobilità

Nelle more dell'emanazione dell'Intesa 2024, sulla base dei dati attualmente disponibili, il saldo mobilità dovrà rappresentare:

- costi e ricavi relativi alla mobilità extraregionale 2023, sulla base dei valori che sono stati comunicati in occasione del CE II trimestre 2023 (base annua);
- costi e ricavi relativi alla mobilità intraregionale annuale 2023 da pubblico e da privato sulla base dei valori che sono stati comunicati in occasione del CE II trimestre 2023 (base annua).

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti

Premesso che le spese di investimento devono essere prioritariamente finanziate con contributi in conto capitale, in applicazione dell'art. 29, co 1, lett. B) del D.Lgs n. 118/2011, alle ASL è consentito finanziare tali spese anche con rettifiche di contributi in conto esercizio, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico patrimoniale da parte di ciascuna ASL.

Nel caso in cui l'Azienda intenda prevedere investimenti finanziati con rettifiche di contributi in conto esercizio, si chiede di inserire, all'interno del piano degli investimenti, apposite tabelle di raccordo che diano evidenza del dettaglio dei singoli investimenti finanziati con le risorse previste alla voce AA0250 Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale.

Si ricorda, inoltre, che la tabella seguente dovrà essere predisposta e inserita nella Nota illustrativa, come previsto dall'allegato 1 alla citata DGR n. 373/2021.

AA0250 Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale						
Categoria di cespiti (d. lgs 118)	Descrizione Investimento	Unità operativa proponente	Importo Investimento	Data Acquisto	Data Collaudo	Compreso nel piano triennale di investimenti in grandi apparecchiature
Importo Totale			-			

Con riferimento a detta tipologia di spesa si prevede una spesa complessiva massima in diminuzione, anche alla luce del PNRR per un importo totale di € 15.000.000,00.

Le quote di FSR destinabili a investimenti non potranno comunque superare i valori riportati nella seguente tabella.

Finanziamenti finanziati con contributi in conto esercizio						
Voce CE	Descrizione	Avezzano Sulmona L'Aquila	Lanciano Vasto Chieti	Pescara	Teramo	Totale
AA0250	Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione investimenti	3.391.921,16	4.393.889,88	3.689.225,58	3.524.963,38	15.000.000,00

Si precisa, inoltre, che al fine di poter procedere alla rettifica dei contributi in c/ esercizio l'investimento da realizzare dovrà essere caratterizzato:

- dalla indicazione nel piano triennale dei lavori pubblici o nel Programma biennale degli acquisti;
- dovrà essere caratterizzato dall'urgenza ed improcrastinabilità al fine di evitare danni;
- nel caso di nuove attrezzature tecnologiche dovrà essere autorizzato dal competente servizio regionale del Dipartimento Sanità;
- nel caso di mancata previsione negli strumenti di programmazione, l'investimento dovrà essere preventivamente inserito nei documenti di programmazione contabile con apposita variazione del Bilancio preventivo economico.

Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati

La previsione degli utilizzi e accantonamenti delle somme relative al FSR vincolato per obiettivi di piano, di cui alla L. 662/96, art. 34 e 34 bis, deve essere effettuata tenendo conto di quanto indicato nelle linee guida al CE II trimestre 2023.

Tenere conto della quota FSR vincolato 2023 per progetti obiettivo provvisoriamente assegnata e relativi accantonamenti 2023.

Personale

Il costo del personale 2024 dovrà essere in linea con le indicazioni relative all'annualità 2023 e successive impartite dal servizio competente (DPF004).

In ogni caso i tetti di spesa massimi assegnati costituiscono limite da verificare con la capacità aziendale di conseguire l'equilibrio economico a fine esercizio.

Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati

Il costo dei prodotti farmaceutici ed emoderivati dovrà essere costruita sulla base delle indicazioni fornite dal Servizio regionale preposto e riportati in apposita scheda al presente documento.

In ogni caso il valore massimo da poter riportare dovrà essere costruito come costo stimato 2023 a cui va aggiunta la crescita storica calcolata come tasso di crescita medio annuo 2015-2017 (pre introduzione DPC) calcolata come segue:

$$(2017/2015)^{(1/2)}-1$$

Beni e Servizi

Il costo per beni e servizi dovrà essere costruito sulla base delle indicazioni fornite dal Servizio regionale preposto e riportati in apposita scheda al presente documento.

In ogni caso il valore massimo da poter riportare dovrà essere costruito come costo stimato 2023 a cui va aggiunta la crescita storica calcolata come tasso di crescita medio annuo 2016-2019 calcolata come segue:

$$(2019/2016)^{(1/3)}-1$$

Ammortamenti e Costi Capitalizzati

Le previsioni per ammortamenti e costi capitalizzati dovranno essere costruiti sulla base del libro cespiti e dovranno trovare apposita evidenziazione con analitiche tabelle nella Relazione al bilancio di previsione evidenziando gli scostamenti rispetto alle stime dell'anno 2023.

Accantonamenti

Le previsioni per accantonamenti dovranno essere costruiti tenendo conto dei principi contabili vigenti.

Gli accantonamenti per rinnovi contrattuali, in mancanza di indicazioni ministeriali e sulla base delle informazioni ad oggi disponibili, dovranno essere previsti sulla base di quanto comunicato in occasione del CE II trimestre 2023 (base annua).

Medicina di base

Il costo per beni e servizi dovrà essere costruita sulla base delle indicazioni fornite dal Servizio regionale preposto.

Farmaceutica convenzionata

Il costo dei prodotti farmaceutici ed emoderivati dovrà essere costruita sulla base delle indicazioni fornite dal Servizio regionale preposto.

In ogni caso il valore massimo da poter riportare dovrà essere costruito come costo stimato 2023 a cui va aggiunta la crescita storica calcolata come tasso di crescita medio annuo 2015-2017 (pre introduzione DPC) calcolata come segue:

$$(2017/2015)^{(1/2)}-1$$

Prestazioni da privato

Per le prestazioni soggette a tetto, prevedere costi nel rispetto del budget da contratto. Nel caso di previsioni inferiori rispetto al tetto motivare sulla base degli andamenti storici la possibilità di prevedere valori inferiori.

Per le prestazioni non soggette a tetto, il valore massimo da poter riportare dovrà essere costruito tenendo conto del costo stimato 2023 a cui va aggiunta la crescita storica calcolata come tasso di crescita medio annuo 2016-2019 calcolata come segue:

$$(2019/2016)^{(1/3)}-1$$

Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie

Le previsioni per accantonamenti dovranno essere costruiti tenendo conto dei principi contabili vigenti fornendo specifica evidenza delle modalità di costruzione del dato.

Oneri fiscali

Le previsioni dovranno essere costruite sulla base di stime evidenziate nella nota illustrativa.

3.2 Indirizzi per Attività ispettiva, Appropriately Prestazioni SSR – Rischio clinico

SCHEDA DELL'UFFICIO DI SUPPORTO ALLA DIREZIONE Ufficio Ispettivo – Appropriately Prestazioni SSR – Rischio clinico

INDIRIZZI GENERALI	Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSR.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DL 502/92, Legge 133 del 6 agosto 2008 (Controlli 10% cartelle cliniche), Decreto Ministeriale del 10 dicembre 2009 (Controlli prestazioni alto rischio inappropriatezza), DPCM LEA 2017, Decreto 11 dicembre 2009 (Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità), Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli), Raccomandazioni Ministeriali – LR 32/2007, DCA 50/2011, DCA 64/2012, DCA 70/2013, DCA 107/2013, DGR 611/2017.
ADEMPIMENTI LEA DI RIFERIMENTO	Lettere AM e AS del questionario LEA per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, di cui all'intesa stato-regioni del 23 marzo 2005.
OBIETTIVO GENERALE	Garanzia di legittimità, congruità ed appropriatezza delle prestazioni erogate in un contesto di proattivo e costante monitoraggio dei determinanti del rischio clinico.
OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Obiettivo 1: Controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie</p> <p>Indicatore/Attività: Controllo casuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche per ogni erogatore pubblico e privato</p> <p>Valore atteso: Controllo casuale cartelle cliniche $\geq 10\%$</p> <p>Obiettivo 2: Controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie</p> <p>Indicatore/Attività: Controllo dei ricoveri a rischio di inappropriatezza non inferiore al 2,5%</p> <p>Valore atteso: Controllo ricoveri a rischio inappropriatezza $\geq 2,5\%$</p> <p>Obiettivo 3: Controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie</p> <p>Indicatore/Attività: Trasmissione tabelle LEA (I e II) complete e coerenti a scadenza trimestrale entro la fine del trimestre successivo a quello di rilevazione</p> <p>Valore atteso: SI/NO</p> <p>Obiettivo 4: Controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie</p> <p>Indicatore/Attività: Relazione annuale entro la fine del primo trimestre dell'anno successivo a quello di rilevazione</p> <p>Valore atteso: SI/NO</p>

Obiettivo 5: Controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie

Indicatore/Attività: Riduzione della proporzione di ricoveri ordinari programmati con DRG ad elevato rischio di inappropriatezza

Valore atteso: Riduzione della proporzione di ricoveri ordinari programmati con DRG ad elevato rischio di inappropriatezza (rispetto all'anno precedente)

Obiettivo 6: Controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie

Indicatore/Attività Relazione annuale entro la fine del primo trimestre dell'anno successivo a quello di rilevazione che attesti il miglioramento di efficacia con particolare riguardo alla verifica della qualità dell'assistenza e dell'attuazione dei progetti individuali

Valore atteso: SI/NO

Obiettivo 7: Eventi sentinella e sinistri

Indicatore/Attività: Controllo qualità, completezza e coerenza schede a e b eventi sentinella - Relazione su piani di miglioramento eventi sentinella anno precedente entro la fine del primo semestre - Conferimento dati sinistri entro 31 gennaio dell'anno successivo a quello di rilevazione

Valore atteso: SI/NO

Obiettivo 8: Raccomandazioni ministeriali

Indicatore: Inserimento dati nel sistema di monitoraggio AGENAS <http://raccomandazioni.agenas.it/>

Valore atteso: SI/NO

Obiettivo 9: Root Cause Analysis, Audit Clinico

Indicatore/Attività: Relazione annuale (entro 31 gennaio anno successivo a quello di rilevazione)

Valore atteso: SI/NO

Obiettivo 10: Check list in Sala Operatoria

Indicatore/Attività: Compilazione campi SDO (check list intervento principale e check list intervento secondario) con errore di copertura < 5%

Valore atteso: con errore di copertura < 5%

Obiettivo 11: Prevenzione delle cadute

Indicatore/Attività 1: Frequenza eventi in banca dati SIMES (↓ rispetto all'anno precedente)

Valore atteso: Numero eventi inferiore a quello dell'anno precedente

Indicatore/Attività 2: Predisposizione mappe di rischio da trasmettere entro 31 gennaio anno successivo a quello di rilevazione.

Valore atteso: SI/NO

Obiettivo 12: Verifica periodica della qualità percepita/monitoraggio dei piani di miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero

Indicatore/Attività: Predisposizione piani di miglioramento entro 31 gennaio anno successivo a quello di rilevazione

Valore atteso: SI/NO

Obiettivo 13: Legge n.24 del 08/03/2017

Indicatore/Attività: Relazione annuale entro 31 gennaio anno successivo a quello di rilevazione

Valore atteso: SI/NO

Obiettivo 14: Ricorsi, segnalazioni, esposti

Indicatore/Attività: Evasione completa delle istanze nei tempi consentiti

Valore atteso: SI/NO

**NOTE
AGGIUNTIVE**

Con appositi provvedimenti del Servizio competente, potranno essere forniti ulteriori indirizzi operativi in linea con i contenuti del presente documento.

3.3 Indirizzi per la programmazione della spesa per investimenti

SCHEDA DEL SERVIZIO DPF002 -Strutture e Tecnologie in Ambito Sanitario-HTA

INDIRIZZI GENERALI

RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreto 19/03/2015 (antincendio)
DM 22 aprile 2014 (monitoraggio Grandi Apparecchiature)

ADEMPIMENTI LEA DI RIFERIMENTO

OBIETTIVO GENERALE

Ammodernamento e adeguamento delle strutture sanitarie

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1: Investimenti infrastrutturali – adeguamento delle strutture in termini di antisismica e antincendio

L'obiettivo in generale attiene all'adeguamento delle strutture sanitarie ai requisiti antisismici e alla regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche.

Indicatore/Attività: Presentazione di un progetto pluriennale finanziato da risorse della Prevenzione per l'adeguamento antisismico e antincendio delle strutture pubbliche ed in particolare per la realizzazione degli interventi inseriti nel piano triennale degli investimenti.

Valore atteso: SI/NO

Obiettivo 2: Investimenti infrastrutturali - 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.

Indicatore/Attività: Inserimento all'interno del piano triennale degli investimenti degli interventi necessari per il raggiungimento dei requisiti richiesti dal Decreto 19/03/2015 e s.m.i.. (Premesso che le spese di investimento devono essere prioritariamente finanziate con contributi in conto capitale, alle ASL è consentito finanziare tali interventi anche con previsioni o rettifiche di contributi in conto esercizio, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico patrimoniale da parte di ciascuna ASL.)

