



BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale n. 106 del 08 Novembre 2013

Decreti Commissario ad Acta

Vendita e Informazioni

**UFFICIO BURA
L'AQUILA
Via Leonardo Da Vinci n° 6**

Bura: Tel. **0862/363264 - 363206**
Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Servizi online: Tel. 0862/363264 - 363217 - 363206

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

Avviso per gli abbonati

In applicazione della **L.R. n. 51 del 9.12.2010** il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo dall' 1.1.2011 viene redatto in forma digitale e diffuso gratuitamente in forma telematica, con validità legale. Gli abbonamenti non dovranno pertanto più essere rinnovati.

Il Bollettino Ufficiale viene pubblicato nei giorni di Mercoledì e Venerdì

Articolazione del BURAT

Il BURAT serie "ORDINARIO" si articola in due parti:

PARTE PRIMA

- a) Lo Statuto regionale e le leggi di modifica dello Statuto, anche a fini notiziali ai sensi dell'articolo 123 della Costituzione;
- b) le leggi ed i regolamenti regionali e i testi coordinati;
- c) il Piano regionale di sviluppo ed i relativi aggiornamenti, il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria nonché tutti gli atti di programmazione degli organi di direzione politica disciplinati dalla normativa regionale in materia di programmazione;
- d) gli atti relativi ai referendum da pubblicarsi in base alle previsioni della normativa in materia;
- e) le sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relative a leggi della Regione Abruzzo o a leggi statali o a conflitti di attribuzione coinvolgenti la Regione Abruzzo, nonché le ordinanze di organi giurisdizionali che sollevano questioni di legittimità di leggi della Regione Abruzzo e i ricorsi del Governo contro leggi della Regione Abruzzo;
- f) gli atti degli organi politici e di direzione amministrativa della Regione che determinano l'interpretazione delle norme giuridiche o dettano disposizioni per loro applicazione;
- g) le ordinanze degli organi regionali.

PARTE SECONDA

- a) Le deliberazioni adottate dal Consiglio regionale e non ricomprese fra quelle di cui al comma 2;
- b) gli atti di indirizzo politico del Consiglio regionale;
- c) i decreti del Presidente della Giunta regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- d) i decreti del Presidente del Consiglio regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- e) i provvedimenti degli organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale;
- f) gli atti della Giunta regionale e dell'ufficio di Presidenza del Consiglio regionale di interesse generale;
- g) gli atti della Regione e degli enti locali la cui pubblicazione è prevista da leggi e regolamenti statali e regionali;
- h) i bandi e gli avvisi di concorso della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici e i relativi provvedimenti di approvazione;
- i) i bandi e gli avvisi della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici per l'attribuzione di borse di studio, contributi, sovvenzioni, benefici economici o finanziari e i relativi provvedimenti di approvazione;
- j) i provvedimenti di approvazione delle graduatorie relative ai procedimenti di cui alle lettere h) e i);
- k) gli atti di enti privati e di terzi che ne facciano richiesta conformemente alle previsioni normative dell'ordinamento.

1. Gli atti particolarmente complessi, i bilanci ed i conti consuntivi, sono pubblicati sui BURAT serie "SPECIALE".
2. Gli atti interni all'Amministrazione regionale sono pubblicati sui BURAT serie "SUPPLEMENTO".
3. I singoli fascicoli del BURAT recano un numero progressivo e l'indicazione della data di pubblicazione.

NOTA:

Le determinazioni direttoriali e dirigenziali per le quali non sia espressamente richiesta la pubblicazione integrale sul BURAT, ancorché non aventi rilevanza esterna o che siano meramente esecutive di precedenti determinazioni, sono pubblicate per estratto contenente la parte dispositiva, l'indicazione del servizio competente, il numero d'ordine, la data e l'oggetto del provvedimento.

Sul Bollettino Ufficiale sono altresì pubblicati tutti i testi la cui pubblicazione è resa obbligatoria dall'ordinamento nazionale e comunitario, anche se richiesti da privati.

Sommario

PARTE I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

DECRETI

PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA

(Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2009)

DECRETO 12.09.2013, n. 65

Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete delle strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni riabilitative ex art. 26 l.833/78- anno 2013. modifica tetti di spesa fissati con d.c. 51/2013. 5

DECRETO 18.09.2013, n. 66

Definizione dei requisiti di accreditamento delle strutture che erogano prestazioni di Hospice. Modifica allegato A al Decreto del *Commissario ad acta* n. 55 del 26 Ottobre 2012.12

DECRETO 07.10.2013, n. 68

Approvazione dello Statuto dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo.16

DECRETO 07.10.2013, n. 69

Linee di indirizzo per la segnalazione e monitoraggio degli Eventi Sentinella e denunce sinistri nella Banca dati Nazionale SIMES/NSIS.55

DECRETO 07.10.2013, n. 70

Recepimento delle raccomandazioni ministeriali - implementazione - eventi formativi agli operatori sanitari.79

DECRETO 07.10.2013, n. 71

Manuale di accreditamento dei provider ecm pubblici e privati della regione Abruzzo80

DECRETO 07.10.2013, n. 74

Accreditamento Istituzionale Ambulatorio di Diagnostica per immagini Radiosanit s.r.l. 114

DECRETO 07.10.2013, n. 75

Accreditamento Istituzionale Laboratorio Analisi IULIUS s.n.c. 121

DECRETO 07.10.2013, n. 76

Accreditamento Istituzionale Laboratorio Analisi IGEA s.r.l. 128

DECRETO 07.10.2013, n. 77

Accreditamento Istituzionale Laboratorio Analisi CLINI.LAB s.r.l. 135

DECRETO 09.10.2013, n. 78

Accreditamento Istituzionale Casa di Cura privata San Raffaele 142

DECRETO 09.10.2013 n. 79

Accreditamento Istituzionale Casa di Cura privata Villa Serena 154

DECRETO 09.10.2013 n. 80

Accreditamento Istituzionale Casa di Cura privata Pierangeli 168

DECRETO 09.10.2013, n. 81

Accreditamento Istituzionale Casa di Cura privata Nova Salus. 182

DECRETO 09.10.2013, n. 82

| | |
|--|------------|
| Approvazione linee guida regionali recanti: le cure palliative e la terapia del dolore nel bambino”. | 190 |
| DECRETO 09.10.2013, n. 84 | |
| Legge 23.12.2009 n. 191, art. 2, comma 88 - Programma Operativo 2013-2015. | 225 |
| DECRETO 14.10.2013, n. 85 | |
| Fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale 2013-2015: branca odontoiatria. integrazione ai decreti del commissario ad acta nn. 67/2012 e 46/2013. | 393 |

PARTE I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

DECRETI

PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 12.09.2013, n. 65

Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete delle strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni riabilitative ex art. 26 l.833/78- anno 2013. modifica tetti di spesa fissati con d.c. 51/2013.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009 con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad Acta* per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

CONSIDERATO che la predetta deliberazione individua, tra l'altro, quale specificazione della funzione attribuita al Commissario, la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni;

ATTESO CHE, in base all'art. 4 comma 2 del D.L. 01.10.2007 n°159, convertito in Legge 29.11.2007 n°222, l'incarico commissariale è conferito per l'intero periodo di vigenza del Piano di Rientro;

DATO ATTO che con Decreto Commissariale n. 51 del 25 luglio 2013:

- sono state individuate le strutture erogatrici di prestazioni riabilitative ex art.26 ammesse alla negoziazione 2013, tra le quali, per la prima volta, le strutture che risultano provvisoriamente autorizzate ed accreditate ai sensi dell'art.35 della L.R. n.6/2009 e ss.mm.ii;
- sono stati definiti i tetti di spesa assegnati alle singole strutture ammesse distinti per sede;
- è stato determinato in Euro 62.525.771,00 l'ammontare massimo complessivo che la Regione Abruzzo, che è commissariata, può spendere nell'esercizio 2013 per l'acquisto delle predette prestazioni riabilitative da

erogare in favore dei pazienti residenti nella Regione Abruzzo;

DATO ATTO, ALTRESÌ che l'ammontare massimo di spesa sostenibile per l'acquisto di prestazioni riabilitative ex art.26 fissato con il predetto D.C. 51/2013 risulta coerente:

- con la riduzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale disposta con l'art. 15 comma 22, del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 e con l'art. 1, comma 132 della legge 228/2012;
- con il disposto dell'art. 17 comma 1 lett. a) del D.L. 6 luglio 2011 n°98, convertito - con modificazioni - in Legge 15 luglio 2011 n°11, il quale prevede che le Regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati;
- con il fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale della Regione Abruzzo per la non autosufficienza, disabilità - riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche" quale emerge dal Decreto Commissariale n. 52 dell'11/10/2012;

CONSIDERATO:

- che l'esame del fabbisogno inserito nel predetto Decreto Commissariale n. 52/2012 mostra un eccesso di offerta di prestazioni di riabilitazione intensiva/estensiva ex art. 26 L.833/78 a fronte di una carenza di servizi di residenza e semiresidenza per gli anziani non autosufficienti e demenze nonché per disabili;
- che la domanda di salute verso i predetti setting assistenziali andrà progressivamente aumentando a causa dell'incremento delle malattie cronico-degenerative ed invalidanti correlate all'aumento costante della popolazione anziana nella Regione Abruzzo;
- che risulta non procrastinabile l'avvio e la realizzazione di un processo di riconversione di parte delle strutture esistenti che porti all'erogazione, da parte delle stesse, delle predette prestazioni per le quali esiste un rilevante fabbisogno ancora da soddisfare;
- che con nota prot. RA/196988/COMM del 01.08.2013 è stato istituito apposito gruppo di lavoro - formato da rappresentanti dell'Amministrazione Regionale e integrato da rappresentanti delle strutture interessate nonché delle AA.SS.LL. - allo scopo di avviare la predetta riconversione;

CONSIDERATO,ALTRESÌ che nella riunione del 1 agosto 2013 le strutture ex art.26 ammesse alla negoziazione hanno espresso la loro difficoltà a mantenere l'equilibrio economico-finanziario della loro gestione a fronte del budget assegnato loro con il D.C. 51/2013, determinato, per le motivazioni nello stesso decreto illustrate e con il presente provvedimento confermate, applicando una riduzione del 10% ai singoli tetti assegnati nella contrattazione 2011/2012;

RITENUTO, dopo attenta valutazione delle difficoltà espresse dalle strutture ammesse alla negoziazione e confermate nel procedimento di interlocuzione che ha seguito l'emanazione del D.C. 51/2013

- di dover autorizzare in Euro **65.967.783 ,00** la somma massima che la Regione Abruzzo, commissariata, può mettere a disposizione per l'acquisto di prestazioni riabilitative ex art.26 L.833/78 da erogare a pazienti residenti nella stessa Regione Abruzzo;
- di dover modificare i singoli tetti di spesa assegnati con il Decreto Commissariale n.51 del 25/07/2013 ad eccezione del budget assegnato alla CISE SRL, gestore della ex Maristella con sede in Chieti per la particolare situazione della predetta struttura illustrata nello stesso D.C. 51/2013;
- di dover ridurre, a tal fine, dal 10% al 5% la misura dell'abbattimento da operare sui tetti di spesa 2011/2012 nonché sulla spesa che le AA.SS.LL. hanno comunicato essere riferita, per l'esercizio 2012, all'acquisto delle prestazioni rese dalle strutture ammesse per la prima volta alla negoziazione in quanto provvisoriamente autorizzate ed accreditate ai sensi dell'art.35 della L..R.6/2009 e ss.mm.ii.;
- di dover motivare la predetta modifica dei tetti di spesa 2013 dando atto:
 - che la rimodulazione dell'offerta di prestazioni sanitarie finalizzata ad una maggiore coerenza con il fabbisogno individuato nel D.C.52/2012 è processo che richiede, tra l'altro, la riconversione di parte delle strutture esistenti;
 - che le strutture riabilitative ex art.26 necessitano di un periodo di tempo per realizzare le modifiche organizzative - ivi compresa la riconversione - conseguenti alla contrazione delle prestazioni riabilitative ex art.26 L. 833/78 erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale;

RITENUTO, altresì

- Di dover riconoscere alle strutture che sottoscriveranno il contratto per l'acquisto di prestazioni riabilitative ex art.26 L. 833/78 una modifica della percentuale di oscillabilità dei tetti mensili di spesa che passa dal 10% al 30%, fermo restando il tetto massimo annuale complessivo di spesa - come rideterminato con il presente provvedimento - e il divieto di oscillabilità in eccesso nell'ultimo trimestre del 2013;
- Di dover confermare, con la sola modifica di cui al punto precedente, l'articolato degli schemi contrattuali allegati n. 2 e n. 3 del Decreto Commissariale n.51/2013;

TENUTO CONTO che il presente decreto, unitamente all' allegato n. 1 " Nuovi Tetti di spesa 2013", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento nonché alla nuova formulazione dell'art. 5 dello schema contrattuale (All.2 al presente contratto), viene notificato, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, a ciascun erogatore privato entro sette giorni dalla data di adozione;

CONSIDERATO che la procedura di interlocuzione con gli erogatori privati provvisoriamente accreditati in ordine al rapporto di loro competenza è già stata eseguita in riferimento al D.C.51/2013 e non è quindi prevista per il presente provvedimento;

ATTESO che, in ogni caso, viene fissata la data del 30 settembre 2013 come termine massimo per la sottoscrizione di tutti i contratti afferenti le prestazioni riabilitative, anche a seguito di eventuale ulteriore interlocuzione;

DATO ATTO che i contratti, come sopra stipulati nei termini fissati, avranno decorrenza dal 01.01.2013 fino al 31.12.2013, tenuto conto dei tetti massimi annuali complessivi di spesa di cui al presente provvedimento per i cittadini regionali;

CONSIDERATO che i tetti fissati nel presente provvedimento, per ciascuna struttura privata, costituiscono il limite massimo di spesa che la Regione Abruzzo, che è in regime commissariale, può mettere a disposizione per la copertura di contratti per gli erogatori privati ed il cui rispetto è quindi condizione per l'esistenza e validità del contratto;

PRECISATO pertanto che la regione Abruzzo, in quanto commissariata, non dispone di risorse

aggiuntive da destinare al finanziamento di eventuali produzioni extrabudget che non possono in alcun modo essere remunerate;

VISTO l'art 7 comma 5 lett b) della L.R. 32 del 31-7-2007 che prevede la revoca dell'accreditamento nel caso di erogazione per due annualità, nel periodo di validità dell'accordo contrattuale, di prestazioni - delle quali è comunque vietata la remunerazione - eccedenti nella misura massima del 7,5% il programma preventivamente concordato e sottoscritto nell'accordo stesso;

TENUTO CONTO

che nei confronti degli erogatori privati che non intenderanno stipulare il contratto offerto, trovano applicazione le disposizioni di cui all'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies, del D. L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

CONSIDERATO

che le prestazioni eventualmente erogate nelle more del termine fissato con il presente provvedimento in ordine alla stipula del contratto e che non venissero ricoperte con la sottoscrizione del contratto di che trattasi - che ha decorrenza giuridica a partire dal 01.01.2013 - ove ne venisse accertata da parte del Servizio Sanitario Regionale l'effettiva utilità ricevuta, verranno indennizzate nella misura del 90% delle tariffe vigenti, fatto salvo il diritto del privato interessato di far valere e dimostrare una diversa misura ai sensi dell'art. 2041 del c.c.;

RILEVATO che quanto sopra rappresentato riveste carattere di urgenza stante la necessità di addivenire in tempi rapidi alla definizione delle negoziazioni con le strutture private provvisoriamente accreditate di che trattasi e che, pertanto, il presente atto non è sottoposto al parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;

Tutto ciò premesso per le motivazioni e precisazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente trascritte ed approvate

DECRETA

- **di dare atto** che le strutture private erogatrici di prestazioni sanitarie riabilitative, con le quali si procede alla negoziazione, sono quelle provvisoriamente accreditate operanti sul territorio all'atto dell'emanazione della L.R. 31.07.2007, n. 32, ai sensi dell'art. 12 della

legge stessa nonché quelle che, ai sensi dell'art. 35 della L.R. 6/2009 e ss.mm.ii., risultano provvisoriamente autorizzate ed accreditate ai sensi dell'art. 8-ter del D.lgs. n. 502/1192 e ss.mm.ii.;

- **di autorizzare** nella misura massima di **Euro 65.967.783 ,00** il tetto di spesa per l'anno 2013 per l'acquisto di prestazioni rese dalle predette strutture sanitarie in favore dei pazienti residenti nella Regione Abruzzo, così come ripartito tra le singole strutture nel prospetto che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (All.1) e che sostituisce l'allegato 1 del Decreto Commissariale n. 51/2013;
- **di modificare** i singoli tetti di spesa assegnati con il D.C. n.51/2013 ad eccezione del budget assegnato alla CISE SRL, gestore della ex Maristella con sede in Chieti per la particolare situazione della predetta struttura illustrata nello stesso decreto;
- **di ridurre**, a tal fine, dal 10% al 5% la misura dell'abbattimento da operare sui tetti di spesa 2011/2012 nonché sulla spesa che le AA.SS.LL. hanno comunicato essere riferita, per l'esercizio 2012, all'acquisto delle prestazioni rese dalle strutture ammesse per la prima volta alla negoziazione in quanto provvisoriamente autorizzate ed accreditate ai sensi dell'art.35 della L.R.6/2009 e ss.mm.ii.;
- **di motivare** la predetta modifica dei tetti di spesa 2013 dando atto:
 - che la rimodulazione dell'offerta delle prestazioni sanitarie, necessaria per renderla maggiormente coerente con il fabbisogno individuato nel D.C.52/2012, è processo che richiede, tra l'altro, la riconversione di parte delle strutture esistenti;
 - che le strutture riabilitative ex art.26 necessitano di un periodo di tempo per realizzare le modifiche organizzative - ivi compresa la riconversione - conseguenti alla contrazione delle prestazione riabilitative ex art.26 L. 833/78 erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- **di riconoscere**, a seguito della procedura di interlocuzione con le strutture ex art. 26 L.833/78 riferita al D.C. n. 51/2013, una modifica della percentuale di oscillabilità dei tetti mensili di spesa che passa dal 10% al 30%, fermo restando il tetto massimo annuale complessivo di spesa - come rideterminato con il presente provvedimento - ed il divieto di oscillabilità in eccesso nell'ultimo trimestre dell'anno;

- **di confermare**, con la sola modifica della percentuale di oscillabilità dei tetti mensili di spesa, l'articolato degli schemi contrattuali allegati n. 2 e n. 3 del D.C. n. 51/2013;
 - **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, siccome previsto nell'Accordo con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico;
- **di disporre** che il presente provvedimento venga trasmesso ai Direttori Generali delle Unità Sanitarie Locali e comunicato, secondo le modalità indicate in narrativa, alle strutture private interessate provvisoriamente accreditate e che sia pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA
F.to Dott. Giovanni Chiodi

Seguono allegati

Allegato a **Decreto** del Commissario
ad ACTA

n. **65** del **11 SET. 2013**

ALLEGATO 1

Sostituisce l'Allegato 1 del D.C. 51/2013

Tetti massimi di spesa anno 2013
prestazioni riabilitative

| | Strutture | Tetto 2012 per sedi operative | Tetto Totale 2012 per Struttura | Tetto 2013 per sede operativa modificato | Tetto massimo anno 2013 complessivo modificato |
|-----------|--|-------------------------------|---------------------------------|--|--|
| 1 | FONDAZIONE ANFFAS - Teramo | 2.122.942 | 2.122.942 | 2.016.795 | 2.016.795 |
| 2 | FONDAZIONE PADRE A. MILENO - Vasto - Sedi di: | | 6.331.677 | | 6.015.093 |
| | Sedi di: | | | | |
| | a. Gissi-Viale Serra, 1 | 1.372.700 | | 1.304.065 | |
| | b. Avezzano - Via Macerine | 436.150 | | 414.343 | |
| | c. Lanciano - Zona Industriale 65/A | 512.500 | | 486.875 | |
| | d. Sulmona - Via Mazzini, 73 | 481.500 | | 457.425 | |
| | e. Vasto - C.DA Lebba | 356.000 | | 338.200 | |
| | f. Vasto - Via Platone, 50 | 276.750 | | 262.913 | |
| | g. Vasto - C.da S. Tommaso | 217.800 | | 206.910 | |
| | h. Vasto -Viale Dalmazia, 116 | 2.678.277 | | 2.544.363 | |
| 3 | SAN RAFFAELE - Sulmona | 580.544 | 580.544 | 551.517 | 551.517 |
| 4 | ISTITUTO DON ORIONE - Pescara | 4.395.730 | 4.395.730 | 4.175.944 | 4.175.944 |
| 5 | FONDAZIONE PAPA PAOLO VI | | 12.319.320 | | 11.703.354 |
| | Sedi di: | | | | |
| | a. Chieti | 2.269.943 | | 2.156.446 | |
| | b. Castiglione a Casauria | 530.109 | | 503.603 | |
| | c. Bolognano | 2.000.000 | | 1.900.000 | |
| | d. Penne | 1.709.646 | | 1.624.164 | |
| | e. Pescara - Via Papa Giovanni XXIII, 55 | 2.501.714 | | 2.376.629 | |
| | f. Pescara - Via Pesaro, 9 | 2.317.691 | | 2.201.807 | |
| | g. Pescara - Via Tavo, 86 | 820.217 | | 779.206 | |
| | h. Raiano | 170.000 | | 161.500 | |
| 6 | FONDAZIONE PICCOLA OPERA CHARITAS - Sedi di: | | 6.286.524 | | 5.972.198 |
| | Sedi di: | | | | |
| | a. Giulianova | 5.939.664 | | 5.642.681 | |
| | b. Chieti | 346.860 | | 329.517 | |
| 7 | FONDAZIONE SANTA CATERINA - Francavilla al Mare | 2.950.326 | 2.950.326 | 2.802.810 | 2.802.810 |
| 8 | MONTEFERRANTE Srl - Lanciano CH | 1.448.940 | 1.448.940 | 1.376.493 | 1.376.493 |
| 9 | CASA DI CURA NOVA SALUS - Trasacco (AQ) | 842.490 | 842.490 | 800.366 | 800.366 |
| 10 | RIABILITATIVA S. ROCCO Srl - Sedi di: | | 2.198.687 | | 2.088.753 |

| | | | | | | | |
|----|--|--------|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Sedi di: | a. | Casoli | 1.165.076 | | 1.106.822 | |
| | | b. | Atessa | 1.033.611 | | 981.930 | |
| 11 | VILLA SERENA (S. AGNESE - PINETO) | | | 5.682.705 | 5.682.705 | 5.398.570 | 5.398.570 |
| 12 | WELNESS e C. SAS - Montorio al Vomano (TE) | | | 1.120.589 | 1.120.589 | 1.064.560 | 1.064.560 |
| 13 | MEDISALUS - Lecce de Marsi (AQ) | | | 544.398 | 544.398 | 517.178 | 517.178 |
| 14 | MEDICAL MARSICANO - Capistrello (AQ) | | | 581.514 | 581.514 | 552.438 | 552.438 |
| 15 | SANEX Srl - Campi (TE) | | | 934.594 | 934.594 | 887.864 | 887.864 |
| 16 | ANESIS Srl - Avezzano (AQ) | | | 1.036.638 | 1.036.638 | 984.806 | 984.806 |
| 17 | VILLA DOROTEA - Scoppito (AQ) | | | 2.042.888 | 2.042.888 | 1.940.744 | 1.940.744 |
| 18 | Casa di Cura ABANO TERME - VILLA PINI D'ABRUZZO | | | 5.117.951 | 5.117.951 | 4.862.053 | 4.862.053 |
| 19 | SAN STEF.A.R. Abruzzo S.r.l. | | | | 9.899.597 | | 9.404.617 |
| | Sedi di: | a. | Castel di Sangro (AQ) | 362.283 | | 344.169 | |
| | | b. | Chieti | 713.630 | | 677.948 | |
| | | c. | Chieti Scalo (CH) | 833.588 | | 791.908 | |
| | | d. | S. Egidio alla Vibrata (TE) | 340.629 | | 323.597 | |
| | | e. | Atri (TE) | 632.267 | | 600.653 | |
| | | f. | Roseto degli Abruzzi (TE) | 824.112 | | 782.907 | |
| | | g. | Alba Adriatica (TE) | 412.436 | | 391.814 | |
| | | h. | Teramo | 761.781 | | 723.692 | |
| | | i. | Lanciano (CH) | 1.283.468 | | 1.219.294 | |
| | | l. | Vasto (CH) | 408.015 | | 387.614 | |
| | | (*) m. | Villa S. Maria (CH) | 242.379 | | 230.260 | |
| | | n. | Casalbordino (CH) | 249.945 | | 237.448 | |
| | | o. | San Salvo (CH) | 325.217 | | 308.956 | |
| | | p. | Pescara | 748.995 | | 711.545 | |
| | | q. | Montesilvano (PE) | 1.043.625 | | 991.444 | |
| | | r. | L'Aquila | 717.228 | | 681.367 | |
| 20 | Il Piccolo Principe (Pescara) | | | | | 237.500 | 237.500 |
| 21 | Il Cireneo | | | | | | |
| | Sedi di: | a. | Lanciano e Vasto | | | 1.169.640 | 1.553.958 |
| | | b. | L'Aquila | | | 384.318 | |
| 22 | Centro Riabilitativo Polivalente Primavera | | | | | 490.633 | 490.633 |
| 23 | C.I.S.E. SRL - ex Maristella | | | 2.798.775 | 2.798.775 | 569.541 | 569.541 |

Totali 69.236.829 69.236.829 65.967.783 65.967.783

Allegato a **DECRETO** del Commissario
ad ACTA

n. 65 del 12 SET. 2013

ALLEGATO 2

**CONTRATTO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
DI ASSISTENZA RIABILITATIVA EX ART. 26 L. 833/78 - ANNO 2013**

La nuova formulazione dell'art. 5 dello schema contrattuale è la seguente:

Art. 5

Criteri di ripartizione della spesa preventivata

1. A garanzia della previsione di spesa concordata con il presente contratto e a tutela della continuità nell'erogazione delle prestazioni riabilitative, le parti convengono che il tetto annuale di spesa, di cui all'art. 3 del presente accordo, è frazionato in mensilità con l'obbligo di non superamento dei limiti progressivi mensili, con una oscillabilità (mensile) non superiore al 30% del tetto mensile fermo restando quanto previsto all'art.3, comma 2. Detta oscillabilità mensile del 30%, quando in eccesso, non è ammessa per le prestazioni erogate nell'ultimo trimestre dell'anno 2013 (ottobre-novembre-dicembre 2013).
2. Le prestazioni dichiarate inappropriate, incongrue ed illegittime dagli Organismi di controllo di cui all'art. 11 rientrano nel limite mensile del 30% previsto al punto 1, ancorché non remunerabili ed esigibili.

Sono conseguentemente rettificati anche tutti i riferimenti a detta percentuale presenti nell'articolato dello schema contrattuale.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 18.09.2013, n. 66

Definizione dei requisiti di accreditamento delle strutture che erogano prestazioni di Hospice. Modifica allegato A al Decreto del Commissario ad acta n. 55 del 26 Ottobre 2012.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato *Commissario ad acta* per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare, con specifico riferimento agli interventi ivi dettagliati, il *Commissario ad Acta* per l'attuazione del Piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i *Programmi Operativi* di cui all'art. 2 comma 88 della L. n. 191/2009, per l'intera vigenza di detti Programmi Operativi;

ATTESO che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il *Sub Commissario* di collaborare con il Commissario ad Acta per l'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale”;

VISTA la L.R. 31.07.2007, n. 32, recante “*Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private*” e successive modificazioni e integrazioni;

VISTA la L.R. 10.03.2008, n. 5, di approvazione del *Piano Sanitario Regionale 2008-2010*;

VISTE altresì:

- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008, pubblicata sul *B.U.R.A.* n° 75 del 22.10.2008, di approvazione dei Manuali

regionali di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie in attuazione della L.R. 32/2007, cit.;

- la Deliberazione del *Commissario ad acta* n. 36/2009 del 01.06.2009, avente ad oggetto “Procedure di autorizzazione e accreditamento. Modifiche e integrazioni ai Manuali e riapertura dei termini di cui agli artt. 11 e 12 della L.R. 31 luglio 2007, n. 32”;

CONSIDERATO altresì che la predetta deliberazione n. 591/P del 2008 al paragrafo 4.6, stabilisce i requisiti autorizzativi per i *Centri residenziali cure palliative (Hospice)*, mentre nel “Manuale di accreditamento” non sono contemplati i requisiti di accreditamento relativi a tali strutture;

VISTO il Decreto del *Commissario ad acta* n. 37 dell' 8 agosto 2013 recante “ *Attivazione strutture residenziali per l'erogazione delle cure palliative “ hospice” da parte delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo*;

CONSIDERATO che con *Decreto del Commissario ad acta n. 51 dell' 11 ottobre 2013 recante “ Approvazione Linee Guida Regionali recanti Il Malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'Ospedale al domicilio”* sono state adottate apposite linee guida per la rete delle cure palliative, le quali specificamente al paragrafo stabiliscono che, per quanto concerne i requisiti di autorizzazione ed accreditamento delle strutture *hospice* si fa rinvio ai requisiti contenuti nei manuali di autorizzazione ed accreditamento approvati con DGR 591/P del 2008 espressamente prevedendo al paragrafo 5.2.2. “**Assistenza in Hospice**” che “ Per quanto riguarda i requisiti strutturali e tecnologici che la struttura dell'Hospice deve possedere si rinvia a quanto all'uopo previsto nel Manuale di Autorizzazione allegato alla DGR 591/p del 01/07/2008”.

CONSIDERATO altresì che con decreto del *Commissario ad acta* n. 55 del 2012 si è proceduto all'integrazione del Manuale di accreditamento con apposito paragrafo aggiuntivo “4.5. HOSPICE”, come da documento allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

ATTESO, inoltre, che nel documento recante “Verbale del Tavolo di monitoraggio dell'8 aprile 2013” al paragrafo § sono espressamente richiesti chiarimenti in ordine alla mancata

previsione nell'ambito delle predette schede, così come approvate con decreto commissariale n. 55 del 2012, di appositi " *protocolli organizzativi ed assistenziali, finalizzati alla integrazione della struttura Hospice e delle unità operative di cure palliative domiciliari nella rete delle Cure palliative aziendale e regionale*";

RITENUTO pertanto di dover procedere ad integrare la scheda di cui al paragrafo 4.5. citato con apposita sezione indicativa dell'esistenza di " *protocolli organizzativi ed assistenziali, finalizzati alla integrazione della struttura Hospice e delle unità operative di cure palliative domiciliari nella rete delle Cure palliative aziendale e regionale*";

RILEVATO che il presente atto riveste carattere di urgenza, e come tale sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;
Tutto ciò premesso, per le motivazioni e precisazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente trascritte ed approvate

DECRETA

1. **di modificare** la Deliberazione di G.R. n. 591/P del 1 luglio 2008, come precedentemente emendata dalla Deliberazione del Commissario ad acta n° 36/09 del 01.06.2009 e integrata - da ultimo - dal Decreto del Commissario ad acta n. 55 del 2012 con le prescrizioni recate dal documento allegato al presente atto, paragrafo aggiuntivo al Manuale di accreditamento intitolato: "4.5. Hospice";
2. **di stabilire** che il prefato allegato sostituisce a tutti gli effetti il precedente paragrafo 4.5. approvato con decreto del *Commissario ad acta* n. 55 del 2012;
3. **di trasmettere** il presente decreto ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali regionali e di pubblicarlo sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*;
4. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, al fine della relativa validazione.

IL COMMISSARIO AD ACTA
F.to Dott. Giovanni Chiodi

Segue allegato

Allegato al Decreto del Commissario
ad AUTA

66 del 18 SET 2013

4.5.HOSPICE Codice: HOSP

| N° requisito | n° | Oggetto | Fase MCQ | Liv. | Requisito |
|--------------|----|--|----------|--|--|
| 1 | 1 | | (P) | A | Esiste un documento contenente mission, vision, organizzazione, prodotti/servizi erogati, obiettivi, standard e responsabilità, c'è evidenza di una sintesi del documento all'ingresso |
| | 2 | | (E) | A | E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori del documento |
| | 3 | | (V) | B | C'è evidenza che il documento è stato condiviso con i responsabili delle articolazioni organizzative e con il personale |
| | 4 | | (PM) | C | Sono attuate azioni di miglioramento e seguito dei risultati ottenuti |
| 2 | 1 | Direzione strutturata | (P) | A | Esiste un documento disciplinante l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie con altre strutture e istituzioni pubbliche e private, comprese le associazioni di volontariato |
| | 2 | | (E) | B | Sono presenti verbali di riunioni tra i soggetti interessati |
| | 3 | | (V) | C | Sono verificati e valutati i risultati derivanti dagli aspetti di collaborazione con altre strutture ed organizzazioni |
| | 4 | | (PM) | C | Sono attuate azioni migliorative messe in atto a seguito dei rapporti di collaborazione |
| 3 | 1 | | | A | Esiste formalizzazione scritta dei criteri di accesso e delle relative procedure a partire dalle varie fonti di accesso (Medico medicina generale, Cure Palliative Domiciliari, U.O. per acuti, Residenze sanitarie e socio-sanitarie) |
| | 2 | | A | I criteri di accesso sono basati, oltre che ovviamente sulla data di richiesta, anche sulla complessità e l'urgenza dei bisogni clinici e sociali | |
| | 3 | | A | La presenza dei requisiti di ingresso è verificata o confermata da una équipe specialistica multidisciplinare dell'Hospice o delle Cure Palliative Specialistiche domiciliari | |
| | 4 | | A | Esistono protocolli organizzativi ed assistenziali finalizzati alla integrazione della struttura Hospice e delle unità operative di cure palliative domiciliari nella Rete delle Cure palliative aziendale e regionale | |
| | 5 | | B | Esiste evidenza della applicazione dei protocolli organizzativi ed assistenziali | |
| | 6 | | A | I malati ed i loro familiari sono informati della possibilità di ricevere Cure Palliative specialistiche anche a domicilio o in altro Hospice | |
| | 7 | | A | I malati per cui il ricovero è rimandato sono inseriti in una lista di attesa ciascuno con data di richiesta e classificazione di priorità | |
| | 8 | | A | Esiste documentazione della gestione delle liste d'attesa | |
| | 9 | | A | Esiste un protocollo organizzativo di collegamento funzionale della struttura Hospice con la Rete per le Cure Palliative e Terapia del dolore Pediatrica in ambito aziendale e regionale | |
| | | B | B | Esiste evidenza della applicazione del protocollo organizzativo | |
| 4 | 1 | Gestione risorse umane e organizzazione | (P) | A | E' stato definito l'atto di programmazione relativo alla gestione e organizzazione delle risorse umane, aggiornato annualmente. |
| | 2 | | (E) | A | Sono applicati i criteri relativi a reclutamento/turnover, organizzazione e gestione del personale |
| | 3 | | (V) | B | E' verificato che quanto è stato pianificato è stato attuato |
| | 4 | | (PM) | C | Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate |
| 5 | 1 | | (P) | A | Esiste un atto/ regolamento contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità |
| | 2 | | (E) | A | E' stata data comunicazione e divulgazione interna agli operatori dell'atto relativo alla graduazione delle funzioni (bacheche, fogli informativi, etc.) |
| | 3 | | (V) | B | E' verificato che quanto è stato pianificato è stato realizzato |
| | 4 | | (PM) | C | Sono attuate azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate |
| 6 | 1 | | (P) | A | E' pianificato l'inserimento del neo assunto/trasferito |
| | 2 | | (E) | A | E' applicata la procedura di affiancamento del personale neo assunto/ trasferito |
| | 3 | | (V) | B | Sono presenti report di valutazione del raggiungimento degli obiettivi pianificati |
| | 4 | | (PM) | C | Sono attuate azioni di miglioramento in base ai risultati ottenuti |
| 7 | 1 | Formazione e aggiornamento del personale | (P) | A | Esiste il piano di formazione strategico annuale in riferimento ai bisogni formativi e agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali e regionali |
| | 2 | | (E) | B | C'è evidenza della messa in atto del piano di formazione |
| | 3 | | (V) | B | Sono presenti report di verifica annuale tra quanto programmato e realizzato |
| | 4 | | (PM) | C | Sono attuate azioni di miglioramento da predisporre nel piano formativo |
| 8 | 1 | | | A | La formazione include percorsi sulla comunicazione e sul supporto psicologico nelle cure di fine vita con il coinvolgimento delle scienze umane e sociali nella fase di terminalità |
| | 2 | | (P) | A | E' stata pianificata la creazione di dossier formativi individuali e di gruppo |
| | 3 | | (E) | B | I dossier formativi individuali e di gruppo vengono aggiornati periodicamente |
| | 4 | | (V) | B | I dossier formativi individuali e di gruppo vengono valutati annualmente per verificarne la coerenza con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale |
| 9 | 1 | | (P) | C | Sono attuate azioni mirate a migliorare la coerenza con gli obiettivi aziendali e di sviluppo professionale |
| | 2 | | (P) | A | E' presente il documento di pianificazione dei flussi informativi in riferimento a compiti, funzioni e responsabilità |
| | 3 | | (E) | B | I flussi informativi sono gestiti in base alla pianificazione effettuata |
| | 4 | | (V) | B | E' attuata la verifica annuale sulle attività pianificate e attuate |
| 10 | 1 | Sistema informativo | (PM) | C | E' predisposto il miglioramento e l'adeguamento delle attività in ordine a variare e nuove esigenze aziendali |
| | 2 | | (P) | A | Sono previste procedure di raccolta e gestione dati e documenti |
| | 3 | | (E) | B | Sono attuate le procedure di raccolta e gestione dei dati e della documentazione anche attraverso scheda/sistema informatizzato |
| | | | (V) | B | E' monitorata l'applicazione delle procedure attraverso report |

| | | | | | |
|----|---|----------------------------------|--|---|--|
| | 4 | | (PM) | C | Sono attuate azioni di miglioramento a seguito di verifica |
| 11 | 1 | | (P) | A | Sono presenti protocolli che garantiscano la tutela della privacy e la qualità dell'informazione |
| | 2 | | (E) | A | Sono attuate procedure di accesso, di gestione di informazioni e di conservazione dei dati informatici |
| | 3 | | (V) | B | Sono valutati i report di verifica periodica dell'attuazione dei protocolli e di valutazione del rischio sulla perdita dei dati informatici |
| | 4 | | (PM) | C | Sono messi in atto azioni di miglioramento a seguito delle verifiche effettuate |
| 12 | 1 | Presenza in carico e dimissioni | | A | E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari |
| | 1 | | B | Esiste documentazione del programma terapeutico assistenziale individualizzato | |
| | | | A | E' identificata per ogni ospite una persona che lo rappresenta per quanto riguarda confidenzialità delle informazioni, consenso ai trattamenti, gestione delle finanze e dei beni personali | |
| | 1 | | A | Il programma terapeutico assistenziale prevede: valutazione multidisciplinare finalizzata alla individuazione dei bisogni assistenziali, con particolare riguardo verso quelli della sfera fisica, psicoemazionale, sociale e spirituale; la formulazione del piano di intervento; la verifica della sua attuazione: la rivalutazione periodica del piano | |
| | 1 | B | La valutazione specialistica multiprofessionale del paziente viene effettuata con strumenti di misura e monitoraggio adeguati? (test, schede, scale) | | |
| 13 | 1 | | A | Esiste un protocollo per la dimissione del paziente | |
| 14 | 1 | | A | E' garantita l'attività di formazione dei familiari e di consulenza organizzativa per sostenere programmi di dimissione a domicilio | |
| 15 | 1 | Qualità (assistenza al paziente) | (P) | A | Il Responsabile della Struttura ha individuato: protocolli diagnostici terapeutici per la prevenzione ed il trattamento del dolore, per il trattamento dell'astenia, della nausea, del vomito, del delirium, della dispnea, del rantolo terminale, delle lesioni cutanee, della insonnia; protocolli per l'esecuzione dei blocchi anestetici centrali e periferici; protocolli assistenziali per la gestione degli accessi vascolari, della nutrizione, della mobilizzazione e dell'igiene del paziente. |
| | 2 | | (E) | A | Esiste evidenza dell'applicazione dei protocolli |
| | 3 | | (V) | B | Il Responsabile della Struttura effettua il monitoraggio periodico (almeno annuale) dell'applicazione dei Protocolli |
| | 4 | | (PM) | C | Il Responsabile della Struttura mette in atto azioni di miglioramento sulla base delle verifiche effettuate e degli eventuali aggiornamenti dei Protocolli |
| 16 | 1 | | A | E' stato definito un protocollo di comunicazione con il paziente e con i familiari e / o altre persone di riferimento | |
| 17 | 1 | | A | E' stato definito un protocollo di supporto al lutto | |
| 18 | 2 | | B | E' garantito un programma di sostegno psicologico ai familiari | |
| 19 | 1 | Qualità (Rischio clinico) | (P) | A | Il Responsabile della Struttura ha attivato i gruppi di lavoro (con azioni e responsabilità) sui seguenti rischi: 1. infezioni nosocomiali, 2. piaghe da decubito, 3. somministrazione dei farmaci |
| | 2 | | (E) | A | E' attuato il piano di gestione del rischio delle infezioni nosocomiali, piaghe da decubito e somministrazione dei farmaci |
| | 3 | | (V) | B | Viene valutato il report di verifica tra quanto pianificato e realizzato |
| | 4 | | (PM) | C | Sono previste azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche |
| 20 | 1 | Qualità (Cartella clinica) | (P) | A | E' stato pianificato un sistema di verifica della qualità delle cartelle cliniche, con criteri riferiti a: documentazione della completezza del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziale, integrazione delle attività medico-infermieristiche, identificabilità delle responsabilità delle attività svolte, documentazione, leggibilità, trasferimento in altra struttura extraospedaliera o ospedaliera, caratteristiche della lettera di dimissione |
| | 2 | | (E) | B | Sono diffusi i criteri e le modalità operative previste nel documento di pianificazione |
| | 3 | | (V) | B | E' verificato lo stato di attuazione dei criteri su un campione di cartelle cliniche |
| | 4 | | (PM) | B | Sono messe in atto azioni di miglioramento a seguito di valutazione e verifiche |
| 21 | 1 | Qualità (Soddisfazione pazienti) | (P) | A | Sono state pianificate indagini per valutare aspettative e qualità percepita dai familiari. Nella pianificazione sono state coinvolte le associazioni di tutela dei pazienti |
| | 2 | | (E) | | Vengono effettuate, almeno annualmente, indagini sulle aspettative e qualità percepita dai familiari |
| | 3 | | (V) | B | Il risultato delle indagini di soddisfazione dei familiari sono valutate congiuntamente con le associazioni di tutela dei pazienti |
| | 4 | | (PM) | C | Vengono predisposte azioni migliorative sulla base dei risultati delle indagini di soddisfazione dei familiari |
| 22 | 2 | Volontari | | B | E' formalizzata la collaborazione con associazioni di volontariato in cure palliative |
| 2 | B | | E' utilizzata nella struttura la attività di volontari in cure palliative | | |
| 3 | C | | Viene attuato un programma di formazione per volontari in cure palliative | | |
| 4 | C | | I volontari usufruiscono di spazi riservati nella struttura | | |

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO DI
RIENTRO DAI DISAVANZI DEL SETTORE
SANITARIO DELLA REGIONE ABRUZZO

DECRETO 07.10.2013, n. 68

**Approvazione dello Statuto dell'Istituto
Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e
del Molise "G. Caporale" di Teramo.**

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009, così come integrata con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, con la quale il Presidente pro tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 03.08.2012 con la quale si è provveduto ad integrare il mandato commissariale conferito al Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo in funzione di Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dei disavanzi del servizio sanitario regionale nei seguenti termini:

- Definire, nell'ambito del Piano Sanitario Regionale, da adottare ai sensi della deliberazione del 20 gennaio 2012, gli obiettivi di indirizzo per l'attività dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise;
- Prevedere, nell'ambito della programmazione regionale, le modalità di raccordo tra detto Istituto ed i Dipartimenti di Prevenzione;
- Adottare i provvedimenti necessari per assicurare la piena funzionalità ed operatività degli Organi dell'Istituto predetto;

VISTO il Decreto Legislativo 30 giugno 1993, n. 270, recante: " Riordinamento degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, a norma dell'art. 1, comma 1°, lett. h) della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

VISTO il D.M. 16 febbraio 1994, n. 190 ad oggetto: "Regolamento recante norme per il riordino degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, in attuazione dell'art. 1, comma 5 del D. Lgs. 30 giugno 1993, n. 270";

VISTA la sentenza 24 marzo-7 aprile 1994, n. 124 (G.U. 13.4.1994, n. 16 – Serie Speciale) della Corte Costituzionale in ordine alla dichiarazione di illegittimità costituzionale di parte di alcuni commi degli articoli 2 e 3 del D. Lgs. n. 270/93";

VISTA la legge regionale 8 maggio 2012, n. 19 recante: "Riordino del Governo dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo";

VISTA la Legge Regionale Molise 9 settembre 2011, n. 27 ad oggetto "Riordino del Governo dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo";

VISTO il Decreto del Ministro della Salute del 31.07.2012, con il quale il Dott. Fernando ARNOLFO è stato nominato Direttore Generale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo" per una durata quinquennale a decorrere dalla data del decreto stesso;

RICHIAMATO il proprio Decreto Commissariale n. 34 del 3 agosto 2012, con il quale si è proceduto a nominare, in qualità di membri del Consiglio di Amministrazione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo i Sigg.ri Santino Prosperi e Nicola D'Alterio;

RICHIAMATO il proprio Decreto Commissariale n. 35 del 3 agosto 2012, con il quale si è proceduto a nominare, in qualità di membro del Collegio dei Revisori dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo il Sig. Giovanni Mattucci;

RICHIAMATO il proprio Decreto Commissariale n. 36 del 3 agosto 2012, con il quale si è proceduto a prendere atto del Decreto del Ministro della Salute del 31.07.2013 di nomina del Dr. Fernando Arnolfo a Direttore Generale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo, ad approvare lo schema di contratto di prestazione d'opera intellettuale da sottoscrivere con lo stesso Direttore, ad assegnare allo stesso gli obiettivi e ad attribuire il compenso previsto dall'art. 1 del DPCM 19 luglio 1995, n. 502, come modificato dal DPCM 31 maggio 2001, n. 319 e dall'art. 61, comma 14° della Legge 6 agosto 2008, n.133;

VISTO il parere Prot. ABRUZZO-DGPROG-09/01/2013-0000006-P del 9 gennaio 2013, acquisito al protocollo della Direzione Politiche della Salute al n. RA.7103 in data 10 gennaio 2013, con il quale il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze, comunicano la validazione dei decreti Commissariali sopra riportati;

VISTO il Decreto n. 34 del 23 luglio 2012 con il quale il Commissario ad Acta della Regione Molise Dr. Filippo Basso, ha proceduto alla nomina del membro della Regione Molise in seno al Collegio dei Revisori dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo in rappresentanza della Regione Molise, nella persona del Sig. Piero Petrecca;

VISTO il Decreto n. 35 del 23 luglio 2012 con il quale il Commissario ad Acta della Regione Molise Dr. Filippo Basso, ha proceduto alla nomina dei membri della Regione Molise in seno al Consiglio di Amministrazione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo in rappresentanza della Regione Molise, nelle persone dei Sigg. Nicola Ciarallo e Giovanni Presutti;

VISTA la nota prot. n. 34787 del 03.08.2012 con la quale il Ministro dell'Economia e delle Finanze ha designato il Dott. Francesco Luigi De Robertis, rappresentante del Ministero, in qualità di Presidente in seno al Collegio dei Revisori dell'Istituto suindicato;

VISTA la nota prot. n. 2922-P del 05.04.2012 con la quale il Ministro della Salute ha designato il Dott. Aldo Grasselli quale rappresentante del Ministero della Salute in seno al Consiglio di Amministrazione dell'Istituto suindicato;

PRESO ATTO che il Direttore Generale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo si è insediato in data 3.8.12012, mentre il Consiglio di Amministrazione ed il Collegio dei Revisori dello stesso Istituto si sono formalmente insediati il giorno 6 agosto 2012;

VISTA la nota prot. n. 4003 del 4.4.2013 con la quale l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo provvedeva ad inviare ai rispettivi Presidenti delle Regioni Abruzzo e Molise la Deliberazione

del Consiglio di Amministrazione con al quale si provvede ad approvare lo Statuto dell'Ente, che si allega al presente atto quale parte integrante e sostanziale, al fine di provvedere all'approvazione dello stesso;

CONSIDERATO che l'art.4 del D. Lgs. n. 270/1993 che testualmente recita: *"Entro novanta giorni dall'entrata in vigore delle disposizioni regionali organizzative, il consiglio di amministrazione di ciascun istituto provvede alla revisione dei propri statuti, uniformandoli alle predette disposizioni. Lo statuto è approvato dalla regione dove l'istituto ha sede legale, su conforme parere delle regioni e delle province autonome competenti in caso di istituti interregionali"*;

ACCERTATO che con nota prot. n. RA.113977/DG21/AGP.8 del 2.5.2013 e con sollecito prot. n. RA.155934/DG21/AGP.8 del 17.6.2013 il competente Servizio Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Politiche della Salute ha proceduto a richiedere formalmente alla Regione Molise il parere sullo Statuto dell'Ente;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale del Molise n. 336 del 15 luglio 2013, trasmessa per e-mail dalla Regione Molise in data 22.07.2013 ed acquisita al Prot. del DG21 in data 24.07.2013 al n. RA.189342, con la quale viene espresso il parere favorevole di conformità ai sensi del D. Lgs n. 270/1993 sul testo del nuovo Statuto dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo";

VISTO anche il verbale n. 10/2013 del Collegio dei revisori dell'Istituto Zooprofilattico di Teramo che, in ordine all'esame del testo statutario di che trattasi, rileva come lo stesso*"non appaia, tra l'altro, coordinato con le disposizioni di cui all'art. 6, comma 3, del D.L. 31.5.2010, n. 78 convertito con modificazioni nella legge n. 122/2010, con gli artt. 3 e 4 del D. Lgs. n. 270/1993 e con l'art. 5, comma 3, della L.R. Molise n. 27/2011 e della L.R. Abruzzo approvata con provvedimento n. 112/3 del 24.4.2012"*;

ESAMINATE le norme indicate dal Collegio dei Revisori alle quali lo Statuto non apparirebbe coordinato e ritenuto invece che le stesse non impediscano il positivo esame dello Statuto presentato, laddove si consideri che:

- le disposizioni dettate dall'art. 6 del D.L. n. 78/2010 non si applicano agli Enti del S.S.N.

(l'art. 3 della L.R. 17 novembre 2010, n. 49 non è applicabile agli Enti interregionali), ed anche la riduzione del 10% rispetto ai compensi percepiti al 30.04.2010 nel caso di specie risulta di fatto inapplicabile nella considerazione che a tale data, in luogo del C. di A., risultava insediato un Commissario Straordinario;

- le norme organizzative ed i termini temporali stabiliti dagli art. 3 e 4 del D. Lgs n. 270/1993 e dall'art. 5, comma 3, della L.R. Molise n. 27/2011 e della L.R. Abruzzo n. 19/2012, pur essendo superati, non costituiscono *ex se* impedimento all'esercizio dell'azione amministrativa da parte degli Organi dell'I.Z.S. "G. Caporale" di Teramo e l'invio dello Statuto rende di fatto privo di presupposto l'esercizio dei poteri sostitutivi, affermando invece la pienezza del principio di legalità e buon andamento ed imparzialità dell'azione amministrativa del soggetto titolato ad esercitare la funzione;

VISTO il nuovo Statuto dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo", trasmesso dall'Ente con nota prot. n. 4003 del 4.4.2013 e ritenuto in definitiva conforme alle norme di cui al D. Lgs n. 270/1993;

DATO ATTO che l'approvazione del presente provvedimento non comporta onere alcuno a carico del Bilancio regionale;

RITENUTO, altresì, in ragione del carattere d'urgenza che riveste il presente decreto, di procedere al relativo inoltro ai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute successivamente alla sua formale adozione;

Tutto ciò premesso

DECRETA

1. **di prendere atto** che la Regione Molise con Deliberazione della Giunta Regionale n. 336 del 15 luglio 2013, ha espresso il parere favorevole di conformità ai sensi del D. Lgs n. 270/1993 sul testo del nuovo Statuto dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo" (ALL.1);
2. **di approvare** il nuovo Statuto dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo", nel testo trasmesso con nota prot. n. 4003 del 4.4.2013 ed allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento (ALL.2);
3. **di dare atto** che l'approvazione del presente provvedimento non comporta onere alcuno a carico del Bilancio regionale;
4. **di trasmettere** copia del presente decreto all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo ed al Presidente della Giunta regionale della Regione Molise;
5. **di pubblicare** il presente decreto sul B.U.R.A.T.
6. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze per la successiva validazione.

IL COMMISSARIO AD ACTA
F.to Dott. Giovanni Chiodi

Seguono allegati

Allegato a: De.C.R. 57 del Commissario
ad ACTA

ALLEGATO 1

n. 68 del 07 OTT. 2013



Regione Molise

GIUNTA REGIONALE

Seduta del 15 LUG. 2013

Deliberazione n. 336

OGGETTO:

Parere di conformità alla proposta di Statuto dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale".

LA GIUNTA REGIONALE

riunitasi il giorno 15 LUG. 2013 nella sede dell'Ente con la presenza dei Sigg.:

- 1) di LAURA FRATTURA Paolo
- 2) PETRAROLA Michele
- 3) FACCIOLLA Vittorino
- 4) NAGNI Pierpaolo
- 5) SCARABEO Massimiliano

Presidente
Vice Presidente
Assessore
"
"

| Pres. | Ass. |
|-------|------|
| X | |
| X | |
| X | |
| X | |
| X | |

SEGRETARIO: MOGAVERO Mariolga

HA DECISO

quanto di seguito riportato sull'argomento di cui all'oggetto (facciate interne) sulla proposta inoltrata da:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Presidente Paolo di LAURA FRATTURA |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Servizio PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE (Mauro Di MUZIO) |
| <input type="checkbox"/> | DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE |
| <input type="checkbox"/> | Direttore Antonio FRANCONI |

PARERE IN ORDINE ALLA LEGITTIMITÀ E ALLA REGOLARITÀ TECNICO-AMMINISTRATIVA

Ai sensi dell'art. 13, comma 2, del Regolamento interno della Giunta, si esprime parere favorevole in ordine alla legittimità e alla regolarità tecnico-amministrativa del documento istruttorio e si dichiara che l'atto non comporta impegno di spesa.

Campobasso, li 8 luglio 2013



ALLEGATO ALLA DELIBERA
n. 336 del 15 LUG 2013

Il Direttore del Servizio

(Mauro DI MUZIO)



DOCUMENTO ISTRUTTORIO

ALLEGATO ALLA DELIBERA
n. 336 del 15 LUG 2013

Oggetto: *Parere di conformità alla proposta di Statuto dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale".*

Il Decreto Legislativo n. 270 del 1993 disciplina l'ordinamento degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali. L'art. 4, comma 1 della citata norma prevede che *"Entro novanta giorni dall'entrata in vigore delle disposizioni regionali organizzative, il Consiglio di Amministrazione di ciascun istituto provvede alla revisione dei propri statuti, uniformandoli alle predette disposizioni. Lo statuto è approvato dalla regione dove l'istituto ha sede legale, su conforme parere delle regioni e delle province autonome competenti in caso di istituti interregionali."*

Con Legge Regionale n. 27 del 9 settembre 2011, la Regione Molise ha ottemperato agli obblighi di cui al Decreto Legislativo sopra richiamato.

Con Decreto commissariale n. 35 del 23 luglio 2012, la Regione Molise ha provveduto alla nomina dei due membri in seno al Consiglio di Amministrazione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale "G. Caporale", in rappresentanza della stessa.

Con note prot. n. 10579 del 21 settembre 2012 e n. 13795 del 12 dicembre 2012 l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale trasmetteva una prima bozza dello Statuto dell'Ente, richiedendone l'approvazione, al fine di colmare tale vacatio e restituire piena operatività agli organi in esso disciplinati, oltre che per evitare ritardi sugli adempimenti previsti a carico degli stessi dalla normativa vigente.

Con nota prot. n. 4003 del 4 aprile 2013, l'Istituto in parola provvedeva ad inviare ai rispettivi presidenti delle Regioni Abruzzo e Molise il testo definitivo dello Statuto dell'Ente, che si allega alla presente proposta quale parte integrante e sostanziale, al fine di provvedere all'approvazione dello stesso.

TUTTO CIÒ PREMesso, SI PROPONE ALLA GIUNTA REGIONALE:

- di esprimere parere favorevole di conformità ai sensi del D.Lgs. n. 270/1993 sul testo del nuovo Statuto dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale".

Atto da pubblicare:

| | |
|---|---|
| Integralmente BURM | X |
| Solo oggetto WEB (A tutela di dati sensibili) | |

Campobasso, li 8 luglio 2013L'Istruttore
(Francesco BELVISI)

Il Direttore del Servizio
(Maurizio DI MUZIO)

ALLEGATO ALLA DELIBERA
n. 336 del 15 LUG 2013

**VISTO DI COERENZA CON GLI OBIETTIVI DELLA DIREZIONE GENERALE PER
LA SALUTE**

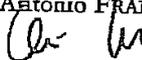
Il Direttore Generale attesta che il presente atto, munito di tutti i visti regolamentari, è coerente con gli indirizzi della politica regionale e gli obiettivi assegnati alla Direzione generale e

PROPONE

Al Presidente di LAURA FRATTURA l'invio all'esame della Giunta Regionale per le successive determinazioni.

Campobasso, li _____

Il Direttore Generale
(dr. Antonio FRANCIONI)



ALLEGATO ALLA DELIBERA
 n. 336 del 15 LUG 2013



**ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELL'ABRUZZO
 E DEL MOLISE "G. CAPORALE"**

STATUTO

TITOLO I

NATURA, AMBITO DI OPERATIVITA' E SCOPI DELL'ENTE

Art. 1

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale", (di seguito denominato "Istituto") è un Ente sanitario dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia amministrativa, gestionale e tecnica, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 1993 n. 270 e s.m.i. e nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502.

L'Istituto è lo strumento tecnico-scientifico d'eccellenza nazionale di cui si avvalgono il Ministero della Salute e le Regioni, per le attività internazionali di cooperazione ed alta formazione nei settori della sanità pubblica veterinaria, igiene, sicurezza alimentare e per un corretto equilibrio del rapporto uomo-ambiente-ambiente. A tal fine è tenuto a garantire il mantenimento dei requisiti e degli standard qualitativi indicati nell'apposito Protocollo di Intesa stipulato tra il Ministero della Salute e le Regioni di riferimento in data 11 dicembre 2009.

L'Istituto, secondo i principi riconosciuti dalle Organizzazioni Internazionali, opera altresì con metodologie di medicina unica ("one medicine - one health").

L'Istituto è tenuto inoltre ad assicurare in via ordinaria lo svolgimento dei compiti e delle funzioni di cui al successivo art.3. Nell'assolvimento dei compiti istituzionali, opera nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, assicurando le prestazioni e la collaborazione tecnico-scientifica necessarie all'espletamento delle funzioni in materia di sanità pubblica veterinaria e, comunque, di tutte quelle ad esso demandate dalle leggi.

Art. 2

L'Istituto ha la sede legale in Teramo ed è articolato sul territorio delle due Regioni di riferimento in sezioni provinciali. Opera nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale garantendo alle stesse i servizi ed il supporto tecnico-funzionale per le funzioni di cui all'art. 1.

Nell'ambito delle funzioni indicate all'art.1, l'Istituto opera anche a livello internazionale.

Garantisce sul territorio delle Regioni Abruzzo e Molise l'espletamento delle funzioni di igiene e sanità pubblica veterinaria, necessario ad assicurare un rapporto tecnico funzionale con le strutture delle Aziende Unità Sanitarie Locali e con altre strutture ed enti individuati dalle Regioni e dal Ministero della Salute e secondo modalità dalle stesse definite.

L'istituzione di nuove sezioni provinciali o la eventuale soppressione di quelle esistenti è soggetta a formale atto di approvazione della Giunta della Regione nel cui territorio l'istituzione o la soppressione è proposta.

L'organizzazione interna ed il funzionamento sono stabiliti dal regolamento per l'ordinamento interno dei servizi secondo i principi di autonomia organizzativa dell'Istituto.

L'Istituto promuove e definisce rapporti di collaborazione con Università, Istituti di ricerca nazionali ed internazionali, Enti ed Organizzazioni finalizzati allo sviluppo delle attività di ricerca ed al miglioramento dei servizi erogati.

TITOLO II

COMPITI

Art. 3

L'Istituto opera sulla base dei principi di legittimità, trasparenza, imparzialità e buon andamento della attività amministrativa, adottando criteri e metodologie finalizzate al conseguimento degli obiettivi primari di tutela della salute e



di ricerca attraverso l'organizzazione aziendale.

Svolge i compiti allo stesso assegnati dalla vigente normativa e dal Protocollo di Intesa stipulato tra il Ministero della Salute e le Regioni di riferimento in data 11 dicembre 2009.

L'Istituto svolge ogni ulteriore compito, servizio o prestazione ad esso demandati dal Ministero della Salute e dalle Regioni di riferimento, singolarmente o congiuntamente, compatibilmente con le risorse disponibili.

L'Istituto assume la qualità come elemento strategico del proprio sviluppo; a tal fine adegua costantemente le proprie strutture e i propri servizi ai requisiti organizzativi e di funzionamento previsti dalla normativa vigente sulla qualità dei servizi e delle buone pratiche di laboratorio.

TITOLO III

PRODUZIONI

Art. 4

L'Istituto, sulla base delle norme vigenti, può provvedere alla produzione, alla commercializzazione e alla distribuzione di medicinali e prodotti occorrenti per la lotta contro le malattie degli animali e all'espletamento delle funzioni di sanità pubblica veterinaria.

L'Istituto, su incarico del Ministero della Salute o delle Regioni Abruzzo e Molise, può provvedere alla preparazione e distribuzione di medicinali e prodotti per la profilassi e ad altri interventi di sanità pubblica veterinaria.

L'Istituto, previa intesa con le Giunte Regionali competenti e con il Ministero della Salute, può associarsi ad altri enti per lo svolgimento delle attività di produzione, immissione in commercio e distribuzione di medicinali e di altri prodotti necessari alle attività di sanità pubblica veterinaria.

TITOLO IV

PATRIMONIO

Art. 5

Il patrimonio dell'Istituto è costituito dai beni attualmente in proprietà e dai beni che successivamente pervengano all'Istituto medesimo per donazione o altro titolo.

In caso di scioglimento dell'Ente il patrimonio viene devoluto alle Regioni di competenza.

TITOLO V

FINANZIAMENTO

Art. 6

Il finanziamento dell'Istituto è disciplinato dalla vigente normativa.

Lo stesso può derivare altresì da ogni ulteriore entrata, ivi compresi contributi nazionali ed internazionali relativi a progetti e ricerche.



TITOLO VI ORGANI DELL'ENTE

Art. 7

Sono organi dell'Istituto:
a) il Consiglio di Amministrazione
b) il Direttore Generale;
c) il Collegio dei Revisori dei Conti.

TITOLO VII CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Art. 8

Il Consiglio di Amministrazione è composto da cinque membri dei quali uno designato dal Ministro della Salute, due dalla Regione Abruzzo e due dalla Regione Molise.

Le cause di incompatibilità sono disciplinate dal vigente quadro normativo.

L'eventuale cessazione anticipata di un componente viene comunicata a cura del Consiglio, all'Ente che ha provveduto alla relativa nomina ai fini della sostituzione. Il nuovo nominato resta in carica per il tempo residuo che rimane al Consiglio. Ai membri del Consiglio di Amministrazione compete, a decorrere dall'insediamento, l'indennità di carica pari a: Presidente 40% del compenso annuo spettante al Direttore Generale, Vice Presidente 35% del compenso annuo spettante al Direttore Generale, Componenti 30% del compenso annuo spettante al Direttore Generale.

Art. 9

Il Consiglio di Amministrazione resta in carica per un periodo massimo di cinque anni.

Il Consiglio di Amministrazione si riunisce di norma una volta al mese, su convocazione del Presidente ed ogni qualvolta lo richiedano il Ministro della Salute, uno dei Presidenti delle Giunte Regionali competenti o almeno due dei componenti del Consiglio stesso.

La convocazione alle sedute del Consiglio è disposta dal Presidente, con preavviso di almeno 7 giorni, con ogni mezzo, cartaceo o digitale, purché sia possibile attestarne l'avvenuto ricevimento. La convocazione alle sedute consiliari deve essere firmata dal Presidente e deve contenere l'indicazione di ora, data e luogo della riunione, l'ordine del giorno, con la specificazione degli argomenti da trattare. Copia della Convocazione viene pubblicata nell'Albo informatico dell'Ente.

In casi di particolare urgenza la convocazione straordinaria alle sedute è disposta con preavviso di almeno 48 ore.

Con le stesse modalità il Presidente può inoltrare un ordine del giorno integrativo, almeno 48 ore prima della riunione.

Il Consiglio, con voto unanime dei componenti, può comunque deliberare su argomenti non previsti in ordine del giorno.

Alle Deliberazioni adottate dal Consiglio di Amministrazione viene data pubblicità tramite affissione all'Albo informatico dell'Istituto.

Alle sedute del Consiglio partecipa il Direttore Generale con funzione consultiva. Il Direttore Generale fornisce al Consiglio di Amministrazione il supporto necessario a garantire la funzionalità dell'organo.

Il Direttore amministrativo o un Dirigente amministrativo dello stesso designato, garantisce le funzioni di segreteria e la verbalizzazione delle sedute. Può essere presente il Presidente del Collegio dei Revisori o un suo delegato.

La convocazione alle sedute consiliari deve essere inoltrata, oltre che ai consiglieri, anche al Direttore Generale, al Direttore amministrativo e al Presidente del Collegio dei Revisori.

In assenza del Presidente, il Consiglio è presieduto dal Vice Presidente o dal consigliere più anziano di età.

Le votazioni si svolgono per appello nominale o, quando si tratti di questioni concernenti persone, a scrutinio segreto. In caso di parità, nelle votazioni a scrutinio palese, prevale il voto del Presidente.

Per la proposta di adozioni o di modifica dello Statuto, il Consiglio delibera a maggioranza assoluta dei suoi



componenti.

In caso di assoluta e comprovata urgenza, che non consenta una convocazione del Consiglio di amministrazione in tempo utile, il Presidente adotta i provvedimenti di competenza del Consiglio necessari al funzionamento dell'Istituto, da presentare per la ratifica al Consiglio stesso nella prima seduta successiva alla loro adozione.

I Consiglieri non possono intervenire a discussioni o deliberazioni, né prendere parte ad atti o provvedimenti che concernono loro personali interessi o quelli di parenti o affini sino al secondo grado, ovvero interessi di società o enti di cui siano amministratori. Sono esclusi del computo per la validità delle riunioni e per l'approvazione di deliberazioni, i Consiglieri che devono astenersi a norma del comma precedente.

Art. 10

Il Consiglio di Amministrazione ha compiti di indirizzo, coordinamento e verifica dell'attività dell'Istituto. Nel rispetto delle competenze assegnate dalla normativa di riferimento, il Consiglio di Amministrazione promuove tutte le attività volte al perseguimento degli scopi assegnati secondo i principi indicati dallo Statuto.

In particolare:

- a) su proposta del Direttore Generale, recepisce, e propone alle Regioni per l'approvazione, lo Statuto dell'Ente e le relative, eventuali revisioni;
- b) adotta, su proposta del Direttore Generale, il regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto e la relativa dotazione organica;
- c) adotta il regolamento per la gestione economico finanziaria e patrimoniale dell'Istituto, predisposto dal Direttore Generale;
- d) approva il bilancio economico preventivo annuale e triennale ed i relativi piani di attività nonché il bilancio di esercizio, predisposti dal Direttore Generale;
- e) adotta il tariffario per le prestazioni a pagamento rese nell'interesse di terzi, eventuali variazioni e aggiornamenti;
- f) definisce, sulla base della programmazione nazionale e regionale, gli indirizzi generali per la programmazione pluriennale;
- g) definisce con cadenza annuale, sulla base della programmazione risultante dagli atti delle Giunte delle Regioni interessate, gli obiettivi gestionali da assegnare al Direttore Generale;
- h) verifica la coerenza del piano triennale delle attività e degli investimenti predisposto dal Direttore Generale con gli indirizzi dei piani sanitari regionali;
- i) valuta e se del caso approva, la relazione gestionale annuale sull'attività svolta dall'Istituto predisposta dal Direttore Generale;
- j) esprime, entro 60 giorni dal ricevimento, parere preventivo sulla proposta del Direttore Generale in ordine alla costituzione di aziende speciali per lo svolgimento delle attività di produzione, immissione in commercio e distribuzione di medicinali e di altri prodotti necessari alle attività di sanità pubblica veterinaria. Si prescinde dal parere ove si renda necessario emanare provvedimenti contingibili ed urgenti adottati per ragioni di sanità pubblica veterinaria nel quadro della normativa vigente;
- k) esprime parere preventivo sulla proposta del Direttore Generale in ordine alle variazioni relative al patrimonio immobiliare che determinino modifiche alla individuazione della sede dell'ente o delle sedi delle sue sezioni periferiche ovvero incidano sull'articolazione territoriale dei servizi;
- l) esprime parere preventivo sulla proposta del Direttore Generale in ordine all'istituzione o alla soppressione di sezioni provinciali;
- m) provvede alle designazioni dei rappresentanti dell'Istituto nei casi di competenza;
- n) promuove specifici momenti di confronto con le Regioni, il Ministero, le Organizzazioni di rappresentanza economica e sociale, con l'Università ed altri enti ed Istituti scientifici, utili a fornire elementi conoscitivi e contributi nonché di stimolo e impulso, per la definizione degli obiettivi programmatici in materia di sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare, sviluppo sostenibile nei limiti ed in coerenza con la normativa vigente.

Entro dieci giorni dall'adozione, il Consiglio di Amministrazione trasmette i provvedimenti di cui ai punti a) e d) alle Regioni Abruzzo e Molise.

Art. 11

I membri del Consiglio di Amministrazione cessano anticipatamente dalla carica in caso di:



- formali dimissioni volontarie
- incompatibilità non rimossa entro trenta giorni dalla nomina o dal verificarsi della relativa causa;
- condanna con sentenza passata in giudicato, per uno dei reati che comportino la decadenza dalla carica ai sensi dell'art. 59 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267;
- assenza ingiustificata per tre sedute consecutive del Consiglio di Amministrazione.

Le formali dimissioni di un consigliere non possono essere ritirate dopo che il Consiglio di Amministrazione ne abbia preso atto. Entro cinque giorni dalla conoscenza del verificarsi di una delle suddette ipotesi, il Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'Istituto convoca il Consiglio per la presa d'atto. Il Consiglio di Amministrazione informa l'Ente che ha provveduto alla nomina per la relativa sostituzione. Analoga procedura deve essere seguita in caso di impedimento permanente di un consigliere all'esercizio delle sue funzioni.

Art. 12

Il consiglio di amministrazione, anche su proposta del Ministro della Salute, può essere sciolto dai Presidenti delle Regioni Abruzzo e Molise d'intesa con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'Economia e delle Finanze quando:

- risultino gravi omissioni nella funzione di verifica e controllo amministrativo ovvero gravi e reiterate violazioni delle disposizioni di legge o statutarie;
- il conto economico chiude con una perdita superiore al 20 per cento del patrimonio per due esercizi consecutivi;
- vi è impossibilità di funzionamento del consiglio stesso.

Con il provvedimento di scioglimento decade il Direttore Generale. I Presidenti delle Regioni interessate, d'intesa con il Ministro della Salute, nominano un Commissario straordinario, con il compito di rimuovere le irregolarità e sanare la situazione di passività, sino alla ricostituzione degli ordinari organi di amministrazione.

TITOLO VIII

PRESIDENTE

Art. 13

Il Presidente è nominato d'intesa dai Presidenti delle Regioni di riferimento. qualora si debba procedere al rinnovo anticipato della Presidenza, per le cause di cui al precedente art. 11, il nuovo Presidente dura in carica fino al completamento del mandato.

Art. 14

Il Presidente convoca e presiede il Consiglio di Amministrazione e lo rappresenta nei rapporti istituzionali. Predisponde l'ordine del giorno secondo le modalità previste dal precedente art. 9, firma la convocazione del Consiglio e le deliberazioni del Consiglio stesso; provvede in ordine agli adempimenti conseguenti alle deliberazioni del Consiglio, esercita le attribuzioni devolutegli dalle leggi vigenti e dallo Statuto.

Il Presidente può delegare incarichi specifici al Vice Presidente ed ai membri del Consiglio, nell'ambito dei compiti del Consiglio stesso.

TITOLO IX

VICEPRESIDENTE

Art. 15



Il Vicepresidente è nominato con le medesime procedure previste per il Presidente; sostituisce il Presidente in caso di sua assenza o impedimento. Il Vicepresidente condurrà il Presidente nell'espletamento delle funzioni previste dal precedente art. 14.

TITOLO X

DIRETTORE GENERALE

Art. 16

Il Direttore Generale è nominato secondo le modalità previste dal vigente quadro normativo.
 Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato, rinnovabile.
 Le caratteristiche e i contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono quelli previsti dal D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e dal D.P.C.M. 19 luglio 1995 n.502 e successive loro modificazioni.
 Il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'Istituto, lo gestisce e ne garantisce l'attività scientifica.
 Nell'ambito delle proprie competenze, il Direttore Generale, in particolare:

- a) sovrintende al funzionamento dell'Istituto;
- b) predispose il bilancio di previsione e il bilancio d'esercizio e li sottopone all'approvazione del Consiglio di Amministrazione;
- c) predispose la relazione programmatica annuale e la trasmette per l'approvazione al Consiglio di Amministrazione;
- d) assume tutti gli atti relativi alla gestione giuridica ed economica del personale secondo le modalità previste dal regolamento;
- e) stipula i contratti, le convenzioni ed assume i provvedimenti che comportano oneri di spesa a carico dell'Istituto, fatti salvi quelli delegati alla competenza dei Dirigenti;
- f) propone il regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto, le relative dotazioni organiche ed eventuali variazioni al Consiglio di amministrazione per la relativa adozione;
- g) predispose, in attuazione degli obiettivi e degli indirizzi previsti dai piani sanitari regionali e dagli indirizzi generali di programmazione pluriennali definiti dal Consiglio di Amministrazione, il piano triennale delle attività e lo propone al Consiglio di Amministrazione per la verifica;
- h) predispose la relazione gestionale annuale sull'attività svolta e la propone per la valutazione al Consiglio di Amministrazione;
- i) predispose e, dopo l'approvazione delle giunte regionali, adotta il tariffario per le prestazioni a pagamento;
- j) propone al Consiglio di amministrazione per l'espressione del parere preventivo:
 - la costituzione di società per lo svolgimento delle attività di produzione, immissione in commercio e distribuzione di medicinali e di altri prodotti necessari alle attività di sanità pubblica veterinaria;
 - le spese che vincolano i bilanci oltre i cinque anni, le trasformazioni e le diminuzioni relative al patrimonio immobiliare;
 - l'istituzione o soppressione di sezioni provinciali.

Il Direttore Generale partecipa alle sedute del Consiglio di Amministrazione, con funzione consultiva.
 In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore sanitario.

TITOLO XI

DIRETTORE SANITARIO E DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Art. 17



Il Direttore Generale è coadiuvato nell'esercizio delle sue funzioni dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo.

Il Direttore Generale, con provvedimento motivato, nomina il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo.

Il Direttore sanitario è un medico veterinario che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età ed in possesso di documentata attività professionale di direzione tecnico scientifica, con esperienza dirigenziale maturata per un periodo non inferiore a cinque anni nel settore della sanità pubblica veterinaria. Dirige i servizi sanitari e risponde al Direttore Generale, cui fornisce parere obbligatorio su tutti gli atti relativi alle materie di competenza.

~~Il Direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e sia in possesso di documentata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa, con esperienza dirigenziale maturata per un periodo non inferiore a cinque anni in enti o strutture pubbliche o private. Dirige i servizi amministrativi e risponde al Direttore Generale, cui fornisce parere obbligatorio su tutti gli atti relativi alle materie di competenza. Inoltre, per quanto di rispettiva competenza, il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo svolgono ogni altra attività delegata dal Direttore Generale.~~

Il rapporto di lavoro del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo è esclusivo a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata massima quinquennale. Il contratto ha comunque termine entro tre mesi dalla nomina del nuovo Direttore Generale e può essere rinnovato.

Il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo possono, per gravi motivi, essere sospesi o dichiarati decaduti dal Direttore Generale con provvedimento motivato.

Il rinnovo del contratto del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo avviene con provvedimento motivato da parte del Direttore Generale, previa valutazione dell'attività svolta.

TITOLO XII

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Art. 18

Il Collegio dei revisori dura in carica tre anni. E' composto da tre membri, nominati uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze, che è anche presidente del Collegio, ed uno ciascuno dalle Regioni Abruzzo e Molise. I revisori nominati dalle regioni devono essere scelti tra gli iscritti nell'elenco di cui all'art. 1 del D.Lgs. 27 gennaio 2010, n.39. Il Collegio dei revisori dei conti svolge i compiti previsti dal vigente quadro normativo; in particolare vigila sull'attività amministrativa dell'Istituto e sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento ed informa il controllo sugli atti ai principi contenuti nell'articolo 2403 del codice civile; accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e può chiedere notizie al direttore generale sull'andamento dell'Istituto; redige, almeno semestralmente, una relazione sull'andamento dell'Istituto e la trasmette al consiglio di amministrazione, alle regioni interessate, al Ministero della Salute, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, nonché al Direttore Generale. I revisori possono in qualsiasi momento, anche individualmente, procedere ad atti di ispezione e di controllo.

A seguito di decadenza, dimissioni o di mancanza di uno o più componenti, il relativo Presidente procede ad informare tempestivamente gli enti di competenza al fine di procedere a nuove nomine.

Ai membri del Collegio dei Revisori compete l'indennità di carica nella misura stabilita dall'art. 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502.

TITOLO XIII

PERSONALE

Art. 19

Al personale dell'Istituto si applicano le disposizioni ed i principi contenuti nel D.Lgs. 30 giugno 1993, n.270, D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e nel D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 e s.m.i.



Al personale dell'Istituto si applicano i Contratti collettivi nazionali di lavoro del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Ai concorsi per l'assunzione in Istituto si applicano le vigenti previsioni normative e regolamentari previste per il personale del Servizio Sanitario Nazionale e da specifiche norme di legge riferite agli Istituti Zooprofilattici.

PARI OPPORTUNITA'

Art. 20

L'Istituto riconosce le differenze tra i sessi come valore fondamentale dell'umanità.

Promuove ed attua azioni positive per garantire oggettive condizioni di pari opportunità tra uomini e donne nell'accesso al lavoro, nello sviluppo professionale e di carriera e nelle attribuzioni dei livelli di responsabilità del personale dipendente. Tutela il benessere dei lavoratori e promuove iniziative dirette a contrastare ogni forma di discriminazione.

Le misure per favorire pari opportunità sono adottate in conformità alle disposizioni in materia di cui alla legge 10 aprile 1991 n. 125, all'art. 57 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 e successive modificazioni ed integrazioni, alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e dai Ministri competenti in materia di Funzione Pubblica e Pari Opportunità e ai Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro del Servizio Sanitario Nazionale.

CONSIGLIO DEI SANITARI

Art. 21

Il consiglio dei sanitari è un organismo consultivo che può fornire pareri al Direttore Generale. Il consiglio esprime la rappresentanza della dirigenza e del comparto.

E' presieduto dal Direttore sanitario che ne fa parte di diritto.

Le modalità di composizione, di formazione e funzionamento saranno definite da apposito regolamento, tenendo conto delle vigenti disposizioni in materia.

TITOLO XIV

CONSULTAZIONI CON LE ORGANIZZAZIONI DELL'UTENZA E DEI CONSUMATORI

Art. 22

L'Istituto garantisce periodiche consultazioni con le rappresentanze organizzate degli utenti e dei consumatori maggiormente significative, al fine di informare e raccogliere proposte e osservazioni sui programmi e sulle attività svolte dall'Istituto. Il Consiglio di Amministrazione definisce con appositi atti la periodicità e le modalità delle proprie modalità di consultazione.

TITOLO XV

CONTROLLO SUGLI ATTI

Art. 23

Sono soggetti al controllo delle Regioni Abruzzo e Molise:

- a) il bilancio di previsione;



- b) le variazioni di bilancio;
- c) il conto consuntivo;
- d) la determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale;
- e) la deliberazione di programmi di spese pluriennali;
- f) i provvedimenti che disciplinano l'attuazione dei contratti e delle convenzioni.

Gli atti soggetti a controllo sono trasmessi agli Enti interessati entro dieci giorni dalla relativa adozione e si intendono approvati qualora non ne sia stato disposto l'annullamento con provvedimento motivato entro quaranta giorni dalla data del ricevimento.

Il termine di quaranta giorni può essere interrotto una sola volta se, prima della scadenza, uno degli Enti competenti richiama all'Istituto elementi integrativi di giudizio; tali elementi devono pervenire entro venti giorni a pena di decadenza. Dal momento del loro ricevimento decorre un nuovo periodo di trenta giorni, trascorsi i quali senza che ne sia pronunciato l'annullamento, gli atti divengono esecutivi.

TITOLO XVI

PUBBLICITA' DEGLI ATTI

Art. 24

L'Istituto, in conformità e nei limiti della vigente normativa, garantisce la pubblicità degli atti assunti dal Consiglio di Amministrazione e dal Direttore Generale. La pubblicità degli atti avviene attraverso l'affissione all'Albo Informativo dell'Ente.

TITOLO XVII

NORME FINALI E TRANSITORIE

Art. 25

Il presente Statuto trova applicazione dalla data di relativa approvazione da parte delle Regioni Abruzzo e Molise. Per tutto quanto non previsto dal presente Statuto si fa rinvio al D.Lgs. 30 giugno 1993 n.270, alla Legge della Regione Abruzzo 8 maggio 2012 n. 19, alla Legge della Regione Molise 9 settembre 2011 n. 27, al D.Lgs. 28 giugno 2012 n. 106, al D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni e al D. Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 e alle normative sopravvenute, in quanto applicabili.



ISTITUTO G. CAPORALE
TERAMO

REGIONE ABRUZZO
Direzione Politiche della Salute
Prot. n. P.A. 94055

- 9 APR. 2013

Teramo, 4 APR. 2013

Raccomandata a.r.

SETTORE CdA

PROTOCOLLO 4003

S/NEZ
K

Al Sig. Presidente
Regione Abruzzo
Dott. Gianni Chiodi
Via Leonardo da Vinci, 6
67100 L'AQUILA

Al Sig. Presidente
Regione Molise
Dott. Paolo di Laura Frattura
Via Genova, 11
86100 CAMPOBASSO

Partita IVA 00200130675 - Codice Fiscale 00602

OGGETTO: richiesta di approvazione dello Statuto dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e Molise

Si fa seguito alla Ns. nota del 21/09/2012 prot. 10579/12 relativa alla richiesta di approvazione dello Statuto di cui all'art. 12 del D.lgs. 106/2012 - ad oggi inevasa - e s'invia una nuova versione con il completamento dell'art 8 relativo all'indennità di carica dei Consiglieri, così come suggerito, per le vie brevi, dalle Regioni in indirizzo. Le indennità sono state indicate a seguito di esame comparato degli Istituti Zooprofilattici italiani.

Si fa inoltre presente che il C.d.A. si è insediato in data 6 agosto 2012 e pertanto si sollecita un riscontro da parte Vostra. L'assenza dello Statuto comporta una oggettiva difficoltà nell'espletamento delle funzioni proprie del C.d.A. e di conseguenza della gestione dell'Istituto. In particolare, l'eventuale mancata approvazione dello statuto in tempi rapidi non permetterà l'approvazione, entro il 30 aprile p.v., del bilancio di previsione 2013 costringendo l'Istituto all'esercizio provvisorio.

Si ringrazio per l'attenzione e si inviano distinti saluti

I Consiglieri di Amministrazione

Santino Proserpi
Nicola D'Alterio
Nicola Chiaralla
Giovanni Presutti

Sede Centrale
Campsan Romano, n.108 (TERAMO), Italia - telefoni +39 0861 31311 - +39 0861 31323 - www.izs.it - www.istat.it

Sezioni
AULIZIANO, Contrada Caroscano 7 - tel e fax 0864 56177 CAMPORASSO, Via Garibaldi 155 - tel. e fax 0874 311106 ISENIA, Contrada
Brecelle - tel e fax 0865 414619 LANCIANO, Viale S. Antonio 5 - tel. e fax 0872 713102 PESCARA, Via Rinaldo, 118 - tel e fax 085 54308
PESLICO (Torre di Cerreto), Via Nazionale 5 E - tel. e fax 085 2431478 TERAMO, Via del Muro di Italia - tel e fax 0875 81343

Di quanto sopra si è redatto il presente verbale che, previa lettura e conferma, viene sottoscritto come appresso:

IL SEGRETARIO
F.to Mogavero

IL PRESIDENTE
F.to Paolo di LAURA FRATTURA

Per copia conforme all'originale, in carta semplice per uso amministrativo.

Campobasso, li 17 luglio 2013



IL DIRETTORE REGGENTE
Mariolga MOGAVERO

Mariolga Mogavero

Per copia conforme all'originale, in carta semplice per uso amministrativo.

Visto: IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO

Campobasso, li _____

Dg 21 a

Piero Bertazzi

Da: Giuseppe Bucciarelli
 Inviato: martedì 23 luglio 2013 15:21
 A: Piero Bertazzi
 Oggetto: I: delibera parere statuto Istituto Zooprofilattico
 Allegati: 336.zip

Carissimo,
 ecco la delibera dello statuto IZS ... bisogna fare nostro provvedimento.
 Gb

—Messaggio originale—

Da: Maria Crocco
 Inviato: martedì 23 luglio 2013 15:15
 A: Giuseppe Bucciarelli
 Cc: Maria Cristina Tribuzii; Massimo Di Alessandro
 Oggetto: I: delibera parere statuto Istituto Zooprofilattico

Per i relativi adempimenti di competenza.
 Maria Crocco

—Messaggio originale—

Da: Presidenza
 Inviato: martedì 23 luglio 2013 14:19
 A: Maria Crocco
 Cc: Massimo Di Alessandro
 Oggetto: I: delibera parere statuto Istituto Zooprofilattico

Carissima Maria,
 Ti trasmetto, per gli adempimenti conseguenti, la nota e la delibera della Regione Molise con l'approvazione della bozza di statuto dell'IZS.
 Cari saluti.

Maria Cristina Tribuzii

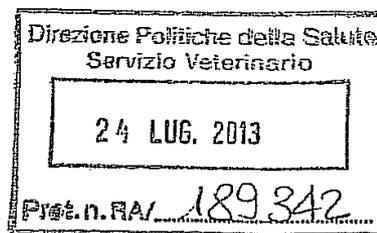
Regione Abruzzo
 Giunta Regionale
 Segretariato Generale della Presidenza
 Struttura Complessa "Segreteria del Presidente"

- Sede L'Aquila - Palazzo I. Silone - Via Leonardo da Vinci, 6 - 67100 L'Aquila - Italy
 Tel.: +39 0862 363817-818 - Fax +39 0862 363522
 - Sede Pescara - P.zza Unione 13 - 65127 Pescara - Italy Tel. +39 085 7672983-982 - Fax +39 085 7672845
 Mail: presidenza@regione.abruzzo.it
 Pec: presidenza.pec@regione.abruzzo.it

Il giorno 22/lug/2013, alle ore 16:14,
 "testa.sarah@mail.regione.molise.it<mailto:testa.sarah@mail.regione.molise.it>"
 <testa.sarah@mail.regione.molise.it<mailto:testa.sarah@mail.regione.molise.it>> ha scritto:

Si invia, su indicazione del Direttore del Servizio Gabinetto del Presidente, il file della delibera n. 336/2013, della Giunta regionale del Molise, per l'opportuna conoscenza.

| | |
|--|-------------------|
| REGIONE ABRUZZO | |
| DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE | |
| SERVIZIO SANITA' VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE | |
| PRATICA n°..... | FASCICOLO n°..... |
| TITOLARIO..... | ANNO..... |
| Assegnata all'ufficio per il seguito di competenza | |
| <input type="radio"/> Ufficio Sanità animale e Igiene delle Produzioni Zootecniche <input type="radio"/> Ufficio Igiene degli alimenti, Nutrizione e prevenzione Ambientale <input type="radio"/> Ufficio Igiene degli Alimenti di O.A. <input checked="" type="radio"/> Ufficio Affari amministrativi Veterinari | |
| Annotazioni all'ufficio | |
| Proposta per provvedimento IZS per IZS Molise e IZS Pescara | |



Cordiali saluti

dott.ssa Sarah Testa
Ufficio Attuazione Programma di Governo
Servizio Gabinetto del Presidente della Regione e degli AA.II.
tel. 0874 314662

ALLEGATO 2

Allegato a: Decreto del Commissario
ad ACTA

REGIONE ABRUZZO
Direzione Politiche della Salute
Prot. n. P.A. 94055
- 9 APR. 2013



ISTITUTO G. CAPORALE
TERAMO

68 del 107 OTT, 2013

Teramo, 4 APR. 2013

Raccomandata a.r.

SETTORE CdA

PROTOCOLLO 4003

S/DEI
K



Al Sig. Presidente
Regione Abruzzo
Dott. Gianni Chioldi
Via Leonardo da Vinci, 6
67100 L'AQUILA

Al Sig. Presidente
Regione Molise
Dott. Paolo di Laura Frattura
Via Genova, 11
86100 CAMPOBASSO

OGGETTO: richiesta di approvazione dello Statuto dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e Molise

Si fa seguito alla Ns. nota del 21/09/2012 prot. 10579/12 relativa alla richiesta di approvazione dello Statuto di cui all'art. 12 del D.lgs. 106/2012 - ad oggi inevasa - e s'invia una nuova versione con il completamento dell'art 8 relativo all'indennità di carica dei Consiglieri, così come suggerito, per le vie brevi, dalle Regioni in indirizzo. Le indennità sono state indicate a seguito di esame comparato degli Istituti Zooprofilattici Italiani.

Si fa inoltre presente che il C.d.A. si è insediato in data 6 agosto 2012 e pertanto si sollecita un riscontro da parte Vostro. L'assenza dello Statuto comporta una oggettiva difficoltà nell'espletamento delle funzioni proprie del C.d.A. e di conseguenza della gestione dell'Istituto. In particolare, l'eventuale mancata approvazione dello statuto in tempi rapidi non permetterà l'approvazione, entro il 30 aprile p.v., del bilancio di previsione 2013 costringendo l'Istituto all'esercizio provvisorio.

Si ringrazia per l'attenzione e si inviano distinti saluti

I Consiglieri di Amministrazione

Santino Prosperi
Nicola D'Alterio
Nicola Ciarallo
Giovanni Presutti

Sede Centrale
Campagna Boaria, 64100 TERAMO, Italia - telefono: +39 0861 3102 fax: +39 0861 312251 - www.izs.it - www.izsbr.it

Sezioni
AVERZANO, Contrada Carrovino 7 - tel. e fax 0864 59127 CAMPOBASSO, Via Garibaldi 155 - tel. e fax 0874 311109 ISERNIA, Contrada Breccelle - tel. e fax 0865 414619 LANCIANO, Viale S. Antonio 8 - tel. e fax 02 71 3102 PESCARA, Via Ranale, 118 - tel. e fax 085 54308 PINETO (Torre di Cerrano), Via Nazionale S.S. 16 - tel. e fax 085 9331478 TERAMO, Via dei Martiri d'Italia - tel. e fax 0875 81343

Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale"

TERAMO

VERBALE DELLA SEDUTA N. 3 DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

■ Allegati n.

L'anno duemilatredecim nei giorni tre e quattro
 del mese di aprile presso la sede centrale dell'Istituto, si riunisce, previa regolare convocazione, il Consiglio di Amministrazione dell'Ente per la discussione del seguente ordine del giorno:

1. Comunicazioni;
2. Quota finanziamento attività dell'O.I.E.;
3. Piano Aziendale dell'Istituto;
4. Bilancio di Previsione 2013;
5. Varie ed eventuali.

Sono presenti:

| | |
|-------------------|----------|
| Ciarallo Nicola | Presente |
| D'Alterio Nicola | Presente |
| Grasselli Aldo | Assente |
| Presutti Giovanni | Presente |
| Prosperi Santino | Presente |
| Totale presenti | 4 |

Il giorno 3 aprile alle ore 16,00 è presente il Consiglio di Amministrazione nella composizione suindicata. Sono inoltre presenti il Direttore Generale, Dott. Fernando Amolfo ed il Dott. Giovanni Mattucci, membro del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Istituto. È altresì presente, in funzione verbalizzante, Janet Verrocchio, dipendente dell'Istituto. Il Consiglio apre la discussione sul punto 1 all'ordine del giorno ad oggetto "Comunicazioni" e prende atto che non sussistono notizie ed argomenti da comunicare. Il Consiglio di Amministrazione passa alla discussione sul punto 5 all'ordine del giorno ad oggetto: "Varie ed eventuali" data la presenza del Dott. Mattucci, membro del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Istituto il quale è chiamato a esprimere una opinione sull'argomento di seguito indicato.

Il Consiglio discute a proposito della mancata approvazione, ad oggi, da parte delle Regioni Abruzzo e Molise, dello Statuto dell'Ente e delle relative indennità spettanti ai membri del Consiglio di Amministrazione.

Il Consiglio si sofferma sulla oggettiva difficoltà, in mancanza dell'approvazione dello Statuto, dell'espletamento delle funzioni proprie del CDA.

A tal proposito viene richiesto al Dott. Mattucci una opinione circa la quantificazione delle indennità spettanti al Consiglio di Amministrazione e, più in generale gli viene domandato, se a suo avviso, le deliberazioni adottate dal CDA in assenza della convocazione del Collegio dei Revisori, siano legittime o se potrebbero essere viziata da nullità insanabile.

Il Dott. Mattucci, per quanto concerne le deliberazioni, ritiene di non doversi esprimere al riguardo.

Il Dott. Mattucci, si esprime, successivamente sul problema relativo alla quantificazione delle indennità spettanti al CDA e riferisce che la Legge stabilisce soltanto quali sono i compensi dovuti al Direttore Generale ed al Collegio dei Revisori e che le indennità non possono comunque essere corrisposte ai membri del Consiglio a seguito di provvedimenti di autodeterminazione da parte del Consiglio stesso.

Propone, in ogni caso, di sollecitare la Regione Abruzzo e Molise per iscritto affinché si pronuncino sulla proposta di Statuto.

Il Direttore Generale ricorda che la Regione Abruzzo è già stata sollecitata due volte, senza riscontro.

Il Prof. Prospero riferisce che la Regione Abruzzo nell'ambito dell'approvazione dello Statuto Generale dell'Istituto non prenderà in considerazione il problema relativo alle indennità. Il Dott. Presutti riferisce che, presumibilmente, altrettanto farà la Regione Molise.

Data la situazione di stallo, il Dott. Presutti propone di rinviare lo Statuto - con le indicazioni delle indennità spettanti ai membri del Consiglio - alle Regioni Abruzzo e Molise per l'approvazione, dando indicazione alle Regioni di modificare tali indicazioni se ritenuto opportuno.

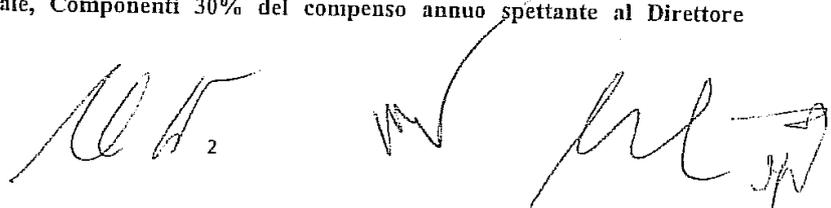
Il Dott. D'Alterio dà il proprio consenso; si dice d'accordo anche il Prof. Prospero.

Il Dott. Ciarallo ricorda che all'interno degli Statuti di molti IZZSS sono contenute disposizioni circa le indennità.

Il Consiglio sottolinea che le indennità sono state indicate a seguito di esame comparato degli Istituti Zooprofilattici Italiani.

Il Consiglio di Amministrazione dispone all'unanimità di ripercorrere dal principio l'iter relativo all'approvazione dello statuto da parte delle Regioni Abruzzo e Molise.

Il Consiglio di Amministrazione decide quindi all'unanimità di integrare l'art. 8 del testo statutario già inoltrato alle Regioni competenti in data 22.09.2012 come di seguito "Ai membri del Consiglio di Amministrazione compete, a decorrere dall'insediamento, l'indennità di carica pari a: Presidente 40% del compenso annuo spettante al Direttore Generale, Vice Presidente 35% del compenso annuo spettante al Direttore Generale, Componenti 30% del compenso annuo spettante al Direttore Generale".



Decide, quindi, di rinviare lo statuto perfezionato – all. n. 1 da considerarsi parte integrante e sostanziale della presente atto - alle Regioni Abruzzo e Molise per l'approvazione.

Si passa quindi al punto 2 all'ordine del giorno ad oggetto "Quota finanziamento attività dell'OIE"

Interviene nella seduta il Dott. Giacomo Migliorati, Direttore Sanitario dell'Istituto.

Il Direttore Generale espone in linea generale la situazione relativa ai finanziamenti degli Stati all'O.I.E. e, per quanto riguarda l'Italia, riferisce – in particolare - che il Dott. Marabelli ha invitato tutti gli Istituti Zooprofilattici a far fronte comune al fine di collaborare all'attività dell'OIE sottoscrivendo un accordo che prevede la corresponsione in tre anni della quota di € 500.000,00 per Istituto ripartita nel modo seguente: € 200.000,00 nell'anno 2013, € 150.000,00 entro febbraio dell'anno 2014 ed € 150.000,00 entro il mese di febbraio dell'anno 2015.

La sottoscrizione del protocollo da parte dei Legali Rappresentanti degli IZZSS è prevista a Roma per il prossimo 10 aprile.

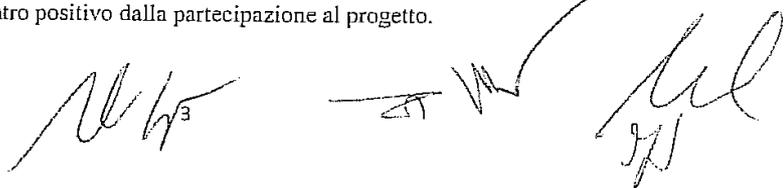
La finalità del progetto è quella di creare una rete tra tutti gli Istituti Zooprofilattici sotto l'egida dell'organismo centrale O.I.E.. Il Dott. Migliorati sottolinea l'importanza di tale progetto ed evidenzia il ruolo guida che verrebbe assunto dall'IZS di Teramo, Centro di Referenza per numerose malattie, che farebbe da "traino" e sarebbe guida per Istituti con meno esperienza sul piano internazionale.

Il Dott. Presutti ritiene tale decisione – di tipo prettamente gestionale – non di competenza del CDA, tuttavia prende atto dell'invito della Direzione a deliberare in merito.

Il Prof. Prospero sostiene che la spesa cui l'Istituto è chiamato a fare fronte, è una spesa consistente e non usuale e ritiene essere tale decisione di competenza del Consiglio, ma si esprime positivamente in quanto dall'approvazione del progetto ci saranno sicuramente delle ricadute positive per l'Istituto sia direttamente sia indirettamente

Interviene il Dott. Ciarallo il quale sottolinea che: "dall'esame del Protocollo d'intesa si evince che il ruolo degli IZZSS italiani ed in particolare dell'IZS di Teramo, si esplica attraverso la sorveglianza epidemiologica delle malattie trasmissibili emergenti e riemergenti suscettibili di avere un potenziale impatto sulla salute dell'uomo e degli animali. Tale sorveglianza nei confronti delle malattie di origine transfrontaliera (sponda Africana e Mediorientale del Mediterraneo) oltre ad essere vitale per i nostri confini nazionali determina, proprio per la posizione *front line* dell'Italia, delle ricadute positive per la difesa dell'intero continente europeo. Si ritiene, quindi, che pur approvando il Protocollo d'Intesa, sia ragionevole chiedere nelle sedi delle future negoziazioni, non solo una attenuazione dei costi finanziari, ma adeguati sostegni economici per le attività di sorveglianza che di fatto sono svolte a salvaguardia dell'intero continente europeo".

Il Direttore Generale sottolinea che in questo momento solo gli IZZSS sono in grado di sostenere la spesa e che l'Istituto avrà di certo un riscontro positivo dalla partecipazione al progetto.



Il Consiglio di Amministrazione approva all'unanimità il progetto OIE e conferisce mandato al Direttore Generale di procedere alla sottoscrizione.

Il Consiglio procede, a questo punto alla discussione del punto 2bis all'ordine del giorno ad oggetto "Fondazione Alimentaria".

Il Consiglio di Amministrazione discute ampiamente sull'opportunità di sciogliere o meno la Fondazione Alimentaria.

Viene quindi introdotta la Dott.ssa Claudia Rasola in qualità di Responsabile del Reparto Affari Generali dell'Istituto, chiamata a riferire sulle attività della Fondazione.

Dopo attenta analisi, il Consiglio ritiene di non avere elementi sufficienti per poter prendere una decisione sull'argomento in oggetto e decide di acquisire ulteriore documentazione utile al fine di prendere una decisione valutando tutti gli aspetti utili.

A tal proposito il CDA chiede alla Dott.ssa Rasola di fornire tutto il materiale necessario per un'ulteriore analisi della pratica.

La Dott.ssa Rasola si allontana dalla seduta.

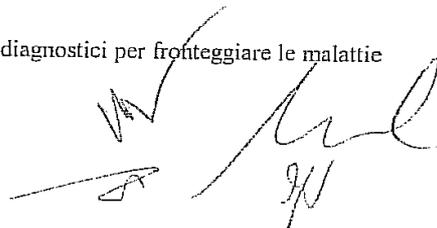
Il Consiglio di Amministrazione all'unanimità si riserva di prendere una decisione sul punto nel corso di altra seduta dopo aver acquisito idonea documentazione.

Alle ore 18.30 il Direttore Generale abbandona la seduta per poter ottemperare ad impegni pregressi; parimenti si allontana il Dott. Maltucci .

Si passa alla discussione del punto 3 all'ordine del giorno ad oggetto "Piano Aziendale dell'Istituto".

Il Consiglio discute ampiamente dei seguenti argomenti inerenti l'Istituto:

- Organigramma;
- Funzionigramma;
- condizioni di incardinamento del personale (tempo indeterminato, determinato, contratti, ecc.);
- fonti normative dei finanziamenti;
- rimesse da ministero della salute e dalle regioni;
- patrimonio inusuobiliare impiegato per fini istituzionali;
- patrimonio inusuobiliare non utilizzato, valorizzato e alienabile;
- stanziamenti in conto capitale disponibili;
- costo stimato dei progetti di ricollocazione della sede dell'istituto;
- costo stimato per la realizzazione di un laboratorio di biotecnologie e dell'officina farmaceutica;
- costo stimato per la realizzazione del laboratorio per la tipizzazione genetica dei patogeni e lo sviluppo di antigeni e diagnostici;
- costo stimato per la realizzazione di una banca vaccini e strumenti diagnostici per fronteggiare le malattie esotiche emergenti sul territorio della UE;



- costo stimato per la realizzazione del centro internazionale per la sicurezza alimentare
- progetti finanziati da altri enti;
- situazione delle possibili assunzioni di personale ed eventuali esuberi o cessazioni per quiescenza, scadenza termini, ecc.;
- stato attuale della sicurezza dei lavoratori negli ambienti di lavoro;
- predisposizione del regolamento per l'ordinamento interno dei servizi ai sensi dell'art.12 comma 2 legge 106/2012;
- valutazioni utili a stimare il ruolo strategico e le potenzialità dell'Istituto.

Alle ore 20.00 la seduta è sciolta e si aggiorna al giorno seguente.

Alle ore 9.00 del 4 aprile 2013 il Consiglio riprende i lavori.

E' presente il Direttore Generale Dott. Fernando Arnolfo.

Il Consiglio di Amministrazione discute a lungo con il Direttore Generale sulle competenze attribuite dalla Legge agli organi degli Istituti Zooprofilattici.

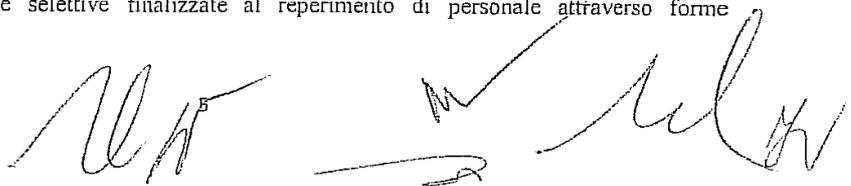
Il Consiglio ribadisce che – ad oggi - non è stato messo nelle condizioni di poter esercitare le funzioni previste dalla D.Lgs. 270/93, dal D.Lgs. 106/12 dalle Leggi Regionali concernenti il funzionamento dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise e chiarite in maniera esaustiva e definitiva dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 122/11. Al fine di meglio definire le motivazioni di tale impedimento e rimuovere ogni ostacolo all'esercizio de quo, ci si riporta al documento "Rapporti tra il CDA e Organi gestionali" parte integrante e sostanziale del presente verbale (allegato n. 1 al Verbale della seduta n. 2 del Consiglio di Amministrazione del 19.03.2013).

Il Direttore Generale puntualizza, come stabilito dal D. Lgs. n. 270/1993, dal D. Lgs. n. 106/2012 e ribadito dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 122/2011 (di cui dà lettura dei punti salienti), che al Direttore spetta - nell'ambito delle direttive ricevute dal Consiglio di Amministrazione - la gestione dell'Istituto.

I Consiglieri, nel rilevare che la distinzione tra attività d'indirizzo/coordinatione/controllo e gestione è stata puntualmente precisata con l'approfondita esegesi propria della sentenza della C.C., peraltro portata all'attenzione dell'Istituto dal CDA, rilevano che è proprio l'estrinsecazione delle direttive, che risulta disagiata e talvolta impossibile. All'uopo si rimanda al citato documento "Rapporti tra il CDA e Organi gestionali" parte integrante e sostanziale del presente verbale con invito a puntuale adesione.

A mero titolo d'esempio si rileva come le recenti deliberazioni del Direttore Generale in merito alle proroghe di contratti atipici, senza alcun coinvolgimento del CDA ha di fatto impedito l'esercizio delle funzioni d'indirizzo che naturalmente riguardano anche le risorse umane dell'Istituto.

Precisa il Direttore Generale sul punto che quella di cui sopra è una decisione di tipo gestionale e come tale rientrante nella proprie competenze e che i contratti di cui sopra, sono stati rinnovati o prorogati a far data dal 15 febbraio fino al 30 giugno 2013, in via del tutto eccezionale e per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle procedure selettive finalizzate al reperimento di personale attraverso forme



contrattuali compatibili con esigenze operative delle strutture, da concludersi necessariamente entro il 30 giugno prossimo.

Ricorda altresì che la formulazione non puntuale della norma, ha indotto l'Ente a richiedere un apposito parere al Dipartimento della Funzione Pubblica, di cui siamo in attesa di riscontro.

Aggiunge infine che ogni decisione contraria avrebbe provocato un grave danno all'Istituto, che improvvisamente si sarebbe visto privato di un numero cospicuo di risorse umane con la conseguente interruzione di importanti attività progettuali nelle quali gli stessi erano coinvolti.

Al di là del merito – attività squisitamente gestionale e rispetto alla quale il CDA, pur comprendendo le oggettive difficoltà, si rimette ai meccanismi operativi che la Direzione vorrà porre in essere - ciò che i Consiglieri intendono ribadire è la necessità che le indicazioni di indirizzo possano essere esercitate anche rispetto alla particolare “*contrattualistica creativa*” che sembrerebbe caratterizzare taluni rapporti di lavoro e rispetto alla quale il CDA richiama – per quanto pleonastico - alla più scrupolosa adesione al vigente dettato normativo e contrattuale .

Il Dott. Presutti domanda se il personale a contratto potrebbe essere assorbito dall'Ente con forme contrattuali a tempo indeterminato.

Il Direttore Generale ed il Direttore Sanitario, nel frattempo intervenuto nella seduta, fanno presente che l'Istituto in questo momento non dispone delle risorse finanziarie necessarie a procedere ad assunzioni di personale a tempo indeterminato e che in linea di massima farà ricorso a contratti a tempo determinato.

Il Consiglio di Amministrazione si riporta ai contenuti del documento “Rapporti tra il CDA e Organi gestionali” (allegato n. 1 al Verbale della seduta n. 2 del Consiglio di Amministrazione del 19.03.2013).

Il Consiglio passa al punto 4 all'ordine del giorno ad oggetto “Bilancio di Previsione 2013”.

Prima di iniziare la discussione interviene nella seduta la Dott.ssa De Flaviis.

Il Dott. Presutti richiamandosi ai principi già condivisi unanimemente dai Consiglieri invita, dalla gestione 2013, a procedere – tenendo in debita considerazione le esigenze di “massa critica di attività” e di “esigenze gestionali d'ordine generale” e senza che ciò possa in alcun modo incidere negativamente sull'andamento delle attività dell'Istituto - ad un riequilibrio delle attività dell'IZS facendo rilevare al Consiglio che per l'anno 2013 è stata riservata al Molise una quota per investimenti pari allo 0,88% rispetto al totale (Abruzzo 99,22%). All'uopo il Dott. Presutti chiede che le risorse destinate alle sezioni molisane si attestino a circa il 30% del totale degli investimenti procedendo gradualmente a una più equa distribuzione delle attività, valorizzando le specificità e le potenzialità (che a detta della Direzione Generale esistono) delle diverse sezioni, in particolare di quelle molisane.

La Dott.ssa De Flaviis sottolinea che realizzare tale spostamento è piuttosto difficile poiché gran parte dei finanziamenti vengono dalla L. 3/2001 e sono destinati all'Anagrafe animale e pertanto sono vincolati.

Il Prof. Prospero propone di esaminare con cura quale debba essere il ruolo da affidare alle singole Sezioni per una migliore allocazione delle risorse ed una migliore distribuzione delle attività.



Il Dott. D'Alterio, d'accordo con il Prof. Prospero, ritiene che vada valutato l'aspetto complessivo delle attività svolte da ciascuna sede per poter procedere ad una migliore redistribuzione delle risorse.

Il Dott. Presutti ribadisce la necessità di riequilibrare le attività tra le due Regioni, riallocando parte delle attività ordinarie nel Molise ed invita la Direzione dell'Istituto a redigere un piano di fattibilità ed un crono programma in tal senso.

Il Dott. Ciarallo propone, sulla base di esperienze fatte da altri IIZZSS, di valorizzare le Sezioni spostando in quest'ultime, attività rilevanti dell'Ente. In particolare sostiene che la Sezione di Isernia possa diventare una Sezione di eccellenza per la fauna selvatica per la sua posizione strategica di vicinanza al Parco, se dotata delle opportune risorse umane e finanziarie.

Il Dott. Presutti ribadisce l'importanza di effettuare lo spostamento di una quota di finanziamenti annuale poichè di conseguenza, ci sarebbe uno spostamento naturale delle attività ordinarie dell'Ente; non procedere ad una formalizzazione in tal senso significherebbe non cambiare la situazione attuale e ridurre i principi, teoricamente condivisi, in un mero esercizio accademico senza alcuna ricaduta effettiva.

Il Dott. Migliorati richiama l'attenzione sulla necessità, in questo momento storico, di prediligere e rafforzare l'attività di ricerca, unica soluzione che può favorire la permanenza dell'Istituto sul piano Internazionale. Continua sostenendo che lo sviluppo deve essere finalizzato soltanto ad investire nella ricerca, solo così l'Istituto continuerebbe a ricevere finanziamenti. Aggiunge, inoltre, che l'attività da potenziare in Molise può essere solo quella relativa alla biologia delle acque.

Il Dott. Ciarallo si sofferma sulla necessità di potenziare le Sezioni Molisane attraverso un atteggiamento fattivo dell'Istituto. In particolare, ribadisce la vocazione del Centro Sperimentale Regionale per la Pesca ed Acquacoltura insistente a Termoli ad essere un punto di riferimento nazionale ed internazionale per progetti di formazione e di ricerca sulla gestione delle risorse ittiche e sui problemi dell'inquinamento delle acque. Ricorda che il CdA si è già espresso in merito sottolineando il mancato decollo del centro e dando mandato al D.G. alla realizzazione di un crono programma per la fattiva strutturazione del centro.

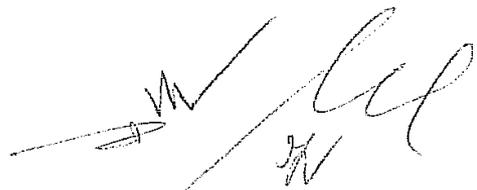
Il Prof. Prospero richiama l'attenzione sulla complessità e lungaggine richiesta per raggiungere l'eccellenza in tema di biologia delle acque e non ritiene utile una allocazione delle risorse svincolata da un apposito piano di sviluppo.

Anche il Dott. D'Alterio non crede si possano fissare delle quote di finanziamento prestabili da attribuire alle Regioni Abruzzo e Molise, ma propone di inserire tra gli obiettivi da raggiungere un migliore equilibrio tra le sedi.

Il Direttore ricorda lo sforzo già sostenuto in tal senso, chiudendo la Sezione di Giulianova e potenziando le attività della Sezione di Tonnoli, con relativo notevole investimento.

Il Dott. Migliorati sostiene che per portare la sezione di Termoli a livelli di eccellenza c'è bisogno di dotarla di risorse (anche umane) di rilievo.

Il Dott. Ciarallo propone di procedere per step successivi ed invita la Direzione a redigere un piano in tal senso in tempi certi.



Il Consiglio di Amministrazione, dispone la redazione, a cura della Direzione Generale, di un piano di sviluppo da sottoporre al CDA entro il mese di giugno 2013 con un crono programma che sin dal secondo semestre 2013 preveda il progressivo incremento delle attività a vantaggio della regione Molise pur senza vincoli quantitativi di quote percentuali d'investimento, in adesione al principio condiviso unanimemente di riequilibrio e di valorizzazione delle sezioni dell'Istituto.

Il Consiglio passa ed esamina il Bilancio di Previsione preceduto da una dettagliata relazione della Dott.ssa De Flaviis sulle fonti di finanziamento dell'Istituto in particolare su quelle attribuite all'Ente dalla L. 3/2001, dal progetto di cooperazione internazionale "CAPS2" e dal progetto di cooperazione afferente al piano di sviluppo rurale 2007-2012 "Pecoplus" e da quelli in itinere non ancora inseriti in Bilancio.

Il Consiglio esamina con cura la bozza di Bilancio consegnata dalla Dott.ssa De Flaviis.

Dopo aver analizzato e discusso le singole voci il Consiglio passa all'analisi della voce "Servizio gestione del canile rifugio". Sul punto il Dott. Ciarallo ritiene che tra i compiti istituzionali dell'Istituto non rientra la gestione dei canili, pertanto ritiene che in tempi brevi si deve pervenire alla dismissione della gestione del canile ed al recupero dei relativi crediti.

Il Consiglio di Amministrazione prende atto della bozza di Bilancio di Previsione 2013 e all'unanimità approva la proposta del Dott. Ciarallo.

Alle ore 14.00 la seduta è sciolta.

Firme

I Componenti del Consiglio

Nicola Ciarallo

Nicola D'Alterio

Giovanni Presutti

Santino Prosperi

Il Segretario Verbalizzante

Janet Verrocchio

ATTESTATO DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione viene pubblicata all'Albo di questo Istituto in data odierna e vi rimarrà affissa per giorni 15 consecutivi.

Data 06 MAG. 2013

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

(Dott.ssa Claudia Rasola)

La presente deliberazione è divenuta esecutiva
dal giorno 20 MAG. 2013
Addì 20 MAG. 2013
IL DIRIGENTE RESPONSABILE
Dott.ssa Claudia Rasola

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELL'ABRUZZO
E DEL MOLISE "G. CAPORALE"

STATUTO

TITOLO I

NATURA, AMBITO DI OPERATIVITA' E SCOPI DELL'ENTE

Art. 1

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale", (di seguito denominato "Istituto") è un Ente sanitario dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia amministrativa, gestionale e tecnica, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 1993 n. 270 e s.m.i. e nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502.

L'Istituto è lo strumento tecnico-scientifico d'eccellenza nazionale di cui si avvalgono il Ministero della Salute e le Regioni, per le attività internazionali di cooperazione ed alta formazione nei settori della sanità pubblica veterinaria, igiene, sicurezza alimentare e per un corretto equilibrio del rapporto uomo-animale-ambiente. A tal fine è tenuto a garantire il mantenimento dei requisiti e degli standard qualitativi indicati nell'apposito Protocollo di Intesa stipulato tra il Ministero della Salute e le Regioni di riferimento in data 11 dicembre 2009.

L'Istituto, secondo i principi riconosciuti dalle Organizzazioni Internazionali, opera altresì con metodologie di medicina unica ("*one medicine - one health*").

L'Istituto è tenuto inoltre ad assicurare in via ordinaria lo svolgimento dei compiti e delle funzioni di cui al successivo art.3. Nell'assolvimento dei compiti istituzionali, opera nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, assicurando le prestazioni e la collaborazione tecnico-scientifica necessarie all'espletamento delle funzioni in materia di sanità pubblica veterinaria e, comunque, di tutte quelle ad esso demandate dalle leggi.

Art. 2

L'Istituto ha la sede legale in Teramo ed è articolato sul territorio delle due Regioni di riferimento in sezioni provinciali. Opera nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale garantendo alle stesse i servizi ed il supporto tecnico-funzionale per le funzioni di cui all'art. 1.

Nell'ambito delle funzioni indicate all'art.1, l'Istituto opera anche a livello internazionale.

Garantisce sul territorio delle Regioni Abruzzo e Molise l'espletamento delle funzioni di igiene e sanità pubblica veterinaria, necessarie ad assicurare un rapporto tecnico funzionale con le strutture delle Aziende Unità Sanitarie Locali e con altre strutture ed enti individuati dalle Regioni e dal Ministero della Salute e secondo modalità dalle stesse definite.

L'istituzione di nuove sezioni provinciali o la eventuale soppressione di quelle esistenti è soggetta a formale atto di approvazione della Giunta della Regione nel cui territorio l'istituzione o la soppressione è proposta.

L'organizzazione interna ed il funzionamento sono stabiliti dal regolamento per l'ordinamento interno dei servizi secondo i principi di autonomia organizzativa dell'Istituto.

L'Istituto promuove e definisce rapporti di collaborazione con Università, Istituti di ricerca nazionali ed internazionali, Enti ed Organizzazioni finalizzati allo sviluppo delle attività di ricerca ed al miglioramento dei servizi erogati.

TITOLO II

COMPITI

Art. 3

L'Istituto opera sulla base dei principi di legittimità, trasparenza, imparzialità e buon andamento della attività amministrativa, adottando criteri e metodologie finalizzate al conseguimento degli obiettivi primari di tutela della salute e

di ricerca attraverso l'organizzazione aziendale.

Svolge i compiti allo stesso assegnati dalla vigente normativa e dal Protocollo di Intesa stipulato tra il Ministero della Salute e le Regioni di riferimento in data 11 dicembre 2009.

L'Istituto svolge ogni ulteriore compito, servizio o prestazione ad esso demandati dal Ministero della Salute e dalle Regioni di riferimento, singolarmente o congiuntamente, compatibilmente con le risorse disponibili.

L'Istituto assume la qualità come elemento strategico del proprio sviluppo; a tal fine adegua costantemente le proprie strutture e i propri servizi ai requisiti organizzativi e di funzionamento previsti dalla normativa vigente sulla qualità dei servizi e delle buone pratiche di laboratorio.

TITOLO III

PRODUZIONI

Art. 4

L'Istituto, sulla base delle norme vigenti, può provvedere alla produzione, alla commercializzazione e alla distribuzione di medicinali e prodotti occorrenti per la lotta contro le malattie degli animali e all'espletamento delle funzioni di sanità pubblica veterinaria.

L'Istituto, su incarico del Ministero della Salute o delle Regioni Abruzzo e Molise, può provvedere alla preparazione e distribuzione di medicinali e prodotti per la profilassi e ad altri interventi di sanità pubblica veterinaria.

L'Istituto, previa intesa con le Giunte Regionali competenti e con il Ministero della Salute, può associarsi ad altri enti per lo svolgimento delle attività di produzione, immissione in commercio e distribuzione di medicinali e di altri prodotti necessari alle attività di sanità pubblica veterinaria.

TITOLO IV

PATRIMONIO

Art. 5

Il patrimonio dell'Istituto è costituito dai beni attualmente in proprietà e dai beni che successivamente pervengano all'Istituto medesimo per donazione o altro titolo.

In caso di scioglimento dell'Ente il patrimonio viene devoluto alle Regioni di competenza.

TITOLO V

FINANZIAMENTO

Art. 6

Il finanziamento dell'Istituto è disciplinato dalla vigente normativa.

Lo stesso può derivare altresì da ogni ulteriore entrata, ivi compresi contributi nazionali ed internazionali relativi a progetti e ricerche.

TITOLO VI**ORGANI DELL'ENTE****Art. 7**

Sono organi dell'Istituto:

- a) il Consiglio di Amministrazione
- b) il Direttore Generale;
- c) il Collegio dei Revisori dei Conti.

TITOLO VII**CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE****Art. 8**

Il Consiglio di Amministrazione è composto da cinque membri dei quali uno designato dal Ministro della Salute, due dalla Regione Abruzzo e due dalla Regione Molise.

Le cause di incompatibilità sono disciplinate dal vigente quadro normativo.

L'eventuale cessazione anticipata di un componente viene comunicata a cura del Consiglio, all'Ente che ha provveduto alla relativa nomina ai fini della sostituzione. Il nuovo nominato resta in carica per il tempo residuo che rimane al Consiglio. Ai membri del Consiglio di Amministrazione compete, a decorrere dall'insediamento, l'indennità di carica pari a: Presidente 40% del compenso annuo spettante al Direttore Generale, Vice Presidente 35% del compenso annuo spettante al Direttore Generale, Componenti 30% del compenso annuo spettante al Direttore Generale.

Art. 9

Il Consiglio di Amministrazione resta in carica per un periodo massimo di cinque anni.

Il Consiglio di Amministrazione si riunisce di norma una volta al mese, su convocazione del Presidente ed ogni qualvolta lo richiedano il Ministro della Salute, uno dei Presidenti delle Giunte Regionali competenti o almeno due dei componenti del Consiglio stesso.

La convocazione alle sedute del Consiglio è disposta dal Presidente, con preavviso di almeno 7 giorni, con ogni mezzo, cartaceo o digitale, purché sia possibile attestarne l'avvenuto ricevimento. La convocazione alle sedute consiliari deve essere firmata dal Presidente e deve contenere l'indicazione di ora, data e luogo della riunione, l'ordine del giorno, con la specificazione degli argomenti da trattare. Copia della Convocazione viene pubblicata nell'Albo informatico dell'Ente.

In casi di particolare urgenza la convocazione straordinaria alle sedute è disposta con preavviso di almeno 48 ore.

Con le stesse modalità il Presidente può inoltrare un ordine del giorno integrativo, almeno 48 ore prima della riunione. Il Consiglio, con voto unanime dei componenti, può comunque deliberare su argomenti non previsti in ordine del giorno.

Alle Deliberazioni adottate dal Consiglio di Amministrazione viene data pubblicità tramite affissione all'Albo informatico dell'Istituto.

Alle sedute del Consiglio partecipa il Direttore Generale con funzione consultiva. Il Direttore Generale fornisce al Consiglio di Amministrazione il supporto necessario a garantire la funzionalità dell'organo.

Il Direttore amministrativo o un Dirigente amministrativo dallo stesso designato, garantisce le funzioni di segreteria e la verbalizzazione delle sedute. Può essere presente il Presidente del Collegio dei Revisori o un suo delegato.

La convocazione alle sedute consiliari deve essere inoltrata, oltre che ai consiglieri, anche al Direttore Generale, al Direttore amministrativo e al Presidente del Collegio dei Revisori.

In assenza del Presidente, il Consiglio è presieduto dal Vice Presidente o dal consigliere più anziano di età.

Le votazioni si svolgono per appello nominale o, quando si tratti di questioni concernenti persone, a scrutinio segreto. In caso di parità, nelle votazioni a scrutinio palese, prevale il voto del Presidente.

Per la proposta di adozioni o di modifica dello Statuto, il Consiglio delibera a maggioranza assoluta dei suoi

componenti.

In caso di assoluta e comprovata urgenza, che non consenta una convocazione del Consiglio di amministrazione in tempo utile, il Presidente adotta i provvedimenti di competenza del Consiglio necessari al funzionamento dell'Istituto, da presentare per la ratifica al Consiglio stesso nella prima seduta successiva alla loro adozione.

I Consiglieri non possono intervenire a discussioni o deliberazioni, né prendere parte ad atti o provvedimenti che concernono loro personali interessi o quelli di parenti o affini sino al secondo grado, ovvero interessi di società o enti di cui siano amministratori. Sono esclusi dal computo per la validità delle riunioni e per l'approvazione di deliberazioni, i Consiglieri che devono astenersi a norma del comma precedente.

Art. 10

Il Consiglio di Amministrazione ha compiti di indirizzo, coordinamento e verifica dell'attività dell'Istituto.

Nel rispetto delle competenze assegnate dalla normativa di riferimento, il Consiglio di Amministrazione promuove tutte le attività volte al perseguimento degli scopi assegnati secondo i principi indicati dallo Statuto.

In particolare:

- a) su proposta del Direttore Generale, recepisce, e propone alle Regioni per l'approvazione, lo Statuto dell'Ente e le relative, eventuali revisioni;
- b) adotta, su proposta del Direttore Generale, il regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto e la relativa dotazione organica;
- c) adotta il regolamento per la gestione economico finanziaria e patrimoniale dell'Istituto, predisposto dal Direttore Generale;
- d) approva il bilancio economico preventivo annuale e triennale ed i relativi piani di attività nonché il bilancio di esercizio, predisposti dal Direttore Generale;
- e) adotta il tariffario per le prestazioni a pagamento rese nell'interesse di terzi, eventuali variazioni e aggiornamenti;
- f) definisce, sulla base della programmazione nazionale e regionale, gli indirizzi generali per la programmazione pluriennale;
- g) definisce con cadenza annuale, sulla base della programmazione risultante dagli atti delle Giunte delle Regioni interessate, gli obiettivi gestionali da assegnare al Direttore Generale;
- h) verifica la coerenza del piano triennale delle attività e degli investimenti predisposto dal Direttore Generale con gli indirizzi dei piani sanitari regionali;
- i) valuta e se del caso approva, la relazione gestionale annuale sull'attività svolta dall'Istituto predisposta dal Direttore Generale;
- j) esprime, entro 60 giorni dal ricevimento, parere preventivo sulla proposta del Direttore Generale in ordine alla costituzione di aziende speciali per lo svolgimento delle attività di produzione, immissione in commercio e distribuzione di medicinali e di altri prodotti necessari alle attività di sanità pubblica veterinaria. Si prescinde dal parere ove si renda necessario emanare provvedimenti contingibili ed urgenti adottati per ragioni di sanità pubblica veterinaria nel quadro della normativa vigente;
- k) esprime parere preventivo sulla proposta del Direttore Generale in ordine alle variazioni relative al patrimonio immobiliare che determinino modifiche alla individuazione della sede dell'ente o delle sedi delle sue sezioni periferiche ovvero incidano sull'articolazione territoriale dei servizi;
- l) esprime parere preventivo sulla proposta del Direttore Generale in ordine all'istituzione o alla soppressione di sezioni provinciali;
- m) provvede alle designazioni dei rappresentanti dell'Istituto nei casi di competenza;
- n) promuove specifici momenti di confronto con le Regioni, il Ministero, le Organizzazioni di rappresentanza economica e sociale, con l'Università ed altri enti ed Istituti scientifici. utili a fornire elementi conoscitivi e contributi nonché di stimolo e impulso, per la definizione degli obiettivi programmatici in materia di sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare, sviluppo sostenibile nei limiti ed in coerenza con la normativa vigente.

Entro dieci giorni dall'adozione, il Consiglio di Amministrazione trasmette i provvedimenti di cui ai punti a) e d) alle Regioni Abruzzo e Molise.

Art. 11

I membri del Consiglio di Amministrazione cessano anticipatamente dalla carica in caso di:

- formali dimissioni volontarie
- incompatibilità non rimossa entro trenta giorni dalla nomina o dal verificarsi della relativa causa;
- condanna con sentenza passata in giudicato, per uno dei reati che comportino la decadenza dalla carica ai sensi dell'art. 59 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267;
- assenza ingiustificata per tre sedute consecutive del Consiglio di Amministrazione.

Le formali dimissioni di un consigliere non possono essere ritirate dopo che il Consiglio di Amministrazione ne abbia preso atto. Entro cinque giorni dalla conoscenza del verificarsi di una delle suddette ipotesi, il Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'Istituto convoca il Consiglio per la presa d'atto. Il Consiglio di Amministrazione informa l'Ente che ha provveduto alla nomina per la relativa sostituzione.

Analoga procedura deve essere seguita in caso di impedimento permanente di un consigliere all'esercizio delle sue funzioni.

Art. 12

Il consiglio di amministrazione, anche su proposta del Ministro della Salute, può essere sciolto dai Presidenti delle Regioni Abruzzo e Molise d'intesa con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'Economia e delle Finanze quando:

- risultino gravi omissioni nella funzione di verifica e controllo amministrativo ovvero gravi e reiterate violazioni delle disposizioni di legge o statutarie;
- il conto economico chiuda con una perdita superiore al 20 per cento del patrimonio per due esercizi consecutivi;
- vi è impossibilità di funzionamento del consiglio stesso.

Con il provvedimento di scioglimento decade il Direttore Generale. I Presidenti delle Regioni interessate, d'intesa con il Ministro della Salute, nominano un Commissario straordinario, con il compito di rimuovere le irregolarità e sanare la situazione di passività, sino alla ricostituzione degli ordinari organi di amministrazione.

TITOLO VIII

PRESIDENTE

Art. 13

Il Presidente è nominato d'intesa dai Presidenti delle Regioni di riferimento. Qualora si debba procedere al rinnovo anticipato della Presidenza, per le cause di cui al precedente art. 11, il nuovo Presidente dura in carica fino al completamento del mandato.

Art. 14

Il Presidente convoca e presiede il Consiglio di Amministrazione e lo rappresenta nei rapporti istituzionali. Predispone l'ordine del giorno secondo le modalità previste dal precedente art. 9, firma la convocazione del Consiglio e le deliberazioni del Consiglio stesso; provvede in ordine agli adempimenti conseguenti alle deliberazioni del Consiglio, esercita le attribuzioni devolutesi dalle leggi vigenti e dallo Statuto.

Il Presidente può delegare incarichi specifici al Vice Presidente ed ai membri del Consiglio, nell'ambito dei compiti del Consiglio stesso.

TITOLO IX

VICEPRESIDENTE

Art. 15

Il Vicepresidente è nominato con le medesime procedure previste per il Presidente; sostituisce il Presidente in caso di sua assenza o impedimento. Il Vicepresidente coadiuva il Presidente nell'espletamento delle funzioni previste dal precedente art. 14.

TITOLO X

DIRETTORE GENERALE

Art. 16

Il Direttore Generale è nominato secondo le modalità previste dal vigente quadro normativo.

Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato, rinnovabile.

Le caratteristiche e i contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono quelli previsti dal D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e dal D.P.C.M. 19 luglio 1995 n. 502 e successive loro modificazioni.

Il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'Istituto, lo gestisce e ne garantisce l'attività scientifica.

Nell'ambito delle proprie competenze, il Direttore Generale, in particolare:

- a) sovrintende al funzionamento dell'Istituto;
- b) predispose il bilancio di previsione e il bilancio d'esercizio e li sottopone all'approvazione del Consiglio di Amministrazione;
- c) predispose la relazione programmatica annuale e la trasmette per l'approvazione al Consiglio di Amministrazione;
- d) assume tutti gli atti relativi alla gestione giuridica ed economica del personale secondo le modalità previste dal regolamento;
- e) stipula i contratti, le convenzioni ed assume i provvedimenti che comportano oneri di spesa a carico dell'Istituto, fatti salvi quelli delegati alla competenza dei Dirigenti;
- f) propone il regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto, le relative dotazioni organiche ed eventuali variazioni al Consiglio di amministrazione per la relativa adozione;
- g) predispose, in attuazione degli obiettivi e degli indirizzi previsti dai piani sanitari regionali e dagli indirizzi generali di programmazione pluriennali definiti dal Consiglio di Amministrazione, il piano triennale delle attività e lo propone al Consiglio di Amministrazione per la verifica;
- h) predispose la relazione gestionale annuale sull'attività svolta e la propone per la valutazione al Consiglio di Amministrazione;
- i) predispose e, dopo l'approvazione delle giunte regionali, adotta il tariffario per le prestazioni a pagamento;
- j) propone al Consiglio di amministrazione per l'espressione del parere preventivo:
 - la costituzione di società per lo svolgimento delle attività di produzione, immissione in commercio e distribuzione di medicinali e di altri prodotti necessari alle attività di sanità pubblica veterinaria;
 - le spese che vincolano i bilanci oltre i cinque anni, le trasformazioni e le diminuzioni relative al patrimonio immobiliare;
 - l'istituzione o soppressione di sezioni provinciali.

Il Direttore Generale partecipa alle sedute del Consiglio di Amministrazione, con funzione consultiva.

In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore sanitario.

TITOLO XI

DIRETTORE SANITARIO E DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Art. 17

Il Direttore Generale è coadiuvato nell'esercizio delle sue funzioni dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo.

Il Direttore Generale, con provvedimento motivato, nomina il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo.

Il Direttore sanitario è un medico veterinario che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età ed in possesso di documentata attività professionale di direzione tecnico scientifica, con esperienza dirigenziale maturata per un periodo non inferiore a cinque anni nel settore della sanità pubblica veterinaria. Dirige i servizi sanitari e risponde al Direttore Generale, cui fornisce parere obbligatorio su tutti gli atti relativi alle materie di competenza.

Il Direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e sia in possesso di documentata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa, con esperienza dirigenziale maturata per un periodo non inferiore a cinque anni in enti o strutture pubbliche o private. Dirige i servizi amministrativi e risponde al Direttore Generale, cui fornisce parere obbligatorio su tutti gli atti relativi alle materie di competenza. Inoltre, per quanto di rispettiva competenza, il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo svolgono ogni altra attività delegata dal Direttore Generale.

Il rapporto di lavoro del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo è esclusivo a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata massima quinquennale. Il contratto ha comunque termine entro tre mesi dalla nomina del nuovo Direttore Generale e può essere rinnovato.

Il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo possono, per gravi motivi, essere sospesi o dichiarati decaduti dal Direttore Generale con provvedimento motivato.

Il rinnovo del contratto del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo avviene con provvedimento motivato da parte del Direttore Generale, previa valutazione dell'attività svolta.

TITOLO XII

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Art. 18

Il Collegio dei revisori dura in carica tre anni. E' composto da tre membri, nominati uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze, che è anche presidente del Collegio, ed uno ciascuno dalle Regioni Abruzzo e Molise. I revisori nominati dalle regioni devono essere scelti tra gli iscritti nell'elenco di cui all'art. 1 del D.Lgs. 27 gennaio 2010, n.39.

Il Collegio dei revisori dei conti svolge i compiti previsti dal vigente quadro normativo; in particolare vigila sull'attività amministrativa dell'Istituto e sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento ed informa il controllo sugli atti ai principi contenuti nell'articolo 2403 del codice civile; accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e può chiedere notizie al direttore generale sull'andamento dell'Istituto; redige, almeno semestralmente, una relazione sull'andamento dell'Istituto e la trasmette al consiglio di amministrazione, alle regioni interessate, al Ministero della Salute, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, nonché al Direttore Generale. I revisori possono in qualsiasi momento, anche individualmente, procedere ad atti di ispezione e di controllo.

A seguito di decadenza, dimissioni o di mancanza di uno o più componenti, il relativo Presidente procede ad informare tempestivamente gli enti di competenza al fine di procedere a nuove nomine.

Ai membri del Collegio dei Revisori compete l'indennità di carica nella misura stabilita dall'art. 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502.

TITOLO XIII

PERSONALE

Art. 19

Al personale dell'Istituto si applicano le disposizioni ed i principi contenuti nel D.Lgs. 30 giugno 1993, n.270, D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e nel D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 e s.m.i.

Al personale dell'Istituto si applicano i Contratti collettivi nazionali di lavoro del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Ai concorsi per l'assunzione in Istituto si applicano le vigenti previsioni normative e regolamentari previste per il personale del Servizio Sanitario Nazionale e da specifiche norme di legge riferite agli Istituti Zooprofilattici.

PARI OPPORTUNITA'

Art. 20

L'Istituto riconosce le differenze tra i sessi come valore fondamentale dell'umanità.

Promuove ed attua azioni positive per garantire oggettive condizioni di pari opportunità tra uomini e donne nell'accesso al lavoro, nello sviluppo professionale e di carriera e nelle attribuzioni dei livelli di responsabilità del personale dipendente. Tutela il benessere dei lavoratori e promuove iniziative dirette a contrastare ogni forma di discriminazione.

Le misure per favorire pari opportunità sono adottate in conformità alle disposizioni in materia di cui alla legge 10 aprile 1991 n. 125, all'art. 57 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 e successive modificazioni ed integrazioni, alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e dai Ministri competenti in materia di Funzione Pubblica e Pari Opportunità e ai Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro del Servizio Sanitario Nazionale.

CONSIGLIO DEI SANITARI

Art. 21

Il consiglio dei sanitari è un organismo consultivo che può fornire pareri al Direttore Generale. Il consiglio esprime la rappresentanza della dirigenza e del comparto.

E' presieduto dal Direttore sanitario che ne fa parte di diritto.

Le modalità di composizione, di formazione e funzionamento saranno definite da apposito regolamento, tenendo conto delle vigenti disposizioni in materia.

TITOLO XIV

CONSULTAZIONI CON LE ORGANIZZAZIONI DELL'UTENZA E DEI CONSUMATORI

Art. 22

L'Istituto garantisce periodiche consultazioni con le rappresentanze organizzate degli utenti e dei consumatori maggiormente significative, al fine di informare e raccogliere proposte e osservazioni sui programmi e sulle attività svolte dall'Istituto. Il Consiglio di Amministrazione definisce con appositi atti la periodicità e le modalità delle proprie modalità di consultazione.

TITOLO XV

CONTROLLO SUGLI ATTI

Art. 23

Sono soggetti al controllo delle Regioni Abruzzo e Molise:

- a) il bilancio di previsione;

- b) le variazioni di bilancio;
- c) il conto consuntivo;
- d) la determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale;
- e) la deliberazione di programmi di spese pluriennali;
- f) i provvedimenti che disciplinano l'attuazione dei contratti e delle convenzioni.

Gli atti soggetti a controllo sono trasmessi agli Enti interessati entro dieci giorni dalla relativa adozione e si intendono approvati qualora non ne sia stato disposto l'annullamento con provvedimento motivato entro quaranta giorni dalla data del ricevimento.

Il termine di quaranta giorni può essere interrotto una sola volta se, prima della scadenza, uno degli Enti competenti richiama all'Istituto elementi integrativi di giudizio; tali elementi devono pervenire entro venti giorni a pena di decadenza. Dal momento del loro ricevimento decorre un nuovo periodo di trenta giorni, trascorsi i quali senza che ne sia pronunciato l'annullamento, gli atti divengono esecutivi.

TITOLO XVI

PUBBLICITA' DEGLI ATTI

Art. 24

L'Istituto, in conformità e nei limiti della vigente normativa, garantisce la pubblicità degli atti assunti dal Consiglio di Amministrazione e dal Direttore Generale. La pubblicità degli atti avviene attraverso l'affissione all'Albo Informatico dell'Ente.

TITOLO XVII

NORME FINALI E TRANSITORIE

Art. 25

Il presente Statuto trova applicazione dalla data di relativa approvazione da parte delle Regioni Abruzzo e Molise. Per tutto quanto non previsto dal presente Statuto si fa rinvio al D.Lgs. 30 giugno 1993 n.270, alla Legge della Regione Abruzzo 8 maggio 2012 n. 19, alla Legge della Regione Molise 9 settembre 2011 n. 27, al D.Lgs. 28 giugno 2012 n. 106, al D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni e al D. Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 e alle normative sopravvenute, in quanto applicabili.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 07.10.2013, n. 69

Linee di indirizzo per la segnalazione e monitoraggio degli Eventi Sentinella e denunce sinistri nella Banca dati Nazionale SIMES/NSIS.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11.12.2009 con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo.

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 07 giugno 2012 con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario con il compito di affiancare, con specifico riferimento agli interventi ivi dettagliati, il Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio Sanitario Abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2 comma 88 della L. n. 191/2009, per l'intera vigenza di detti Programmi Operativi.

ATTESO che la riferita deliberazione del 7 giugno 2012 incarica il Sub Commissario a collaborare con il Commissario ad Acta tra l'altro per l'*"attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e di accreditamenti istituzionali mediante adeguamento della vigente normativa regionale"*.

VISTO il Decreto del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali del 11/12/2009, pubblicato in G.U. serie generale n.8 del 12/01/2010 inerente *"Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES)"*, finalizzato alla raccolta delle informazioni relative agli eventi sentinella verificatisi dal 1 gennaio 2009.

VISTO il *"Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella"* del Ministero della Salute del luglio 2009.

VISTE le *"Raccomandazioni per la comunicazione esterna in caso di eventi avversi nelle strutture*

sanitarie" del Ministero della Salute del maggio 2011.

VISTE le Linee-guida Ministeriali del giugno 2011 *"per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in Sanità"*

VISTA la Circolare Prot.RA/134655 del 27/06/2011 del Servizio Attività ispettive e Controllo qualità della Direzione Politiche della Salute Regione Abruzzo, di cui all'Allegato 2).

VISTE le *"Specifiche funzionali per la gestione dei flussi (GAF) - tracciati XML"* del 19/12/2011 del Ministero della Salute.

VISTA la nota dell'AGENAS prot. 6991 del 06/06/2013 sugli indicatori in corso di implementazione di cui all'Allegato 3), trasmessa alle Asl regionali con nota prot. RA/154127 del 14/6/2013 dal Servizio ispettivo e controllo qualità della Direzione Politiche della Salute.

TENUTO CONTO che, nel gennaio del 2011 il Ministero della Salute ha rimodulato e aggiornato il Sistema informativo SIMES/NSIS, provvedendo all'elaborazione di una nuova versione del documento, contenente le nuove modalità per la raccolta delle informazioni relative agli eventi sentinella, denunce sinistri e elaborazione dei reports e atteso che nei mesi di aprile e giugno 2011 si è tenuto un corso di formazione riservato agli operatori autorizzati dalle Direzioni Generali delle Asl regionali ad effettuare gli inserimenti nel sistema SIMES/NSIS tenuto dal Servizio DG/17 Attività Ispettive e Controllo Qualità e dal Servizio e DG/13 Gestione Flussi Informativi, Mobilità sanitaria, procedure informatiche ed emergenza sanitaria, della Direzione Politiche della Salute.

VISTA la DGR n. 1440 del 18/12/2006 *"Misure organizzative per la gestione del rischio clinico nelle Asl della Regione Abruzzo"* e la DGR n. 988 del 20/12/2010 *"Gestione del rischio clinico, sicurezza delle cure e buone pratiche assistenziali"*.

CONSIDERATO che i contenuti informativi da inserire nella banca dati SIMES/NSIS per l'alimentazione del sistema sono distinti in tracciati, quali:

- Tracciato 1 - Eventi Sentinella Scheda A) - contenente le informazioni principali che servono per identificare e classificare un evento sentinella; Eventi Sentinella Scheda B) - contenente le informazioni relative all'analisi

delle cause e dei fattori, nonché le azioni intraprese;

- Tracciato 2 – Denunce di sinistro – contenente le informazioni relative alle denunce presentate alle strutture sanitarie e contenenti informazioni inerenti l'evento e gli importi erogati.

CONSIDERATO che, le informazioni devono essere trasmesse attraverso l'applicativo SIMES web messo a disposizione dall'NSIS del Ministero della Salute sul portale dedicato secondo la seguente tempistica:

- l'operatore sanitario (medico, infermiere o altro professionista coinvolto nell'evento avverso) comunica con una segnalazione scritta quanto accaduto al referente del rischio clinico; il referente del rischio clinico avvia immediatamente un'indagine interna per stabilire se l'evento avverso soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella, compila la scheda A) e la invia al Ministero della Salute; raccoglie e analizza tutte le informazioni necessarie per comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento, seguendo le indicazioni contenute nella scheda B) che viene inviata entro quarantacinque (45) giorni solari al Ministero della Salute;
- le informazioni relative alla denuncia dei sinistri devono essere trasmesse annualmente entro il 28 febbraio dell'anno successivo al periodo di riferimento da parte degli Uffici Legali o Comitato Valutazione Sinistri delle Asl, di cui alla DGR n. 1440/2006;
- La validazione da parte del Servizio regionale potrà avvenire nel corso dell'intero anno solare e comunque a conclusione degli inserimenti previsti per il 28 febbraio di ogni anno da parte del Servizio DG/17 Attività Ispettive e Controllo Qualità.

RILEVATO che, dal 1 gennaio 2011 il conferimento dei dati, nelle modalità e nei contenuti di cui al D.M. 11/12/2009, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23/03/2005 e s.m.i.

RITENUTO che, in virtù delle suddette precisazioni i Direttori Generali devono adoperarsi in termini di organizzazione e comunicazione affinché tutti gli operatori sanitari siano sensibilizzati alla segnalazione degli eventi

avversi, in modo tale da consentire di individuare quali possano essere effettivamente classificati come evento sentinella, che secondo la definizione ministeriale è un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare la morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. E' sufficiente che si verifichi una sola volta perché renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito e attivando misure correttive da parte dell'organizzazione".

VISTO gli eventi sentinella indicati dal Ministero della Salute e di seguito elencati:

- 1) Procedura in paziente sbagliato
- 2) Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
- 3) Errata procedura su paziente corretto
- 4) Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
- 5) Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
- 6) Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- 7) Morte materna o malattia grave correla al travaglio e/o parto
- 8) Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
- 9) Morte o grave danno per caduta di paziente
- 10) Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
- 11) Violenza su paziente
- 12) Atti di violenza a danno di operatore
- 13) Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
- 14) Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
- 15) Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
- 16) Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

PRESO ATTO che il Servizio Attività Ispettive e Controllo Qualità della Direzione Politiche della Salute già avviava l'iter delle procedure per il monitoraggio e la validazione degli eventi sentinella nel SIMES, con note ai Direttori Generali delle Asl regionali

- 8526/5 del 7/5/2010
- 9952/17 del 28/5/2010
- 10037/17 del 31/5/2010
- 10925/17 del 15/6/2010
- RA/75196 del 4/04/2011
- RA/75213 del 4/4/2011
- RA/88411 del 19/4/2011
- RA/89168 del 20/04/2011
- RA/89137 del 20/4/2011
- RA/89154 del 20/4/2011
- RA/89176 del 20/4/2011
- RA/96407 del 3/5/2011
- RA/130322 del 21/6/2011
- RA/134655 del 27/06/2011
- RA/209167 del 13/10/2011
- RA/5167 del 9/1/2013
- RA/154127 del 14/06/2013

RITENUTO di dover regolamentare le procedure di segnalazione e monitoraggio degli eventi sentinella e denunce sinistri attraverso:

- le Linee di indirizzo regionali per la segnalazione degli eventi sentinella, di cui all'Allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente decreto;
- le Linee guida per l'inserimento dei dati relativi alle denunce sinistri ed eventi sentinella, di cui all'Allegato 2) già inviato alle Asl regionali con nota RA/134655 del 27/06/2011;
- gli indicatori SIMES di cui all'Allegato 3), già inviato alle Asl regionali con nota RA/154127 del 14/06/2013.

CONSIDERATO che il presente atto riveste carattere di urgenza, e, come tale, sarà trasmesso

ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione.

Tutto ciò premesso

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- 1) **Di approvare** le Linee di indirizzo regionali per la segnalazione degli eventi sentinella, di cui all'Allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente decreto.
- 2) **Di approvare** le Linee guida per l'inserimento dei dati relativi alle denunce sinistri ed eventi sentinella, di cui all'Allegato 2).
- 3) **Di approvare** gli indicatori SIMES di cui all'Allegato 3).
- 4) **Di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze per la validazione prevista nell'Accordo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico.
- 5) **Di disporre**, altresì, che il presente decreto venga trasmesso ai Direttori Generali delle Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo, ai Responsabili Aziendali del Rischio Clinico e alla Direzione Politiche della Salute.
- 6) **Di pubblicare** il presente decreto sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo;

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Giovanni Chiodi

Seguono allegati

Linee di indirizzo regionali per la segnalazione degli eventi sentinella

Allegato a **Decreto** del Commissario
ad ACTA

n. 69 del 07 OTT, 2013

Scopo

La presente procedura definisce la responsabilità e le modalità di gestione del sistema di segnalazione degli eventi sentinella all'interno della Regione Abruzzo, al fine di implementare e costruire un percorso comune con le Asl regionali per la sorveglianza e la gestione degli eventi stessi. L'obiettivo è quello di ridurre i danni ad essi correlati e che la presente procedura venga applicata da tutto il personale operante nelle ASL della regione Abruzzo.

Strutture e personale coinvolto

Unità di Crisi (UC) gestisce l'evento sentinella, è nominata dal Direttore Generale ed è composta da:

- Direttore Sanitario Aziendale
- Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero/Distretto
- Risk Manager
- Direttore dell' U.O. coinvolta nell'evento
- Medico legale aziendale
- Dirigente degli Affari Legali
- Responsabile Ufficio Stampa

Cos'è un **Evento Sentinella**: è un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

Lista eventi sentinella

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico

Linee di indirizzo regionali per la segnalazione degli eventi sentinella

ALL. I

16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Modalità operative e responsabilità

Nella tabella successiva vengono descritte le diverse azioni da compiere nel caso si verifichi un ES. le fasi contrassegnate con (*) devono essere sempre attive, mentre per le altre deve essere valutata la necessità di attivazione caso per caso. Tutte le attività eseguite devono essere in accordo con quanto previsto dal D. Lgs 196/2003 e smi.

L'UC (Unità di Crisi) ha come obiettivo prioritario la tutela della salute dei pazienti e non la ricerca delle responsabilità individuali. Pertanto, avrà il compito di analizzare l'evento, attivare le misure di supporto al paziente e ai familiari, agli operatori coinvolti e predisporre i primi interventi correttivi, al fine di evitare il ripetersi delle condizioni di rischio.

Legenda

| | |
|----------|---|
| DD: | Direttore di Dipartimento |
| DG: | Direttore Generale |
| DSA: | Direttore Sanitario Aziendale |
| DSC: | Direttore Struttura Interessata |
| DSP/DSD: | Direttore Sanitario di Presidio/Distretto |
| ES: | Evento Sentinella |
| UGR: | Unità di Gestione del Rischio clinico |
| ML: | Medico Legale |
| Q: | Struttura Qualità |
| UC: | Unità di Crisi |

PROCEDURA PER LA GESTIONE EVENTI SENTINELLA

| | Fase | Descrizione | Responsabilità | Tempi |
|----|---|---|------------------|--|
| *1 | Accadimento di un Evento sentinella | Segnalazione immediata al UGR, che valuta con DSA/DSP la possibilità di costituzione di una Unità di Crisi e di attivazione completa della presente procedura | DSI | Il più tempestivamente possibile dal verificarsi dell'evento |
| 2 | Costituzione unità di crisi | Istituzione Unità di crisi | DSA/DSP(DSD)/UGR | Il più tempestivamente possibile dal verificarsi dell'ES |
| *3 | Segnalazione ES alla Regione e al Ministero | Segnalazione dell'ES secondo le modalità previste con Nota regionale DG/L7 n.RA134655 del 27/6/2011. Invio scheda A) a UGR | UGR | Entro 5gg |
| *4 | Raccolta documentazione clinica | Acquisizione cartelle cliniche, immagini strumentali, reperti di laboratorio, ecc. acquisizione di prima relazione sulle modalità di accadimento dell'evento | UGR/DSI/UC | Il più tempestivamente possibile dal verificarsi dell'ES |
| *5 | Elaborazione prima relazione | Sulla scorta delle valutazioni effettuate nella fase precedente viene elaborata una prima relazione per redigere eventuale comunicato | UGR/UC | Entro 24 ore |

Linee di indirizzo regionali per la segnalazione degli eventi sentinella A.L.L.1

| | | stampa | | |
|-----|--|---|-----------------------|---|
| *6 | Organizzazione primo incontro con i professionisti | Richiesta invio approfondimento in merito alla criticità emergente con gli strumenti e le metodologie proprie del sistema GRC, allo scopo di definire azioni di miglioramento, garantendo l'anonimato dei soggetti coinvolti | UGR/UC | Entro 24/48 ore dal verificarsi dell'ES o dal momento in cui se ne giunge a conoscenza |
| 7 | Comunicazione con il paziente e/o familiari | Disposizioni se del caso, di incontro con il paziente e/o familiari avvalendosi anche, se necessario, di personale tecnico formato allo scopo | UGR/DSI/UC | Nel più breve tempo possibile (entro 24/48 ore) |
| 8 | Attivazione di misure di supporto al paziente e/o familiari | Sostegno, eventualmente anche psicologico, al paziente e/o familiare con valutazione della tipologia degli approfondimenti tecnici necessari | UGR/DSP(DSD)/UC | Da definire per ciascun evento |
| 9 | Attivazione misure di supporto agli Operatori | Al personale coinvolto, se del caso, viene fornito il supporto psicologico, valutando anche l'opportunità della prosecuzione dell'attività lavorativa | UGR/DSP(DSD)/UC | Da definire per ciascun evento |
| 10 | Comunicazione al Patrimonio/ Affari Legali per apertura cautelativa del sinistro | Viene sollecitata la segnalazione per apertura cautelativa del sinistro | UGR/ML | Entro 48 ore dall'evento |
| *11 | Messa a punto di interventi preventivi | Valutare la possibilità di attuare i primi interventi con carattere d'urgenza (es. procedure organizzative) | UGR/DSI | Da definire per ciascun caso |
| 12 | Diffusione comunicato stampa | Elaborazione comunicato stampa approvato dal DS e dal DG, nonché trasmesso per il tramite delle apposite strutture aziendali | UGR/UC/addetto stampa | Primo comunicato entro 24 ore Secondo entro 10 gg. con gli interventi adottati I successivi comunicati da definire per ciascun evento |
| *13 | Analisi del caso con eventuale consulenza regionale | Audit di UGR con il personale coinvolto per l'approfondimento tecnico del caso, con richiesta di eventuale consulenza regionale. Invio delle risultanze all'UC | UGR/DSI | Da definire per ciascun evento, entro 40 gg. dal verificarsi dell'evento o dal momento in cui se ne sia avuta notizia |
| *14 | Segnalazione ES alla Regione e al Ministero | Segnalazione dell'ES secondo le modalità previste dalla Regione Abruzzo Nota regionale DG/17 n.RA134655 del 27/6/2011. Invio scheda B) a UGR. | UGR | Entro 42 gg. |
| *15 | Implementazione azioni correttive | In seguito all'Audit clinico il UGR stila un Alert-report, in cui definisce le azioni per prevenire le criticità, che viene inviato al DSA. Il DSP le attua concordandole con UGR e DSI e, se di interesse aziendale, con i DD | UGR/DSP(DSD)/DSI(DD) | Da definire per ciascun evento |

Linee di indirizzo regionali per la segnalazione degli eventi sentinella

ALL 1

Parametri di Controllo

Al fine di implementare l'organizzazione delle attività relative alla segnalazione degli ES su tale procedura la Direzione Aziendale, i Direttori di Presidio/Distretto, i Direttori di Dipartimento, i Direttori di Struttura e tutto il personale coinvolto, si impegnano a:

- implementare la diffusione della procedura per la gestione aziendale dei casi di eventi sentinella a tutto il personale interessato
- organizzare progetti formativi inerenti le modalità di segnalazione degli ES
- applicare correttamente la Procedura per la gestione aziendale dei casi di eventi sentinella
- verificare periodicamente l'applicazione, a tutti i livelli dell'Azienda, della Procedura per la gestione aziendale dei casi di eventi sentinella

| <u>CRITERIO</u> | <u>INDICATORE</u> | <u>STANDARD</u> |
|--|--|---|
| N° di UC costituite | Unità costituite/Eventi segnalati | 100% |
| Numero di RCA effettuate sul numero degli eventi | Numero di RCA effettuate/numero degli eventi | 100% |
| Rispetto delle varie fasi della procedura | Verifica varie fasi per ogni evento | Rispetto della procedura nell'80% dei casi segnalati |

Allegato a Da CAETO del Commissario
ad ACTA

n. 69 del 07 011, 2013



ALL 2)

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

Servizio Attività Ispettiva e Controllo Qualità – DG17
Via Conte di Ruvo, 74 - 65129 Pescara - fax 085/7672637
Uff. Controllo Qualità Tel 085/7672630

Prot. RA/134655

PESCARA 27/6/2011

AI DIRETTORI GENERALI DELLE ASL
REGIONALI

AI REFERENTI AZIENDALI DEGLI
EVENTI SENTINELLA E DELLE
DENUNCE SINISTRI - SIMES

LORO SEDI

Oggetto: flussi informativi della Banca dati Nazionale SIMES/NSIS – denunce sinistri ed eventi sentinella.

Con la presente si inoltrano le linee-guida per il corretto inserimento nella banca dati nazionale SIMES delle denunce dei sinistri e degli eventi sentinella, elaborati dal Servizio scrivente in collaborazione con i referenti aziendali in indirizzo secondo le direttive impartite dall' AGENAS.

In relazione alla precedente nota inviata con prot.RA/89137 del 20/04/2011, si informa che il caricamento dei dati relativi agli anni 2009/2010 risulta completato da ciascuna Asl.