Valore atteso: SI/NO

Obiettivo 3: Edilizia sanitaria – Monitoraggio degli investimenti cofinanziati dallo Stato

Le Aziende devono completare le procedure di monitoraggio degli investimenti cofinanziati dallo Stato. Gli investimenti da monitorare prioritariamente sono quelli previsti dalle seguenti Linee di Finanziamento:

- Accordo di Programma Stralcio 2004
- Accordo di Programma Integrativo dello Stralcio 2004 (2007)
- Accordo di Programma 2° Stralcio 2008

- Accordo di Programma 2023 (3° stralcio)
- Delibera CIPE n. 16 dell'8/3/2013 adeguamento alla normativa antincendio
- Hospice (Cure palliative) D.M. 26 settembre 1999 e D.M. 5 settembre 2001

Il raggiungimento di detto obiettivo è importante per verificare la presenza di eventuali economie da rifinalizzare in altri interventi, al fine di concorrere agli obiettivi di ammodernamento e adeguamento delle strutture sanitarie.

La conclusione della procedura di monitoraggio per ogni singolo intervento avverrà anche attraverso la trasmissione alla Regione della documentazione conclusiva, tra cui la relazione sullo stato finale dei lavori, il certificato di regolare esecuzione e la relazione acclarante i rapporti tra la Regione e la ASL, dalla quale si evince l'importo residuo a carico di Stato e Regione da poter rifinalizzare per finanziare ulteriori interventi.

Indicatore/Attività: Relazione su ciascuna Linea di Finanziamento, con il dettaglio delle attività intraprese per ciascun intervento che risulta non concluso o non avviato.

Valore atteso: SI/NO

Obiettivo 4: Grandi apparecchiature sanitarie – Aggiornamento sul portale NSIS di tutte le grandi apparecchiature e ricognizione sul fabbisogno

Le Aziende sanitarie locali devono mantenere un aggiornamento costante e sistematico sul portale NSIS delle grandi apparecchiature delle strutture, evidenziando tra le altre la data di collaudo, di messa in funzione ed eventualmente di dismissione, secondo quanto stabilito dal DM 22 aprile 2014.

Indicatore/Attività: La ASL deve predisporre un proprio piano di fabbisogno di Grandi Apparecchiature che preveda la sostituzione per obsolescenza, innovazione, potenziamento, etc, con l'inserimento nel "Piano triennale", sia per quanto riguarda gli acquisti di grandi apparecchiature che l'esecuzione dei lavori eventualmente necessari

Valore atteso: SI/NO

NOTE AGGIUNTIVE

Con appositi provvedimenti del Servizio competente, potranno essere forniti ulteriori indirizzi operativi in linea con i contenuti del presente documento.

3.4 Indirizzi per la programmazione della spesa farmaceutica

SCHEDA DEL SERVIZIO DPF003 SERVIZIO ASSISTENZA FARMACEUTICA

INDIRIZZI GENERALI

Per la determinazione dei valori programmatici della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici le ASL dovranno descrivere le iniziative individuate e le manovre che intendono porre in essere per ridurre la spesa farmaceutica convenzionata, la spesa farmaceutica per acquisti diretti e la spesa per i dispositivi medici.

A tal proposito, la Regione individua gli obiettivi generali, raggiungibili intervenendo su specifiche aree prioritarie secondo le azioni di seguito riportate, nell'ambito delle quali ciascuna ASL, in riferimento alla propria realtà aziendale, dovrà definire le attività da porre in essere attraverso un percorso metodologico che sia funzionale ad una tempestiva valutazione del raggiungimento degli obiettivi posti.

Di seguito vengono descritte le fasi del percorso che le ASL dovranno seguire per la descrizione delle attività da porre in essere nell'ambito delle azioni/interventi individuati a livello regionale al fine di conseguire gli obiettivi di carattere economico posti.

Dati di contesto

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.

Indicatori per il monitoraggio, indicatori di risultato e obiettivi.

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. È 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/attività 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, 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.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Art.1 comma 281 della L. 234 del 30 dicembre 2021 in base al quale il tetto della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nella misura del 7 per cento.
- Art. 1 comma 575 della L. 145 del 30 Dicembre 2018 che stabilisce, nell'ambito della spesa farmaceutica per acquisti diretti, un tetto pari allo 0,2% relativo alla spesa per acquisti diretti di gas medicinali (ATC V03AN).
- Decreto del Ministero della Salute del 22.09.2022 recante "Definizione del tetto di spesa farmaceutica per gli acquisti diretti" pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 274 del 23.11.2022 in base al quale il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti di cui all'articolo 1, comma 398, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, è fissato nella misura dell'7,65 per cento.
- Art.1 comma 259 della L. 234 del 30 dicembre 2021 in base al quale il Fondo di cui all'articolo 1, comma 401, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, relativo al concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi è

incrementato di 100 milioni di euro per l'anno 2022, di 200 milioni di euro per l'anno 2023 e di 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024.

- DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019.

ADEMPIMENTI LEA DI RIFERIMENTO

L) Controllo spesa farmaceutica

OBIETTIVI GENERALI

Obiettivo 1: Riduzione spesa farmaceutica

- **Indicatore 1:** Valore della Spesa farmaceutica convenzionata siccome definito nell'allegato 2 alla DGR 218/2021;
Valore atteso: Spesa farmaceutica convenzionata siccome definita nell'allegato 2 alla DGR 218/2021 \leq Tetto spesa convenzionata assegnato periodicamente dalla Regione
- **Indicatore 2:** Scostamento del valore della Spesa farmaceutica per acquisti diretti e per gas medicinali siccome definito nell'allegato 2 alla DGR 218/2021 dal tetto assegnato dalla Regione;
Valore atteso: Scostamento del valore della Spesa farmaceutica per acquisti diretti e per gas medicinali siccome definito nell'allegato 2 alla DGR 218/2021 dal tetto assegnato dalla Regione nell'anno di valutazione $<$ al valore nell'anno precedente

Obiettivo 2: Riduzione spesa dispositivi medici

- **Indicatore:** Spesa dispositivi medici siccome definita nella voce del modello CE "BA0210 – Dispositivi medici"
Valore atteso: Spesa dispositivi medici anno di valutazione $<$ spesa dispositivi anno precedente

AZIONI CORRELATE ALL'OBIETTIVO GENERALE 1

Azione 1.1: Aumento percentuali di prescrizione farmaci equivalenti.

- **Indicatore:** DDD farmaci equivalenti / totale DDD farmaceutica convenzionata;

Azione 1.2: Aumento percentuali di prescrizione di farmaco biologico a brevetto scaduto (biosimilare o originator) a più basso costo

- **Indicatore:** % DDD farmaci a più basso costo / totale DDD principio attivo

Azione 1.3: Rispetto delle indicazioni in materia di prescrizioni di PPI

- **Indicatore 1:** % pazienti con prescrizioni di IPP "al bisogno" con durata di terapia $<$ 28 giorni
- **Indicatore 2:** % pazienti avviati al trattamento con IPP con durata della terapia superiore a 6 settimane

Azione 1.4: Riduzione delle prescrizioni di antibiotici

- **Indicatore 1:** DDD Antibiotici (J01)/1000 ab die
- **Indicatore 2:** %DDD Fluorochinoloni (J01MA)/DDD Antibiotici (J01)
- **Indicatore 3:** Prevalenza d'uso Antibiotici (J01) pop. pediatrica

Azione 1.5: Definizione di linee di indirizzo per la prescrizione ovvero implementazione delle linee guida terapeutiche adottate a livello regionale

- **Indicatore:** adozione con delibera aziendale di linee di indirizzo prescrittive ovvero recepimento delle linee guida regionali
- **Valore atteso:** Invio al Servizio Assistenza farmaceutica DPF003 della Delibera

Azione 1.6: Miglioramento del sistema di registrazione delle schede sulla piattaforma dei registri AIFA per i farmaci sottoposti a monitoraggio, con particolare attenzione all'inserimento del 100% delle dispensazioni di farmaci innovativi

Indicatore: N. schede chiuse / N. pazienti avviati al trattamento con farmaci sottoposti a monitoraggio

**AZIONI
CORRELATE
ALL'OBIETTIVO
GENERALE 2**

Azione 2.1: Rafforzamento delle attività della Commissione aziendale dei Dispositivi Medici con i seguenti compiti:

- Verifica dell'effettiva sussistenza di dichiarate esclusività per le nuove forniture di dispositivi medici consumabili/monouso, con distinzione dei casi di sostanziale fungibilità tra diverse soluzioni presenti sul mercato.
- Verifica, per le tecnologie di accertata infungibilità, dell'opportunità di avviare trattative centralizzate, in base ai fabbisogni rilevati in ambito regionale, al fine di ricercare economie di scala.
- **Indicatore:** N. sedute della Commissione/anno

Azione 2.2: Monitoraggio dei consumi (quantità e spesa) dei dispositivi medici tramite report trimestrale dettagliato per 1° e 2° livello CND e invio al Servizio DPF003

- **Indicatore:** Diminuzione della spesa per l'acquisto di dispositivi medici siccome definita nella voce del modello CE "BA0210 – Dispositivi medici"

**NOTE
AGGIUNTIVE**

Relativamente all'azione 1.3 "Rispetto delle indicazioni in materia di prescrizioni di PPI", si precisa quanto di seguito.

L'obiettivo attiene alla riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di Inibitori di Pompa Protonica considerando le indicazioni terapeutiche in scheda tecnica, le indicazioni rimborsabili dal SSN secondo le limitazioni della nota AIFA 48 e le linee di indirizzo regionali che indicano per ulcera peptica e MRGE con o senza esofagite una durata di trattamento non inferiore alle 4 settimane e un trattamento prolungato da autorizzare solo in particolari condizioni. La popolazione eleggibile al trattamento prolungato è stimata nel 10% dei nuovi trattati con nota 48 con durata di terapia sopra le 6 settimane.

Relativamente all'azione 1.4 "Riduzione delle prescrizioni di antibiotici", si precisa quanto di seguito.

L'Italia si colloca tra i Paesi Europei con il più alto tasso di antibiotico –resistenze è quindi prioritario promuovere azioni che aumentino la promozione d'uso appropriato di questi farmaci. Dal rapporto Osmed 2021 – L'uso degli antibiotici in Italia - la Regione Abruzzo si colloca al di sopra della media nazionale per la farmaceutica convenzionata (11,5 DDD/1000 ab die ITALIA verso 14,3 DDD/1000 ab die Abruzzo).

È necessario all'interno della categoria degli antibiotici diminuire l'uso di fluorochinoloni a seguito della nota AIFA di aprile 2019 che restringe drasticamente le indicazioni per

l'utilizzo di questa categoria di farmaci. La regione Abruzzo fa registrare nel 2021 un consumo di fluorochinoloni di 1,7 DDD/1000 ab die di poco superiore alla media nazionale che si attesta a 1,4 DDD/1000 ab die con una diminuzione del -7% rispetto all'anno precedente. Purtroppo l'incidenza % del consumo registrato di fluorochinoloni sul consumo totale di antibiotici sistemici (J01MA/J01=11,8%) risulta costante dal 2019 e superiore alla mediana.

Per quanto riguarda la prescrizione degli antibiotici sistemici nella popolazione pediatrica, la Regione Abruzzo fa registrare nel 2021 una prevalenza d'uso del 31,3% vs il 23,7% della media nazionale.

Con appositi provvedimenti del Servizio competente, potranno essere forniti ulteriori indirizzi operativi in linea con i contenuti del presente documento.

3.5 Indirizzi per la programmazione delle attività trasfusionali

SCHEDA DEL SERVIZIO DPF003 SERVIZIO ASSISTENZA FARMACEUTICA

INDIRIZZI GENERALI

Le Aziende Sanitarie debbono prevedere per il triennio 2024/26 interventi organizzativi e azioni di miglioramento volti a garantire la sostenibilità degli obiettivi di autosufficienza, qualità e sicurezza del sangue e dei suoi prodotti, così come previsti dalla programmazione regionale e nazionale, tenuto anche conto del progressivo calo del numero dei donatori e della carenza strutturale di personale medico e delle professioni sanitarie del servizio trasfusionale. Nel corso del triennio le Aziende Sanitarie saranno in particolare impegnate ad incrementare la raccolta di sangue e plasma destinato alla produzione di MPD in “conto lavoro”, anche al fine di ridurre la spesa farmaceutica per l'acquisto di medicinali plasmaderivati dal libero mercato.

A tal proposito, la Regione individua gli obiettivi generali, raggiungibili intervenendo su specifiche aree prioritarie secondo le azioni di seguito riportate, nell'ambito delle quali ciascuna ASL, in riferimento alla propria realtà aziendale, dovrà definire le attività da porre in essere attraverso un percorso metodologico che sia funzionale ad una tempestiva valutazione del raggiungimento degli obiettivi posti.

Di seguito vengono descritte le fasi del percorso che le ASL dovranno seguire per la descrizione delle attività da porre in essere nell'ambito delle azioni/interventi individuati a livello regionale al fine di conseguire gli obiettivi posti.