Cordiali saluti

Allegati:

- linee-guida
- protocollo ministeriale
- scheda B

Il Dirigente
Dr. ANGELO MURAGLIA

LC

Linee-guida per l'inserimento dei dati relativi alle denunce sinistri ed eventi sentinella

PREMESSA IMPORTANTE:

- 1. inserire solo denunce sinistri per danni dovuti a colpe o errori di personale sanitario (es. no cadute di persone non ricoverate)**
- 2. vanno inserite tutte le voci richieste anche quelle facoltative.**
- 3. scegliere l'opzione "altro" solo in casi estremi poiché il suo uso non consente di generare reports.**

DENUNCE SINISTRI

RIQUADRO STRUTTURA SANITARIA:

| | |
|------------------------------------|--|
| denominazione struttura sanitaria: | inserire codice della struttura di riferimento |
| asl di appartenenza: | inserire codice dell'azienda |
| regione: | inserire codice regione |
| provincia: | quella di competenza della struttura |
| comune: | quello di competenza della struttura |
| tipo struttura: | ospedale o altro |

RIQUADRO RICHIEDENTE:

| | |
|------------------------------------|---|
| tipologia richiedente: | scegliere l'opzione |
| descrizione tipologia richiedente: | si può scrivere solo se si sceglie "altro" in tipologia richiedente |
| tipologia tramite: | scegliere opzione |
| descrizione tipologia tramite: | si può scrivere solo se si sceglie "altro" in tipologia tramite |

RIQUADRO SINISTRO:

| | |
|---------------------------------|--|
| identificativo sinistro: | compare in automatico |
| data apertura pratica: | importante , compare in automatico ma va corretta e inserita la data di notifica della denuncia all'azienda, cioè la data di protocollazione in arrivo |
| data chiusura pratica: | inserire la data in cui viene liquidata, respinta, ecc. |
| codice pratica: | inserire la numerazione che viene data dall'ufficio az.le sinistri |
| tipologia danno: | scegliere opzioni |
| descrizione tipo danno: | si può scrivere solo se si sceglie "altro" in tipologia danno |
| soggetti coinvolti: | scegliere opzione, è importante cercare di individuare il soggetto |
| descrizione soggetto coinvolto: | si può scrivere solo se si sceglie "altro" in soggetti coinvolti |

DENUNCIA CAUTELATIVA:

| | |
|----------------------------|---|
| denuncia cautelativa: | rispondere <u>si</u> nel caso in cui sia arrivata la segnalazione dall'U.O. coinvolta |
| data denuncia cautelativa: | riportare data in cui è stata fatta la segnalazione |
| disciplina/assistenza: | importante , indicare sempre l'U.O. e/o il reparto in cui si è verificato il sinistro; è consentita la scelta multipla del codice. Per il pronto soccorso selezionare la voce astanteria. |

PROCEDIMENTO:

| | |
|-----------------------|---|
| tipo di procedimento: | indicare la tipologia |
| data avvio: | ripetere la data del protocollo in arrivo |
| grado procedimento: | indicare il grado |
| stato procedimento: | indicare stato in atto e chiuderlo a conclusione del procedimento |

| | |
|------------------------------|--|
| data cambiamento stato: | importante , indicare la <u>data di notifica all'azienda dell'atto di citazione</u> se notificato, in caso contrario ripetere la data di protocollazione in arrivo all'azienda della richiesta di risarcimento. Se non si inserisce la data il sistema non permette di salvare la pagina, inoltre, questa voce è collegata alla data di avvio pratica che deve necessariamente essere inserita. |
| compagnia: | indicare il codice ANIA e il codice non ANIA per quelle europee |
| data comunicazione a broker: | inserire data in cui l'azienda invia la denuncia alla compagnia ass.va |

COMPILAZIONE SEZIONE EVENTO

EVENTO AVVERSO:

| | |
|-------------------------------|--|
| evento sentinella collegato: | confrontarsi con chi inserisce gli eventi sentinella per accertare eventuale collegamento |
| identificativo ES: | nel caso ci fosse un collegamento, inserire il codice che il sistema NSIS ha attribuito a quell'evento sentinella |
| data evento: | inserire la data in cui è avvenuto il sinistro |
| causa evento: | voce importante per i reports , cercare sempre di scegliere un'opzione, qualora non fosse possibile scegliere <u>altro</u> se si è scelto <u>altro</u> , descrivere bene cosa è successo. |
| descrizione causa evento: | voce importante per i reports , scegliere opzione se si è scelto <u>altro</u> , descrivere bene cosa è successo |
| tipo prestazione: | voce importante per i reports , scegliere opzione se si è scelto <u>altro</u> , descrivere bene cosa è successo |
| descrizione tipo prestazione: | voce importante per i reports , scegliere opzione se si è scelto <u>altro</u> , descrivere bene cosa è successo |
| tipo evento: | voce importante per i reports , scegliere opzione se si è scelto <u>altro</u> , descrivere bene cosa è successo |
| descrizione tipo evento: | voce importante per i reports , scegliere opzione se si è scelto <u>altro</u> , descrivere bene cosa è successo |
| disciplina/assistenza: | importante , indicare sempre l'U.O. e/o il reparto in cui si è verificato il sinistro. Per il pronto soccorso selezionare la voce astanteria. |

DANNEGGIATO:

| | |
|--------------------------------------|---|
| sexo: | non si applica soltanto per i feti |
| anno di nascita: | inserire data di nascita dell'infortunato |
| contesto di riferimento: | scegliere opzione |
| descrizione contesto di riferimento: | solo se si è scelto <u>altro</u> |
| tipologia danneggiato: | scegliere opzione |
| descrizione tipologia danneggiato: | solo se si è scelto <u>altro</u> |

COMPILAZIONE SEZIONE IMPORTI

RISARCIMENTO:

| | |
|-------------------------------------|---|
| importo richiesto: | inserirlo se c'è |
| importo liquidato: | inserire quando la pratica si è conclusa |
| importo coperto da azienda: | somma indennizzo coperta dalla'azienda |
| importo coperto dall'assicurazione: | somma indennizzo coperto dall'assicurazione |

DATI STRUTTURA:

| | |
|---|-----------------------------------|
| anno: | compare in automatico |
| importo posto a riserva: | somma accantonata dalla Compagnia |
| importo franchigia: | |
| procedura rilascio automatico cartella: | |
| importo indennizzo: | somma corrisposta di indennizzo |

**PROTOCOLLO MINISTERIALE LUGLIO 2009 PER IL MONITORAGGIO DEGLI
EVENTI SENTINELLA**

PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE E TRASMISSIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA

Ogni qualvolta si verifica un evento avverso, la direzione aziendale, mette in atto le seguenti azioni.

1. l'operatore sanitario comunica quanto accaduto al referente del rischio clinico o alla direzione aziendale.
2. il referente del rischio clinico o altro procede a:
 - avviare un'indagine interna per stabilire se l'evento avverso soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella
 - se dall'indagine emerge che l'evento avverso è conseguente ad errore attivo o latente e che può aver provocato un danno, segnala l'evento sentinella utilizzando la scheda A. Per danno si intende qualsiasi conseguenza non intenzionale e indesiderabile dall'evento avverso che determina esiti o condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale quali:
 - morte
 - disabilità permanente
 - coma
 - stato di malattia che determina un prolungamento della degenza o cronicizzazione
 - trauma maggiore conseguente a caduta del paziente
 - trasferimento ad unità semintensiva o intensiva
 - reintervento chirurgico
 - rianimazione cardio respiratoria
 - richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentati suicidi o violenza subita nella struttura
 - reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
 - altro (es. trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati necessari; richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, traumi e fratture)
 - raccoglie ed analizza tutte le informazioni utili a comprendere le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento, seguendo le indicazioni contenute nella scheda B
 - invia la scheda B entro 45 giorni solari.

Invio scheda A

Al momento del verificarsi dell'evento o dell'avvenuta conoscenza dello stesso.

Invio scheda B

Entro 45 giorni solari dall'accaduto o dalla conoscenza dell'evento e dall'invio della scheda A.

EVENTI SENTINELLA**SCHEDA A****STRUTTURA SANITARIA:**

| | |
|------------------------------------|--|
| denominazione struttura sanitaria: | inserire codice della struttura di riferimento |
| asl di appartenenza: | inserire codice dell'azienda |
| regione: | inserire codice regione |
| provincia: | quella di competenza della struttura |
| comune: | quello di competenza della struttura |
| tipo struttura: | ospedale o altro |

REFERENTE:

| | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| referente per la compilazione: | nome di chi compila la scheda |
| qualifica: | sua qualifica funzionale |
| telefono: | numero utile per contatti |
| fax: | idem |
| e-mail: | idem |
| data compilazione: | data in cui si compila la scheda |

EVENTO SENTINELLA:

| | |
|-------------------------|--|
| evento sentinella: | descrivere l'evento |
| identificativo ES: | compare in automatico |
| data e ora dell'evento: | di quando è accaduto l'evento |
| disciplina: | importante , indicare l'U.O. o il reparto |
| luogo dell'incidente: | indicare dove è accaduto |
| segnalazione spontanea: | si o no |

DATI DEL PAZIENTE:

| | |
|------------------|-------------|
| sexo: | m o f |
| anno di nascita: | solo l'anno |

ESITO:

| | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| breve descrizione dell'evento: | descrivere l'accaduto |
| esito dell'evento: | come si è intervenuti dopo l'evento |
| cause e fattori: | a cosa è stato dovuto l'evento |

SCHEDA B

Descrizione di ciò che è avvenuto:
(vedi allegato)



Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche sociali

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

**OSSERVATORIO NAZIONALE
SUGLI EVENTI SENTINELLA**

SCHEDA B
**Analisi delle cause e dei fattori contribuenti e
piano d'azione**

Tutte le informazioni fornite rimarranno confidenziali.

| 2. CAUSE RELATIVE CIRCOLARE ALLA COMUNICAZIONE |
|---|
| <p>2.1. Sono emerse cause o fattori legati alla carenza/mancanza di informazione e comunicazione?</p> <p style="text-align: center;">Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.a. <input type="checkbox"/></p> <p>Se sì, Specificare</p> |
| <p>2.2. Sono emerse inadeguatezze nella documentazione analizzata ai fini del chiaro inquadramento del paziente, del piano di trattamento e della risposta del paziente al trattamento?</p> <p style="text-align: center;">Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.a. <input type="checkbox"/></p> |
| <p>2.3. Sono emerse inadeguatezze nella comunicazione tra gli operatori sanitari nella gestione del processo assistenziale?</p> <p style="text-align: center;">Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.a. <input type="checkbox"/></p> |
| <p>2.4. Sono emerse inadeguatezze nella comunicazione tra operatori sanitari e pazienti/familiari/accompagnatori, ovvero non sono stati coinvolti il paziente e/o i familiari/accompagnatori attivamente nel processo assistenziale?</p> <p style="text-align: center;">Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.a. <input type="checkbox"/></p> |

| 3. CAUSE RELATIVE CIRCOLARE ALLA MANIPOLAZIONE |
|---|
| <p>3.1. Sono emerse cause o fattori correlabili alla carente formazione/addestramento degli operatori?</p> <p style="text-align: center;">Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.a. <input type="checkbox"/></p> <p>Se sì, Specificare</p> |
| <p>3.2. Sono emerse inadeguatezze nelle competenze/conoscenze degli operatori?</p> <p style="text-align: center;">Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.a. <input type="checkbox"/></p> |
| <p>3.4. Sono emerse inadeguatezze legate alla organizzazione del lavoro (ad esempio organizzazione dei turni, fatica, stress)?</p> <p style="text-align: center;">Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.a. <input type="checkbox"/></p> |

| 4. CAUSE E FATTORI AMBIENTALI | |
|--|--|
| 4.1. Sono emerse cause o fattori correlabili all'ambiente fisico ? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.a <input type="checkbox"/> |
| 4.2. Se sì, Specificare: | |
| Fattori strutturali (idoneità dei locali) | <input type="checkbox"/> |
| Fattori legati alla logistica | <input type="checkbox"/> |
| Fattori legati al microclima | <input type="checkbox"/> |
| Altro | <input type="checkbox"/> Specificare |

| 5. CAUSE E FATTORI LEGATI ALE ATTUALI TECNOLOGIE SANITARIE | |
|--|--|
| A) Dispositivi medici e apparecchiature elettromedicali | |
| 5.1. Sono emersi cause o fattori correlabili all'uso di dispositivi medici ed apparecchiature elettromedicali | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.a <input type="checkbox"/> |
| 5.2. Se sì Specificare: | |
| mancanza | <input type="checkbox"/> |
| malfunzionamento | <input type="checkbox"/> |
| uso non corretto | <input type="checkbox"/> |
| 5.3. Specificare a quale categoria appartiene il dispositivo secondo la classificazione Nazionale (D.M. 22/09/2005) | |
| Codice Categoria | <input type="checkbox"/> |
| Codice CND | <input type="checkbox"/> |
| Descrizione strumento | <input type="text"/> |
| 5.4. Esiste un piano di manutenzione preventiva per il dispositivo in oggetto? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.a <input type="checkbox"/> |
| 5.5. E' stato rispettato il piano di manutenzione preventiva (inclusi eventuali aggiornamenti o patch software) per il dispositivo in oggetto? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.a <input type="checkbox"/> |

B) Farmaci

5.5. Sono emerse cause o fattori legati all'uso dei farmaci?

Sì No N.a.

5.6. Se sì, Specificare:

mancanza uso non corretto

5.7. Se uso non corretto, Specificare:

Prescrizione Conservazione Preparazione Somministrazione **C) Linee-guida, Raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure, barriere**

5.8. Sono emerse cause o fattori legati a:

Linee-guida Specificare:Assenza Inadeguatezza Violazione **Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti** Specificare:Assenza Inadeguatezza Violazione **Protocolli assistenziali** Specificare:Assenza Inadeguatezza Violazione **Procedure** Specificare:Assenza Inadeguatezza Violazione

Sono state individuate cause o fattori legati al venir meno di barriere/sistemi per la sicurezza o strumenti con funzione di protezione per il paziente, gli operatori nel contesto lavorativo-ambientale?

5.10. Sì No N.a.

5.11. Se sì, Specificare

piano d'azione

Specificare le azioni intraprese in seguito ai risultati emersi dall'indagine avviata dalla struttura ed in particolare all'analisi delle cause e dei fattori contribuenti e/o determinanti l'evento sentinella. Indicare anche quale figura professionale è stata individuata come responsabile del monitoraggio dell'azione (senza specificarne nome e cognome).

| |
|---|
| <p>*Descrizione dell'azione n. 1:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Responsabile dell'azione:</p> <p>Indicatore di esito misurabile:</p> <p>.....</p> <p>Giorno della misura [] [] [] [] [] [] [] []</p> <p>Periodicità misura:(Specificare se giornaliera, settimanale, mensile o altro)</p> <p>Coinvolgimento della Direzione aziendale Sì [] No []</p> |
|---|

* dato obbligatorio

| |
|--|
| <p>Descrizione dell'azione n. 2:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Responsabile dell'azione:</p> <p>Indicatore misurabile:</p> <p>Giorno della misura [] [] [] [] [] [] [] []</p> <p>Periodicità misura:(Specificare se giornaliera, settimanale, mensile o altro)</p> <p>Coinvolgimento della Direzione aziendale Sì [] No []</p> |
|--|

| |
|--|
| Descrizione dell'azione n. 3: |
| Responsabile dell'azione : |
| Indicatore misurabile: |
| Giorno della misura [] [] [] [] [] [] [] [] |
| Periodicità misura:(Specificare se giornaliera, settimanale, mensile o altro) |
| Coinvolgimento della Direzione aziendale Sì [] No [] |

| |
|--|
| Descrizione dell'azione n.: |
| Responsabile dell'azione : |
| Indicatore misurabile: |
| Giorno della misura [] [] [] [] [] [] [] [] |
| Periodicità misura:(Specificare se giornaliera, settimanale, mensile o altro) |
| Coinvolgimento della Direzione aziendale Sì [] No [] |

Modalità di invio scheda B

Le strutture sanitarie inviano la scheda B del protocollo al Ministero, secondo le seguenti modalità: il referente per la gestione del rischio clinico, ove presente, o un referente individuato dalla Direzione aziendale, provvede a compilare la scheda B per l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti e determinanti e ad inviarla al Ministero, anche per il tramite della propria Regione di appartenenza, entro 45 giorni solari dall'accaduto o dalla conoscenza dell'evento e dall'invio della scheda A.

Allegato a *Decreto* del Commissario
ad ACTA

n. 69 del 07 OTT. 2013



ALL 3)

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

Servizio Attività Ispettiva e Controllo Qualità – DG17

Via Conte di Ruvo, 74 - 65127 Pescara - fax 085/7672637

Dirigente *Dr. Angelo Muraglia* 085/7672604

Uff. Ispettivo Regionale Resp. *Dott.ssa Virginia Vitullo* 085/7672690

Uff. Controllo Qualità Resp. *Dott.ssa Luigia Calcalario* 085/7672630

Prot. RA/ 154127

PESCARA 14 GIU. 2013

AI DIRETTORI GENERALI ASL REGIONALI
RESPONSABILI DEL RISCHIO CLINICO
REFERENTI BANCA DATI SIMES
LORO SEDI

OGGETTO: adempimenti Flussi informativi- SIMES/NSIS – segnalazione eventi sentinella e denunce sinistri.

Con la presente si porta all'attenzione delle SS.LL. che il Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES), finalizzato alla raccolta informazioni relative agli eventi sentinella e alle denunce sinistri che si verificano nelle Aziende sanitarie, a partire dall'anno prossimo, sarà implementato da nuovi indicatori.

Si allega l'elenco dei nuovi indicatori per i quali saranno previsti, nel momento dell'inserimento dati, la compilazione di nuovi campi obbligatori.

Per eventuali chiarimenti contattare la dott.ssa Luigia Calcalario 085/7672630,
luigia.calcalario@regione.abruzzo.it

Cordiali saluti

Il Dirigente del Servizio
Dr. Angelo Muraglia

UFF. CONTROLLO QUALITA'
Luigia Calcalario

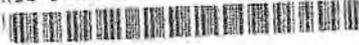
angelo.muraglia@regione.abruzzo.it

virginia.vitullo@regione.abruzzo.it

luigia.calcalario@regione.abruzzo.it



Il Direttore

Partenze
Agenzia Nazionale per i
Servizi Sanitari Regionali
Prot.n. 000E99I del 05/05/2013
RIC 1-01-01


A

Dott.ssa Maria Crocco
Direttore Generale
Assessorato alla Sanità
Regione ABRUZZO

e p.c.

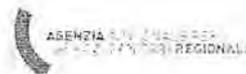
Dott. Angelo Muraglia
Membro del Comitato
Tecnico delle Regioni per la
Sicurezza del Paziente

OGGETTO: Indicatori SIMES/Denunce Sinistri

Egregio Direttore,

ho il piacere di informarLa che si è conclusa la fase di verifica e aggiornamento dei contenuti del Sistema Informativo SIMES/Denunce Sinistri (art. 2 comma 6 - DM 11.12.209 - Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) condotta nell'ambito di uno specifico progetto cui hanno preso parte le Regioni, l'Agenas e il Ministero della Salute - Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario. In allegato l'elenco degli indicatori condivisi dalle Regioni, dal Ministero della Salute e dall'Agenas che, sviluppati sulla base dei fabbisogni informativi rappresentati dalle Regioni, sono attualmente in corso di implementazione nel sistema informativo SIMES. Detti indicatori consentiranno di elaborare le informazioni relative alle denunce di sinistri così da renderle utili ai fini informativi e decisionali del governo regionale. Da ciò consegue l'impegno assunto dalle Regioni e P.A. a fornire tutte le informazioni necessarie per il calcolo degli indicatori che, rese disponibili in maniera facoltativa per il periodo 1 luglio 2009 - 31 dicembre 2013, saranno obbligatorie per le denunce sinistri registrate a partire dal 1 gennaio 2014.

agenas.



Colgo l'occasione per informarla altresì che nell'ambito del Comitato Tecnico delle Regioni e P.A. per la Sicurezza del Paziente (Coordinamento delle Regioni e Province Autonome in seno alla Commissione Salute) è stato avviato un percorso che, tramite un gruppo di lavoro costituito all'interno dello stesso Comitato, provvederà ad elaborare una proposta per le procedure (modalità e contenuti) di comunicazione esterna delle informazioni relative alle denunce di sinistri (art. 7 DM 11.12.209 - Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità.)

Nel ringraziarla per la collaborazione, colgo l'occasione per porgere i miei cordiali saluti.

Dott. Fulvio Moirano

All. Elenco Indicatori
Campi Obbligatori

Referenti Sezione Qualità e Accreditamento:

Dr. Giovanni Caracci
tel. : 06- 55122250
fax.: 06- 55122221
e-mail: caracci@agenas.it

Dott.ssa Barbara Labella
Tel.:0642749352
e-mail: labella@agenas.it

Dott.ssa Roberta De Biasi
Tel. 06-55122254
email: debiasi@agenas.it



| INDICATORI IN CORSO DI IMPLEMENTAZIONE IN SIMES |
|---|
| Indice di sinistrosità regionale (rapporto tra sinistri e ricoveri ospedalieri) |
| Indice di richieste di risarcimento per lesioni personali e decessi |
| Costo medio dei sinistri liquidati |
| Sinistri per tipologia di danno |
| Sinistri per tipo di prestazione |
| Sinistri per disciplina |
| Costo medio sinistri liquidati per tipo di danno |
| Percentuali di sinistri liquidati |
| Sinistri per contesto di riferimento |
| Sinistri per causa |
| Percentuale sinistri chiusi in via stragiudiziale entro l'anno |
| Sinistri per tipo di procedimento |
| Massimo/minimo importo liquidato per tipo di danno e specialità |
| Sinistri per tipologia di danneggiato |
| Costo presunto sinistri per Regione-P.A. |
| Rapporto tra Importi liquidati e somme preventivate |
| Giorni medi per l'apertura di una pratica |
| Giorni medi per la chiusura di una pratica |
| Costo presunto sinistri per tipo di danno |
| Sinistri per tipologia tramite |
| Sinistri per sesso |
| Sinistri per età |

| Nome campo | Condizioni di obbligatorietà esistenti (flusso 2011/2012) | Condizioni di obbligatorietà dal 01/01/2014 |
|-----------------------------|--|--|
| Tipo Procedura legale | Obbligatorietà Condizionata | OBBLIGATORIO |
| Tipo Stato Procedura Legale | Obbligatorietà Condizionata | OBBLIGATORIO |
| Sezione evento sinistro | Facoltativo | OBBLIGATORIO |
| Disciplina | Facoltativo | OBBLIGATORIO (introdurre specialità/disciplina prevalente) |
| Contesto di riferimento | Facoltativo | OBBLIGATORIO |
| Tipologia danneggiato | Facoltativo | OBBLIGATORIO |
| Tipo di prestazione | Obbligatorietà Condizionata (obbligatorio se valorizzata la sezione evento sinistro) | OBBLIGATORIO (sezione evento sinistro obbligatoria) |
| Causa evento | Obbligatorietà Condizionata (obbligatorio se valorizzata la sezione evento sinistro) | OBBLIGATORIO (sezione evento sinistro obbligatoria) |
| Data evento | Obbligatorietà Condizionata (obbligatorio se valorizzata la sezione evento sinistro) | OBBLIGATORIO (sezione evento sinistro obbligatoria) |
| Sesso | Obbligatorietà Condizionata (obbligatorio se valorizzata la sezione evento sinistro) | OBBLIGATORIO (sezione evento sinistro obbligatoria) |
| Anno di nascita | Obbligatorietà Condizionata (obbligatorio se valorizzata la sezione evento sinistro) | OBBLIGATORIO (sezione evento sinistro obbligatoria) |
| Importo liquidato | Facoltativo | Obbligatorietà condizionata |
| Importo iscritto a riserva | Facoltativo | OBBLIGATORIO |
| Data chiusura pratica | Facoltativo | Obbligatorietà condizionata |
| Tipo procura | Facoltativo | OBBLIGATORIO |

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 07.10.2013, n. 70

Recepimento delle raccomandazioni ministeriali - implementazione - eventi formativi agli operatori sanitari.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11.12.2009 con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 07 giugno 2012 con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario con il compito di affiancare, con specifico riferimento agli interventi ivi dettagliati, il Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio Sanitario Abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2 comma 88 della L. n. 191/2009, per l'intera vigenza di detti Programmi Operativi;

ATTESO che la riferita deliberazione del 7 giugno 2012 incarica il Sub Commissario a collaborare con il Commissario ad Acta tra l'altro per l'*"attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e di accreditamenti istituzionali mediante adeguamento della vigente normativa regionale"*;

VISTO

- l'art. 2 del D.Lgs. 502/1992, così come successivamente integrato e modificato, che al comma 2 assegna alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute che parte dalle aziende sanitarie, nonché le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle medesime;
- il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 - LR n.5/2008 attualmente vigente, che individua come prioritari gli interventi di innovazione e modernizzazione del sistema relativamente ai servizi offerti, con l'obiettivo di migliorare le condizioni di salute della popolazione di

riferimento, di soddisfare le necessità di assistenza delle persone e di valorizzare adeguatamente a questo scopo il contributo della componente clinico-professionale, per assicurare l'appropriatezza e l'efficacia della prestazione, la sicurezza, la tempestività e la continuità dell'assistenza;

- le emanazioni da parte del Ministero della Salute di una serie di Raccomandazioni finalizzate ad aumentare il livello di sicurezza delle prestazioni sanitarie;
- la DGR n. 988 del 20/12/2010 inerente l'adozione del Programma regionale sulla gestione del rischio clinico;
- l'applicazione delle direttive del Ministero della Salute (Decreto del 11/12/2009) per quanto attiene la procedura di caricamento dati e loro validazione nel sistema nazionale SIMES degli eventi sentinella e denunce sinistri accaduti nelle strutture sanitarie della Regione Abruzzo.

PRESO ATTO delle Raccomandazioni del Ministero della Salute ad oggi emanate, quali:

- 1) Raccomandazione n. 1, Marzo 2008 - Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL - ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio.
- 2) Raccomandazione n. 2, Marzo 2008 - Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.
- 3) Raccomandazione n. 3, Marzo 2008 - Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.
- 4) Raccomandazione n. 4, Marzo 2008 - Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale.
- 5) Raccomandazione n. 5, Marzo 2008 - Prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità AB0.
- 6) Raccomandazione n. 6, Marzo 2008 - Prevenzione morte materna correlata al travaglio e/o parto.
- 7) Raccomandazione n. 7, Marzo 2008 - Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologia.
- 8) Raccomandazione n. 8, Novembre 2007 - Prevenzione atti di violenza a danno degli operatori sanitari.
- 9) Raccomandazione n. 9, Aprile 2009 - Prevenzione eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.
- 10) Raccomandazione n. 10, Settembre 2009 - Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati.

- 11) Raccomandazione n. 11, Gennaio 2010 - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero).
- 12) Raccomandazione n. 12, Agosto 2010 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike".
- 13) Raccomandazione n.13, Novembre 2011 - Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
- 14) Raccomandazione n. 14, Ottobre 2012 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
- 15) Raccomandazione n. 15, Febbraio 2013 - Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso.

SI RITIENE di recepire le Raccomandazioni su elencate al fine di favorire la piena applicazione delle stesse all'interno delle Asl regionali e delle strutture ospedaliere private provvisoriamente accreditate.

SI EVIDENZIA che:

- così come esplicitato nelle Raccomandazioni, le Direzioni Aziendali sono responsabili dello sviluppo e dell'implementazione delle Raccomandazioni stesse e che, qualora decidessero di non utilizzarle, sono tenute a predisporre proprie procedure standardizzate;
- il mancato rispetto di quanto indicato dalle Raccomandazioni può avere implicazioni di ordine medico-legale.

VISTO la DGR n. 1140/2006 e la DGR n. 988/2010, si da mandato all'Osservatorio Regionale sulle buone pratiche assistenziali il compito di implementare le Raccomandazioni Ministeriali.

RILEVATO che il presente atto riveste carattere di urgenza, e, come tale, sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione

Tutto ciò premesso

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- 1) **Di recepire**, per le motivazioni esposte in premessa, tutte le Raccomandazioni del Ministero della Salute.
- 2) **Di dare mandato** all'Osservatorio Regionale sulle buone pratiche assistenziali, di cui alla DGR n. 988/2010, il compito di implementare le Raccomandazioni Ministeriali.
- 3) **Di disporre** che ogni Asl regionale e ogni struttura ospedaliera privata provvisoriamente accreditata provveda al recepimento e all'implementazione delle Raccomandazioni e ad effettuare le iniziative di formazione che favoriscano la diffusione dei contenuti delle Raccomandazioni e la loro implementazione.
- 4) **Che** le Asl e le strutture ospedaliere private provvisoriamente accreditate provvederanno a dare notizia al Servizio Attività Ispettiva e Controllo Qualità della Direzione Politiche della Salute delle azioni intraprese.
- 5) **Di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze per la validazione prevista nell'Accordo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico.
- 6) **Di disporre**, altresì, che il presente decreto venga trasmesso ai Direttori Generali delle Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo, alle direzioni delle strutture ospedaliere private provvisoriamente accreditate della regione Abruzzo e alla Direzione Politiche della Salute.
- 7) **Di pubblicare** il presente decreto sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Giovanni Chiodi

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 07.10.2013, n. 71

Manuale di accreditamento dei provider ecm pubblici e privati della regione Abruzzo

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione

del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7/6/2012 con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR abruzzese con le competenze ivi declinate;

ATTESO che tra i compiti individuati dal predetto provvedimento, rientra quello di collaborazione, per gli aspetti di programmazione sanitaria, per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, necessari all'attuazione del Piano di rientro;

VISTO il decreto commissariale n.20 del 11.06.2012 avente ad oggetto "Insediamento del Subcommissario dott. Giuseppe Zuccatelli per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR abruzzese - deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7/6/2012";

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale dell'Abruzzo n. 986 del 10 ottobre 2005 con la quale viene istituita l'Agenzia Sanitaria Regionale "ASR-Abruzzo", con sede in Pescara in via Attilio Monti n. 9, con decorrenza 1° gennaio 2006;

VISTA la Legge Regionale 30 aprile 2009 n. 6: Disposizioni finanziarie per la redazione del bilancio annuale 2009 e pluriennale 2009-2011 della Regione Abruzzo (Legge Finanziaria Regionale 2009) che, all' art. 25 "Modifiche ed integrazioni alla L.R. 10 marzo 2008 n. 5", affida all'ASR Abruzzo compiti di attuazione E.C.M.;

VISTA la Deliberazione n. 39/09 del Commissario ad acta della Regione Abruzzo, con la quale si è stabilito di:

- istituire il Sistema di Formazione Continua;
- istituire la Commissione Regionale ECM definendo la sua composizione in conformità alla Commissione Nazionale ECM, prevista dall'Accordo tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 1° agosto 2007, concernente "Riordino del Sistema di Formazione Continua in medicina";

VISTA la Deliberazione n. 70/09 del Commissario ad acta della Regione Abruzzo avente ad oggetto: Costituzione e Nomina della Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) e Indicazione degli Obiettivi Formativi nella Regione Abruzzo, e s.m.i.;

VISTO l'Accordo Stato Regioni del 5.11.2009, concernente il "Riordino del Sistema di Formazione continua in Medicina - Accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti";

VISTI Regolamenti applicativi dei criteri oggettivi di cui all'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009 approvati dalla Commissione nazionale per la formazione continua il 13 Gennaio 2010 contenente:

- Definizioni e principi del processo di accreditamento;
- Pubblicità, sponsorizzazione e conflitto di interessi ;
- Requisiti minimi e standard dei provider accreditandi;
- Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM;

VISTO l'Accordo Stato Regioni del 19.04.2012, concernente il "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Linee Guida per i Manuali di accreditamento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011 - 2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti";

ATTESO CHE sulla base del succitato accordo, l'accreditamento dei provider dovrà essere effettuato in base ai requisiti minimi condivisi definiti nelle «Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider allegate al detto accordo, sulla base delle quali dovranno essere definiti i Manuali dei rispettivi Enti accreditanti (Linee Guida per i Manuali di accreditamento dei provider nazionali e regionali/province autonome: requisiti minimi e standard);

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta della Regione Abruzzo n. 22/13 avente ad oggetto: "Recepimento dell'accordo stato regioni del 19 aprile 2012 contenente le linee guida per i manuali di accreditamento dei provider approvazione delle tariffe, dei requisiti minimi e standard per l'accreditamento dei provider";

VISTO il verbale del 25 luglio 2013 relativo alla riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il

comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza della Regione Abruzzo;

CONSIDERATO che il suddetto verbale, a pagina 44, riporta in tema di Formazione e Comunicazione il parere di seguito riportato integralmente.

“La struttura commissariale ha trasmesso, ad integrazione del DCA 22/13 del 13.03.2013 “Recepimento dell’Accordo Stato Regioni del 19 aprile 2012 contenente le linee guida per i manuali di accreditamento dei provider ECM ed approvazione delle tariffe, dei requisiti minimi e standard per l’accreditamento dei provider”, la Relazione tecnica (prot. 133_2013 del 06.04.2013). Esito parere: (prot. 177_2013 del 28.05.2013). Si prende atto e si resta in attesa degli atti regionali sulla effettiva realizzazione di quanto stabilito dagli Accordi stato Regioni del 5 novembre 2009 e 19 aprile 2012”;

CONSIDERATO che la Commissione Regionale ha la funzione di esprimere parere sull’istituzione di consorzi/scuole di soggetti pubblici (Università, Società scientifiche)privati che richiedano un riconoscimento formale della Regione e di definire criteri e procedure per accreditamento Eventi/Provider ECM;

VISTO il documento tecnico (Allegato A) “Manuale di accreditamento dei Provider pubblici e privati della Regione Abruzzo” elaborato dalla Commissione Regionale ECM ed approvato nella seduta del 26 Settembre 2013;

ATTESO che l’allegato Manuale verrà adottato nelle more dell’attuazione di quanto stabilito alle pagine 3 e 4 dell’Accordo Stato Regioni del 19 aprile 2012 nel Paragrafo “Le regole per l’accreditamento dei provider ECM: Le linee guida per i manuali di accreditamento”;

ATTESO CHE sulla base della Convenzione con l’AGENAS in tema di formazione ECM (Deliberazione n° 32 del 4/07/2011), la Regione Abruzzo ha avviato il sistema regionale ECM, avvalendosi della piattaforma informatica e del supporto tecnico ed amministrativo dell’AGENAS utilizzando i requisiti minimi e standard e i principi per le procedure di accreditamento dei Provider identificate dalla Commissione Nazionale ECM nell’Accordo Stato Regioni del

2009 e dai successivi: Regolamento applicativo del 13 gennaio 2010 e Accordo Stato Regioni del 19 aprile 2012;

RITENUTO CHE si debba procedere alla determinazione dei manuali di accreditamento dei provider, all’individuazione dei requisiti minimi e standard e alla determinazione dei Criteri per l’assegnazione dei crediti alle attività ECM;

CONSIDERATO che il presente atto riveste carattere di indifferibilità e urgenza in quanto l’adozione dello stesso si rende necessaria ed improcrastinabile ai fini del completamento del processo di riordino del Servizio Sanitario regionale, per tale ragione sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell’Economia e delle Finanze, successivamente alla sua adozione;

Tutto ciò premesso

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- 1) **Di approvare** “Il manuale di accreditamento dei Provider ECM Pubblici e Privati della Regione Abruzzo”, che costituisce parte integrale e sostanziale al presente -allegato A secondo quanto stabilito nell’Accordo Stato Regioni del 19 Aprile 2012;
- 2) **di trasmettere** il presente decreto al Ministero dell’Economia e delle Finanze e al Ministero della Salute per la relativa validazione;
- 3) **di Trasmettere** inoltre il presente provvedimento alla Commissione Nazionale per la formazione continua ed al Comitato Tecnico delle Regioni secondo quanto previsto nell’ Accordo Stato Regioni del 19 aprile 2012;
- 4) **di pubblicare** il presente decreto con valore di notifica sul B.U.R.A. e sul sito dell’ASR Abruzzo
- 5) **di attribuire** al presente provvedimento l’immediata esecutività.

COMMISSARIO AD ACTA
F.to Dott. Giovanni Chioldi

Segue allegato

Allegato A

Allegato a **DECRETO** del Commissario
REGIONALE
n. **41** del **07 OTT. 2013**

MANUALE DI ACCREDITAMENTO DEI PROVIDER ECM PUBBLICI E PRIVATI DELLA REGIONE ABRUZZO

A Cura dell'ASR Abruzzo e della Commissione Regionale ECM

*Ai sensi
dell'Accordo Stato
Regioni del 19
aprile 2012*

Sommario

| | |
|---|----|
| Premessa | 2 |
| Principi generali..... | 3 |
| L'accreditamento dei Provider | 3 |
| Ente accreditante | 4 |
| Procedimento di accreditamento nella Regione Abruzzo | 5 |
| Il Provider accreditato | 5 |
| Sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità..... | 6 |
| Il Sistema dei controlli | 7 |
| Gli Obiettivi Formativi Nazionali e Regionali..... | 7 |
| Pubblicità, conflitto di interesse e sponsorizzazioni | 8 |
| Pubblicità | 8 |
| Sponsorizzazione | 9 |
| Conflitto di interessi | 10 |
| ALLEGATO 1 | 12 |
| Requisiti minimi per l'accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Abruzzo | 13 |
| CREDITI FORMATIVI..... | 20 |
| ALLEGATO 2 | 22 |
| Criteri per l'attribuzione di crediti formativi | 23 |

Premessa

Il presente regolamento verrà adottato nelle more dell'attuazione di quanto stabilito alle pagine 3 e 4 dell'Accordo Stato Regioni del 19 aprile 2012 nel Paragrafo "Le regole per l'accREDITAMENTO dei provider ECM: Le linee guida per i manuali di accREDITAMENTO".

Il presente manuale ha carattere di linea guida generale e disciplina i requisiti minimi e i relativi standard necessari per l'accREDITAMENTO istituzionale di soggetti pubblici e privati (indicati di seguito *Provider*) della Regione Abruzzo che, in possesso dei requisiti minimi di accREDITAMENTO, intendono organizzare eventi formativi rivolti ai professionisti della Sanità, in linea con quanto stabilito dagli Accordi Stato Regioni del 1 agosto 2007, del 5 novembre 2009 e del 19 aprile 2012, che hanno introdotto un sistema improntato all'accREDITAMENTO, nazionale o regionale, non più degli eventi formativi, ma dei Provider, ed assegnato nuovi ed importanti compiti e funzioni alle Regioni.

I requisiti richiesti per l'accREDITAMENTO dei Provider riguardano in particolare le caratteristiche del soggetto da accREDITARE, la sua organizzazione, il rigore qualitativo nella offerta formativa proposta e l'indipendenza da interessi commerciali, tutti requisiti necessari a garantire una attività formativa efficiente, efficace ed indipendente, in coerenza con la normativa nazionale vigente.

Il presente Manuale è coerente con i principi e i criteri riportati nelle Linee Guida per i Manuali di accREDITAMENTO dei provider nazionali e regionali, allegato 1) all'Accordo Stato Regioni 19 aprile 2012, e previsti dagli Accordi 1 agosto 2007 e 5 novembre 2009 e va ad integrare il Decreto del Commissario ad Acta della Regione Abruzzo n. 22/2013 che recepisce l'Accordo Stato Regioni del 2012:

- 1) attribuzione dei crediti formativi agli eventi di formazione continua (Accordo Stato Regioni 1 agosto 2007);
- 2) qualità della formazione continua erogata (Accordi Stato Regioni 1 agosto 2007 e 5 Novembre 2009);
- 3) garanzia d'indipendenza del contenuto formativo (Accordo Stato Regioni 5 novembre 2009).

Il manuale definisce i principi generali, i soggetti coinvolti, i requisiti minimi i crediti formativi e gli elementi caratterizzanti il processo di accREDITAMENTO dei Provider ECM della Regione Abruzzo.

Vengono fatte salve tutte le norme di legge vigenti che siano in qualche modo pertinenti. Pertanto altri requisiti che si applichino in modo specifico e che siano definiti da diverse norme in vigore anche se non esplicitamente richiamati, vanno considerati come inclusi in modo implicito.

Il presente manuale, potrà essere periodicamente revisionato in relazione sia agli sviluppi legislativi e normativi della Formazione Continua a livello Nazionale e Regionale sia a seguito delle esperienze e dei risultati derivanti dalla sua applicazione.

Principi generali

L'accreditamento dei Provider

L'accreditamento di un Provider ECM è il riconoscimento da parte di un'istituzione pubblica (Commissione Nazionale per la Formazione Continua o Regioni o Province Autonome direttamente o attraverso organismi da questi individuati) che un soggetto è attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità e che pertanto è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM individuando ed attribuendo direttamente i crediti agli eventi formativi.

L'accreditamento si basa su un sistema di requisiti minimi considerati indispensabili per lo svolgimento di attività formative per l'ECM e viene rilasciato dalla Commissione Regionale ECM della Regione Abruzzo

I requisiti che il Provider deve possedere per ottenere l'accreditamento riguardano l'organizzazione generale e le risorse, la qualità dell'offerta formativa e la gestione del miglioramento continuo della qualità.

Il criterio con cui valutarli e le evidenze richieste per la valutazione sono:

- A. Requisiti del soggetto richiedente
- B. Requisiti strutturali, organizzativi e della qualità
- C. Requisiti dell'offerta formativa

I requisiti adottati dalla Regione Abruzzo vengono acquisiti integralmente dall'Accordo Stato Regioni del 2012 ad eccezione di quanto di seguito riportato:

Per l'accreditamento regionale come provider residenziale, formazione sul campo (FSC) e formazione a distanza (FAD) delle aziende sanitarie pubbliche sono previste, rispetto all'accreditamento nazionale, delle agevolazioni relative alle informazioni da inserire nella piattaforma adattata per la Regione Abruzzo.

Nella seduta del 23 Aprile 2013 la Commissione Regionale ECM, in condivisione con l'AGENAS e così come adottato precedentemente da altre Regioni come la Regione Puglia ha stabilito quanto segue:

Per i provider pubblici è facoltativo riportare i seguenti allegati:

1. *atto costitutivo e statuto;*
2. *esperienza in formazione in ambito sanitario;*
3. *estratto del bilancio relativo alla formazione in ambito sanitario degli ultimi tre anni e budget previsionale per l'anno in corso;*
4. *utilizzo di sedi, strutture e attrezzature di altro soggetto (contratti, accordi, partenariato, ecc.);*
5. *struttura organizzativa specifica con funzionigramma e organigramma;*
6. *sistema informatico dedicato alla formazione in ambito sanitario;*
7. *Piano di qualità.*

In data 26 settembre 2013 la Commissione Regionale specifica che la dizione "Provider pubblici" oggetto della deroga suddetta si riferisce alle sole Aziende Sanitarie.

Tutte le altre informazioni relative ai requisiti del soggetto richiedente, riportate dal regolamento applicativo dei criteri oggettivi per l'accreditamento di cui all'Accordo Stato Regioni del 5 novembre 2009, approvato dalla Commissione Nazionale di Formazione Continua il 13 gennaio 2010, rimangono le stesse e sono obbligatorie.

I provider richiedenti dovranno attenersi alle indicazioni sotto riportate:

- le aziende sanitarie/soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e socio sanitarie pubbliche o private, con sede legale nel territorio abruzzese, debbono obbligatoriamente accreditarsi presso la Regione;
- le attività FAD devono seguire necessariamente un percorso di tracciabilità. L'accesso dovrà essere limitato agli operatori sanitari che svolgono prevalentemente l'attività in Regione Abruzzo;
- le Università, le Società scientifiche, gli IRCCS, gli I.I.ZZ.SS., gli Ordini, i Collegi, le Associazioni professionali, gli enti di diritto pubblico e i soggetti privati possono scegliere il soggetto accreditante (Regionale o Nazionale) nei limiti previsti:
 - in caso di accreditamento presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua non sussisteranno vincoli territoriali;
 - in caso di accreditamento presso il sistema regionale, l'attività residenziale, la Formazione sul campo e la Formazione a distanza dovranno essere erogati nella Regione Abruzzo.

Sarà cura dell'Ente Accreditante procedere ad un monitoraggio sulle tipologie di accreditamento.

Tale indagine consentirà di individuare eventuali percentuali di numero massimo di eventi (relativi al piano di attività) accreditabili e realizzabili fuori Regione.

I crediti formativi attestati ai professionisti della Sanità da un Provider accreditato a livello regionale, hanno valore nazionale.

Successivamente all'invio della richiesta di accreditamento da parte dell'Ente interessato, si dà avvio alla **FASE ISTRUTTORIA** che prevede una verifica amministrativa di tipo cartolare/informatico volta a valutare la completezza e la congruenza della documentazione ricevuta. A tale verifica segue una valutazione da parte dei Referee ECM nazionali e successivamente della Commissione Regionale ECM regionale, sulla sussistenza dei requisiti ai fini del rilascio dell'accREDITAMENTO che dà origine all'assegnazione del codice provider.

Seguono 2 fasi di accREDITAMENTO:

- **ACCREDITAMENTO PROVVISORIO:** dall'assegnazione del codice Provider ad un massimo di anni 2. In tale periodo l'Ente Accreditante verifica lo stato di mantenimento dei requisiti necessari per l'accREDITAMENTO;
- **ACCREDITAMENTO STANDARD** dalla comunicazione da parte dell'Ente Accreditante per un massimo di anni 4 con verifica sul raggiungimento dei criteri standard e di qualità.

L'accREDITAMENTO può essere anche limitato a specifiche tipologie/procedure formative (residenziali, FAD, FSC).

La richiesta iniziale di accREDITAMENTO, se accettata, permette di acquisire un AccREDITAMENTO provvisorio della durata massima di 24 mesi, dopo i quali decade automaticamente se non è stato ottenuto l'AccREDITAMENTO standard della durata di 4 anni. Nella fase di accREDITAMENTO provvisorio il Provider viene affiancato sino all'acquisizione dell'accREDITAMENTO di qualità.

Ente accreditante

L'accREDITAMENTO ai Provider regionali è rilasciato dalla Regione Abruzzo, attraverso la Commissione Regionale ECM, quale ente accreditante così come stabilito Dalla L.R. 5/2008; Piano Sanitario Regionale 2008 -2010, e dalla Delibera del Commissario ad Acta n.70 del 14Ottobre 2009 e s.m.i..

L'Ente accreditante ha la responsabilità del controllo dei Provider che ha accreditato nonché della verifica delle attività ECM che si svolgono nel territorio regionale.

A questo fine saranno effettuate ogni anno visite di verifica a campione randomizzato ad almeno il 10% dei Provider accreditati. Qualora vengano riscontrate violazioni, in funzione della loro gravità, l'Ente

accreditante potrà disporre sanzioni al provider, a partire da un'ammonizione fino alla revoca in via temporanea o definitiva dell'accreditamento in conformità a quanto stabilito dagli Accordi Stato Regione in materia di violazioni.

La Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina predispone l'Albo Regionale dei provider ECM e lo pubblica sul sito dell'ASR Abruzzo.

Procedimento di accreditamento nella Regione Abruzzo

La Regione Abruzzo è in grado di accreditare i Provider pubblici e privati operanti sul proprio territorio regionale grazie ad una Convenzione stipulata dall'ASR Abruzzo con l'AGENAS (Delibera del Commissario dell'ASR Abruzzo n.32/2011). Tale Convenzione permette alla Regione di utilizzare la piattaforma informatica messa a punto dall'Agenzia Nazionale e rispondente a quanto stabilito in materia di ECM dagli Accordi Stato Regioni del 2007, 2009, 2012. Inoltre attraverso la suddetta convenzione, l'AGENAS fornisce un prezioso supporto tecnico, amministrativo ed organizzativo alla Regione affiancandola in tutte le fasi amministrative che compongono il processo di accreditamento ECM.

L'accreditamento è dunque l'azione amministrativa con la quale L'ASR Abruzzo, attraverso la Commissione Regionale per l'ECM, Ente Accreditante, costituisce un elenco di soggetti istituzionali o organismi pubblici o privati con un assetto organizzativo, risorse scientifiche e tecnologiche e un piano di formazione, congruenti con obiettivi e parametri qualitativi riferiti ad attività formative progettate a favore di personale sanitario.

Per quanto attiene l'accreditamento dei soggetti che intendono erogare la formazione continua nel territorio regionale, questo avverrà tramite la seguente procedura sinteticamente rappresentata:

- 1) Il Provider presenta la domanda di accreditamento alla ASR Abruzzo.
- 2) La verifica della sussistenza dei requisiti (allegato 1) è effettuata a cura della Commissione Regionale per la Formazione Continua, con il supporto dell'ASR Abruzzo e dell'AGENAS

L'esito del procedimento consiste:

- nell'accreditamento del provider, inizialmente provvisorio;
- oppure nel diniego all'accreditamento del provider (per la presenza di difformità non superabili rispetto ai requisiti di accreditamento);

Il Provider accreditato

Il provider deve:

- garantire la reale partecipazione dei professionisti della sanità alle attività ECM. Questo può avvenire con modalità varie (firma di frequenza, verifiche elettroniche di ingresso/uscita dalla sede di formazione, scheda di valutazione dell'apprendimento firmato dal partecipante, età);
- assicurare la valutazione della qualità percepita da parte dei partecipanti relativamente a ogni evento o programma formativo.

Questo parametro deve essere rilevato mediante una scheda standard anonima che includa, tra l'altro, specifiche domande su:

- la rilevanza del programma rispetto ai bisogni formativi e al ruolo professionale,
- la qualità formativa del programma e dei singoli docenti;
- l'efficacia della formazione ricevuta;
- la qualità dell'organizzazione e i tempi di svolgimento;

- la eventuale percezione da parte dei partecipanti di interessi commerciali nell'evento o nel programma; la qualità dei singoli programmi va valutata anche attraverso specifiche relazioni dei Responsabili scientifici redatte alla conclusione delle iniziative; valutare l'apprendimento dei singoli partecipanti nelle diverse forme possibili, alla fine dei programmi ed eventualmente in itinere. In questo modo si realizza anche una valutazione della partecipazione al programma e dell'efficacia formativa.

La valutazione dell'apprendimento può essere effettuata con diversi strumenti che devono, tuttavia, essere coerenti con gli obiettivi formativi dichiarati ed avere caratteristiche paragonabili per i diversi programmi in modo da creare condizioni standard di valutazione.

Dopo avere accertato la partecipazione, raccolto il giudizio soggettivo di gradimento ed effettuata la valutazione dell'apprendimento del singolo partecipante, il Provider deve fornire l'attestazione che l'utente ha svolto la specifica attività formativa ed ha acquisito i relativi crediti ECM.

Al termine di ogni programma, il Provider deve comunicare all'Ente accreditante ed al COGEAPS (rapporto da inviare attraverso la funzione informatica predisposta direttamente dal sito di ASR Abruzzo l'elenco nominativo dei partecipanti, dei crediti ad ognuno assegnati, nonché la indicazione di coloro che sono stati direttamente reclutati da sponsor e la denominazione dello sponsor.

Il Provider è tenuto ad archiviare e conservare per cinque anni copia di tutte le documentazioni relative all'assegnazione dei crediti, inclusa la copia degli inviti nominativi da parte degli sponsor, con l'impegno di renderli disponibili, a richiesta, per la Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina.

Sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità

Un sistema di accreditamento istituzionale come quello definito dall'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2007 per l'accREDITamento dei Provider ECM non può non delineare – oltre ad un quadro organico di requisiti e procedure – anche una rete di soggetti deputati al suo corretto funzionamento. Al fine di promuovere un disegno coeso nel territorio nazionale e che tenga conto degli equilibri costituenti disegnati nella nuova governance dall'Accordo succitato, i criteri, le procedure, gli strumenti e gli obiettivi dei processi di verifica e valutazione delle attività formative saranno oggetto di uno specifico “Manuale per gli osservatori della qualità dell'educazione continua in medicina”, curato dall'Osservatorio Nazionale della Qualità della Formazione e periodicamente aggiornato sulla base delle esperienze maturate al fine di un miglioramento continuo della qualità ed efficacia del sistema di formazione continua nazionale, regionale e delle province autonome, approvato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua al fine di rendere omogenei la definizione dei criteri e la valutazione dei risultati di qualità per i Provider accreditati dalla Commissione Nazionale stessa e dagli enti accreditanti territoriali.

Il Comitato di Garanzia e l'Osservatorio Nazionale per la Qualità della Formazione Continua in Sanità rappresentano gli organismi di cui la Commissione Nazionale per la Formazione Continua si avvale per svolgere i controlli di propria competenza (indipendenza del contenuto formativo dagli interessi commerciali degli sponsor e della qualità del contenuto formativo). Per la corretta definizione e ambiti dei ruoli e i livelli d'integrazione, dei richiamati organismi è indispensabile stabilire i punti di contatto fra l'Accordo Stato – Regioni del 1° agosto del 2007 e l'Accordo del 5 novembre del 2009 e richiamati nell'Accordo del 19 aprile 2012 al fine di delineare i ruoli e le

specifiche funzioni dei due sistemi di supporto in una stretta sinergia istituzionale fra gli stessi organismi e il sistema nazionale e quello delle regioni, e che tenga conto degli equilibri fra le regioni individuati nella governance descritta nei succitati Accordi.

Il Sistema dei controlli

Un costante monitoraggio delle attività formative costituisce il presupposto indispensabile ad una corretta funzione di indirizzo e coordinamento.

Per tale motivo all'interno della Commissione Regionale ECM è stato istituito con Delibera numero 70/2009 del 14 Ottobre 2009, l'Osservatorio Regionale per la qualità della formazione continua.

L'Osservatorio ha la funzione, così come stabilito nella Delibera suddetta, di concorrere alle verifiche e valutazioni finali, con particolare riferimento alla definizione dei criteri per la verifica delle ricadute derivanti dalle attività formative sull'attività delle diverse categorie professionali e di esprimere suggerimenti e valutazioni in ordine al complesso delle attività formative realizzate, sia di collaborare alla realizzazione di una anagrafe accurata e trasparente dei crediti accumulati dagli Operatori.

Gli Obiettivi Formativi Nazionali e Regionali

Le aree di riferimento nazionali e regionali per l'offerta formativa rappresentano lo strumento utilizzato per orientare i programmi di formazione continua rivolti agli operatori della sanità al fine di definire le adeguate priorità nell'interesse del SSN e del SSR.

La Conferenza Stato Regioni 05 novembre 2009 stabilisce che: "L'individuazione e la ripartizione tra i livelli istituzionali (nazionali, regionali, aziendali) degli obiettivi formativi costituisce una misura di riferimento e di bilanciamento delle competenze e delle responsabilità, atteso che tali obiettivi devono poi concretamente articolarsi ed armonizzarsi nel Dossier formativo di ogni singolo professionista e/o di equipe, all'interno del quale assumono rilievo tre tipologie di obiettivi formativi:

a) finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività, acquisendo crediti formativi inerenti eventi specificatamente rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza (*obiettivi formativi tecnico-professionali*);

b) finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono dunque ad operatori ed equipe che intervengono in un determinato segmento di produzione (*obiettivi formativi di processo*).

c) finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari. Questi obiettivi si rivolgono, di norma, a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali (*obiettivi formativi di sistema*).

Il piano formativo individuale e/o di equipe (*dossier formativo*) rappresenta dunque, sul piano pratico, il prodotto di queste tre dimensioni della formazione; in altre parole definisce il volume dei

bisogni da soddisfare/soddisfatti di quel professionista, inserito in quello specifico processo di produzione di attività sanitarie, parte costitutiva di un sistema più generale di tutela della salute. Gli obiettivi formativi di rilievo nazionale vengono definiti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua e devono essere riconducibili alle attività sanitarie e socio sanitarie collegate ai Livelli Essenziali di Assistenza”.

Le aree di rilievo regionale e aziendale sono stabilite dalla Regione e dalle Aziende Sanitarie e tengono conto del Piano Sanitario Regionale e delle specifiche *mission* aziendali. Sono, al pari di quelli nazionali, finalizzati a garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza ai servizi prestati, in ragione delle peculiarità organizzative locali e delle caratteristiche epidemiologiche e socio sanitarie territoriali. (Conferenze Stato Regioni 05 novembre 2009 e 19 aprile 2012).

Le aree di riferimento per la Formazione Continua definite in coerenza con i Piani Sanitari Nazionali e Regionali vigenti, periodicamente rinnovabili, dovranno essere utilizzati per l'individuazione degli “obiettivi formativi” che devono essere evidenziati nei Programmi di formazione dei singoli Provider, pubblici e privati.

Esse costituiscono, pertanto, aree di riferimento in linea con le aree tematiche previste in piattaforma ECM da utilizzare per l'accreditamento dell'offerta formativa ECM.

All'interno delle medesime aree la programmazione regionale individua priorità di attuazione e specificità di destinazione ai professionisti utenti.

Pubblicità, conflitto di interesse e sponsorizzazioni

In linea con quanto indicato dalla Commissione Nazionale per la formazione continua, il Provider deve garantire che la formazione ECM sia esente da influenze di chi ha interessi commerciali nel settore della Sanità. Per questo motivo deve essere documentata la correttezza di tutte le attività che portano a programmi ECM con scopi esclusivamente formativi e di aggiornamento e la trasparenza delle attività di finanziamento e amministrative (contratti, regolamenti, dichiarazione ed attestati formali).

Pubblicità

- La pubblicità e le attività promozionali di qualsiasi genere (inclusi quindi pasti, attività sociali, altro) non devono interferire né disturbare sotto qualsiasi forma l'attività ECM. E' vietata la pubblicità di qualsiasi tipo per specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medici e chirurgici, etc.) nelle sedi di attività ECM (formazione residenziale e sul campo) e nei materiali durevoli (FAD).
- E' consentito che attività di pubblicità di farmaci, strumenti e dispositivi prodotti da aziende pubbliche e private possano essere manifestate in sedi adiacenti a quelle dedicate all'ECM, ma non nel materiale durevole FAD e nei depliant e programmi di attività ECM.
- Nessun tipo di pubblicità è consentito per il materiale cartaceo (giornali, pubblicazioni, etc.) nelle pagine dedicate all'attività ECM e neanche nelle pagine adiacenti al programma e/o agli strumenti didattici correlati (ad es: pagine dedicate alla valutazione).
- Nessuna pubblicità può essere inserita nel materiale informatico e audio-visivo (sotto forma di "finestre", videate, spot promozionali, etc.) durante lo svolgimento del programma educativo. In entrambi i casi attività di pubblicità possono essere inseriti solo all'inizio o alla fine.
- Nelle attività formative ECM (RES, FAD) devono essere indicati i nomi generici (di farmaci, strumenti, presidi) ma non può essere riportato il nome commerciale, neanche se non correlato con l'argomento trattato.
- E' consentita la pubblicità per altre attività o programmi ECM, inclusa la presentazione e descrizione di corsi, congressi, materiali durevoli, ma sempre senza interferenze con l'attività didattica.

Sponsorizzazione

Sponsor commerciale è qualsiasi soggetto privato che fornisce finanziamenti, risorse o servizi a un provider ECM mediante un contratto a titolo oneroso, in cambio di spazi di pubblicità o attività promozionali per il nome e/o i prodotti del soggetto sponsorizzante.

• Sponsor e Provider

L'industria farmaceutica e quella degli strumenti e presidi medici non può acquisire il ruolo di provider FAD, ma può essere sponsor commerciale di provider ECM a condizione che il supporto finanziario o di risorse sia. Dichiarato e non sia in alcun modo condizionato sulla organizzazione, i contenuti e/la gestione della attività ECM del provider accreditato dalla Regione.

Lo Sponsor può essere indicato, in modo discreto, nell'ultima pagina del materiale cartaceo (depliant, locandine e programmi) di attività ECM residenziali e FAD ed anche all'inizio e/o alla fine del materiale durevole FAD. Non può essere indicato nelle diapositive né all'interno del materiale durevole FAD dedicato alla formazione.

Per ogni evento o programma ECM devono essere resi disponibili, a richiesta dell'Ente accreditante, tutte le convenzioni ed i contratti di sponsorizzazione che indichino in modo esplicito le obbligazioni di entrambi i contraenti.

Oltre alla dichiarazione di ogni eventuale supporto economico, il provider deve assicurare, in ogni caso, la presenza di specifico questionario sulla qualità percepita, nel quale i discenti possano indicare se hanno percepito influenza di conflitto di interessi nel materiale ECM. La Compilazione di tale questionario da parte di ognuno dei partecipanti è condizione indispensabile perché il provider possa attestare, al discente che ha superato il test di valutazione, l'assegnazione dei crediti ECM.

Il Provider si impegna a garantire le seguenti regole di trasparenza di cui è responsabile:

- contratti formali (e disponibili per l'Ente accreditante) tra provider e sponsor, pagamenti/rimborsi ai docenti/tutor effettuati dal provider (non dallo sponsor) sulla base di un regolamento interno formalmente approvato (e disponibile per l'Ente accreditante). Nessun pagamento/supporto può essere assegnato a familiari di relatori o altre persone non direttamente coinvolte nell'attività ECM;
- trasparenza (dichiarazione formale sottoscritta) delle fonti di finanziamento negli ultimi 2 anni da parte di tutti coloro che a qualsiasi titolo sono coinvolti nella organizzazione, gestione, erogazione di eventi ECM;
- reclutamento dei partecipanti/discenti senza interferenze dello sponsor e garanzia di riservatezza degli elenchi e indirizzi dei partecipanti, che non possono essere trasmessi allo sponsor o utilizzati, comunque, a fini commerciali.

Lo sponsor commerciale può essere coinvolto nella distribuzione del materiale promozionale ECM e del materiale durevole FAD.

- **Sponsor commerciali e professionisti della Sanità**

La promozione di attività ECM da parte di sponsor commerciali può realizzarsi anche con il supporto economico (per iscrizione, viaggi, spese di permanenza, etc.) fornito al professionista della Sanità.

La CNFC ha deliberato di limitare il reclutamento diretto da parte di sponsor commerciali al massimo ad un terzo (su 150 crediti nel triennio) del debito formativo di ogni professionista della Sanità. Il professionista reclutato ha l'obbligo di notificare il nome dello sponsor commerciale al Provider che, concluso l'evento formativo, trasferirà tali informazioni all'Ente accreditante che deve provvedere alla comunicazione al Co.Ge.A.P.S. per la relativa registrazione all'Ordine/Collegio/Associazione professionale, secondo le modalità contenute nella determina della CNFC del 18 gennaio 2011.

Conflitto di interessi

Il provider deve garantire che nell'attività ECM non intervengano situazioni di Conflitto di interessi. Il conflitto di interessi è la condizione in cui un soggetto svolge contemporaneamente due ruoli differenti con possibilità di interferenza dell'uno sull'altro. Perché sussista la condizione di conflitto non è necessario che la possibilità dia effettivamente luogo all'interferenza. Il provider può accreditare eventi e programmi ECM solo se in grado di garantire che l'informazione e l'attività educativa sia obiettiva e non influenzata da interessi diretti o indiretti che ne possono pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti, basata quindi sotto il profilo scientifico sulle evidenze delle prove di efficacia sulle più moderne conoscenze derivate da fonti autorevoli e terze.

Nell'ambito dell'ECM si deve evitare, in particolare, che:

- 1) i ruoli di accreditatore/valutatore di provider ECM siano attribuiti al medesimo soggetto;
- 2) chiunque possa influenzare i contenuti di un evento formativo non dichiarati, rendendoli palesi, eventuali conflitti di interesse;
- 3) coloro che attivamente sostengono un'attività formativa e siano portatori di interessi commerciali possano orientare la formazione per le proprie finalità;
- 4) la partecipazione all'evento educativo sia condizionata da interessi estranei alla formazione ed all'aggiornamento.

Tutte le informazioni, indicazioni, linee guida e quant'altro costituisce il contenuto di un programma ECM deve essere basato sull'evidenza scientifica comunemente accettata e deve essere presentato in modo equilibrato.

E' pertanto necessario osservare le regole per evitare il conflitto di interesse per tutti coloro che sono coinvolti nell'attività ECM:

a) provider

Nessun soggetto che produca, distribuisca, commercializzi e pubblicizzi prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, dispositivi e strumenti medici può organizzare e gestire, direttamente o indirettamente, eventi e programmi ECM. Queste regole valgono anche per i partner legati da contratto ai provider.

Tutti i soggetti che partecipano alla progettazione/erogazione dell'attività formativa devono dichiarare se hanno avuto rapporti o compensi da aziende che operano nel campo della Sanità.

Analogamente il Provider e tutti i partner legati da contratto con esso, il legale rappresentante del provider, i suoi delegati e i componenti degli organi direttivi ed i responsabili (coordinatore del comitato scientifico, coordinatore scientifico dei singoli eventi, responsabile amministrativo, responsabile informatico,

responsabile della qualità), nonché i loro parenti e affini fino al 2° grado, non possono avere interessi o cariche in aziende con interessi commerciali nel settore della Sanità da almeno 2 anni. Al riguardo è necessaria esplicita dichiarazione del provider (vedi requisiti minimi del soggetto).

L'industria dei farmaci e degli strumenti medicali può essere sponsor di un provider o di un evento/programma ECM secondo regole e contratti trasparenti.

Sotto la responsabilità *del provider* devono essere indipendenti da interessi commerciali:

- rilievo dei fabbisogni formativi
- individuazione degli obiettivi formativi:
 - individuazione dei contenuti formativi
 - definizione delle tecniche didattiche
 - nomina dei docenti/tutor
 - reclutamento dei partecipanti
 - valutazione degli effetti della formazione.

b) relatori-moderatori-formatori

E' richiesta la trasparenza delle fonti di finanziamento e dei rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario. Una dichiarazione esplicita da parte di relatori, moderatori e formatori deve essere prodotta esclusivamente nel caso in cui si configuri un eventuale conflitto di interesse negli ultimi 2 anni.

Rimborsi spese e compensi devono essere pagati dal provider (secondo formale regolamento interno). Le verifiche di eventuali interferenze sulle scientificità ed equilibrio delle informazioni/formazioni ECM saranno ottenuti tramite:

- le verifiche dell'Ente accreditante in situ;
- le verifiche sul materiale durevole ex-post;
- le schede di valutazione della qualità percepita inviate dai partecipanti.

Tutta la documentazione relativa alle sponsorizzazioni ed al conflitto di interessi deve essere conservata dal provider per almeno 5 anni.

Per i provider/soggetti privati NON erogatori di prestazioni sanitarie, l'indipendenza dei programmi ECM dal sistema di sponsorizzazione sarà verificata anche dal Comitato di Garanzia.

ALLEGATO 1

Requisiti minimi per l'accreditamento dei provider pubblici e privati della Regione Abruzzo

Requisiti del soggetto richiedente

| REQUISITO | INDICATORE | EVIDENZA |
|----------------------------------|--|--|
| Ragione Sociale | Denominazione | Atto costitutivo – Statuto (Non per Aziende Sanitarie pubbliche, Università, CNR, IRCCS, etc.). Deve essere allegata dichiarazione formale che quanti direttamente interessati alla attività ECM del Provider (coniuge, affini e parenti fino al 2° grado) non abbiano interessi commerciali nell'ambito della Sanità da non meno di due anni dalla data di cessazione dell'attività (*) Nota 1 |
| Sede legale (*) Nota 2 | Sede stabile nella Regione Abruzzo. Tale sede non deve coincidere con strutture produttive in ambito sanitario o commerciali nel settore sanitario. | Attestazione del legale rappresentante. <i>Audit</i> |
| Sede operativa | Sede con i requisiti necessari alla gestione delle attività ECM e situata nella Regione Abruzzo. Tale sede non deve coincidere con strutture produttive in ambito sanitario o commerciali nel settore sanitario. | Attestazione del legale rappresentante |
| Legale rappresentante | Generalità complete del <u>rappresentante legale</u> | Curriculum vitae, Atto e data di nomina ed esplicita indicazione delle sue competenze e poteri per l'esercizio delle funzioni in relazione al ruolo ricoperto |

(*) Nota 1: Le dichiarazioni devono essere predisposte su carta intestata e firmate dal legale rappresentante con firma digitale. Lo Statuto deve indicare la finalità ECM del soggetto richiedente e se sono previsti altri obiettivi (agenzia congressuale, tour operator, ecc.) dello stesso soggetto.

(*) Nota 2: Nella sede legale devono essere conservati i documenti da rendere disponibili, a richiesta, per Ente accreditante, Osservatorio e Comitato di Garanzia.

| REQUISITO | INDICATORE | EVIDENZA |
|--|---|--|
| Impegno statutario nel campo della formazione continua in sanità dove è specificato se l'attività è prevalentemente formativa/scientifica o di tipo organizzativo congressuale (vedi punto 2.3 ALL. I dell'Accordo Stato Regioni 2012). <u>Sono esonerati i soggetti che erogano prestazioni sanitarie</u> | Presenza esplicita di questa finalità nello Statuto e nell'Atto costitutivo, anche a titolo non esclusivo | Atto costitutivo - Statuto |
| Eventuale progressa esperienza in attività didattico/formativa in campo sanitario (*) Nota 3 | Evidenza di attività formative in campo sanitario e indicazione delle aree di attività prevalenti realizzate negli ultimi 3 anni | Documentazione in cui si evidenzia che il <i>provider</i> ha progettato, pianificato, realizzato, monitorato attività formative in campo sanitario |
| Affidabilità economico-finanziaria | Bilanci e documenti economici congrui agli obiettivi, alla numerosità dell'utenza ed alla tipologia di ECM che intende organizzare. Il bilancio deve indicare in modo esplicito le risorse acquisite con l'attività formativa e quelle provenienti da altre fonti. Per i Provider di nuova istituzione o per i soggetti che non hanno svolto negli anni precedenti attività in materia di formazione continua in medicina resta obbligatoria la presentazione del budget previsionale per l'attività programmata | Bilanci economici per centri di costo e centri di spesa (contabilità analitica) e documenti contabili che attestino le capacità economiche in rapporto all'entità dell'impegno programmato Per i soggetti privati si rinvia alle norme del Codice Civile ed alle leggi speciali. (*) Nota 4 Atto di nomina e curriculum del responsabile amministrativo |
| Affidabilità rispetto alle norme in tema di sicurezza, previdenza e fiscalità | <ul style="list-style-type: none"> - Documentazione anti-mafia (per privati) - Rispetto obblighi relativi prevenzione infortuni (strutture e attrezzature) - Rispetto obblighi in tema di contributi previdenziali e assistenziali - Rispetto obblighi fiscali | Dichiarazione del legale rappresentante. Indicazione nominativa del <u>personale dipendente</u> (copia documentazione se richiesta). Copia documentazione formalmente sottoscritta che attesta che il Provider ha verificato e si fa garante anche nel caso le strutture e le attrezzature siano utilizzate in base a contratti e convenzioni. Audit |
| Indicazione relativa alle metodologie ECM che intende utilizzare (RES, FAD, FSC) | Formazione RES, FAD, FSC, mista, altro | Dichiarazione del legale rappresentante |
| Dichiarazione relativa alla tipologia di professionisti della Sanità cui intende rivolgersi (target utenza) | Indicazione delle discipline e/o delle professioni destinatarie degli eventi formativi (*) Nota 5 | Dichiarazione del legale rappresentante |

(*) Nota 3: questo criterio non è obbligatorio. La progressa esperienza andrà valutata positivamente/negativamente in rapporto a quantità e qualità della formazione svolta/dichiarata

(*) Nota 4: I documenti devono evidenziare l'eventuale impegno economico progresso per attività formative e la disponibilità economico-finanziaria per le attività pianificate imputando i dati ai relativi centri di costo per il riscontro della prevalenza dell'attività formativa effettivamente prodotta (cfr.par. 2.3 "Accreditamento di Provider ECM" pag. 6). Tali documenti devono altresì evidenziare, in quale percentuale è intervenuta, nel finanziamento delle attività ECM, la sponsorizzazione commerciale. Il documento/bilancio sulle attività formative progresso non è obbligatorio per l'accREDITAMENTO temporaneo dei soggetti di nuova Istituzione o che non hanno svolto negli anni precedenti attività in materia di formazione continua in medicina. Per gli enti pubblici (Aziende Sanitarie, Università, etc.) il documento deve riguardare solamente il budget dell'Ufficio Formazione.

(*) Nota 5: Qualsiasi disciplina/professione indicata negli eventi che fanno parte del piano formativo deve rientrare tra quelle che il Provider ha dichiarato al momento della presentazione della domanda di accreditamento e che corrisponde ad idonee qualifiche nel Comitato Scientifico. Si sottolinea che il Responsabile Scientifico del singolo evento formativo deve corrispondere ad un soggetto esperto nell'area sanitaria di riferimento. Tali parametri non sono vincolanti per i soggetti che erogano prestazioni sanitarie. Le discipline/professioni destinatarie di ogni singolo evento formativo dovranno essere indicate dal Provider al momento della trasmissione del programma definitivo (almeno 15 giorni prima della sua erogazione) e non potranno essere cambiate essendo stato l'evento programmato solo per le professioni indicate.

2 Requisiti della struttura/organizzazione

| REQUISITO | INDICATORE | EVIDENZA |
|--|---|--|
| Sedi, Strutture/attrezzature disponibili (proprie o per contratto) | Sono disponibili sedi, strutture e attrezzature necessarie allo svolgimento nella Regione Abruzzo delle attività amministrative e di quelle formative (aule, servizi di segreteria, servizi editoriali, sito web, etc.) nel territorio di competenza dell'Ente accreditante e con caratteristiche coerenti con i piani formativi proposti. Le strutture e le attrezzature sono conformi alla normativa per la sicurezza e la prevenzione Per FAD e FSC devono essere disponibili le condizioni e le attrezzature per organizzare e gestire iniziative di formazione a distanza, o attività di formazione sul campo, | Titoli di proprietà o contratti di locazione o altro titolo di utilizzo in cui sia indicata la durata temporale e la destinazione d'uso. Altra documentazione utile relativa alle procedure ed impegno spesa di massima per l'acquisizione di strutture didattiche idonee nelle sedi previste nel piano formativo di massima. <i>Audit</i> Contratti/convenzioni con soggetti idonei per le tecnologie mediatiche necessarie e/o con soggetti che gestiscono strutture sanitarie idonee per FSC (se non possedute in proprio) |
| Struttura organizzativa | Risorse umane, economiche e strutturali che configurano una organizzazione stabile e finalizzata alla formazione, inclusa la presenza di un responsabile di struttura formativa | Documentazione descrittiva con organigramma, funzionigramma ed altra documentazione sottoscritta. Atto di nomina e CV del responsabile della formazione Per le Aziende Sanitarie ed Enti pubblici: caratteristiche dell'Ufficio Formazione |
| Sistema informatico | Presenza di un sistema informatico informatizzato per la gestione/archiviazione dati di cui sono definite architetture, responsabilità e procedure e che include risorse tecnologiche e umane idonee alla gestione del sistema . E' nominato un responsabile del sistema informatico | Documentazione descrittiva firmata dal legale rappresentante Atto di nomina del Responsabile del Sistema Informatico |
| Competenze scientifiche | Il Coordinatore Scientifico deve essere persona qualificata nell'ambito della Sanità per titoli accademici e con idoneo curriculum che ne attesti le competenze scientifiche che rientrano nell'area sanitaria di riferimento o affine. Presenza di organismo (Comitato | Atto di nomina del Coordinatore Scientifico. |

| | | | |
|-------------------------------|--|---|--|
| | <p>scientifico) preposto alla validazione del piano formativo a livello scientifico (almeno 5 componenti incluso il coordinatore)</p> <p>Nell'ambito del Comitato Scientifico deve essere presente almeno un componente con competenze di progettazione e pianificazione della formazione</p> <p>Il Comitato Scientifico dovrà designare il Responsabile Scientifico per ogni singolo programma ECM che deve corrispondere ad un soggetto esperto nell'area sanitaria di riferimento</p> | <p>Atti di nomina o convenzioni per i componenti del Comitato Scientifico.</p> <p>Curricula dei componenti il Comitato scientifico.</p> <p>Per ogni evento il programma definitivo dovrà indicare il/i responsabili scientifici, docenti, tutor, etc con i relativi curricula</p> | |
| Implementazione delle qualità | miglioramento | <p>Esiste una procedura ed un responsabile per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi predeterminati e sono individuati criteri ed identificati indicatori di processo e di esito</p> | <p>Documenti sulle procedure di rilevazione delle esigenze, di valutazione dei risultati e di implementazione della qualità.</p> <p>Atto di nomina e curriculum del responsabile (anche esterno) dal quale si evinca l'esperienza operativa e/o culturale nel sistema della qualità.</p> |

3 Requisiti dell'Offerta formativa

| REQUISITO | INDICATORE | EVIDENZA |
|---|---|---|
| Rilevazione ed analisi fabbisogni formativi | Esistenza di procedure finalizzate alla rilevazione dei fabbisogni formativi dell'utenza cui è rivolta | Documentazione sulle modalità di rilevazione e analisi dei fabbisogni |
| Pianificazione (* Nota 6 | <p>Esistenza di un piano formativo che deve comprendere :</p> <ul style="list-style-type: none"> - eventi programmati e loro tipologia - obiettivi formativi - target di riferimento - responsabili scientifici - sistema di valutazione del piano | <p>Documentazione relativa alla pianificazione annuale.</p> <p>Per ogni evento (RES, FAD, FSC) programmato, il piano formativo dovrà indicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - argomento (titolo) - tipologia formativa (RES, FAD, FSC) - obiettivi formativi - target utenza - periodo/sede (per FAD inizio/scadenza) - responsabile scientifico e suo CV |
| Progettazione | Esistenza di procedure strutturate che garantiscano la qualità del progetto | (* Nota 7 Documentazione relativa alla progettazione. Le procedure attivate devono essere coerenti con le tipologie formative utilizzate. Il progetto deve prevedere almeno gli obiettivi formativi, la selezione dei destinatari, i contenuti, le metodologie e un sistema di valutazione |

| | | |
|------------|--|---|
| Erogazione | Esistenza di procedure organizzate per garantire un processo di erogazione dell'attività ECM efficace opportunamente controllato attraverso metodologie e strumenti oggettivi relativamente a: ricognizione competenze in ingresso, rilevazione presenze, raggiungimento obiettivi di apprendimento, verifica sulla qualità/finalità del progetto formativo e valutazione della qualità percepita | Documentazione relativa sottoscritta dal responsabile scientifico dell'evento e dal legale rappresentante |
|------------|--|---|

(*) Nota 6. La pianificazione annuale deve essere trasmessa entro la scadenza determinata dall'ente accreditante. Il Provider ha l'obbligo di realizzare almeno il 50% dell'attività programmata annualmente, con la possibilità di aumentare, per ogni target di utenza già previsto, le attività formative, coerentemente con le risorse disponibili e le richieste dell'utenza cui si rivolge e coerentemente con gli obiettivi formativi che ha indicato

(*) Nota 7. Il Provider dovrà comunicare il programma definitivo di ogni evento, inclusi i docenti/tutor ed i crediti assegnati almeno 15 giorni prima della data di inizio (eventi RES e FSC) o della data di attivazione (eventi FAD). Per i programmi FAD dovrà essere indicata anche la data di scadenza (al massimo 1 anno dopo l'inizio). Per i programmi FAD il Provider, previa dichiarazione di averne controllato la persistente idoneità dei contenuti (dichiarazione da trasmettere all'Ente accreditante da parte del legale rappresentante) può rinnovare la validità per un altro anno, per una sola volta con lo stesso numero di crediti. Le competenze scientifiche e andragogiche e requisiti tecnico-professionali dei docenti/formatori sugli argomenti oggetto dell'attività formativa (cv) dovranno essere indicati al momento della presentazione di ogni programma definitivo. L'Ente accreditante provvederà ad inserire l'evento nel catalogo Nazionale/Regionale delle attività ECM operative (confermate).

| REQUISITO | INDICATORE | EVIDENZA |
|--|--|---|
| Valutazione (*) Nota 8 | Esistenza di un sistema di : - rilevazione della presenza - rilevazione del gradimento e della qualità percepita, - rilevazione dell'apprendimento | Documentazione che indichi le modalità di rilevazione e anche la registrazione nel sistema informatico |
| Attribuzione crediti ECM/distribuzione attestati (*) Nota 9 | Procedure per l'attribuzione dei crediti ECM e per l'erogazione degli attestati all'utente (a carico del Provider). Trasmissione dei dati all'Ente accreditante ed al COGEAPS | Documentazione relativa firmata dal legale rappresentante |
| Sponsorizzazione e patrocini | Nel piano formativo devono essere indicati, ove già definitivi, patrocini e sponsor. In ogni caso questi devono essere inclusi nella documentazione relativa al programma definitivo di ogni evento ECM, inviato almeno 30 giorni prima dell'inizio | Documentazione relativa a contratti/convenzioni di sponsorizzazione. Tali contratti devono esplicitare le obbligazioni di entrambi i contraenti ed essere firmati dal legale rappresentante |
| Relazione attività annuale | Redazione di una relazione annuale sull'attività formativa svolta durante l'anno con l'indicazione degli eventi formativi realizzati rispetto a quelli programmati. La relazione annuale deve essere trasmessa all'Ente accreditante entro il 31 gennaio | Relazione idonea sottoscritta dal legale rappresentante |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>dell'anno successivo e deve contenere tutti gli indicatori relativi ad ogni evento realizzato; - Elenco eventi realizzati - Confronto tra il programmato (nel piano) ed il realizzato (indicare gli eventi effettivamente erogati e la percentuale corrispondente agli eventi effettivamente erogati rispetto alla programmazione a suo tempo definita nel piano formativo) - Numero partecipanti per ogni evento + elenco nominativo - Target partecipanti (professioni/specialità) - Numero partecipanti cui sono stati attribuiti crediti- Rilevazione statistiche finalizzate al miglioramento dell'offerta formativa nei suoi aspetti organizzativi (qualità percepita, implementazione) - Aspetti economico-finanziari - Quantità complessiva delle risorse provenienti dalla sponsorizzazione e dettaglio distinto per azienda di ogni singolo evento effettivamente erogato La relazione deve anche contenere la dichiarazione di avere adempiuto agli obblighi informativi (fornire ogni indicazione utile ai discenti per la partecipazione agli eventi, quali ad esempio: data, luogo, costi, docenti, didattica; fornire tutti gli elementi contenuti nel presente Regolamento applicativo all'ente accreditante; invio puntuale dei report contenenti i dati relativi ai partecipanti degli eventi effettivamente erogati all'ente accreditante e all'istituzione archiviante nazionale) nei confronti: - dell'utenza; - dell'istituzione accreditante; - dell'istituzione archiviante nazionale (COGEAPS)</p> | |
|--|--|--|

(*) Nota 8. La effettiva partecipazione degli operatori alle attività ECM può essere documentata con modalità varie (firma di frequenza, verifiche elettroniche di ingresso/uscita dalla sede di formazione, scheda di valutazione dell'apprendimento firmata dal partecipante, etc.). La valutazione della qualità percepita da parte dei partecipanti è obbligatoria per assegnare i crediti. Questo parametro deve essere rilevato mediante una scheda che includa:

- la rilevanza del programma rispetto ai bisogni formativi e al ruolo professionale;
- la qualità formativa del programma;
- utilità della formazione ricevuta;
- i tempi di svolgimento (per la FAD)
- la eventuale percezione da parte dei partecipanti di interessi commerciali nel programma ECM

La valutazione dell'apprendimento costituisce anche una valutazione della partecipazione al programma e dell'efficacia formativa. La valutazione può essere effettuata con diversi strumenti (quesiti a scelta multipla o a risposta aperta, esame orale, esame pratico, produzione di un documento, realizzazione di un progetto, etc.) che devono, tuttavia, essere coerenti con gli obiettivi formativi dichiarati ed avere caratteristiche paragonabili per i diversi programmi in modo da creare condizioni standard di valutazione. Se vengono utilizzati i quesiti, essi dovranno essere standardizzati in almeno 3 quesiti per ogni credito ECM erogato (a scelta quadrupla con una sola risposta esatta se si usano quesiti a scelta multipla).

(*) Nota 9. Accertato che i requisiti (partecipazione, valutazione della formazione e scheda della qualità percepita) siano stati soddisfatti, il Provider attesterà che l'utente ha svolto la suddetta attività formativa ed ha acquisito i crediti ECM in numero pari a quanto previsto per quella attività ECM. Dovrà quindi essere rilasciata o inviata, a cura del Provider, apposita attestazione ed il dato trasmesso per via informatica al CO.GE.A.P.S. ed all'Ente accreditante. I dati relativi a valutazione e attribuzione dei crediti devono essere conservati dal Provider per 5 anni.

CREDITI FORMATIVI

I crediti ECM sono indicatori della qualità di formazione – apprendimento effettuata dagli operatori sanitari in occasione di attività ECM. In particolare l'assegnazione di crediti ECM può avvenire soltanto in occasione di un processo formativo che sia:

- prodotto da un organizzatore che ne abbia titolo (Provider Accreditato);
- realizzato senza che si determinino condizioni di conflitto di interesse;
- valutabile attraverso una documentazione specifica e/o con osservazioni in situ o ex-post;
- rispondente a precisi requisiti di qualità relativamente, in particolare, agli obiettivi formativi che persegue, ai metodi didattici che sono praticati alle modalità con cui si effettua la valutazione.

Il mancato rispetto di tali requisiti annulla l'iniziativa formativa nella sua valenza per l'ECM e non permette l'assegnazione dei crediti.

Esponde inoltre l'organizzatore alle sanzioni riportate nel documento "Requisiti minimi per l'Accreditamento di Provider ECM" approvata dalla Commissione Regionale ECM in data 13 gennaio 2010 e. s.m.i.

Criteria per l'assegnazione dei crediti ECM

Nelle Tabelle contenute nell'allegato n.2 sono indicati i criteri per l'attribuzione dei crediti al programma ECM e quindi al professionista della Sanità che avrà seguito un evento o un programma formativo accreditato ed avrà soddisfatto tutti e tre i momenti di valutazione sopra indicati.

Al fine di garantire un quadro completo ed armonico che permetta di comprendere le diverse possibili modalità di formazione/apprendimento utilizzabili sono state identificate le seguenti 10 tipologie:

- 1. FORMAZIONE RESIDENZIALE (RES)
- 2. CONVEGNI e CONGRESSI
- 3. FORMAZIONE RESIDENZIALE INTERATTIVA (RES)
- 4. TRAINING INDIVIDUALIZZATO (FSC)
- 5. GRUPPI DI MIGLIORAMENTO O DI STUDIO, COMMISSIONI, COMITATI (FSC)
- 6. ATTIVITA' DI RICERCA (FSC)
- 7. AUDIT CLINICO E/O ASSISTENZIALE (FSC)
- 8. AUTOAPPRENDIMENTO SENZA TUTORAGGIO (FAD)
- 9. AUTOAPPRENDIMENTO CON TUTORAGGIO (FAD)
- 10. DOCENZA E TUTORING + ALTRO

Ad ognuna delle tipologie identificate corrispondono specifiche indicazioni per il calcolo dei crediti. Va sottolineato, tuttavia, che in alcune circostanze, e soprattutto nei progetti formativi più impegnativi, le diverse tipologie di formazione possono essere integrate tra loro, con alternanza, ad esempio, di momenti di formazione residenziale, fasi di autoapprendimento, di ricerca, etc. Alcuni progetti, di fatto, non sono più classificabili come esclusivamente residenziali o di FSC o di FAD e, per questo, si usa il termine *blended* (sistema "misto"). In questi casi occorre scomporre il progetto nelle varie componenti e sommare i crediti attribuibili a ciascuna.

Per le tipologie di cui ai punti 2 (convegni, congressi, simposi ,conferenze); 5 (gruppi di miglioramento, ecc.); 6 (attività di ricerca); 10 (docenza e tutoring), il numero massimo di crediti acquisibili non può eccedere, complessivamente, il 60% del monte crediti triennale ottenibile da un singolo operatore sanitario (n. 90 crediti formativi su 150).

ALLEGATO 2

Criteria per l'attribuzione di crediti formativi

| TIPOLOGIE FORMATIVE | VERIFICHE | CREDITI |
|---|---|--|
| I. FORMAZIONE RESIDENZIALE (RES) | | |
| Attività in cui uno o pochi docenti si rivolgono a molti discenti (comunque inferiore 200 partecipanti) e il livello di interattività è limitato alla possibilità di fare domande e partecipare alla discussione. | <ul style="list-style-type: none"> • Presenza • Qualità percepita • Valutazione di apprendimento documentata con una prova specifica ed attestata dal Provider | <p>1.0 credito per ogni ora di partecipazione effettiva.</p> <p>Da 1 a 20 partecipanti attribuire il premio del 25% del crediti formativi previsti,</p> <p>da 21 a 50 partecipanti attribuire il premio del 25% decrescente;</p> <p>da 51 a 100 partecipanti nessun premio;</p> <p>da 101 a 150 partecipanti attribuire la riduzione del 25% ora/credito (1 ora, 0.75c.f.);</p> <p>da 151 a 200 partecipanti attribuire la riduzione dal 50% ora/credito (1 ora, 0.5cf.)</p> |

| TIPOLOGIE FORMATIVE | VERIFICHE | CREDITI |
|---|--|--|
| 2. CONVEGNI CONGRESSI SIMPOSI E CONFERENZE (oltre 200 partecipanti) | | |
| <i>Per le tipologie di cui ai punti 2 (convegni congressi simposi conferenze, senza valutazione di apprendimento ma con dichiarazione scritta del professionista di aver seguito le attività della manifestazione); 5 (gruppi di miglioramento, ecc.); 6 (attività di ricerca); 10 (docenza e tutoring), il numero massimo di crediti acquisibili non può eccedere, complessivamente, il 60% del monte crediti triennale ottenibile da un singolo operatore sanitario (n. 90 crediti formativi su 150).</i> | | |
| <p>Da queste attività, con limitato valore formativo, potrà essere acquisito un limitato numero di crediti in base alla documentazione di registrazione ed alla dichiarazione di partecipazione sottoscritta dall'utente.</p> <p>Per queste attività possono essere utilizzate anche forme di trasmissione a distanza usufruite in simultanea. Queste attività se registrate su materiale durevole e quindi ripetibili nel tempo, costituiscono non più attività residenziale ma FAD. In tal caso occorre la valutazione di apprendimento documentata</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Presenza documentata ad almeno 80% della durata della manifestazione • Qualità percepita • Dichiarazione scritta del professionista di aver seguito le attività del congresso o convegno | <p>La partecipazione consente l'acquisizione dei crediti formativi relativi alle singole giornate: 0,20 crediti per ora per un massimo di 5 crediti (anche se la durata del convegno/congresso è superiore a 3 giorni, 1 settimana).</p> |
| <p>Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Presenza • Qualità percepita • Valutazione dell'apprendimento documentata con una prova specifica ed attestata dal Provider | <p>1.0 credito per ogni ora di partecipazione effettiva entro e non oltre i 100 partecipanti. I crediti formativi acquisiti per la partecipazione ai workshop, seminari, corsi teorici, ecc., escludono la possibilità di sommare i crediti formativi previsti con quelli del convegno, congresso, simposio, conferenza di riferimento in base alla semplice registrazione e dichiarazione di partecipazione (c.f. 0,20-5)</p> |

| TIPOLOGIE FORMATIVE | VERIFICHE | CREDITI |
|--|--|---|
| 3. FORMAZIONE RESIDENZIALE INTERATTIVA (RES) | | |
| <p>Attività in cui i partecipanti svolgono un ruolo attivo e il livello di interazione tra loro e con i docenti è ampio.</p> <p>Si realizzano in genere attraverso lavori di gruppo, esercitazioni, <i>roleplaying</i>, simulazioni, etc.</p> <p>Si svolgono in sedi appropriate per la didattica, eventualmente attrezzate <i>ad hoc</i>. Possono essere utilizzate anche forme di trasmissione a distanza purché sia garantita un'adeguata interazione col docente/tutor.</p> <p>Per garantire un'adeguata partecipazione è necessario che il numero dei discenti sia limitato (massimo 25 partecipanti per tutor/docente)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Presenza • Qualità percepita • Valutazione dello apprendimento documentata con una prova specifica ed attestata dal Provider | 1,5 crediti ogni ora di partecipazione effettiva. |

| TIPOLOGIE FORMATIVE | VERIFICHE | CREDITI |
|---|--|--|
| 4. TRAINING INDIVIDUALIZZATO (FSC) | | |
| <p>Attività in cui il partecipante in modo attivo acquisisce nuove conoscenze, abilità e comportamenti utili all'esecuzione di attività specifiche, all'utilizzo di tecnologie e strumenti o al miglioramento di aspetti relazionali.</p> <p>Si verificano in genere durante tirocini, training, periodi di affiancamento, supervisione in psicoterapia, etc.</p> <p>Si svolgono in contesti lavorativi qualificati e sulla base di obiettivi ben identificati e di una programmazione specifica.</p> <p>E' necessaria la presenza di un formatore tutor preferenzialmente nel rapporto 1:1 o 1:2 e comunque non oltre 1:3.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Presenza • Qualità percepita • Valutazione di apprendimento valutata dal Tutor(indicato dal Provider e creditato che attestai crediti) • Rapporto conclusivo a cura del tutor | I crediti sono assegnati al progetto/obiettivo sulla base dell'impegno: 1 credito ogni ora (massimo 6 crediti per giorno a tempo pieno) fino a un massimo di 30 crediti per ogni singola iniziativa. |

| TIPOLOGIE FORMATIVE | VERIFICHE | CREDITI |
|--|---|--|
| 5. GRUPPI DI MIGLIORAMENTO (FSC) <i>Per le tipologie di cui ai punti 2 (convegni e congressi); 5 (gruppi di miglioramento, ecc.); 6 (attività di ricerca); 10 (docenza e tutoring), il numero massimo di crediti acquisibili non può eccedere, complessivamente, il 60% del monte crediti triennale ottenibile da un singolo operatore sanitario (n. 90 crediti formativi su 150).</i> | | |
| <p>Attività in cui l'apprendimento avviene attraverso la interazione con un gruppo di pari e la partecipazione a iniziative mirate prevalentemente al miglioramento di un processo, di una situazione, di una procedura, etc. Prevedono, di solito, la ricerca e l'organizzazione di documentazione, la lettura di testi scientifici e la discussione in gruppo, l'analisi di casi, la redazione, la presentazione e la discussione di elaborati, etc. Includono l'Audit clinico-assistenziale con revisione sistematica e strutturata di argomenti e contesti clinici.</p> <p>Queste attività si svolgono di solito in ambienti lavorativi clinici ma si possono svolgere anche in sedi diverse. E' possibile, e in alcuni casi necessario, l'uso di tecnologie informatiche per la comunicazione a distanza e per l'accesso alla documentazione.</p> <p>Affinché sia possibile riconoscerne la valenza formativa ai fini del rilascio dei crediti è necessario che le attività di miglioramento/studio siano identificate dal Provider con un atto formale (atto aziendale per il SSN), in cui sia specificato l'obiettivo del progetto, il responsabile del progetto, il numero di partecipanti, la durata e il numero degli incontri previsto</p> <p>Tra i gruppi di miglioramento possono essere identificate, a titolo esemplificativo, le seguenti tipologie (tutte attestate da Provider accreditato e validate dalla documentazione prodotta) che si realizzano con la <u>partecipazione a gruppi di lavoro</u>:</p> <p><u>gruppi di lavoro/studio /miglioramento</u> finalizzati al miglioramento della qualità, alla promozione della salute, all'accreditamento e alla certificazione di sistemi, dell'organizzazione di servizi, di prestazioni, della comunicazione con i cittadini, etc.; circoli di lettura di articoli scientifici, discussioni su casi clinici, su problemi assistenziali e cure primarie, circoli di gestione delle criticità di programmi di prevenzione e di emergenze.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Presenza ad almeno l'80% delle riunioni. • Qualità percepita • Valutazione di partecipazione attiva/apprendimento attestata dal Responsabile del progetto e documentata da un documento o report. <p>Per tutte queste attività è necessaria la designazione formale (con atti aziendali per il SSN) e la presenza documentata alle riunioni/attività sotto la responsabilità del Provider.</p> <p>Il Responsabile del gruppo è indicato dal Provider che attesta i crediti, è identificato nella delibera ed ha diritto ad un aumento del 50% dei crediti</p> | <p>1 credito per due ore non frazionabili</p> <p>Si rammenta che ogni progetto è accreditabile per un minimo di 4 incontri equivalente ad un totale di 4 crediti</p> <p>Il numero massimo di partecipanti per questo tipo di FSC è individuato in un massimo di 20</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>comitati aziendali permanenti(ad esempio comitato etico, per il controllo delle infezioni, il buon uso degli antibiotici o del sangue, il prontuario terapeutico, la sicurezza ed emergenze sul lavoro, HACCP, ospedale senza dolore, etc.);</p> <p>commissioni di studio(interaziendali, dipartimentali, aziendali)</p> <p>comunità di apprendimento o di pratica: gruppo o network professionale con obiettivo di generare conoscenza organizzata e di qualità. Non esistono differenze gerarchiche perché il lavoro di ciascun componente è di beneficio all'intera comunità. Possono avvalersi anche di tecniche web.</p> | | |
|---|--|--|

| TIPOLOGIE FORMATIVE | VERIFICHE | CREDITI |
|---|---|---|
| <p>6. ATTIVITA' DI RICERCA (FSC) <i>Per le tipologie di cui ai punti 2 (convegni e congressi); 5 (gruppi di miglioramento, ecc.); 6 (attività di ricerca); 10 (docenza e tutoring), il numero massimo di crediti acquisibili non può eccedere, complessivamente, il 60% del monte crediti triennale ottenibile da un singolo operatore sanitario (n. 90 crediti formativi su 150).</i></p> | | |
| <p>a) Attività di ricerca programmate da Provider accreditato. Partecipazione a studi finalizzati a ricercare nuove conoscenze rispetto a determinanti della salute e delle malattie e alle modalità assistenziali.</p> <p>La partecipazione si realizza nell'ambito dello svolgimento della ricerca e prevede attività di studio e organizzazione di documentazione bibliografica, di collaborazione al disegno dello studio, di raccolta ed elaborazione di dati, di discussione in gruppo sui risultati, di redazione, presentazione e discussione di elaborati, etc.</p> <p>Queste attività si riferiscono a contesti lavorativi specifici ma si svolgono anche in sedi diverse anche con tecnologie informatiche per la comunicazione a distanza e per l'accesso alla documentazione.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Presenza/partecipazione • Valutazione di partecipazione/apprendimento attestata dal Responsabile del progetto e documentata da una relazione-report <p>Attestata da Provider accreditato che ha organizzato l'attività di ricerca.</p> <p>Disponibilità di una relazione scritta sugli esiti della ricerca</p> | <p>Da 1 a 3 crediti per ogni iniziativa, in funzione dell'impegno previsto e della rilevanza dell'esito</p> |
| <p>b) Attività di ricerca non pianificate da un Provider ma che danno esito a</p> | <p>Per le pubblicazioni Scientifiche l'attribuzione dei crediti avverrà da parte dell'Ordine o</p> | <p>Tabella:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Citazioni su riviste citate |

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| pubblicazione scientifiche. | Associazione professionale secondo la tabella indicata a lato | <p>nel Citation Index</p> <ul style="list-style-type: none"> - primo nome 3 crediti - altro nome 1.0 credito <ul style="list-style-type: none"> • Pubblicazioni su riviste non citate su C.I. ed atti di congressi nazionali o internazionali <ul style="list-style-type: none"> - primo nome 1.0 credito - altro nome 0.5 credito <ul style="list-style-type: none"> • capitoli di libri e monografie <ul style="list-style-type: none"> - primo nome 2 crediti - altro nome 1 credito |
|-----------------------------|---|---|

| TIPOLOGIE FORMATIVE | VERIFICHE | CREDITI |
|---|--|---|
| 7. AUDIT CLINICO E/O ASSISTENZIALE | | |
| <p>Partecipazione ad audit</p> <p>Affinché sia possibile riconoscerne la valenza formativa ai fini del rilascio dei crediti è necessario che tale attività sia identificata con atto formale del Provider in cui sia specificato l'obiettivo del progetto, il responsabile, il numero di partecipanti, la durata e il numero degli incontri previsti</p> <p>I professionisti esaminano la propria attività e i propri risultati, in particolare attraverso la revisione della documentazione sanitaria e la modificano se necessario.</p> <p>L'attività di Audit si articola nelle seguenti fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificazione delle aree cliniche e dei problemi assistenziali oggetto della valutazione, con conseguente identificazione del campione di pazienti; • identificazione del set di informazioni da raccogliere per ciascun caso secondo modalità standardizzate, rilevanti ai fini della valutazione; • identificazione dei parametri di riferimento (criteri, indicatori e relativi | <p>Verbale di ogni riunione</p> <p>Presenza ad almeno il 90% delle riunioni con attività equamente distribuita tra i partecipanti</p> <p>Partecipazione attestata dal Responsabile dell'AUDIT</p> <p>Qualità percepita da parte dei partecipanti</p> <p>Relazione conclusiva del Responsabile di progetto.</p> | <p>2 crediti per 2 ore non frazionabili</p> <p>Ogni progetto è accreditabile per un minimo di 3incontri/progetto</p> <p>L'assegnazione dei crediti è uguale per tutti i partecipanti perché le attività previste dal processo di audit devono essere equamente distribuite tra tutti</p> <p>In ogni progetto possono essere coinvolti fino ad un massimo di 20 partecipanti</p> |

| | | |
|---|--|--|
| standard); <ul style="list-style-type: none"> • analisi dei dati raccolti ai fini di un confronto tra i profili assistenziali e i loro esiti clinici documentati e gli standard di riferimento; • definizione delle opportune strategie di miglioramento laddove sia stata riscontrata una significativa differenza tra i profili assistenziali documentati e gli standard professionali di riferimento; • ripetizione del processo di valutazione e gli interventi attuati per ottenere e/o sostenere il miglioramento. | | |
|---|--|--|

| TIPOLOGIE FORMATIVE | VERIFICHE | CREDITI |
|---|--|---|
| 8. AUTOAPPRENDIMENTO SENZA TUTORAGGIO (FAD) | | |
| Utilizzazione individuale di materiali durevoli e sistemi di supporto per l'autoapprendimento. La preparazione e distribuzione dei materiali è effettuata dal Provider accreditato. Non è prevista l'azione di guida o il supporto di un tutor, ma solo i processi di valutazione. La valutazione dell'apprendimento costituisce anche verifica di partecipazione | <ul style="list-style-type: none"> • Presenza documentata dal test di valutazione • Qualità percepita • Verifica dell'apprendimento con strumenti autocompilati e appropriati predisposti dal Provider * (Nota 2) che provvede all'attestazione | 1 credito per ogni ora di impegno previsto. (*) (Nota 3) (*) (Nota 4) |

(*) Nota 2 Per la FAD che utilizza strumenti informatici nei test a scelta multipla deve essere prevista la variazione casuale ma sistematica dell'ordine dei quesiti e dell'ordine delle risposte esatte

(*) Nota 3 Per i crediti da attività FAD di Provider non italiani (EU, USA, Canada. Ad es: Medscape, Giornali Scientifici, etc) il certificato ottenuto dal provider FAD straniero deve essere trasmesso a cura del professionista della Sanità all'Ordine o Associazione professionale e registrato con il 50% dei crediti attestati

(*) Nota 4 Per la tipologia formazione a distanza con o senza tutoraggio, il numero massimo dei crediti acquisibili dagli infermieri professionali non può eccedere complessivamente il 60% del monte dei crediti triennali ottenibili da ogni singolo infermiere professionale (n. 90 crediti formativi su n. 150 crediti formativi) in attesa della definizione del dossier formativo.

| TIPOLOGIE FORMATIVE | VERIFICHE | CREDITI |
|--|--|---|
| 9. AUTOAPPRENDIMENTO CON TUTORAGGIO (FAD) | | |
| Utilizzazione individuale di materiali durevoli e sistemi di supporto per l'autoapprendimento, con l'azione di guida e di supporto di un tutor in tempo reale o anche in differita breve (48 ore). | <ul style="list-style-type: none"> • Presenza/partecipazione documentata dal test di valutazione • Qualità percepita • Valutazione dell'apprendimento documentata da prova specifica e attestata dal Provider | 1,5 crediti per ogni ora di impegno previsto. |

| TIPOLOGIE FORMATIVE | VERIFICHE | CREDITI |
|---|---|--|
| 10. DOCENZA E TUTORING + ALTRO | | |
| <i>Per le tipologie di cui ai punti 2 (convegni e congressi); 5 (gruppi di miglioramento, ecc.); 6 (attività di ricerca); 10 (docenza e tutoring), il numero massimo di crediti acquisibili non può eccedere, complessivamente, il 60% del monte crediti triennale ottenibile da un singolo operatore sanitario (n. 90 crediti formativi su 150).</i> | | |
| Docenza o Relazioni a eventi residenziali accreditati. | Documentazione attestata dal Provider | 1 credito per ½ ora di docenza o relazione - 2 crediti ogni ora effettiva di docenza o relazione |
| Tutoring per training individualizzato oppure di aula in eventi accreditati. | Documentazione attestata dal Provider | 5 crediti per settimana lavorativa (o 1 Credito al giorno) |
| Coordinamento di attività di FSC Responsabile /Coordinatore di Gruppi di lavoro, di studio o Miglioramento in qualità | Documentazione attestata dal Provider | 50% in più dei crediti formativi attribuiti al progetto di riferimento |
| Tutoring per Tirocini di valutazione e/o obbligatori(esame di abilitazione-internato studenti in Medicina-formazione MMG professioni sanitarie). | Documentazione attestata dall'Ente Erogatore dell'attività ed indirizzata all'Ordine Professionale o al Collegio per l'emissione dell'attestazione e l'erogazione dei crediti | 4 crediti/per mese di tutorato * limite di utilizzo per ciascun professionista : 50% dei crediti di ogni anno |

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 07.10.2013, n. 74

**Accreditamento Istituzionale Ambulatorio di
Diagnostica per immagini Radiosanit s.r.l.**

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009, così come integrata con deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 e del 3 agosto 2012, con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad Acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

ATTESO che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad Acta *"all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale"*;

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012 di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

VISTA la L.R. 31.07.2007 n. 32 recante *"Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private"*;

VISTO, in particolare, l'art. 6 della L.R. 31.07.2008 il quale disciplina l'accreditamento Istituzionale, subordinandolo al rispetto di *"ulteriori requisiti orientati al miglioramento continuo della qualità di assistenza definiti dal Manuale di Accreditamento"*;

VISTA la L.R. n. 5/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ed in particolare gli allegati 2.2 *"Linee guide per la stesura del manuale di accreditamento"* e 2.3 *"Linee guida per la costituzione dell'organismo regionale per l'accreditamento (O.R.A.)"* le quali definiscono le funzioni dell' O.R.A. prevedendo che esso si componga del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.) e del Comitato di Coordinamento Regionale per l'accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008, pubblicata sul BURA n. 75 del 22.10.2008, di approvazione dei Manuali regionali di Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie e ss.mm.ii.;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 53/09 del 21 luglio 2009 di istituzione del Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/09 del 22 ottobre 2009 di approvazione del Regolamento dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento";

VISTI la deliberazione del Commissario ad Acta n. 39/2010 del 7 luglio 2010 ed il Decreto del Commissario ad Acta n. 1/2011 del 31 gennaio 2011 di modifica della composizione del Comitato di Coordinamento Regionale;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 79/2010 del 22 dicembre 2010 di nomina del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.);

VISTA la domanda di accreditamento ex art. 12 L.R. 32/2007 presentata dall'ambulatorio di Diagnostica per immagini Radiosanit s.r.l. in data 14 settembre 2009, prot. 20179/4, trasmessa al C.C.R.A in data 09.04.2010;

VISTA l'autorizzazione definitiva n. 9 del 02.11.2012 rilasciata dal Comune di Roseto Degli Abruzzi;

VISTA la nota del 25 settembre 2013 (All. 1), acquista al protocollo regionale RA/236300 in pari data, con la quale l'ASR Abruzzo, in esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 19 settembre 2013 ha trasmesso, all'Ufficio Autorizzazione e

Accreditamento Istituzionale della Direzione Politiche della Salute, la scheda di Valutazione Finale e la proposta motivata integrata in copia conforme, relativa all'accreditamento Istituzionale dell'Ambulatorio di Diagnostica per Immagini Radiosanit s.r.l.;

PRESO ATTO della richiamata Scheda di Valutazione Finale con la quale il C.C.R.A ha valutato positivamente la tipologia di accreditamento dell'Ambulatorio di Diagnostica per Immagini Radiosanit s.r.l. conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale:

Tipologia di accreditamento - classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

PRECISATO che ai sensi dell'art. 6, comma 4, della citata L.R. 32/2007 l'accreditamento istituzionale ha durata quinquennale ed è rinnovabile su richiesta del rappresentante legale, mediante domanda corredata di autocertificazione attestante il mantenimento del possesso dei requisiti di accreditamento, da presentare almeno sei mesi prima del quinquennio;

RILEVATO che il presente atto ha carattere di urgenza e, per tale ragione, sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di riconoscere** all'Ambulatorio di Diagnostica per Immagini Radiosanit s.r.l., con sede in Roseto Degli Abruzzi alla Via Scozia, 13 - Loc. Voltarrostro, in attuazione dell'art. 6 L.R. 32/2007, l'accreditamento istituzionale di classe 1- accreditamento di base per le seguenti discipline

ASSISTENZA AMBULATORIALE E SPECIALISTICA STABILIMENTI TERMALI

- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- **di stabilire** che l'accreditamento istituzionale avrà durata quinquennale;
- **di notificare** il presente decreto all'Ambulatorio di Diagnostica per Immagini Radiosanit s.r.l. mediante raccomandata A/R;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, all'Agenzia Sanitaria Regionale, nonché ai competenti Servizi della Direzione Politiche della Salute disponendone la pubblicazione sul BURA per finalità notiziali;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, per la relativa validazione, secondo quanto previsto dall'Accordo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico.

IL COMMISSARIO AD ACTA
F.to Dott. Giovanni Chiodi

Segue allegato



AGENZIA SANITARIA REGIONALE
Prof. n° 2127 Partenza
25/09/2013

Allegato a: **Decreto** del Commissario
ad ACTA

n. 74 del 07 OTT. 2013

Commissario
VFF
25/9/13

REGIONE ABRUZZO
DIREZIONE Politiche della Salute
Prot. n. R.A. 236300
25 SET. 2013

Pescara, 25 Settembre 2013

Commissario Ad Acta
Dott. Giovanni CHIODI

Sub-commissario
Dott. Giuseppe ZUCCATELLI



Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria
Ufficio Autorizzazione ed accreditamento Istituzionale
Direzione Politiche della Salute
Dott. Tobia MONACO

Oggetto: Procedimento di accreditamento istituzionale dell'Ambulatorio Diagnostica per Immagini Radiosanit S.r.l. " (art.12, L.R. 32/2007). Trasmissione Valutazione Finale del CCRA (Nota n. 7 delle Procedure di Accreditamento Istituzionale dell'Allegato 6 " Procedure" della DGR 591/P del 1 Luglio 2008 e successive modifiche)

In esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 19 Settembre 2013 con verbale n.9/2013, si trasmette in allegato, la scheda di Valutazione Finale e la relativa proposta motivata in copia conforme, riguardante l'accREDITAMENTO istituzionale dell'Ambulatorio Diagnostica per Immagini " Radiosanit S.r.l. " per il seguito di competenza.



IL DIRETTORE
Dott. Amedeo Budassi



ACCREDITAMENTO AMBULATORIO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI RADIOSANIT

PROPOSTA MOTIVATA

Struttura Verificata: Ambulatorio diagnostica per immagini RADIOSANIT srl sita nel Comune di Roseto degli Abruzzi (TE)

Richiesta: Prot. n. 20179/4 del 14/09/2009

Accreditamento predefinitivo (art. 6 LR 32/07): Regime ambulatoriale

Autorizzazione Definitiva: Comunicata dal Servizio Programmazione Sanitaria – Ufficio Autorizzazione ed Accreditamento Istituzionale con nota prot. RA/26162/DG19 del 30 Gennaio 2013 – Direzione Politiche della Salute: Numero Autorizzazione Definitiva 9 del 2/11/2012 Comune di Roseto degli Abruzzi.

Gruppo G.E.R.A. formalizzato con verbale del CCRA n. 6 del 14 settembre 2012

- Maria Di Felice, Responsabile del gruppo visita
- Giuseppe Filareto
- Enzo Di Claudio
- Roberto Liberatoscioli
- Ernesto Zona

Referenti della Struttura

Rappresentante Legale: Verdecchia Mario

COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE

**Premessa:**

Con il Prot. 6483/4 del 9 Aprile 2010 è stata trasmessa dal Servizio Assistenza Distrettuale, Riabilitazione, Medicina Sociale e Attività Sanitaria Territoriale – Ufficio Attività Sanitaria Territoriale, la risultanza istruttoria dell' Ambulatorio di Diagnostica per Immagini RADIOSANIT finalizzata all'accREDITAMENTO istituzionale.

La domanda pervenuta presenta la seguente richiesta:

Allegato A alla Domanda di Rilascio di AccredITAMENTO

per i Servizi:

- Radiologia

Parti del Manuale di AccredITAMENTO allegati alla domanda della Struttura

- 1. DIRITTI DEI PAZIENTI**
 - 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE
- 2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO**
 - 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)
- 5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI**
 - 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

In data 25 Giugno 2013 l'ASR Abruzzo, secondo quanto stabilito nel verbale del CCRA n. 8 del 22 Novembre 2012, dava mandato al gruppo GERA già formalizzato con il verbale del CCRA N. 6 del 14 settembre 2012 per la verifica della suddetta struttura.

In data 5 Settembre 2013 il gruppo GERA faceva pervenire a questa Agenzia la relativa documentazione comprensiva della relazione finale.

Dalla relazione finale del gruppo GERA risulta che sussistono i requisiti previsti dalla normativa vigente per l'accREDITAMENTO di base di classe 1.

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



L'ASR, sulla base della documentazione in possesso, procedeva alla valutazione di quanto pervenuto a norma delle procedure sull'accreditamento (Allegato n. 6 della deliberazione n. 591/P del 1 Luglio 2008 " Procedure" modificato con Delibera del Commissario ad Acta n.36/2009 del 1 Giugno 2009).

Conclusioni

La relazione presentata dal gruppo GERA, risulta essere congruente al 100% dei requisiti di classe A nella parte riferita

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Per quanto sopra rappresentato e vista la relazione del gruppo GERA

SI PROPONE

- l'accreditamento istituzionale per l'ambulatorio di Diagnostica per Immagini RADIOSANIT relativa a :

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name.

Il Comitato di Coordinamento Regionale per L'Accreditamento

Nella riunione del 19 Settembre 2013, vista la tipologia di accreditamento proposta motivatamente dall'Agenzia Sanitaria Regionale con nota prot. N. 1979 del 11/09/2013 in ordine all'Ambulatorio Diagnostica per Immagini "Radiosanit S.r.l." di Roseto; ritenuto che la stessa è conforme a quanto previsto dalle disposizioni vigenti

Valuta

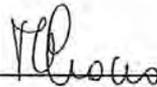
positivamente la tipologia di accreditamento dell'Ambulatorio Diagnostica per Immagini "Radiosanit S.r.l." conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale con la allegata proposta:

- Tipologia accreditamento – classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline

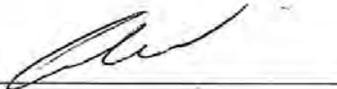
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

▪ 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

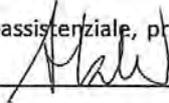
Il Direttore della Direzione Politiche della salute



Il Direttore dell'ASR Abruzzo



Dirigente del Servizio Programmazione socio-assistenziale, progettualità del territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze



Dirigente del Servizio assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa, protesica e termale



IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 07.10.2013, n. 75

**Accreditamento Istituzionale Laboratorio
Analisi IULIUS s.n.c.**

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009, così come integrata con deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 e del 3 agosto 2012, con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad Acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

ATTESO che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad Acta *"all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale"*;

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012 di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

VISTA la L.R. 31.07.2007 n. 32 recante *"Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private"*;

VISTO, in particolare, l'art. 6 della L.R. 31.07.2008 il quale disciplina l'accreditamento Istituzionale, subordinandolo al rispetto di *"ulteriori requisiti orientati al miglioramento continuo della qualità di assistenza definiti dal Manuale di Accreditamento"*;

VISTA la L.R. n. 5/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ed in particolare gli allegati 2.2 *"Linee guide per la stesura del manuale di accreditamento"* e 2.3 *"Linee guida per la costituzione dell'organismo regionale per l'accreditamento (O.R.A.)"* le quali definiscono le funzioni dell' O.R.A. prevedendo che esso si componga del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.) e del Comitato di Coordinamento Regionale per l'accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008, pubblicata sul BURA n. 75 del 22.10.2008, di approvazione dei Manuali regionali di Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie e ss.mm.ii.;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 53/09 del 21 luglio 2009 di istituzione del Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/09 del 22 ottobre 2009 di approvazione del Regolamento dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento";

VISTI la deliberazione del Commissario ad Acta n. 39/2010 del 7 luglio 2010 ed il Decreto del Commissario ad Acta n. 1/2011 del 31 gennaio 2011 di modifica della composizione del Comitato di Coordinamento Regionale;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 79/2010 del 22 dicembre 2010 di nomina del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.);

VISTA la domanda di accreditamento ex art. 12 L.R. 32/2007 presentata dal Laboratorio Analisi IULIUS s.n.c. in data 9 ottobre 2009, prot. 22459/4/3490, trasmessa al C.C.R.A in data 14.04.2010;

VISTA l'autorizzazione definitiva 167/2012 del 31.10.2012 rilasciata dal Comune di Tortoreto;

VISTA la nota del 25 settembre 2013 (All. 1), acquista al protocollo regionale RA/236292 in pari data, con la quale l'ASR Abruzzo, in esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 20 settembre 2013 ha trasmesso, all'Ufficio Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale della Direzione

Politiche della Salute, la scheda di Valutazione Finale e la proposta motivata integrata in copia conforme, relativa all'accREDITAMENTO Istituzionale del Laboratorio Analisi IULIUS s.n.c.;

PRESO ATTO della richiamata Scheda di Valutazione Finale con la quale il C.C.R.A ha valutato positivamente la tipologia di accREDITAMENTO del Laboratorio Analisi IULIUS s.n.c. conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale :

Tipologia di accREDITAMENTO - classe 1 accREDITAMENTO di base per le seguenti discipline

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

PRECISATO che ai sensi dell'art. 6, comma 4, della citata L.R. 32/2007 l'accREDITAMENTO istituzionale ha durata quinquennale ed è rinnovabile su richiesta del rappresentante legale, mediante domanda corredata di autocertificazione attestante il mantenimento del possesso dei requisiti di accREDITAMENTO, da presentare almeno sei mesi prima del quinquennio;

RILEVATO che il presente atto ha carattere di urgenza e, per tale ragione, sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di riconoscere** al Laboratorio Analisi IULIUS s.n.c. con sede in Tortoreto alla Via Giovanni XXIII, in attuazione dell'art. 6 L.R. 32/2007, l'accREDITAMENTO istituzionale di classe 1- accREDITAMENTO di **ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI**

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

- **di stabilire** che l'accREDITAMENTO istituzionale avrà durata quinquennale;

- **di notificare** il presente decreto al Laboratorio Analisi IULIUS s.n.c. mediante raccomandata A/R;

- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, all'Agenzia Sanitaria Regionale, nonché ai competenti Servizi della Direzione Politiche della Salute disponendone la pubblicazione sul BURA per finalità notiziali;

- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, per la relativa validazione, secondo quanto previsto dall'Accordo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico.

IL COMMISSARIO AD ACTA
F.to Dott. Giovanni Chiodi

Segue allegato

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE
Prot. n° 2125 Partenza
25/09/2013



Allegato a Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 75 del 07 OTT, 2013

Pescara, 25 Settembre 2013

Att. 1
Com/Budassi/DE 18

REGIONE ABRUZZO
Direz. Politiche della Salute
Prot. n. R.A. 236292

OTT. A. T. e Acc. 2519 QM
25 SET. 2013
Commissario Ad Acta
Dott. Giovanni CHIODI

Sub-commissario
Dott. Giuseppe ZUCCATELLI



Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria
Ufficio Autorizzazione ed accreditamento Istituzionale
Direz. Politiche della Salute
Dott. Tobia MONACO

Oggetto: Procedimento di accreditamento istituzionale del Laboratorio Analisi "Iulius S.n.c." (art.12, L.R. 32/2007). Trasmissione Valutazione Finale del CCRA (Nota n. 7 delle Procedure di Accreditamento Istituzionale dell'Allegato 6 "Procedure" della DGR 591/P del 1 Luglio 2008 e successive modifiche)

In esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 20 Settembre 2013 con verbale n.9/2013, si trasmette in allegato, la scheda di Valutazione Finale e la relativa proposta motivata in copia conforme, riguardante l'accreditamento istituzionale del Laboratorio Analisi "Iulius S.n.c." per il seguito di competenza.



IL DIRETTORE
Dott. *Amedeo Budassi*



ACCREDITAMENTO LABORATORIO ANALISI IULIUS

PROPOSTA MOTIVATA

Struttura Verificata: Laboratorio Analisi IULIUS snc sita nel Comune di Tortoreto (TE)

Richiesta: Prot. n. 22459/4/3490 del 09/10/2009

Accreditamento predefinitivo (art. 6 LR 32/07): Regime ambulatoriale

Autorizzazione Definitiva: Comunicata dal Servizio Programmazione Sanitaria – Ufficio Autorizzazione ed Accreditamento Istituzionale con nota prot. RA/26162/DG19 del 30 Gennaio 2013 – Direzione Politiche della Salute: Numero Autorizzazione Definitiva 167/2012 del 31/10/2012 Comune di Tortoreto.

Gruppo G.E.R.A. formalizzato con verbale del CCRA n. 6 del 14 settembre 2012

- Maria Di Felice, Responsabile del gruppo visita
- Giuseppe Filareto
- Enzo Di Claudio
- Roberto Liberatoscioli
- Ernesto Zona

Referenti della Struttura

Rappresentante Legale Di Nicolantonio Enzo

COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE

**Premessa:**

Con il Prot. 6745/4 del 14 Aprile 2010 è stata trasmessa dal Servizio Assistenza Distrettuale, Riabilitazione, Medicina Sociale e Attività Sanitaria Territoriale – Ufficio Attività Sanitaria Territoriale, la risultanza istruttoria del Laboratorio Analisi IULIUS finalizzata all'accREDITAMENTO istituzionale.

La domanda pervenuta presenta la seguente richiesta:

Allegato A alla Domanda di Rilascio di AccredITamento

per i Servizi:

- Laboratorio Analisi

Parti del Manuale di AccredITamento allegati alla domanda della Struttura**1. DIRITTI DEI PAZIENTI**

➤ 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

➤ 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

➤ 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

In data 25 Giugno 2013 l'ASR Abruzzo, secondo quanto stabilito nel verbale del CCRA n. 8 del 22 Novembre 2012, dava mandato al gruppo GERA già formalizzato con il verbale del CCRA N. 6 del 14 settembre 2012 per la verifica della suddetta struttura.

In data 5 Settembre 2013 il gruppo GERA faceva pervenire a questa Agenzia la relativa documentazione comprensiva della relazione finale.

Dalla relazione finale del gruppo GERA risulta che sussistono i requisiti previsti dalla normativa vigente per l'accREDITamento di base di classe I.

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



L'ASR, sulla base della documentazione in possesso, procedeva alla valutazione di quanto pervenuto a norma delle procedure sull'accreditamento (Allegato n. 6 della deliberazione n. 591/P del 1 Luglio 2008 "Procedure" modificato con Delibera del Commissario ad Acta n.36/2009 del 1 Giugno 2009).

Conclusioni

La relazione presentata dal gruppo GERA, risulta essere congruente al 100% dei requisiti di classe A nella parte riferita

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

Per quanto sopra rappresentato e vista la relazione del gruppo GERA

SI PROPONE

- l'accreditamento istituzionale per il Laboratorio Analisi IULIUS relativa a :

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE

Il Comitato di Coordinamento Regionale per L'Accreditamento

Nella riunione del 19 Settembre 2013, vista la tipologia di accreditamento proposta motivatamente dall'Agenzia Sanitaria Regionale con nota prot. N. 1980 del 11/09/2013 in ordine al Laboratorio Analisi "Iulius S.n.c." di Tortoreto; ritenuto che la stessa è conforme a quanto previsto dalle disposizioni vigenti

Valuta

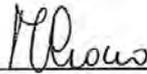
positivamente la tipologia di accreditamento del Laboratorio Analisi "Iulius S.n.c." conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale con la allegata proposta:

- Tipologia accreditamento – classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

Il Direttore della Direzione Politiche della salute



Il Direttore dell'ASR Abruzzo



Dirigente del Servizio assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa, protesica e termale



Dirigente del Servizio Programmazione socio-assistenziale, progettualità del territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze



IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 07.10.2013, n. 76

**Accreditamento Istituzionale Laboratorio
Analisi IGEA s.r.l.**

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009, così come integrata con deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 e del 3 agosto 2012, con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad Acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

ATTESO che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad Acta *"all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale"*;

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012 di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

VISTA la L.R. 31.07.2007 n. 32 recante *"Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private"*;

VISTO, in particolare, l'art. 6 della L.R. 31.07.2008 il quale disciplina l'accreditamento Istituzionale, subordinandolo al rispetto di *"ulteriori requisiti orientati al miglioramento continuo della qualità di assistenza definiti dal Manuale di Accreditamento"*;

VISTA la L.R. n. 5/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ed in particolare gli allegati 2.2 *"Linee guide per la stesura del manuale di accreditamento"* e 2.3 *"Linee guida per la costituzione dell'organismo regionale per l'accreditamento (O.R.A.)"* le quali definiscono le funzioni dell' O.R.A. prevedendo che esso si componga del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.) e del Comitato di Coordinamento Regionale per l'accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008, pubblicata sul BURA n. 75 del 22.10.2008, di approvazione dei Manuali regionali di Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie e ss.mm.ii.;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 53/09 del 21 luglio 2009 di istituzione del Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/09 del 22 ottobre 2009 di approvazione del Regolamento dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento";

VISTI la deliberazione del Commissario ad Acta n. 39/2010 del 7 luglio 2010 ed il Decreto del Commissario ad Acta n. 1/2011 del 31 gennaio 2011 di modifica della composizione del Comitato di Coordinamento Regionale;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 79/2010 del 22 dicembre 2010 di nomina del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.);

VISTA la domanda di accreditamento ex art. 12 L.R. 32/2007 presentata dal Laboratorio Analisi IGEA s.r.l. in data 27 gennaio 2009, prot. 2410/4/543, trasmessa al C.C.R.A. in data 09.04.2010;

VISTA l'autorizzazione definitiva 2108 del 29.02.2012 rilasciata dal Comune di Teramo;

VISTA la nota del 25 settembre 2013 (All. 1), acquista al protocollo regionale RA/236305 in pari data, con la quale l'ASR Abruzzo, in esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 19 settembre 2013 ha trasmesso, all'Ufficio Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale della Direzione

Politiche della Salute, la scheda di Valutazione Finale e la proposta motivata integrata in copia conforme, relativa all'accREDITAMENTO Istituzionale del Laboratorio Analisi IGEA s.r.l.;

PRESO ATTO della richiamata Scheda di Valutazione Finale con la quale il C.C.R.A ha valutato positivamente la tipologia di accREDITAMENTO del Laboratorio Analisi IGEA s.r.l. conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale :

Tipologia di accREDITAMENTO - classe 1 accREDITAMENTO di base per le seguenti discipline

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

PRECISATO che ai sensi dell'art. 6, comma 4, della citata L.R. 32/2007 l'accREDITAMENTO istituzionale ha durata quinquennale ed è rinnovabile su richiesta del rappresentante legale, mediante domanda corredata di autocertificazione attestante il mantenimento del possesso dei requisiti di accREDITAMENTO, da presentare almeno sei mesi prima del quinquennio;

RILEVATO che il presente atto ha carattere di urgenza e, per tale ragione, sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di riconoscere** al Laboratorio Analisi IGEA s.r.l. con sede in Teramo alla Via Tripoti, 31/C, in attuazione dell'art. 6 L.R. 32/2007, l'accREDITAMENTO istituzionale di classe 1- accREDITAMENTO di base per le seguenti discipline

ASSISTENZA AMBULATORIALE E SPECIALISTICA STABILIMENTI TERMALI

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

- **di stabilire** che l'accREDITAMENTO istituzionale avrà durata quinquennale;

- **di notificare** il presente decreto al Laboratorio Analisi IGEA s.r.l. mediante raccomandata A/R;

- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, all'Agenzia Sanitaria Regionale, nonché ai competenti Servizi della Direzione Politiche della Salute disponendone la pubblicazione sul BURA per finalità notiziali;

- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, per la relativa validazione, secondo quanto previsto dall'Accordo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico.

IL COMMISSARIO AD ACTA
F.to Dott. Giovanni Chiodi

Segue allegato

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE
Prot. n° 2126 Partenza
25/09/2013



Allegato a: *Decreto* del Commissario
ad ACTA
n. *76* del *07 OTT.* 2013

Con/Subcom/DGR

REGIONE ABRUZZO
DIREZIONE Politiche della Salute
Prot. n. R.A. *236305*

25 SET. 2013
UFF. A.T. - L. ACC.
2518 MM

Pescara, 25 settembre 2013

Commissario Ad Acta
Dott. Giovanni CHIODI

Sub-commissario
Dott. Giuseppe ZUCCATELLI

Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria
Ufficio Autorizzazione ed accreditamento Istituzionale
Direzione Politiche della Salute
Dott. Tobia MONACO



Oggetto: Procedimento di accreditamento istituzionale del Laboratorio Analisi "IGEA" (art.12, L.R. 32/2007). Trasmissione Valutazione Finale del CCRA (Nota n. 7 delle Procedure di Accreditamento Istituzionale dell'Allegato 6 "Procedure" della DGR 591/P del 1 Luglio 2008 e successive modifiche)

In esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 19 settembre 2013 con verbale n.9/2013, si trasmette in allegato, la scheda di Valutazione Finale e la relativa proposta integrata motivata in copia conforme, riguardante l'accreditamento istituzionale del Laboratorio Analisi "IGEA" per il seguito di competenza.



IL DIRETTORE
Dott. Amedeo Budassi



ACCREDITAMENTO LABORATORIO ANALISI IGEA

PROPOSTA MOTIVATA

Struttura Verificata: Laboratorio Analisi IGEA srl sita nel Comune di Teramo

Richiesta: Prot. n. 2410/4/543 del 27/01/2009

Accreditamento predefinitivo (art. 6 LR 32/07): Regime ambulatoriale

Autorizzazione Definitiva: Comunicata dal Servizio Programmazione Sanitaria – Ufficio Autorizzazione ed Accreditamento Istituzionale con nota prot. RA/204024/DG19 del 13 Settembre 2012 – Direzione Politiche della Salute: Numero Autorizzazione Definitiva 2108 del 29/02/2012 Comune di Teramo

Gruppo G.E.R.A. formalizzato con verbale del CCRA n. 6 del 14 settembre 2012

- Maria Di Felice, Responsabile del gruppo visita
- Giuseppe Filareto
- Enzo Di Claudio
- Roberto Liberatoscioli
- Ernesto Zona

Referenti della Struttura

- Massimo Zerbini

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**

**Premessa:**

Con il Prot. 6483/4 del 9 Aprile 2010 è stata trasmessa dal Servizio Assistenza Distrettuale, Riabilitazione, Medicina Sociale e Attività Sanitaria Territoriale – Ufficio Attività Sanitaria Territoriale la risultanza istruttoria del Laboratorio Analisi IGEA finalizzata all'accreditamento istituzionale.

La domanda pervenuta presenta la seguente richiesta:

Allegato A alla Domanda di Rilascio di Accredimento

per i Servizi:

- Laboratorio Analisi

Parti del Manuale di Accredimento allegati alla domanda della Struttura

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

➤ 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

➤ 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

➤ 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

In data 14 settembre 2012 il CCRA formalizzava il gruppo GERA per la verifica della suddetta struttura.

In data 13 Novembre 2012 il gruppo GERA faceva pervenire a questa Agenzia la relativa documentazione comprensiva della relazione finale.

Il gruppo GERA nella relazione finale afferma che sussistono i requisiti previsti dalla normativa vigente per l'accreditamento istituzionale.

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



L'ASR, sulla base della documentazione pervenuta, procedeva alla relativa valutazione a norma delle procedure sull'accreditamento (Allegato n. 6 della deliberazione n. 591/P del 1 Luglio 2008 "Procedure" modificato con Delibera del Commissario ad Acta n.36/2009 del 1 Giugno 2009) evidenziando le seguenti criticità:

- il gruppo GERA nella parte del Manuale di Accreditamento verificata, relativa al punto 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE) per i requisiti numero 18.1-18.2-19.1-19.2-20.1-20.2-21.1-21.2-22.1-22.2-23.1-23.2-24.1, non ha provveduto alla loro specifica compilazione.

In considerazione di quanto sopra esposto, l'ASR Abruzzo ha inviato al Rappresentante Legale della struttura, con nota Prot. 1123 del 28 maggio 2013, la richiesta chiarimenti relativamente alla sussistenza dei requisiti della parte del Manuale dell'Accreditamento "2.1 Direzione delle Strutture" che vanno dal 18 al 24.

In data 10 giugno 2013 il dott. Massimo Zerbini, in qualità di Legale Rappresentante della struttura in oggetto, ha fatto pervenire all'ASR Abruzzo la nota acquisita al prot. ASR n. 1256 del 10/06/2013 in cui veniva testualmente dichiarato quanto segue:

- *"...i requisiti del manuale di Accreditamento della scheda 2.1 – Direzione delle Strutture (Direzione Aziendale)-codice DS che vanno dal 18 al 24, vengono soddisfatti e sono in carico al Legale Rappresentante."*

In data 6 settembre 2013, l'ASR Abruzzo ha dato mandato alla dott.ssa Maria Di Felice, in qualità di responsabile del gruppo GERA, di verificare la sussistenza dei requisiti del Manuale di accreditamento della scheda 2.1 – Direzione delle Strutture (Direzione Aziendale)-codice DS che vanno dal 18 al 24 di cui alla precedente autocertificazione.

A seguito della verifica specifica dei requisiti sopra indicati, in data 10 settembre 2013, la dott.ssa Maria Di Felice ha fatto pervenire la relazione corredata ed integrata della documentazione attestante la sussistenza dei suddetti requisiti.

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**

Il Comitato di Coordinamento Regionale per L'Accreditamento

Nella riunione del 19 Settembre 2013, vista la tipologia di accreditamento proposta motivatamente dall'Agenzia Sanitaria Regionale con nota prot. N. 1982 dell' 11 Settembre 2013 in ordine al Laboratorio Analisi "IGEA" di Teramo; ritenuto che la stessa è conforme a quanto previsto dalle disposizioni vigenti

Valuta

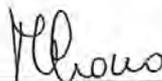
positivamente la tipologia di accreditamento del Laboratorio Analisi "IGEA" conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale con la allegata proposta:

- Tipologia accreditamento – classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

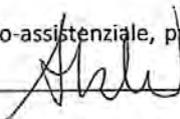
Il Direttore della Direzione Politiche della salute



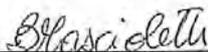
Il Direttore dell'ASR Abruzzo



Dirigente del Servizio Programmazione socio-assistenziale, progettualità del territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze



Dirigente del Servizio assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa, protesica e termale



IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 07.10.2013, n. 77

**Accreditamento Istituzionale Laboratorio
Analisi CLINI.LAB s.r.l.**

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009, così come integrata con deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 e del 3 agosto 2012, con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad Acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

ATTESO che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad Acta *"all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale"*;

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012 di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

VISTA la L.R. 31.07.2007 n. 32 recante *"Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private"*;

VISTO, in particolare, l'art. 6 della L.R. 31.07.2008 il quale disciplina l'accreditamento Istituzionale, subordinandolo al rispetto di *"ulteriori requisiti orientati al miglioramento continuo della qualità di assistenza definiti dal Manuale di Accreditamento"*;

VISTA la L.R. n. 5/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ed in particolare gli allegati 2.2 *"Linee guide per la stesura del manuale di accreditamento"* e 2.3 *"Linee guida per la costituzione dell'organismo regionale per l'accreditamento (O.R.A.)"* le quali definiscono le funzioni dell' O.R.A. prevedendo che esso si componga del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.) e del Comitato di Coordinamento Regionale per l'accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008, pubblicata sul BURA n. 75 del 22.10.2008, di approvazione dei Manuali regionali di Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie e ss.mm.ii.;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 53/09 del 21 luglio 2009 di istituzione del Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/09 del 22 ottobre 2009 di approvazione del Regolamento dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento";

VISTI la deliberazione del Commissario ad Acta n. 39/2010 del 7 luglio 2010 ed il Decreto del Commissario ad Acta n. 1/2011 del 31 gennaio 2011 di modifica della composizione del Comitato di Coordinamento Regionale;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 79/2010 del 22 dicembre 2010 di nomina del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.);

VISTA la domanda di accreditamento ex art. 12 L.R. 32/2007 presentata dal Laboratorio Analisi CLINI.LAB s.r.l. in data 27 gennaio 2009, prot. 2467/4/452, trasmessa al C.C.R.A. in data 14.04.2010;

VISTA l'autorizzazione definitiva n. 2 del 31.08.2011 rilasciata dal Comune di Roseto Degli Abruzzi;

VISTA la nota del 25 settembre 2013 (All. 1), acquisita al protocollo regionale RA/236310 in pari data, con la quale l'ASR Abruzzo, in esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 19 settembre 2013 ha trasmesso, all'Ufficio Autorizzazione e

Accreditamento Istituzionale della Direzione Politiche della Salute, la scheda di Valutazione Finale e la proposta motivata integrata in copia conforme, relativa all'accreditamento Istituzionale del Laboratorio Analisi CLINI.LAB s.r.l.;

PRESO ATTO della richiamata Scheda di Valutazione Finale con la quale il C.C.R.A ha valutato positivamente la tipologia di accreditamento del Laboratorio Analisi CLINI.LAB s.r.l. conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale :

Tipologia di accreditamento - classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

PRECISATO che ai sensi dell'art. 6, comma 4, della citata L.R. 32/2007 l'accreditamento istituzionale ha durata quinquennale ed è rinnovabile su richiesta del rappresentante legale, mediante domanda corredata di autocertificazione attestante il mantenimento del possesso dei requisiti di accreditamento, da presentare almeno sei mesi prima del quinquennio;

RILEVATO che il presente atto ha carattere di urgenza e, per tale ragione, sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di riconoscere** al Laboratorio Analisi CLINI.LAB s.r.l con sede in Roseto Degli Abruzzi alla Via Adriatica n. 50, in attuazione dell'art. 6 L.R. 32/2007, l'accreditamento istituzionale di classe 1- accreditamento di base per le seguenti discipline

ASSISTENZA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI SPECIALISTICA

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

- **di stabilire** che l'accreditamento istituzionale avrà durata quinquennale;
- **di notificare** il presente decreto al Laboratorio Analisi CLINI.LAB s.r.l. mediante raccomandata A/R;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, all'Agenzia Sanitaria Regionale, nonché ai competenti Servizi della Direzione Politiche della Salute disponendone la pubblicazione sul BURA per finalità notiziali;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, per la relativa validazione, secondo quanto previsto dall'Accordo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico.

IL COMMISSARIO AD ACTA
F.to Dott. Giovanni Chiodi

Segue allegato

AGENZIA SANITARIA REGIONALE
Prot. n° 2128 Partenza
25/09/2013



Allegato a **Decreto** del Commissario
ad ACTA
n. 77 del 07 OTT. 2013

Pescara, 25 Settembre 2013

Car/Grubcon/DEI
Q

REGIONE ABRUZZO
Direz. Politiche della Salute
Prot. n. R.A. 2363/10
25 SET. 2013

UFF. Auto. e Accr.
25/9 1417
Commissario Ad Acta
Dott. Giovanni CHIODI

Sub-commissario
Dott. Giuseppe ZUCCATELLI



Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria
Ufficio Autorizzazione ed accreditamento Istituzionale
Direz. Politiche della Salute
Dott. Tobia MONACO

Oggetto: Procedimento di accreditamento istituzionale del Laboratorio Analisi "Clinilab" (art.12, L.R. 32/2007). Trasmissione Valutazione Finale del CCRA (Nota n. 7 delle Procedure di Accreditamento Istituzionale dell'Allegato 6 " Procedure" della DGR 591/P del 1 Luglio 2008 e successive modifiche)

In esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 19 Settembre 2013 con verbale n.9/2013, si trasmette in allegato, la scheda di Valutazione Finale e la relativa proposta integrata motivata in copia conforme, riguardante l'accreditamento istituzionale del Laboratorio Analisi "Clinilab" per il seguito di competenza.



IL DIRETTORE
Dott. Amedeo Budassi

[Signature]



ACCREDITAMENTO LABORATORIO ANALISI CLINILAB

PROPOSTA MOTIVATA

Struttura Verificata: Laboratorio Analisi Chimico cliniche e microbiologiche CLINILAB srl sita nel Comune di Roseto degli Abruzzi (TE)

Richiesta: Prot. n. 2467/4/452 del 27/01/2009

Accreditamento predefinitivo (art. 6 LR 32/07): Regime ambulatoriale

Autorizzazione Definitiva: Comunicata dal Servizio Programmazione Sanitaria – Ufficio Autorizzazione ed Accreditamento Istituzionale con nota prot. RA/123219/DG19 del 29 Maggio 2012 – Direzione Politiche della Salute: Numero Autorizzazione Definitiva 2 del 31/08/2011 Comune di Roseto degli Abruzzi

Gruppo G.E.R.A. formalizzato con verbale del CCRA n. 6 del 14 settembre 2012

- Maria Di Felice, Responsabile del gruppo visita
- Giuseppe Filareto
- Enzo Di Claudio
- Roberto Liberatoscioli
- Ernesto Zona

Referenti della Struttura

- Brocco Silvio

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**

**Premessa:**

Con il Prot. 6745/4 del 14 Aprile 2010 è stata trasmessa dal Servizio Assistenza Distrettuale, Riabilitazione, Medicina Sociale e Attività Sanitaria Territoriale – Ufficio Attività Sanitaria Territoriale, la risultanza istruttoria del Laboratorio Analisi CLINILAB finalizzata all'accREDITAMENTO istituzionale.

La domanda pervenuta presenta la seguente richiesta:

Allegato A alla Domanda di Rilascio di AccredITAMENTO

per i Servizi:

- Laboratorio Analisi

Parti del Manuale di AccredITAMENTO allegati alla domanda della Struttura

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

In data 14 settembre 2012 il CCRA formalizzava il gruppo GERA per la verifica della suddetta struttura.

In data 6 Dicembre 2012 il gruppo GERA faceva pervenire a questa Agenzia la relativa documentazione comprensiva della relazione finale.

Il gruppo GERA nella relazione finale afferma che sussistono i requisiti previsti dalla normativa vigente per l'accREDITAMENTO di base di classe 1.

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



L'ASR, sulla base della documentazione pervenuta, procedeva alla relativa valutazione a norma delle procedure sull'accreditamento (Allegato n. 6 della deliberazione n. 591/P del 1 Luglio 2008 "Procedure" modificato con Delibera del Commissario ad Acta n.36/2009 del 1 Giugno 2009) evidenziando le seguenti criticità:

- il gruppo GERA nella parte del Manuale di Accreditamento verificata, relativa al punto 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE), per i requisiti numero 18.1-18.2-19.1-19.2-20.1-20.2-21.1-21.2-22.1-22.2-23.1-23.2-24.1 non ha provveduto alla loro specifica compilazione.

In considerazione di quanto sopra esposto, l'ASR Abruzzo ha inviato al Rappresentante Legale della struttura, con nota Prot. 1124 del 28 maggio 2013, la richiesta chiarimenti relativamente alla sussistenza dei requisiti della parte del Manuale dell'Accreditamento "2.1 Direzione delle Strutture" che vanno dal 18 al 24.

In data 12 giugno 2013 il dott. Silvio Brocco, in qualità di Amministratore Unico della struttura in oggetto, ha fatto pervenire all'ASR Abruzzo la nota acquisita al prot. ASR n. 1271 del 12/06/2013 in cui veniva autocertificato quanto segue:

- *"...i requisiti del manuale di Accreditamento della scheda 2.1 – codice DS dal punto 18 al punto 24 e le figure contenute nei punti della Qualità, sono da ritenersi a carico di responsabilità propria."*

In data 6 settembre 2013, l'ASR Abruzzo ha dato mandato alla dott.ssa Maria Di Felice, in qualità di responsabile del gruppo GERA, di verificare la sussistenza dei requisiti del Manuale di accreditamento della scheda 2.1 – Direzione delle Strutture (Direzione Aziendale)-codice DS che vanno dal 18 al 24 di cui alla precedente autocertificazione.

A seguito della verifica specifica dei requisiti sopra indicati, in data 10 settembre 2013, la dott.ssa Maria Di Felice ha fatto pervenire la relazione corredata ed integrata della documentazione attestante la sussistenza dei suddetti requisiti.

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**

3 di 4

Il Comitato di Coordinamento Regionale per L'Accreditamento

Nella riunione del 19 Settembre 2013, vista la tipologia di accreditamento proposta motivatamente dall'Agenzia Sanitaria Regionale con nota prot. N. 1981 dell' 11 Settembre 2013 in ordine al Laboratorio Analisi "Clinilab" di Roseto; ritenuto che la stessa è conforme a quanto previsto dalle disposizioni vigenti

Valuta

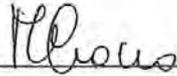
positivamente la tipologia di accreditamento del Laboratorio Analisi "Clinilab" conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale con la allegata proposta:

- Tipologia accreditamento – classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

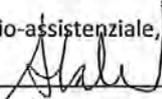
Il Direttore della Direzione Politiche della salute



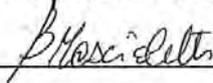
Il Direttore dell'ASR Abruzzo



Dirigente del Servizio Programmazione socio-assistenziale, progettualità del territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze



Dirigente del Servizio assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa, protesica e termale



IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 09.10.2013, n. 78

**Accreditamento Istituzionale Casa di Cura
privata San Raffaele**

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009, così come integrata con deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 e del 3 agosto 2012, con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad Acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

ATTESO che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad Acta *"all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale"*;

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012 di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

VISTA la L.R. 31.07.2007 n. 32 recante *"Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private"*;

VISTO, in particolare, l'art. 6 della L.R. 31.07.2008 il quale disciplina l'accreditamento Istituzionale, subordinandolo al rispetto di *"ulteriori requisiti orientati al miglioramento continuo della qualità di assistenza definiti dal Manuale di Accreditamento"*;

VISTA la L.R. n. 5/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ed in particolare gli allegati 2.2 *"Linee guide per la stesura del manuale di accreditamento"* e 2.3 *"Linee guida per la costituzione dell'organismo regionale per l'accreditamento (O.R.A.)"* le quali definiscono le funzioni dell' O.R.A. prevedendo che esso si componga del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.) e del Comitato di Coordinamento Regionale per l'accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008, pubblicata sul BURA n. 75 del 22.10.2008, di approvazione dei Manuali regionali di Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie e ss.mm.ii.;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 53/09 del 21 luglio 2009 di istituzione del Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/09 del 22 ottobre 2009 di approvazione del Regolamento dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento";

VISTI la deliberazione del Commissario ad Acta n. 39/2010 del 7 luglio 2010 ed il Decreto del Commissario ad Acta n. 1/2011 del 31 gennaio 2011 di modifica della composizione del Comitato di Coordinamento Regionale;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 79/2010 del 22 dicembre 2010 di nomina del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.);

VISTA la domanda di accreditamento ex art. 12 L.R. 32/2007 presentata dalla Casa di Cura San Raffaele in data 12 ottobre 2009, prot. 22621/9, trasmessa al C.C.R.A in data 09.02.2010;

VISTA l'autorizzazione definitiva 13/2010 del 24.03.2010 rilasciata dal Comune di Sulmona;

VISTA la nota del 14 giugno 2013 (All. 1), acquisita al protocollo regionale RA/154349 in pari data, con la quale l'ASR Abruzzo, in esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 13 giugno 2013 ha trasmesso, all'Ufficio Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale della Direzione Politiche della Salute, la scheda di Valutazione

Finale e la proposta motivata in copia conforme, relativa all'accreditamento Istituzionale della Casa di Cura privata San Raffaele;

PRESO ATTO della richiamata Scheda di Valutazione Finale con la quale il C.C.R.A ha valutato positivamente la tipologia di accreditamento della Casa di Cura San Raffaele

conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale:

Tipologia di accreditamento - classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline e relativi posti letto:

| UU .00 | p.l. rimodulati | | |
|---|-----------------|----------|-------------|
| | p.l. ord | p.l. dh | p.l. totali |
| 28 - Unità Spinale | 25 | - | - |
| 56 - Recupero e riabilitazione funzionale | 30 | - | - |
| TOTALE | 55 | - | 55 |

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

PRECISATO che ai sensi dell'art. 6, comma 4, della citata L.R. 32/2007 l'accreditamento istituzionale ha durata quinquennale ed è rinnovabile su richiesta del rappresentante legale, mediante domanda corredata di autocertificazione attestante il mantenimento del

possesso dei requisiti di accreditamento, da presentare almeno sei mesi prima del quinquennio;

RILEVATO che il presente atto ha carattere di urgenza e, per tale ragione, sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di riconoscere** alla Casa di Cura privata San Raffaele, con sede operativa in Sulmona, Via dell'Agricoltura, in attuazione dell'art. 6 L.R. 32/2007, l'accreditamento istituzionale di classe 1- accreditamento di base per le seguenti discipline e relativi posti letto:

| UU .00 | p.l. rimodulati | | |
|---|-----------------|----------|-------------|
| | p.l. ord | p.l. dh | p.l. totali |
| 28 - Unità Spinale | 25 | - | - |
| 56 - Recupero e riabilitazione funzionale | 30 | - | - |
| TOTALE | 55 | - | 55 |

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

- **di riconoscere**, altresì, alla Casa di Cura privata San Raffaele, con sede operativa in Sulmona, Via dell'Agricoltura, in attuazione dell'art. 6 L.R. 32/2007, l'accreditamento istituzionale di classe 1- accreditamento di base per le seguenti attività di assistenza specialistica ambulatoriale:

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- **di stabilire** che l'accreditamento istituzionale avrà durata quinquennale;

- **di notificare** il presente decreto alla Casa di Cura San Raffaele mediante raccomandata A/R;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, all'Agenzia Sanitaria Regionale, nonché ai competenti Servizi della Direzione Politiche della Salute disponendone la pubblicazione sul BURA per finalità notiziali;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e

Finanze, per la relativa validazione, secondo quanto previsto dall'Accordo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico.

IL COMMISSARIO AD ACTA
F.to Dott. Giovanni Chiodi

Segue allegato

Commissario ad ACTA

14.1

n. 78 del 09 OTT. 2013

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE
ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE
Prot. n° 1332 Partenza
14/06/2013

Com/Subcom/ (DE/19)

*UFF. A.S. e Accr. x Decreti
18/6 DM*

Commissario Ad Acta
Dott. Giovanni CHIODI

Sub-commissario
Dott. Giuseppe ZUCCATELLI

REGIONE ABRUZZO
Direzione Politiche della Salute
Prot. n. R.A. 154399

14 GIU. 2013



Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria
Ufficio Autorizzazione ed Accredimento Istituzionale
Direzione Politiche della Salute
Dott. Tobia MONACO

Oggetto: Procedimento di accreditamento istituzionale struttura privata "San Raffaele" (art.12, L.R. 32/2007). Trasmissione Valutazione Finale del CCRA (Nota n. 7 delle Procedure di Accredimento Istituzionale dell'Allegato 6 "Procedure" della DGR 591/P del 1 Luglio 2008 e successive modifiche)

In esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 13 Giugno 2013 con verbale n.4/2013, si trasmette in allegato, la scheda di Valutazione Finale e la relativa proposta motivata in copia conforme, riguardante l'accreditamento istituzionale della Casa di Cura "San Raffaele" per il seguito di competenza.



IL DIRETTORE ASR ABRUZZO

Dott. Amedeo Budassi

[Handwritten signature of Dott. Amedeo Budassi]

Il Comitato di Coordinamento Regionale per L'Accreditamento

Nella riunione del 13/06/2013, vista la tipologia di accreditamento proposta motivatamente dall'Agenzia Sanitaria Regionale con nota prot. n. 1279 del 12/06/ 2013 in ordine alla Casa di Cura San Raffaele di Sulmona ; ritenuto che la stessa è conforme a quanto previsto dalle disposizioni vigenti

Valuta

positivamente la tipologia di accreditamento della Casa di Cura san Raffaele conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale con la allegata proposta:

- Tipologia accreditamento – classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline e relativi posti letto:

| UU .00 | p.l. | | |
|---|-----------|----------|-------------|
| | p.l. ord | p.l. dh | p.l. totali |
| 28 - Unità Spinale | 25 | - | - |
| 56 - Recupero e riabilitazione funzionale | 30 | - | - |
| TOTALE | 55 | - | 55 |

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

R

Das

AB

/

Letto confermato e sottoscritto:

Il Direttore della Direzione Politiche della salute René Coas

Il Direttore dell'ASR Abruzzo [Signature]

Il Dirigente del Servizio Programmazione sanitaria [Signature]

Dirigente del Servizio assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa,
protesica e termale Blasciotta



ACCREDITAMENTO DELLA CASA DI CURA SAN RAFFAELE

PROPOSTA MOTIVATA

Struttura Verificata: Casa di Cura San Raffaele sita nel Comune di Sulmona

Richiesta: Prot. n. 22621/9 del 12/10/2009

Accreditamento predefinitivo (art. 6 LR 32/07): Regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per post-acute, medicina di laboratorio e diagnostica per immagini in regime ambulatoriale.

Autorizzazione Definitiva: Comunicata dal Servizio Programmazione Sanitaria – Ufficio Autorizzazione ed accreditamento istituzionale con nota prot. RA/123219/DG19 del 29 Maggio 2012 – Direzione Politiche della Salute: Numero Autorizzazione Definitiva 13/2010 del 24/3/2010 Comune di Sulmona

Gruppo G.E.R.A. formalizzato con verbale del CCRA n. 1 del 17 luglio 2012 modificato con verbale 4 del 31 luglio 2012 e con verbale 6 del 14 settembre 2012

- Emilio Francesco Paolo Simeone, Responsabile del gruppo visita,
- Francesco Micheloni,
- Anna Maria Abbonizio,
- Nicola Carlino,
- Vincenzo Orsatti,

Referenti della Struttura

- Giorgio Felzani

COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE

**Premessa:**

Con il Prot. 2534/9 del 9 febbraio 2010 è stata trasmessa dal Servizio Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata lucrativa e non lucrativa - Ufficio Assistenza Ospedaliera Privata la risultanza istruttoria della Casa di Cura San Raffaele finalizzata all'accREDITAMENTO istituzionale.

La domanda pervenuta presenta la seguente richiesta:

Allegato A alla Domanda di Rilascio di AccredITAMENTO**per i PL:**

- Recupero e Riabilitazione funzionale
- Unità Spinale

per i Servizi:

- Radiologia
- Laboratorio Analisi

Parti del Manuale di AccredITAMENTO allegati alla domanda della Struttura**1. DIRITTI DEI PAZIENTI**

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

3. OSPEDALI

- 3.2 PAZIENTE CON ICTUS
- 3.7 PERCORSO FRATTURA FEMORE
- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO)
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



Premesso altresì che, l'Allegato A del Decreto del Commissario ad Acta n.25 del 4 luglio 2012 nella tabella 7 prevede per la Casa di Cura San Raffaele la seguente dotazioni dei Posti Letto (PL) per disciplina:

| UU .00 | p.l. rimodulati | | |
|---|-----------------|----------|-------------|
| | p.l. ord | p.l. dh | p.l. totali |
| 28 - Unità Spinale | 25 | - | - |
| 56 - Recupero e riabilitazione funzionale | 30 | - | - |
| TOTALE | 55 | - | 55 |

In data 17 Luglio 2012 il CCRA formalizzava il gruppo GERA per la verifica delle suddette discipline. Lo stesso veniva modificato in data 31 luglio 2012 e successivamente in data 14 settembre 2012

In data 3 Dicembre 2012 il gruppo GERA faceva pervenire a questa Agenzia la relativa documentazione comprensiva della relazione finale.

Dalla relazione finale del gruppo GERA risulta una valutazione positiva relativa al possesso dei requisiti da parte della struttura.

Invece, per quanto attiene le seguenti parti del Manuale:

- 3.2 PAZIENTE CON ICTUS
- 3.7 PERCORSO FRATTURA FEMORE

il gruppo GERA rileva che parte dei requisiti previsti dal Manuale dell'Accreditamento risultano non applicabili ".... in quanto la struttura non può assumere pazienti in fase acuta perché è una struttura riabilitativa".

Si rappresenta inoltre, che pur non avendo ricevuto specificato mandato in merito dal CCRA il gruppo GERA ha proceduto altresì alla valutazione del Centro BIER utilizzando la parte del Manuale 5.7 AMBULATORI DI RIABILITAZIONE FISICA.

L'ASR, sulla base della documentazione in possesso, procedeva alla valutazione di quanto pervenuto a norma delle procedure sull'accREDITAMENTO (Allegato n. 6 della deliberazione n. 591/P

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



del 1 Luglio 2008 "Procedure" modificato con Delibera del Commissario ad Acta n.36/2009 del 1 Giugno 2009) evidenziando le seguenti criticità:

A) Il gruppo GERA rappresenta nelle parti del Manuale di Accredimento verificate quanto segue:

- ✓ Nella parte 3.2 PAZIENTE CON ICTUS risultano NON APPLICABILI i requisiti numero 1.1-1.2- 2.1-2.2-3.1-3.2-4.1-4.2
- ✓ Nella parte 3.7 PERCORSO FRATTURA FEMORE risultano NON APPLICABILI i requisiti numero 2.1-2.2-3.1-3.2-4.1-4.2
- ✓ Nella parte 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA i requisiti numero 7.1-7.2 (Appropriatezza clinica) risultano NON APPLICABILI.

B) Si fa presente che la struttura nella documentazione relativa alla domanda di accreditamento non ha incluso le parti del Manuale

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

che invece il gruppo GERA ha provveduto a valutare verificando il possesso del 100% dei requisiti di classe A.

L'ASR al fine di acquisire chiarimenti ha contatto per vie brevi il Responsabile della Struttura.

Lo stesso ha dichiarato di aver interpretato i seguenti requisiti:

- ✓ 2.2 "Viene fornita la lista delle prestazioni erogabili ad utenti esterni ed interni" della parte del Manuale 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- ✓ 2.2 "Viene diffuso il catalogo agli utenti esterni ed interni" della parte del Manuale 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

come esaustivi per significare che la dichiarazione era comprensiva per l'attività di laboratorio e diagnostica sia ospedaliera che ambulatoriale.

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



In considerazione di quanto sopra esposto, l'ASR Abruzzo ha attivato il dott. Simeone, Responsabile del gruppo GERA, al fine di approfondire alcune criticità riportate sopra ed in particolare per le seguenti del parti del Manuale dell'Accreditamento:

- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

In data 12 giugno 2013 il dott. Simeone ha fatto pervenire all'ASR Abruzzo la nota acquisita al prot. ASR n. 1285 del 12/06/2013 in cui veniva specificato quanto segue:

- *“..per i requisiti 7.1e 7.2 per la parte del Manuale 3.11 Diagnostica per Immagini Ospedaliera, laddove è stata indicata la non applicabilità (NA) si deve considerare SI in quanto, sempre in relazione a tale approfondimento e interpretazioni dei requisiti sopraccitati, sono presenti procedure specifiche e report”*
- per la parte del Manuale 5.5 e 5.6 viene riportato quello già dichiarato per le vie brevi dal Responsabile della Struttura allegando anche una nota a firma del Legale Rappresentante della Struttura (dott. Carlo TRIVELLI) consegnata al dott. Simeone in sede di valutazione il 15/10/2012.