Dati di contesto

Nel periodo 2010-2014 il Sistema trasfusionale regionale è stato sostanzialmente in grado di garantire gli obiettivi di autosufficienza regionale. A partire dall'anno 2015 si è invece registrata una inversione del trend dell'autosufficienza regionale legata ad uno squilibrio tra produzione e consumo di globuli rossi. In questo contesto, al fine di mantenere in equilibrio il sistema, in alcuni anni è stato necessario ricorrere a forniture programmate e non programmate da altre regioni.

A partire dall'anno 2020 anche il Sistema trasfusionale regionale ha dovuto fronteggiare notevoli problematiche di sostenibilità della filiera produttiva, in particolare delle attività di raccolta pubbliche e associative, legate all'impatto contestuale della Pandemia COVID 19 e della carenza di personale medico e infermieristico. Nel 2023, anche se si è assistito ad una ripresa delle attività di raccolta e produzione, queste non sono state comunque sufficienti a garantire l'aumento dei consumi e si è pertanto dovuto ricorrere a forniture da altre regioni.

A tutt'oggi rimangono pertanto valide le valutazioni già rese di un trend negativo dell'autosufficienza regionale conseguente a carenze strutturali del sistema che, se non contrastate con adeguati interventi di programmazione, organizzazione e finanziamento, rischiano di generare un serio rischio per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza e per la cura dei pazienti.

Partendo da un quadro complessivo che costituisce il contesto di riferimento aziendale 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.

Indicatori per il monitoraggio, indicatori di risultato e obiettivi.

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. È 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/attività 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, 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.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 21 ottobre 2005, n 219 recente" Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati";
- Decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261, recante "Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti";
- Decreto 21 dicembre 2007 recante "Istituzione del sistema informativo dei servizi trasfusionali";
- Decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 207, recante "Attuazione della direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi";
- Decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 208, recante "Attuazione della direttiva 2005/62/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali;
- Decreto 20 maggio 2015 recante "Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti, per l'anno 2015"; □ Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011 sul documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle strutture regionali coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali";
- Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sul documento "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti" (articolo 20, legge 219/2005).
- DM del 5 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".
- Accordo (rep. atti n. 29/CSR del 25 marzo 2021) tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano concernente "Aggiornamento e revisione dell'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 242/CSR) su requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica".
- Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 100/CSR dell'8 luglio 2021 "per la definizione dei criteri e dei principi generali per la regolamentazione delle convenzioni tra regioni, province autonome e Associazioni e Federazioni di donatori di sangue e adozione del relativo schema-tipo.

ADEMPIMENTI LEA DI RIFERIMENTO

AAE) Attività Trasfusionale

OBIETTIVO GENERALE

Obiettivo 1 – Raggiungimento degli obiettivi annuali programmati per la produzione di emazie e per la produzione di plasma per uso industriale.

Indicatore/Attività 1: obiettivo aziendale programmato raccolta/produzione emazie per l'anno di riferimento

Valore atteso: valore indicato nel programma annuale autosufficienza regionale (n. unità di emazie raccolte/prodotte)

Indicatore/Attività 2: obiettivo aziendale programmato conferimento plasma per uso industriale per l'anno di riferimento

Valore atteso: valore indicato nel programma annuale autosufficienza regionale (n. kg di plasma inviato all'industria)

**AZIONI
CORRELATE
ALL'OBIETTIVO
GENERALE 1**

Azione 1.1: Recepimento e attuazione da parte delle ASL del Programma regionale annuale per l'autosufficienza e degli indirizzi regionali in materia di attività trasfusionali.

Indicatore 1: raggiungimento obiettivo programmato raccolta/produzione emazie;

Indicatore 2: raggiungimento obiettivo programmato conferimento plasma uso industriale;

Indicatore 3: definizione e attuazione di un programma aziendale per il potenziamento delle attività di raccolta (pubbliche e associative), lavorazione e qualificazione biologica del sangue e degli emocomponenti, finalizzato a garantire la sostenibilità degli obiettivi di produzione programmati, anche attraverso un ampliamento e una maggiore flessibilità dell'orario e dei giorni di accesso dei donatori (raccolte pomeridiane e domenicali).

Azione 1.2: Adozione di azioni volte a migliorare l'appropriatezza prescrittiva e la qualità delle cure, con particolare riferimento alle seguenti azioni:

Indicatore 1: Adozione linee di indirizzo aziendali per la gestione delle scorte e il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di emocomponenti e medicinali plasmaderivati (albumina e immunoglobuline EV e SC);

Indicatore 2: Adozione e implementazione del programma aziendale di PBM;

Indicatore 3: n. 1 corso di formazione specifica sul plasma e i MPD (ASR) destinati ai prescrittori;

Indicatore 4: n. 3 riunioni/anno del Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue.

Azione 1.3: Stipula delle Convenzioni attuative aziendali con le Organizzazioni di donatori di sangue:

Indicatore 1: linee di indirizzo aziendali per il miglioramento delle prassi per il reclutamento, la fidelizzazione e la chiamata programmata dei donatori

Indicatore 2: Predisposizione e attuazione dei progetti e delle sperimentazioni gestionali previsti dal Disciplinare C) delle convenzioni, con particolare riferimento al potenziamento dell'organizzazione della raccolta del sangue e del plasma per uso industriale (se previsti);

Indicatore 3: n. 3 riunioni del Comitato di partecipazione aziendale.

Azione 1.4 – Adozione di misure per la gestione della transizione digitale, innovazione e sicurezza dei sistemi informatici dei Servizi trasfusionali aziendali:

Indicatore 1: adozione delibera aziendale per l'aggiornamento e adeguamento tecnologico della rete informatica dei Servizi Trasfusionali aziendali;

Indicatore 2: adozione delibera aziendale per l'implementazione di programmi di telemedicina dedicati sia alla gestione della filiera raccolta/produzione che allo sviluppo della Medicina Trasfusionale sul territorio con l'obiettivo di favorire la deospedalizzazione dei pazienti anemici e coagulopatici cronici;

Indicatore 3: Completamento del progetto regionale interassociativo finalizzato all'integrazione bidirezionale dei sistemi informatici dei Servizi Trasfusionali e delle Aziende Sanitarie con quelli delle Organizzazioni dei Donatori di Sangue.

**NOTE
AGGIUNTIVE**

Obiettivo 1 - Al fine di garantire la sostenibilità degli interventi organizzativi e delle azioni di miglioramento previsti dall'Obiettivo 1, le Aziende Sanitarie, oltre che delle risorse proprie, potranno avvalersi dei finanziamenti finalizzati statali e regionali per le attività trasfusionali, che saranno erogati dal competente Servizio del Dipartimento Sanità solo a seguito della presentazione di specifici programmi di utilizzo e della verifica di coerenza con gli indirizzi programmatici regionali. I suddetti finanziamenti sono finalizzati e dovranno essere specificamente utilizzati dalle Aziende Sanitarie per incentivare e rafforzare l'organizzazione delle strutture trasfusionali.

Azione 1.1 – Indicatore 3 – *“Definizione e attuazione di un programma aziendale per il potenziamento delle attività di raccolta (pubbliche e associative), lavorazione e qualificazione biologica del sangue e degli emocomponenti”*, le AASSLL possono prevedere per il personale dei Servizi Trasfusionali anche la possibilità di turni aggiuntivi pomeridiani e domenicali e l'applicazione di adeguati strumenti di flessibilità e retribuzione integrativa, così come previsti per l'organizzazione del lavoro dalla vigente normativa contrattuale.

Con appositi provvedimenti del Servizio competente, potranno essere forniti ulteriori indirizzi operativi in linea con i contenuti del presente documento.

3.6 Programmazione della spesa/costo del personale

SCHEDA DEL SERVIZIO DPF004 SERVIZIO RISORSE UMANE DEL SSR

INDIRIZZI GENERALI

Nella complessa riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, il contesto di potenziamento ospedaliero e territoriale determina la necessità di una adeguata programmazione regionale avviata sin dal 2021 rispettivamente con DGR 463/2021 e con successiva DGR 773/2022.

La definitiva approvazione del disegno di legge regionale di programmazione della rete ospedaliera di cui alla richiamata DGR 463/2021, in attuazione del D.M. 70/2015, e della riorganizzazione dell'area territoriale di cui alla DGR 773/2022 in attuazione del D.M. 77/2022, rendono necessario prevedere nuovi modelli organizzativo-gestionali che devono trovare adeguato riscontro e rispondenza anche dal punto di vista delle risorse umane nel rispetto dei vincoli di spesa di cui all'articolo 2, comma 71, della L. 191/2009 e dell'articolo 9, comma 28, del D.L. 78/2010 convertito in Legge 122/2010.

Ulteriori forme di potenziamento del personale sanitario al di fuori dei predetti limiti di spesa sono consentiti in particolare dalle risorse rese disponibili dal D.L. 34/2020 convertito con L. 77/2020, dal D.M. 23 dicembre 2022 recante il riparto delle risorse per l'attuazione del D.M. 77/2022 nonché dall'articolo 11 del D.L. 35/2019 convertito con L. 60/2019 (Decreto Calabria) e da ulteriori eventuali trasferimenti da parte del governo centrale.

Alle Aziende Sanitarie Regionali si raccomanda di mantenere il livello di spesa del personale all'interno dei predetti parametri, al netto delle ulteriori risorse non rientranti nella cornice economica sopra richiamata, ferma restando la necessità del conseguimento dell'obiettivo dell'equilibrio economico e finanziario da parte delle singole ASL.

Le Aziende Sanitarie Regionali, ove ne ricorrano le condizioni previste dalla normativa e fermo restando la verifica dell'equilibrio economico e finanziario, procedono alla stabilizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale, in attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 268, lettera b) della Legge 234/2021, come successivamente aggiornata dalla Legge di Bilancio per l'anno 2023, e del D.L. 198/2022 convertito con modificazioni con L. 14/2023 (Decreto Milleproroghe), anche nell'ottica della riduzione delle assunzioni a tempo determinato e con contratto di lavoro flessibile in generale.

Le ASL procedono alla predetta stabilizzazione, laddove possibile e salvo modifiche di legge, nel rispetto delle nuove Linee Guida approvate con Deliberazione di Giunta Regionale n. 318 del 01 giugno 2023 nonché delle previsioni regionali di cui alla DGR 612 del 28 settembre 2021, recante Ulteriori indirizzi alle Aziende Sanitarie della Regione Abruzzo per il superamento del precariato e criteri per l'utilizzo di graduatorie di concorsi approvate da ASL extraregionali.

Al fine di ottimizzare e velocizzare le procedure concorsuali, le ASL espletano queste ultime in maniera aggregata secondo le modalità indicate nelle Linee di Indirizzo Regionali di cui alla DGR 228/2019, compatibilmente con quanto previsto dalle disposizioni nazionali vigenti.

In merito alla gestione e alla programmazione del personale, le ASL provvedono al rispetto degli adempimenti informativi e delle direttive regionali, tra cui la corretta alimentazione del Flusso ex Art. 79 e l'elaborazione trimestrale e consuntiva della Tabella 2 concernente il monitoraggio del costo del personale che in ogni caso deve attestarsi nei limiti di spesa previsti.

Le ASL regionali, in sintesi, tenuto conto delle rispettive peculiarità di ciascuna di esse, fondamentalmente:

- provvedono alla determinazione e alla elaborazione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale, dando distinta evidenza all'area ospedaliera e all'area territoriale con specificazione di ruolo/qualifica/disciplina ai sensi dei vigenti CCNL Dirigenza e Comparto Sanità, in considerazione della metodologia regionale in vigore;
- nei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale di cui sopra, ciascuna ASL evidenzia altresì il personale derivante dalle principali ulteriori risorse aggiuntive extra tetto previste dal D.M. 77/2022, dal D.L. 34/2020 e dal Decreto Calabria, oltre che da eventuali ulteriori economie;
- procedono alla stabilizzazione del personale del SSN, in attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 268, lettera b) della Legge 234/2021 e del D.L. 198/2022 convertito con modificazioni con L. 14/2023 (Decreto Milleproroghe), anche nell'ottica della riduzione delle assunzioni a tempo determinato e con contratto di lavoro flessibile in generale;
- valutano la convenienza e l'economicità degli interventi da effettuare in materia di reinternalizzazione dei servizi ai sensi della Legge di Bilancio 2022 (Legge 234 del 30 dicembre 2021, art. 1, comma 468, lettera c) e dell'articolo 11 del D.L. 35/2019 e salvo eventuali ulteriori interventi normativi nazionali e regionali in materia;
- provvedono alla corretta alimentazione del Flusso ex Art. 79 in materia di personale e all'elaborazione della Tabella 2 relativa al monitoraggio del costo del personale, nel rispetto dei tempi indicati e del tetto di spesa previsto.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, così come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2017 n. 75;
- Legge n. 208/2015, c.d. Legge di stabilità 2016;
- D.P.C.M. 8 maggio 2018 recante "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA";
- D.L. 30 aprile 2019 n. 35 convertito in Legge, con modificazioni, dalla L. n. 60/2019;
- Decreto del Ministero della Salute 77/2022 e D.M. 23 dicembre 2022
- Art. 2, comma 71, della L. n. 191/2009;
- Art. 9, comma 28, del D.L. n. 78/2010 convertito in Legge n. 122/2010;
- D.L. 34/2020, convertito in L. 77/2020;
- Legge di Bilancio 2022 (Legge n. 234 del 30 dicembre 2021, art. 1, commi 268-271);
- Legge di Bilancio 2023 (Legge n. 197 del 29 dicembre 2022, art. 1, comma 528);
- Decreto Milleproroghe (D.L. 198/2022 convertito con modificazioni con L. 14/2023);
- CCNL Dirigenza e Comparto Sanità vigenti;
- Delibere di Giunta Regionali vigenti nelle materie oggetto del presente contenuto.