Conclusioni

La relazione presentata dal gruppo GERA, così come integrata, risulta essere congruente al 100% dei requisiti di classe A nella parte riferita

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

3. OSPEDALI

- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO)
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

5) ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Per quanto sopra rappresentato e vista la relazione del gruppo GERA così come integrata con documentazione

SI PROPONE

- l'accreditamento istituzionale per la casa di Cura San Raffaele relativa a :
 1. **DIRITTI DEI PAZIENTI**
 - 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE
 2. **DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO**
 - 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)
 3. **OSPEDALI**
 - 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO) limitatamente ai posti letto ed alle discipline previsti dal Decreto del Commissario ad Acta n.25 del 4 luglio 2012:
 - Unità Spinale
 - Recupero e riabilitazione funzionale,
 - 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
 - 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA
 - 5) **ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI**
 - 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
 - 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name or set of initials.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 09.10.2013 n. 79

**Accreditamento Istituzionale Casa di Cura
privata Villa Serena**

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009, così come integrata con deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 e del 3 agosto 2012, con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad Acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

ATTESO che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad Acta *"all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale"*;

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012 di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

VISTA la L.R. 31.07.2007 n. 32 recante *"Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private"*;

VISTO, in particolare, l'art. 6 della L.R. 31.07.2008 il quale disciplina l'accreditamento Istituzionale, subordinandolo al rispetto di *"ulteriori requisiti orientati al miglioramento continuo della qualità di assistenza definiti dal Manuale di Accreditamento"*;

VISTA la L.R. n. 5/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ed in particolare gli allegati 2.2 *"Linee guide per la stesura del manuale di accreditamento"* e 2.3 *"Linee guida per la costituzione dell'organismo regionale per l'accreditamento (O.R.A.)"* le quali definiscono le funzioni dell' O.R.A. prevedendo che esso si componga del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.) e del Comitato di Coordinamento Regionale per l'accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008, pubblicata sul BURA n. 75 del 22.10.2008, di approvazione dei Manuali regionali di Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie e ss.mm.ii.;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 53/09 del 21 luglio 2009 di istituzione del Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/09 del 22 ottobre 2009 di approvazione del Regolamento dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento";

VISTI la deliberazione del Commissario ad Acta n. 39/2010 del 7 luglio 2010 ed il Decreto del Commissario ad Acta n. 1/2011 del 31 gennaio 2011 di modifica della composizione del Comitato di Coordinamento Regionale;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 79/2010 del 22 dicembre 2010 di nomina del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.);

VISTA la domanda di accreditamento ex art. 12 L.R. 32/2007 presentata dalla Casa di Cura Villa Serena in data 6 ottobre 2009, prot. n. 21905/9, trasmessa al C.C.R.A in data 09.02.2010;

VISTA l'autorizzazione definitiva 6/2010 del 10.12.2010 rilasciata dal Comune di Città Sant'Angelo;

VISTA la nota del 14 giugno 2013 (All. 1), acquista al protocollo regionale RA/154367 in data 14 giugno 2013, con la quale l'ASR Abruzzo, in esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 13 giugno 2013 ha trasmesso, all'Ufficio Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale

della Direzione Politiche della Salute, la scheda di Valutazione Finale e la proposta motivata in copia conforme, relativa all'accREDITAMENTO Istituzionale della Casa di Cura privata Villa Serena;

PRESO ATTO della richiamata Scheda di Valutazione Finale con la quale il C.C.R.A ha

valutato positivamente la tipologia di accREDITAMENTO della Casa di Cura Villa Serena conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale:

Tipologia di accREDITAMENTO - classe 1 accREDITAMENTO di base per le seguenti discipline e relativi posti letto

| UU .00 | p.l. | | |
|---|------------|-----------|-------------|
| | p.l. ord | p.l. dh | p.l. totali |
| 09 - Chirurgia Generale | 10 | 7 | |
| 21- Geriatria | 10 | | |
| 26 - Medicina Generale | 12 | | |
| 32 - Neurologia | 23 | | |
| 36 - Ortopedia e Traumatologia | 15 | | |
| 40 - Psichiatria | 24 | | |
| 49 - Terapia Intensiva | 3 | 20 | |
| 56 - Recupero e riabilitazione funzionale | 135 | | |
| 60 - Lungodegenti | 37 | | |
| TOTALE | 269 | 27 | 296 |

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA (Anatomia Patologica)
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5. 1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

PRECISATO che ai sensi dell'art. 6, comma 4, della citata L.R. 32/2007 l'accREDITAMENTO istituzionale ha durata quinquennale ed è

rinnovabile su richiesta del rappresentante legale, mediante domanda corredata di autocertificazione attestante il mantenimento del possesso dei requisiti di accREDITAMENTO, da presentare almeno sei mesi prima del quinquennio;

RILEVATO che il presente atto ha carattere di urgenza e, per tale ragione, sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di riconoscere** alla Casa di Cura privata Villa Serena con sede operativa in Città Sant'Angelo (PE), Via Petruzzi n. 42, in attuazione dell'art. 6 L.R. 32/2007, l'accREDITAMENTO istituzionale di classe 1- accREDITAMENTO di base per le seguenti discipline e relativi posti letto:

| UU .00 | p.l. | | |
|---|------------|-----------|-------------|
| | p.l. ord | p.l. dh | p.l. totali |
| 09 - Chirurgia Generale | 10 | 7 | |
| 21- Geriatria | 10 | | |
| 26 - Medicina Generale | 12 | | |
| 32 - Neurologia | 23 | | |
| 36 - Ortopedia e Traumatologia | 15 | | |
| 40 - Psichiatria | 24 | | |
| 49 - Terapia Intensiva | 3 | 20 | |
| 56 - Recupero e riabilitazione funzionale | 135 | | |
| 60 - Lungodegenti | 37 | - | |
| TOTALE | 269 | 27 | 296 |

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA (Anatomia Patologica)
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA
- **di riconoscere**, altresì, alla Casa di Cura privata Villa Serena con sede operativa in Città Sant'Angelo (PE), Via Petruzzi n. 42, in attuazione dell'art. 6 L.R. 32/2007, l'accreditamento istituzionale di classe 1-accreditamento di base per le seguenti attività di assistenza specialistica ambulatoriale:

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5. 1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

- **di stabilire** che l'accreditamento istituzionale avrà durata quinquennale;
- **di notificare** il presente decreto alla Casa di Cura Villa Serena mediante raccomandata A/R;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, all'Agenzia Sanitaria Regionale, nonché ai competenti Servizi della Direzione Politiche della Salute disponendone la pubblicazione sul BURA per finalità notiziali;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, per la relativa validazione, secondo quanto previsto dall'Accordo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico.

IL COMMISSARIO AD ACTA
F.to Dott. Giovanni Chiodi

Segue allegato

Allegato a ~~De. CRPTO~~ del Commissario ad ACTA

ALL:

n. 79 del 09 OTT. 2013



ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Prot. n° 1330 Partenza

14/06/2013

Com/Subcom/DG19
φ

VFF. A. T. e Acc.
x Decreto
18/6 MM

Commissario Ad Acta
Dott. Giovanni CHIODI

Sub-commissario
Dott. Giuseppe ZUCATELLI

Prot. n. R.A. 152367
Direzione Politiche della Salute
REGIONE ABRUZZO

14 GIU. 2013



Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria
Ufficio Autorizzazione ed Accreditamento Istituzionale
Direzione Politiche della Salute
Dott. Tobia MONACO

Oggetto: Procedimento di accreditamento istituzionale struttura privata "Villa Serena" (art.12, L.R. 32/2007). Trasmissione Valutazione Finale del CCRA (Nota n. 7 delle Procedure di Accreditamento Istituzionale dell'Allegato 6 "Procedure" della DGR 591/P del 1 Luglio 2008 e successive modifiche)

In esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 13 Giugno 2013 con verbale n.4/2013, si trasmette in allegato, la scheda di Valutazione Finale e la relativa proposta motivata in copia conforme, riguardante l'accreditamento istituzionale della Casa di Cura "Villa Serena" per il seguito di competenza.



IL DIRETTORE ASR ABRUZZO

Dott. Amedeo Budassi

Il Comitato di Coordinamento Regionale per L'Accreditamento

Nella riunione del 13/06/2013, vista la tipologia di accreditamento proposta motivatamente dall'Agenzia Sanitaria Regionale con nota prot. n. 1280 del 12 Giugno 2013 in ordine alla Casa di Cura Villa Serena di Città Sant'Angelo (PE); ritenuto che la stessa è conforme a quanto previsto dalle disposizioni vigenti

Valuta

positivamente la tipologia di accreditamento della Casa di Cura Villa Serena conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale con la allegata proposta:

- Tipologia accreditamento – classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline e relativi posti letto

| UU .00 | p.l. | | |
|--|------------|-----------|-------------|
| | p.l. ord | p.l. dh | p.l. totali |
| 09 - Chirurgia Generale | 10 | 7 | |
| 21-Geriatria | 10 | | |
| 26 - Medicina Generale | 12 | | |
| 32 - Neurologia | 23 | | |
| 36 - Ortopedia e Traumatologia | 15 | | |
| 40 - Psichiatria | 24 | | |
| 49 - Terapia Intensiva | 3 | | |
| 56 - Recuero e riabilitazione funzionale | 135 | 20 | |
| 60 - Lungodegenti | 37 | - | |
| TOTALE | 269 | 27 | 296 |

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA (Anatomia Patologica)
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

R

1h

Tus

✓

Letto confermato e sottoscritto:

Il Direttore della Direzione Politiche della salute René Crocò

Il Direttore dell'ASR Abruzzo [Signature]

Il Dirigente del Servizio Programmazione sanitaria [Signature]

Dirigente del Servizio assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa,
protesica e termale Blossideth



ACCREDITAMENTO DELLA CASA DI CURA VILLA SERENA

PROPOSTA MOTIVATA

Struttura Verificata: Casa di Cura Villa Serena sita nel Comune di Città Sant'Angelo

Richiesta: Prot. n. 21905/9 del 06/10/2009

Accreditamento predefinitivo (art. 6 LR 32/07): Regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti e post-acuti, regime ambulatoriale.

Autorizzazione Definitiva: Comunicata dal Servizio Programmazione Sanitaria – Ufficio Autorizzazione ed accreditamento istituzionale con nota prot. RA/123219/DG19 del 29 Maggio 2012 – Direzione Politiche della Salute: Numero Autorizzazione Definitiva 6/2010 del 10/12/2010 Comune di Città Sant'Angelo

Gruppo G.E.R.A. formalizzato con verbale del CCRA n. 1 del 17 luglio 2012

- Michelino Barbato, Responsabile del gruppo visita,
- Adele Rulli,
- Florindo Barisano,
- Settimio Andreotti,
- Daniela Bruni,
- Giorgio Felzani,
- Tommaso Fulgente.

Referenti della Struttura

- Gianfranco Contini
- Vilma Colaicco
- Melena Pendenza

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**

**Premessa:**

Con il Prot. 2534/9 del 9 febbraio 2010 è stata trasmessa dal Servizio Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata lucrativa e non lucrativa - Ufficio Assistenza Ospedaliera Privata la risultanza istruttoria della Casa di Cura Villa Serena finalizzata all'accREDITAMENTO istituzionale.

La domanda pervenuta presenta la seguente richiesta:

Allegato A alla Domanda di Rilascio di AccredITAMENTO**per i PL:**

- Chirurgia Generale
- Geriatria
- Medicina Generale
- Neurologia
- Ortopedia e traumatologia
- Psichiatria
- Terapia Intensiva
- Recupero e Riabilitazione funzionale
- Lungodegenti

per i Servizi:

- Anatomia ed istologia patologica
- Radiologia
- Anestesia
- Laboratorio Analisi,
- Farmacia (solo deposito)
- Sala operatoria
- Centro trasfusionale (solo frigoemoteca)

per gli ambulatori:

- Allergologia
- Angiologia
- Cardiologia

~~COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE~~



- Chirurgia Generale
- Chirurgia Plastica
- Chirurgia Vascolare
- Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione
- Geriatri
- Medicina del Lavoro
- Medicina Generale
- Neurochirurgia
- Neurologia
- Neuropsichiatria Infantile
- Oculistica
- Ortopedia e traumatologia
- Ostetricia e Ginecologia
- Otorinolaringoiatria
- Pediatria
- Psichiatria
- Urologia
- Dermatologia
- Recupero e riabilitazione funzionale
- Fisiopatologia della riproduzione umana
- Gastroenterologia
- Pneumologia
- Reumatologia
- Neuroriabilitazione
- Fisiopatologia Respiratoria
- Odontoiatria

Parti del Manuale di Accreditamento allegati alla domanda della Struttura

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



3. OSPEDALI

- 3.2 PAZIENTE CON ICTUS
- 3.4 PAZIENTE CHIRURGICO
- 3.7 PERCORSO FRATTURA FEMORE
- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO)
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

Premesso altresì che, l'Allegato A del Decreto del Commissario ad Acta n.25 del 4 luglio 2012 nella tabella 15 prevede per la Casa di Cura Villa Serena la seguente dotazioni dei Posti Letto (PL) per disciplina:

| UU.OO | p.l. rimodulati | | |
|--|-----------------|-----------|-------------|
| | p.l. ord | p.l. dh | p.l. totali |
| 09 - Chirurgia Generale | 10 | 7 | |
| 21-Geriatria | 10 | | |
| 26 - Medicina Generale | 12 | | |
| 32 - Neurologia | 23 | | |
| 36 - Ortopedia e Traumatologia | 15 | | |
| 40 - Psichiatria | 24 | | |
| 49 - Terapia Intensiva | 3 | | |
| 56 - Recuero e riabilitazione funzionale | 135 | 20 | |
| 60 - Lungodegenti | 37 | - | |
| TOTALE | 269 | 27 | 296 |

In data 17 Luglio 2012 il CCRA formalizzava il gruppo GERA per la verifica delle suddette discipline.

In data 4 Dicembre 2012 il gruppo GERA faceva pervenire a questa Agenzia la relativa documentazione comprensiva della relazione finale.

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



Dalla relazione finale del gruppo GERA, emerge che la struttura possiede, per le parti del Manuale di Accredimento verificate, tutti i requisiti di classe A .

Invece, per quanto attiene le seguenti parti del Manuale:

- 3.2 PAZIENTE CON ICTUS
- 3.7 PERCORSO FRATTURA FEMORE

il gruppo GERA rileva che parte dei requisiti previsti dal Manuale dell'Accreditamento risultano non applicabili in ragione dell'assenza del Pronto Soccorso.

Inoltre il gruppo GERA nella valutazione in ambito Riabilitativo ha più dettagliatamente specificato le funzioni della Riabilitazione cardiologica e respiratoria.

L'ASR, sulla base della documentazione in possesso, procedeva alla valutazione di quanto pervenuto a norma delle procedure sull'accREDITamento (Allegato n. 6 della deliberazione n. 591/P del 1 Luglio 2008 " Procedure" modificato con Delibera del Commissario ad Acta n.36/2009 del 1 Giugno 2009) evidenziando le seguenti criticità:

- A) Il gruppo GERA ha verificato la parte del Manuale dell'AccREDITamento relativa al 3.4 PAZIENTE CHIRURGICO che, pur presentando il possesso di tutti i requisiti di classe A, per il requisito 2.1, nella colonna "annotazioni", riporta, segnato in rosso, quanto segue:
"..Procedure disponibili attenzione che qui i ricoveri in urgenza in sostanza non esistononon c'è P.S."
- B) Il gruppo GERA ha verificato la parte del Manuale dell'AccREDITamento relativa al 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE -TERAPIA INTENSIVA che, pur presentando il possesso di tutti i requisiti di classe A, per i requisiti numero 4.1 - 4.2, nella colonna "annotazioni", risultano non applicabili.
- C) Il gruppo GERA, inoltre, rappresenta nelle parti del Manuale di Accredimento verificate quanto segue:
- ✓ Nella parte 3.2 PAZIENTE CON ICTUS risultano NON APPLICABILI i requisiti numero 2.1-2.2- 5.1-5.2 - 6.1 - 6.2
 - ✓ Nella parte 3.7 PERCORSO FRATTURA FEMORE risultano NON APPLICABILI i requisiti numero 2.1-2.2

**COPIA CONFORME
AL L'ORIGINALE**



- ✓ Nella parte 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA i requisiti numero 6.1-6.2 (Appropriatezza clinica) risultano NON COMPILATI (*..in attesa di delibera regionale di chiarimento*).
- ✓ Nella parte 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA (ANATOMIA PATOLOGICA) i requisiti numero 6.1-6.2 (Appropriatezza clinica) risultano NON COMPILATI.

D) Il gruppo GERA, infine, ha valutato, utilizzando la parte del Manuale dell'Accreditamento 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE oltre alle altre Unità Operative previste, anche la Riabilitazione Cardiologica e la Riabilitazione Respiratoria.

In considerazione di quanto sopra esposto, l'ASR Abruzzo ha attivato il dott. Barbato, Responsabile del gruppo GERA, al fine di approfondire alcune criticità riportate ed in particolare per le seguenti parti del Manuale dell'Accreditamento:

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA (ANATOMIA PATOLOGICA).

In data 11 giugno il dott. Barbato ha fatto pervenire all'ASR Abruzzo la nota acquisita prot. ASR n. 1266 dell'11/06/2013 in cui veniva specificato quanto segue:

- per la parte del Manuale 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA "*...i requisiti 6.1 e 6.2 relativi all'appropriatezza clinica sono stati siglati erroneamente come NA (non applicabili), mentre per gli stessi requisiti sono presenti procedura specifica e report*"
- per la parte del Manuale 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA ANATOMIA PATOLOGICA) "*...analogamente si è verificato per il capitolo 3.10 medicina di laboratorio ospedaliera (anatomia patologica) ai requisiti 6.1 e 6.2, sempre relativi all'appropriatezza clinica, per i quali sono presenti procedura specifica e report*"

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



Conclusioni

La relazione presentata dal gruppo GERA , così come integrata, risulta essere congruente al 100% dei requisiti di classe A nella parte riferita

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

3. OSPEDALI

- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO)
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA (Anatomia Patologica)
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

5) ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

La parte del Manuale di Accreditamento

- ✓ "3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE -TERAPIA INTENSIVA", risulta non applicabile nei requisiti numero 4.1 - 4.2

Per quanto sopra rappresentato e vista la relazione del gruppo GERA così come integrata con documentazione

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



SI PROPONE

- l'accreditamento istituzionale per la casa di Cura Villa Serena relativa a :
 1. DIRITTI DEI PAZIENTI
 - 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE
 2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO
 - 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)
 3. OSPEDALI
 - 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO) limitatamente ai posti letto ed alle discipline previsti dal Decreto del Commissario ad Acta n.25 del 4 luglio 2012:
 - Chirurgia Generale,
 - Geriatria
 - Medicina Generale,
 - Neurologia,
 - Ortopedia e traumatologia,
 - Psichiatria,
 - Terapia Intensiva,
 - Recupero e riabilitazione funzionale,
 - Lungodegenti
 - 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
 - 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA (Anatomia - Patologica)
 - 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA
 - 5) ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI
 - 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
 - 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
 - 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
 - 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
 - 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name or set of initials.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 09.10.2013 n. 80

**Accreditamento Istituzionale Casa di Cura
privata Pierangeli**

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009, così come integrata con deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 e del 3 agosto 2012, con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad Acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

ATTESO che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad Acta *"all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale"*;

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012 di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

VISTA la L.R. 31.07.2007 n. 32 recante *"Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private"*;

VISTO, in particolare, l'art. 6 della L.R. 31.07.2008 il quale disciplina l'accreditamento Istituzionale, subordinandolo al rispetto di *"ulteriori requisiti orientati al miglioramento continuo della qualità di assistenza definiti dal Manuale di Accreditamento"*;

VISTA la L.R. n. 5/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ed in particolare gli allegati 2.2 *"Linee guide per la stesura del manuale di accreditamento"* e 2.3 *"Linee guida per la costituzione dell'organismo regionale per l'accreditamento (O.R.A.)"* le quali definiscono le funzioni dell' O.R.A. prevedendo che esso si componga del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.) e del Comitato di Coordinamento Regionale per l'accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008, pubblicata sul BURA n. 75 del 22.10.2008, di approvazione dei Manuali regionali di Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie e ss.mm.ii.;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 53/09 del 21 luglio 2009 di istituzione del Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/09 del 22 ottobre 2009 di approvazione del Regolamento dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento";

VISTI la deliberazione del Commissario ad Acta n. 39/2010 del 7 luglio 2010 ed il Decreto del Commissario ad Acta n. 1/2011 del 31 gennaio 2011 di modifica della composizione del Comitato di Coordinamento Regionale;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 79/2010 del 22 dicembre 2010 di nomina del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.);

VISTA la domanda di accreditamento ex art. 12 L.R. 32/2007 presentata dalla Casa di Cura Pierangeli in data 5 ottobre 2009, ptot. 21857/9-4, trasmessa al C.C.R.A in data 09.02.2010;

VISTA l'autorizzazione definitiva 400/SUAP/2012 del 26.10.2012 rilasciata dal Comune di Pescara;

VISTA la nota del 14 giugno 2013 (All. 1), acquista al protocollo regionale RA/154359 in pari data, con la quale l'ASR Abruzzo, in esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 13 giugno 2013 ha trasmesso, all'Ufficio Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale della Direzione

Politiche della Salute, la scheda di Valutazione Finale e la proposta motivata in copia conforme, relativa all'accreditamento Istituzionale della Casa di Cura privata Pierangeli;

PRESO ATTO della richiamata Scheda di Valutazione Finale con la quale il C.C.R.A ha valutato positivamente la tipologia di

accreditamento della Casa di Cura Pierangeli conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale:

Tipologia di accreditamento - classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline e relativi posti letto:

| UU.00 | p.l. rimodulati | | |
|--------------------------------|-----------------|---------|------------|
| | p.l. ord | p.l. dh | p.l. total |
| 08 - Cardiologia | 12 | 8 | |
| 09 - Chirurgia Generale | 20 | | |
| 14 - Chirurgia Vascolare | 10 | | |
| 26 - Medicina Generale | 24 | | |
| 34 - Oculistica | 4 | | |
| 36 - Ortopedia e Traumatologia | 12 | | |
| 37 - Ostetricia e Ginecologia* | 5 | | |
| 43 - Urologia | 8 | | |
| 49 - Terapia Intensiva | 3 | | |
| TOTALE | 98 | | |
| * senza punto nascita | | | |

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA (Anatomia Patologica)
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5. 1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

PRECISATO che ai sensi dell'art. 6, comma 4, della citata L.R. 32/2007 l'accreditamento istituzionale ha durata quinquennale ed è rinnovabile su richiesta del rappresentante

legale, mediante domanda corredata di autocertificazione attestante il mantenimento del possesso dei requisiti di accreditamento, da presentare almeno sei mesi prima del quinquennio;

RILEVATO che il presente atto ha carattere di urgenza e, per tale ragione, sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di riconoscere** alla Casa di Cura privata Pierangeli, con sede operativa in Pescara, Piazza Pierangeli n.1, in attuazione dell'art. 6 L.R. 32/2007, l'accreditamento istituzionale di classe 1- accreditamento di base per le seguenti discipline e relativi posti letto:

| UU.OO | p.l. rimodulati | | |
|--------------------------------|-----------------|----------|------------|
| | p.l. ord | p.l. dh | p.l. total |
| 08 - Cardiologia | 12 | 8 | |
| 09 - Chirurgia Generale | 20 | | |
| 14 - Chirurgia Vascolare | 10 | | |
| 26 - Medicina Generale | 24 | | |
| 34 - Oculistica | 4 | | |
| 36 - Ortopedia e Traumatologia | 12 | | |
| 37 - Ostetricia e Ginecologia* | 5 | | |
| 43 - Urologia | 8 | | |
| 49 - Terapia Intensiva | 3 | | |
| TOTALE | 98 | 8 | 106 |
| * senza punto nascita | | | |

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA (Anatomia Patologica)
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA
- **di riconoscere**, altresì, alla Casa di Cura privata Pierangeli, con sede operativa in Pescara, Piazza Pierangeli n.1, in attuazione dell'art. 6 L.R. 32/2007, l'accreditamento istituzionale di classe 1- accreditamento di base per le seguenti attività di assistenza specialistica ambulatoriale:

**ASSISTENZA SPECIALISTICA
AMBULATORIALE E STABILIMENTI
TERMALI**

- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

- **di stabilire** che l'accreditamento istituzionale avrà durata quinquennale;
- **di notificare** il presente decreto alla Casa di Cura Pierangeli mediante raccomandata A/R;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, all'Agenzia Sanitaria Regionale, nonché ai competenti Servizi della Direzione Politiche della Salute disponendone la pubblicazione sul BURA per finalità notiziali;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, per la relativa validazione, secondo quanto previsto dall'Accordo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico.

IL COMMISSARIO AD ACTA
F.to Dott. Giovanni Chiodi

Segue allegato

Allegato a **De.CRETO** del Commissario
ad ACTA

ALL. 1

n. PO del 09 OTT. 2013

Com/Subcom/DG19



ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Prot. n° 1331 Partenza

14/06/2013

Commissario Ad Acta
Dott. Giovanni CHIODI

Sub-commissario
Dott. Giuseppe ZUCCATELLI

REGIONE ABRUZZO
Direzione Politiche della Salute

Prot. n. R.A. 154359

14 GIU. 2013



Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria
Ufficio Autorizzazione ed Accreditamento Istituzionale
Direzione Politiche della Salute
Dott. Tobia MONACO

Oggetto: Procedimento di accreditamento istituzionale struttura privata "Pierangeli" (art.12, L.R. 32/2007). Trasmissione Valutazione Finale del CCRA (Nota n. 7 delle Procedure di Accreditamento Istituzionale dell'Allegato 6 "Procedure" della DGR 591/P del 1 Luglio 2008 e successive modifiche)

In esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 13 Giugno 2013 con verbale n.4/2013, si trasmette in allegato, la scheda di Valutazione Finale e la relativa proposta motivata in copia conforme, riguardante l'accREDITAMENTO istituzionale della Casa di Cura "Pierangeli" per il seguito di competenza.



IL DIRETTORE ASR ABRUZZO

Dott. Amedeo Budassi

[Handwritten signature]

Il Comitato di Coordinamento Regionale per L'Accreditamento

Nella riunione del 13 giugno 2013, vista la tipologia di accreditamento proposta motivatamente dall'Agenzia Sanitaria Regionale con nota prot Prot.n. 1281 del 12/06/2013 in ordine alla casa di Cura Pierangeli ritenuto che la stessa è conforme a quanto previsto dalle disposizioni vigenti

Valuta

positivamente la tipologia di accreditamento della Casa di Cura Pierangeli conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale con la allegata proposta:

- Tipologia accreditamento – classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline e relativi posti letto:

| UU .00 | p.l. | | |
|--------------------------------|-----------|---------|-------------|
| | p.l. ord | p.l. dh | p.l. totali |
| 08 - Cardiologia | 12 | 8 | |
| 09 - Chirurgia Generale | 20 | | |
| 14 - Chirurgia vascolare | 10 | | |
| 26 - Medicina Generale | 24 | | |
| 34 - Oculistica | 4 | | |
| 36 - Ortopedia e Traumatologia | 12 | | |
| 37 - Ostetricia e Ginecologia* | 5 | | |
| 43 - Urologia | 8 | | |
| 49 - Terapia Intensiva | 3 | | |
| TOTALE | 98 | | |
| *Senza punto nascita | | | |

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA (Anatomia Patologica)
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Handwritten signatures and initials:
 MMW
 HB
 R

Letto confermato e sottoscritto:

Il Direttore della Direzione Politiche della salute Marie Couso

Il Direttore dell'ASR Abruzzo [Signature]

Il Dirigente del Servizio Programmazione sanitaria [Signature]

Dirigente del Servizio assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa,
protesica e termale Stascioletti



ACCREDITAMENTO DELLA CASA DI CURA PIERANGELI

PROPOSTA MOTIVATA

Struttura Verificata: Casa di Cura Privata Pierangeli sita nel Comune di Pescara

Richiesta: Prot. n. 21857/9-4 del 05/10/2009

Accreditamento predefinitivo (art. 6 LR 32/07): Regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti e post-acuti, regime ambulatoriale.

Autorizzazione Definitiva: Comunicata dal Servizio Programmazione Sanitaria – Ufficio Autorizzazione ed accreditamento istituzionale con nota prot. RA/247811/DG19 del 7 Novembre 2012 – Direzione Politiche della Salute: Numero Autorizzazione Definitiva 400/SUAP/2012/ del 26/10/2012 Comune di Pescara

Gruppo G.E.R.A. formalizzato con verbale del CCRA n. 8 del 22 novembre 2012

- Michelino Barbato, Responsabile del gruppo visita,
- Adele Rulli,
- Florindo Barisano,
- Settimio Andreetti,
- Daniela Bruni,
- Giuseppe Vitolla,
- Rossella Celeste.

Referenti della Struttura

- Giovanni Tolloso
- Claudio Salomone
- Elena Di Rosso

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**

**Premessa:**

Con il Prot. 2534/9 del 9 febbraio 2010 è stata trasmessa dal Servizio Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata lucrativa e non lucrativa - Ufficio Assistenza Ospedaliera Privata la risultanza istruttoria della Casa di Cura Pierangeli finalizzata all'accreditamento istituzionale.

La domanda pervenuta presenta la seguente richiesta:

Allegato A alla Domanda di Rilascio di Accredimento**per i PL:**

- Cardiologia
- Chirurgia Generale
- Chirurgia Vascolare
- Medicina Generale
- Oculistica
- Ortopedia e traumatologia
- Ostetricia e Ginecologia
- Urologia
- Terapia Intensiva

per i Servizi:

- Anatomia ed istologia patologica,
- Radiologia,
- Anestesia,
- Laboratorio Analisi,
- Farmacia (solo deposito)
- Sala operatoria,
- Centro trasfusionale (solo emoteca)

per i Servizi (ex LR 6/07)

- Cardiologia
- Chirurgia Generale
- Chirurgia Vascolare

~~COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE~~



- Medicina Generale
- Oculistica
- Ortopedia e traumatologia
- Ostetricia e Ginecologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Terapia Intensiva
- Gastroenterologia

per gli ambulatori:

- Cardiologia
- Chirurgia Generale
- Chirurgia Vascolare
- Medicina Generale
- Oculistica
- Ortopedia e traumatologia
- Ostetricia e Ginecologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Gastroenterologia

Parti del Manuale di Accreditamento allegati alla domanda della Struttura

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

3. OSPEDALI

- 3.4 PAZIENTE CHIRURGICO
- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO)
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**

3 di 8



- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Premesso altresì che, l'Allegato A del Decreto del Commissario ad Acta n.25 del 4 luglio 2012 nella tabella 14 prevede per la Casa di Cura Pierangeli la seguente dotazioni dei Posti Letto (PL) per disciplina:

| UU.OO | p.l. rimodulati | | |
|--------------------------------|-----------------|---------|-------------|
| | p.l. ord | p.l. dh | p.l. totali |
| 08 - Cardiologia | 12 | 8 | |
| 09 - Chirurgia Generale | 20 | | |
| 14 - Chirurgia Vascolare | 10 | | |
| 26 - Medicina Generale | 24 | | |
| 34 - Oculistica | 4 | | |
| 36 - Ortopedia e Traumatologia | 12 | | |
| 37 - Ostetricia e Ginecologia* | 5 | | |
| 43 - Urologia | 8 | | |
| 49 - Terapia Intensiva | 3 | | |
| TOTALE | 98 | | |
| * senza punto nascita | | | |

In data 22 Novembre 2012 il CCRA formalizzava il gruppo GERA per la verifica delle suddette discipline.

In data 15 Maggio 2013 il gruppo GERA faceva pervenire a questa Agenzia la relativa documentazione comprensiva della relazione finale.

Dalla relazione finale del gruppo GERA, emerge che la struttura possiede, per le parti del Manuale di Accreditamento verificate, tutti i requisiti di classe A .

Invece, per quanto attiene le seguenti parti del Manuale:

- 3.2 PAZIENTE CON ICTUS
- 3.3 PAZIENTE CON IMA
- 3.7 PERCORSO FRATTURA FEMORE

il gruppo GERA rileva che parte dei requisiti previsti dal Manuale dell'Accreditamento risultano non applicabili in ragione dell'assenza del Pronto Soccorso.

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



L'ASR, sulla base della documentazione in possesso, procedeva alla valutazione di quanto pervenuto a norma delle procedure sull'accreditamento (Allegato n. 6 della deliberazione n. 591/P del 1 Luglio 2008 "Procedure" modificato con Delibera del Commissario ad Acta n.36/2009 del 1 Giugno 2009) evidenziando le seguenti criticità:

- A) Si fa rilevare che pur non essendo contenuti nella domanda di accreditamento presentata dalla struttura, il gruppo GERA ha comunque provveduto a verificare anche le seguenti parti del Manuale dell'Accreditamento relativi a:

3.2 PAZIENTE CON ICTUS, dove risultano NON APPLICABILI i requisiti numero 2.1-2.2- 5.1-5.2 - 6.1 - 6.2

3.3 PAZIENTE CON IMA, dove risultano NON APPLICABILI i requisiti numero 2.1-2.2-9.1-9.2 -10

3.7 PERCORSO FRATTURA FEMORE, dove risultano NON APPLICABILI i requisiti numero 2.1-2.2

Infatti, nella relazione del gruppo GERA viene precisato "..... che i referenti della casa di cura hanno dichiarato e sottoscritto che l'Accreditamento è stato richiesto anche per sezioni non indicate nel Manuale al momento di richiesta di Accreditamento".

- B) Il gruppo GERA ha verificato la parte del Manuale dell'Accreditamento relativa al 3.4 PAZIENTE CHIRURGICO che, pur presentando il possesso di tutti i requisiti di classe A, per i requisiti 2.1 – 3.1, nella colonna "annotazioni", riporta, segnato in rosso, quanto segue: "*..Procedure disponibili attenzione che qui i ricoveri in urgenza in sostanza non esistononon c'è P.S.*"

- C) Il gruppo GERA, inoltre, rappresenta nelle parti del Manuale di Accreditamento verificate quanto segue:

- ✓ Nella parte 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA i requisiti numero 6.1-6.2 (Appropriatezza clinica) risultano NON COMPILATI (*..in attesa di delibera regionale di chiarimento*).

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**

5 di 8



- ✓ Nella parte 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA (ANATOMIA PATOLOGICA) i requisiti numero 6.1-6.2 (Appropriatezza clinica) risultano NON COMPILATI (...in attesa di delibera regionale di chiarimento).
- ✓ Nella parte 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINE OSPEDALIERA i requisiti numero 7.1-7.2 (Appropriatezza clinica) risultano NON APPLICABILI (...in attesa di regolamentazione regionale).
- ✓ Nella parte 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE -TERAPIA INTENSIVA i requisiti numero 4.1 - 4.2 risultano NON APPLICABILI.

In occasione della riunione del CCRA in data 30.05.2013 lo stesso ha ritenuto di dare mandato all'ASR di approfondire dette criticità emerse e quindi di rinviare a successiva riunione la valutazione di merito

In considerazione di quanto sopra esposto, l'ASR Abruzzo ha attivato il dott. Barbato, Responsabile del gruppo GERA, al fine di verificare la reale non applicabilità dei requisiti delle seguenti del parti del Manuale dell'Accreditamento:

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA (ANATOMIA PATOLOGICA)
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINE OSPEDALIERA

In data 11 giugno il dott. Barbato ha fatto pervenire all'ASR Abruzzo la nota acquisita al prot. n. 1267 dell'11/06/2013 in cui veniva specificato quanto segue:

"ai requisiti di cui al Manuale di Accreditamento (L.R.32/07 e s.m.i.):

- Scheda 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA (codice MLO) i requisiti 6.1 e 6.2 (appropriatezza clinica), relativi sia al laboratorio di analisi clinici che a quella di anatomia patologica...
- Scheda 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINE OSPEDALIERA (codice DI) requisiti 7.1 e 7.2 (appropriatezza clinica)

pur avendone autocertificato il possesso in sede di domanda di accreditamento (Ottobre 2009), è stata poi erroneamente dichiarata la loro "non applicabilità" in sede di verifica; tali requisiti, infatti, sono in realtà posseduti dalla nostra struttura riscontrabile attraverso la seguente documentazione già allegata..."

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



Conclusioni

La relazione presentata dal gruppo GERA, così come integrata, risulta essere congruente al 100% dei requisiti di classe A nella parte riferita

1. DIRITTI DEI PAZIENTI
 - 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE
2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO
 - 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)
3. OSPEDALI
 - 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO)
 - 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
 - 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA (Anatomia Patologica)
 - 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA
- 5) ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI
 - 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
 - 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
 - 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
 - 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

La parte del Manuale di Accreditemento:

- ✓ "3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE -TERAPIA INTENSIVA", risultanon applicabile nei requisiti numero 4.1 - 4.2

Per quanto sopra rappresentato e vista la relazione del gruppo GERA così come integrata con documentazione

SI PROPONE

- l'accreditamento istituzionale per la casa di Cura Pierangeli relativa a :

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**

**1. DIRITTI DEI PAZIENTI**

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

3. OSPEDALI

- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO)
limitatamente ai posti letto ed alle discipline previsti dal Decreto del
Commissario ad Acta n.25 del 4 luglio 2012:

- Cardiologia ,
- Chirurgia Generale,
- Chirurgia Vascolare,
- Medicina Generale,
- Oculistica,
- Ortopedia e traumatologia,
- Ostetricia e Ginecologia (senza Punto Nascita),
- Urologia,
- Terapia Intensiva,

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA (Anatomia Patologica)

- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

5) ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA

- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA

- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE

- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 09.10.2013, n. 81

**Accreditamento Istituzionale Casa di Cura
privata Nova Salus.**

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009, così come integrata con deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 e del 3 agosto 2012, con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad Acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

ATTESO che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad Acta *"all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale"*;

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012 di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

VISTA la L.R. 31.07.2007 n. 32 recante *"Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private"*;

VISTO, in particolare, l'art. 6 della L.R. 31.07.2008 il quale disciplina l'accreditamento Istituzionale, subordinandolo al rispetto di *"ulteriori requisiti orientati al miglioramento continuo della qualità di assistenza definiti dal Manuale di Accreditamento"*;

VISTA la L.R. n. 5/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ed in particolare gli allegati 2.2 *"Linee guide per la stesura del manuale di accreditamento"* e 2.3 *"Linee guida per la costituzione dell'organismo regionale per l'accreditamento (O.R.A.)"* le quali definiscono le funzioni dell' O.R.A. prevedendo che esso si componga del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.) e del Comitato di Coordinamento Regionale per l'accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008, pubblicata sul BURA n. 75 del 22.10.2008, di approvazione dei Manuali regionali di Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie e ss.mm.ii.;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 53/09 del 21 luglio 2009 di istituzione del Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.);

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/09 del 22 ottobre 2009 di approvazione del Regolamento dell'Organismo Regionale per l'Accreditamento;

VISTI la deliberazione del Commissario ad Acta n. 39/2010 del 7 luglio 2010 ed il Decreto del Commissario ad Acta n. 1/2011 del 31 gennaio 2011 di modifica della composizione del Comitato di Coordinamento Regionale;

VISTA la deliberazione del Commissario ad Acta n. 79/2010 del 22 dicembre 2010 di nomina del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.);

VISTA la domanda di accreditamento ex art. 12 L.R. 32/2007 presentata dalla Casa di Cura Nova Salus in data 8 ottobre 2009, prot. 22259/4, trasmessa al C.C.R.A. in data 09.02.2010;

VISTA l'autorizzazione definitiva 42/2012 del 28.10.2012 rilasciata dal Comune di Trasacco (AQ);

VISTA la nota del 14 giugno 2013 (All. 1) acquista in pari data al protocollo regionale RA/154338, con la quale l'ASR Abruzzo, in esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 30 maggio 2013 ha trasmesso, all'Ufficio Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale della Direzione

Politiche della Salute, la scheda di Valutazione Finale e la proposta motivata in copia conforme, relativa all'accreditamento Istituzionale della Casa di Cura privata Nova Salus;

PRESO ATTO della richiamata Scheda di Valutazione Finale con la quale il C.C.R.A ha valutato positivamente la tipologia di accreditamento della Casa di Cura Nova Salus conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale: Tipologia di accreditamento - classe 1 accreditamento di base per n. 30 posti letto di recupero e riabilitazione funzionale Cod. 56

PRECISATO che ai sensi dell'art. 6, comma 4, della citata L.R. 32/2007 l'accreditamento istituzionale ha durata quinquennale ed è rinnovabile su richiesta del rappresentante legale, mediante domanda corredata di autocertificazione attestante il mantenimento del possesso dei requisiti di accreditamento, da presentare almeno sei mesi prima del quinquennio;

RILEVATO che il presente atto ha carattere di urgenza e, per tale ragione, sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di riconoscere** alla Casa di Cura privata Nova Salus S.r.l. con sede operativa in Trasacco alla Via Roma 75/a, in attuazione dell'art. 6 L.R. 32/2007, l'accreditamento istituzionale di classe 1 - accreditamento di base per n. 30 posti letto di recupero e riabilitazione funzionale Cod. 56
- **di stabilire** che l'accreditamento istituzionale avrà durata quinquennale;
- **di notificare** il presente decreto alla Casa di Cura Nova Salus mediante raccomandata A/R;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, all'Agenzia Sanitaria Regionale, nonché ai competenti Servizi della Direzione Politiche della Salute disponendone la pubblicazione sul BURA per finalità notiziali;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, per la relativa validazione, secondo quanto previsto dall'Accordo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico.

IL COMMISSARIO AD ACTA
F.to Dott. Giovanni Chiodi

Segue allegato

Allegato a De. CAIRO del Commissario ad ACTA

ALL. 1

n. 81 del 09 OTT. 2013

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Prot. n° 1333 Partenza

14/06/2013

Commissario Ad Acta
Dott. Giovanni CHIODI

Sub-commissario
Dott. Giuseppe ZUCCATELLI

REGIONE ABRUZZO
Direzione Politiche della Salute

Prot. n. R.A. 134338

14 GIU. 2013

Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria
Ufficio Autorizzazione ed Accredimento Istituzionale
Direzione Politiche della Salute
Dott. Tobia MONACO



Oggetto: Procedimento di accreditamento istituzionale struttura privata "Nova Salus" (art.12, L.R. 32/2007). Trasmissione Valutazione Finale del CCRA (Nota n. 7_delle Procedure di Accredimento Istituzionale dell'Allegato 6 "Procedure" della DGR 591/P del 1 Luglio 2008 e successive modifiche)

In esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 30 Maggio 2013 con verbale n.3/2013, si trasmette in allegato, la scheda di Valutazione Finale e la relativa proposta motivata in copia conforme, riguardante l'accreditamento istituzionale della Casa di Cura "Nova Salus" per il seguito di competenza.



IL DIRETTORE ASR ABRUZZO

Dott. Amedeo Budassi

Il Comitato di Coordinamento Regionale per L'Accreditamento

Nella riunione del 30/05/2013, vista la tipologia di accreditamento proposta motivatamente dall'Agenzia Sanitaria Regionale con nota prot. n. 1161 del 30 Maggio 2013 in ordine alla Casa di Cura Nova Salus di Trasacco (AQ); ritenuto che la stessa è conforme a quanto previsto dalle disposizioni vigenti

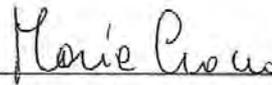
Valuta

positivamente la tipologia di accreditamento della Casa di Cura Nova Salus conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale con la allegata proposta:

- Tipologia accreditamento – classe 1 accreditamento di base
- Numero posti letto 30 di recupero e riabilitazione funzionale COD. 56

Letto confermato e sottoscritto:

Il Direttore della Direzione Politiche della salute



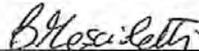
Il Direttore dell'ASR Abruzzo



Il Dirigente del Servizio Programmazione sanitaria



Dirigente del Servizio assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa, protesica e termale





ACCREDITAMENTO DELLA CASA DI CURA NOVA SALUS

PROPOSTA MOTIVATA

Struttura Verificata: Casa di Cura NOVA SALUS Srl di Trasacco (AQ)

Domanda di Accreditemento: Prot. 22259/4 del 8 ottobre 2009

Accreditamento predefinitivo(art. 6 LR 32/07): Recupero e Riabilitazione Funzionale cod. 56

Autorizzazione Definitiva: Comunicata dal Servizio Programmazione Sanitaria – Ufficio Autorizzazione ed accreditamento istituzionale con nota prot. RA/247811/DG19 del 7 Novembre 2012 – Direzione Politiche della Salute: Numero Autorizzazione Definitiva 42/2012 del 28/10/2012 Comune di Trasacco (AQ)

Gruppo G.E.R.A. formalizzato con verbale del CCRA n. 8 del 22 novembre 2012

- Vincenzo Orsatti, Responsabile del gruppo visita,
- Giovanna Masci,
- Ettore Ricciuti,
- Lucilla Gagliardi,
- Tommaso Fulgente.

Referente della Struttura

- Lucia Di Lorenzo

Premessa:

Con il Prot. 2534/9 del 9 febbraio 2010 è stata trasmessa dal Servizio Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata lucrativa e non lucrativa - Ufficio Assistenza Ospedaliera Privata la risultanza istruttoria della Casa di Cura Nova Salus finalizzata all'accREDITAMENTO istituzionale.

La domanda pervenuta presenta la richiesta delle seguenti Discipline:

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



Allegato A Alla Domanda Di Rilascio Di Accreditemento

per i PL ordinari :

- Recupero e Riabilitazione Funzionale

per i servizi:

- Radiologia
- Laboratorio Analisi

per gli ambulatori:

- Medicina Generale
- Neurologia
- Ortopedia e traumatologia
- Recupero e Riabilitazione Funzionale
- Pneumologia

Parti del Manuale di Accreditemento allegati alla domanda della Struttura

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

3. OSPEDALI

- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO)
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



In data 22 novembre 2012 il CCRA formalizzava il gruppo GERA per la verifica delle suddette discipline.

In data 29 gennaio 2013 il gruppo GERA faceva pervenire a questa Agenzia la relativa documentazione comprensiva della relazione finale.

Sulla base della documentazione in possesso, l'ASR procedeva alla valutazione di quanto pervenuto a norma delle procedure sull'accreditamento (Allegato n. 6 della deliberazione n. 591/P del 1 Luglio 2008 "Procedure" modificato con Delibera del Commissario ad Acta n.36/2009 del 1 Giugno 2009).

Solo in tale occasione ci si rendeva conto che la domanda così come trasmessa dal competente ufficio della Direzione Politiche della Salute conteneva oltre alla richiesta dell'accreditamento della disciplina, così come attribuita dal Decreto del Commissario n.25 del 4 luglio 2012, anche la richiesta di accreditamento di discipline per attività ambulatoriali richiamate **in premessa che invece non risultano essere in accreditamento predefinitivo.**

Alla luce di quanto precedentemente esposto, pur nel prendere atto dei contenuti del citato verbale che riconoscono una valutazione positiva di accreditabilità degli ambulatori richiesti dalla Casa di Cura, si ritiene di non poter valutare positivamente detta richiesta, per la carenza del requisito essenziale di "accreditamento predefinitivo" ai sensi dell'articolo 12 della L.R. 32/2007

Conclusioni

La relazione presentata dal gruppo GERA risulta essere congruente al 100% dei requisiti di classe A nella parte riferita

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

3. OSPEDALI

- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO)
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

**COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE**



pertanto

SI PROPONE

l'accreditamento istituzionale per la casa di Cura Nova Salus limitatamente a

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

3. OSPEDALI

- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO) limitatamente alle discipline previste dal Decreto del Commissario ad Acta n.25 del 4 luglio 2012:
 - ✓ Recupero e riabilitazione funzionale (N.30 POSTI LETTO)
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA



COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 09.10.2013, n. 82

Approvazione linee guida regionali recanti: le cure palliative e la terapia del dolore nel bambino”.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009, così come integrata con Deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 e del 03 agosto 2012, con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012 con cui si è provveduto a nominare il Dott. Giuseppe Zuccatelli in funzione di Sub Commissario, avente il compito di affiancare il Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario regionale, con specifico riferimento – per quanto concerne la materia del presente provvedimento – alla collaborazione finalizzata all'adozione dei provvedimenti necessari all'attuazione del Piano di Rientro, in coerenza con le disposizioni recate dal vigente ordinamento;

RICHIAMATI gli Accordi Stato – Regioni 138/CSR del 27 giugno 2007 “ Accordo in materia di cure palliative pediatriche” e 113/CSR del 20 marzo 2008 Accordo sul “ Documento tecnico per le cure palliative pediatriche”;

PRESO ATTO che il documento tecnico di cui al citato Accordo del 20 marzo 2008, identifica le cure palliative rivolte ai minori, come peculiari rispetto a quelle dell'adulto, in quanto rispondenti ad una tipologia e quantità di bisogni del tutto specifici, che condizionano in modo caratteristico, sia a livello programmatico sia organizzativo, le azioni da intraprendere e i modelli organizzativi da implementare;

VISTA la Legge 15 marzo 2010 n°38, recante “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, con cui si è provveduto a definire – ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a) l'ambito delle «cure palliative» come

“l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata, ivi compreso il paziente pediatrico, sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici”;

VISTO l'Accordo stipulato tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante le Linee guida per la promozione, sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore (Rep. Atti 239/CSR del 16.12.2010);

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n° 616 del 12.09.2011, avente ad oggetto “Istituzione dei Gruppi di coordinamento per l'implementazione e la gestione della Rete regionale delle cure palliative e della Rete regionale della terapia del dolore, a norma della Legge 38 del 15 marzo 2010”, così come integrata con Deliberazione di Giunta Regionale n° 300 del 21.05.2012, con la quale si è provveduto ad istituire, in attuazione del suddetto Accordo, presso la Direzione regionale *Politiche della Salute* il Gruppo di Coordinamento della Rete regionale delle Cure palliative, composto da professionalità della citata Direzione, dell'Agenzia Sanitaria Regionale d'Abruzzo, delle Aziende U.U.S.S.L.L. regionali, da rappresentanti dei MMG e da professionisti universitari di comprovata esperienza;

CONSIDERATO che le surrichiamate deliberazioni attribuiscono al Gruppo di Coordinamento della Rete regionale delle Cure palliative le seguenti funzioni:

- Coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere, al fine di garantire approcci omogenei ed equità di sistema ;
- Monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali;
- Sviluppo del sistema informativo regionale sulle cure palliative;
- Definizione e monitoraggio di indicatori qualitativi di cure palliative ivi inclusi gli standard di cui al Decreto 22 febbraio 2007, n. 43;
- Definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e

assistenza in cure palliative ai sensi dell'art. 2 comma 1 Legge n°38/2010;

- Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 comma 2 Legge n° 38 cit.;
- Promozione e monitoraggio delle attività di ricerca in cure palliative;

ATTESO CHE il suddetto Gruppo di Coordinamento della Rete regionale delle Cure palliative, istituito per l'effetto delle precitate deliberazioni, ha provveduto a redigere apposite Linee guida regionali recanti "*Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'ospedale al domicilio*" recepite con decreto del Commissario *ad acta* n. 51 dell'11.10.2012 e contenenti:

1. il fabbisogno relativo ai pazienti oncologici residenti nel territorio regionale;
2. le distinte tipologie di assistenza (domiciliare, residenziale, ospedaliera e ambulatoriale) da erogarsi nell'ambito della Rete regionale per le cure palliative;
3. i criteri di arruolamento per la presa in carico del paziente terminale;
4. la definizione dei sistemi informativi per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare e residenziale;
5. l'analisi dei costi di produzione per giornata di assistenza domiciliare e residenziale e la definizione delle relative tariffe;

CONSIDERATO che, con parere prot.n.230-P del 25 giugno 2013 il Ministero della Salute d'intesa con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, in coerenza con i rilievi di cui al verbale della riunione del Tavolo congiunto dell'8 aprile 2013, evidenziava la necessità di integrare le linee guida approvate con il predetto decreto commissariale n. 51 dell'11 ottobre 2012, con apposite linee di indirizzo per le cure palliative pediatriche;

VISTO il Verbale della Riunione Congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza con il quale i competenti Dicasteri prendevano atto di quanto previamente comunicato dall'Organo commissariale con propria nota n. prot. RA/172524/COMM del 5 luglio 2013, nella quale, tra l'altro, si forniva assicurazione della predisposizione a breve di apposite Linee guida per gli aspetti pediatrici " integrative di quelle già adottate con decreto del Commissario n. 51

dell'11 ottobre 2012", da recepire con successivo provvedimento commissariale;

ATTESO CHE il Gruppo di Coordinamento della Rete regionale delle Cure palliative, nella riunione del 13 settembre 2013 appositamente convocata presso l'Agenzia Sanitaria Regionale, ha provveduto ad approvare apposite Linee guida regionali recanti "*Le cure palliative e la terapia del dolore nel bambino*" (Allegato 1 al presente provvedimento) contenenti:

- l'analisi di contesto e la proiezione del fabbisogno relativo ai pazienti pediatrici residenti nel territorio regionale;
- la definizione della rete locale delle cure palliative pediatriche (assistenza domiciliare, residenziale, ospedaliera, in emergenza, territoriale)
- la definizione dei criteri di arruolamento e presa in carico
- i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici della rete di cure palliative pediatriche
- i sistemi informativi e la qualità dell'assistenza
- le tariffe
- la formazione del personale e la sensibilizzazione del cittadino

RITENUTO di condividere il suddetto documento e, conseguentemente, procedere alla relativa approvazione;

PRESO ATTO che, in attuazione dell'art.5 L.15.03.2010, n.38, è in fase di predisposizione un Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore;

VALUTATO pertanto di riservare l'adozione di successivi provvedimenti di modifica/integrazione delle Linee Guida regionali all'esito del perfezionamento del prefato Accordo in sede di Conferenza Stato- Regioni;

RITENUTO, altresì, in ragione del carattere di urgenza che riveste il presente provvedimento, di procedere al relativo inoltro ai Ministeri dell'Economia e Finanze e della Salute successivamente alla sua formale adozione;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di approvare** le Linee guida regionali recanti **“Le cure palliative e la terapia del dolore nel bambino”** di cui all’Allegato 1 al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- **di riservare** l’adozione di successivi provvedimenti di modifica/integrazione delle citate Linee Guida all’esito del perfezionamento, in sede di Conferenza Stato-Regioni, dell’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull’individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore;

- **di inviare** il presente provvedimento, per i rispettivi adempimenti di competenza, ai Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo nonché al Servizio Gestione flussi informativi, mobilità sanitaria, procedure informatiche e Emergenza Sanitaria della Direzione regionale Politiche della Salute;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell’Economia e Finanze per la sua successiva validazione;
- **di pubblicare** il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo (B.U.R.A.).

IL COMMISSARIO AD ACTA
Giovanni Chiodi

Segue allegato

Allegato 1

Allegato a *De. 2250* del Commissario
ad ACTA

n. *82* del *09 OTT, 2013*

REGIONE
ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE

LE CURE PALLIATIVE E LA TERAPIA DEL DOLORE NEL BAMBINO

INDICE

| | | |
|------|---|----|
| 1. | Premessa | 3 |
| 2. | Analisi di contesto e proiezione del fabbisogno | 5 |
| 2.1. | La tipologia di pazienti | |
| 3. | La Rete locale delle Cure palliative pediatriche | 9 |
| 3.1. | Centro di Riferimento Regionale per le CPP | 13 |
| 3.2. | Assistenza domiciliare di base e specialistica | 14 |
| 3.3. | Assistenza residenziale - hospice pediatrico | 15 |
| 3.4. | Assistenza ospedaliera | 17 |
| 3.5. | Assistenza in emergenza | |
| 3.6. | Assistenza territoriale | |
| 4. | Criteri di arruolamento e presa in carico | 19 |
| 4.1. | Livello ambulatoriale | 20 |
| 4.2. | Livello domiciliare | 21 |
| 4.3. | Livello Residenziale - Hospice | 23 |
| 4.4. | Livello Ospedaliero | 26 |
| 5. | Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici | 28 |
| 5.1. | Requisiti organizzativi | |
| 5.2. | Requisiti strutturali e tecnologici | |
| 6. | Sistemi informativi e qualità dell'assistenza | 30 |
| 7. | Tariffe | 31 |
| 8. | Formazione del personale e informazione del cittadino | 32 |
| 8.1. | Formazione ed aggiornamento degli operatori | |
| 8.2. | Informazione e sensibilizzazione del cittadino | 33 |

1 Premessa

Con l'Accordo Stato – Regioni del 27 giugno 2007 ed il successivo del 20 marzo 2008 é stato definito un documento tecnico sulle Cure palliative pediatriche. Le presenti linee guida ne recepiscono gli indirizzi, nel contesto organizzativo della Regione Abruzzo.

Si definisce “ *fase terminale*” la condizione del bambino affetto non solo da malattia neoplastica in fase avanzata e progressiva ma anche da patologia cronico-degenerativa, e, quindi, con prognosi infausta a breve/medio termine per la presenza di alterazioni irreversibili.

Per le caratteristiche della malattia che lo affligge, il paziente terminale, e ancor più il bambino affetto da *patologia neoplastica* o da *patologia cronico- degenerativa* e in trattamento con cure palliative richiede un insieme di interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali, rivolti al malato ed al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e globale dei pazienti, la cui malattia di base, caratterizzata da una inarrestabile evoluzione e da prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici (art. 2, comma 1, lett. a – Legge n. 38 del 15.03.2010).

Quando é stato raggiunto lo stato di inguaribilità, diventa importante integrare le cure palliative e di supporto con una crescente attenzione alla dimensione psicologica e familiare.

Si passa così dall'attenzione alla cura della malattia del paziente, al concetto del “ prendersi cura” della persona.

L'assistenza ai pazienti neoplastici, ed ancor più per i bambini affetti da neoplasie o da altre malattie in fase avanzata e progressiva, costituisce un enorme problema di sanità pubblica e più in generale della società, con profonde implicazioni cliniche, psicologiche e sociali.

L'obiettivo, così come sostiene l'Organizzazione Mondiale della Sanità, é quello di migliorare la qualità di vita del piccolo paziente e della sua famiglia. Anche in considerazione della finalità che si prefiggono, le CPP presentano, rispetto a quelle dell'adulto, alcune peculiarità, in quanto devono rispondere ad una molteplicità di bisogni del tutto specifici, non solo dell'area clinica ma anche di quella relazionale, sociale e psicologica. In particolare, gli aspetti che caratterizzano le CPP sono:

- L'assistenza a tale tipologia di pazienti é ad oggi erogata in genere in regime di ricovero, talvolta anche in reparti intensivi;
- Occorre valorizzare tutte le numerose professionalità coinvolte tra ospedale e territorio, con al centro il pediatra di famiglia. Ove necessitano, occorre formare specificamente, non solo gli aspetti clinici e sanitari, ma anche, relativamente agli aspetti psicologici, etici, sociali, tutti i professionisti coinvolti;
- Il *setting* assistenziale da privilegiare é senza dubbio il domicilio; tuttavia é necessario prevedere anche la modalità di assistenza in ambiente protetto, *Hospice* o Ospedale, in cui il bambino e la sua famiglia possano fronteggiare situazioni di assistenza che al domicilio diventano disagiati e difficili;

- La necessità di disporre di linee di indirizzo al fine di assicurare una presa in carico da parte di équipes multi-professionali e multi-specialistiche, presa in carico che sia adeguata sia alla fase della malattia che alla fase di sviluppo psico-fisico del bambino;

Occorre, inoltre, operare una prioritaria e fondamentale distinzione tra “cure palliative” e “cure terminali” o “di fine vita”: queste ultime, si riferiscono alla “presa in carico di bambini e genitori nel periodo strettamente legato all’evento della morte (settimane, giorni)”; le cure di fine vita sono, quindi, ricomprese nelle CPP, di cui costituiscono, tuttavia, solo la fase estrema.

Questa diversa categoria ontologica, già ampiamente acquisita nella definizione delle Cure Palliative dell’adulto, assume nelle CPP un significato ancora più pregnante se si pensa ai tanti piccoli pazienti che, portatori di una malattia non curabile, vivono anche molti anni supportati da interventi assistenziali specialistici da considerarsi di tipo palliativo in quanto non rivolti al trattamento specifico della malattia.

I principali fattori clinici, psicologici e sociali che rendono necessaria l’assistenza continua al piccolo paziente con malattia inguaribile sono:

- *Il dolore*: è il sintomo che caratterizza la malattia oncologica, ma è presente in molte patologie neurologiche di tipo degenerativo o in altre malattie tipo la fibrosi cistica.
- *la gestione a lungo termine delle vie aeree mediante tracheostomia ed eventuale ventilazione meccanica* domiciliare in pazienti con insufficienza respiratoria o altra patologia che ne indichi la necessità;
- *la gestione di gastrostomie, di vie infusive centrali e della relativa Nutrizione Artificiale* si pone in modo più pressante nei piccoli pazienti affetti da patologie degenerative del SNC che sfociano in modo inequivocabile in deficit della deglutizione e più in generale, della introduzione di nutrienti. Si possono individuare, inoltre, bisogni inerenti la sfera della nutrizione clinica in generale da trattarsi nelle strutture territoriali e residenziali inserite nel programma.
- *la compromissione delle funzioni*: in questi pazienti possono essere compromesse le grandi funzioni viscerali, motorie e cognitive.
- *le infezioni opportunistiche*
- *gli altri grandi sintomi quali: anoressia, nausea, vomito, singhiozzo, tosse, dispnea, vertigini, etc.* Ai sintomi collegati direttamente alla malattia di base si aggiungono quelli da patologie saprofitiche associate alla neoplasia, quelli da patologie intercorrenti indipendenti dal tumore e quelli associati a trattamenti terapeutici
- *il supporto psicologico*: l’intervento dello psicologo é fondamentale dal momento della comunicazione della malattia e durante tutta la storia clinica ed assistenziale dei piccoli pazienti per potere sostenere in modo personalizzato, continuativo e strutturato sia il bambino malato che i genitori ed i fratelli.

Con il presente documento, la Regione Abruzzo provvede, come già precisato, a recepire i contenuti degli Accordi Stato-Regioni inerenti le cure palliative pediatriche del 27.06.2007 e del 20.03.2008 , della Legge del 15.03.2010, n.38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore”, nonché dei

successivi accordi della Conferenza Stato-Regioni incluso il Documento dell'Intesa Stato - Regioni N.151/CSR del 25.07.2012 dove vengono riportati gli standard qualitativi e quantitativi (Dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la Rete di Cure Palliative e di terapia del Dolore Pediatrica) .

La Regione Abruzzo intende definire e sviluppare a livello regionale la Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrica (CPTDP) con un modello di integrazione di diversi livelli della Rete per interventi specifici per l'età pediatrica finalizzati ad un adeguato approccio alle problematiche poste dalla malattia inguaribile al piccolo paziente ed alla sua famiglia. I diversi livelli della Rete sono:

- livello regionale (Centro di riferimento Regionale per le CPP e TDD pediatriche)
- livello domiciliare (Assistenza Domiciliare di base e specialistica)
- livello residenziale (Hospice pediatrico)
- livello ospedaliero (U.U.OO. di Pediatria, Chirurgia pediatrica, Rianimazione e terapia intensiva)
- livello territoriale per interventi sociosanitari ed educativi
- livello emergenza (sistema emergenza-urgenza 118)

La Regione si impegna, inoltre, a rivisitare gli attuali Manuali di Autorizzazione e di Accreditamento specifici per la rete delle Cure Palliative e terapia del Dolore Pediatrica alla luce dell'Intesa tra Stato, Regioni e Provincia Autonome di Trento e Bolzano Rep. N. 259/CSR del 20 dicembre 2012 recante "Disciplina per la Revisione della Normativa dell'Accreditamento".

2. Analisi di contesto e proiezione del fabbisogno.

Ad oggi, le patologie neoplastiche, pur avendo un tasso d'incidenza e una prevalenza inferiore rispetto, ad esempio, alle cardiovasculopatie, costituiscono una percentuale importante delle patologie in esame e meritano un livello di considerazione elevato a causa delle peculiarità che le contraddistinguono:

- gravità /mortalità;
- durata della malattia;
- impatto delle cure sulla qualità della vita;
- comorbidità;
- fragilità psico-fisica del bambino;
- impatto sulla famiglia.

All'interno della categoria delle neoplasie e delle malattie degenerative- progressive esistono, poi, importanti differenze in termini di incidenza, grado di debilitazione derivante dalla malattia, cause di insorgenza, prognosi e mortalità. Tuttavia, l'identikit del paziente pediatrico eleggibile alle cure palliative è caratterizzato in generale dalla presenza di un alto grado di fragilità e di complessità clinica.

Un altro fattore di analisi essenziale, avuto riguardo alle specificità delle cure per bambini affetti da neoplasie o altre malattie degenerative- progressive è l' aumento

del numero di minori eleggibili in cure palliative, evidenziato da più parti nella letteratura internazionale.

Il progresso tecnologico e medico, unito alla diffusione dei reparti specialistici ed all'evoluzione delle terapie intensive, hanno permesso, pur non consentendone la guarigione, la sopravvivenza di neonati, bambini ed adolescenti portatori di malattie altrimenti letali. Il miglioramento generale delle pratiche assistenziali ha determinato, inoltre, un allungamento progressivo della sopravvivenza in costanza di malattia.

Di conseguenza, si è determinata una nuova tipologia assistenziale, con bisogni spesso complessi e necessità di risposte integrate multi-specialistiche ed interistituzionali.

Una proiezione più precisa del fabbisogno può risultare da un'analisi comparata dei dati sulla mortalità di pazienti di età compresa tra 0 – 17 anni.

Uno studio del Ministero della Salute, eseguito in collaborazione con l'ISTAT, ha evidenziato che in Italia muoiono ogni anno circa 1.100-1.200 bambini (0-17 anni) con malattia inguaribile-terminale, pari a 1/10.000 .

I raffronti effettuati con altri Paesi dell'Unione Europea e con altre Regioni del Nord Italia conduce a conclusioni analoghe: analizzato il trend del fenomeno nell'arco del quinquennio 2000- 2006, le risultanze mostrano che nel Regno Unito, l'incidenza è pari a 1/10.000, nella Regione Veneto a 0,8/10.000 e nella Regione Emilia Romagna 0,76/10.000.

La determinazione del livello di utenza potenziale di cure palliative pediatriche basata su proiezioni di fabbisogno effettuate partendo dal dato nazionale, pari a 1/10000, in raffronto e proporzione ai dati attualmente disponibili sulla popolazione dei minori della Regione Abruzzo (ab. 0-17 anni: n.205.774) conduce ad individuare **oltre 20 casi di minori inguaribili /terminali.**

Attualmente, in Italia ed anche nel contesto regionale, l'assistenza ai pazienti pediatrici è erogata in regime di ricovero ospedaliero in reparti per acuti. Se a domicilio, la gestione spesso ricade per gran parte sulla famiglia. Pochissime, in questo senso, le esperienze pilota di reti di cure palliative pediatriche, specificamente modulate per fornire risposta ai bisogni dei bambini con malattia inguaribile e delle loro famiglie. Inoltre, occorre tener presente che la possibilità di accedere a servizi di cure palliative pediatriche, da parte di un minore malato, è quanto mai limitata e disomogenea sul territorio nazionale, legata alla patologia in questione, all'età del paziente ed al luogo di residenza. Riguardo alla tipologia dei bisogni presentati dai minori eleggibili alle cure palliative e dalle loro famiglie, negli ultimi anni, indagini condotte a livello internazionale e nazionale su differenti aree geografiche hanno fornito una sorprendente omogeneità di risultati, sostanzialmente sintetizzabili come di seguito¹:

- le famiglie desiderano che il loro bambino sia curato a casa e vi rimanga fino alla morte;
- il bambino vuole rimanere a casa;

¹ All. 1 Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche approvato in sede di Conferenza Stato – Regioni il 20 marzo 2008.

- le risorse dedicate attualmente alle cure palliative pediatriche sono inadeguate;
- la disponibilità di servizi di sollievo é essenziale e per ora inadeguata;
- l'accessibilità ad eventuali servizi di cure palliative pediatriche è spesso determinata dal luogo dove il bambino vive e dal tipo di patologia;
- la comunicazione tra i vari professionisti che seguono un bambino affetto da malattia inguaribile é allo stato ancora insufficiente e deve essere implementata;
- vi é urgente bisogno di formazione per i professionisti e volontari coinvolti nella presa in carico del bambino e della sua famiglia;

Varie esperienze sono state, infine, condotte in diversi Paesi ed in alcune realtà italiane, per dare risposta organizzata e continua, ai bisogni di cure palliative pediatriche. Tutte si fondano sull'attuazione e/o diversa integrazione di quattro diverse risposte assistenziali, due di tipo residenziale e due di tipo domiciliare:

- Cure palliative pediatriche residenziali, effettuate in strutture specifiche per bambini inguaribili, (hospice o " *home in hospital*", case dedicate a pazienti con patologie specifiche e situate vicino ai reparti ospedalieri di degenza per acuti) o nei reparti di degenza per acuti;
- Cure palliative pediatriche domiciliari, dove il minore è seguito a domicilio da una équipe ospedaliera (ospedalizzazione a domicilio), o da una équipe territoriale o mista (ospedale- territorio);

Poiché nessuno dei modelli sopra proposti é esente da svantaggi, la realtà applicativa si presenta caratterizzata da una "combinazione" tra i moduli organizzativi da utilizzare congiuntamente in una rete assistenziale, nell'ambito della quale le diverse Istituzioni sanitarie e non, agiscono in sinergia, in momenti diversi del decorso del paziente, privilegiando a seconda delle condizioni e della situazione, ora l'uno ora l'altro modulo.

Sulla base dell'analisi condotte e delle proiezioni effettuate, oltre che delle risultanze emerse dalle sopraccitate indagini a livello nazionale ed internazionale, la Regione Abruzzo ha operato la scelta di attrezzare la rete *hospice*, già costituita ed in gran parte implementata in attuazione dei decreti commissariali n. 37/2012 e 51/2012, con almeno n.3 posti letto pediatrici, attivati presso le strutture *hospice* esistenti. Il numero dei posti letto pediatrici così individuati risulta lievemente superiore al fabbisogno standard stabilito dalla Commissione nazionale delle Cure palliative pediatriche nel valore di 0,1/10000 minori, ma deriva dalla rilevata opportunità di fornire tale *setting assistenziale* su tutto il territorio regionale, sia per le più popolose aree costiere sia per le aree montane più interne; ciò, al fine di rimuovere o, quando non possibile, ridurre al minimo i disagi legati allo spostamento dei nuclei familiari ma soprattutto per cercare di lasciare il piccolo paziente, sebbene ricoverato in Hospice, nel suo contesto culturale e sociale.

Ciò anche tenuto conto del fatto che l'incremento dei casi di neoplasie e patologie degenerative tra i bambini unito al decremento della popolazione " attiva", ossia in grado di prendersi cura del paziente cronico porterà ad una crescente necessità di adeguare la rete di assistenza regionale, soprattutto per quanto riguarda la rete di assistenza territoriale e domiciliare.

3. La Rete locale delle cure palliative pediatriche.

La Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrica, secondo la definizione del Documento dell'Intesa Stato Regioni N.151/CSR del 25 luglio 2012, è una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali.

Gruppo di Coordinamento

La Regione Abruzzo ha istituito, con Delibera Regionale n. 616 del 12 settembre 2011 e Delibera Regionale d'Integrazione n. 300 del 21 maggio 2012, il "Gruppo di coordinamento Regionale per l'implementazione e la gestione della Rete delle Cure Palliative", formato da figure professionali con specifica competenza ed esperienza ai sensi dell'Articolo 5, Comma 2, Legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" formato da specialisti del settore provenienti da:

- Università,
- Medici di Medicina Generale,
- Agenzia Sanitaria Regionale (ASR)
- Regione
- Presidi Ospedalieri
- Hospice
- Ambulatori territoriali
- Organizzazioni sindacali

Al Gruppo sono assegnate le seguenti funzioni (Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 16.12.2010):

- tutela del diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative;
- attivazione di un sistema di erogazione di cure palliative in ospedale, in Hospice e a domicilio, coerente con quanto stabilito dall'art.5 della legge 38/2010;
- definizione e attuazione dell'ambito della Rete, dei percorsi di presa in carico e di assistenza in cure palliative per i malati, ai sensi dell'art.2, comma 1 della legge 38/2010;
- monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali;
- sviluppo del sistema informativo regionale sulle cure palliative
- promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8, comma 2 della legge n. 38/2010".
- promozione di sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle cure palliative erogate.
- monitoraggio dei costi delle prestazioni ospedaliere, residenziali (hospice) e domiciliari;
- definizione e monitoraggio di indicatori quali-quantitativi della rete cure palliative, ivi inclusi gli standard della rete delle cure palliative di cui al decreto del 22.02.2007, n.43;
- promozione e monitoraggio delle attività di ricerca in cure palliative.

Il Gruppo di coordinamento, redattore del presente documento, è stato integrato con lo specialista in Pediatria, Direttore di U.O.C. di Clinica Pediatrica Universitaria di Chieti.

La Rete di Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatrica (Rete CPP) della Regione Abruzzo ha l'obiettivo di permettere l'accesso e la presa in carico dei pazienti pediatrici e della loro famiglia attraverso un modello che integri in un solo sistema i servizi ed i luoghi di assistenza.

E' importante precisare che la Rete CPP opera in integrazione con la Rete Cure Palliative dell'adulto, definita con DCA della Regione Abruzzo n.51/2012, condividendone la struttura logistica sul territorio (sedi, rete informatica, mezzi) al fine di garantire la continuità assistenziale ai pazienti affetti da patologie inguaribili presenti nell'età pediatrica.

A tal fine, nell'ambito di ciascuna Azienda Usl, l'UCP (Unità di cure palliative) garantirà il servizio di diagnosi e consulenza pediatrica, in modo da indirizzare il paziente – bambino alla risposta terapeutica più adatta al quadro clinico-diagnostico.

A tal proposito, occorre tener presente che alla base dell' attivazione delle cure palliative pediatriche sussistono bisogni complessi che richiedono una risposta multi-specialistica.

La definizione di criteri di eleggibilità è, inoltre, complessa nel bambino sia per la specificità delle patologie sia per l'approccio terapeutico, che cambia in relazione all'accrescimento ed al periodo evolutivo; l'elemento temporale, applicabile nell'adulto, è un criterio di eleggibilità estremamente difficile ad individuarsi nel bambino.

I pazienti eleggibili alla presa in carico nella *Rete di cure palliative e della terapia del dolore pediatrica* sono quelli compresi nella fascia di età da 0-17 anni ed inquadrabili in quattro categorie di condizioni cliniche legate alla inguaribilità della malattia di base di cui ciascuna richiede interventi specifici e diversificati.

Essi sono bambini con:

- 1) Malattie per le quali i trattamenti specifici sono possibili, ma non sempre efficaci. Le cure palliative possono rendersi necessarie quando le cure specifiche falliscono o nei periodi di prognosi incerta (ad esempio neoplasie circa il 30%, insufficienze d'organo refrattarie);
- 2) Malattie che costituiscono pericolo di vita già in età precoce ma in cui trattamenti adeguati specialistici, anche intensivi nelle fasi di maggiore criticità, possono prolungarla assicurando un miglioramento della qualità della vita e la partecipazione nelle attività proprie dell'età (ad esempio la fibrosi cistica);
- 3) Malattie neurologiche e metaboliche, patologie cromosomiche e geniche che sono progressive fin dalla diagnosi ed in cui l'approccio è precocemente e

tempestivamente solo palliativo (ad esempio trisomia 18, trisomia 13, Atrofia Muscolare Spinale);

- 4) Malattie irreversibili e gravi che causano disabilità severa e morte prematura (ad esempio paralisi cerebrale grave, esiti di danni cerebrali e/o midollari gravi).

Dalla descrizione delle patologie che rendono necessario un trattamento palliativo indirizzato al paziente - bambino e alla famiglia, emerge chiaramente la differenza con le cure palliative dell'adulto: si tratta, in questo caso, di interventi che si svolgono lungo un arco temporale anche di anni, laddove le cure palliative dell'adulto durano al massimo un anno.

Nell'arco dei molti anni di assistenza, si rendono, conseguentemente, necessari anche interventi in emergenza-urgenza finalizzati a superare periodiche riacutizzazioni della malattia o scompensi d'organo o metabolici che possono insorgere nella progressione della malattia.

Questo é il motivo per cui nella strutturazione della *Rete locale di cure palliative e della terapia del dolore pediatrica* è stato previsto un "livello riferito al sistema della emergenza-urgenza e della rianimazione e terapia intensiva". A differenza del paziente adulto, il paziente pediatrico é nella gran parte dei casi (70% circa) affetto da patologie inguaribili caratterizzate, da un lato, da un decorso più lento, e dall'altro dal possibile verificarsi di fasi "acute", che rendono necessario interventi di rianimazione e/o terapia intensiva.

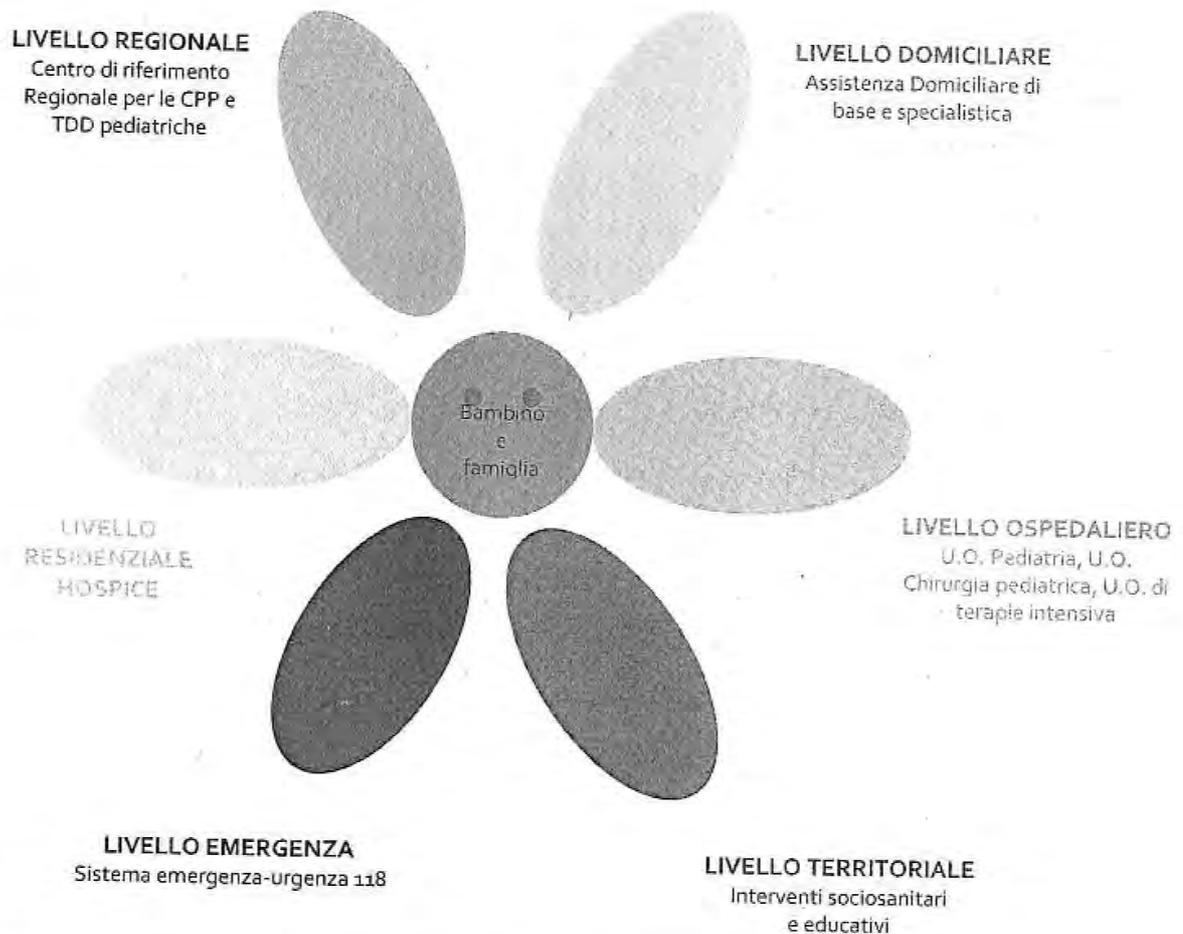
Il livello di cure appropriato in base all'evoluzione clinica, é definito nel Piano Assistenziale Integrato concordato tra i diversi livelli della Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrica (CPTDP).