ADEMPIMENTI LEA DI RIFERIMENTO

Adempimenti LEA MEF: lett. ag) Vincolo di crescita della spesa per il personale degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

OBIETTIVO GENERALE

Definizione fabbisogno personale in relazione ai nuovi scenari normativi nazionali e regionali.

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1: Predisposizione da parte di ciascuna ASL dei Piani Triennali di Fabbisogno di Personale

Indicatore/Attività: Predisposizione da parte delle ASL dei Piani del Fabbisogno di Personale dei trienni di interesse.

Valore atteso: SI/NO

Obiettivo 2: Specificazione nell'ambito dei PTFP di ciascuna ASL del personale da dedicare per l'area ospedaliera e per l'area territoriale specificandone ruolo/qualifica/disciplina

Indicatore/Attività: In sede di elaborazione e definizione dei PTFP di ciascuna ASL, fornire evidenza negli stessi del personale destinato all'area ospedaliera e quello destinato all'area territoriale con specificazione di ruolo/qualifica/disciplina ai sensi dei CCNL Dirigenza e Comparto Sanità in vigore.

Valore atteso: SI/NO

Obiettivo 3: Specificazione nell'ambito dei PTFP di ciascuna ASL del personale da dedicare per il potenziamento dell'assistenza territoriale ai sensi delle disposizioni vigenti

Indicatore/Attività: In sede di elaborazione e definizione dei PTFP di ciascuna ASL, fornire evidenza negli stessi del personale destinato al potenziamento territoriale ai sensi delle disposizioni nazionali e regionali.

Valore atteso: SI/NO

Obiettivo 4: Specificazione nell'ambito dei PTFP di ciascuna ASL del personale derivante dalle principali ulteriori risorse extra tetto (tra cui: DL 34/2020; Decreto Calabria; eventuali ulteriori risorse)

Indicatore/Attività: In sede di elaborazione e definizione dei PTFP di ciascuna ASL, fornire evidenza negli stessi del personale derivante dalle principali ulteriori economie extra tetto.

Valore atteso: SI/NO

**NOTE
AGGIUNTIVE**

Con appositi provvedimenti del Servizio competente, potranno essere forniti ulteriori indirizzi operativi in linea con i contenuti del presente documento.

3.7 Programmazione della formazione del personale

SCHEDA DEL SERVIZIO DPF004 SERVIZIO RISORSE UMANE DEL SSR

INDIRIZZI GENERALI

La qualità dei servizi erogati dal Servizio Sanitario Regionale attraverso il personale sanitario è direttamente correlata alla capacità e alla preparazione del professionista sanitario. La performance complessiva dei sistemi sanitari è correlata alla performance dei professionisti, pertanto il ruolo dei professionisti è determinante. Risulta, quindi, fondamentale garantire un sistema di formazione permanente di qualità, considerato che la formazione è il principale strumento di crescita non solo personale del singolo professionista ma anche collettiva del sistema. I rapidi e costanti progressi scientifici e tecnologici, l'invecchiamento della popolazione e la cronicità, le limitate risorse disponibili, comportano una attenzione particolare alle competenze dei professionisti e al mantenimento di standard adeguati nella pratica clinica ed assistenziale.

La formazione rappresenta una potenziale leva per il miglioramento del servizio sanitario, al fine di garantire a tutti i pazienti il diritto di essere trattati con "dignità e rispetto e assicurare uno standard professionale di cura fornito da personale adeguatamente qualificato e con esperienza, in un ambiente pulito e sicuro".

Lo sviluppo anche organizzativo del sistema sanitario può essere sicuramente implementato e rafforzato attraverso una formazione mirata che sia in grado di fornire ai professionisti le competenze e le conoscenze necessarie per valutare le prestazioni di assistenza sanitaria collettiva e individuale e utilizzare le migliori pratiche e gli strumenti necessari a sviluppare azioni dirette a migliorare l'assistenza sanitaria.

La Regione Abruzzo, anche in coerenza delle previsioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza intende favorire lo sviluppo e la crescita professionale del personale del SSR e svilupparne il livello delle conoscenze, competenze, attitudini, attraverso la programmazione di corsi formativi finalizzati a potenziare le competenze dei professionisti del SSR.

Il PNRR Missione 6 Salute ha previsto un consistente investimento per un **piano di formazione sulle infezioni ospedaliere** per tutto il personale del SSN, prevedendo un target nazionale di 293.396 partecipanti.

A livello regionale è stato assegnato un importo di euro 2.435.609,74 da destinare ad interventi di formazione in infezioni ospedaliere per 8.929 partecipanti, precisando che l'adesione al programma formativo, definito sulla base delle indicazioni nazionali, da parte dei professionisti sanitari dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale operanti nelle strutture ospedaliere dovrà essere accreditata ECM. Si precisa che il cronoprogramma dell'Action Plan del Piano Operativo Regionale adottato con D.G.R. n. 263 del 24/05/2022, tenuto conto dell'arco temporale di riferimento del PNRR 2022 - 2026, sulla specifica componente d'investimento prevede il primo milestone a marzo 2023 inerente il completamento delle procedure di selezione dei provider e nel terzo trimestre del 2024 è posto il completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere, mentre l'attivazione dei corsi si prevede a partire dal 2025, prevedendone il completamento entro il primo semestre del 2026.

Il PNRR, inoltre, ha previsto in tema di formazione l'investimento M6C2-2.2.3 *"Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del Sistema Sanitari. Sub-misura: corso di formazione manageriale"*

Il Decreto Ministeriale n. 4 del 29.03.2023 ha definito il percorso attuativo del sub-investimento

**RIFERIMENTI
NORMATIVI**

- L.R. n. 6/2009,
- PNRR approvato con decisione del Consiglio ECOFIN del 13/07/2021 e ulteriore normativa di settore
- Decreto Ministero della Salute n. 4 del 29 marzo 2023 G.U. serie Generale n. 109 del 11.05.2023.

**ADEMPIMENTI
LEA DI
RIFERIMENTO****OBIETTIVO
GENERALE****Formazione professioni del SSR****OBIETTIVI
SPECIFICI****Obiettivo 1: PNRR M6-C2-2.2 (b) Piano di formazione sulle infezioni ospedaliere per il personale del SSR**

L'obiettivo si articola nelle seguenti azioni:

- Definizione del programma di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero, sulla base delle indicazioni nazionali (allegato 5 Action Plan M6C2 2.2 b), valorizzando le competenze specifiche dei vari stakeholders presenti sul territorio regionale, anche attraverso la collaborazione con le Università, l'Agenas e l'Istituto Superiore di Sanità.
- Selezione dei provider per gli interventi formativi sulle infezioni ospedaliere entro 31/03/2023.
- Completamento della procedura di registrazione corsi entro 30/09/2024.
- Completamento corsi entro 31.03.2025 per il 52% del target complessivo regionale pari a 8.929 professionisti formati.
- Completamento della procedura di registrazione per i corsi entro fine 2025;
- Completamento corsi entro giugno 2026 (30.06.2026 target regionale complessivo pari a 8.929 partecipanti ai corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere).

L'attuazione dell'intervento così previsto a livello regionale è stato delegato con apposito atto alle aziende UU.SS.LL., individuate quali Provider regionali accreditati ECM, secondo lo schema di riparto di seguito riportato con assegnazione delle relative risorse.

Aziende Sanitarie Locali - Regione Abruzzo	Personale dipendente a tempo indeterminato	Distribuzione Percentuale del Personale	Riparto somme	Numero partecipanti ai corsi di formazione
ASL Avezzano- Sulmona-L'Aquila	3.158	23,30%	€ 567.566,08	2081
ASL Lanciano- Vasto-Chieti	4.017	29,64%	€ 721.948,37	2647
ASL Pescara	3.287	24,25%	€ 590.750,38	2166
ASL Teramo	3.090	22,80%	€ 555.344,90	2036
TOTALE	13.552	100,00%	€ 2.435.609,74	8929

Indicatore/Attività: numero di partecipanti ai corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere attivati dalle ASL nel periodo di riferimento (entro 30/06/2026) / numero di dipendenti destinatari corsi di formazione programmati nel periodo di riferimento.

Valore atteso:

- 52% del target regionale complessivamente previsto di personale formato entro il 31.03.2025
- 100% del target regionale di personale formato pari a 8.929 partecipanti ai corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere entro il 30.06.2026

Obiettivo 2: PNRR, M6C2 – 2.2. (c) “Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del servizio sanitario”

Il sub-investimento 2.2. c) prevede a livello nazionale l'attivazione e l'erogazione di un corso di formazione manageriale rivolto a 4.550 manager e middle manager del SSN. Titolare dell'investimento è il Ministero della Salute, Agenas è organismo intermedio e le Regioni sono amministrazioni beneficiarie.

I percorsi formativi sono volti all'acquisizione di competenze manageriali e digitali, utili alla realizzazione e alla gestione dei nuovi modelli assistenziali (in primis la riforma del territorio) e all'utilizzo delle innovazioni digitali e tecnologiche. Tali percorsi hanno l'obiettivo di sviluppare e rafforzare le abilità e le competenze dei professionisti che verranno introdotti nell'area organizzativa- gestionale delle strutture territoriali del Servizio Sanitario Nazionale.

Il target di personale da formare per la Regione Abruzzo è n. 125 manager per un investimento complessivo di € 500.000 da completare entro il 30 giugno 2026.

L'obiettivo si articola nelle seguenti azioni:

- Individuazione da parte delle aziende sanitarie regionali di 2 partecipanti al corso pilota (Agenas) entro il 31.07.2023
- Selezione e reclutamento da parte delle aziende sanitarie regionali di 123 partecipanti per il corso di formazione manageriale regionale entro il 15 settembre
- Individuazione da parte della Regione dell'ente di formazione per l'erogazione della formazione manageriale del SSR entro il 15 settembre 2023
- Completamento del percorso di formazione entro il 30 giugno 2026 attestato dalle certificazioni di completamento dei programmi di formazione e dal riconoscimento delle competenze acquisite da parte dell'organismo responsabile della formazione.

Indicatore/Attività: completamento dei programmi di formazione per il numero dei corsisti previsto nel periodo di riferimento

Valore atteso: completamento dei programmi di formazione per 125 corsisti entro 30/06/2026

**NOTE
AGGIUNTIVE**

Con appositi provvedimenti del Servizio competente, potranno essere forniti ulteriori indirizzi operativi in linea con i contenuti del presente documento.

3.8 Programmazione della spesa/costo relativo a prevenzione sanitaria e medicina territoriale

SCHEDA DEL SERVIZIO DPF010 Prevenzione Sanitaria, Medicina Territoriale

INDIRIZZI GENERALI

La politica regionale nella prevenzione e tutela sanitaria è già ben delineata mediante gli strumenti di programmazione vigenti, tra i quali si evidenziano prioritariamente il Piano Regionale di Prevenzione, il Piano nazionale prevenzione vaccinale, il Piano regionale GAP (Gioco Azzardo Patologico), il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza (PNCAR), il Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS), il Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia.

I predetti Piani prevedono sia le azioni da porre in essere che i risultati attesi e gli indicatori specifici per il monitoraggio.

Per il relativo monitoraggio verrà utilizzato anche il sottoinsieme di indicatori previsto dal comma 4 dell'art. 2 del DM 12 marzo 2019 (Nuovo Sistema di Garanzia, NGS).

Per la redazione degli strumenti di programmazione triennali, si dovrà tenere in considerazione le indicazioni contenute nei surrichiamati Piani nel rispetto degli obiettivi, indicatori e termini ivi fissati.

Nell'ambito della medicina territoriale il Servizio sanitario nazionale garantisce, tra l'altro l'erogazione delle cure palliative domiciliari attraverso le Reti di cure palliative. La popolazione di riferimento è costituita dai pazienti la cui malattia di base è prevalentemente una malattia neoplastica o anche una malattia a carattere cronico-degenerativo, caratterizzata da un inesorabile trend evolutivo e da una prognosi infausta, per la quale o non esistono terapie o, se ci sono, sono comunque inefficaci o inadeguate ai fini della stabilizzazione clinica o del prolungamento delle aspettative di vita del paziente.

Lo scopo delle cure palliative è quello di sostenere e migliorare il più possibile la qualità di vita della persona e di fornire supporto alla sua famiglia, fornendo al malato un'assistenza globale.

L'importanza delle cure palliative è stigmatizzata nell'art 3 della L 38/2010 dove si precisa che le cure palliative e la terapia del dolore costituiscono obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale. Di conseguenza il comma 3 dello stesso articolo prevede che l'attuazione dei principi della legge costituisce adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato.

L'Art. 1, comma 4, del Decreto Rilancio (D.L. 19-5-2020 n. 34 conv. in L. 77/2020) prevede il rafforzamento dei servizi di assistenza domiciliare integrata anche per i soggetti con bisogni di cure palliative.

Trasversalmente a tutte le attività di competenza del Servizio DPF010 si evidenzia che il Ministero, spesso avvalendosi della collaborazione tecnica dell'ISS, assegna alle Regioni fondi soggetti a rendicontazione e anche restituzione (nel caso in cui a fine periodo non siano stati interamente spesi). Si tratta di somme che devono essere finalizzate al raggiungimento di specifici obiettivi, i quali vanno raggiunti operativamente presso le ASL. Risulta pertanto importante curare oltre alla fase di progettazione, nella quale è prevalente l'apporto dei referenti scientifici delle ASL, quella di rendicontazione delle attività amministrative e contabili secondo la tempistica richiesta.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Prevenzione e tutela sanitaria

- Intesa Stato Regioni rep. Atti 180 del 26.10.2017 e Intesa Stato Regioni rep. Atti n.188 del 2 novembre 2017, oltre a DM 12 Marzo 2019 "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio della spesa Sanitaria";

- Nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 approvato con Intesa Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n. 131, in data 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/CSR);
- Piano regionale di Prevenzione 2021-2015 approvato con DGR 920/2021;
- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019" (Rep. Atti n. 10/CSR) e Intesa di proroga al 2021 (Rep. Atti 33/CSR del 25 marzo 2021); Intesa Piano nazionale della Prevenzione vaccinale 2023-2025 in corso di approvazione;
- Piano regionale GAP (Gioco Azzardo Patologico), approvato con Deliberazione di giunta regionale n.579 del 18.102022;
- Intesa tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, rep. n. 66/CSR, del 23 marzo 2011, concernente il "Piano Nazionale per l'Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015";
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 30 novembre 2022 (Rep. Atti n. 233/CSR) sul documento recante "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025" e DGR n. 204 del 06/04/2023 con la quale la Giunta Regionale ha recepito la suddetta Intesa;
- Intesa Stato Regioni sul documento "Piano nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS(PNAIDS)" rep. Atti n.180 del 26 ottobre 2017 e DGR 920 del 3 dicembre 2018;
- Patto per la tutela dalla salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM del 1° Agosto 2007), raggiungimento una copertura di controlli effettuati almeno pari al 5% delle imprese attive sul territorio;
- Recepimento e attuazione Piano nazionale dei controlli REACH – CLP di cui al DPCM 12 gennaio 2017 area di intervento B13 di cui all'allegato 1 del predetto DPCM.

Medicina territoriale

- L. 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";
- Accordo tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 16 dicembre 2010 (Rep. atti n.239/CSR/2010) "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e terapia del dolore",
- Decreto del Commissario ad Acta n. 51 /2012 del 11/10/2012 "Approvazione Linee guida regionali recanti Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'ospedale al domicilio";
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" ed in particolare gli artt. 23 sulle cure palliative domiciliari;
- DGR n. 311 del 18/05/2018 "Decreto Commissariale n. 51/2012 dell'11.10.2012 avente ad oggetto: Approvazione linee guida regionali recanti Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'ospedale al domicilio - Adeguamento al DPCM 12 gennaio 2017 - Art. 23
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 17 aprile 2019 (Rep. Atti n. 59/CSR) "Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale" che prevede il coinvolgimento delle reti locali di cure palliative nel trattamento del paziente oncologico
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative,

ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" Rep. Atti n.118/CSR del 27 luglio 2020;

- Art. 1, comma 4, del Decreto Rilancio (D.L. 19-5-2020 n. 34 conv. in L. 77/2020) che prevede il rafforzamento dei servizi di assistenza domiciliare integrata anche per i soggetti con bisogni di cure palliative.

ADEMPIMENTI LEA DI RIFERIMENTO

P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
P14C	Copertura vaccinale anti-pneumococcica
P04C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C
P05C	Copertura vaccinale anti-HPV
P06C	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano
P07C	Denunce d'infortunio sul lavoro
P08Z	Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP).
P14C	Indicatore composito sugli stili di vita
P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto
P16C	Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza

Adempimento Lettera U): Prevenzione.

Adempimento LEA AO) Cure palliative e terapia del dolore

OBIETTIVO GENERALE

Favorire il raggiungimento degli obiettivi LEA in funzione della mappatura degli indicatori certificativi e rafforzare la gestione dei progetti legati a fondi finalizzati

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1: Indicatori certificativi Prevenzione e tutela sanitaria

Indicatore/Attività: Realizzazione, per ciascun anno di vigenza del nuovo Piano regionale di prevenzione, del totale degli indicatori certificativi

Valore atteso: 60% 2022, 70% 2023, 80% 2024, 90% 2025

Obiettivo 2: Indicatori certificativi Medicina territoriale

Indicatore/Attività: incremento delle prese in carico domiciliari del 10% rispetto al periodo precedente. Rendicontazione semestrale (al 30.06 e al 31.12 di ogni anno).

Valore atteso: Incremento 10% rispetto al periodo precedente

Obiettivo 3: Gestione dei progetti finalizzati

Indicatore/Attività 1: deliberazione atto di finalizzazione dei fondi relativi ai progetti approvati

Valore atteso: 100% atti deliberativi pubblicati (in funzione del numero di AASSLL individuate per la realizzazione del progetto)

Indicatore/Attività 2: rendicontazione periodica e finale dei fondi finalizzati

Valore atteso: 100% nr. rendicontazioni prodotte nei tempi per ciascun progetto finalizzato e per ciascuna AASSLL destinataria dei fondi

**NOTE
AGGIUNTIVE**

Con appositi provvedimenti del Servizio competente, potranno essere forniti ulteriori indirizzi operativi in linea con i contenuti del presente documento.

3.9 Programmazione della spesa/costo relativo a veterinaria e sicurezza degli alimenti

SCHEDA DEL SERVIZIO DPF011 - Servizio Sanità Veterinaria e Sicurezza degli Alimenti

INDIRIZZI GENERALI

La salute pubblica e delle singole persone è largamente influenzata da fattori estranei al sistema sanitario quali i determinanti sociali, economici, comportamentali ed ambientali, che possono causare disuguaglianze sistematiche nello stato di salute della popolazione. La promozione e la tutela della salute collettiva ed individuale, e più in generale gli obiettivi di politica sanitaria e sociale richiedono, pertanto, una integrazione delle politiche sociosanitarie con le politiche relative all'istruzione e alla promozione culturale, allo sviluppo economico, alla tutela dell'ambiente, all'urbanistica ed ai trasporti, all'istruzione, all'industria, al commercio, all'ambiente, all'agricoltura.

Azioni per il controllo dei fattori esterni (il Piano della Prevenzione 2020/2025)

Un riferimento evidente dell'importanza attribuita all'impatto dell'ambiente sulla salute pubblica si ritrova, tra le varie fonti, nel riesame della strategia dell'UE in materia di sviluppo sostenibile approvato dal Consiglio EU nel giugno 2006. Il risparmio dei costi, già ottenuto o che si otterrà, nel settore sanitario con l'adozione di interventi adeguati di prevenzione, anche verso i fattori di rischio ambientale, può contribuire a realizzare gli obiettivi della strategia di Lisbona. Basti pensare che in tutto il mondo circa 30 milioni di persone soffrono di asma e che questa patologia ha un costo per la sanità che si avvicina ai 17,7 miliardi di euro l'anno. L'OMS Europa ha pubblicato, in occasione della recente Conferenza Ambiente e Salute di Parma (10-12 marzo 2010), una valutazione completa dell'andamento della salute ambientale nella Regione europea negli ultimi vent'anni e una revisione delle ineguaglianze nell'esposizione ai rischi ambientali.

La sanità è al primo vero banco di prova per l'applicazione di standard di funzionamento dei servizi alla comunità, anche in considerazione della specifica esperienza maturata nel tempo in materia nella gestione della sanità (definizione, quantificazione e verifica dei LEA, procedure per controllo, monitoraggio della spesa e meccanismi sanzionatori in applicazione del DPCM del 17/01/2017 e DM 12/3/2019)

In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, il dipartimento di prevenzione garantisce le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica veterinaria.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Regolamento (CE) n. 178/2002 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 gennaio 2002, che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare;
- Regolamento (UE) 2016/429 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2016, relativo alle malattie animali trasmissibili e che modifica e abroga taluni atti in materia di sanità animale ("EU Animal Health Law" / "Normativa in materia di sanità animale")
- Regolamento (CE) n. 1831/2003 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 22 gennaio 2003, che stabilisce requisiti per l'igiene dei mangimi;
- D.lgs. 2 febbraio 2021, n. 32. "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/625 ai sensi dell'articolo 12, comma 3, lettera g) della legge 4 ottobre 2019, n. 117"

- D. Lgs. 2 febbraio 2021, n. 27, recante “Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/625 ai sensi dell’art. 12 lettera a), b) c), ed e) della Legge 4 ottobre 2019 n. 117”;
- Accordo Stato Regioni n. 46/CSR del 7 febbraio 2013 recante: “Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell’attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle regioni e Province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria”, recepito nell’Ordinamento regionale con Determinazione n. DG/241 del 30.12.2013;
- Intesa Stato Regioni n. 212/CSR del 10 novembre 2016 recante “Linee Guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti (CE) 882/2014 e 854/2004”, recepito nell’Ordinamento regionale con Determinazione n. DPF/231 del 30.12.2016;
- Reg. CE 625/2017 del 15 marzo 2017, relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuati per garantire l’applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari, recante modifica dei regolamenti (CE) n. 999/2001, (CE) n. 396/2005, (CE) n. 1069/2009, (CE) n. 1107/2009, (UE) n. 1151/2012, (UE) n. 652/2014, (UE) 2016/429 e (UE) 2016/2031 del Parlamento europeo e del Consiglio, dei regolamenti (CE) n. 1/2005 e (CE) n. 1099/2009 del Consiglio e delle direttive 98/58/CE, 1999/74/CE, 2007/43/CE, 2008/119/CE e 2008/120/CE del Consiglio, e che abroga i regolamenti (CE) n. 854/2004 e (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, le direttive 89/608/CEE, 89/662/CEE, 90/425/CEE, 91/496/CEE, 96/23/CE, 96/93/CE e 97/78/CE del Consiglio e la decisione 92/438/CEE del Consiglio (regolamento sui controlli ufficiali);
- D.Lgs 502/92 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- DRG. n. 14 del 17/01/2023 recante: Presa d’atto e approvazione del “Programma Operativo 2022-2024 Regione Abruzzo”
- DGR n. 222 del 14/04/2023 oggetto:” Recepimento, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, dell’Intesa della Conferenza Stato-Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano n° 55 del 22 marzo 2023 concernente “Piano di Controllo Nazionale Pluriennale (PCNP) 2023-2027”.

**ADEMPIMENTI
LEA DI
RIFERIMENTO**

DM 12 marzo 2019 “Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio della spesa Sanitaria”

Estratto ALL. A

P08Z	Sicurezza dei prodotti chimici - controlli nella fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	Indicatore per il monitoraggio delle garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente;
P09Z	Copertura delle principali attività di eradicazione controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica	Indicatore composito per il monitoraggio delle attività finalizzate a prevenire, eliminare o ridurre alcune malattie infettive degli animali che possano influenzare la salute dei cittadini per il loro potenziale zoonotico;
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli	Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti

	animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	<p>di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento; - il controllo sulla commercializzazione e sull'uso del farmaco veterinario; - il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali;
P11Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	Indicatore composito per il monitoraggio delle attività volte a verificare il rispetto delle norme di benessere animale negli allevamenti e all'atto della macellazione, per l'impatto che queste prescrizioni hanno sulla salute degli animali produttori di alimenti, riducendo il ricorso a trattamenti terapeutici. Inoltre il rispetto delle norme di benessere animale contribuisce a ridurre la diffusione di patogeni zoonotici nella filiera produttiva;
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino;
P13Z	Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti	Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a verificare le garanzie di sicurezza alimentare per i cittadini, con particolare riguardo ai rischi biologici, fisici, chimici e alle informazioni per il consumatore.

Lettera C13 della Prevenzione

Lettera AJJ dei relativi flussi LEA

**OBIETTIVO
GENERALE**

ADOZIONE DEGLI STANDARD DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

**OBIETTIVI
SPECIFICI**

Obiettivo 1: Adozione e trasmissione alla Regione Abruzzo del programma annuale dei controlli dei servizi veterinari, sicurezza alimentare e prevenzione ambientale come dettagliato nel P.O. 2022/2024 e nella programmazione regionale

Indicatore/Attività: adozione e trasmissione del provvedimento aziendale di recepimento e/o declinazione della programmazione annuale entro il 31 marzo dell'anno di riferimento.