La percentuale relativamente bassa di minori eleggibili alle CPP ed alla terapia antalgica specialistica, e la complessità e specializzazione delle competenze richieste determinano la necessità, da un lato, di una risposta specialistica con riferimento a bacini di utenza di ampiezza provinciale, dall'altro di una disponibilità di intervento il più vicino possibile al luogo di vita del bambino, possibilmente al suo domicilio.

Ciò si può ottenere solo tramite un modello organizzativo funzionale, composto da uno o più centri specialistici di riferimento in sintonia con le reti orizzontali delle cure primarie centrate sui luoghi di vita.

La Rete di Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatrica é l'insieme integrato e coordinato di tutte le strutture ed istituzioni del sistema socio-sanitario necessarie alla gestione del minore, le quali a propria volta interagiscono con tutte le altre Reti esistenti sul territorio

Figura 1 – Struttura della Rete locale di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrica



La Rete locale CPP si sviluppa, quindi, secondo vari livelli da considerarsi interfunzionali in una logica sistemica in cui ogni livello costituisce un nodo con la funzione di rendere la Rete efficiente ed in grado di sostenere il "peso" dei bisogni in atto.

- Centro di riferimento Regionale per le CPP e TDD pediatriche
- Assistenza domiciliare (Assistenza Domiciliare di base e specialistica)
- Assistenza residenziale (Hospice pediatrico)
- Assistenza ospedaliera (U.O. Pediatria, U.O. Chirurgia pediatrica, U.O. di terapie intensive)
- Assistenza in emergenza (sistema emergenza-urgenza 118)
- Assistenza territoriale per interventi socio-sanitari ed educativi

Le ASL della Regione Abruzzo provvedono alla assunzione e/o formazione specifica in Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche di medici specialisti (legge 38/2010), infermieri professionali, psicologi afferenti alle U.O. Ospedaliere e Territoriali.

3.1. Centro di riferimento regionale per le CPP

Il Centro di Riferimento Regionale per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore rivolte al paziente in età pediatrica é il riferimento clinico, di formazione e ricerca per il funzionamento ed il sostegno della Rete delle CPP.

Nel Centro lavora una equipe multi-specialistica e multi-professionale, specificamente dedicata alle cure palliative ed alla terapia del dolore del minore, che può anche condividere con la struttura residenziale- *Hospice*.

Nel centro Regionale di riferimento é necessaria la presenza di:

- Medico (specialità Anestesia e Rianimazione o Pediatria) con specifica formazione ed esperienza con il paziente pediatrico ed in Cure Palliative e Terapia del dolore pediatrico;
- Infermiere con specifica e documentata esperienza e formazione in Pediatria, CPP e Terapia del Dolore;
- Psicologo con specifica e documentata esperienza e formazione in Pediatria, CPP e Terapia del Dolore.

Il Centro², che sarà individuato con successivo provvedimento commissariale ha autonomia gestionale ed organizzativa funzionali all'espletamento delle sotto indicate attività:

- Il coordinamento clinico assistenziale dei percorsi tra gli elementi della Rete CPP
- Supporto per la elaborazione e diffusione di strumenti per una presa in carico omogenea su tutto il territorio della Regione: raccomandazioni cliniche, scale di valutazione, procedure organizzative, modulistica e cartella clinica
- Supporto alla formazione di base e specialistica
- Concorso al monitoraggio delle attività secondo indicatori di qualità e di processo condivisi a livello nazionale
- Partecipazione e promozione della ricerca
- Offerta di un riferimento, di competenze e di supporto per le associazioni di utenza
- Concorso allo sviluppo di programmi di informazione
- Promozione di iniziative culturali

² Previsto dal Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche, di cui all'Accordo Stato – Regioni 20 marzo 2008.

3.2. Assistenza domiciliare di base e specialistica.

La riorganizzazione del sistema cure domiciliari ed il potenziamento dell'assistenza domiciliare hanno rappresentato una delle priorità strategiche affidate dal PSR 2008-2010 (con rinvio per i dettagli al Programma operativo 2011-2012) al macrolivello territoriale.

L'emanazione di linee guida specifiche (all. E a PSR 2008-2010) ha consentito di uniformare i percorsi che le singole ASL regionali avevano autonomamente avviato con le prime sperimentazioni di cure domiciliari.

Le linee guida del sistema delle cure domiciliari in Abruzzo definiscono 3 livelli assistenziali domiciliare, in base all'entità degli interventi integrati, espressa nel CIA (coefficiente di intensità assistenziale: rapporto tra le giornate di effettiva assistenza e le giornate complessive di cure) (CIA = GEA/GDC), ovvero:

- 1- CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)
- 2A- CD Integrate di Primo Livello
- 2B- CD Integrate di Secondo Livello
- 3A- CD Integrate di Terzo Livello
- 3B- Cure Palliative ai malati terminali

Le Linee Guida prevedono, dunque, un livello assistenziale per le cure palliative domiciliari per gli stati di terminalità (oncologica e non), con il supporto di specifiche équipe che nel caso di paziente pediatrico dovranno essere **composte dallo specialista in Pediatria, dallo specialista in Anestesia e Rianimazione, dal Medico di Cure Palliative, tutti con specifica formazione in Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche.**

L' assistenza specialistica é di supporto e integrativa dell' assistenza di base, sempre sotto la responsabilità ed il governo del caso da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (PLS/MMG).

Nella definizione della Rete di Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatrica si intende approfondire tale livello assistenziale, specificando che le cure palliative pediatriche domiciliari costituiscono un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Tali cure vengono erogate dalle Equipes di Cure Palliative Pediatriche (Equipe CPP) domiciliari, che garantiscono interventi in funzione del livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, per garantire la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale PAI, nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia.

Con il nuovo modello organizzativo della Rete di cure palliative pediatriche la Regione Abruzzo intende potenziare l'offerta di cure palliative domiciliari, garantendo ai pazienti pediatrici terminali una cura adeguata.

3.3. Assistenza RESIDENZIALE - Hospice pediatrico

L'*Hospice* pediatrico é una struttura residenziale alternativa all'ospedale, ad elevata complessità assistenziale ma a dimensione di bambino con spazi, luoghi, arredi adeguati all'età, in un ambiente molto simile a quello in cui vive normalmente una famiglia.

E' una struttura in cui vengono rispettate le relazioni e l'ambiente familiare offrendo la possibilità di cucinare e consumare i pasti insieme alla propria famiglia, continuando a far vivere il bambino nel rispetto dei suoi tempi e delle sue abitudini.

Il luogo di cura residenziale deve possedere caratteristiche tali da accogliere il bambino e la famiglia in ambiente dedicato e protetto.

Il personale deve essere specificamente formato per le Cure Palliative e la Terapia del dolore pediatriche.

La principale finalità della residenzialità nella Rete CPP é la presa in carico totale e continuativa del minore, integrandosi con gli altri presidi della Rete CPP per il coordinamento delle cure con attenzione agli aspetti clinici, psicologici, spirituali, sociali, organizzativi dell'assistenza ai bambini con patologie croniche in fase avanzata di malattia.

Nel livello residenziale Hospice si definiscono i seguenti percorsi e ruoli:

- definizione di percorsi assistenziali di cure palliative e terapia del dolore pediatriche di varia intensità e tipologia, in funzione della progressione della malattia;
- gestione della lista di attesa secondo criteri trasparenti e condivisi;
- consulenza specialistica continuativa per gli altri livelli della Rete CPP;
- consulenza e supporto per la ridefinizione del PAI;
- consulenza psicologica integrata con il territorio;
- consulenza telefonica h.24
- funzione di formazione

In considerazione della stima dei casi attesi e sulla scorta dei dati di mortalità nella fascia 0-17 anni già esposti si ritiene che n.3 posti letto pediatrici in *Hospice* siano sufficienti per fornire una adeguata risposta ai bisogni di residenzialità in CPP.

La Regione Abruzzo ha individuato a tal fine i necessari posti letto di *hospice* pediatrico presso strutture residenziali appartenenti alla Rete CP per l'adulto.

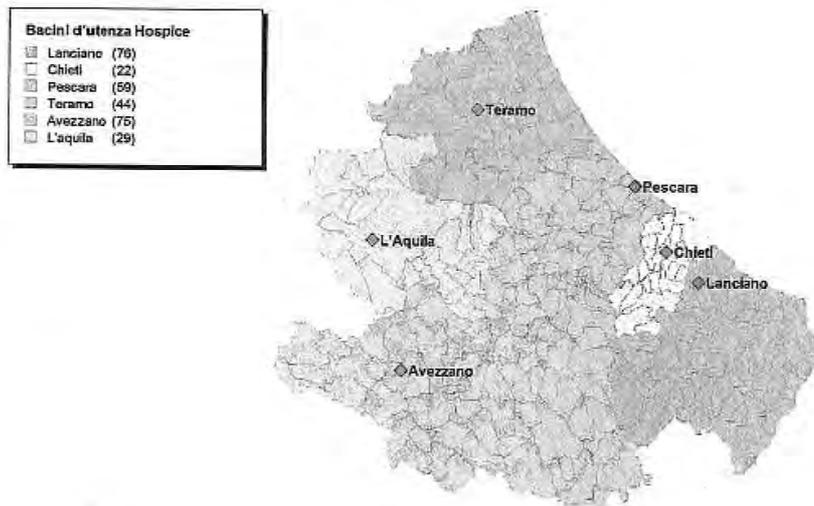
Tale indirizzo si pone in coerenza con gli obiettivi di garanzia dei livelli di assistenza e di sostenibilità economico-finanziaria. Nelle sedi individuate sono, infatti, già presenti le unità abitative fornite di requisiti strutturali necessari per la residenzialità delle CPP: le sedi individuate permettono alla unità abitativa pediatrica la autonomia logistica, organizzativa e gestionale, sono separate ma vicine ad un P.O. di riferimento dotato di UU.OO. di Pediatria, Anestesia – Rianimazione e Terapia intensiva e di Terapia del dolore .

Il personale medico, infermieristico e di supporto psicologico impegnato nella assistenza del bambino, deve essere specificamente formato per le CPP e la Terapia del Dolore Pediatrico. Si tratta di una formazione integrativa rispetto alla formazione specialistica posseduta da molti operatori delle strutture *hospice*, attivate sul territorio.

Tabella 1 – Strutture Hospice attive e in via di completamento in cui collocare i posti letto pediatrici

| ASL | presso | Posti letto | Attivazione |
|---------------------------|-------------------------------------|-------------|-----------------|
| Pescara | Hospice "Bouganville" | 1 PL | Dicembre 2013 |
| Lanciano-Vasto-Chieti | Hospice Torrecchia Teatina | 1 PL | Dicembre 2013 |
| Avezzano-Sulmona-L'Aquila | Hospice P.O. San Salvatore-L'Aquila | 1 PL | Dicembre 2013 |
| Totale posti letto | | 3 PL | a regime |

Figura 2 – Mappatura strutture Hospice



Entro l'anno 2013 la Regione Abruzzo si doterà, dunque, di n.3 posti letto pediatrici in Hospice, garantendo l'implementazione della rete locale delle cure palliative pediatriche.

L'ubicazione dei posti letto è stata stabilita rispettando la conformazione orografica e geografica della Regione e dotando così di n. 2 PL la area costiera e di n.1 posto letto la zona interna; ciò al fine di salvaguardare, per quanto possibile, la famiglia del paziente dai disagi legati alla percorrenza chilometrica elevata.

3.4. Assistenza Ospedaliera.

In base alla malattia di base da cui il bambino è affetto, si procede all'attivazione per livello di competenza delle strutture di ricovero e cura e degli specialisti necessari.

Per le malattie oncologiche è prevalente il ruolo del reparto specialistico di oncologia pediatrica, onco-ematologia, mentre per le patologie progressive, dove la insufficienza respiratoria rappresenta il principale problema da gestire, il punto di riferimento sono le U.O. di Pediatria con letti monitorizzati e quelle di Rianimazione e Terapia Intensiva con letti dedicati ad indirizzo pediatrico.

Il livello Ospedaliero si rende necessario, inoltre, per episodi intercorrenti, messa a punto terapeutica, indagini strumentali da effettuarsi in narcosi (endoscopie, polisonnografia, RMN) piccoli interventi chirurgici tipo PEG.

Soprattutto nei pazienti con patologie congenite e danni perinatali (Displasia broncopolmonare, SMA 1, SMARD, etc) il percorso può interrompersi molto precocemente nel periodo neonatale ma più spesso le condizioni mediche si stabilizzano nella loro gravità e il bambino può essere avviato ad un programma di domiciliazione, con notevoli e prevedibili difficoltà organizzative.

Per la complessità di questi casi vi è la necessità di un riferimento specialistico ospedaliero con competenze specifiche e che sappia aiutare la famiglia fornendo informazione, formazione per la assistenza a casa e soprattutto supporto nel momento di riacutizzazione e/o scompensamento della malattia di base.

Le Asl della Regione Abruzzo, si doteranno di personale formato per affrontare questo tipo di bisogni in ambito palliativo pediatrico, avvalendosi della consulenza dell'Agenzia Sanitaria Regionale per redigere appositi percorsi clinico- organizzativi (PCO).

3.5. Assistenza in EMERGENZA.

La Centrale Operativa 118 di riferimento territoriale deve essere costantemente aggiornata sui pazienti pediatrici portatori di malattie, i quali possono andare incontro ad un rapido decremento delle funzioni d'organo e sono assistiti a domicilio, in modo da pre-allertare sempre e comunque le strutture preposte nell'ambito della ASL ed eventualmente il Centro di Riferimento Regionale per le CPP e la TDD pediatriche.

3.6. Assistenza TERRITORIALE.

Gli interventi a livello territoriale non si intendono limitati a quelli di assistenza domiciliare di base e specialistica ma hanno piuttosto l'obiettivo di favorire, con il contributo di figure specialistiche quali l'assistente sociale e lo psicologo infantile, anche il mantenimento dei percorsi educativi mediante la frequenza scolastica, e ove non possibile, la frequenza a domicilio.

A livello territoriale vanno, in tal senso, valorizzati gli operatori del Terzo settore, quali associazioni di volontariato e soprattutto le associazioni dei familiari di bambini affetti da patologie oncologiche o da altre malattie inguaribili (ad esempio per i bambini affetti da patologia oncologica o per i bambini affetti da SMA): esse svolgono attività di supporto di vario tipo alla famiglia, laddove la Equipe di CPP ne valuti la necessità e quando la famiglia é pronta per accogliere il volontario come supporto.

4. Criteri di arruolamento e definizione dei percorsi di presa in carico.

I criteri generali di eleggibilità alla assistenza nella Rete di Cure Palliative Pediatriche, che devono essere contemporaneamente presenti, sono i seguenti:

- presenza di neoplasia o altra malattia in fase evolutiva irreversibile (criterio diagnostico);
- assenza o esaurimento di trattamenti elettivi specifici - chirurgici, chemioterapici e/o radioterapici (criterio terapeutico);
- sopravvivenza stimata (criterio prognostico);
- riduzione delle performance con indice di Karnofsky = 0 < 60 (criterio funzionale).

Presa in carico del paziente terminale.

La presa in carico del paziente pediatrico con patologia neoplastica terminale o altra malattia inguaribile nella Rete di cure palliative pediatriche avviene nelle modalità che di seguito si specificano.

In particolare il medico che effettua per primo una siffatta valutazione (paziente pediatrico affetto da patologia oncologica o altra patologia inguaribile), compila la **scheda di segnalazione** (si rinvia all'allegato A decreto del Commissario ad acta n. 51 dell'11 ottobre 2012) e la invia all'Unità di Cure Palliative (UCP) dell'Azienda USL di appartenenza. La segnalazione viene gestita dal Responsabile delle Cure Palliative della ASL di appartenenza del paziente, che entro 48 ore provvede a contattare il paziente per fissare con la famiglia e il paziente un colloquio di valutazione.

Tale colloquio si prefigge i seguenti scopi:

- raccogliere i dati socio-anagrafici, l'indagine socio-familiare e quella abitativa;
- raccogliere dati riguardanti la patologia specifica ed eventuali comorbidità, il quadro clinico complessivo del paziente sia in termini anamnestici, sia in relazione alle condizioni cliniche attuali e sia infine sulla prevedibile evoluzione clinica;
- verificare l'eleggibilità del paziente all'assistenza in rete cure palliative secondo i criteri generali di ammissione, sopra esposti;
- fornire informazioni sulle caratteristiche del servizio che viene offerto descrivendo l'iniziale piano di assistenza.

Dal colloquio di valutazione deriverà un giudizio di:

■ non idoneità all'inserimento nella RLCP: in tal caso il paziente è riaffidato al medico proponente accompagnato da una breve relazione del responsabile dell'Unità di Cure Palliative e del Case Manager;

■ idoneità all'inserimento nella RLCP: si verificano i criteri di eleggibilità generali e si assegna il paziente pediatrico ad una delle modalità assistenziali tra ambulatoriale, domiciliare, hospice e ospedaliera.

In caso di idoneità il responsabile dell'Unità di Cure Palliative, di concerto con il Medico di Medicina generale/ Pediatra di libera scelta, individua la modalità assistenziale più appropriata e il percorso di cura del paziente.

Quanto emerso dal colloquio viene riportato sulla **Scheda di Prima valutazione** nella Rete Cure Palliative Pediatriche (si rinvia all'allegato B decreto del

Commissario ad acta n. 51 dell'11 ottobre 2012). In essa devono quindi essere riportati:

- dati socio-anagrafici;
- quadro clinico;
- patologia e comorbidità;
- notizie sulla realtà di informazione, sulla realtà sociale ed ambientale del paziente;
- percorso avviato all'interno della Rete delle cure palliative pediatriche e setting assistenziale assegnato.

Tale scheda, insieme alla Scheda di segnalazione, entrerà, come parte integrante, nella cartella clinica che la Rete Locale Cure Palliative Pediatriche allestirà per ogni paziente pediatrico eleggibile ad una delle modalità assistenziali.

Il responsabile dell'Unità di Cure Palliative acquisisce dai familiari del paziente il Consenso specifico alle cure palliative pediatriche ed il Consenso al trattamento dei dati personali, per le finalità di cui all'art. 60 del d.lgs. 196/2003.

4.1. Livello ambulatoriale

Il principale criterio per la eleggibilità a cure palliative in regime ambulatoriale è:

- grado di autonomia che permetta l'accesso sistematico ai servizi ambulatoriali (criterio funzionale).

L'assistenza ambulatoriale è considerata, quindi, la risposta assistenziale preferibile, quando il bambino possiede ancora un certo grado di autonomia, e quindi un certo grado di "salute", che generalmente coincide con un'aspettativa di vita più lunga. Questa tipologia di assistenza, che si può anche concretizzare in una consulenza a domicilio, diventa un supporto fondamentale per il paziente, che, sebbene non agli ultimi mesi di vita, ha bisogno di essere tenuto sotto controllo, sia sotto il profilo terapeutico che psicologico e sociale. L'assistenza ambulatoriale rappresenta dunque una sicurezza per il paziente terminale, che non si sente solo nell'affrontare l'inizio di questo difficile percorso.

Percorso

Le richieste di consulenza di cure palliative pediatriche possono essere effettuate dal Medico di Medicina Generale/ Pediatra di libera scelta su ricettario SSN, prenotata per la prima volta presso il CUP e successivamente con accesso diretto all'Ambulatorio di Cure Palliative.

I piccoli pazienti ricevono prestazioni erogabili ambulatorialmente in *Hospice* o in *day-hospice* come: prima visita medica di cure palliative o di terapia del dolore, visite di controllo programmate, rilevazione test, scale di valutazione del dolore e della autonomia, compilazione di un diario contenente la pianificazione dei bisogni attuali e prevedibili, prescrizione terapeutica. Infine, si sottolinea che analoghe prestazioni sono erogabili dal personale infermieristico per quanto di competenza.

Il paziente che accede a questa modalità assistenziale è - a tutti gli effetti - inserito nella Rete Locale Cure Palliative Pediatriche. Nella sede dove i piccoli pazienti ricevono le prestazioni sarà conservata la Scheda di prima valutazione nella Rete Cure Palliative.

L'ambulatorio ed il day-hospice sono ubicati presso gli Hospice e sono dotati di requisiti strutturali, di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla attività svolta.

Quando ritenuto necessario, la prestazione ambulatoriale può essere erogata al domicilio del bambino.

4.2. Livello domiciliare

Il livello domiciliare è caratterizzato dalla assistenza domiciliare di base e specialistica, è attivato con le modalità sopradescritte ed è gestita dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale nell'ambito delle cure primaria con il personale del sistema delle Cure Domiciliari.

Nell'ambito della Rete CPP la assistenza domiciliare resta, in particolare per l'età pediatrica, l'obiettivo prioritario e da privilegiarsi.

La presa in carico domiciliare è effettuata dal PLS/MMG con la valutazione della sua stabilità clinica, della capacità della famiglia di sostenere il carico assistenziale della adeguatezza del domicilio ad accogliere il piccolo paziente.

Nella Rete CPP, nell'ambito delle cure primarie, il livello domiciliare si svolge secondo i seguenti percorsi e ruoli:

- partecipazione nella UVMP per definire il percorso di presa in carico del caso, condivisione del piano assistenziale individuale PAI e dei criteri di appropriatezza del percorso sempre dopo avere valutato e supportato i bisogni del piccolo paziente e della sua famiglia;

- pianificazione degli interventi di assistenza domiciliare con coinvolgimento di tutte le figure assistenziali del territorio individuate nella Rete CPP;

- agevolazione e semplificazione dei percorsi di integrazione con gli altri livelli della Rete CPP per consulenza, valutazione del caso ed eventuale ricovero.

Le equipe di CPP domiciliari applicano il percorso individuato dalla UVMP nel PAI e lo condividono con gli altri livelli della Rete CPP, se necessario anche con il Centro di riferimento regionale per CP e TDD pediatriche.

Il PLS/MMG è il medico di fiducia scelto dai genitori del bambino, responsabile terapeutico della assistenza domiciliare ed interviene in ogni fase di valutazione.

Il livello domiciliare è quindi una integrazione della assistenza di base coordinata dal PLS/MMG con la assistenza specialistica della rete CPP, fornita dagli specialisti delle U.O. ospedaliere coinvolte e della struttura residenziale –Hospice.

Le singole competenze nella assistenza viene declinata in maniera precisa nel PAI del paziente.

Ciò implica un percorso formativo comune della equipe domiciliare e del personale ospedaliero, anche sul campo e con riferimento alle attività di CPP svolte nelle varie U.O. al fine di un riconoscimento dei bisogni e dei presidi di erogazione delle CPP.

Il responsabile dell'Unità di Cure Palliative Pediatriche, di concerto con il Medico di Medicina Generale e/o con il Pediatra di libera scelta, stabilisce l'appropriatezza delle cure domiciliari, in base ai seguenti criteri di eleggibilità:

- criteri generali di eleggibilità esposti all'inizio del capitolo 4;
- riduzione delle performance con indice di Karnofsky = o <50 (criterio funzionale);
- famiglia o rete di sostegno informale presente e garante della presenza vicino al paziente;

- doneità logistico-strutturale del domicilio;
- impossibilità ad utilizzare le strutture sanitarie o espresso desiderio del paziente pediatrico a restare al proprio domicilio.

Individuata la eleggibilità alla modalità di Cure Palliative domiciliari pediatriche il bambino, se non già fruitore del servizio delle cure domiciliari, deve essere inserito nel sistema, secondo la procedura già in essere attivata dal Medico di Medicina Generale e/o dal Pediatra.

Nella medesima valutazione il responsabile dell'Unità di Cure Palliative pediatriche, il Medico di Medicina generale e/o il Pediatra, in relazione alla intensità assistenziale richiesta e quantificata attraverso una stima del C.I.A., inquadranteranno le Cure Palliative Domiciliari Pediatriche da effettuare come:

- interventi di base (C.I.A. \leq 0,4): erogati dai Medici di Medicina generale e da infermieri delle cure domiciliari, entrambi con una buona conoscenza di base di cure palliative. Laddove non possibile la Unità di Cure Palliative pediatriche erogherà anche gli interventi di base;
- interventi specialistici multidisciplinari (C.I.A. \Rightarrow 0,5): erogati direttamente dalla Unità Cure Palliative tramite le figure professionali previste dall'allegato 2 del documento d'Intesa Stato - Regioni decretato il 25 luglio 2012.

L'assistenza domiciliare di cure palliative pediatriche vede, dunque, l'affiancarsi alle figure professionali delle cure domiciliari di base, quelle di un'equipe esperta in cure palliative pediatriche in modo tale da personalizzare la cura domiciliare secondo i bisogni del paziente - bambino: maggiore è il livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, maggiore sarà il tempo dedicato da parte dell'equipe esperta.

Il bambino sarà visitato a domicilio (prima visita domiciliare) entro 48-72 ore da un medico dell'Unità di Cure Palliative Pediatriche e dall'infermiere Case Manager, di concerto con il medico curante / pediatra di libera scelta. In questa sede, vengono rivalutate le condizioni di eleggibilità ed avviene in modo formale la presa in carico che è conseguente a tutti gli effetti alla valutazione clinica del paziente.

Nel corso della visita si procede a:

- raccolgere ulteriori informazioni utili;
- effettuare una valutazione medico infermieristica con particolare riferimento a sintomi presenti che compromettono la qualità della vita;
- valutare i bisogni assistenziali espressi dal paziente e/o i suoi familiari;
- valutare la eventuale necessità di ausili e presidi;
- educare il *care-giver* riguardo alle modalità di assistenza del paziente;
- consegnare al *care-giver* materiale informativo e di supporto per la gestione del paziente;
- redigere un piano terapeutico indicando per iscritto le modalità di assunzione somministrazione dei farmaci;
- fornire alla famiglia informazioni utili sulle modalità per mettersi in contatto con il servizio negli orari di attività ed in quelli di reperibilità;
- consegnare la documentazione al *care-giver* che resta al domicilio per permettere una continuità assistenziale con altre figure sanitarie che potrebbero essere contattate dal paziente o dalla famiglia;

- compilare il diario clinico;
- pianificare gli interventi successivi.

L'equipe multi-professionale (*Case Manager*, Medico Cure Palliative Pediatriche, Psicologo, Medico di Medicina Generale/ Pediatra di Libera Scelta) redigerà una relazione clinica con Piano Assistenziale provvisorio che sarà inviato alla UVM competente per territorio e da essa recepito nella prima seduta utile; nei casi di dubbia interpretazione il medico della UVM contatterà il Responsabile della Unità Cure Palliative per i chiarimenti.

Copia della relazione clinica con Piano Assistenziale redatto dalla equipe *multi-professionale* sarà allegata alla cartella clinica delle cure domiciliari di cui diventa parte integrante.

La equipe *multi-professionale* al termine della visita fissa il crono-programma assistenziale e la data del successivo controllo a seguito del quale si procederà alla conferma o alla revisione del Piano Assistenziale; entrambe saranno comunicate alla UVM con le medesime modalità.

Nella sede territoriale della Unità Cure Palliative saranno conservati gli originali della Scheda di segnalazione per l'accesso alla Rete Cure Palliative Pediatriche, della Scheda di prima valutazione nella Rete cure Palliative Pediatriche e di tutte le relazioni cliniche con relativi Piani Assistenziali redatti nel corso delle visite domiciliari.

Infine, la dimissione dal percorso di cure palliative domiciliari può avvenire secondo tre diverse modalità:

- volontà esplicita della famiglia del paziente pediatrico;
- decesso al domicilio;
- decisione condivisa tra equipe Rete Locale Cure Palliative Pediatriche, paziente e familiari di trasferire il paziente ad altra modalità assistenziale della rete.

4.3. Livello residenziale – Hospice pediatrico

Il livello residenziale-Hospice costituisce parte integrante della rete CPP ed il luogo di cura idoneo ad accogliere il minore e la sua famiglia con personale specificamente formato in particolari condizioni transitorie della famiglia e della malattia.

Il livello residenziale-hospice garantisce la presa in carico totale e continuativa del bambino e della sua famiglia integrandosi con gli altri presidi della Rete CPP.

In un contesto di continuità di cure la offerta residenziale costituisce il supporto centrale posto tra l'ospedale, ove si genera ed attiva principalmente la valutazione in cure palliative, ed il sistema di cure primarie ed assistenza domiciliare, fornendo non solo accoglienza ma anche aggiornamento, consulenza ambulatoriale e supporto per eventi critici.

A tale proposito si ribadisce il ruolo chiave rivestito dall'integrazione territorio-ospedale, che si concretizza in azioni sinergiche messe in atto dalle professionalità coinvolte attraverso lo strumento della dimissione protetta, che realizza la presa in carico del bambino da parte della rete territoriale (domiciliare e residenziale) mantenendo i necessari raccordi con l'ospedale, al fine di garantire la continuità dell'assistenza.

La necessità di ricovero in struttura residenziale-Hospice viene valutata dalla Equipe CPP nella UVMP e su richiesta del PLS/MMG; il paziente viene quindi ricoverato o posto in lista di attesa se necessario.

Alla dimissione viene effettuata una dimissione protetta al domicilio, previa attivazione del livello domiciliare da parte degli operatori dell'Hospice.

Il livello residenziale-hospice provvede alle seguenti tipologie di ricovero:

- Ricoveri intermedi ospedale/domicilio e/o domicilio/domicilio: essa si richiede nel passaggio ospedale-domicilio per addestrare il care-giver ad integrazione di quanto già fatto in ospedale.
- Ricoveri di sollievo: previsti per alleggerire il carico assistenziale e psicologico delle famiglie e per supportarle in particolari momento critici al di fuori dei programmi di competenza del sistema territoriale
- Ricoveri per emergenza- terapia del dolore che rendano appropriata l'ospedalizzazione
- Ricoveri per il controllo di altri sintomi
- Ricoveri per accompagnamento di fine vita: previsti su richiesta della famiglia e del PLS/MMG
- Day-Hospice servizio di consulenza e supporto anche nella definizione del PAI
- Ambulatorio: per visite di cure palliative e di Terapia del Dolore

L'accoglimento in Hospice é vincolato al soddisfacimento simultaneo dei criteri generali di eleggibilità di cui all'inizio del capitolo 4 e dei seguenti criteri specifici e vincolanti di eleggibilità:

- riduzione delle performance con indice di Karnofsky = o <50;
- necessità di trattamenti che non richiedano un ricovero in ospedale (no acuzie in atto);
- prevalenti problemi di tipo sanitario, che necessitano di protezione e assistenza continuativa, temporanea o permanente;
- impossibilità di controllo adeguato dei sintomi a domicilio;
- prognosi prevista superiore a 7 giorni;

E ulteriori criteri specifici ed oggettivi al fine di individuare una lista di priorità per l'ingresso in Hospice. In particolare, il ricorrere di criteri specifici per il ricovero in Hospice sarà completato da una quantificazione di diversi parametri ai quali verrà assegnato un punteggio che stabilisce la priorità d'ingresso, come da **Scheda di ammissione all'Hospice** (si rinvia all'allegato C del decreto del Commissario *ad acta* n. 51 dell'11 ottobre 2012).

Nel caso di completa occupazione dei posti letto in Hospice, sulla scorta dei parametri riportati sulla Scheda di Ammissione in Hospice, sarà redatta una lista di attesa a cura del Responsabile della Unità di Cure Palliative della ASL. Tale lista di attesa sarà aggiornata quotidianamente.

Il paziente da ricoverare in Hospice sarà trasferito dalla sede di provenienza all'Hospice con spese a carico del proponente, sia esso Ospedale, Cure Palliative Domiciliari, Cure Primarie, o altra provenienza.

Si precisa, comunque, che i criteri di ammissione saranno integrati e perfezionati quando il servizio di Hospice della Regione Abruzzo sarà a regime. Infatti, solo quando il sistema sarà implementato sarà possibile verificarne l'efficacia e individuare gli eventuali punti di debolezza e le relative soluzioni.

Si ricorda, infine, che l'accesso del bambino in Hospice avviene comunque se e solo dopo che è stato conseguito il consenso dell'avente diritto (trattandosi di paziente di età minore degli anni 18).

Percorso

Dalla scheda di valutazione, viene individuata l'idoneità dell'inserimento in Hospice del paziente - bambino e la priorità di tale accesso.

L'avente diritto del paziente pediatrico viene, quindi, informato sull'idoneità ad essere inserito in Hospice e, in caso, sui tempi di attesa.

Una volta entrato in Hospice, il paziente riceverà una prima visita da parte del Medico di Cure Palliative Pediatriche e del Case Manager.

In questa occasione vengono rivalutate le condizioni di eleggibilità già valutate al momento dell'ammissione alla Rete Cure Palliative e successivamente all'Hospice. Avviene, così, in modo formale la presa in carico che è conseguente a tutti gli effetti alla valutazione clinica del paziente pediatrico.

Nel corso della visita si procede a:

- raccogliere ulteriori informazioni utili;
- effettuare una valutazione medico infermieristica con particolare riferimento a sintomi presenti che compromettono la qualità della vita;
- valutare i bisogni assistenziali espressi dal paziente pediatrico e/o i suoi familiari;
- valutare la eventuale necessità di ausili e presidi;
- redigere un piano terapeutico indicando per iscritto le modalità di assunzione somministrazione dei farmaci;
- fornire alla famiglia informazioni utili sulle modalità per mettersi in contatto con il servizio negli orari di attività ed in quelli di reperibilità;
- compilare la cartella assistenziale;

All'inquadramento clinico va associata, sempre, una analisi della personalità del paziente – bambino sotto il profilo sociale, culturale, psicologico - esistenziale.

Ogni paziente pediatrico assistito in Hospice avrà una cartella clinico-assistenziale che lo accompagnerà durante la degenza.

Gli interventi assistenziali comprendono:

- terapia antalgica mediante somministrazione di farmaci, ma anche con interventi di tipo anestesilogico e fisioterapico;
- terapia sintomatica per il sollievo dei maggiori sintomi;
- nutrizione clinica mediante personalizzazione ed integrazione della dieta; nutrizione artificiale solo se efficace in termini di sopravvivenza e diminuzione delle complicanze;
- terapia di tipo medico-chirurgico e strumentale tesa alla riattivazione di funzioni compromesse;
- terapia riabilitativa;
- terapie di supporto;
- terapie antibiotiche per infezioni causate dalla malattia e/o da deficit immunitari dovuti a precedenti terapie radianti e antiblastiche;
- terapia delle piaghe da decubito;
- terapie per patologie associate non dipendenti dalla malattia;
- assistenza psicologica;
- assistenza sociale;
- estensione della assistenza alle famiglie;

- assistenza alle persone più vicine al paziente nel periodo di elaborazione del lutto;
- arte terapia, musicoterapia, terapia occupazionale;
- assistenza spirituale.

4.4. Livello Ospedaliero

Il livello ospedaliero è rappresentato da tutte le UU.OO. ospedaliere coinvolte nella presa in carico tra le quali la U.O. di Pediatria, la U.O. di Anestesia- Rianimazione e Terapia del Dolore, la U.O. di Terapia Intensiva con indirizzo pediatrico, la U.O. di Chirurgia Pediatrica, la U.O. di Oncologia Pediatrica, la U.O. di Ematologia, la U.O. di Neuropsichiatria infantile, di Neonatologia, di Terapia fisica e della riabilitazione, di Ortopedia, di Pneumologia, etc).

Il livello ospedaliero ha i seguenti compiti:

- inquadramento diagnostico e segnalazione del caso al PUA;
- partecipazione alla UVMP per definire il percorso di presa in carico del caso;
- dimissione protetta del paziente al domicilio o in struttura residenziale per CPP- Hospice condividendo il Piano Assistenziale Individuale (PAI) con la famiglia, valutando la sua capacità di sostenere il carico assistenziale;
- Cura della prima fase di addestramento dei familiari e del personale di assistenza, con verifica della loro autonomia;
- gestione del ricovero nella fase acuta della malattia;
- Consulenza multi specialistica in tutte le fasi del percorso assistenziale della malattia inguaribile.

Per conseguire i suddetti obiettivi è necessario che in ogni Azienda Sanitaria Locale si individuino nelle U.O. di Pediatria e di Anestesia e Rianimazione dell'P.O. principale, un medico di riferimento esperto e formato in CPP e TDD pediatrico ed almeno due infermieri con le medesime caratteristiche.

Il principale criterio per l' eleggibilità a cure palliative pediatriche ospedaliere è:

- presenza di episodio acuto che necessita di interventi e indagini strumentali altrimenti non effettuabili.

Percorso

L'erogazione delle cure palliative pediatriche a livello ospedaliero può avvenire in regime di ricovero ordinario e di D.H. Tale livello di assistenza si rende necessario per controllare episodi acuti suscettibili di guarigione, sintomi e funzioni compromesse di maggiore gravità (ad es. trattamenti radianti a scopo antalgico, trattamenti chirurgici palliativi, etc.).

Il bambino inserito nella Rete Cure Palliative Pediatriche anche durante il ricovero in una U.O. ospedaliera potrà giovare della consulenza di Cure Palliative pediatriche, previa richiesta da parte del Dirigente Medico della U.O. ospedaliera su modulistica interna della U.O. richiedente.

A tale proposito, si ribadisce il ruolo chiave rivestito dall'integrazione territorio-ospedale, che si concretizza in azioni sinergiche messe in atto dalle professionalità coinvolte attraverso lo strumento della dimissione protetta, che realizza la presa in carico del Paziente pediatrico da parte della rete territoriale (domiciliare e residenziale) mantenendo i necessari raccordi con l'ospedale, al fine di garantire la continuità dell'assistenza.

Viceversa, il passaggio al ricovero ospedaliero si concretizza a partire dal domicilio o dalla struttura sanitaria per pazienti terminali previo raccordo con lo specialista ospedaliero da parte del medico di famiglia, dal pediatra e/o da parte del Responsabile dell'Unità di Cura Palliative pediatriche.

In sintesi, l'accesso alla Rete CPP é regolato a livello territoriale dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale anche su segnalazione di altro medico o del familiare.

La Rete CPP si farà carico del paziente, a domicilio o nel Centro di riferimento in stretto contatto con il PLS/MMG; la presa in carico integrata di tutti i professionisti vede la equipe giovare delle competenze del pediatra, dell'anestesista, del terapeuta del dolore, del medico palliativista per continuare ad assistere il piccolo paziente in U.O. di Pediatria o in p.l. adeguati all'assistenza pediatrica e dedicati in Rianimazione e Terapia Intensiva.

In questo contesto, il Centro Regionale di riferimento di CP e TDD pediatriche é il riferimento clinico di consulto, di formazione e di ricerca per il funzionamento ed il sostegno della Rete CPP, assicurando supervisione dei casi e consulenza a distanza, formazione permanente della Equipe CPP impegnata nella gestione domiciliare del caso, partecipazione alla stesura del piano assistenziale e del percorso assistenziale.

Tutto il personale formato in CPP e TDD pediatriche collabora alla gestione del caso in tutti i livelli assistenziali.

Alle U.O. Ospedaliere competono la gestione delle fasi acute e la consulenza specialistica sulla patologia durante tutto il percorso di presa in carico della Rete CPP.

Si precisa che le presenti " Linee guida", pur identificando i principali punti del percorso di accesso alla Rete CPP, dovranno essere recepite dalle ASL, che, sulla scorta degli standard minimi, dei percorsi e delle indicazioni del presente documento, definiranno le procedure e le modalità operative più idonee alla implementazione ed al completamento della Rete Regionale di Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche.

5. Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici

5.1 Requisiti organizzativi

Assistenza Domiciliare

La quantificazione del personale impegnati nell'assistenza domiciliare sarà effettuata ai sensi dell' Accordo Conferenza Stato Regioni del 25/07/2012, delle linee guida di riferimento sul Sistema delle cure domiciliari, nonché dell'Accordo Stato Regioni sull'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, di prossima approvazione.

Il fabbisogno sarà, inoltre, definito in funzione degli standard specifici per l'assistenza medica, l'assistenza infermieristica e l'assistenza globale dedicata al paziente.

L'equipe delle cure palliative pediatriche opera, in ogni caso, sotto la responsabilità di un medico e si modula sia in base alle specifiche necessità del paziente pediatrico e del suo nucleo familiare, sia in base al luogo in cui si svolgono gli interventi terapeutici.

Assistenza in Hospice

La quantificazione del personale sarà effettuata sulla base dei requisiti organizzativi minimi fissati dal Decreto commissariale 37/2012 dell'8 agosto 2012 per l'attivazione delle strutture residenziali per l'erogazione delle cure palliative, nonché sulla base dell'Accordo Stato Regioni sull'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, di prossima approvazione.

Il fabbisogno sarà, inoltre, definito in funzione degli standard specifici per l'assistenza medica, l'assistenza infermieristica e l'assistenza riabilitativa dedicata al paziente.

L'attivazione della rete di assistenza residenziale e territoriale necessita evidentemente di un fabbisogno incrementale nel tempo.

Per tutte le figure professionali coinvolte nei processi di cura, il soddisfacimento del personale deve essere, in ogni caso, conseguito nell'imprescindibile rispetto degli equilibri di bilancio regionali previsti per il triennio 2013-2015, e negli atti di programmazione regionale.

5.2. Requisiti strutturali e tecnologici

Assistenza domiciliare

Premesso che l'assistenza domiciliare rappresenta il luogo preferibile per il paziente terminale, per essere scelta come assistenza idonea,

devono essere prima di tutto soddisfatte le seguenti caratteristiche strutturali:

■doneità logistico-strutturale del domicilio;

■presenza della famiglia o rete di sostegno informale, vicina al paziente.

Le predette caratteristiche saranno valutate dal responsabile dell'Unità di Cure Palliative Pediatriche e riportate sulla Scheda di Prima valutazione nella Rete di Cure Palliative Pediatriche.

Per quanto concerne invece i requisiti tecnologici le équipes per l'assistenza domiciliare saranno dotate di:

- un adeguato parco macchine per gli spostamenti sul territorio;
- un sistema di gestione e coordinamento da remoto al fine di garantire un'organizzazione integrata della rete di operatori sul territorio, migliorando l'efficienza dei servizi erogati al paziente.

La dotazione di uno strumento di coordinamento centralizzato é quindi condizione necessaria per poter sviluppare:

- una gestione unica a livello di ASL delle attività degli operatori;
- un'organizzazione automatizzata dei calendari;
- un controllo in tempo reale del comportamento della rete domiciliare.

Il sistema di gestione da remoto della rete domiciliare è composto da una piattaforma centralizzata, un device per la connessione da remoto degli operatori (smartphone), un sistema di device management, un database per la raccolta dei dati e un pacchetto software l'elaborazione di report e sistemi di ottimizzazione delle agende.

Assistenza in Hospice

Per quanto riguarda i requisiti strutturali e tecnologici che la struttura dell'Hospice deve possedere, si rinvia a quanto all'uopo previsto nel Manuale di Autorizzazione allegato alla DGR 591/p del 01/07/2008, al decreto del Commissario *ad acta* n. 55 del 26.11.2012 e al decreto commissariale di integrazione e modifica al medesimo n. 66/2013.

Nelle more dell'approvazione dell'Accordo Stato – Regioni sull'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali e assistenziali, coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore (art. 5, co. 2 della L. 15 marzo 2010, n. 38), l'organizzazione logistica della Rete Cure Palliative Pediatriche è, pertanto da intendersi funzionalmente assorbita dalla Rete Cure Palliative dell'adulto di cui condivide le strutture, il personale ed i mezzi.

Con successivo provvedimento del Commissario *ad Acta* é istituito il Centro di riferimento Regionale per le CPP e la TDD pediatriche, Il Centro di riferimento regionale per le CPP e la TDD, individuato nella ASL che abbia disponibilità di almeno n.1 posto letto Hospice pediatrico, di almeno n.1 posto letto di Terapia Intensiva Pediatrica e di Centro di Terapia del Dolore attivo; a parità di tutte le necessarie condizioni sopra esposte, la individuazione sarà rivolta alla ASL o P.O. con maggior numero di casi documentati.

Come da accordo Stato-Regioni del 25.07.2012 il Centro di Riferimento Regionale per le CP e TDD pediatriche dovrà dotarsi di personale dedicato:

- Medico (specialità Anestesia e Rianimazione o Pediatria) con specifica formazione ed esperienza con il paziente pediatrico ed in Cure Palliative e Terapia del dolore pediatrico;
- Infermiere con specifica e documentata esperienza e formazione in Pediatria, CPP e Terapia del Dolore;

-Psicologo con specifica e documentata esperienza e formazione in Pediatria, CPP e Terapia del Dolore.

6. Sistemi informativi e qualità dell'assistenza.

La Regione dovrebbe poter disporre dei dati relativi alle prestazioni ovunque erogate agli assistiti, in quanto la condivisione di tali informazioni permette di monitorare l'assistenza erogata, in termini di qualità ed efficienza, in particolare se la raccolta e l'invio è disponibile nel momento in cui avviene l'evento.

Nel caso delle cure palliative ai pazienti terminali oncologici è necessario prendere in considerazione le prestazioni erogate sia nella struttura Hospice sia in assistenza domiciliare.

A tal proposito a livello centrale, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), sono attivi i seguenti sistemi informativi per la raccolta dei dati, in particolare:

- **sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice**, istituito con Decreto 6 giugno 2012, il quale è finalizzato alla raccolta delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati presso le strutture Hospice.

Il suddetto decreto stabilisce, tra l'altro, che dal primo luglio 2013 il conferimento dei dati è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato;

- **sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare**, istituito con Decreto 17 dicembre 2008 e modificato con decreto ministeriale, il quale è finalizzato alla raccolta delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

Il suddetto decreto stabilisce, tra l'altro, che dal primo gennaio 2012 il conferimento dei dati è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato. Di conseguenza a fronte delle scadenze previste dal Ministero della salute, è essenziale che chi opera nelle strutture Hospice e per la rete territoriale domiciliare proceda ad una raccolta puntuale del dato richiesto e ad un invio alla Regione nei tempi previsti. Tali informazioni, non costituiscono solo un debito informativo nei confronti del livello centrale, ma permettono di acquisire informazioni relative al paziente assistito, ai bisogni e al livello di assistenza fornito, al fine di migliorarne la qualità e l'efficienza.

7. Tariffe

Nelle more delle determinazioni del *"Tavolo misto Stato-Regioni per l'individuazione delle Tariffe nell'ambito delle Reti Cure Palliative e Terapia del Dolore rivolte al paziente adulto e pediatrico"* istituito con Decreto del Ministero della Salute del 15.03.2013, trovano applicazione, per quanto attiene le tariffe, le determinazioni ed i calcoli effettuati per la Rete CP dell'adulto di cui all'All. A del DCA Regione Abruzzo n.51/2012.

8. Formazione del personale e sensibilizzazione del cittadino

8.1. Formazione e aggiornamento degli operatori

La formazione e l'aggiornamento degli operatori costituiscono una premessa indefettibile per l'erogazione di cure palliative pediatriche di qualità.

L'obiettivo generale della formazione è diffondere su tutto il territorio della Regione Abruzzo le conoscenze e le competenze in materia di CP e TDD pediatriche, con l'obiettivo di implementare una Rete qualificata ed in grado di offrire continuità di cure ai pazienti neoplastici e a quelli con malattie croniche in guaribili.

La formazione in cure palliative deve essere incentrata sul tema della specificità ed eterogeneità delle cure palliative pediatriche quale condizione per gestire in modo ottimale il bambino e la sua famiglia anche in prossimità del loro domicilio: essa va pertanto prevista e formalizzata quale elemento imprescindibile nella implementazione della Rete CPP sul territorio regionale.

La formazione multidisciplinare e specifica di figure professionali è il presupposto di un necessario cambiamento culturale, che deve coinvolgere i pediatri di libera scelta, i medici, gli infermieri professionali, gli psicologi ospedalieri e del territorio; anche il volontariato deve essere incluso nei programmi di formazione.

I programmi di formazione devono svilupparsi secondo le linee guida internazionali e dei Decreti del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca del 04.04.12 (Gazzetta Ufficiale n. 89 del 16.04.12), sulla scorta delle direttive della legge n.38 del 15.03.2010.

Si individuano due livelli per la formazione:

■ **Formazione universitaria:** La formazione universitaria è volta alla realizzazione di percorsi di apprendimento e di approfondimento con l'obiettivo di fornire una preparazione ampia e precisa sul tema della palliazione e del dolore in pediatria. Essa è rivolta solo agli operatori impegnati continuativamente nella Rete CPP e CP adulti e rete Terapia del dolore.

Il Gruppo estensore del presente documento si impegna, anche tramite il più opportuno coinvolgimento dei rappresentanti degli Atenei abruzzesi componenti il Gruppo stesso, all'attivazione in Abruzzo di un apposito "Master in Cure Palliative e di fine vita di I° livello" rivolto agli operatori non medici e del "Master di alta formazione e qualificazione in terapia del dolore e cure palliative pediatriche", secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca del 04.04.12 (Gazzetta Ufficiale n. 89 del 16.04.12).

A fini di economicità, efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa, le Aziende USL provvedono, previa opportuna valutazione degli adempimenti da intraprendere e dei tempi di definizione, alla stipula di apposite convenzioni con Università che hanno già attivato tali corsi; tra queste, particolare risalto a livello nazionale assumono i Master organizzati dalla Università di Bologna insieme alla Accademia di scienze palliative della "Fondazione Seragnoli" di Bentivoglio.

- **Formazione continua in medicina (accreditata ECM):** essa é finalizzata a favorire il costante aggiornamento nell'ambito delle pratiche di cure palliative pediatriche. La formazione continua é richiesta sia per il livello base, riservato ad operatori coinvolti nella Rete CPP ma non impegnati in modo esclusivo in tale attività, sia per il livello specialistico di operatori impegnati in maniera continuativa nella Rete CPP.

In ogni ASL della Regione Abruzzo dovrà prevedersi un percorso di formazione teorico/pratica nell'ambito dei percorsi ECM; in particolare la formazione continua ECM sul campo riguarda l'integrazione delle equipe territoriali, ospedaliere, dell'Hospice e del Centro di riferimento Regionale per le CP e la TDD pediatriche.

Gli argomenti da trattare nei corsi saranno focalizzati su:

- supporto psicologico e il coinvolgimento delle scienze umane e sociali in oncologia e percorsi di fine vita;
- trattamento del dolore e dei sintomi in cure palliative pediatriche;
- cure palliative pediatriche in ospedale.

Le aziende ASL collaboreranno, inoltre, per l'inserimento nei programmi di formazione delle associazioni che già operano nel settore del volontariato pediatrico e di cure palliative.

Infine, per ridurre al minimo il rischio di *burn-out* sarà predisposto un programma di supervisione degli operatori direttamente impegnati e completamente dedicati alla Cure Palliative.

Il programma di supporto psicologico sarà definito a livello regionale, condotto da psicologi supervisor con formazione specifica in psico-oncologia ed esperienza nel settore delle cure palliative e di fine vita.

Il programma di supervisione definito a livello regionale, potrà essere avviato in una o due Aziende ASL pilota.

8.2. Informazione e sensibilizzazione del cittadino

Campagne di informazione e sensibilizzazione della popolazione saranno organizzate dalla Regione Abruzzo almeno due volte l'anno.

Le Aziende ASL organizzeranno altri eventi di informazione, oltre a quelli definiti a livello regionale, in collaborazione con le Associazioni di volontariato del settore.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 09.10.2013, n. 84

**Legge 23.12.2009 n. 191, art. 2, comma 88 -
Programma Operativo 2013-2015.**

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009 con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012 con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR abruzzese con le competenze ivi declinate;

VISTO il decreto commissariale n. 20 del 11.06.2012 avente ad oggetto "Insediamento del subcommissario Dott. Giuseppe Zuccatelli per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR abruzzese - deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7/6/2012"

ATTESO CHE tra le materie di competenza del Subcommissario è prevista la collaborazione per gli aspetti di programmazione sanitaria;

VISTO l'art. 2, comma 88, 1° capoverso, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, che stabilisce che per le Regioni già sottoposte ai Piani di Rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge, resta fermo l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo Programmi Operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

VISTO l'art. 17, comma 4, del D.L. 98/2011, che prevede che all'art. 2, dopo il comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, è inserito il seguente: "88 bis. Il primo periodo del comma 88 si interpreta nel senso che i programmi operativi costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del piano di rientro, al fine di tenere conto del

finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del piano di rientro, nonché di ulteriori obblighi regionali derivanti da Intese fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano o da innovazioni della legislazione statale vigente";

ATTESO CHE la Regione Abruzzo, alla data di entrata in vigore della legge n. 191/2009, si trovava nelle condizioni di cui all'art. 2, comma 88;

VISTI la deliberazione commissariale n. 44/2010 del 03/08/2010 ed il decreto commissariale n. 22/2011 del 06/07/2011 rispettivamente di approvazione del Programma Operativo 2010 e del Programma Operativo 2011/2012 con i quali si è inteso dare prosecuzione al Piano di Rientro 2007/2009 secondo gli interventi e le azioni in esso previste;

RILEVATO CHE nella riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 13 novembre 2012, Tavolo e Comitato hanno chiesto al Commissario di provvedere alla stesura del Programma Operativo riguardante gli anni 2013/2015;

VISTE le Linee di indirizzo per la predisposizione dei Programmi Operativi 2013-2015 predisposte dal Ministero della Salute in collaborazione con il Ministero dell'Economia e Finanze, inviate in data 21.12.2012 con il fine di fornire un efficace contributo alle Regioni in Piano di rientro che intendono proseguire il percorso dei Programmi Operativi;

VISTO il comma 20, dell'art. 15, del D.L. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, che prevede la possibilità di redigere ulteriori Programmi Operativi, a decorrere dall'anno 2013, in prosecuzione degli originari Piani di rientro qualora al termine del periodo di riferimento del Piano di rientro ovvero della sua prosecuzione con i Programmi Operativi, non venga verificato positivamente, in sede di verifica annuale e finale, il raggiungimento degli obiettivi strutturali del Piano stesso, ovvero della sua prosecuzione;

VISTO l'art. 2, comma 77, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 che stabilisce che è definito quale standard dimensionale del disavanzo sanitario

strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5 per cento, ancorchè coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 5 per cento qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo. Nel caso di raggiungimento o superamento di detto standard dimensionale, la regione interessata è tenuta a presentare entro il successivo 10 giugno un piano di rientro di durata non superiore al triennio;

VISTI i verbali della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 20 luglio 2011, 23 luglio 2012 e 25 luglio 2013, dai quali risulta che in ordine all'anno 2010 *“il risultato di gestione prima della copertura evidenzia un avanzo di 1,361 milioni di euro. Considerando le coperture già esaminate nella riunione del 7 aprile, pari a 39,353 milioni di euro, dopo le coperture residua un avanzo di 40,714 milioni di euro, comprensivo degli ammortamenti non sterilizzati”* che in ordine all'anno 2011 *“sulla base dei dati di consuntivi 2011 è possibile evincere un avanzo di 38,042 milioni di euro, ivi comprendendo tutti gli ammortamenti non sterilizzati per 11,414 milioni di euro. Considerando i rischi per complessivi 2,1 milioni di euro in relazione alla sopravvenienza attiva da medicina penitenziaria l'avanzo è rideterminato in 35,942 milioni di euro”* ed inoltre *“Considerando le coperture disponibili derivanti dalla massimizzazione delle aliquote, scontate nel Programma Operativo, come rideterminate nelle stime comunicate dal competente Dipartimento delle finanze di novembre 2011 per l'anno d'imposta 2009, alla nuova stima dei gettiti degli anni di imposta 2010 e 2011, risulta un avanzo di 91,981 milioni di euro”* ed infine in ordine all'anno 2012 *“Tavolo e Comitato valutano che la Regione Abruzzo a consuntivo 2012, presenta avanzo prima delle coperture di 9,160 milioni di euro. Dopo il conferimento del differenziale sul debito al 31.12.2005, pari a 3,991 milioni di euro, presenta un avanzo di 5,169 milioni di euro. Considerando le risorse preordinate a valere sulla massimizzazione delle aliquote fiscali, pari a 42,040 milioni di euro, si rileva un avanzo di 47,209 milioni di euro”*;

ATTESO CHE in relazione ai risultati conseguiti negli anni 2010, 2011 e 2012 in ordine all'ormai consolidato raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario ed all'attuazione dei livelli essenziali di assistenza, così come certificati dal

Tavolo LEA, si ritiene che la Regione Abruzzo può riappropriarsi dei poteri di riprogrammazione e porre fine al commissariamento proponendo, ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge 191/2009, un nuovo Piano di riqualificazione dell'offerta sanitaria che contenga le misure di riequilibrio del profilo negativo di quei livelli essenziali di assistenza per i quali permane ancora lo stato di inadempienza in modo da dare piena attuazione al vigente Decreto del Consiglio dei Ministri di fissazione dei medesimi Livelli Essenziali di Assistenza;

RITENUTO, pertanto, nelle more della presentazione di un nuovo Piano di riqualificazione del servizio sanitario regionale, da redigersi secondo le modalità stabilite dalla vigente normativa, e nel quale saranno altresì definiti i tempi e le procedure per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale, così come previsto dal secondo periodo del comma 88 dell'art. 2 della legge 191/2009, di procedere all'approvazione del Programma Operativo 2013/2015, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, il cui contenuto, redatto secondo le linee di indirizzo ministeriale del 21.12.2012, sarà parte essenziale del redigendo nuovo *“Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2013/2015”*;

RILEVATO che l'adozione del presente provvedimento riveste carattere di urgenza e che, pertanto, lo stesso non è sottoposto al parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- 1) **Di approvare** il Programma Operativo 2013-2015, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nelle more della presentazione di un nuovo *“Piano di riqualificazione del servizio sanitario regionale 2013/2015”*, da redigersi secondo le modalità stabilite dalla vigente normativa e nel quale saranno altresì definiti i tempi e le procedure per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale, così come previsto dal secondo periodo del comma 88 dell'art. 2 della legge 191/2009;

- 2) **Di precisare** che il contenuto del presente Programma Operativo 2013-2015 sarà parte essenziale del redigendo "*Piano di riqualificazione del servizio sanitario regionale 2013-2015*;
- 3) **Di trasmettere**, per la relativa validazione, il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, siccome previsto nell'Accordo con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi

per il perseguimento dell'equilibrio economico.

- 4) **Di pubblicare** il presente Programma Operativo sul sito internet della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA
F.to Dott. Giovanni Chiodi

Segue allegato

Allegato a Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 84 del 09 OTT, 2013



Regione Abruzzo

Regione Abruzzo

Programma Operativo 2013-2015

Indice

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Premessa | 1 |
| 1.1 | Tendenziale 2013-2015 | 2 |
| 1.2 | Programmatico 2013-2015 | 4 |
| 2 | Reti di offerta sanitaria | 4 |
| 2.1 | INTERVENTO 1: Rete Ospedaliera | 4 |
| 2.2 | INTERVENTO 2: Rete Emergenza Urgenza | 5 |
| 2.3 | INTERVENTO 3: Rete territoriale | 5 |
| 2.3.1 | AZIONE 1-2: Specialistica ambulatoriale e Rete Laboratoristica | 5 |
| 2.3.2 | AZIONE 3: Residenzialità e Semiresidenzialità | 6 |
| 2.3.3 | AZIONE 4: Assistenza Domiciliare | 7 |
| 2.3.4 | AZIONE 5: Cure palliative | 8 |
| 2.3.5 | AZIONE 6: Assistenza sanitaria di base | 8 |
| 2.4 | INTERVENTO 4: Prevenzione | 9 |
| 3 | Aree di intervento "core" | 10 |
| 3.1 | INTERVENTO 5: Beni e Servizi | 10 |
| 3.2 | INTERVENTO 6: Assistenza Farmaceutica | 11 |
| 3.3 | INTERVENTO 7: Investimenti in conto capitale | 12 |
| 3.4 | INTERVENTO 8: Rapporti con gli erogatori privati | 13 |
| 3.5 | INTERVENTO 9: Personale | 13 |
| 4 | Interventi operativi | 16 |
| 5 | Interventi di Governo del sistema | 16 |
| | Appendice 1 | 18 |
| | Allegato A | |

1 Premessa

La Regione intende, per il prossimo triennio, migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria regionale, senza però compromettere il percorso intrapreso per il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario raggiunto nel 2011 e nel 2012 ed in considerazione del fatto che già dal 2010 si è potuto evidenziare un avanzo finanziario. **Obiettivo prioritario sarà la rimodulazione della rete di offerta sanitaria sulla base del fabbisogno di prestazioni stimato al fine di ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di cui ormai ha "certificato" il fabbisogno.**

Nello specifico la Regione negli ultimi 3 anni ha:

- razionalizzato la rete di assistenza ospedaliera pubblica e privata con Deliberazione commissariale n.45 del 2010 e Decreto commissariale n.25 del 2012;
- definito il fabbisogno di strutture residenziali per le cure palliative programmando l'attivazione di 72 posti letto di Hospice da parte delle Aziende pubbliche regionali con Decreto commissariale n.37 del 2012 e definito i criteri di arruolamento per i pazienti malati terminali ed i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per le strutture che fanno parte della rete delle cure palliative residenziale e domiciliare con Decreto commissariale n.51 del 2012,
- determinato il fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale relativo alla non autosufficienza, disabilità-riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche con Decreto commissariale n.52 del 2012;
- determinato il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale 2013-2015: diagnostica per immagini, laboratorio, medicina nucleare, medicina fisica ed FKT, odontoiatria e branche a visita con Decreto commissariale n.67 del 2012;
- avviato, infine, la riorganizzazione della rete dell'Emergenza – Urgenza con Decreto commissariale n.11 del 2013.

Infine la Regione ha avviato il percorso di **accreditamento istituzionale** per le strutture ospedaliere e di specialistica ambulatoriale.

Con il presente Piano la Regione conclude la fase di riduzione della spesa necessaria per il raggiungimento dell'equilibrio economico e finanziario e mira a reinvestire ogni risparmio realizzato al fine di aumentare la qualità di prestazioni erogate con particolare attenzione all'organizzazione della rete territoriale.

La programmazione regionale sarà definita attraverso manovre di:

- **Sviluppo;**
- **Contenimento;**
- **Coordinamento**

Per conseguire dei risultati sistemici attraverso il monitoraggio e la verifica degli interventi di sviluppo e contenimento è necessario che la Regione consolidi il proprio ruolo di "holding sanitaria" e che le Aziende Sanitarie Locali consolidino il proprio ruolo di attuatori a livello locale delle indicazioni regionali.

Parallelamente agli interventi sulle aree core, saranno trattati distintamente gli interventi "Operativi" e gli interventi di "Governare del sistema".

A tal proposito si rinvia a quanto analiticamente indicato nell'Allegato "A" del presente Programma Operativo laddove, in conformità alle Linee di indirizzo ministeriali del 21.12.2012 si è provveduto ad individuare, per ciascuna area i relativi programmi ed i correlati interventi.

1.1 Tendenziare 2013-2015

Il quadro macro-economico attuale di riferimento in cui la Regione Abruzzo deve intervenire per il contenimento della spesa nonché per il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini, è determinato dalle seguenti misure di governo e contenimento della spesa sanitaria in ambito nazionale:

- Decreto Legge 78/2010 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di compatibilità economica", convertito con Legge 30/7/2010 n. 122;
- Decreto Legge 98/2011 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" così come convertito con legge 15/07/2011 n. 111;
- Decreto Legge 95/2012 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito con Legge 7/8/2012 n. 135;
- Legge 228/2012 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di stabilità 2013);
- Legge 98/2013 "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia" (cd "Decreto del fare").

Il CE Tendenziare 2013-2015 è stato costruito sulla base dei dati e/o informazioni che seguono:

- Conti Economici NSIS Consuntivi degli anni 2009-2011;
- Risultato economico al Consuntivo 2012 in cui si evidenzia un avanzo di gestione pari a circa 9 €/mln (al netto della fiscalità aggiuntiva per circa 38 €/mln);
- Bilanci d'esercizio 2012 adottati dalle Aziende ed in attesa di approvazione da parte della Regione;
- Analisi della documentazione regionale (prot. RA/096986/DG22 del 11.04.2013) fornita alle Aziende per le operazioni di chiusura dei Bilanci d'esercizio 2012 e delle informazioni fornite dalle Aziende a seguito di richiesta regionale (prot. RA/163185/DG22 del 25.06.2013);
- Analisi della documentazione prodotta dalle Aziende come risposta al documento di programmazione regionale "Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie (2013 – 2015)" approvati con Decreto Commissariale 60/2012;
- Conti Economici NSIS relativi al primo e secondo trimestre 2013.

Si specifica, altresì, che il Tendenziare relativo al triennio 2013-2015 è stato calcolato considerando la quota relativa all'addizionale IRPEF ai livelli massimi e costante nel periodo. L'art. 1 della legge n°296 del 2006 stabilisce che, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori rispetto ai vincoli minimi, la Regione ha la facoltà di ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto. In relazione a questo aspetto, verrà chiesta al Tavolo la possibilità di aggiornare la Finanziaria regionale con cadenza annuale in modo da poter valutare di volta in volta la presenza di un equilibrio che consenta di ridurre l'addizionale sulla base dei risultati certificati dal tavolo stesso. Le stime che seguono ipotizzano il valore di tale fiscalità pari al valore del Consuntivo 2012 pari a 38 €/mln.

Si riporta di seguito il CE Tendenziale 2013-2015, come consolidamento dei quattro CE Aziendali e della Gestione Sanitaria Accentrata.

Tabella 1 – CE Tendenziali 2013-2015

| 999 Consolidato Regione Abruzzo | | | | | |
|---------------------------------|---|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ID | CONTO ECONOMICO € /000 | Consuntivo 2012 A | TENDENZIALE 2013 B | TENDENZIALE 2014 C | TENDENZIALE 2015 D |
| A1 | Contributi F.S.R. | 2.364.369 | 2.325.446 | 2.388.214 | 2.389.119 |
| A2 | Saldo Mobilità | (102.698) | (67.421) | (67.421) | (67.421) |
| A3.1 | Ulteriori Trasferimenti Pubblici | 20.415 | 9.939 | 9.939 | 9.939 |
| A3.2 | Ticket | 40.719 | 41.624 | 41.624 | 41.624 |
| A3.3 | Altre Entrate Proprie | 33.169 | 32.342 | 32.342 | 32.342 |
| A3 | Entrate Proprie | 94.303 | 83.905 | 83.905 | 83.905 |
| A4 | Saldo Intramoenia | 1.847 | 1.847 | 1.847 | 1.847 |
| A5 | Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | 0 | (6.277) | (15.691) | (21.968) |
| A6 | Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati | (16.874) | (23.090) | (23.090) | (23.090) |
| A | Totale Ricavi Netti | 2.340.947 | 2.314.410 | 2.367.763 | 2.362.391 |
| B1 | Personale | 767.984 | 767.984 | 767.984 | 767.984 |
| B2 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati | 169.214 | 171.752 | 174.328 | 176.943 |
| B3.1 | Altri Beni Sanitari | 190.695 | 195.646 | 200.933 | 206.364 |
| B3.2 | Beni Non Sanitari | 11.551 | 10.740 | 11.060 | 11.389 |
| B3.3 | Servizi | 317.230 | 292.055 | 298.527 | 305.127 |
| B3 | Altri Beni e Servizi | 519.476 | 498.440 | 510.520 | 522.880 |
| B4 | Ammortamenti e Costi Capitalizzati | 13.818 | 13.818 | 13.818 | 13.818 |
| B5.1 | Accantonamenti Rischi | 30.957 | 22.133 | 12.989 | 12.989 |
| B5.2 | Accantonamenti Sumai (+TFR) | 986 | 986 | 986 | 986 |
| B5.3 | Accantonamenti per Rinnovi Contrattuali | 1.264 | 1.264 | 1.264 | 5.983 |
| B5.4 | Accantonamenti per Interessi di Mora | 5.256 | 5.256 | 5.256 | 5.256 |
| B5.5 | Altri Accantonamenti | 2.895 | 15.466 | 8.011 | 556 |
| B5 | Accantonamenti | 41.358 | 45.105 | 28.506 | 25.770 |
| B6 | Variazione Rimanenze | 4.858 | 0 | 0 | 0 |
| B | Totale Costi Interni | 1.516.708 | 1.497.099 | 1.495.156 | 1.507.396 |
| C1 | Medicina Di Base | 151.536 | 153.453 | 153.453 | 153.453 |
| C2 | Farmaceutica Convenzionata | 233.051 | 227.975 | 227.975 | 227.975 |
| C3.1 | Prestazioni da Privato - Ospedaliera | 120.087 | 125.229 | 123.964 | 123.964 |
| C3.2 | Prestazioni da Privato - Ambulatoriale | 53.661 | 52.676 | 52.374 | 52.374 |
| C3.3 | Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera | 73.644 | 76.341 | 76.341 | 76.341 |
| C3.4 | Altre Prestazioni da Privato | 119.954 | 121.921 | 121.921 | 121.921 |
| C3 | Prestazioni da Privato | 367.346 | 376.167 | 374.600 | 374.600 |
| C | Totale Costi Esterni | 751.933 | 757.596 | 756.029 | 756.029 |
| D | Totale Costi Operativi [B+C] | 2.268.641 | 2.254.695 | 2.251.185 | 2.263.424 |
| E | Margine Operativo (A-D) | 72.306 | 59.715 | 116.578 | 98.967 |
| F1 | Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie | 1.182 | 1.182 | 1.182 | 1,182 |
| F2 | Saldo Gestione Finanziaria | 2.532 | 2,532 | 2,532 | 2,532 |
| F3 | Oneri Fiscali | 58.262 | 58,262 | 58,262 | 58,262 |
| F4 | Saldo Gestione Straordinaria | 1.214 | 0 | 0 | 0 |
| F | Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie | 63.190 | 61,976 | 61,976 | 61,976 |
| G | Risultato Economico (E-F) | 9.116 | (2,261) | 54,602 | 36,991 |
| AA0080 | Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA | 38.292 | 38,190 | 38,190 | 38,190 |
| H | Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA | 38.292 | 38,190 | 38,190 | 38,190 |
| I | Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva (G+H) | -47.408 | 35,920 | 92,792 | 75,181 |

Fonte: Ce NSIS Consuntivo 2011-2012

1.2 Programmatico 2013-2015

Sulla base delle manovre aggiuntive previste per il triennio 2013-2015, si stima un risultato programmatico pari a +4,0 €/mln nel 2013, +12,8 €/mln nel 2014 e +1,2 €/mln nel 2015.

Tali manovre saranno dettagliatamente illustrate nei capitoli che seguono.

Tabella 2 – Programmatico 2013-2015

| Sintesi risultato programmatico | | | |
|--|----------------|-----------------|-----------------|
| | 2013 | 2014 | 2015 |
| G Risultato economico (al netto di fiscalità aggiuntiva) | (2.261) | 54.602 | 36.991 |
| H) Manovre di sviluppo | (6.133) | (133) | 5.838 |
| h.1) Minor costo da riconversione strutture ex art.26 vs strutture per anziani | - | 6.000 | 12.000 |
| h.2) Potenziamento personale | (6.133) | (6.133) | (6.162) |
| I) Manovre di contenimento | 12.355 | 3.211 | 3.211 |
| i.1) Negoziazione con erogatori privati accreditati ai fini della sottoscrizione dei contratti | 9.144 | 0 | 0 |
| i.2) Riduzione Tetti Psicoriabilitazione -10% (DCA5/2013) | 1.771 | 1.771 | 1.771 |
| i.3) Riduzione spesa per prestazioni da Sumaisti | 1.440 | 1.440 | 1.440 |
| J) Ulteriori manovre | 0 | (44.876) | (44.876) |
| j.1) Eventuale Impiego di risorse per incremento fondo (mancato Ticket DL 98/2011) | 0 | (44.876) | (44.876) |
| Risultato economico programmatico (al netto di fiscalità aggiuntiva) | 3.961 | 12.804 | 1.164 |

2 Reti di offerta sanitaria

2.1 INTERVENTO 1: Rete Ospedaliera

Contesto di riferimento

Sulla base dei dati sulla popolazione abruzzese censita nell'anno 2011, il numero di posti letto per 1.000 abitanti risulta pari a 3,5, di cui 2,8 posti letto per Acuti e 0,7 posti letto per Post acuti. Nella Figura 1 (Appendice 1) è rappresentata la rete ospedaliera attuale con indicazione per ciascuna struttura pubblica (16) e privata (11) del numero di posti letto per attività (Acuti e Post acuti), per regime di degenza ed il numero dei posti letto per 1.000 abitanti calcolati sui bacini di utenza.

La Regione Abruzzo, in previsione dei vincoli che verranno sanciti dall'emananda normativa nazionale riguardanti il numero minimo di posti letto ospedalieri per struttura, stabilisce di prevedere un piano di riorganizzazione che consenta, senza intaccare il numero di posti letto complessivi, una razionalizzazione ed efficientamento di tutta la rete. Per le strutture che non raggiungeranno tali standards, saranno implementati processi di aggregazione con altre strutture ospedaliere della rete. In ogni caso, a tutela dei livelli essenziali di assistenza, non verrà diminuito il numero complessivo di posti letto.

Obiettivi Programmati

La Regione intende rimodulare la rete ospedaliera pubblica e privata prevedendo:

- L'aggregazione dei presidi ospedalieri privati che non raggiungono il limite di posti letto ospedalieri minimi fissato dall'emananda normativa nazionale e calibrare il riadeguamento della rete al fine di non ridurre ulteriormente il numero di posti letto per 1.000 abitanti;
- L'aggregazione dei posti letto per disciplina ospedaliera nei Presidi pubblici e nelle Case di cura private per l'applicazione degli standard minimi e massimi delle unità operative (UO) sulla base della popolazione residente, coerentemente con le indicazioni contenute nella bozza di regolamento in discussione in Conferenza Stato Regioni e con le specificità territoriali regionali;

- Lo sviluppo della vocazione degli erogatori privati, secondo un'ottica di complementarità e non di concorrenza rispetto agli erogatori pubblici, supportando la regione nell'abbattimento delle prestazioni a rischio in appropriatezza ("black list") e nel recupero delle prestazioni a rischio di inadeguatezza ("white list") ed infine nel recupero della mobilità passiva, coerentemente con le competenze dimostrate negli anni precedenti.

Impatto economico

La remunerazione annuale corrisposta agli erogatori privati per assistenza ospedaliera è fissata al limite massimo pari a 125,2 €/mln per l'anno 2013.

2.2 INTERVENTO 2: Rete Emergenza Urgenza

Contesto di riferimento

La Regione Abruzzo, con Decreto commissariale n.11/2013, ha definito il Sistema dell'Emergenza-Urgenza regionale al fine di giungere all'integrazione di tutti i nodi della sua rete.

Come indicato nel Decreto commissariale n.11/2013 nella Regione Abruzzo saranno presenti 4 DEA di I livello (con funzione di Hub) corrispondenti ai presidi ospedalieri dei capoluoghi di provincia, 12 sedi di Pronto Soccorso (con funzione di Spoke) corrispondenti ai restanti presidi ospedalieri e 5 Punti di Primo Intervento (PPI) rappresentati dagli ex presidi ospedalieri riconvertiti in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) con Deliberazione commissariale n.45/2010 (Figura 2 Appendice 1).

Nel triennio del presente Piano, la Regione implementerà le reti assistenziali stroke, IMA e trauma-politrauma, delineate con Decreto commissariale n.11/2013, attraverso il coordinamento del Comitato regionale Emergenza-Urgenza Abruzzo (CREA) istituito presso l' ASR Abruzzo.

Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Attuare le disposizioni contenute nel Decreto commissariale n.11/2013;
- Completare l'attivazione, in ciascun pronto soccorso, dei posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) che permettano di evitare il ricorso al ricovero per condizioni cliniche per cui è necessario un inquadramento diagnostico o monitoraggio di terapie di breve durata.

Impatto economico

Non è previsto impatto economico aggiuntivo

2.3 INTERVENTO 3: Rete territoriale

2.3.1 AZIONE 1-2: Specialistica ambulatoriale e Rete Laboratoristica

Contesto di riferimento

La Regione Abruzzo, con Decreto commissariale n.67/2012, ha definito il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale per singolo codice prestazione, nei diversi distretti sanitari (Tabella 3 Appendice 1).

La rilevazione puntuale della domanda di prestazioni consentirà, inoltre, di correlare il fabbisogno al budget assegnato a ciascuna ASL e quindi di definire i tetti di spesa a livello di singola struttura pubblica e privata, riferibile a ciascuna prestazione e/o tipologia di prestazione.

Tabella 3 – Confronto fabbisogno vs Offerta – Specialistica Ambulatoriale

| Regione Abruzzo | | | |
|--------------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Tipo struttura | Offerta (A) | Fabbisogno (B) | Delta (C=B-A) |
| Medicina Nucleare | 103.745 | 110.238 | 6.494 |
| Diagnostica per immagini | 673.584 | 998.811 | 325.226 |
| Laboratorio | 14.715.809 | 13.631.926 | (1.083.883) |
| Medicina Fisica e FKT | 684.758 | 892.537 | 207.779 |
| Odontoiatria | 25.742 | 57.995 | 32.253 |
| Branche a visita | 2.714.437 | 3.288.417 | 573.980 |
| Totale | 18.918.075 | 18.979.924 | 61.849 |

Il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori sia privati accreditati che pubblici della Regione Abruzzo è ormai in avanzata fase di realizzazione.

Obiettivi Programmati

La Regione intende potenziare la rete di offerta di specialistica ambulatoriale al fine di adeguare l'offerta al fabbisogno stimato attraverso:

- Il potenziamento dell'attuale offerta pubblica promuovendo l'aumento della produttività nei presidi ospedalieri e negli ambulatori pubblici poiché, con la dotazione di personale e apparecchiature attuali è ragionevole attendersi livelli di assistenza maggiori degli attuali;
- In relazione al punto precedente, la realizzazione di un censimento, da parte di ciascuna Azienda sanitaria, di tutte le variabili produttive impiegate presso ciascun presidio e ambulatorio pubblico per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Si specifica che in caso di mancata realizzazione del censimento entro la suddetta scadenza, il Servizio Assistenza Ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa protesica e termale della Direzione delle Politiche della Salute, procederà alla diffida formale del Direttore Generale inadempiente;
- L'ampliamento dell'attuale offerta privata, laddove il su richiamato aumento di produttività non arrivi a coprire il fabbisogno stimato, secondo quanto definito con Decreto Commissariale n.67/2012;
- Azioni che portino i laboratori privati a raggiungere una soglia minima annua di attività pari a 200.000 esami, al fine di un miglioramento continuo della qualità dei laboratori.

Impatto economico

L'impatto relativo all'incremento della produttività nei presidi e ambulatori pubblici ed al conseguenziale incremento delle entrate da ticket e quota di compartecipazione 10 € a ricetta non è al momento valorizzabile.

Le nuove attivazioni non avranno alcun costo per il SSR in quanto si tratterà esclusivamente di nuove autorizzazioni e non di accreditamenti.

La remunerazione annuale corrisposta agli erogatori privati per assistenza specialistica ambulatoriale è fissata al limite massimo pari a 29,9 €/mln per l'anno 2013 e 29,6 €/mln per gli anni 2014 e 2015.

2.3.2 AZIONE 3: Residenzialità e Semiresidenzialità

Contesto di riferimento

Al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti e di potenziare la rete esistente, la Regione Abruzzo, con Decreto commissariale n.52/2012, ha determinato il fabbisogno assistenziale residenziale e semiresidenziale regionale relativo alle aree degli anziani e demenze, disabilità-riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche, pari a 6.936 posti letto complessivi.

Nell'Appendice 1 alla Figura 3 e Figura 4 sono riportate le mappe, con la georeferenziazione delle strutture RSA e Residenze Protette che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali ad anziani non autosufficienti e affetti da demenza e delle strutture di riabilitazione ex art.26 che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali per la disabilità – riabilitazione con indicazione per ciascun erogatore del numero di posti letto per tipologia di assistenza ed indicazione del numero di posti letto per 1.000 abitanti anziani.

Dal confronto tra i dati del fabbisogno ed i posti letto provvisoriamente accreditati ed autorizzati emergono delle condizioni eterogenee tra i singoli livelli di assistenza. In particolare si sottolineano le seguenti evidenze:

- Una maggiore offerta di posti letto per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale;
- Una minore offerta di posti letto per l'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti;
- L'assenza di posti letto per le dipendenze patologiche a fronte di un fabbisogno pari a 425 posti letto.

Obiettivi Programmati

La razionalizzazione della rete di assistenza territoriale proseguirà con la riorganizzazione dell'attuale rete di offerta relativa alle prestazioni residenziali e semiresidenziali sulla base del fabbisogno determinato attraverso le seguenti procedure riportate in ordine di priorità:

- Rivalutazione, da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale, mediante l'utilizzo della S.Va.M.Di, dei pazienti ospitati presso le strutture provvisoriamente accreditate e successivo piano di trasferimento dei pazienti presso strutture in grado di erogare prestazioni appropriate rispetto al *setting* richiesto;
- Riconversione di strutture di assistenza territoriale in eccesso rispetto al fabbisogno di cui sopra in strutture per l'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti od in strutture per le dipendenze patologiche;
- Riconversione di strutture per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale in strutture per l'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti o in strutture per le dipendenze patologiche;
- Attivazione ex novo di strutture per l'assistenza territoriale per la parte di fabbisogno non coperto attraverso il processo di riconversione e dall'attività erogata dalle strutture pubbliche.

Impatto economico

La Regione stima che, a seguito del processo di riconversione delle strutture e/o di rimodulazione di strutture per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale, in strutture territoriali atte alla cura di pazienti anziani non autosufficienti, possa realizzarsi un risparmio sulla spesa per circa 12 €/mln annui dovuti all'aggiornamento delle tariffe ed allo *shift* tra tariffe che non prevedono quota di compartecipazione a tariffe in cui è presente.

Considerando che tale processo sarà completato solo nel 2015, si stima un risparmio parziale nel 2014 (6,0 €/mln) ed un risparmio a regime nel 2015 (12,0 €/mln).

2.3.3 AZIONE 4: Assistenza Domiciliare

Contesto di riferimento

La riorganizzazione ed il potenziamento del sistema cure domiciliari è senza dubbio necessaria in quanto stiamo assistendo all'aumento delle patologie croniche ed alla diminuzione della popolazione "attiva" che è in grado di prendersi cura del paziente cronico. Si prevede, infatti, che nel lungo periodo questa situazione potrebbe generare un aumento di pazienti che, se non potranno essere curati nel *setting* assistenziale appropriato, porteranno un aumento della domanda verso la rete ospedaliera e territoriale assistenziale portando a saturazione, inappropriatamente, il sistema assistenziale.

Obiettivi Programmati

La Regione intende riorganizzare le cure domiciliari, ponendo in essere azioni volte alla garanzia della continuità dell'assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, specialistica a domicilio e che, allo stesso tempo, vengano strutturati percorsi integrati di sostegno alle famiglie coinvolte.

Impatto economico

La sostenibilità economico – finanziaria di tutti gli interventi che scaturiranno dal piano di attuazione e qualificazione dell'assistenza domiciliare saranno valutati dai Servizi competenti della Direzione Politiche della Salute. Le risorse umane, finanziarie e tecnologiche da destinare all'ADI saranno autorizzate nel rispetto dell'equilibrio economico – finanziario aziendale.

2.3.4 AZIONE 5: Cure palliative**Contesto di riferimento**

La Regione Abruzzo ha stimato, sulla base di analisi dei registri tumori di altre regioni italiane e sulla base della popolazione abruzzese, che il numero di pazienti neoplastici sia pari a 54.720, e di questi il 60% è rappresentato da pazienti con più di 65 anni; pertanto, sulla base di tali informazioni, circa 2.900 pazienti terminali oncologici necessitano di cure palliative.

Rispetto ai progetti ammessi a finanziamento per l'attivazione di complessivi 72 PL, allo stato attuale risultano attivati il 70% dei posti letto previsti.

Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Terminare l'attivazione dei posti letto in Hospice (12 posti letto presso il Presidio Ospedaliero di L'Aquila e 10 posti letto presso l'Hospice di Avezzano di cui attualmente risultano attivati provvisoriamente 5 posti letto nel PTA di Pescara nelle more di completamento dei lavori di completamento della struttura di Avezzano);
- Potenziare l'attività domiciliare per le cure palliative, passando dai circa 860 pazienti assistiti nel 2010, a circa 2.000 nel 2014;
- Introdurre, in tempi brevi, a cura dell'Agenzia Sanitaria Regionale, un "Registro Tumori".

Impatto economico

Il costo per gli investimenti strutturali per le attivazioni relative ai restanti posti letto di Hospice sono stati ammessi a finanziamento fondi ex art.20; pertanto non sono previsti ulteriori costi per il triennio 2013-2015.

Le eventuali assunzioni di personale, come previsto con DCA 37/2012, saranno valutate dall'Organo Commissariale nell'ambito dell'inderogabile vincolo del rispetto dell'equilibrio economico – finanziario aziendale e nell'ambito di quanto descritto nell'intervento sul personale.

2.3.5 AZIONE 6: Assistenza sanitaria di base**Contesto di riferimento**

La Rete delle cure primarie è costituita da 4 Aziende sanitarie (Avezzano-Sulmona-L'Aquila, Lanciano-Vasto-Chieti, Pescara e Teramo) e da 25 distretti come stabilito dal Decreto commissariale n.05/2011 (Figura 5 Appendice 1).

La Regione ha anche configurato, con Deliberazione commissariale n.45/2010, la riconversione di cinque Presidi Ospedalieri in i Presidi Territoriali di Assistenza H24. Tali riconversioni risultano completate per Casoli, Gissi, Pescara e Tagliacozzo, anche se per quest'ultimo con obbligo di Pronto Soccorso per effetto delle sentenze della giustizia amministrativa, mentre non si è ancora potuto procedere alla riconversione di Guardiagrele a causa del contenzioso ancora in atto.

Obiettivi Programmati

La Regione intende ultimare, nel triennio, l'organizzazione dei servizi territoriali di Assistenza Primaria promuovendo l'integrazione con il sociale al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini anche nel rispetto delle direttive stabilite dal D.L. 135/2012, portando a conclusione le disposizioni stabilite dai citati Decreti commissariali n. 24/2012, n. 40/2012 e n. 45/2012.

Impatto economico

Mantenimento dei livelli retributivi fissati dai vigenti AA.CC.NN. dei Medici convenzionati di Base sul rilievo che il comma 6 art. 1 L. 189/2012 e il comma 2 art. 16 del DL 98/2011, che dispongono la limitazione della crescita degli adeguamenti economici anche accessori delle PP.AA., si applicano, in quanto compatibili, anche al personale convenzionato con il SSN fin dalla loro entrata in vigore.

2.4 INTERVENTO 4: Prevenzione

Contesto di Riferimento

A seguito delle rilevate basse percentuali di copertura e difficoltà organizzative aziendali con Deliberazione di Giunta regionale n.346 del 23 maggio 2011 sono state ridefinite le modalità organizzative degli screening regionali mammografico, della cervice uterina e del colon retto demandando a ciascuna Azienda la gestione, organizzazione e la erogazione degli screening oncologici regionali, superando il sistema esistente di gestione accentrata degli stessi presso Asl capofila.

In considerazione delle caratteristiche del mondo del lavoro nella Regione Abruzzo e delle prospettive di sviluppo di alcuni ambiti lavorativi, fra i quali il settore dell'edilizia che sarà fortemente interessato anche nel triennio 2013 – 2015 alla ricostruzione post-terremoto, le AUSL devono sviluppare programmi nell'ottica del miglioramento delle attività e nel rispetto degli obiettivi fissati dal patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM del 1° Agosto 2007) e del PNP e PRP.

Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Innalzare le coperture regionali di screening oncologici nei programmi organizzati per cervice uterina, mammella e colon retto, così come previsti ai fini LEA. Precisamente la percentuale di persone che ha effettuato il test di screening deve essere almeno pari o superiore al 65% del target previsto nei programmi organizzati, in linea con le indicazioni nazionali;
- Ridurre i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, mantenendo il trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica del 15% (quantificabili dai dati annuali INAIL) attraverso il miglioramento dell'efficacia e della quantità degli interventi sul territorio definendo e realizzando piani di prevenzione e interventi di vigilanza.

Impatto economico

Non è previsto alcun impatto economico in quanto le risorse programmate sono quelle rientranti nell'ambito delle risorse pari al 5% destinate alla Prevenzione.

3 Aree di intervento "core"

3.1 INTERVENTO 5: Beni e Servizi

Contesto di Riferimento

L'aggregato di costo "Altri beni e servizi" ha rappresentato per il 2012 per la Regione Abruzzo circa il 22% dei costi rapportati ai ricavi ed è cresciuto ad un tasso medio annuo del 3,9% ogni anno dal 2008 al 2012, facendo registrare un incremento di circa +73 €/mln tra il 2008 ed il 2012. Rispetto al 2011, nel 2012 la voce di spesa è aumentata di 33,7 €/mln pari ad un incremento di +6,9% (di cui +26,6 €/mln per Servizi, +6,9 €/mln per Beni Sanitari e +0,3 €/mln per Beni non Sanitari).

Si sottolinea che l'incremento di spesa tra il 2011 ed il 2012 relativo all'aggregato si è verificato nonostante che, già a partire dal secondo semestre del 2012, la normativa nazionale avesse imposto specifiche riduzioni della spesa già a partire dal secondo semestre del 2012.

Obiettivi Programmati

La Regione si pone come obiettivo principale la riduzione del 10% degli importi e delle connesse prestazioni relative ai contratti in essere di appalti di servizi e di fornitura di beni e servizi nel rispetto dei vincoli imposti dalla normativa Nazionale.

Le ASL dovranno fornire un Conto Economico programmatico contenente il dettaglio delle voci d'interesse e ciascun Direttore Generale dovrà comunicare direttamente alla Direzione Politiche della Salute Servizio Programmazione economico – finanziaria e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie l'eventuale intenzione e motivazioni per "derogare" dalla riduzione del 10% sopra richiamata, specificando altresì le modalità con le quali l'Azienda intende garantire il medesimo risparmio su specifiche voci di Conto economico alternative al macroaggregato "Beni e Servizi" per il raggiungimento e/o mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario della gestione aziendale.

Si specifica che il raggiungimento degli obiettivi programmati relativamente alla razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi - attraverso riduzioni della suddetta voce o garantendo il medesimo risparmio su altre voci - viene posto come uno dei vincoli all'autorizzazione alle assunzioni di personale, come sarà meglio descritto nell'azione relativa al Personale.

Le Aziende dovranno:

- ricognire i contratti aziendali in essere per l'acquisto di beni e servizi entro il 31.12.2013, specificando per ciascun contratto i seguenti dettagli:
 - valore del contratto;
 - durata del contratto;
 - tipologia del contratto;
 - volumi contrattualizzati (*driver*) e prezzi unitari (costi standard) alla base del contratto (es: metri quadrati e €/metro quadrato, ...);
 - in caso di contratto rinegoziato indicare i nuovi volumi contrattualizzati (*driver*) e i nuovi prezzi unitari (costi standard) alla base del nuovo contratto (es: metri quadrati e €/metro quadrato, ...);
 - previsioni di risparmio per il triennio 2013-2015 con indicazione delle voci di dettaglio nel CE NSIS aziendale e delle modalità e leve di azione che saranno utilizzate;
- rinegoziare i contratti con i fornitori in ottemperanza alla normativa nazionale;
- fornire un prospetto riepilogativo di ricognizione delle seguenti voci:
 - "Altri Servizi non sanitari da privato";
 - "Assistenza protesica";
 - "Contratti di *global service* e *facility management*", con indicazione relativa all'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto.

- monitorare la spesa dei contratti e rendicontare semestralmente le azioni di contenimento e riduzione spesa per l'acquisto di beni e servizi con il Servizio Programmazione economico – finanziaria e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie della Direzione Politiche della Salute.

Si prevede, altresì, di individuare le categorie merceologiche per le quali attivare meccanismi di acquisto centralizzato, secondo parametri che privilegino l'omogeneità e la capacità di risparmio delle stesse, in una logica di costante interazione con le Aziende per la definizione dei fabbisogni e delle specifiche tecniche e contrattuali.

Impatto economico

A livello regionale, la riduzione del 10% degli importi e delle connesse prestazioni relative ai contratti in essere di appalti di servizi e di fornitura di beni e servizi è valorizzato pari a 22,4 €/mln per gli anni 2013-2015, per un risparmio cumulato di 67,1 €/mln.

3.2 INTERVENTO 6: Assistenza Farmaceutica

Contesto di Riferimento

La Regione negli anni passati, ha intrapreso un percorso volto al contenimento della spesa ed al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva al fine di garantire un elevato livello assistenziale ed il contemporaneo rispetto dei tetti di spesa. Questo ha portato ad una riduzione tra il 2011 ed il 2012 della spesa farmaceutica complessiva pari -26 €/mln (-6%). La Regione intende quindi proseguire il percorso intrapreso anche per il triennio 2013-2105.

Obiettivi Programmati

A tal proposito la Regione intende:

- Attivare la distribuzione per conto per agevolare l'accesso al cittadino alle terapie utilizzando la rete capillare delle farmacie convenzionate presenti sul territorio;
- Regolamentare l'acquisto di principi attivi nuovi non previsti dalla gara attualmente in vigore ed avviare delle procedure per l'indizione della nuova gara;
- Potenziare la divulgazione dei contenuti tecnico-scientifici delle decisioni della Commissione Regionale del Farmaco (CRF) e dei provvedimenti del Servizio Farmaceutico Regionale, mediante implementazione di un sito web dedicato;
- Individuare/aggiornare i centri di riferimento abilitati alla prescrizione di medicinali autorizzati AIFA con tale vincolo;
- Definire specifici percorsi per le categorie di farmaci "alto spendenti" e sviluppare linee guida di indirizzo dell'attività prescrittiva nella Medicina Generale o in ambito specialistico;
- Razionalizzare la prescrizione e dell'utilizzazione di medicinali biosimilari;
- Portare a completa e puntuale attuazione il sistema di monitoraggio dell'appropriatezza d'uso dei farmaci di recente immissione in commercio, sia in ambito ospedaliero che al domicilio del paziente, il cui profilo di sicurezza ed efficacia necessita di un monitoraggio attento e costante sia nell'ottica della tutela del paziente che dell'utilizzo delle risorse a disposizione del SSN;
- Incrementare le prescrizioni di farmaci equivalenti ottenuto mediante molteplici iniziative;
- Aggiornare gli obiettivi di spesa per i MMG tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente per poter pervenire ad una riduzione della spesa lorda pro-capite pesata e aumento dell'appropriatezza prescrittiva.

Impatto economico

Il valore dell'impatto economico, definito in termini di risparmio, per la maggior parte delle azioni che verranno poste in essere, potrà essere quantificato unicamente a consuntivo.

Le simulazioni condotte per valutare l'impatto del raggiungimento l'obiettivo specifico di incrementare la prescrizione di farmaci equivalenti ed evitare il fenomeno della modifica del mix prescrittivo verso diverse specialità medicinali alla scadenza – o in prossimità della scadenza - della copertura brevettuale dei principi attivi, tenendo conto soltanto dell'impatto per l'anno 2013, hanno portato, per la voce "Farmaceutica convenzionata", a valutare una riduzione massima teorica pari a 6,14 €/mln, di cui:

- 3,75 €/mln dovuti alla scadenza brevettuale dei principi attivi secondo la lista dei CCP (Certificati complementari di protezione);
- 2,39 €/mln dovuti allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto nel 2012 per categorie oggetto di monitoraggio (la stima iniziale è stata abbattuta prudenzialmente del 20%).

Prudenzialmente, per gli anni 2014 e 2015, questo valore è stimato costante.

3.3 INTERVENTO 7: Investimenti in conto capitale

Contesto di riferimento

Risulta necessario, sia in termini di contenimento della spesa che di possibile potenziamento dei servizi, giungere ad una puntuale conoscenza della presenza sia in termini quantitativi che qualitativi, delle grandi "apparecchiature" e degli spazi aziendali sia di proprietà che non di proprietà

Obiettivi Programmati

La Regione Abruzzo intende avviare un'attività di ricognizione delle grandi "apparecchiature" di proprietà e non di proprietà (leasing, comodato, service...) aziendale per poter rimodulare le tariffe ed i canoni annui e valutare l'eventuale necessità di reperimento di macchine aggiuntive per soddisfare il fabbisogno definito per ciascuna rete di assistenza regionale (ospedaliera, ambulatoriale, residenziale).

A tal proposito sarà prevista, da parte delle Aziende sanitarie, la stesura di un piano triennale degli investimenti che, successivamente all'approvazione dei Servizi competenti della Direzione Politiche della Salute, costituirà la base di partenza per la definizione dei vincoli di spesa per investimenti da rispettare nell'arco di tutto il triennio. Si specifica che il fabbisogno di apparecchiature dovrà essere soggetto a verifica e conferma e/o rettifica con cadenza annuale.

La Regione intende inoltre effettuare una ricognizione attenta e puntuale delle singole realtà aziendali, che porti ad un piano di riorganizzazione degli spazi utilizzati e permetterà di trarre benefici in varie aree:

- razionalizzazione del costo di locazione passiva ed aumento dei ricavi derivanti dalla locazione attiva,
- individuazione di spazi male o non utilizzati che potrebbero essere destinati ad altre attività o dismessi mediante alienazione per il reperimento di risorse utili ad incrementare gli investimenti sanitari;
- programmazione dell'utilizzazione dei proventi provenienti da eventuali alienazioni delle strutture e/o spazi aziendali.

Impatto economico

L'effetto economico della ricognizione delle apparecchiature e degli immobili non è al momento stimabile in quanto la rilevazione dei dati non è stata ancora completata, ed i suoi effetti sono legati alla durata pluriennale dei contratti già posti in essere.

Si ribadisce che per tutti i nuovi investimenti sarà valutata la sostenibilità economico – finanziaria all'interno del vincolo di spesa definito per ciascuna azienda e nel rispetto dell'equilibrio della gestione aziendale.

3.4 INTERVENTO 8: Rapporti con gli erogatori privati

Contesto di riferimento

L'indicazione dei tetti di spesa stabiliti dalla regione per ciascuna struttura privata accreditata è lo strumento mediante il quale la Regione alloca le risorse del SSR per orientare la produzione delle strutture private verso le prestazioni maggiormente rispondenti al fabbisogno della popolazione, nel rispetto di criteri di appropriatezza ed efficienza.

A questo fine la Regione intende remunerare gli erogatori privati afferenti le prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale secondo le modalità stabilite dalle disposizioni di cui all'Art.15 del DL 95/2012, come già avvenuto negli anni 2012 e 2013 e pertanto intende confermare tale tempestivo recepimento con Decreto Commissariale per l'anno 2014.

Obiettivi Programmati

La Regione intende individuare:

- l'iter procedurale per la sottoscrizione dei budget, tenendo conto delle peculiarità che caratterizzano le strutture della rete di offerta, specificando passi procedurali e tempistiche per la sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate;
- gli eventuali ulteriori aspetti critici da sottoporre a clausola contrattuale al fine della liquidazione delle prestazioni. In particolare, in raccordo con la disciplina dei controlli e dell'accreditamento, dovranno essere identificati i debiti informativi da rispettare in modo tale che la remunerazione della singola prestazione sia garantita solo nel caso in cui siano state rispettate le tempistiche e dei livelli qualitativi stabiliti per l'invio dei dati, così come previsto dagli accordi contrattuali 2013.

Impatto economico

Per l'anno 2013, stante la non sottoscrizione dei contratti da parte di alcuni erogatori alla data del 30.09.2013 ed in attesa dell'esito dei contenziosi in atto, la Regione riteneva di accantonare una quota pari a 9,1 €/mln pari al valore registrato al Consuntivo 2012 per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato (in Tendenziale). Considerando il processo di negoziazione in corso che la Regione sta portando avanti con gli erogatori privati al fine di addivenire alla sottoscrizione dei contratti, si stima che gli erogatori privati verranno remunerati entro il livello delle remunerazioni massime decretate per l'anno; viene così prevista come manovra la non sussistenza del rischio sulla overproduzione dei privati per 9,1 €/mln per l'anno 2013.

3.5 INTERVENTO 9: Personale

Contesto di Riferimento

La Regione, pur avendo raggiunto ottimi risultati nell'ambito della riduzione e razionalizzazione della spesa per il personale nel corso degli ultimi anni, presenta nel Conto Economico 2012, così come nei precedenti anni, alla voce Costo del Personale, la voce di spesa con la maggiore incidenza sul totale dei costi (35% nel CE al Consuntivo 2012). Per questo motivo la Regione Abruzzo si impegna ad implementare interventi, siano essi di sviluppo che di contenimento, con la massima attenzione, coerentemente con tutte le altre azioni descritte nel presente piano e ponendo particolare attenzione all'obiettivo del mantenimento/raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende.

Nella prospettiva del completamento dell'azione di razionalizzazione del SSR attuata in coerenza con quanto stabilito dapprima nel Programma Operativo 2010 e successivamente nel Programma Operativo 2011-2012, è necessario che le Aziende regionali muovano verso l'obiettivo di una riprogrammazione complessiva dei propri fabbisogni di personale.

Tale obiettivo di riprogrammazione, da realizzarsi mediante la rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali porterà, a regime, il limite di spesa cui le Aziende dovranno attenersi per gli anni futuri. In questo modo la Regione potrà monitorare l'effettivo rispetto delle disposizioni regionali in tema di autorizzazione all'assunzione di personale e di rispetto dei tetti di spesa fissati per il personale.

Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Procedere a verificare la conformità delle dotazioni organiche, redatte dalle Aziende sanitarie, alle linee di indirizzo regionali stabilite con Decreto commissariale n.49/2012 formulando, ove nel caso, eventuali rilievi. Al termine della procedura sopra descritta si procederà alla rideterminazione dei fondi contrattuali da ricalibrare in relazione alle nuove dotazioni organiche aziendali;
- Completare il processo, già avviato, di razionalizzazione delle unità operative complesse e semplici (in attuazione degli standard stabiliti dal c.d. Comitato LEA nella seduta del 26.3.2012) e degli incarichi di coordinamento e delle posizioni organizzative (in attuazione di quanto stabilito nell'Allegato 3 al P.O. 2010) anche al fine dell'aggiornamento degli atti aziendali;
- Garantire la possibilità alle ASL di sostituire il personale che cessa dal servizio nel corso del triennio di riferimento, previo nulla-osta da parte dell'Organo Commissariale, con personale dirigenziale anche di altro ruolo e profilo, per quanto attiene al personale dirigenziale, e con personale di analoga categoria, per quanto riguarda il personale del comparto;
- Consentire alle ASL di procedere alla copertura di posti vacanti in organico, che attualmente risultano occupati da personale a tempo determinato, mediante assunzioni di personale a tempo indeterminato per quelle figure professionali che svolgono funzioni e compiti indispensabili per le esigenze aziendali ed i cui posti durante tutto l'anno 2012 siano stati coperti da personale a tempo determinato e la cui spesa, pertanto, risulta già consolidata nei costi del bilancio 2012;
- Correlare le autorizzazioni di assunzione del personale al raggiungimento degli obiettivi programmati relativamente alla razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi attraverso la riduzione del 10% degli importi e delle connesse prestazioni relative ai contratti in essere di appalti di servizi e di fornitura di beni e servizi o adottando misure alternative purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario (L. 228/2012) e di stabilire che, il mancato raggiungimento degli stessi per l'anno 2013, determinerà già dal 2014 il blocco totale o parziale (nelle percentuali che saranno specificatamente individuate) del turnover;
- Monitorare l'adempienza delle Aziende agli obblighi informativi secondo le modalità ed i tempi stabiliti dal competente Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane della Direzione Politiche della Salute, al fine di garantire i flussi informativi necessari all'attività di coordinamento delle politiche del personale del servizio sanitario regionale. A tal fine le Aziende dovranno continuare ad alimentare il database regionale sul personale in servizio, la rilevazione mensile degli assunti e cessati e ad attuare gli adempimenti relativi alla rilevazione trimestrale dei costi del personale;
- Assicurare il rispetto dei vincoli di bilancio riconducendo la spesa della voce CE (B.2.A.3.4 -da privato – Medici SUMAI) entro i limiti previsti dall'art. 15 D.L. n. 95/2012 con modalità e tempi tesi a garantire il rispetto delle prescrizioni normative e l'erogazione appropriata delle prestazioni specialistiche;
- Limitare, così come previsto dalla normativa vigente, il ricorso a consulenze ed incarichi di lavoro autonomo, oltre che il ricorso a forme di esternalizzazione di servizi per lo svolgimento di attività istituzionali connesse all'erogazione dei LEA. A tal fine si individuano una serie di obiettivi specifici per le ASL regionali.

Le varie possibilità di assunzione sopra descritte potranno essere attuate sempre a patto che si garantisca l'inderogabile rispetto dei seguenti tetti di spesa in termini di conto economico (Tabella 4).

Tabella 4 – Conto Economico per Azienda 2012-2015

| Conto Economico 2012 - 2015 (€/000) | | |
|-------------------------------------|----------------|----------------|
| | Consuntivo | Tendenziale |
| ASL | 2012 | 13-15 |
| Personale | | |
| Avezzano Sulmona L'Aquila | 192.304 | 192.304 |
| Lanciano Vasto Chieti | 240.170 | 240.170 |
| Pescara | 169.042 | 169.042 |
| Teramo | 166.468 | 166.468 |
| Totale Spesa Personale | 767.984 | 767.984 |
| IRAP | | |
| Avezzano Sulmona L'Aquila | 13.571 | 13.571 |
| Lanciano Vasto Chieti | 16.772 | 16.772 |
| Pescara | 12.020 | 12.020 |
| Teramo | 11.890 | 11.890 |
| Totale IRAP | 54.253 | 54.253 |
| Totale Personale + IRAP | 822.237 | 822.237 |

Si precisa che l'Organo Commissariale procederà ad autorizzare le assunzioni nelle Aziende in considerazione della reale esigenza di ciascuna Azienda di reperire nuovo personale.

A tal proposito, i dati della Tabella 2 del Piano di Rientro relativi al Personale (tempo indeterminato, tempo determinato e Restante personale) mostrano una distribuzione disomogenea del personale tra le quattro Aziende in relazione ai posti letto pubblici assegnati con DCA 45/2010 (Tabella 5).

Tabella 5 – Rapporto Personale vs Posti letto DCA 45/2010

| Rapporto personale vs PL DCA 45/2010 | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------|------------------|------------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| ASL | Personale TI (A) | Personale TD (B) | Restante Personale (C) | Totale Tab 2 PdR (D=A+B+C) | PL DCA 45/2010 (E) | Rapporto TI/PL Personale (F=A/E) | Rapporto Tot Personale/PL (G=D/E) |
| Avezzano Sulmona L'Aquila | 3.307 | 187 | 47 | 3.541 | 870 | 3,80 | 4,07 |
| Lanciano Vasto Chieti | 4.396 | 132 | 37 | 4.565 | 1.075 | 4,09 | 4,25 |
| Pescara | 3.016 | 62 | 39 | 3.117 | 798 | 3,78 | 3,91 |
| Teramo | 2.956 | 51 | - | 3.007 | 945 | 3,13 | 3,18 |
| Totale | 13.675 | 432 | 123 | 14.230 | 3.688 | 3,71 | 3,86 |

Impatto economico

Non è possibile procedere al momento ad una definizione dell'impatto economico connesso al processo di rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali in quanto non ancora concluso; si può comunque assicurare che lo stesso garantirà il rispetto del limite di spesa stabilito dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009 (pari alla spesa personale 2004 diminuita dell'1,4%).

In considerazione del blocco del turnover applicato nel primo semestre del 2013, le Aziende hanno sopperito alla necessità di personale necessario a far fronte delle esigenze assistenziali, anche attraverso il ricorso al tempo determinato. Sono inoltre avvenute nei primi mesi del 2013, assunzioni a tempo indeterminato relative al turnover del 2012. L'impatto di questi fenomeni comprensivo di IRAP, è stato stimato pari a 6,1 €/mln per il 2013. Fermi restando i limiti di spesa stabiliti dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009 e di tutti i vincoli sopra determinati, la Regione intende confermare tale previsione di spesa anche per gli anni 2014-2015 (6,1 €/mln per ciascun anno) sulla base delle reali necessità delle aziende, da verificarsi con l'approvazione definitiva delle dotazioni organiche.

Si evidenzia inoltre che l'aver correlato la possibilità di effettuare assunzioni di personale per turnover al raggiungimento annuale degli obiettivi fissati nell'intervento Beni e Servizi potrà ragionevolmente e presumibilmente fungere da leva e da stimolo per il conseguimento degli obiettivi in questione.

Anche per quanto attiene all'azione di rideterminazione dei fondi contrattuali, l'impatto economico della stessa potrà quantificarsi solo in sede di adozione dei riferiti atti, di seguito all'avvenuta rideterminazione delle dotazioni organiche.

Quanto all'impatto economico connesso alla definizione dei processi di razionalizzazione delle unità operative complesse e semplici e delle posizioni organizzative e degli incarichi di coordinamento nonché dal contenimento delle forme di lavoro flessibile, consulenze e altro, si evidenzia che essendo un processo ancora in atto ed essendo soggetto a diverse variabili non è possibile, allo stato, quantificarlo esattamente.

L'impatto economico della riduzione della spesa per prestazioni da sumaisti rispetto all'andamento tendenziale 2013-2015 è pari a 1,4 €/mln per ogni anno.

4 Interventi operativi

La Regione intende:

- **INTERVENTO 10 Sanità penitenziaria:** Portare a completa attuazione il trasferimento delle funzioni inerenti l'attività di medicina penitenziaria attraverso la presa in carico dei bisogni sanitari della popolazione detenuta della Regione Abruzzo e completare la riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza sanitaria ai pazienti con misura di sicurezza detentiva provenienti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, presenti negli istituti penitenziari, negli istituti penali per minori, nelle CT e nei CPA.
- **INTERVENTO 11 Sanità veterinaria e sicurezza alimentare:** Rilanciare la prevenzione predisponendo gli atti di riattivazione dell'Osservatorio Epidemiologico Veterinario regionale, assicurare un livello elevato di salute pubblica e salute animale e promuovere la sicurezza alimentare su tutta la filiera.
- **INTERVENTO 12 Formazione comunicazione ai cittadini:** Realizzare la Carta dei Servizi Sanitari Regionale per gli anni 2014-2015, proseguire l'attività di *Audit* e di *Empowerment* e realizzare un sito web conforme al Progetto Ministero/Regione Abruzzo.
- **INTERVENTO 13 Sicurezza e rischio clinico:** Potenziare gli strumenti necessari alla gestione del rischio clinico, verificare l'adozione della *check list* in tutte le sale operatorie, realizzare indicazioni condivise ed uniformi per la prevenzione degli errori in corso di terapia oncologica e per tutti i farmaci ad "alto rischio o ad alto livello di attenzione" ed infine coordinare e monitorare il sistema regionale dei controlli sull'appropriatezza legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dagli Erogatori accreditati, ai sensi del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i., art. 8 – octies.

5 Interventi di Governo del sistema

La Regione intende:

- **INTERVENTO 14 Governance del Piano:**
 - Proseguire le attività di raccordo tecnico amministrativo tra l'organo commissariale inteso sia nella figura del Commissario ad Acta che in quella del Subcommissario, i Servizi della Direzione Politiche della Salute, l'Agenzia Sanitaria Regionale nonché dei Servizi "Bilancio" e "Ragioneria Generale" della Direzione "Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive" ed i ed attuare gli interventi necessari per la copertura dei posti vacanti;
 - Istituire un Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali al fine di valutare e verificare gli effetti degli interventi che saranno previsti e concordati con i Direttori Generali per il controllo della spesa delle 4 Asl regionali.

- **INTERVENTO 15 Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011:** Armonizzazione i sistemi contabili e gli schemi di bilancio degli enti del SSR, facilitare la riconciliazione tra la contabilità regionale con la contabilità economico-patrimoniale della Gestione Sanitaria accentrata, pianificare il flusso dei pagamenti dei fornitori delle aziende e della GSA del SSR e monitorare la progressiva riduzione dei tempi medi di pagamento.
- **INTERVENTO 16 Certificabilità dei bilanci del SSR:** Attuare il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) per la progettazione e l'attuazione di un sistema di contabilità analitica regionale su cui alimentare un modello di monitoraggio del SSR volto a garantire, a livello locale, la raccolta sistematica e continuativa di tutti i dati necessari per un miglior governo economico/finanziario del sistema e il monitoraggio dei LEA.
- **INTERVENTO 17 Flussi informativi:**
 - Migliorare la tempestività e la qualità dei dati contenuti nei flussi attraverso la messa a regime dei cosiddetti "nuovi flussi ministeriali", condividere ed integrare le attività connesse alla gestione dei flussi con i servizi regionali e aziendali di riferimento per le specifiche materie di competenza, attraverso l'istituzione di Gruppi di Lavoro Permanenti;
 - Pervenire alla completa esecuzione degli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di Tessera Sanitaria.
- **INTERVENTO 18 Autorizzazione ed accreditamento:** Completare i procedimenti di accreditamento istituzionale ed aggiornare, in linea con la nuova normativa, i requisiti di autorizzazione e le relative procedure.
- **INTERVENTO 19 Contabilità analitica:**
 - Attuare l'Accordo di Programma Quadro attraverso la realizzazione di un modello di monitoraggio del SSR volto a garantire l'omogeneizzazione delle procedure, la raccolta sistematica e continuativa e l'adozione di adeguate metodologie di elaborazione, analisi e interpretazione dei dati;
 - Svolgere una costante azione di supporto alle AASSLL, in grado di mettere in campo risorse competenti, metodologie e strumenti indispensabili per perseguire stabilmente nel tempo gli obiettivi di seguito descritti, anche tramite adeguati interventi di formazione sul campo.
- **INTERVENTO 20 Attuazione del piano dei pagamenti:**
 - Predisporre un Piano dei Pagamenti dei debiti commerciali al 31.12.2012 certi, liquidi ed esigibili e, eventualmente, nei limiti delle risorse disponibili e in via residuale rispetto ai primi, dei debiti certi sorti entro il 31 dicembre 2012 ed individuare le misure di copertura annuale del rimborso dell'anticipazione con successiva sottoscrizione del contratto con il MEF.
 - Completare il procedimento di riconciliazione e certificazione dei debiti pregressi, procedendo, nel contempo, a trasferire alle Asl le risorse correlate ai debiti definitivamente certificati quali "certi, liquidi ed esigibili", nonché a completare la certificazione dei debiti non certi, non esigibili o non sussistenti.

Appendice 1

Figura 1 – Rete Ospedaliera AS IS

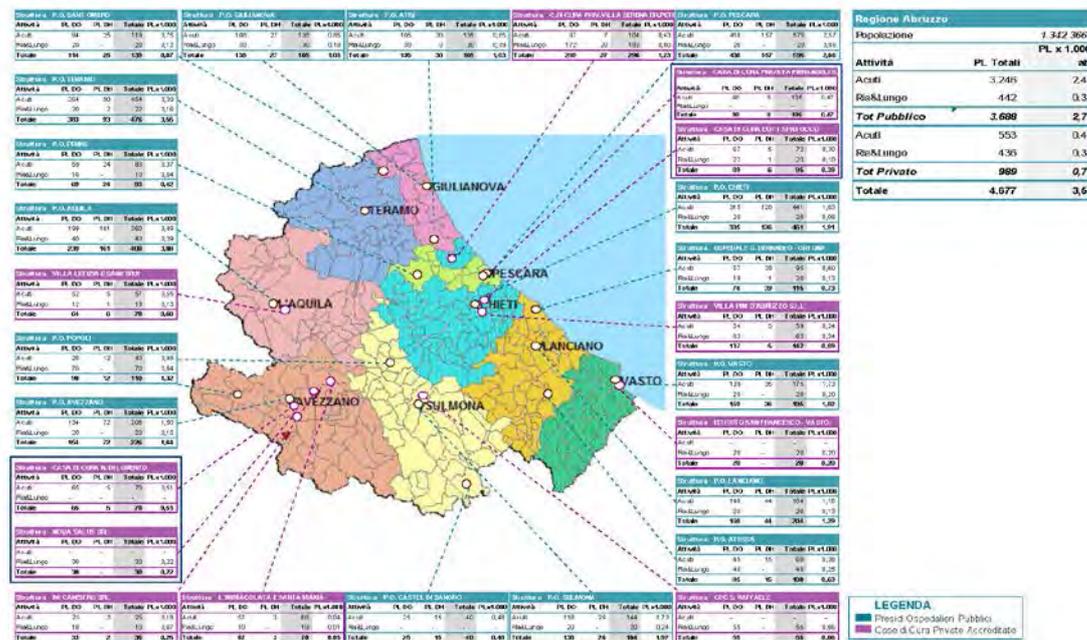
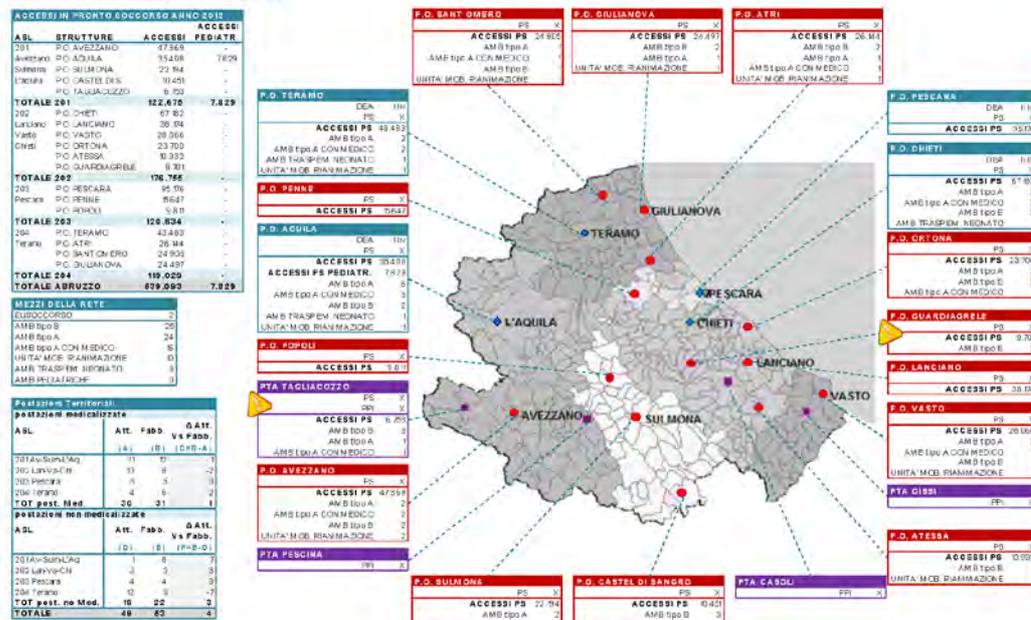


Figura 2 – Rete Emergenza – Urgenza



Allegato A



Regione Abruzzo

Regione Abruzzo

Programma Operativo 2013-2015

Indice

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | Premessa | 1 |
| 2 | Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale | 2 |
| 2.1 | Indicatori demografici, sociosanitari, struttura della popolazione ed epidemiologici | 2 |
| 2.2 | Il SSR | 7 |
| 2.2.1 | L'evoluzione dei costi del SSR | 7 |
| 2.2.2 | L'evoluzione delle variabili gestionali del SSR | 9 |
| 2.2.3 | Le manovre nazionali | 11 |
| 2.2.4 | Punti di attenzione | 12 |
| 2.3 | Tendenziale 2013-2015 | 13 |
| 2.4 | Programmatico 2013-2015 | 22 |
| 3 | Reti di offerta sanitaria | 23 |
| 3.1 | INTERVENTO 1: Rete Ospedaliera | 23 |
| 3.1.1 | AZIONE 1: Riorganizzazione della rete ospedaliera | 23 |
| 3.2 | INTERVENTO 2: Rete Emergenza Urgenza | 27 |
| 3.2.1 | AZIONE 1: Programma attuativo per la rete di emergenza urgenza | 27 |
| 3.3 | INTERVENTO 3: Rete territoriale | 31 |
| 3.3.1 | AZIONE 1: Specialistica ambulatoriale | 31 |
| 3.3.2 | AZIONE 2: Rete Laboratoristica | 33 |
| 3.3.3 | AZIONE 3: Residenzialità e Semiresidenzialità | 35 |
| 3.3.4 | AZIONE 4: Assistenza Domiciliare | 50 |
| 3.3.5 | AZIONE 5: Cure palliative | 52 |
| 3.3.6 | AZIONE 6: Assistenza sanitaria di base | 55 |
| 3.4 | INTERVENTO 4: Prevenzione | 58 |
| 3.4.1 | AZIONE 1: Azioni coerenti con il Programma Nazionale di Prevenzione | 58 |
| 3.4.2 | AZIONE 2: Qualificazione dei programmi di screening oncologici e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali | 59 |
| 3.4.3 | AZIONE 3: Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro | 61 |
| 4 | Aree di intervento "core" | 63 |
| 4.1 | INTERVENTO 5: Beni e Servizi | 63 |
| 4.1.1 | AZIONE 1: Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi | 63 |
| 4.1.2 | AZIONE 2: Gare centralizzate | 66 |
| 4.2 | INTERVENTO 6: Assistenza Farmaceutica | 68 |
| 4.2.1 | AZIONE 1: Distribuzione diretta e per conto | 68 |
| 4.2.2 | AZIONE 2: Modalità di approvvigionamento farmaci | 70 |
| 4.2.3 | AZIONE 3: Commissione Terapeutica Regionale | 71 |
| 4.2.4 | AZIONE 4: Individuazione/aggiornamento dei centri di riferimento abilitati alla prescrizione di medicinali autorizzati dall'AIFA con tale vincolo | 73 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 4.2.5 | AZIONE 5: Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci "alto spendenti" - Sviluppo di linee guida di indirizzo dell'attività prescrittiva nella Medicina Generale o in ambito specialistico | 74 |
| 4.2.6 | AZIONE 6: Razionalizzazione della prescrizione e dell'utilizzazione di medicinali biosimilari | 75 |
| 4.2.7 | AZIONE 7: Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale – Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva nello specifico di medicinali autorizzati dall'AIFA | 77 |
| 4.2.8 | AZIONE 8: Iniziative di efficientamento organizzativo nel monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici e incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti | 78 |
| 4.2.9 | AZIONE 9: Budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria | 81 |
| 4.3 | INTERVENTO 7: Investimenti in conto capitale | 83 |
| 4.3.1 | AZIONE 1: Razionalizzazione degli investimenti e modalità di accesso al finanziamento regionale | 83 |
| 4.3.2 | AZIONE 2: Razionalizzazione degli spazi aziendali | 85 |
| 4.3.3 | AZIONE 3: Pianificazione acquisti apparecchiature | 86 |
| 4.4 | INTERVENTO 8: Rapporti con gli erogatori privati | 87 |
| 4.4.1 | AZIONE 1: Stipula accordi e contratti con gli erogatori accreditati | 87 |
| 4.5 | INTERVENTO 9: Personale | 90 |
| 4.5.1 | AZIONE 1: Definizione del fabbisogno di personale | 91 |
| 4.5.2 | AZIONE 2: Vincoli per le assunzioni di personale | 93 |
| 4.5.3 | AZIONE 3: Monitoraggio consistenza e costi del personale | 97 |
| 4.5.4 | AZIONE 4: Ulteriori interventi di contenimento dei costi del personale per recepimento di normativa nazionale | 99 |
| 4.5.5 | AZIONE 5: Rapporti con Università pubbliche e protocolli | 103 |
| 5 | Interventi Operativi | 104 |
| 5.1 | INTERVENTO 10: Sanità Penitenziaria | 104 |
| 5.1.1 | AZIONE 1: Ricognizione delle procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento amministrazione penitenziaria al SSR | 104 |
| 5.1.2 | AZIONE 2: Disattivazione O.P.G. ed individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti | 105 |
| 5.1.3 | AZIONE 3: Tutela della salute in carcere | 107 |
| 5.2 | INTERVENTO 11: Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare | 109 |
| 5.2.1 | AZIONE 1: Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare | 109 |
| 5.3 | INTERVENTO 12: Formazione e comunicazione ai cittadini | 111 |
| 5.3.1 | AZIONE 1: Promozione nelle AASSLL della Carta dei Servizi Sanitari | 111 |
| 5.3.2 | AZIONE 2: Attivazione azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita da utenti/cittadini e realizzazione dei siti web aziendali | 112 |
| 5.4 | INTERVENTO 13: Sicurezza e Rischio clinico | 113 |
| 5.4.1 | AZIONE 1: Programma regionale per la gestione del rischio clinico e monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle Aziende | 114 |
| 5.4.2 | AZIONE 2: Monitoraggio sistemico dell'uso della <i>check list</i> in Sala Operatoria | 116 |
| 5.4.3 | AZIONE 3: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica e per la gestione delle terapie farmaceutiche ad "alto rischio" | 116 |
| 5.4.4 | AZIONE 4: Programma dei controlli di appropriatezza e dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO | 118 |
| 6 | Interventi di Governo del sistema | 120 |
| 6.1 | INTERVENTO 14: Governance del Piano | 120 |
| 6.1.1 | AZIONE 1: Struttura regionale che sovrintende all'attuazione del Programma Operativo | 120 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 6.1.2 | AZIONE 2: Potenziamento della Direzione Politiche della Salute | 121 |
| 6.1.3 | AZIONE 3: Istituzione del Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali | 124 |
| 6.2 | INTERVENTO 15: Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 | 126 |
| 6.2.1 | AZIONE 1: Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 | 126 |
| 6.3 | INTERVENTO 16: Certificabilità dei Bilanci del SSR | 128 |
| 6.3.1 | AZIONE 1: Certificabilità dei Bilanci del SSR | 128 |
| 6.4 | INTERVENTO 17: Flussi informativi | 129 |
| 6.4.1 | AZIONE 1: Azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi | 129 |
| 6.4.2 | AZIONE 2: Tessera Sanitaria | 131 |
| 6.5 | INTERVENTO 18: Autorizzazione ed Accredimento | 132 |
| 6.5.1 | AZIONE 1: Procedure per l'autorizzazione e l'accredimento istituzionale | 132 |
| 6.6 | INTERVENTO 19: Contabilità analitica | 134 |
| 6.6.1 | AZIONE 1: Contabilità analitica | 134 |
| 6.7 | INTERVENTO 20: Attuazione del Piano dei pagamenti | 136 |
| 6.7.1 | AZIONE 1: Attuazione del Piano dei pagamenti | 136 |
| 6.7.2 | AZIONE 2: Trasferimenti da attività di riconciliazione e certificazione dei debiti pregressi | 138 |

1 Premessa

La Regione intende, per il prossimo triennio, migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria regionale, senza però compromettere il percorso intrapreso per il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario raggiunto nel 2011 e nel 2012 ed in considerazione del fatto che già dal 2010 si è potuto evidenziare un avanzo finanziario. **Obiettivo prioritario sarà la rimodulazione della rete di offerta sanitaria sulla base del fabbisogno di prestazioni stimato al fine di ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di cui ormai ha "certificato" il fabbisogno.**

Nello specifico la Regione negli ultimi 3 anni ha:

- razionalizzato la rete di assistenza ospedaliera pubblica e privata con Deliberazione commissariale n.45 del 2010 e Decreto commissariale n.25 del 2012;
- definito il fabbisogno di strutture residenziali per le cure palliative programmando l'attivazione di 72 posti letto di Hospice da parte delle Aziende pubbliche regionali con Decreto commissariale n.37 del 2012 e definito i criteri di arruolamento per i pazienti malati terminali ed i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per le strutture che fanno parte della rete delle cure palliative residenziale e domiciliare con Decreto commissariale n.51 del 2012;
- determinato il fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale relativo alla non autosufficienza, disabilità-riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche con Decreto commissariale n.52 del 2012;
- determinato il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale 2013-2015: diagnostica per immagini, laboratorio, medicina nucleare, medicina fisica ed FKT, odontoiatria e branche a visita con Decreto commissariale n.67 del 2012;
- avviato, infine, la riorganizzazione della rete dell'Emergenza – Urgenza con Decreto commissariale n.11 del 2013.

Infine la Regione ha avviato il percorso di **accreditamento istituzionale** per le strutture ospedaliere e di specialistica ambulatoriale.

Con il presente Piano la Regione conclude la fase di riduzione della spesa necessaria per il raggiungimento dell'equilibrio economico e finanziario e mira a reinvestire ogni risparmio realizzato al fine di aumentare la qualità di prestazioni erogate con particolare attenzione all'organizzazione della rete territoriale.

La programmazione regionale sarà definita attraverso manovre di

- **Sviluppo;**
- **Contenimento;**
- **Coordinamento**

Per conseguire dei risultati sistemici attraverso il monitoraggio e la verifica degli interventi di sviluppo e contenimento è necessario che la Regione consolidi il proprio ruolo di "holding sanitaria" e che le Aziende Sanitarie Locali consolidino il proprio ruolo di attuatori a livello locale delle indicazioni regionali.

Parallelamente agli interventi sulle aree core, saranno trattati distintamente gli interventi "Operativi" e gli interventi di "Governare del sistema".

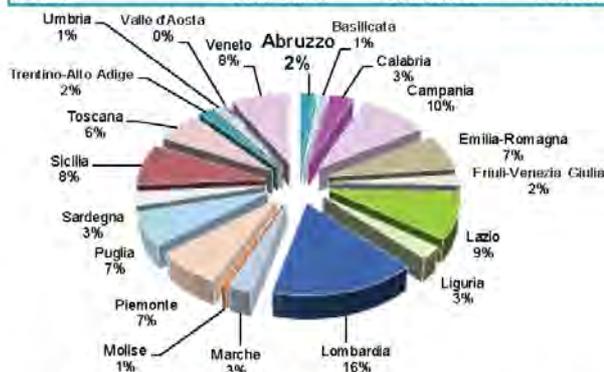
2 Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale

2.1 Indicatori demografici, sociosanitari, struttura della popolazione ed epidemiologici

Dall'analisi della Tabella 1 emerge che la popolazione residente in Regione Abruzzo al 2011 è pari a circa 1,342 mln (ca. il 2,21% dell'intera popolazione italiana).

Tabella 1 – Popolazione residente in Italia al 2011 ripartita per Regione (Fonte ISTAT)

| REGIONE | Maschi | Femmine | Totale | % su Tot Italia |
|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| Abruzzo | 652.286 | 690.080 | 1.342.366 | 2,21% |
| Basilicata | 287.618 | 299.899 | 587.517 | 0,97% |
| Calabria | 980.112 | 1.031.283 | 2.011.395 | 3,32% |
| Campania | 2.829.162 | 3.004.894 | 5.834.056 | 9,62% |
| Emilia-Romagna | 2.151.133 | 2.281.285 | 4.432.418 | 7,31% |
| Friuli-Venezia Giulia | 598.109 | 637.699 | 1.235.808 | 2,04% |
| Lazio | 2.754.318 | 2.974.370 | 5.728.688 | 9,45% |
| Liguria | 767.898 | 848.890 | 1.616.788 | 2,67% |
| Lombardia | 4.844.524 | 5.073.190 | 9.917.714 | 16,36% |
| Marche | 759.397 | 805.938 | 1.565.335 | 2,58% |
| Molise | 155.675 | 164.105 | 319.780 | 0,53% |
| Piemonte | 2.158.445 | 2.298.890 | 4.457.335 | 7,35% |
| Puglia | 1.984.310 | 2.106.949 | 4.091.259 | 6,75% |
| Sardegna | 821.189 | 854.222 | 1.675.411 | 2,76% |
| Sicilia | 2.441.599 | 2.609.476 | 5.051.075 | 8,33% |
| Toscana | 1.805.132 | 1.944.681 | 3.749.813 | 6,19% |
| Trentino-Alto Adige | 509.415 | 527.699 | 1.037.114 | 1,71% |
| Umbria | 436.259 | 470.227 | 906.486 | 1,50% |
| Valle d'Aosta | 62.803 | 65.427 | 128.230 | 0,21% |
| Veneto | 2.413.890 | 2.523.964 | 4.937.854 | 8,14% |
| Totale | 29.413.274 | 31.213.168 | 60.626.442 | 100,00% |



Rispetto al 2010 la popolazione residente in Regione Abruzzo (1.338.898 abitanti) è aumentata di una percentuale pari a ca. lo 0,26% (+3.468 individui) a fronte di un aumento medio in Italia di ca. lo 0,47% (+286.114 individui).

Tabella 2 – Popolazione residente in Italia e in Abruzzo, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Delta% 09-08 | Delta% 10-09 | Delta% 11-10 |
|---------|------------|------------|------------|------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Italia | 59.619.290 | 60.045.068 | 60.340.328 | 60.626.442 | 0,71% | 0,49% | 0,47% |
| Abruzzo | 1.323.987 | 1.334.675 | 1.338.898 | 1.342.366 | 0,81% | 0,32% | 0,26% |

Dall'analisi della Tabella 3 si evince che la provincia più popolosa è quella di Chieti con 397.123 residenti (pari al 53% del totale) al 1° Gennaio 2011, mentre la provincia meno popolosa risulta essere quella di L'Aquila con 309.820 abitanti.

Tabella 3 – Popolazione residente in Abruzzo ripartita per provincia al 2011 (Fonte ISTAT)

| Provincia | Uomini | Donne | Popolazione |
|---------------------|----------------|----------------|------------------|
| Chieti | 193.265 | 203.858 | 397.123 |
| Pescara | 155.435 | 167.749 | 323.184 |
| Teramo | 152.345 | 159.894 | 312.239 |
| L'Aquila | 151.241 | 158.579 | 309.820 |
| Tot. Regione | 652.286 | 690.080 | 1.342.366 |



La Tabella 4 riporta la ripartizione della popolazione per fasce d'età, secondo la stima effettuata per l'anno 2012 l'Abruzzo si caratterizza per una percentuale di popolazione tra 0 – 14 anni pari al 13,0% (l'Italia si trova al 13,6%), tra i 15-64 anni pari al 65,5% (l'Italia si trova al 64,5%) e oltre i 65 anni pari al 21,5% (l'Italia si trova al 21,8%). La distribuzione tra i tre cluster è pressoché invariata negli anni 2009 – 2012, presentando caratteristiche di distribuzione analoghe al dato nazionale.

Tabella 4 – Composizione percentuale della popolazione in fasce d'età, per compartimento geografico, anni 2009-2012 (Fonte ISTAT)

| | 2009 | | | 2010 | | | 2011 | | | 2012* | | |
|----------------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|
| | 0-14 anni | 15-64 anni | >=65 anni | 0-14 anni | 15-64 anni | >=65 anni | 0-14 anni | 15-64 anni | >=65 anni | 0-14 anni | 15-64 anni | >=65 anni |
| Abruzzo | 13,1 | 65,7 | 21,2 | 13,0 | 65,7 | 21,3 | 13,0 | 65,8 | 21,2 | 13,0 | 65,5 | 21,5 |
| Sud | 15,4 | 66,9 | 17,7 | 15,2 | 67,0 | 17,8 | 15,1 | 67,0 | 18,0 | 14,9 | 66,7 | 18,4 |
| Isole | 14,7 | 66,9 | 18,4 | 14,6 | 66,9 | 18,6 | 14,4 | 66,8 | 18,8 | 14,3 | 66,6 | 19,1 |
| Centro | 13,3 | 65,3 | 21,4 | 13,4 | 65,2 | 21,5 | 13,4 | 65,1 | 21,5 | 13,5 | 64,8 | 21,8 |
| Nord | 13,5 | 65,3 | 21,2 | 13,6 | 65,0 | 21,3 | 13,7 | 65,0 | 21,3 | 13,8 | 64,6 | 21,7 |
| ITALIA | 13,4 | 65,2 | 21,4 | 13,5 | 65,0 | 21,5 | 13,6 | 64,9 | 21,5 | 13,6 | 64,5 | 21,8 |

*Dato Stimato

Dall'analisi dei diversi indicatori di crescita riportati nelle tabelle sottostanti, in Abruzzo per il 2011 si stima un tasso di natalità pari a circa il 8,7% rispetto ad un tasso di mortalità pari a circa il 10,5%. La Regione presenta quindi un tasso di crescita negativo (pari a -1,8), maggiore rispetto al tasso medio italiano che presenta anch'esso un valore negativo (-0,6). Il tasso di nuzialità è pari a 3,3 x 1000 abitanti, di poco inferiore alla media italiana di 3,5 x 1000 abitanti.

Tabella 5 – Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1000 ab.) per compartimento geografico, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

| NATALITA' | 2008 | 2009 | 2010 | 2011* | MORTALITA' | 2008 | 2009 | 2010 | 2011* |
|---------------|------------|------------|------------|------------|---------------|------------|------------|------------|------------|
| | Abruzzo | 8,8 | 8,5 | 8,8 | | 8,7 | Abruzzo | 10,3 | 10,9 |
| Sud | 9,6 | 9,5 | 9,3 | 9,2 | Sud | 8,8 | 9,1 | 8,9 | 9 |
| Isole | 9,4 | 9,3 | 9,2 | 9 | Isole | 9,3 | 9,6 | 9,3 | 9,6 |
| Centro | 9,7 | 9,3 | 9,1 | 9 | Centro | 10,3 | 10,3 | 10,2 | 10,2 |
| Nord | 9,7 | 9,5 | 9,4 | 9,2 | Nord | 10,2 | 10,1 | 10 | 10 |
| ITALIA | 9,6 | 9,5 | 9,3 | 9,1 | ITALIA | 9,8 | 9,8 | 9,7 | 9,7 |

*Dato Stimato, fonte ISTAT

| CRESCITA NATURALE | | | | | NUZIALITA' | | | | |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011* | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011* |
| Abruzzo | -1,5 | -2,4 | -1,8 | -1,8 | Abruzzo | 3,7 | 3,5 | 3,3 | 3,3 |
| Sud | 0,8 | 0,4 | 0,4 | 0,2 | Sud | 4,9 | 4,6 | 4,4 | 4,2 |
| Isole | 0,1 | -0,3 | -0,1 | -0,6 | Isole | 4,7 | 4,5 | 4,2 | 4,1 |
| Centro | -0,6 | -1,0 | -1,1 | -1,2 | Centro | 4 | 3,7 | 3,4 | 3,2 |
| Nord | -0,5 | -0,6 | -0,6 | -0,8 | Nord | 3,6 | 3,3 | 3,1 | 3 |
| ITALIA | -0,2 | -0,3 | -0,4 | -0,6 | ITALIA | 4,1 | 3,8 | 3,6 | 3,5 |

*Dato Stimato, fonte ISTAT

Nella Tabella 6 sono riportati gli stessi indici della tabella precedente, analizzando la situazione regionale per singola provincia. Limitando l'analisi al 2011 (valore stimato) Pescara presenta il tasso di natalità più alto (9,1 x 1000 ab.), seguita da Teramo (8,9 x 1000 ab.), mentre in coda troviamo Chieti e L'Aquila entrambe con un valore pari a 8,4 x 1000 abitanti. Prendendo in considerazione il tasso di mortalità invece la situazione si ribalta; i valori più alti, infatti, si registrano presso L'Aquila (11,3 x 1000 ab.) e Chieti (11,0 x 1000 ab.), mentre Teramo e Pescara presentano i valori più bassi. Tra le 4 province, nessuna presenta un tasso di crescita positivo.

Tabella 6 – Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1000 ab.) per provincia, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

| NATALITA' | | | | | MORTALITA' | | | | |
|----------------|------------|------------|------------|------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011* | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011* |
| L'Aquila | 8,1 | 8,0 | 8,5 | 8,4 | L'Aquila | 11,2 | 12,5 | 11,5 | 11,3 |
| Teramo | 9,2 | 8,8 | 8,8 | 8,9 | Teramo | 9,9 | 10,1 | 10,1 | 9,7 |
| Pescara | 9,5 | 8,9 | 9,2 | 9,1 | Pescara | 9,4 | 10,3 | 10,0 | 10,1 |
| Chieti | 8,6 | 8,4 | 8,6 | 8,4 | Chieti | 10,7 | 10,9 | 10,8 | 11,0 |
| Abruzzo | 8,8 | 8,5 | 8,8 | 8,7 | Abruzzo | 10,3 | 10,9 | 10,6 | 10,5 |

*Dato Stimato, fonte ISTAT

| CRESCITA NATURALE | | | | | NUZIALITA' | | | | |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011* | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011* |
| L'Aquila | -3,1 | -4,5 | -3,0 | -2,9 | L'Aquila | 3,4 | 3,1 | 3,3 | 3,1 |
| Teramo | -0,7 | -1,3 | -1,3 | -0,8 | Teramo | 4,0 | 4,0 | 3,7 | 3,8 |
| Pescara | 0,1 | -1,4 | -0,8 | -1,0 | Pescara | 3,3 | 3,2 | 2,9 | 2,9 |
| Chieti | -2,1 | -2,4 | -2,2 | -2,6 | Chieti | 3,9 | 3,6 | 3,5 | 3,6 |
| Abruzzo | -1,5 | -2,4 | -1,8 | -1,8 | Abruzzo | 3,7 | 3,5 | 3,3 | 3,3 |

*Dato Stimato, fonte ISTAT

Nella Tabella 7 sono riportati gli indicatori di struttura, ripartiti per compartimento geografico. L'Abruzzo presenta un andamento in linea con quello del resto di Italia, caratterizzato però da un indice di vecchiaia e da un'età media della popolazione più alti di quelli del resto del paese. In particolare si evidenzia come mentre l'Italia ha un indice di vecchiaia stimato per il 2012 pari al 147%, lo stesso indicatore per la Regione Abruzzo ha un valore pari al 165%, l'età media è pari a 44,4 anni, mentre nel resto del paese ha un valore pari a 43,7.

Tabella 7 – Indicatori di struttura della popolazione per compartimento geografico, anni 2009-2012 (Fonte ISTAT)

| DIPENDENZA STRUTTURALE | | | | | DIPENDENZA ANZIANI | | | | |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|--------------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012* | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012* |
| Abruzzo | 52% | 52% | 52% | 53% | Abruzzo | 32% | 32% | 32% | 33% |
| Sud | 49% | 49% | 49% | 50% | Sud | 26% | 27% | 27% | 28% |
| Isole | 49% | 50% | 50% | 50% | Isole | 28% | 28% | 28% | 29% |
| Centro | 53% | 53% | 54% | 54% | Centro | 33% | 33% | 33% | 34% |
| Nord | 53% | 54% | 54% | 55% | Nord | 33% | 33% | 33% | 34% |
| ITALIA | 52% | 52% | 52% | 53% | ITALIA | 31% | 31% | 31% | 32% |

*Dato Stimato - fonte ISTAT

| VECCHIAIA | 2009 | 2010 | 2011 | 2012* | ETA' MEDIA | 2009 | 2010 | 2011 | 2012* |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Abruzzo | 162% | 163% | 163% | 165% | Abruzzo | 44,00 | 44,04 | 44,00 | 44,40 |
| Sud | 115% | 117% | 119% | 123% | Sud | 41,00 | 41,38 | 42,00 | 41,80 |
| Isole | 125% | 129% | 130% | 133% | Isole | 42,00 | 42,01 | 42,00 | 42,50 |
| Centro | 161% | 161% | 160% | 162% | Centro | 44,00 | 44,24 | 44,00 | 44,50 |
| Nord | 157% | 157% | 156% | 157% | Nord | 44,00 | 44,20 | 44,00 | 44,50 |
| ITALIA | 143% | 144% | 145% | 147% | ITALIA | 43,00 | 43,30 | 43,00 | 43,70 |

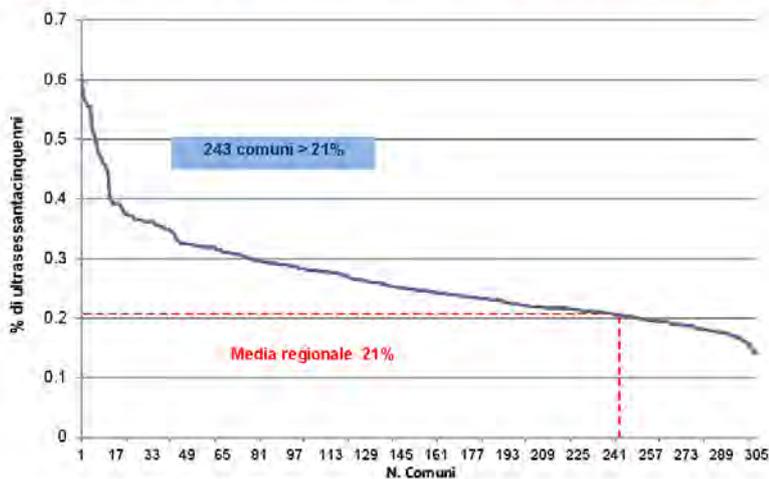
*Dato Stimato - fonte ISTAT

Si riporta di seguito per completezza la definizione delle metriche sopra esposte:

- **Indice di dipendenza strutturale:** rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva;
- **indice di dipendenza anziani:** rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni);
- **indice di vecchiaia:** rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione 0-14 anni.

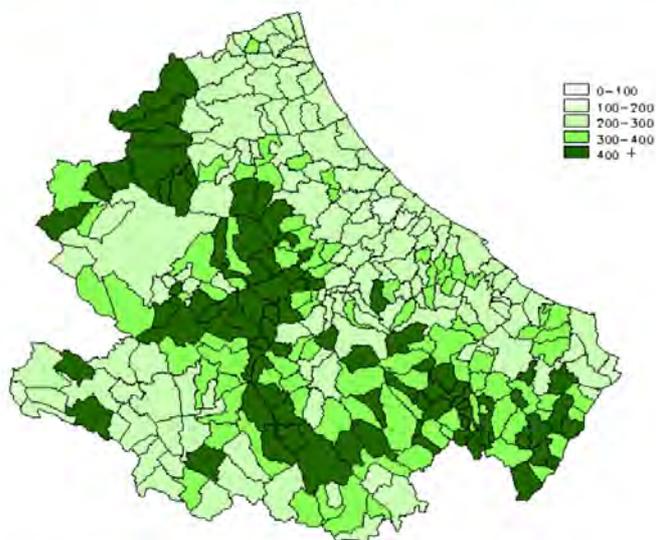
Così come indicato nel Report 2011 "Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo" redatto dall'Agenzia Sanitaria Regionale, sia la quota di anziani che l'indice di vecchiaia possono essere assai diversi anche all'interno di una stessa provincia, ed è quindi importante fornire una panoramica della loro distribuzione sul territorio, come ad esempio quella mostrata nella Figura 1 e Figura 2. Si nota come alcuni comuni dell'entroterra abruzzese presentino percentuali di anziani ed indici di vecchiaia anche elevatissimi (rispettivamente, oltre il 30% e oltre 300), confermando il percepito grave invecchiamento della popolazione in alcune zone collinari o montane.

Figura 1: Percentuale di ultrasessantacinquenni per comune Regione Abruzzo – Anno 2011



Fonte: Report 2011 "Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo"

Figura 2: Indice di Vecchiaia per comune Regione Abruzzo – Anno 2011



Fonte: Report 2011 "Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo"

La speranza di vita alla nascita in Abruzzo, come si evince dalla Tabella 8, risulta essere allineata ai dati nazionali. Il numero medio di figli per donna è in linea con quello degli ultimi anni e con la media italiana.

Tabella 8 – Speranza di vita alla nascita e numero medio di figli per donna anni 2008-2011(Fonte ISTAT)

| VITA ALLA NASCITA A O E 65 ANNI | 2008 | | | | 2009 | | | | 2010* | | | | 2011* | | | |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | M | | F | | M | | F | | M | | F | | M | | F | |
| | 0 | 65 | 0 | 65 | 0 | 65 | 0 | 65 | 0 | 65 | 0 | 65 | 0 | 65 | 0 | 65 |
| Abruzzo* | 78,7 | 18,1 | 84,5 | 22 | 78,6 | 18,1 | 83,9 | 21,7 | 79 | 18,2 | 84,6 | 22 | 79,2 | 18,4 | 84,9 | 22,2 |
| Sud | 78,3 | 17,7 | 83,5 | 21,1 | 78,4 | 17,6 | 83,5 | 21,1 | 78,6 | 18 | 83,8 | 21,3 | 78,8 | 18,1 | 84 | 21,4 |
| Isole | 78,4 | 17,6 | 83,4 | 21 | 78,3 | 17,7 | 83,2 | 20,9 | 78,7 | 18 | 83,8 | 21,3 | 78,7 | 18 | 83,8 | 21,2 |
| Centro | 79,2 | 18,2 | 84,3 | 21,7 | 79,4 | 18,3 | 84,4 | 21,9 | 79,5 | 18,4 | 84,6 | 22 | 79,6 | 18,6 | 84,8 | 22,2 |
| Nord | 79 | 17,9 | 84,3 | 21,8 | 79,3 | 18,1 | 84,5 | 21,9 | 79,3 | 18,2 | 84,5 | 22 | 79,7 | 18,5 | 84,7 | 22,1 |
| ITALIA | 78,8 | 17,9 | 84,1 | 21,6 | 79 | 18,1 | 84,1 | 21,6 | 79,1 | 18,2 | 84,3 | 21,8 | 79,4 | 18,4 | 84,5 | 21,9 |

*Il valore della speranza di vita è relativo all'insieme di Abruzzo e Molise ad eccezione dell'anno 2009 anno per il quale i dati si riferiscono alla singola regione.

| FIGLI PER DONNA | 2008 | 2009 | 2010 | 2011* |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Abruzzo | 1,42 | 1,38 | 1,39 | 1,39 |
| Sud | 1,35 | 1,35 | 1,35 | 1,35 |
| Isole | 1,35 | 1,35 | 1,35 | 1,35 |
| Centro | 1,41 | 1,38 | 1,38 | 1,38 |
| Nord | 1,46 | 1,48 | 1,48 | 1,48 |
| ITALIA | 1,42 | 1,41 | 1,41 | 1,42 |

*Dato Stimato

L'Abruzzo presenta un saldo migratorio interno positivo, con un aumento stimato per il 2011. La stima per il 2011 del saldo migratorio con l'estero risulta essere allineata al dato nazionale.

Tabella 9 – Tassi generali di migratorietà (per 1000 ab.) per compartimento geografico, anni 2008-2011(Fonte ISTAT)

| SALDO MIGRATORIO INTERNO | | | | | SALDO MIGRATORIO CON L'ESTERO | | | | |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011** | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011** |
| Abruzzo | 1,4 | 1 | 0,6 | 0,9 | Abruzzo | 7,8 | 5,5 | 5 | 5,4 |
| Sud | -3,2 | -2 | -2,3 | -2,6 | Sud | 3,7 | 3,2 | 3,8 | 2,7 |
| Isole | -1,5 | -1,1 | -0,9 | -1,4 | Isole | 3,5 | 2,8 | 3,1 | 2,2 |
| Centro | 1,3 | 1,3 | 1,1 | 1,3 | Centro | 10,5 | 8,4 | 7,9 | 7,2 |
| Nord | 2,1 | 1,3 | 1,3 | 1,3 | Nord | 9,3 | 7,2 | 7,6 | 6,6 |
| ITALIA | 0,3* | 0,3* | 0,2* | 0,1* | ITALIA | 7,6 | 6,0 | 6,3 | 5,3 |

*Il fatto che per l'Italia il saldo migratorio interno non risulti nullo è dovuto allo sfasamento temporale di uno stesso evento che viene contabilizzato da comuni diversi in momenti diversi

**Dato Stimato

| SALDO MIGRATORIO PER ALTRO MOTIVO | | | | | SALDO MIGRATORIO TOTALE | | | | |
|-----------------------------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011** | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011** |
| Abruzzo | 0,3 | -1 | -1,2 | -1 | Abruzzo | 9,5 | 5,5 | 4,4 | 5,3 |
| Sud | -0,2 | -0,3 | -0,4 | -0,4 | Sud | 0,3 | 0,9 | 1,1 | -0,3 |
| Isole | -0,1 | -0,4 | -0,4 | -0,4 | Isole | 1,9 | 1,3 | 1,8 | 0,4 |
| Centro | -0,7 | -0,9 | -1,5 | -1,3 | Centro | 11,1 | 8,8 | 7,6 | 7,2 |
| Nord | -0,8 | -1,5 | -1,9 | -1,6 | Nord | 10,5 | 7 | 7 | 6,3 |
| ITALIA | -0,6 | -1 | -1,3 | -1,1 | ITALIA | 7,3 | 5,3 | 5,2 | 4,3 |

**Stima

Fonte ISTAT

Di seguito i valori dei tassi di migratori età esposti a livello di provincia.

Tabella 10 – Tassi generali di migratorietà (per 1000 ab.) per provincia, anni 2008-2011(Fonte ISTAT)

| SALDO MIGRATORIO INTERNO | | | | | SALDO MIGRATORIO CON L'ESTERO | | | | |
|--------------------------|------------|----------|------------|------------|-------------------------------|------------|------------|----------|------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011** | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011** |
| L'Aquila | 0,6 | 0,5 | -0,3 | -0,5 | L'Aquila | 7,8 | 5,3 | 6,9 | 7,4 |
| Teramo | 1,3 | 0,6 | 0 | 0,5 | Teramo | 9,9 | 7,2 | 5,1 | 5,4 |
| Pescara | 3,3 | 3 | 3,1 | 2,7 | Pescara | 7,2 | 5,8 | 4,8 | 5,1 |
| Chieti | 0,6 | 0,3 | -0,1 | 0,7 | Chieti | 6,8 | 3,9 | 3,7 | 4,1 |
| Abruzzo | 1,4 | 1 | 0,6 | 0,9 | Abruzzo | 7,8 | 5,5 | 5 | 5,4 |

| SALDO MIGRATORIO PER ALTRO MOTIVO | | | | | SALDO MIGRATORIO TOTALE | | | | |
|-----------------------------------|------------|-----------|-------------|-----------|-------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011** | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011** |
| L'Aquila | -0,5 | -0,9 | -1,6 | -1,2 | L'Aquila | 7,3 | 5 | 4,9 | 5,7 |
| Teramo | 1,8 | -0,9 | -1,7 | -1,1 | Teramo | 13 | 6,9 | 3,4 | 4,8 |
| Pescara | 0,1 | -1,2 | -0,9 | -1,3 | Pescara | 10,5 | 7,6 | 6,9 | 6,5 |
| Chieti | -0,1 | -0,9 | -0,7 | -0,7 | Chieti | 7,3 | 3,3 | 2,9 | 4,1 |
| Abruzzo | 0,3 | -1 | -1,2 | -1 | Abruzzo | 9,5 | 5,5 | 4,4 | 5,3 |

2.2 Il SSR

2.2.1 L'evoluzione dei costi del SSR

La Regione Abruzzo è riuscita nel difficile compito di risanamento dei propri conti. Tra il 2008 ed il 2012 si è passati da un risultato pari a -125,5 €/mln ad un risultato¹ pari a +9,1 €/mln² (**+134,7 €/mln in 5 anni**). Tale risultato non è però frutto solo di un contenimento dei costi (-3,1 €/mln), ma anche di un costante aumento dei ricavi (+131,5 €/mln).

¹ I dati riportati si riferiscono ai risultati economici CE NSIS 2008-2012; tali valori, in sede delle riunioni di verifica e monitoraggio del Piano di Rientro, sono stati rettificati dal Tavolo per individuare l'esatto ammontare delle coperture finanziarie per ciascun anno determinando un risultato "da Tavolo".

² Tale risultato è da intendersi al netto delle risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA (voce nuovo modello CE AA0080); il risultato del CE consolidato consuntivo 2012 NSIS è pari a 47,4 €/mln.

Relativamente ai Ricavi, si sottolinea che la "Spending review" ha però interrotto questo trend ridefinendo: "il livello del fabbisogno del servizio sanitario nazionale e del correlato finanziamento, previsto dalla vigente legislazione, è ridotto di 900 milioni di euro per l'anno 2012, di 1.800 milioni di euro per l'anno 2013 e di 2.000 milioni di euro per l'anno 2014 e i 2.100 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015". La Legge di stabilità 2013 ha ulteriormente ridotto il fabbisogno del servizio sanitario nazionale di 600 milioni di euro per l'anno 2013 e di 1.000 milioni di euro per gli anni 2014 e 2015.

Nell'anno 2012, l'impatto di tali manovre sulle entrate della Regione Abruzzo è stato pari -19,8 €/mln; mentre per gli anni 2013-15 il potenziale impatto sulle entrate è stimato nell'intorno di - 54 €/mln sul 2013, -67 €/mln sul 2014 e -70 €/mln sul 2015.

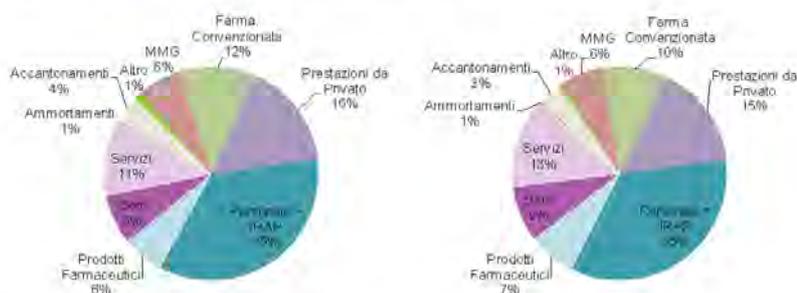
Tabella 11 – Evoluzione CE 2008 - 2012

| 999 Consolidato Regione Abruzzo | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|-----------|
| ID | CONTO ECONOMICO €/000 | Consuntivo | Consuntivo | Consuntivo | Consuntivo | Consuntivo | Delta 2012 - | Delta % |
| | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2008 | 2012-2008 |
| | | A | B | C | D | E | F=EA | G=FA |
| A1 | Contributi F.S.R. | 2.180.203 | 2.248.036 | 2.314.282 | 2.336.177 | 2.384.389 | 184.186 | 8,4% |
| A2 | Saldo Mobilità | (26.832) | (75.446) | (95.390) | (59.671) | (102.698) | (76.866) | 287,6% |
| A3 | Entrate Proprie | 88.559 | 72.793 | 86.524 | 105.627 | 94.303 | 5.744 | 6,6% |
| A4 | Saldo Intramoenia | 1.724 | 931 | 298 | 1.339 | 1.847 | 123 | 7,1% |
| A5 | Rettifica Contributi d'esercizio per destinazione ad investimenti | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0% |
| A6 | Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati | 0 | 0 | 0 | 0 | (18.874) | (18.874) | 0,0% |
| A | Totale Ricavi Netti | 2.244.654 | 2.244.314 | 2.304.754 | 2.383.473 | 2.340.947 | 96.293 | 4,3% |
| B1 | Personale | 780.319 | 781.512 | 791.761 | 775.897 | 767.984 | (12.335) | (1,6%) |
| B2 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati | 146.581 | 156.311 | 160.630 | 171.875 | 169.214 | 22.633 | 15,4% |
| B3 | Altri Beni e Servizi | 446.229 | 461.319 | 462.227 | 485.738 | 519.476 | 73.247 | 16,4% |
| B4 | Ammortamenti e Costi Capitalizzati | 12.621 | 11.287 | 10.916 | 11.414 | 13.816 | 997 | 7,8% |
| B5 | Accantonamenti | 94.245 | 81.850 | 85.633 | 60.064 | 41.358 | (52.887) | (56,1%) |
| B6 | Variazione Rimanenze | (12.023) | 4.534 | (23) | (5.055) | 4.868 | 16.881 | 140,4% |
| B | Totale Costi Interni | 1.486.172 | 1.508.913 | 1.511.144 | 1.498.933 | 1.516.708 | 48.536 | 3,3% |
| C1 | Medicina Di Base | 160.760 | 149.789 | 150.917 | 163.060 | 161.636 | 786 | 0,5% |
| C2 | Farmacologica Convenzionata | 273.013 | 267.822 | 272.648 | 266.410 | 233.061 | (39.952) | (14,6%) |
| C3 | Prestazioni da Privato | 381.172 | 381.523 | 347.347 | 370.551 | 367.346 | (13.826) | (3,6%) |
| C | Totale Costi Esterni | 804.935 | 808.914 | 770.912 | 780.021 | 751.833 | (53.002) | (6,6%) |
| D | Totale Costi Operativi (B+C) | 2.273.107 | 2.315.927 | 2.282.056 | 2.278.954 | 2.268.541 | (4.466) | (0,2%) |
| E | Margine Operativo (A-D) | (28.453) | (71.513) | 22.698 | 104.519 | 72.306 | 100.759 | 354,1% |
| F1 | Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie | 197 | 4.499 | 7.093 | 410 | 1.182 | 985 | 500,0% |
| F2 | Saldo Gestione Finanziaria | 9.890 | 7.455 | 2.390 | 1.804 | 2.532 | (7.358) | (74,4%) |
| F3 | Oneri Fiscali | 66.106 | 59.148 | 59.367 | 58.621 | 58.262 | 2.167 | 3,8% |
| F4 | Saldo Gestione Straordinaria | 30.897 | (45.833) | (13.750) | (4.115) | 1.214 | (29.663) | (96,1%) |
| F | Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie | 97.089 | 25.468 | 55.080 | 56.620 | 63.190 | (33.999) | (34,9%) |
| G | Risultato Economico (E-F) | (125.942) | (96.045) | (22.002) | 47.899 | 9.116 | 134.869 | 107,3% |
| A40080 | Contributi da Regione o Provincia Autonomia (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA | 0 | 0 | 3 | 0 | 38.292 | 38.292 | 0,0% |
| H | Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA | 0 | 0 | 3 | 0 | 38.292 | 38.292 | 0,0% |
| I | Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntive (GM) | (125.942) | (96.045) | (22.002) | 47.899 | 47.408 | 172.960 | 137,8% |

Fonte: CE NSIS 2008-2012

La composizione dei costi tra il 2008 ed il 2012 è rimasta pressoché costante; le voci di spesa più rilevanti sono rappresentate da Personale (35% del totale costi), Beni e Servizi (19% nel 2008 e 22% nel 2012); Prestazioni da privato (16% nel 2008 e 15% nel 2012).