Valore atteso: SI/NO

Obiettivo 2: Implementazione ed inserimento dati nei sistemi informativi regionali e nazionali come stabilito dai flussi dei dati e secondo le scadenze fissate nel piano della prevenzione 2020/2025

Indicatore/Attività: adozione e trasmissione del provvedimento aziendale di declinazione del programma di audit dell'azienda entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento.

Valore atteso: SI/NO

Obiettivo 3: Implementazione ed inserimento dati nei sistemi informativi regionali e nazionali come stabilito dai flussi dei dati e secondo le scadenze fissate nel piano della prevenzione 2020/2025.

Indicatore/Attività: effettuazione delle attività del PRP ed inserimento sui sistemi informativi entro il 31 dicembre di ogni anno di almeno 80% dei dati ed **impiego** delle risorse finanziarie assegnate per tali attività dalla Regione.

Valore atteso: almeno 80% di dati inseriti su totale

Obiettivo 4 Raggiungimento/mantenimento del valore target degli indicatori LEA

Indicatore/Attività: nr. indicatori LEA che rispettano il valore target/nr. totale indicatori LEA

Valore atteso: 100% indicatori che rispettano il target

Obiettivo 5 Raggiungimento del valore target del D.lgs. 32 /2021 con il rispetto dei tempi

Indicatore/Attività: Rendicontazione e trasferimento dei fondi alla Regione entro 30 gg dal semestre di riferimento (31/1 e 31/7 di ogni anno)

Valore atteso: 100% indicatori che rispettano il target

**NOTE
AGGIUNTIVE**

Con appositi provvedimenti del Servizio competente potranno essere forniti ulteriori indirizzi operativi in linea con i contenuti del presente documento

3.10 Indirizzi riguardanti Accredитamento e Accordi Contrattuali

SCHEDA DEL SERVIZIO DPF018 - Servizio Accredитamento e Accordi Contrattuali DPF018

INDIRIZZI GENERALI

Indirizzi riguardanti la programmazione territoriale socio sanitaria –
Supporto alla governance del sistema socio sanitario regionale da parte dei
Dipartimenti di Prevenzione delle ASL.

La vigente LR n. 32/2007 e ss.mm.ii., nel dettare Norme in materia di autorizzazione, accredитamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, attribuisce un ruolo centrale ai Dipartimenti di prevenzione delle AASSLL.

Specificatamente:

Ai sensi dell'art. 3 Autorizzazione alla realizzazione Il Comune, entro quindici giorni dalla presentazione della domanda di autorizzazione alla realizzazione di una struttura sanitaria o socio-sanitaria, , ne trasmette copia anche al Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente per il parere di congruità del progetto ai requisiti minimi strutturali, tecnologici impiantistici ed organizzativi contemplati nel vigente Manuale di Autorizzazione da rilasciare entro e non oltre sessanta giorni dall'acquisizione della domanda trasmessa dal Comune. Analogamente si procede in presenza di varianti in corso d'opera comportanti, a parere del Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente, modifiche sostanziali dei parametri di riferimento

Ai sensi dell'art. 4 Autorizzazione all'esercizio Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio è subordinato alla verifica del possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi e di dotazione del personale definiti dal vigente Manuale di Autorizzazione, verificati dal Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente. Il Comune adotta il provvedimento di autorizzazione all'esercizio entro e non oltre dieci giorni dalla ricezione del parere, se positivo, del Dipartimento di Prevenzione e ne trasmette copia al medesimo Dipartimento

Ai sensi dell'art. 5 Attività di vigilanza sul possesso dei requisiti minimi autorizzativi e sistema sanzionatorio Il Comune trasmette la autodichiarazione triennale attestante il mantenimento del possesso dei requisiti minimi autorizzativi definiti dal Manuale di Autorizzazione al Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente, che dispone le attività di vigilanza e controllo sul possesso dei requisiti minimi autorizzativi. Il Dipartimento regionale competente, in qualsiasi momento, mediante attività ispettive del Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente, verifica il possesso dei requisiti minimi autorizzativi. Il Dipartimento di Prevenzione, entro trenta giorni, comunica l'esito delle verifiche effettuate al Comune, alla Regione ed alla struttura interessata. In presenza di carenze comportanti grave pregiudizio per la salute e l'incolumità delle persone, accertate dal Dipartimento di prevenzione della ASL territorialmente competente, il Comune ordina l'immediata sospensione, anche parziale, dell'attività.

Centrale, inoltre, è il ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL nell'ambito dei procedimenti di cui all'art. 11 della LR n. 32/2007 e ss.mm.ii. ai fini del conseguimento delle autorizzazioni definitive. Per assicurare, sul territorio regionale, elevati standard qualitativi delle prestazioni sanitarie, conformemente a quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017, è necessario, da un lato, in via straordinaria, concludere i procedimenti di cui all'art. 11 della LR n. 32/2007 e ss.mm.ii. con specifico riferimento ai cronoprogrammi di adeguamento, e dall'altro, in via ordinaria, mettere a regime un'attività di controllo delle strutture sanitarie con l'obiettivo di verificarle tutte nel triennio considerato.

I Piani delle attività – straordinarie ed ordinare - con i cronoprogrammi di relativa e specifica attuazione, dovranno essere trasmessi alla Regione – Dipartimento sanità – Servizio DPF018 secondo la modulistica che sarà fornita dallo stesso Servizio. L'Azienda, periodicamente, dovrà dare evidenza dello stato di avanzamento delle

attività programmate nel Piano Straordinario e nel Piano Ordinario e dovrà creare un data base delle strutture con l'indicazione dei controlli effettuati e dei relativi esiti.

**RIFERIMENTI
NORMATIVI**

DM del 19.12.2022 art. 1, in attuazione delle disposizioni di cui agli articoli 8-quater, comma 7 e 8-quinquies, comma 1-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. L.R. 32/2007 e ss.mm.ii.

**ADEMPIMENTI
LEA DI
RIFERIMENTO**

DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all’art. 1, comma 7, del Dlgs 30/12/1992 n. 502”. Aree di attività - Assistenza territoriale socio sanitaria

**OBIETTIVI
GENERALI**

Conseguire l’attuazione delle disposizioni regionali in materia di qualità ed efficienza del sistema regionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie in ciascuno degli esercizi 2023, 2024 e 2025.

**OBIETTIVI
SPECIFICI**

Obiettivo 1: Verifiche ex art. 11 LR n. 32/2007 e ss.mm.ii.

Indicatore/Attività:

- trasmissione al Dipartimento Salute – Servizio DPF 018- del Piano Straordinario delle attività – 31 agosto 2023;
- a cadenza mensile trasmissione al Dipartimento Salute – Servizio DPF 018 dello stato di avanzamento dei procedimenti da concludersi entro il 31 dicembre 2023.

Valore atteso: 100% delle verifiche alla data del 31 dicembre 2023.

Obiettivo 2: Verifiche ex art. 5 L.R. n. 32/2007 e ss.mm.ii.

Indicatore/Attività:

- trasmissione al Dipartimento Salute – Servizio DPF 018 - del Piano ordinario delle attività – 31 dicembre 2023;
- a cadenza semestrale trasmissione al Dipartimento Salute – Servizio DPF 018, dello stato di avanzamento dei procedimenti da concludersi entro il 31 dicembre 2025.

Valore atteso: 100% delle verifiche alla data del 31 dicembre 2025

Obiettivo 3: Creazione data base delle strutture

Indicatore/Attività: n. Fascicoli elettronici – Data base aggiornato al trimestre/n. Controlli effettuati nel periodo.

Valore atteso: in linea con l’Obiettivo 1 e con l’Obiettivo 2.

**NOTE
AGGIUNTIVE**

Il Dipartimento Sanità potrà impartire indirizzi operativi in linea con i contenuti del presente documento o intervenire con ulteriori indicazioni operative

3.11 Indirizzi riguardanti la sanità digitale

SCHEDA DEL SERVIZIO DPF019 - Flussi Informativi e Sanità Digitale DPF019

INDIRIZZI GENERALI	Completa implementazione del Piano di Sanità Digitale
RIFERIMENTI NORMATIVI	<p>I riferimenti normativi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - art.12 del decreto-legge 18 ottobre 2012 n. 179, convertito in legge 17 dicembre 2012, n. 221 e s.m.i. (FSE); - DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"; - art.50 D.L. 30-9-2003 n. 269, convertito in L. 24 novembre 2003, n. 326, e s.m.i. (tessera sanitaria); - DM 23 dicembre 2019 Utilizzo del Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale - Fascicolo sanitario elettronico; - D.M. Decreto 20 agosto 2019 "Ripartizione tra le regioni dei fondi per la riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (CUP)"; - DGR n. 723 del 17/11/2020 "Implementazione di ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie della regione Abruzzo – Approvazione di progetto"; - Determinazione Direttoriale DPF/24 del 10 Novembre 2020 con oggetto: "Criteri generali per la redazione del Piano Strategico Digitale della Sanità della regione Abruzzo 2021-2023"; - DGR 126/2022 Approvazione Del Piano Strategico Digitale Della Sanità Della Regione Abruzzo Relativo Al Triennio 2021-2023.
ADEMPIMENTI LEA DI RIFERIMENTO	Lett. J, lett. k, lett. AAD, lett. AU del questionario LEA C.2, C.3, C.5, C.6, C.7, C.8, C.9, C.10, C.11, C.12, C.14, C.15, AAW.
OBIETTIVI GENERALI	Realizzare le iniziative del Piano di Sanità Digitale e rafforzare il monitoraggio dei nuovi indicatori NSG
OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Obiettivo 1: PNRR – attuazione del Piano Sanità Digitale della Regione Abruzzo relativo al triennio 2021-2023 (DGR 126/2022). Implementazione della informatizzazione aziendale e monitoraggio indicatori NSG."</p> <p>Indicatore/Attività: esecuzione delle seguenti iniziative:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PNRR: rispetto delle scadenze e delle milestone; - Piano Sanità Digitale: completa digitalizzazione dei processi e finanziamento diretto di integrazioni necessarie; -Corretto funzionamento dei sistemi regionali (screening, AVR, CUP orchestratore, Cartella clinica, VNA, ecc); - FSE – Fascicolo Sanitario Elettronico – rispetto delle scadenze e milestone con riferimento alla diffusione delle firme digitali e alla piena rispondenza agli standard FSE 2.0; previsione, entro settembre l'invio di lab. Analisi, verbali pronto soccorso, trasfusionale, Radiologia, Anatomia Patologica, referti specialistici di tutte le branche, schede di dimissione ospedaliera. <p>Valore atteso: iniziative avviate per 2024, completa attuazione 2026</p>

Obiettivo 2: Adempiere alle disposizioni della DGR n. 723 del 17/11/2020 sia favorendo la scelta e revoca del Medico on line per tutte le casistiche esistenti e sia condividendo a sistema tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Indicatore/Attività: numero di scelte e revoche on line e attivazione dei referti on line

Valore atteso: maggiore del 95% del totale

Obiettivo 3: Progressivo miglioramento della rilevazione dei dati anagrafici degli assistiti, anche attraverso l'integrazione delle anagrafi dei singoli gestionali all'anagrafe regionale degli assistiti, misurata attraverso il numero di assistiti validi ai fini dell'interconnessione

Sistema Informativo NSIS	Soglia Validità CI = 1(%) - (Codice Identificativo non valido)	Soglia Tipologia CI = 99(%) - (Codice Identificativo non presente in banca dati)
SIAD	≤ 1	≤ 1
HOSPICE	≤ 1	≤ 1
SISM (Residenziale)	≤ 2	≤ 2
SIND	≤ 2	≤ 2
EMUR PS	≤ 5	≤ 5
FAR	≤ 1	≤ 1

Indicatore/Attività: miglioramento della rilevazione dei Codici Fiscali dei ricoverati.

Valore atteso: diminuzione della percentuale di C.F. non validi inseriti nelle SDO rispetto all'anno precedente, attestandosi al massimo all'1% dei C.F. non validi.

Obiettivo 4: Sviluppo di sinergie inter-aziendali (tra strutture pubbliche delle ASL abruzzesi) finalizzate alla contrazione della mobilità passiva extraregionale e alla conclusione di appositi accordi di confine.

Indicatore/Attività: contrazione della Mobilità passiva nei ricoveri monitorando in particolare:

- DRG potenzialmente inappropriati se erogati in Regime ordinario (esclusi tutti i ricoveri ordinari urgenti).
- DRG di non alta complessità
- Attività di lungodegenza/riabilitazione valorizzando le giornate consumate nelle discipline 56, 60 (introduzione tetto).

Valore atteso: diminuzione della mobilità passiva rispetto al valore dell'anno precedente.

Obiettivo 5: Sviluppo di sinergie inter-aziendali (tra strutture pubbliche delle ASL abruzzesi) finalizzate alla contrazione della mobilità passiva extraregionale e alla conclusione di appositi accordi di confine.

Indicatore/Attività: recepimento del documento dell'ASR entro 30 giorni dall'approvazione

Valore atteso: nr. Asl che hanno recepito il documento entro il termine/totale ASL

Obiettivo 6: Rispetto scadenze stabilite sul GAF, piattaforma di Gestione Accoglienza Flussi per la trasmissione dei flussi informativi dalle ASL alla Regione Abruzzo.

Miglioramento della tempestività nel conferimento dei Flussi necessari alla Compensazione della Mobilità sanitaria interregionale.

Negli ultimi anni la Regione Abruzzo ha dovuto richiedere più volte alla Commissione Salute il ricorso allo strumento dell'iscrizione nelle Partite regolatorie di quelle somme riferite a Flussi standard di attività trasmessi dalle ASL al Servizio DPF019 oltre le scadenze fissate sul GAF.

Nell'anno 2022 una ASL ha trasmesso una parte di File F oltre la scadenza del GAF e a ridosso del 15 maggio, data di scadenza per il primo invio degli addebiti di attività alle altre Regioni.

Un'altra ASL ha trasmesso una parte di File F addirittura oltre il 15 maggio, costringendo al ricorso delle Partite regolatorie.

Indicatore/Attività: numero di scadenze rispettate > 80%.

Valore atteso: 100% delle scadenze rispettate sul GAF

Obiettivo 7: Implementazione delle innovazioni sulle SDO e sul nuovo flusso SICOF, previsto dal PNRR.

Recepimento da parte delle ASL del nuovo Flusso informativo sui Consultori Familiari SICOF.

Recepimento da parte delle ASL del nuovo tracciato SDO riguardante i seguenti aggiornamenti:

- SDO_R riabilitativa: scelta del tracciato,
- SDO variabile STEN riguardante i trasporti in emergenza neonatale,
- SDO "in service" riguardante gli interventi eseguiti in strutture diverse da quella del ricovero,
- SDO variabile dimissioni dalla Terapia intensiva: condizioni.

Indicatore/Attività: numero consultori presenti nel nuovo flusso SICOF > dell'80% e trasmissione da parte del 100% degli Ospedali con reparto 28-56-75 (riabilitazione)

Valore atteso: 100% dei consultori presenti nel nuovo flusso SICOF e 100% delle ASL che utilizzano il nuovo tracciato SDO-R

Obiettivo 8: Obiettivo Mobilità Internazionale: formazione ai medici di medicina generale e ospedalieri sulle procedure da adottare per l'intercettazione dei servizi sanitari erogati ai cittadini stranieri.

Indicatore/Attività: Almeno 2 incontri formativi

Valore atteso: aumento del recupero economico finanziario sulle prestazioni erogate ai cittadini stranieri

NOTE AGGIUNTIVE

L'Amministrazione Regionale intende favorire l'efficacia delle iniziative pubbliche uniformando i modelli di informatizzazione delle singole ASL (a beneficio della gestione dei flussi informativi - particolarmente carente - e dei flussi operativi di tutti i sistemi utilmente concorrenti alla presa in carico del paziente). Per garantire il rapido allineamento delle ASL a tali indicazioni prevedendo di vincolare le risorse a tali specifiche iniziative: sistema unico di prenotazione (CUP orchestratore) e modello unico di informatizzazione ASL con la predisposizione del *Enterprise service bus* e del *clinical data repository* organizzati in maniera standardizzata e con codifiche univoche.

Con appositi provvedimenti del Servizio competente, potranno essere forniti ulteriori indirizzi operativi in linea con i contenuti del presente documento

3.12 Indirizzi riguardanti la programmazione socio sanitaria - Programmazione Territoriale e Integrazione Socio-Sanitaria

SCHEDA DEL SERVIZIO DPF020 Programmazione Socio-Sanitaria

ATTIVAZIONE DELLE UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (UCA) DELLA REGIONE ABRUZZO

INDIRIZZI GENERALI

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe mobile distrettuale per la gestione di pazienti in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico.

L'UCA assicura la presa in carico nei casi di dimissione difficile del paziente, interviene durante i focolai epidemici e garantisce una risposta rapida e flessibile attraverso accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici.

Le UCA garantiscono un'ulteriore offerta sanitaria a supporto della rete delle cure primarie e territoriali; operano coordinandosi con le AFT, le UCCP e le Case della Comunità e in via sperimentale con le strutture ospedaliere e i Pronto Soccorso.

Le Unità di Continuità Assistenziale sono istituite dalle AA.SS.LL. con personale medico dipendente o convenzionato e sono collocate in via prioritaria all'interno dei Distretti/Case della Comunità HUB (definite in numero e localizzazione dalla D.G.R. 263/2022 di approvazione del POR PNRR), alle quali afferiscono sia da un punto di vista funzionale che organizzativo.

La D.G.R. n. 14 del 17/01/2023 ha approvato il "Programma Operativo 2022-2024 Regione Abruzzo", che indica le azioni da realizzare nel triennio per il perseguimento degli obiettivi strategici di tipo sanitario della Regione prevedeva già l'attivazione delle UCA e la reportistica sul funzionamento delle stesse a carico delle AA.SS.LL.

La DGR n. 244 del 27.04.2023 "D.M. 77/2022 – DGR 773/2022 – Attivazione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) della Regione Abruzzo" ha previsto l'istituzione di n. 1 UCA ogni 100 mila abitanti. Per la Regione Abruzzo sono previste n. 13 UCA (3 per le ASL201, 203 e 204, 4 per la ASL202).

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Articolo 8, del Decreto-Legge 9 marzo 2020, n. 14 recante "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19".
- O.P.G.R. n. 11 del 20 marzo 2020 "Emergenza COVID-19 - Istituzione delle Unità Speciali di continuità assistenziale ai sensi del D.L. 9 marzo 2020 n. 14".
- Intese 28.04.2022 stipulate, ai sensi dell'Accordo Stato- Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale - triennio 2016-2018. (Rep. atti n. 112/CSR) e sull'ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta- triennio 2016-2018. (Rep. atti n. 70/CSR).
- Decreto 29 aprile 2022 - Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare (Milestone EU M6C1-4)
- Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.
- Decreto 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. (22G00085) (GU n.144 del 22-6-2022).
- D.G.R. n. 773 del 13 dicembre 2022 Recepimento del D.M. 77/2022 - Approvazione del "Piano dell'Assistenza Territoriale della Regione Abruzzo", finalizzato all'accesso alle risorse di cui alla Missione 6 - Componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).
- D.G.R. n. 15 del 17 gennaio 2023 Atto di programmazione volto a istituire le Forme Organizzative Monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei Medici

di Medicina Convenzionata PLS e Specialisti Ambulatoriali e Veterinari alle forme Organizzative Multiprofessionali: adozione.

- DGR 244 del 27.04.2023 “D.M. 77/2022 – DGR 773/2022 – Attivazione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) della Regione Abruzzo”

ADEMPIMENTI LEA DI RIFERIMENTO

OBIETTIVI GENERALI

Attivazione delle Unità di Continuità Assistenziale secondo DGR 244/2023

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1: Attivazione delle UCA nel territorio della Regione Abruzzo

Indicatore/Attività: N. UCA attivate / n. UCA da attivare per ASL

Valore atteso: = 1

POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA DI PAZIENTI OVER 64

INDIRIZZI GENERALI

Le Cure Domiciliari sono un servizio a valenza distrettuale finalizzate alla erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

Attualmente in Regione Abruzzo circa il 5,28% (flusso SIAD 2020) della popolazione sopra i 65 anni è assistita al domicilio e tale dato è in linea con la media nazionale.

La DGR 598 del 6 ottobre 2020 approva la rete territoriale ex art 1 DL 34/20. Tra gli ambiti di riferimento è previsto, ai sensi del comma 4, il potenziamento dell'ADI secondo un incremento percentuale di prese in carico distinte tra pazienti fino a 64 anni di età e pazienti da 65 anni ed oltre.

Con DGR 769 del 29 dicembre 2021 la Regione ha recepito l'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021 relativo all'implementazione dei nuovi requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178.

È in corso di approvazione il fabbisogno programmatico regionale delle prese in carico ADI 2022-2025 (e di strutture) coerente con gli obiettivi PNRR dettati nel DM 23 gennaio 2023:

Anno	2022	2023	2024	2025
Target PNRR Abruzzo - Incremento pazienti anziani (dato cumulato)	5.813	12.031	18.238	19.678

Nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza, all'interno della Missione 6 componente 1, l'investimento 1.2.1 è dedicato al potenziamento dell'assistenza domiciliare. Il Piano prevede la definizione di un modello di assistenza territoriale capillare su tutto il territorio nazionale che sia in grado di rispondere ai bisogni di salute della comunità di riferimento, non dimenticando le fasce di popolazione in età più avanzata e fragili,

nonché la popolazione con una o più patologie croniche o con disabilità, la quale non può prescindere dal potenziamento dell'assistenza domiciliare. Seguendo le migliori pratiche internazionali l'obiettivo che il SSN si pone nei prossimi 5 anni è quello di aumentare il volume delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. Per raggiungere l'obiettivo target nel 2026, la previsione regionale è della presa in carico di over 65 anni, conseguibile in particolare tramite la valorizzazione delle classi di intensità di base, l'implementazione delle UCA e dei relativi compiti in ambito di telemedicina e teleassistenza, nonché l'avvio dei processi di accreditamento istituzionale della funzione relativa alle cure domiciliari.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- DGR n. 693 del 18/09/2018 “D.P.C.M. 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Presa d'atto e approvazione del Documento Tecnico Autorizzazione e Accreditamento delle Cure Domiciliari
- D.L.34/2020
- Art. 1, comma 274, L. 234/2021
- DGR n. 769 del 29/11/2021 “Recepimento dell'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021 recante “Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”.
- D.M. 23 maggio 2022, n. 77
- DGR 773/2022
- D.M. 23 gennaio 2023 - Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)»

ADEMPIMENTI LEA DI RIFERIMENTO

Indicatori NSG D22Z – D23Z
Adempimenti LEA – Lettera S2) Cure Domiciliari

OBIETTIVI GENERALI

Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata di pazienti anziani secondo trend coerente con il target PNRR

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 2: Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (anche tele-assistita e per intensità di CIA base) di pazienti over 64.

Indicatore/Attività: Indice di incremento tendenziale dei pazienti anziani presi in carico in ADI rispetto ad anno precedente

Valore atteso: aumento (anche tramite corretta contabilizzazione delle CIA Base) dell'indicatore >20% e comunque in coerenza con target PNRR (Decreto Min. Salute 23 gennaio 2023)

FORMALIZZAZIONE E ATTUALIZZAZIONE RETE CURE PALLIATIVE

INDIRIZZI GENERALI

La legge di Bilancio per il 2023, art. 1, comma 83 (L. 197/2022) ha aggiunto all'art. 5 della L. 38/2010 il comma 4-bis, secondo cui le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono tenute a presentare un piano annuale di potenziamento delle cure palliative al fine di raggiungere, entro l'anno 2028, il 90% della popolazione interessata. La legge prevede che il monitoraggio dell'attuazione del piano sia affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che lo realizza a cadenza semestrale. La presentazione del piano e la relativa attuazione costituiscono adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato.

La Regione istituisce con atto formale:

- il Centro di Riferimento Regionale di TD e CPP, di natura pubblica, che cura il monitoraggio e la Carta dei Servizi e può essere ospitata anche nell'hospice pediatrico;
- le unità di cure palliative domiciliari (UCP-dom) e gli altri elementi essenziali della rete.

I nodi della rete sono essenzialmente dati, oltre che dal Centro di Riferimento Regionale di TD e CPP, dalle 4 UOC di Cure Palliative e Terapie del Dolore, dalle 13 UCP e, a regime, dagli almeno 10 (oggi 6) hospice.

L'incremento di presa in carico residenziale concorre non solo agli obiettivi tracciati dalla L. 197/2022 (modifiche alla L. 38/2010), ma anche al raggiungimento dei target LEA domiciliari e residenziali in ambito di cure palliative nonché degli indicatori NSG Core e No-Core (D30Z, D31C, D32Z).

Le ASL devono attivare n. 13 Unità di Cure Palliative a livello regionale (3 nelle ASL 201, 203 e 204 e 4 nella ASL 202) e giungere ad almeno 100 posti letto in hospice entro il 2028 secondo cronoprogramma approvato con DGR regionale.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- DGR 311 del 18.05.2018 ad oggetto "Decreto Commissariale n. 51/2012 dell'11.10.2012 avente ad oggetto: Approvazione linee guida regionali recanti Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'ospedale al domicilio - Adeguamento al DPCM 12 gennaio 2017 - Art. 23";
- DGR 661 del 22.10.2021 ad oggetto "Recepimento Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" Rep. Atti n.118/CSR del 27 luglio 2020";
- DGR 689 del 2.11.2021 ad oggetto "DGR 175 del 4.4.2022 ad oggetto "Recepimento accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n. 30/CSR del 25 marzo 2021)";
- DGR 176 del 4.4.2022 ad oggetto "Recepimento accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante 'Accreditamento delle reti di terapia del dolore" (rep. atti n.119/csr del 27 luglio 2020)";
- L. 38/2010
- L. 77/2022
- D.G.R. 773/2022

ADEMPIMENTI LEA DI RIFERIMENTO	Indicatori NSG D22Z – D23Z Adempimenti LEA – Lettera AO) Cure Palliative
OBIETTIVI GENERALI	Potenziamento della presa in carico di cure palliative sia a domicilio che in hospice e istituzione delle UCP
OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Obiettivo 3: Azioni per l'implementazione del Piano di Potenziamento delle Cure Palliative secondo gli indicatori seguenti.</p> <p>Indicatore/Attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attivazione di almeno n. 6 UCP-Dom elettivamente presso i 6 hospice esistenti o in hub funzionalmente collegati; - programmazione di nuovi posti letto di residenzialità palliativa (hospice) - incremento delle prese in carico di cure palliative domiciliari secondo gli obiettivi del Piano. <p>Valore atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. UCP attivate/N. hospice aziendali esistenti ≥ 1; - approvazione di atti di programmazione ASL di secondo livello per residenzialità in hospice (SI/NO); - incremento (nell'ordine del +15% tendenziale) dei pazienti presi palliativi presi in carico secondo gli obiettivi annuali del Piano.
NOTE AGGIUNTIVE	Con appositi provvedimenti del Servizio competente potranno essere forniti ulteriori indirizzi operativi in linea con i contenuti del presente documento

3.13 Indirizzi riguardanti la programmazione socio sanitaria – Programmazione Ospedaliera

SCHEDA DEL SERVIZIO DPF020 Programmazione Socio-Sanitaria

ASSISTENZA OSPEDALIERA

INDIRIZZI GENERALI	Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, tra gli indicatori di valutazione e monitoraggio della erogazione delle cure nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza di cui alla vigente normativa di riferimento, è prevista la tempestività dell'intervento chirurgico sul paziente di età superiore a 65 anni con frattura prossimale del femore, che non deve superare i due giorni dal ricovero. La regione Abruzzo con la DGR 807 del 22 dicembre 2017 ha approvato il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) del paziente con frattura prossimale del femore, e con la DGR 11 del 17 gennaio 2023 ha stabilito misure organizzative ed operative a garanzia della attuazione del suddetto percorso.
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • DPCM LEA 12 gennaio 2017 • DGR 807/2017 • DGR 11/2023
ADEMPIMENTI LEA DI RIFERIMENTO	Assistenza ospedaliera
OBIETTIVI GENERALI	Raggiungimento della percentuale minima del 60% nei presidi ospedalieri di rispettiva afferenza delle Aziende UUSLL dei pazienti over 65 con frattura femore operati entro due giorni dal ricovero
OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Obiettivo 1: Recepimento formale ed attuazione della DGR 11 del 17 gennaio 2023</p> <p>Indicatore/Attività: Adozione e trasmissione provvedimenti aziendali applicativi delle misure DGR 11/2023.</p> <p>Valore atteso: SI/NO</p>
NOTE AGGIUNTIVE	Con appositi provvedimenti del Servizio competente potranno essere forniti ulteriori indirizzi operativi in linea con i contenuti del presente documento

3.14 Indirizzi riguardanti la programmazione socio sanitaria – Medicina Convenzionata

SCHEDA DEL SERVIZIO DPF020 Programmazione Socio-Sanitaria

GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO FRAGILE E MULTI-PATOLOGICO ATTRAVERSO LA PRESA IN CARICO DEI MMG E PLS E SAI NELLE UCCP IN CONNESSIONE FUNZIONALE CON LE AFT

INDIRIZZI GENERALI

L'attuale articolazione dell'assistenza primaria, nella Regione Abruzzo, è caratterizzata dalla diffusione capillare degli studi convenzionati, a garanzia dell'accessibilità della popolazione, e da forme associative disciplinate dai precedenti AA.CC.NN. e AA.II.RR.

Il Decreto 23 maggio 2022, n.77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" pubblicato sulla G.U. del 22.06.2022 introduce un requisito fondamentale la riqualificazione dell'assistenza primaria, anche alla luce degli indirizzi e degli obiettivi previsti dal PNRR, che riguarda la presenza delle UCCP e di tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT) all'interno del modello delle Case della Comunità (CdC) avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.

Il modello assistenziale e organizzativo su cui si basa l'organizzazione dell'assistenza primaria descritta, nella strategia complessiva del passaggio da una "medicina di attesa" a una "medicina di iniziativa" o proattiva, risponde al principio per cui i pazienti meno complessi afferiscano al livello delle cure primarie (Self -management support), gestito dal MMG/PLS/CA (Continuità Assistenziale) / SAI (Specialisti Ambulatoriali Interni).

I casi più complessi (High risk patients e Patients with severe complications), invece, possono essere inseriti in programmi di follow-up più intensi, gestiti dal MMG/PLS/CA/SAI in collaborazione con il team multidisciplinare dell'UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie).

La Regione ha provveduto con l'adozione dei Decreti del Commissario ad acta n.16 e n. 17 del 8/03/2016 e n. 56/2016, a termini di quanto stabilito dal Decreto Balduzzi del 2012 e dal Patto per la Salute 2014/2016, a definire l'impianto generale del sistema delle AFT e UCCP, in maniera uniforme per il territorio regionale, procedendo poi alla valutazione e recepimento degli atti programmatori delle Aziende Usl.

L'implementazione di tali modelli organizzativi sul territorio regionale non ha dato seguito ad uno sviluppo omogeneo degli stessi da parte delle AA.SS.LL, poiché la messa a terra della disciplina di riforma delle cure primarie ha incontrato un ostacolo difficilmente superabile nella mancata emanazione dei nuovi Accordi Collettivi Nazionali.

Con l'entrata in vigore il 28.04.2022 (intesa Rep.Atti n.71/CSR e 70/CSR del 28 aprile 2022) degli AA.CC.NN. dei medici Pediatri di libera scelta e dei Medici di Medicina Generale, a cui la legge 158/2012 demanda la definizione di alcuni aspetti inerenti le AFT e UCCP si è resa obbligatoria l'implementazione di tali modelli organizzativi da parte delle AA.SS.LL che dovranno costituire 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 le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nella Regione (di cui all'art. 54 dell'ACN 2009).

Pertanto, la Regione ha approvato la DGR n. 17 del 15.01.2023 - "Atto di programmazione volto a istituire le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici di medicina convenzionata PLS e specialisti ambulatoriali e veterinari alle forme organizzative multiprofessionali:adozione"- ai sensi dell'art 8 comma 2 dei recenti AA.CC.

Nei successivi 12 mesi (15.01.2024) dovranno essere adottati i conseguenti Accordi Integrativi regionali per l'attuazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria per l'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e la definizione delle modalità di partecipazione dei medici convenzionati PLS e SAI veterinari e professionisti alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP).

In attesa che la Regione adotti gli atti di programmazione e i conseguenti Accordi Integrativi regionali i compensi e le indennità riconosciute alle forme associative attualmente esistenti sono salvaguardati dalla previsione della norma transitoria n. 6 dell'ACN 28 Aprile 2022. Nel frattempo è possibile utilizzare nei limiti della capienza del fondo le risorse di cui all'art 59, comma 4 dell'Acn 23 marzo 2005.

RIFERIMENTI NORMATIVI

ADEMPIMENTI LEA DI RIFERIMENTO

Assistenza primaria

OBIETTIVI GENERALI

Attuazione delle linee di indirizzo regionali di cui alla DGR n. 17 del 15 01.2023- "*Atto di programmazione volto a istituire le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici di medicina convenzionata PLS e specialisti ambulatoriali e veterinari alle forme organizzative multiprofessionali:adozione*"- e delle successive linee di indirizzo regionali che saranno adottate e recepite nei nuovi AAIIRR della medicina convenzionata

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1: Gestione del paziente cronico fragile e multi-patologico attraverso la presa in carico dei MMG e PLS e SAI nelle UCCP in connessione funzionale con le AFT.

Indicatore/Attività: implementazione delle forme organizzative descritte nella DGR 17 del 15.01.2023 e dalle successive linee di indirizzo regionali e dai nuovi AAIIRR della medicina convenzionata dei PLS e specialisti ambulatoriali veterinari e professionisti

Valore atteso: SI/NO

NOTE AGGIUNTIVE

Le Aziende dovranno tener conto dei nuovi AAIIRR con la medicina convenzionata i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali veterinari e professionisti che dovranno essere sottoscritti entro il 15.01.2023 Con appositi atti e/o provvedimenti dell'ufficio regionale competente, saranno forniti gli indirizzi operativi legati alla programmazione regionale volti ad Istituire le AFT e le UCCP.

Con appositi provvedimenti del Servizio competente potranno essere forniti ulteriori indirizzi operativi in linea con i contenuti del presente documento

4 Indirizzi dell'Agenzia Sanitaria Regionale

SCHEDA dell'Agenzia Sanitaria Regionale - ASR

INDIRIZZI GENERALI	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione “Linee di indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso” - Attuazione degli standard strutturali, organizzativi e di personale della Rete Diabetologica - Recepimento e attuazione dei PDTA regionali
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> - DGR 369 del 11.07.2022 - DGR 24 del 25.01.2022 - DGR 397/2021; DGR 522/2021; DGR 523/2021; DGR 524/2021; DGR 546/2021; DGR 24/2022; DGR 78/2022; DGR 324/2022
ADEMPIMENTI LEA DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Capo V, lett. a) (Assistenza Ospedaliera) - Capo III (Assistenza Distrettuale) - Capo V e Capo III (Assistenza Ospedaliera Assistenza Distrettuale)
OBIETTIVI GENERALI	Orientare l'attività clinica e sanitaria delle AA.SS.LL. nel rispetto delle indicazioni e delle linee guida stabilite dalle disposizioni nazionali e regionali
OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Obiettivo 1: Redigere ed attuare il PAGS</p> <p>Il documento tecnico “Linee di indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso – Regione Abruzzo” recepito con DGR n. 369/2022 detta gli indirizzi regionali per la definizione e l'attuazione dei Piani Aziendali di Gestione del Sovraffollamento (PAGS). La responsabilità complessiva del PAGS è in capo alla Direzione Generale dell'Azienda. Dovrà essere redatto ed implementato il PAGS formalizzandolo con atto deliberativo aziendale.</p> <p>Indicatore/Attività: Redazione ed attuazione del Piano Aziendale di Gestione del Sovraffollamento (PAGS) formalizzato tramite atto deliberativo aziendale.</p> <p>Valore atteso: Formalizzazione ed attuazione del PAGS per ogni singola ASL.</p> <p>Obiettivo 2: Istituire ed adeguare la rete diabetologica aziendale</p> <p>Con DGR 24 del 25/01/2022 è stato approvato il Documento tecnico “PDTA del Diabete e Rete Diabetologica” che comporta l'adozione di specifiche misure clinico-organizzative da parte delle AA.SS.LL. che si sostanziano nell'istituzione e adeguamento della rete diabetologica ai criteri organizzativi e agli standard strutturali e di personale declinati nel documento medesimo. Dovrà essere declinato l'assetto della rete diabetologica aziendale, nel rispetto degli standard stabiliti, formalizzato tramite atto deliberativo aziendale.</p> <p>Indicatore/Attività: Istituzione e adeguamento della rete diabetologica.</p> <p>Valore atteso: Emanazione atto deliberativo aziendale di istituzione ed adeguamento della Rete Diabetologica per ogni singola ASL.</p> <p>Obiettivo 3: Recepire e attuare i PDTA regionali</p> <p>I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali assumono un ruolo sempre più rilevante nella gestione e nella cura dei pazienti prevenendo una totale presa in carico</p>

multidisciplinare. La Regione Abruzzo ha deliberato PDTA elaborati presso l'Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo, in collaborazione con specifici gruppi tecnici appositamente costituiti. Tali provvedimenti emanati dalla Regione Abruzzo prevedono espressamente il recepimento con deliberazione aziendale e relativa attuazione tramite la stesura di un Protocollo clinico-organizzativo aziendale. Si fa in tal senso riferimento ai PDTA elaborati nel corso degli anni 2021 e 2022, e precisamente quelli di cui alle seguenti delibere di giunta: DGR 397/2021 (Fibromialgia); DGR 522/2021 (Cirrosi epatica); DGR 523/2021 (BPCO); DGR 524/2021 (Scompenso cardiaco); DGR 546/2021 (Tumore mammella); DGR 24/2022 (Diabete); DGR 78/2022 (Tumore colon e retto); DGR 324/2022 (Malattie reumatiche infiammatorie ed autoimmuni). Per ciascuno dei PDTA sopra menzionati dovrà essere redatto e formalizzato con atto deliberativo lo specifico protocollo clinico-organizzativo aziendale.

Indicatore/Attività: Redazione protocollo clinico-organizzativo aziendale per ogni singolo PDTA

Valore atteso: Formalizzazione protocollo clinico-organizzativo aziendale mediante atto deliberativo per ogni singolo PDTA e singola ASL.

**NOTE
AGGIUNTIVE**

Con appositi provvedimenti dell'Agenzia, potranno essere forniti ulteriori indirizzi operativi in linea con i contenuti del presente documento