Figura 3 – Composizione dei costi 2008 - 2012



In termini assoluti, tra il 2008 ed il 2012 si sono osservate le seguenti variazioni:

- Il costo per il Personale (comprensivo di IRAP) è diminuito di 9,8 €/mln (-1%);
- Il costo per l'acquisto di Prestazioni da Privato è diminuito di 12,2 €/mln (-3%);
- Il costo per l'acquisto di Beni e Servizi³ è aumentato di 55,1 €/mln (+10%). Si segnala che tale incremento si è osservato, nonostante le misure di contenimento dei prezzi di acquisto adottati nell'ambito degli acquisiti centralizzati e dell'utilizzo degli strumenti forniti dalla piattaforma CONSIP.

2.2.2 L'evoluzione delle variabili gestionali del SSR

A fronte delle variazioni osservate sulle voci di spesa, le principali leve di azione sono state le variabili "reali" Personale e Prestazioni da privato.

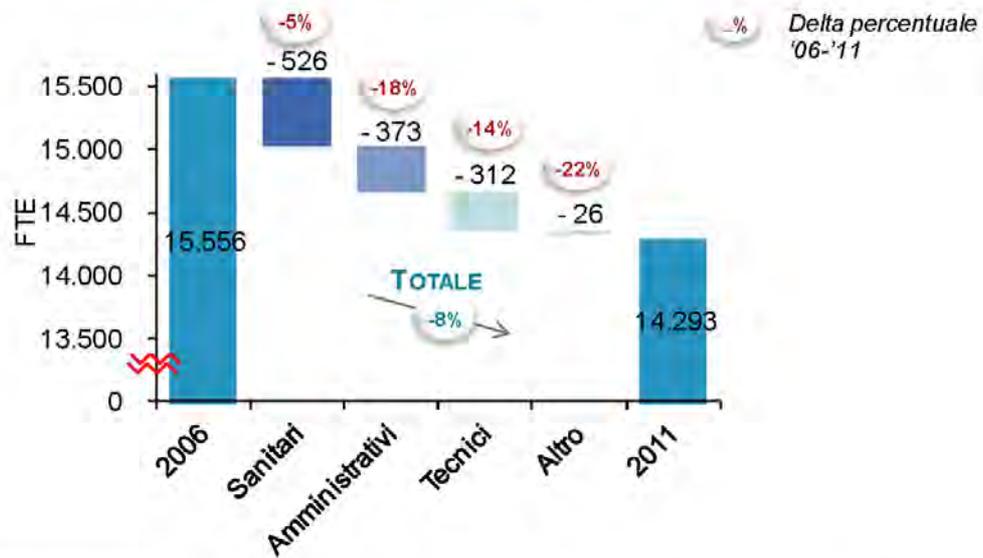
Il Personale

La Regione Abruzzo ha intrapreso una politica di tagli al personale che ha portato, per il periodo 2006- 2012, ad una riduzione del personale a tempo indeterminato di 1.922 teste (-12%).

I valori assoluti riportati nel grafico di seguito (Conto Annuale 2006-2011) non devono ingannare. Se è vero che il personale sanitario ha avuto la maggior riduzione di teste sul complessivo (-526 su - 1.237 nel 2011), in termini percentuali sul personale sanitario totale è stato invece il comparto più tutelato, registrando una diminuzione del 5% contro la diminuzione del 18% per il personale amministrativo, del 14% per il personale tecnico e del 22% per il personale professionale e altro. Va sottolineato che le fusioni avvenute nel 2009 hanno consentito la riduzione, nel 2010 rispetto al 2009, di 6 figure direttive; complessivamente la riduzione del personale dirigente è significativa e dal 2006 al 2011 si riduce di 298 teste.

³ Comprensiva del contributo riconosciuto alla Asl di L'Aquila per il ripristino funzionalità del Presidio Ospedaliero pari a 10,5 €/mln

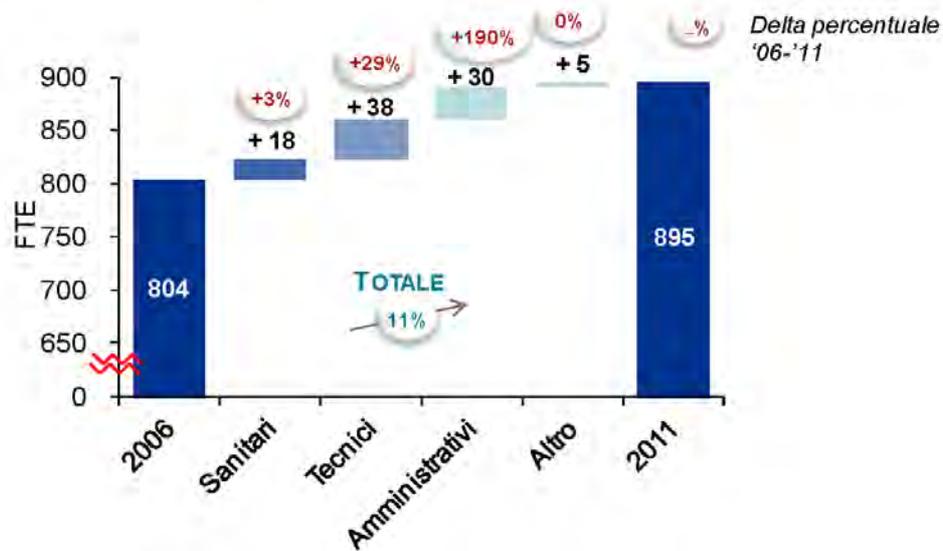
Figura 4: Riduzione nel Personale a tempo indeterminato 31.12.2006 - 31.12.2011



Fonte: Conto Annuale 2006-2011, Tabella 1

La riduzione nel personale a tempo indeterminato è stata compensata da un aumento nel personale a tempo determinato. Infatti, se si osserva il grafico riportato di seguito, si nota che dal 2006 al 2011 il personale a tempo determinato è aumentato con un delta complessivo dell'11%, distribuito soprattutto sul personale amministrativo che registra un incremento del 190%.

Figura 5: Aumento del Personale a tempo determinato 31.12.2006 - 31.12.2010



Fonte: Conto Annuale 2006-2011, Tabella 2

L'acquisto da privato

La seconda voce di costo su cui la Regione ha attuato una politica di contenimento è l'acquisto di prestazioni da privato, che dal 2006 al 2010 è diminuita di 96 €/mln non solo a causa del disaccredimento di alcune strutture psicosociali (Paolucci e Le Villetta), ma anche di fallimenti e/o inagibilità post terremoto che hanno ridotto il numero di strutture presenti sul territorio.

Negli anni 2011 e 2012, a seguito di un ripristino strutturale della maggior parte delle strutture abruzzesi, il macroaggregato "Prestazioni da privato" è cresciuto rispettivamente di 23,2 €/mln nel 2011 (+7%) e di 20,0 €/mln nel 2012 rispetto al 2010 (+6%), di cui:

- Ospedaliera: +13,2 €/mln nel 2011 (+12%) e +6,6 €/mln nel 2012 (+6%);
- Ambulatoriale: +6,8 €/mln nel 2011 (+14%) e +5,0 €/mln nel 2012 (+10%);
- Altre prestazioni (RSA, Hospice, Tossicodipendenza...): +2,3 €/mln nel 2011 (+3%) e +5,7 €/mln nel 2012 (+6%);
- Riabilitazione extra ospedaliera: +1,3 €/mln nel 2011 (+2%) e +3,0 €/mln nel 2012 (+4%);
- Integrativa e protesica: -0,4 €/mln nel 2011 (-1%) e -0,3 €/mln nel 2012 (-1%).

Si segnala, inoltre, che nel 2012 la Regione Abruzzo ha recepito la riduzione del budget degli erogatori privati accreditati per prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale tali da contrarre la spesa consuntivata 2011 dello 0,5% con i Decreti Commissariali 39/2012 (ospedaliera – riduzione percentuale del 9,9% rispetto al tetto 2012) e 47/2012 (specialistica – riduzione percentuale del 3,82% rispetto al tetto 2012).

2.2.3 Le manovre nazionali

Si riportano di seguito per ciascuna delle aree di intervento "core" gli obiettivi programmati dal D.L. 95/2012 – L.135/2012 e successivamente integrati dalla L.228/2012; si specifica che, la maggior parte degli interventi sono stati recepiti a livello regionale con atti regionali e sono valorizzati nell'ambito degli effetti tendenziali che sono valorizzati nel Tendenziale 2013-2015 (Paragrafo 2.3). Si tratta di:

- Rete ospedaliera
 - **Standard di posti letto SSR non superiore a 3,7 per 1.000 abitanti** (comprensivo di 0,7 pl per 1.000 ab. Per post-acuzie);
 - Riduzione dei posti letto allocate per almeno il **50%** sui presidi ospedalieri **pubblici adeguando coerentemente le relative dotazioni organiche**;
 - **Riduzione delle unità operative complesse**;
 - **Valore funzioni** ex art. 8-sexies D.Lgs 502/92 non può superare il 30% della remunerazione assegnato;
- Acquisto da privati
 - **Riduzione dell'importo e dei volumi** dei contratti e degli accordi con gli **erogatori privati** per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale (**-0,5%** per il 2012, **-1%** per il 2013 e **-2%** per il 2014 rispetto alla spesa consuntivata dell'anno 2011);
 - **Aggiornamenti tariffari regionali** per l'assistenza **ospedaliera e specialistica** sulla base delle tariffe massime nazionali;
- Beni e servizi
 - **Riduzione del 5%** degli importi e delle connesse prestazioni relative a contratti di appalto di servizi e fornitura di beni e servizi in essere e **del 10% a partire dal 2013**;
 - **Recessione senza oneri** da contratti il cui prezzo unitario sia superiore al 20% al prezzo di riferimento, **Tetto di spesa per dispositivi medici** del 4,8% per il 2013 e 4,4% a partire dal 2014; la riduzione per la fornitura di dispositivi medici per l'anno 2012 è pari al 5%;

- Farmaceutica

- **Sconto** a carico delle **farmacie** dal 1,82% al **2,25%** a partire dal 2012;
- **Tetto farmaceutica ospedaliera** dal 2,4% al **3,5%** a partire dal 2013 e tetto farmaceutica territoriale dal 13,3% al 13,1% nel 2012 e del **11,35%** a partire dal 2013;
- In caso di superamento del tetto il 50% è a carico delle aziende farmaceutiche e il restante 50% a carico delle Regioni (se in disavanzo).

2.2.4 Punti di attenzione

Nel corso delle verifiche dell' 8 Aprile e del 25 luglio 2013 i Ministeri affiancanti, con riferimento allo stato di attuazione del Piano di Rientro e dei Programmi Operativi di prosecuzione dello stesso, hanno individuato una serie di osservazioni. In particolare:

- **Governance:** viene valutata positivamente l'azione commissariale finalizzata alla sospensione e/o abrogazione della normativa regionale in contrasto con il Piano di rientro, secondo la procedura prevista dall'art.2, comma 80 L.191/2009;
- **Pagamenti:** segnalando che i tempi di pagamento regionali risultano superiori ai 6 mesi, viene richiamata la necessità di utilizzare l'anticipazione di liquidità e/o le spettanze del SSR trasferite dal bilancio regionale per il pagamento dei fornitori. A tal proposito, è richiesto alla Regione di prevedere un intervento nel Programma Operativo 2013-15 relativo al trasferimento al SSR delle spettanze trattenute dal bilancio regionale ed un intervento volto al pagamento dei fornitori al fine di ricondurre i tempi di pagamento ai valori previsti dalla apposita Direttiva Europea e dal Decreto Legge 35/2013 – recepito con L. 64 del 6.06.2013 recante "Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della Pubblica Amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento dei tributi degli enti locali" (termine fissato in 60 gg);
- **Rete ospedaliera:** si attende il completarsi delle riconversioni previste con l'attribuzione delle relative funzioni assistenziali e si rimane in attesa di aggiornamenti;
- **Rete residenziale per anziani ed hospice:** valutando positivamente il fabbisogno di prestazioni residenziali per anziani (DCA 52/2012) e di hospice (DCA 37 e 51/2012), viene segnalata la mancata attivazione delle strutture secondo il crono programma presentato e pertanto viene ribadita la necessità di procedere al completamento di tutte le attivazioni programmate;
- **Rete laboratoristica:** viene valutato positivamente lo stato di avanzamento del progetto di riorganizzazione dei laboratori di analisi pubblici secondo le scadenze indicate e si attende il completamento del percorso intrapreso in merito alla rete laboratoristica pubblica;
- **Rete Emergenza – Urgenza:** viene richiamata la necessità di indicare la dislocazione delle strutture afferenti alla rete con i relativi livelli assistenziali ed un crono programma degli interventi necessari per l'attivazione della rete;
- **Cure primarie:** si rimane in attesa di aggiornamenti sui Piani Attuativi Aziendali e sul livello di implementazione dei nuovi livelli organizzativi;
- **Assetto istituzionale (Atti Aziendali):** viene richiamata la necessità di rimodulare le unità organizzative semplici e complesse sulla base degli standard ministeriali e conseguentemente di revisionare gli Atti Aziendali, al fine di completare l'adeguamento delle reti di offerta sanitaria ai parametri nazionali;
- **Accreditamento:** viene sottolineato il ritardo della regione nella conclusione delle procedure di accreditamento, invitando la regione a procedere in tempi rapidi.

Valutando positivamente l'azione regionale, anche con riferimento all'avvenuto trasferimento al SSR dal bilancio regionale di spettanze pregresse (242 €/mln) ed in considerazione dei tempi di pagamento superiori ai 6 mesi e dell'entrata in vigore del D.L. 35/2013; nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013, sono state erogate spettanze residue per l'anno 2010 pari a **118,0 €/mln**.

La programmazione triennale 2013-2015 del presente Programma Operativo intende dare prosecuzione all'azione di risanamento e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, già avviata con i Programmi operativi 2010 e 2011-2012 e sulla base delle indicazioni effettuate dal Tavolo di Monitoraggio nella seduta dell' 8 Aprile 2013.

2.3 Tendenziiale 2013-2015

Il quadro macro-economico attuale di riferimento in cui la Regione Abruzzo deve intervenire per il contenimento della spesa nonché per il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini, è determinato dalle seguenti misure di governo e contenimento della spesa sanitaria in ambito nazionale:

- Decreto Legge 78/2010 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di compatibilità economica", convertito con Legge 30/7/2010 n. 122;
- Decreto Legge 98/2011 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" così come convertito con legge 15/07/2011 n. 111;
- Decreto Legge 95/2012 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito con Legge 7/8/2012 n. 135;
- Legge 228/2012 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di stabilità 2013);
- Legge 98/2013 "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia" (cd "Decreto del fare").

Il CE Tendenziiale 2013-2015 è stato costruito sulla base dei dati e/o informazioni che seguono:

- Conti Economici NSIS Consuntivi degli anni 2009-2011;
- Risultato economico al Consuntivo 2012 in cui si evidenzia un avanzo di gestione pari a circa 9 €/mln (al netto della fiscalità aggiuntiva per circa 38 €/mln);
- Bilanci d'esercizio 2012 adottati dalle Aziende ed in attesa di approvazione da parte della Regione;
- Analisi della documentazione regionale (prot. RA/096986/DG22 del 11.04.2013) fornita alle Aziende per le operazioni di chiusura dei Bilanci d'esercizio 2012 e delle informazioni fornite dalle Aziende a seguito di richiesta regionale (prot. RA/163185/DG22 del 25.06.2013);
- Analisi della documentazione prodotta dalla Aziende come risposta al documento di programmazione regionale "Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie (2013 – 2015)" approvati con Decreto Commissariale 60/2012;
- Conti Economici NSIS relativi al primo e secondo trimestre 2013.

Si specifica, altresì, che il Tendenziiale relativo al triennio 2013-2015 è stato calcolato considerando la quota relativa all'addizionale IRPEF ai livelli massimi e costante nel periodo. L'art. 1 della legge n°296 del 2006 stabilisce che, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori rispetto ai vincoli minimi, la Regione ha la facoltà di ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto. In relazione a questo aspetto, verrà chiesta al Tavolo la possibilità di aggiornare la Finanziaria regionale con cadenza annuale in modo da poter valutare di volta in volta la presenza di un equilibrio che consenta di ridurre l'addizionale sulla base dei risultati certificati dal tavolo stesso. Le stime che seguono ipotizzano il valore di tale fiscalità pari al valore del Consuntivo 2012 pari a 38 €/mln.

Si riporta di seguito il CE Tendenziale 2013-2015, come consolidamento dei quattro CE Aziendali e della Gestione Sanitaria Accentrata, sulla base del nuovo modello CE ministeriale.

Tabella 12 – CE Tendenziali 2013-2015

| 999 Consolidato Regione Abruzzo | | | | | |
|---------------------------------|---|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| ID | CONTO ECONOMICO | Consuntivo 2012 | TENDENZIALE 2013 | TENDENZIALE 2014 | TENDENZIALE 2015 |
| | € /000 | A | B | C | D |
| A1 | Contributi F.S.R. | 2.364.369 | 2.325.446 | 2.388.214 | 2.389.119 |
| A2 | Saldo Mobilità | (102.698) | (67.421) | (67.421) | (67.421) |
| A3.1 | Ulteriori Trasferimenti Pubblici | 20.415 | 9.939 | 9.939 | 9.939 |
| A3.2 | Ticket | 40.719 | 41.624 | 41.624 | 41.624 |
| A3.3 | Altre Entrate Proprie | 33.169 | 32.342 | 32.342 | 32.342 |
| A3 | Entrate Proprie | 94.303 | 83.905 | 83.905 | 83.905 |
| A4 | Saldo Intramoenia | 1.847 | 1.847 | 1.847 | 1.847 |
| A5 | Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | 0 | (6.277) | (15.691) | (21.968) |
| A6 | Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati | (16.874) | (23.090) | (23.090) | (23.090) |
| A | Totale Ricavi Netti | 2.340.947 | 2.314.410 | 2.367.763 | 2.362.391 |
| B1 | Personale | 767.984 | 767.984 | 767.984 | 767.984 |
| B2 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati | 169.214 | 171.752 | 174.328 | 176.943 |
| B3.1 | Altri Beni Sanitari | 190.695 | 195.646 | 200.933 | 206.364 |
| B3.2 | Beni Non Sanitari | 11.551 | 10.740 | 11.060 | 11.389 |
| B3.3 | Servizi | 317.230 | 292.055 | 298.527 | 305.127 |
| B3 | Altri Beni e Servizi | 519.476 | 498.440 | 510.520 | 522.880 |
| B4 | Ammortamenti e Costi Capitalizzati | 13.818 | 13.818 | 13.818 | 13.818 |
| B5.1 | Accantonamenti Rischi | 30.957 | 22.133 | 12.989 | 12.989 |
| B5.2 | Accantonamenti Sumai (+TFR) | 986 | 986 | 986 | 986 |
| B5.3 | Accantonamenti per Rinnovi Contrattuali | 1.264 | 1.264 | 1.264 | 5.983 |
| B5.4 | Accantonamenti per Interessi di Mora | 5.256 | 5.256 | 5.256 | 5.256 |
| B5.5 | Altri Accantonamenti | 2.895 | 15.466 | 8.011 | 556 |
| B5 | Accantonamenti | 41.358 | 45.105 | 28.506 | 25.770 |
| B6 | Variazione Rimanenze | 4.858 | 0 | 0 | 0 |
| B | Totale Costi Interni | 1.516.708 | 1.497.099 | 1.495.156 | 1.507.396 |
| C1 | Medicina Di Base | 151.536 | 153.453 | 153.453 | 153.453 |
| C2 | Farmaceutica Convenzionata | 233.051 | 227.975 | 227.975 | 227.975 |
| C3.1 | Prestazioni da Privato - Ospedaliera | 120.087 | 125.229 | 123.964 | 123.964 |
| C3.2 | Prestazioni da Privato - Ambulatoriale | 53.661 | 52.676 | 52.374 | 52.374 |
| C3.3 | Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera | 73.644 | 76.341 | 76.341 | 76.341 |
| C3.4 | Altre Prestazioni da Privato | 119.954 | 121.921 | 121.921 | 121.921 |
| C3 | Prestazioni da Privato | 367.346 | 376.167 | 374.600 | 374.600 |
| C | Totale Costi Esterni | 751.933 | 757.596 | 756.029 | 756.029 |
| D | Totale Costi Operativi (B+C) | 2.268.641 | 2.254.695 | 2.251.185 | 2.263.424 |
| E | Margine Operativo (A-D) | 72.306 | 59.715 | 116.578 | 98.967 |
| F1 | Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie | 1.182 | 1.182 | 1.182 | 1.182 |
| F2 | Saldo Gestione Finanziaria | 2.532 | 2.532 | 2.532 | 2.532 |
| F3 | Oneri Fiscali | 58.262 | 58.262 | 58.262 | 58.262 |
| F4 | Saldo Gestione Straordinaria | 1.214 | 0 | 0 | 0 |
| F | Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie | 63.190 | 61.976 | 61.976 | 61.976 |
| G | Risultato Economico (E-F) | 9.116 | (2.261) | 54.602 | 36.991 |
| AA0080 | Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA | 38.292 | 38.190 | 38.190 | 38.190 |
| H | Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA | 38.292 | 38.190 | 38.190 | 38.190 |
| I | Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva (G+H) | -47.408 | 35.929 | 92.792 | 75.181 |

Fonte: Ce NSIS Consuntivo 2012, Tendenziali 2013-2015

Ricavi

A.1 Contributi FSR indistinto e vincolato

La stima dei contributi **FSR indistinto** per gli anni 2013-2015 è stata calcolata considerando la sovrapposizione degli effetti del D.Lgs 98/11 (art. 17, comma 1), della L. 135/2012 (art. 15, comma 22) e L. 228/2012 (art. 15, comma 22), secondo lo schema seguente:

Tabella 13 – Stima FSR – contributo indistinto e vincolato

| Andamento tendenziale del FSR - contributi indistinti (Voce nuovo modello CE AA0030) | | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Tendenziale ante manovra (1) | 2.341.686 | 2.341.686 | 2.341.686 | 2.341.686 |
| A) Incremento % art. 17, c.1 L.111/11 | | 0,5% | 1,4% | - |
| <i>Visite fiscali art. 17, c.5 - b L.111/11</i> | - | (70.000) | (70.000) | (70.000) |
| <i>% Abruzzo su fondo</i> | 2,24% | 2,24% | 2,24% | 2,24% |
| B) Riduzione FSR Abruzzo Visite fiscali | - | (1.571) | (1.571) | (1.571) |
| C) Sterilizzazione rinnovi contrattuali per Personale Dipendente e Convenzionato a partire dal 2015 | - | - | - | 4.709 |
| Tendenziale post L.111/11 (2) | 2.341.686 | 2.351.823 | 2.383.178 | 2.386.317 |
| <i>Impatto spending review</i> | 882.000 | (1.800.000) | (2.000.000) | (2.100.000) |
| <i>% Abruzzo su fondo</i> | 2,24% | 2,24% | 2,24% | 2,24% |
| D) Riduzione FSR Abruzzo da SR | (19.790) | (40.388) | (44.876) | (47.120) |
| E) Rettifica Contributo di solidarietà - Terremoto 2009 | 0 | (15.000) | (15.000) | (15.000) |
| <i>Impatto L.228/2012</i> | 0 | (600.000) | (1.000.000) | (1.000.000) |
| <i>% Abruzzo su fondo</i> | 2,24% | 2,24% | 2,24% | 2,24% |
| F) Riduzione FSR Abruzzo da L. 228/12 | 0 | (13.463) | (22.438) | (22.438) |
| Incremento fondo per mancato Ticket DL 98 | - | - | 2.000.000 | 2.000.000 |
| <i>% Abruzzo su fondo</i> | 2,24% | 2,24% | 2,24% | 2,24% |
| G) Incremento FSR Abruzzo | - | - | 44.876 | 44.876 |
| FSR - indistinto post manovra (3) | 2.321.895 | 2.282.972 | 2.345.740 | 2.346.635 |
| FSR - vincolato L.135/12 | 42.474 | 42.474 | 42.474 | 42.474 |
| FSR - indistinto - Accentrata | 4.684 | 4.684 | 4.684 | 4.684 |
| FSR - indistinto - ASL 201 | 7.538 | 7.538 | 7.538 | 7.538 |
| FSR - indistinto - ASL 202 | 11.222 | 11.222 | 11.222 | 11.222 |
| FSR - indistinto - ASL 203 | 10.531 | 10.531 | 10.531 | 10.531 |
| FSR - indistinto - ASL 204 | 8.499 | 8.499 | 8.499 | 8.499 |
| Delta Anno t rispetto t-1 | | 0 | 0 | 0 |
| Delta % Anno t rispetto t-1 | | 0 | 0 | 0 |
| Totale Contributi FSR post L.135/12 (4) | 2.364.370 | 2.325.447 | 2.388.215 | 2.389.109 |
| Delta Anno t rispetto t-1 | - | (38.923) | 62.768 | 895 |
| Delta % Anno t rispetto t-1 | | (1,6%) | 2,70% | 0,04% |

Si specifica che:

- I valori del finanziamento FSR 2013-15 considerati non tengono conto degli effetti determinati dalle disposizioni del D.Lgs 68/2011, atteso che, ad oggi, non sono noti i costi standard di riferimento necessari per il calcolo del fabbisogno sanitario nazionale standard. Tali costi standard saranno quelli derivanti dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza – LEA erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza, come definito dal D.Lgs 68/2011 (art. 26-27);
- Per la ripartizione delle riduzioni del Fondo Sanitario Nazionale previste dalla *Spending review* (1.800 €/mln per l'anno 2013, 2.000 €/mln per l'anno 2014 e 2.100 €/mln per l'anno 2015) e dalla Legge di stabilità (ulteriori 600 €/mln per l'anno 2013, ulteriori 1.000 €/mln per l'anno sia 2014 sia 2015), si è utilizzata la quota di accesso regionale così come definita nell'Intesa del 20.06.2013 sul riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN 2012 (2,24%);
- Gli incrementi del FSR derivanti dal DL 98/11 (incremento rispetto al finanziamento 2012 pari allo 0,5% nel 2013 e all'1,4% per il 2014) sono invece stati calcolati a partire dall'importo di FSR 2012 antecedente all'introduzione della *Spending review* (pari a 2.341.686 €/mln);

- In assenza di indicazioni all'interno della L.111/2011 sulla crescita del Fondo nel 2015, cautelativamente il FSN pre-*Spending review* del 2015 è stato mantenuto pari a quello previsto per il 2014 mentre viene sterilizzato l'impatto dei rinnovi contrattuali previsti a partire dal 2015 per il Personale dipendente e convenzionato;
- È stato previsto per gli anni 2014 e 2015 un incremento del FSN pari a 2.000 €/mln in compensazione alla mancata introduzione della misura di compartecipazione prevista dalla L.111/2011 dichiarata incostituzionale. Considerando la quota di accesso regionale così come definita nell'Intesa del 20.06.2013 sul riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN 2012 (2,24%), la quota relativa alla Regione è stimata pari a 44,9 €/mln annui per il 2014 ed il 2015;
- Le stime non includono gli effetti di rideterminazione del riparto connessi alla verifica della popolazione residente da Censimento 2011;
- Non viene considerato per gli anni 2014-2015 l'importo del "Contributo di solidarietà" di cui la Regione Abruzzo ha beneficiato nel 2012 per il terremoto del 2009 pari a 15 €/mln; lo stesso importo non viene considerato, per stime cautelative, neppure per l'anno 2013;
- Alle stime riportate è stata, infine, applicata una decurtazione per circa 1,6 €/mln connessa alle disposizioni in materia di visite fiscali di cui all'art 17, comma 5 lettera b) del D.Lgs 98/2011 prevista a partire dall'anno 2013.

Relativamente al **FSR vincolato**, per gli anni 2013-15 viene confermato il valore del Consuntivo 2012 pari a **42,5 €/mln**, di cui 35,6 per Progetti Obiettivo e 6,9 €/mln per somme vincolate.

Complessivamente, rispetto all'entità dei Contributi FSR indistinto e vincolato al Consuntivo 2012 si prevede una riduzione della voce di 38,9 €/mln per il 2013 ed un incremento di 23,8 €/mln per il 2014 e di 24,7 €/mln per il 2015.

A.2 Saldo di Mobilità

Relativamente al "**Saldo di Mobilità**", i valori tendenziali sono stati considerati costanti pari a **-67,4 €/mln**, pari al Saldo Acconti 2010 come definito nell'Intesa del 20.06.2013 sul riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN 2012. È da evidenziare che per l'anno 2012 nel saldo di mobilità, oltre ai citati -67,4 €/mln, vengono considerati -33,9 €/mln relativi al conguaglio 2010, mentre il valore è stato migliorato per 15 €/mln relativi alla restituzione della prima rata della rateizzazione dei 30 €/mln sorto nell'anno 2011, a seguito della richiesta del Presidente della Conferenza Stato - Regioni formalizzata con nota 1766/C7SAN del 24.04.2013.

Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012 si prevede un miglioramento del Saldo di Mobilità pari a 35,3 €/mln.

A.3 Entrate proprie

Il valore delle "**Entrate proprie**" è stato stimato costante per gli anni 2013-2015 pari a **83,9 €/mln**.

Il valore delle "Entrate proprie" è determinato da:

- **Ticket** per **41,6 €/mln** pari alla proiezione lineare dei dati al II trimestre 2013;
- **Altre Entrate proprie** per **32,3 €/mln** pari al valore registrato a Consuntivo 2012 al netto del minor payback previsto rispetto al 2012;
- **Ulteriori trasferimenti pubblici** per **9,9 €/mln** pari al valore registrato a Consuntivo 2012 e rettificato del contributo riconosciuto alla Asl di L'Aquila per il ripristino funzionalità del Presidio Ospedaliero pari a 10,5 €/mln.

Complessivamente, rispetto all'entità delle Entrate proprie al Consuntivo 2012 si prevede una riduzione di 10,4 €/mln per gli anni 2013-15, pari al contributo una tantum destinato nel 2012 al ripristino funzionale del Presidio Ospedaliero di L'Aquila ed al minor payback previsto rispetto al 2012 (L.135/2012, art 15, c.2).

A.4 Saldo intramoenia

Il valore del **"Saldo intramoenia"** è stato stimato costante per gli anni 2013-2015 pari a **1,8 €/mln**, corrispondente al valore registrato a Consuntivo 2012.

A.5 Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

Per gli anni 2013-2015 si ipotizza che le Aziende effettuino investimenti con FSR corrente per importo pari agli investimenti effettuati nel 2012 con FSR 2012 per ciascun anno. Si riporta di seguito il piano degli ammortamenti utilizzando le aliquote come rettifiche dall' art.1 c.36 - L.228/2012 e dalla Circolare del 28.01.2013 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze che ha chiarito le modalità di trattamento contabile degli ammortamenti dei cespiti acquistati con contributi in conto esercizio precedentemente disciplinati dall'art.29 c.1 D.Lsg 118/11.

Poiché al Consuntivo 2012, le Aziende hanno rilevato la quota di ammortamento relativa agli investimenti effettuati con FSR 2012 alla voce "Ammortamenti", il trascinarsi di tali investimenti viene mantenuto costante alla voce "Ammortamenti", mentre alla voce "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti" viene imputata la quota relativa ad investimenti effettuati negli anni 2013-2015.

Tabella 14 – Ipotesi piano di ammortamento 2013-15

| Investimenti anno 2012 con risorse proprie | | | | | |
|--|-----------------|---------------|----------------|---------------|-------------------|
| | 201 L'Aquila | 202 Chieti | 203 Pescara | 204 Teramo | Totale |
| Valore cespiti | 6.491.210 | 3.168.560 | 2.364.453 | 3.667.087 | 15.691.311 |
| Aliquota | 20% | 20% | 20% | 20% | 20% |
| Amm.to 2012 | 1.298.242 | 633.712 | 472.891 | 733.417 | 3.138.262 |

(*) Dati comunicati dalle Aziende in riferimento alla richiesta Prot.n. RA/163185/DG22 del 25.06.2013 del Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie -Direzioni politiche della Salute

| Regione - Piano di ammortamento 2012-2016 | | | | | |
|---|------------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Aliquota | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| I con FSR 2012 | 20% | 20% | 20% | 20% | 20% |
| I con FSR 2013 | - | 40% | 40% | 20% | 0% |
| I con FSR 2014 | - | - | 60% | 40% | 0% |
| I con FSR 2015 | - | - | - | 80% | 20% |
| Quota Amm.to | | | | | |
| I con FSR 2012 | 3.138.262 | 3.138.262 | 3.138.262 | 3.138.262 | 3.138.262 |
| I con FSR 2013 | - | 6.276.524 | 6.276.524 | 3.138.262 | - |
| I con FSR 2014 | - | - | 9.414.786 | 6.276.524 | - |
| I con FSR 2015 | - | - | - | 12.553.048 | 3.138.262 |
| Totale Amm.to | 3.138.262 | 9.414.786 | 18.829.573 | 25.106.097 | 6.276.524 |
| Quota imputata | - | 6.276.524 | 15.691.311 | 21.967.835 | 3.138.262 |

Complessivamente, poichè a Consuntivo 2012 tale voce non è stata valorizzata, si prevede una variazione del saldo pari a -6,3 €/mln per il 2013, -15,7 €/mln per il 2014 e -22,0 €/mln per il 2015.

A.6 Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati

Il valore del **"Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati"** è stato stimato costante per gli anni 2013-2015 pari a **-23,1 €/mln**, di cui:

- Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti pari a 19,4 €/mln corrispondente alla proiezione lineare dei dati al II trimestre 2013;
- Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio in corso pari a 42,5 €/mln corrispondente al valore complessivo dei contributi FSR vincolati stimati per gli anni 2013-2015.

Complessivamente, si prevede una variazione del saldo pari a -6,2 €/mln per il 2013-2015.

Costi Interni

B.1 Personale

Relativamente al costo per il **"Personale"**, per gli anni 2013-2015 il valore è stato stimato costante e pari al valore Consuntivo 2012 di **768,0 €/mln**.

B.2 Prodotti farmaceutici

Relativamente alla voce **"Prodotti farmaceutici"**, l'andamento tendenziale della voce di costo è stato stimato in incremento sulla base del tasso inflazione programmato pari a 1,5%. Tale incremento risulta coerente con l'andamento osservato nel 2012 rispetto agli anni precedenti e tiene conto della messa a regime delle gare centralizzate di acquisto di farmaci.

Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012 si prevede un aumento dei costi per 2,5 €/mln per il 2013, 5,1 €/mln per il 2014 ed un aumento dei costi per 7,7€/mln per il 2015.

B.3 Altri Beni e Servizi

La voce **"Altri Beni e Servizi"** è stata stimata in incremento sulla base dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC) per l'anno 2012 (Istat 15.01.2013), applicando i seguenti incrementi percentuali al valore registrato al Consuntivo 2012:

- **Beni sanitari e non sanitari +2,7%**;
- **Servizi +2,0%**; al netto del contributo riconosciuto alla Asl di L'Aquila per il ripristino funzionalità del Presidio Ospedaliero pari a 10,5 €/mln.

Sulla base della riduzione del 10% fissata dalla L. 228/2012 per i contratti di acquisto per beni e servizi (al netto dei dispositivi medici), sulla base della spesa per il macroaggregato "Altri beni e Servizi" registrata al Consuntivo 2011 (485,7 €/mln) e rettificata delle voci di spesa non oggetto di rinegoziazione e/o oggetto di adempimenti normativi ad hoc, viene stimata una riduzione annua pari a 22,4 €/mln.

Dal combinato disposto delle due manovre, rispetto al Consuntivo 2012 si prevede una riduzione di 21,0 €/mln per il 2013, di 9,0 €/mln per il 2014 ed un aumento di 3,4 €/mln per il 2015.

B.4 Ammortamenti e costi capitalizzati

Il valore della voce **"Ammortamenti e costi capitalizzati"** è stato stimato costante per gli anni 2013-2015 pari a **13,8 €/mln** e pari al valore registrato a Consuntivo 2012.

B.5 Accantonamenti

La voce **“Accantonamenti”** è stata stimata sulla base dei seguenti razionali:

- Accantonamento rischi per **22,1 €/mln** per il 2013, **13,0 €/mln** per il 2014 e per il 2015: si è stimato lo stesso valore registrato a Consuntivo 2012 pari a 22,1 €/mln, rettificato dell'accantonamento che ha registrato la Asl di Lanciano – Vasto – Chieti per il rischio generato a seguito della procedura di liquidazione coatta amministrativa della Compagnia Assicuratrice Faro s.p.a per circa 8,8 €/mln. Per gli anni 2014 e 2015 non viene considerato il valore 9,1 €/mln pari al valore registrato al Consuntivo 2012 per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato;
- Altri Accantonamenti per **15,5 €/mln** per il 2013, **8,0 €/mln** per il 2014 e **0,6 €/mln** per il 2015: si è stimato lo stesso valore registrato a Consuntivo 2012 pari a 2,9 €/mln e considerato il rischio di non completo raggiungimento delle manovre programmate in attuazione della *Spending Review ed altre manovre regionali* per 12,6 €/mln nell'anno 2013 e 5,2 €/mln nell'anno 2014;
- Accantonamenti per interessi di mora: si è stimato lo stesso valore registrato a Consuntivo 2012 pari a **5,3 €/mln**;
- Accantonamenti per rinnovi contrattuali: si prevede lo stesso valore registrato a Consuntivo 2012 pari a **1,3 €/mln** per gli anni 2013-14 ed un valore pari a **6,0 €/mln** per l'anno 2015, sulla base di quanto di seguito definito:
 - Relativamente al “Personale dipendente”, per gli anni 2013-2014 non è previsto alcun accantonamento per vacanza contrattuale, pertanto non sono previsti accantonamenti, mentre a partire dal 2015 si prevede un incremento per rinnovo contrattuale pari allo 0,5077% della spesa sostenuta nell'anno precedente all'anno di competenza (base spesa personale dipendente anno 2014);
 - Relativamente al “Personale convenzionato”, per gli anni 2013-2014 si prevede lo stesso valore registrato a Consuntivo 2012 pari allo 0,75% del monte compensi desumibile dal CE Consuntivo 2011 con riferimento alle voci di spesa per il personale convenzionato MMG, PLS e CA, mentre a partire dal 2015 si prevede un incremento per rinnovo contrattuale pari allo 0,5077% della spesa sostenuta nell'anno precedente all'anno di competenza (base spesa personale dipendente anno 2014).
- Accantonamenti SUMAI: si è stimato lo stesso valore registrato a Consuntivo 2012 pari a **1,0 €/mln**.

Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012 si osserva un incremento della voce “Accantonamenti” per 3,7 €/mln negli anni 2013 ed un decremento pari a 12,9 €/mln nel 2014 e per 15,9 €/mln nell'anno 2015.

B.6 Variazione rimanenze

La **“Variazione rimanenze”** è stata stimata costante per gli anni 2013-2015 e pari a zero, ipotizzando che il valore dei magazzini resti costante al valore registrato al Consuntivo 2012.

Per gli anni 2013-15, rispetto al Consuntivo 2012 si osserva un decremento della voce per 4,9 €/mln.

Costi Esterni

C.1 Medicina di base e C.3.2b Prestazioni ambulatoriali da Personale Sumaista

Relativamente alla stima relativa al personale convenzionato con il SSR (**“Medicina di base” e “Personale Sumaista”**), l'andamento tendenziale è stato stimato costante per gli anni 2013-15; nella valorizzazione si è tenuto conto dell'effetto derivante dall'applicazione della disposizione di limitazione della crescita dei trattamenti economici, anche accessori, anche al personale convenzionato con il SSN (L.135/12, art.15, comma 25). Le stime:

- **Medicina di base: 153,5 €/mln** pari al valore della spesa massima per la Medicina di base (tetto fissato per l'anno 2011 e 2012 con Decreto Commissariale 27/2011);

- **Personale SUMAI: 16,9 €/mln** pari alla proiezione lineare dei dati al II trimestre 2013.

Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012, si prevede un incremento pari a 2,0 €/mln per gli anni 2013-2015, dato dalla differenza tra il valore del tetto per la Medicina di base definito con Decreto Commissariale 27/2011 ed valore registrato a Consuntivo 2012.

C.2 Farmaceutica convenzionata

La voce **“Farmaceutica convenzionata”** per gli anni 2013-15 è stata stimata pari a **228,0 €/mln** sulla base della stima basata sulla spesa netta da DCR Gennaio-Agosto 2013 e mantenendo costante il valore della spesa relativa a “Farmacie rurali ed altre spese” al valore registrato nel 2012.

Tale stima tiene conto della messa a regime dell'incremento dello sconto applicato alle farmacie di cui all'art 15, comma 2 della L 135/2012 stimato in circa 0,9 €/mln per ciascun anno.

Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012, si prevede alla voce “Farmaceutica convenzionata” una riduzione dei costi per 5,1 €/mln per gli anni 2013-2015.

C.3 Prestazioni da Privato

C.3.1 Ospedaliera

La voce **“Prestazioni da Privato – Ospedaliera”** è stata stimata pari a **125,2 €/mln** per l'anno 2013, corrispondente al valore dei tetti determinati con Decreto Commissariale 23/2013 e pari a **124,0 €/mln** per gli anni 2014-2015.

Tali valori sono stati determinati in riduzione rispetto al dato Consuntivo 2011 del 1% per l'anno 2013 e del 2% per l'anno 2014, in applicazione dell'art 15, comma 14 della L 135/2012. Non essendo stata specificata alcuna percentuale di riduzione per l'anno 2015, la riduzione è stata posta costante rispetto all'anno 2014.

Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012, si prevede un incremento dei costi per 5,1 €/mln per il 2013 e di 3,9 €/mln per gli anni 2014 e 2015. Si specifica che a Consuntivo 2012 le Aziende hanno contabilizzato costi pari al valore del budget riconoscibile 2012, registrando maggiori accantonamenti per note di credito da ricevere per prestazioni rese extrabudget (rif “Analisi degli scostamenti 2012” prot. 272 del 05.07.2013).

C.3.2a Ambulatoriale

La voce **“Prestazioni da Privato – Ambulatoriale”** è stata stimata pari a **35,7 €/mln** per l'anno 2013 e pari a **35,4 €/mln** per gli anni 2014-2015.

Per l'anno 2013, la stima è determinata pari al valore dei tetti 2013 fissati con Decreto commissariale n. 9/2013 e pari a 29,9 €/mln, determinato in riduzione rispetto al dato Consuntivo 2011 del 1%, in applicazione dell'art 15, comma 14 della L 135/2012; è stata, inoltre, ipotizzata costante al valore del Consuntivo 2012 per tutti gli anni la quota relativa alle altre prestazioni non soggette a tetto riconducibili a questo aggregato (Dialisi, RMN...) per circa 5,8 €/mln. Tale quota è mantenuta costante anche per gli anni 2014 e 2015.

Per l'anno 2014, i tetti sono stati determinati in riduzione rispetto al dato Consuntivo 2011 del 2% per l'anno 2014, in applicazione dell'art 15, comma 14 della L 135/2012. Non essendo stata specificata alcuna percentuale di riduzione per l'anno 2015, la riduzione è stata posta costante rispetto all'anno 2014.

Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012, si osserva un decremento dei costi per 1,0 €/mln per il 2013 e per 1,3 per gli anni 2014 e 2015.

C.3.3 Riabilitazione extra ospedaliera

La voce "Prestazioni da Privato – Riabilitazione extraospedaliera" è stata stimata costante per gli anni 2013-2015 pari a **76,3 €/mln**, come somma del valore dei tetti 2012 definiti con Decreto Commissariale 44/2011 pari a 69,2 €/mln e delle prestazioni erogate fuori contratti negoziali e per cittadini residenti in strutture fuori regione per complessivi 7,1 €/mln pari al valore del Consuntivo 2012.

Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012, si osserva un incremento dei costi per 2,7 €/mln per gli anni 2013-2015.

C.3.4 Altre Prestazioni da Privato

La voce "**Altre Prestazioni da Privato**" è stata stimata costante per gli anni 2013-2015 pari a **121,9 €/mln**.

Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012 si osserva un incremento dei costi per 2,0 per gli anni 2013-2015.

Componenti finanziarie e straordinarie

F.1 Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie

La voce è stata stimata costante per gli anni 2013-2015 pari al Consuntivo 2012 pari a **1,2 €/mln**.

F.2 Saldo Gestione Finanziaria

La voce è stata stimata costante per gli anni 2013-2015 pari al Consuntivo 2012 pari a **2,5 €/mln**.

F.3 Oneri Fiscali

La voce è stata stimata costante per gli anni 2013-2015 pari al Consuntivo 2012 pari a **58,3 €/mln**.

F.4 Saldo Gestione Straordinaria

La voce è stata stimata costante e pari a zero per gli anni 2013-2015.

Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012 si osserva una riduzione dei costi per 1,2 per gli anni 2013-2015.

Considerando tutti gli effetti tendenziali e l'applicazione di quanto disposto dalla normativa nazionale e/o regionale, al netto delle risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA, si stima un risultato di chiusura pari a -2,3 €/mln per il 2013, +54,6 €/mln per il 2014 e 37,0 €/mln per il 2015.

2.4 Programmatico 2013-2015

Sulla base delle manovre aggiuntive previste per il triennio 2013-2015, si stima un risultato programmatico pari a +4,0 €/mln nel 2013, +12,8 €/mln nel 2014 e +1,2 €/mln nel 2015.

Tali manovre saranno dettagliatamente illustrate nei capitoli che seguono.

Come richiamato in premessa, si tratta di **manovre** così dette di:

- **"Sviluppo"**, in via prioritaria, per la riqualificazione dell'offerta dei servizi del SSR ed il miglioramento della qualità percepita dai cittadini;
- **"Contenimento"** affinché la Regione possa mantenere l'equilibrio gestionale raggiunto negli anni 2010, 2011 e 2012.

Sono state infine stabilite dalla Regione **"Ulteriori manovre"**: dipendenti dall'incremento del FSN 2014-2015 (alternativamente all'incremento dei ticket DL 98/2011). In attesa di una normativa nazionale che recepisca tale incremento, è stata interamente accantonata la quota destinata alla Regione Abruzzo (44,9 €/mln per gli anni 2014-2015). Tali risorse, una volta certe, saranno successivamente destinate attraverso specifici provvedimenti regionali.

Tabella 15 – Programmatico 2013-2015

| Sintesi risultato programmatico | | | |
|--|----------------|-----------------|-----------------|
| | 2013 | 2014 | 2015 |
| G Risultato economico (al netto di fiscalità aggiuntiva) | (2.261) | 54.602 | 36.991 |
| H) Manovre di sviluppo | (6.133) | (133) | 5.838 |
| h.1) Minor costo da riconversione strutture ex art.26 vs strutture per anziani | - | 6.000 | 12.000 |
| h.2) Potenziamento personale | (6.133) | (6.133) | (6.162) |
| I) Manovre di contenimento | 12.355 | 3.211 | 3.211 |
| i.1) Negoziazione con erogatori privati accreditati ai fini della sottoscrizione dei contratti | 9.144 | 0 | 0 |
| i.2) Riduzione Tetti Psicoriabilitazione -10% (DCA5/2013) | 1.771 | 1.771 | 1.771 |
| i.3) Riduzione spesa per prestazioni da Sumaisti | 1.440 | 1.440 | 1.440 |
| J) Ulteriori manovre | 0 | (44.876) | (44.876) |
| j.1) Eventuale impiego di risorse per incremento fondo (mancato Ticket DL 98/2011) | 0 | (44.876) | (44.876) |
| Risultato economico programmatico (al netto di fiscalità aggiuntiva) | 3.961 | 12.804 | 1.164 |

3 Reti di offerta sanitaria

3.1 INTERVENTO 1: Rete Ospedaliera

3.1.1 AZIONE 1: Riorganizzazione della rete ospedaliera

Contesto di riferimento

Attualmente in Regione Abruzzo risultano provvisoriamente accreditati 4.677 posti letto ospedalieri pubblici e privati sulla base di quanto disposto con Legge Regionale 32/07 in materia di autorizzazione ed accreditamento.

In relazione ai dati sulla popolazione abruzzese censita nell'anno 2011⁴, pari a 1.342.366 abitanti, il numero di posti letto per 1.000 abitanti risulta pari a 3,5, di cui 2,8 posti letto per Acuti e 0,7 posti letto per Post acuti. Tale indicatore risulta inferiore allo standard fissato dalla L.135/12 pari a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 3,0 posti letto per Acuti e 0,7 posti letto per Post acuti.

Parallelamente anche l'offerta territoriale complessivamente considerata risulta sufficientemente adeguata alla popolazione abruzzese; da un confronto nazionale, infatti, risulta che la Regione Abruzzo vede un numero di giornate di degenza ed accessi per 1.000 abitanti in strutture territoriali, comprensiva di assistenza domiciliare, rispetto a quelle erogate in regime ospedaliero sostanzialmente equilibrato, pressoché in linea con la Regione Marche (Figura 6).

Figura 6 – Confronto regionale: Assistenza territoriale vs ospedaliera



A tutela dei livelli essenziali di assistenza, la Regione Abruzzo non intende ridurre il numero di posti letto ospedalieri e stabilisce che, le sole strutture che non raggiungeranno il limite di posti letto ospedalieri minimi che sarà fissato dall'emandanda normativa nazionale, potranno essere oggetto di aggregazione con altre strutture ospedaliere della rete.

⁴ Tale valore viene mantenuto costante per le stime relative agli anni 2013-2015

Le aggregazioni che eventualmente scaturiranno da tale processo dovranno avvenire attraverso il trasferimento di posti letto da strutture di "piccole" dimensioni a strutture con dotazione maggiore, coerentemente con gli standard qualitativi e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, la cui bozza di regolamento è stata recentemente discussa in Conferenza Stato Regione. Tale processo permetterà il miglioramento della qualità delle cure attraverso la concentrazione della casistica.

In Figura 7 è raffigurata la rete ospedaliera attuale con indicazione per ciascuna struttura pubblica (16) e privata (11) del numero di posti letto per attività (Acuti e Post acuti) per regime di degenza ed il numero di posti letto per 1.000 abitanti calcolato sui bacini di utenza⁵.

Normativa Nazionale

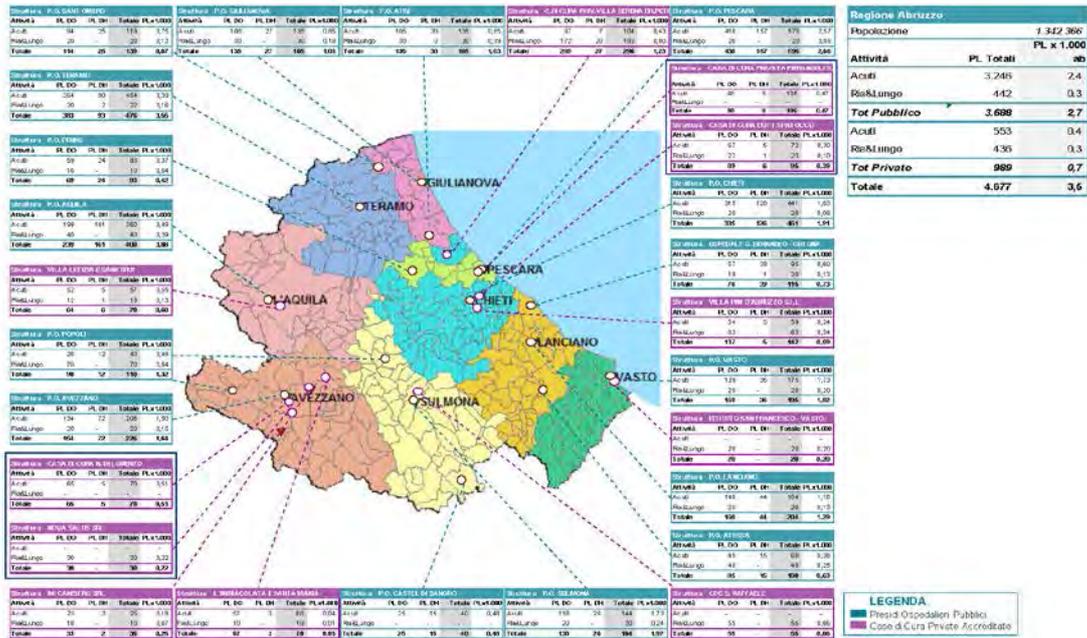
- Patto della Salute 2010-2012;
- DL 95/2012 – L.135/2012 art.15 comma 13.c : rispetto dello standard posti letto ospedalieri accreditati pari a 3,7 per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, e tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni;
- DL 95/2012 – L.135/2012 art.15 comma 14: riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto dei contratti con gli erogatori privati che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale in misura percentuale fissata da ridurre la spesa complessiva annua ,rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014;
- Bozza di regolamento in discussione in Conferenza Stato Regione per la definizione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della Legge 30.12.2004 n.311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del Decreto Legge 6.07.2012 n.95 convertito in Legge 07.08.2012 n.135, con il quale viene definito il limite di posti letto ospedalieri minimi per acuti pari a 60 posti letto.

Disposizioni Regionali

- DCA 45/2010: razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera e approvazione metodologia di definizione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere e dei posti correlati;
- DCA 25/2012: rimodulazione dei posti letto afferenti alle Case di Cura private provvisoriamente accreditate insistenti sul territorio regionale;
- DCA 39/2012 e 24/2013: applicazione regionale DL 95/2012 –L.135/2012 tetti strutture ospedaliere private accreditate.

⁵ Per bacino di utenza di una struttura si intende l'insieme delle zone (comuni e sezioni di censimento) ed il relativo numero di assistibili (residenti nelle zone in questione) che vedono la struttura stessa come prima alternativa ospedaliera in termine di distanza temporale

Figura 7 – Rete Ospedaliera AS IS



Obiettivi Programmati

La Regione intende rimodulare la rete ospedaliera pubblica e privata prevedendo:

- L'aggregazione dei presidi ospedalieri privati che non raggiungono il limite di posti letto ospedalieri minimi fissato dall'emananda normativa nazionale e calibrare il riadeguamento della rete al fine di non ridurre ulteriormente il numero di posti letto per 1.000 abitanti;
- L'aggregazione dei posti letto per disciplina ospedaliera nei Presidi pubblici e nelle Case di cura private per l'applicazione degli standard minimi e massimi delle unità operative (UO) sulla base della popolazione residente, coerentemente con le indicazioni contenute nella bozza di regolamento in discussione in Conferenza Stato Regioni e con le specificità territoriali regionali;
- Lo sviluppo della vocazione degli erogatori privati, non oggetto di riconversione, secondo un'ottica di complementarità e non di concorrenza rispetto agli erogatori pubblici, supportando la regione nell'abbattimento delle prestazioni a rischio in appropriatezza ("black list") e nel recupero delle prestazioni a rischio di inadeguatezza ("white list") come comunicato nei report forniti dal Ministero della Salute con riferimento all'Assistenza ospedaliera per l'anno 2010, ed infine nel recupero della mobilità passiva, coerentemente con le competenze dimostrate negli anni precedenti;
- La conferma del ruolo nella rete di assistenza ospedaliera degli erogatori pubblici, anche con riferimento alle caratteristiche definite per ciascun nodo della rete dell'Emergenza – Urgenza.

Risultati e Crono programma

- Definizione della procedura di riconversione da parte del Servizio di programmazione sanitaria della Direzione Politiche della Salute entro sei mesi dall'entrata in vigore del regolamento ministeriale per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;
- Sottoscrizione di accordi di riconversione da parte delle strutture private che risulteranno porsi al di sotto dei limiti che saranno imposti dalla normativa nazionale, nei successivi 90 giorni;
- Monitoraggio trimestrale dell'utilizzazione effettiva dei posti letto rimodulati a partire dal primo trimestre successivo alla riconversione;
- Valutazione negativa dell'operato dei Direttori Generali che non provvedano ad adeguare la dotazione di posti letto per disciplina di ciascun presidio ospedaliero pubblico e che risultino inadempienti per almeno due verifiche semestrali consecutive.

Indicatori di Risultato

- Posti letto per 1.000 abitanti con i dettagli: regionale, pubblico, privato, acuti, post acuti;
- Numero accordi sottoscritti;
- Numero strutture ospedaliere riconvertite;
- Scostamento numero posti letto privati riconvertiti vs numero posti letto oggetto di riconversione;
- Numero UU.OO regionali;
- Scostamento UU.OO regionali rispetto agli standard;
- Scostamento posti letto per disciplina rispetto agli standard.

Impatto economico

La remunerazione annuale corrisposta agli erogatori privati per assistenza ospedaliera è fissata al limite massimo pari a 125,2 €/min per l'anno 2013.

Responsabile del procedimento

Servizio Programmazione Sanitaria

3.2 INTERVENTO 2: Rete Emergenza Urgenza

3.2.1 AZIONE 1: Programma attuativo per la rete di emergenza urgenza

Contesto di riferimento

La Regione Abruzzo, con Decreto commissariale n.11/2013, ha definito il Sistema dell'Emergenza-Urgenza regionale al fine di giungere all'integrazione di tutti i nodi della sua rete costituiti dalle centrali operative 118, dai mezzi dell'emergenza territoriale e dalla rete di strutture dell'emergenza funzionalmente differenziate in Punti di Primo Intervento (PPI), Pronto soccorso Ospedalieri e Dipartimenti di Emergenza Accettazione (DEA).

Come indicato nel Decreto commissariale n.11/2013 nella Regione Abruzzo saranno presenti 4 DEA di I livello (con funzione di *Hub*) corrispondenti ai presidi ospedalieri dei capoluoghi di provincia, 12 sedi di Pronto Soccorso (con funzione di *Spoke*) corrispondenti ai restanti presidi ospedalieri e 5 Punti di Primo Intervento (PPI) rappresentati dagli ex presidi ospedalieri riconvertiti in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) con Deliberazione commissariale n.45/2010. (Figura 8).

Si precisa che il processo di riconversione delle strutture è stato attuato per Casoli, Pescara, Gissi e Tagliacozzo stante, tuttavia, l'obbligo di presenza di Pronto Soccorso previsto con apposita ordinanza del TAR e confermato dal Consiglio di Stato. Il presidio di Guardiagrele, stante le plurime impugnazioni promosse avverso i riferiti provvedimenti del Commissario ad Acta, risulta ancora non riconvertito in PTA e presenta Pronto Soccorso.

Nel triennio del presente Piano, la Regione implementerà le reti assistenziali stroke, IMA e trauma-politrauma, delineate con Decreto commissariale n.11/2013, attraverso il CREA (Comitato regionale Emergenza-Urgenza Abruzzo) istituito presso l' ASR Abruzzo.

Relativamente alla parte territoriale della rete dell'emergenza urgenza, come mostrato nell'ultima tabella della Figura 8, sono presenti 4 Centrali Operative del 118 dislocate nei capoluoghi di provincia e 49 postazioni di cui 30 medicalizzate e 19 non medicalizzate. Con il Decreto commissariale n.11/2013 la Regione intende rimodulare le Centrali Operative 118 passando da 4 ad un'unica Centrale Operativa con sede a L'Aquila. Inoltre, calcolato il fabbisogno di postazioni territoriali, la Regione intende rimodularne il numero (aumentando a 53 il numero di postazioni) ed il posizionamento all'interno delle ASL come mostrato nella tabella Postazioni Territoriali in Figura 8.

Riguardo al sopra citato CREA, con Decreto commissariale n.38/2013 viene modificata la composizione del Comitato Regionale Emergenza-Urgenza Abruzzo stabilendo che sia presieduto dal direttore dell'Agenzia Regionale – ASR Abruzzo e composto dai direttori dei DEA, dai Responsabili delle CC.OO. 118 e dal Dirigente del Servizio competente della Direzione Politiche della Salute. Il CREA assorbirà le funzioni della Struttura Regionale Emergenza sistema 118 (SRES-118) oltre alle funzioni già stabilite con Legge regionale n.05/2008 e dalla Delibera della giunta regionale n.702/2011. Inoltre, compito del CREA sarà l'attività di valutazione e monitoraggio della fase di sperimentazione e finale raggiungimento dell'unica Centrale Operativa 118.

Come indicato nella ricerca pubblicata nel 2013 dall'Agenas, pur essendo diminuito il numero di accessi in pronto soccorso, la percentuale di inappropriatazza rimane in ogni caso elevata in tutta la nazione. La Regione Abruzzo dal 2010 ha aderito ad una sperimentazione condotta da Agenas che, con la costituzione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) con funzioni di Punti di Primo Intervento (PPI), ha iniziato ad affrontare il problema degli accessi non urgenti ai servizi di emergenza-urgenza. Fondamentale per la Regione sarà proseguire il percorso intrapreso anche alla luce della recente normativa nazionale (L. 135/2012) per poter garantire al cittadino la massima accessibilità all'assistenza sanitaria nel *setting* assistenziale appropriato. Tematica approfondita nell'azione sull'Assistenza sanitaria di base (Paragrafo 3.3.6).

Normativa Nazionale

- DPR 27 marzo 1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante: Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza;
- Linee Guida sul sistema di emergenza sanitaria del Ministero della Sanità GU n. 144 del 1996;
- Schema di regolamento recante: Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'art. 15 comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
- Agenas: Quaderno monotematico della sua rivista Monitor "Assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso".

Disposizioni Regionali

- LR n.5 del 10 marzo 2008: Piano Sanitario Regionale 2008-2010;
- DCA 45/2010: Razionalizzazione della Rete di assistenza ospedaliera;
- DGR 702/2011: Istituzione del Comitato Regionale Emergenza-Urgenza Abruzzo (CREA);
- DCA 11/2013: Rete dell'emergenza-urgenza della Regione Abruzzo e Reti IMA-STROKE-POLITRAUMA (trauma maggiore) percorso neurochirurgico;
- DCA 38/2013: Integrazione al Decreto commissariale n.11/2013 del 20/02/2013.

Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Attuare le disposizioni contenute nel Decreto commissariale n.11/2013;
 - 4 DEA di I livello con funzioni di *Hub* nei presidi ospedalieri di L'Aquila, Chieti, Pescara e Teramo;
 - 12 Pronto Soccorsi con funzioni di *Spoke* nei rimanenti presidi ospedalieri;
 - 5 PTA con funzioni di PPI;
 - Messa in funzione delle reti IMA-STROKE-POLITRAUMA;
 - Sperimentazione per il raggiungimento di una Centrale Operativa 118 unica,
 - Rimodulazione delle postazioni medicalizzate e non medicalizzate.
- Predisporre le procedure di gara per il suddetto servizio secondo le modalità previste dalla normativa vigente in considerazione della scadenza, alla data del 01.09.2013, del contratto regionale di affidamento del servizio di elisoccorso;
- Completare l'attivazione in ciascun pronto soccorso, così come previsto nel Decreto commissariale n.45/2010, dei posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) che permettano di evitare il ricorso al ricovero per condizioni cliniche per cui è necessario un inquadramento diagnostico o monitoraggio di terapie di breve durata. L'efficacia di tale soluzione organizzativa sta nel migliorare l'appropriatezza del ricovero al momento dell'accettazione del paziente e di osservare, anche tramite tecniche diagnostiche, l'evoluzione nel breve periodo del quadro clinico del paziente. L'OBI garantisce una risposta adeguata a quei pazienti, stimabili in circa il 10%-12% dei complessivi, che non presentano sintomatologie tali né da consentire un'immediata dimissione, né da indurme direttamente un ricovero.

I referenti delle aziendali sono chiamati ad elaborare, trimestralmente, una reportistica sugli accessi in pronto soccorso che identifichi i casi che sarebbero dovuti essere appropriatamente trattati attraverso la medicina territoriale, al fine di valutare la possibile elevata in appropriatezza degli accessi e degli eventuali interventi da porre in essere.

Risultati e Crono programma

- Attuazione delle disposizioni contenute nel Decreto commissariale n.11/2013 e messa in funzione delle reti IMA-STROKE-POLITRAUMA durante il triennio;
- Avvio della fase di sperimentazione entro il 01.01.2014 per l'attivazione dell'unica Centrale operativa 118;
- Rimodulazione delle postazioni medicalizzate e non medicalizzate sia come numero complessivo che all'interno delle stesse ASL entro il 30.06.2014;
- Predisposizione delle procedure di gara per il servizio di elisoccorso secondo le modalità previste dalla normativa vigente;
- Monitoraggio semestrale dell'attività del servizio di elisoccorso a partire dal 01.12.2013;
- Attivazione, da parte delle ASL che non hanno ancora provveduto, dell'OBI entro il 31.12.2013;
- Attività di monitoraggio delle attività erogate in OBI a partire dal 30.06.2014 e con cadenza semestrale;
- Attivazione del sistema di reportistica trimestrale per lo studio degli accessi in pronto soccorso basato anche sulle informazioni contenute nel flusso EMUR dal 01.01.2014.

Indicatori di Risultato

- Monitoraggio e verifica della coerenza delle reti IMA-STROKE-TRAUMA con le linee guida da DCA 11/2013;
- Numero di presidi ospedalieri in cui è stata attivata l'OBI e numero di posti letto dedicati;
- Rapporto tra il numero di pazienti in OBI e pazienti trasferiti nei reparti di degenza;
- Percentuale di pazienti inseriti nell'OBI rispetto al totale degli accessi al pronto soccorso vs percentuale di pazienti trasferiti nei reparti di degenza rispetto al totale degli accessi al pronto soccorso;

- Confronto tra il numero di pazienti dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI ed il numero di pazienti trasferiti dall'OBI nei reparti di degenza;
- Indicatori base contenuti nella reportistica:
 - Analisi delle tipologie di accessi in pronto soccorso;
 - Numero di accessi potenzialmente inappropriati in PS;
 - Modalità di valutazione dei codici colore in PS;
 - Analisi delle tipologie e numero di accessi in *setting* assistenziali afferenti all'assistenza sanitaria di base.

Impatto economico

Non è previsto impatto economico aggiuntivo

Responsabile del processo attuativo

Servizio Gestione flussi informativi, mobilità sanitaria, procedure informatiche ed emergenza sanitaria

Agenzia Sanitaria Regionale

3.3 INTERVENTO 3: Rete territoriale

3.3.1 AZIONE 1: Specialistica ambulatoriale

Contesto di riferimento

La Regione Abruzzo, con Decreto commissariale n.67/2012, ha definito il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale per singolo codice prestazione, nei diversi distretti sanitari, individuando successivamente, per ciascuno di essi, il numero massimo di centri di erogazione necessari alla copertura della domanda assistenziale da soddisfare con Decreto commissariale n. 46/2013.

La rilevazione puntuale della domanda di prestazioni consentirà, inoltre, di correlare il fabbisogno al *budget* assegnato a ciascuna ASL e quindi di definire i tetti di spesa a livello di singola struttura pubblica e privata, riferibile a ciascuna prestazione e/o tipologia di prestazione.

Sulla base dei dati disponibili a livello regionale è stato definito un valore procapite della domanda soddisfatta per singola prestazione e per classe d'età e sulla base delle popolazione abruzzese per singolo distretto, si è stimato un fabbisogno pari a 18.979.924 prestazioni di specialistica ambulatoriale, pari a circa 14,1 prestazioni procapite (Tabella 16).

Tabella 16 – Regione Abruzzo Fabbisogno vs Offerta

| Regione Abruzzo | | | |
|--------------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Tipo struttura | Offerta | Fabbisogno | Delta |
| | A | B | C = (B-A) |
| Medicina Nucleare | 103.745 | 110.238 | 6.494 |
| Diagnostica per immagini | 673.584 | 998.811 | 325.226 |
| Laboratorio | 14.715.809 | 13.631.926 | -1.083.883 |
| Medicina Fisica e FKT | 684.758 | 892.537 | 207.779 |
| Odontoiatria | 25.742 | 57.995 | 32.253 |
| Branche a visita | 2.714.437 | 3.288.417 | 573.980 |
| Totale | 18.918.075 | 18.979.924 | 61.848 |

È stato definito, inoltre che, in ottemperanza all'art. 15, comma 14 del DL 95/2012 – L.135/2012, per l'anno 2013 i budget degli erogatori privati accreditati che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale siano ridotti in misura percentuale e fissati in modo tale da ridurre la spesa complessiva annua rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dell'1% per l'anno 2013 e che la Regione procederà alla riduzione percentuale rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011 del 2% per gli anni 2014 e 2015.

Normativa Nazionale

- DL 95/2012 – L.135/2012 art.15, comma 14: riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto dei contratti con gli erogatori privati che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale in misura percentuale fissati tali da ridurre la spesa complessiva annua rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014;

Disposizioni Regionali

- DCA 60/2012: Indirizzi Regionali per la Redazione degli Strumenti di Programmazione delle Aziende Sanitarie Locali 2013-2015;
- DCA 67/2012: definizione del fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale 2013-2015: diagnostica per immagini, laboratorio, medicina nucleare, medicina fisica ed fkt, odontoiatria e branche a visita;
- DCA 47/2012 e 9/2013: applicazione regionale DL 95/2012 – L.135/2012 tetti strutture di specialistica ambulatoriale private accreditate;
- DCA 46/2013: riorganizzazione della rete territoriale dei servizi di assistenza specialistica ambulatoriale. Disposizione per la localizzazione e per l'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture.

Obiettivi Programmati

La Regione intende potenziare la rete di offerta di specialistica ambulatoriale al fine di adeguare l'offerta al fabbisogno stimato attraverso:

- Il potenziamento dell'attuale offerta pubblica promuovendo l'aumento della produttività nei presidi ospedalieri e negli ambulatori pubblici poiché, con la dotazione di personale e apparecchiature attuali è ragionevole attendersi livelli di assistenza maggiori degli attuali;
- L'ampliamento dell'attuale offerta privata, laddove il su richiamato aumento di produttività non arrivi a coprire il fabbisogno stimato, secondo quanto definito con Decreto Commissariale n.67/2012.

Si specifica che dall'incremento della produttività potrà conseguire anche l'aumento delle entrate da ticket e quota di compartecipazione pari 10 € a ricetta previste per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, anche in considerazione del fatto che sarà possibile recuperare la buona parte delle prestazioni che vengono soddisfatte in regime privato - solvente.

Risultati e Crono programma

- Realizzazione di un censimento entro il 30.11.2013 da parte di ciascuna Azienda sanitaria di tutte le variabili produttive impiegate presso ciascun presidio e ambulatorio pubblico per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Si specifica che in caso di mancata realizzazione del censimento entro la suddetta scadenza, il Servizio Assistenza Ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa protesica e termale della Direzione delle Politiche della Salute, procederà alla diffida formale del Direttore Generale inadempiente. Detto censimento dovrà presentare la specificazione dei seguenti indicatori:
 - Numero grandi apparecchiature;
 - Numero Professionisti in servizio;
 - Ore per singolo professionista dedicate alle visite e/o esami con specificazione di attività istituzionale e intramuraria;

- Numero di prestazioni/die per singola apparecchiatura con specificazione di attività istituzionale e intramuraria;
- Numero di visite/ora per singolo Professionista con specificazione di attività istituzionale e intramuraria.
- Definizione della procedura regionale con la quale si procederà all'autorizzazione delle strutture di specialistica ambulatoriale per singolo distretto sanitario di base e per tipologia di struttura e/o apparecchiatura entro il 30.07.2013;
- Concessione di autorizzazioni compatibili con il fabbisogno per Asl e distretto nel limite massimo di quanto definito con DCA 67/2012 e sulla base della procedura sopra richiamata.

Indicatori di Risultato

- Confronto produttività nei presidi e ambulatori pubblici sulla base di una classifica regionale;
- Numero autorizzazioni concesse per Asl, distretto e tipologia di struttura e/o apparecchiatura negli anni 2013, 2014 e 2015;
- Verifica con cadenza annuale del livello di produttività presso ciascun presidio e ambulatorio pubblico;
- Verifica con cadenza annuale della corrispondenza tra il fabbisogno da soddisfare fino al raggiungimento del fabbisogno programmato.

Impatto economico

L'impatto relativo all'incremento della produttività nei presidi e ambulatori pubblici e all'incremento delle entrate da ticket e quota di compartecipazione 10 € a ricetta non è al momento valorizzabile.

Le nuove attivazioni non avranno alcun costo per il SSR in quanto si tratterà esclusivamente di nuove autorizzazioni e non di accreditamenti.

La remunerazione annuale corrisposta agli erogatori privati per assistenza specialistica ambulatoriale è fissata al limite massimo pari a 29,9 €/mln per l'anno 2013 e 29,6 €/mln per gli anni 2014 e 2015.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Programmazione Sanitaria

Servizio Assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa protesica e termale

3.3.2 AZIONE 2: Rete Laboratoristica

Contesto di riferimento

Il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori sia privati accreditati che pubblici della Regione Abruzzo è ormai in avanzata fase di realizzazione.

Il processo di riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori privati è stata avviata con il Decreto commissariale n.11/2011 che ha previsto la creazione dei Consorzi/ATI come nuove modalità di aggregazione disciplinate secondo le regole del vigente Codice Civile. Tali nuove entità sono caratterizzate da un'articolazione organizzativa che pone come nodo centrale un laboratorio centralizzato o "core-lab" e come nodi periferici, una rete di "punti prelievo". Con i Decreti commissariali n.61/2011 e n.62/2012 sono stati costituiti 9 Consorzi/ATI che raggruppano 45 laboratori analisi privati. La definitiva autonomia organizzativa e l'accreditamento di ciascun Consorzio/ATI, è condizionata dalla conclusione dei procedimenti autorizzativi dei Core Lab e dei punti prelievo ad oggi in corso da parte dei competenti Comuni.

Con Decreto commissariale n.48/2012, in osservanza a quanto stabilito nel Programma Operativo 2011-2012, si è preso atto della riorganizzazione della rete pubblica dei laboratori analisi, demandando alle Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio la definizione dei processi di

riconversione dei laboratori *spoke* pubblici nonché l'adozione di nuove modalità organizzative della rete attraverso meccanismi di coordinamento tra nodi, dei flussi della logistica tra i nodi *hub* e i nodi *spoke* e dei meccanismi di condivisione delle richieste, dei risultati e dei referti con un unico sistema informativo dedicato che rilevi i dati sia sulle strutture e sui costi, che sulla produzione e sui consumi.

Normativa Nazionale

- Art.1, comma 796, lett. o) della L.27/12/2006 n.296, dalle "Linee di indirizzo per la riorganizzazione dei servizi di medicina di laboratorio nel Servizio Sanitario Nazionale" a cura dell'Agenas e del Ministero della Salute
- Accordo Stato/Regioni del 23/03/2011.

Disposizioni Regionali

- DCA 11/2011: Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori analisi privati. integrazione manuali di autorizzazione ed accreditamento di cui alla deliberazione GR 591/P del 01.07.2008 come successivamente modificati ed integrati con deliberazione commissariale n. 36/09 del 01 giugno 2009 ed ulteriori Disposizioni;
- DCA 61/2011: Modifiche e integrazioni al manuale di autorizzazione di cui al DGR 591/P del 01.07.2008 ed al DCA 36/2009 (Scheda 5.9 Servizi di Medicina di Laboratorio (Laboratorio analisi e Anatomia Patologica) e Punto prelievo esterno);
- DCA 62/2011: Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori analisi privati di cui al Decreto Commissariale n. 11/2011 del 29/03/2011 approvazione delle domande ammesse alla riorganizzazione ed ulteriori provvedimenti;
- DCA 48/2012: Riorganizzazione della rete pubblica dei laboratori analisi intervento 9 del Programma Operativo 2010: azioni 1 "Identificazione dei laboratori *hub* e *spoke* pubblici" e 2 "Riconversione dei laboratori *spoke* pubblici".

Obiettivi Programmati

La Regione, a conclusione dei processi di riorganizzazione dei laboratori, intende:

- Definire gli accordi contrattuali con i neo costituiti Consorzi dei laboratori analisi privati provvisoriamente accreditati (di cui al Decreto commissariale n.11/2011 e ss.mm.ii);
- Mettere in atto azioni che portino gradualmente a raggiungere una soglia minima annua di attività pari a 200.000 esami, al fine di un miglioramento continuo della qualità dei laboratori privati e sempre in coerenza con quanto definito nel Decreto commissariale 11/2011;
- Implementare, anche in collaborazione con il competente Servizio regionale dei flussi informativi, il processo di monitoraggio delle attività della rete dei laboratori analisi pubblici mediante la raccolta dei dati delle prestazioni erogate da ogni singolo nodo, sia centrale che periferico, trasmessi dalle competenti Aziende sanitarie.

Risultati e Crono programma

- Sottoscrizione del primo accordo contrattuale con i consorzi successivamente al relativo accreditamento;
- Sottoscrizione dei successivi accordi contrattuali entro il 31 maggio di ciascun anno di competenza;
- Indicazione negli accordi contrattuali del raggiungimento graduale di una soglia minima annua di attività pari a 200.000 esami di laboratorio. Tale soglia minima dovrà essere raggiunta entro tre anni di attività partendo da una soglia minima di 100.000 esami di laboratorio complessivi per anno;
- Acquisizione, da parte delle competenti Aziende USL regionali, dei dati delle prestazioni erogate da ogni singolo nodo, sia centrale che periferico entro il 45° giorno successivo all'anno di riferimento per le attività espletate rispettivamente negli anni successivi.

Indicatori di Risultato

- Rispetto della soglia minima di prestazioni pari a 100.000 per il primo anno ed il raggiungimento delle 200.000 prestazioni nei successivi tre anni;
- Monitoraggio delle prestazioni della rete dei laboratori analisi pubblici entro il 45° giorno successivo all'anno di riferimento per le attività espletate rispettivamente negli anni 2013, 2014 e 2015).

Impatto economico

L'impatto economico dell'obiettivo inerente la riorganizzazione dei laboratori analisi privati è in linea con quanto stabilito dall'azione di riduzione della spesa complessiva annua per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale di cui all'azione sulla specialistica ambulatoriale (Paragrafo 3.3.1).

La rimodulazione/razionalizzazione dei costi dei servizi coinvolti, conseguentemente alla conclusione tutti i processi di riorganizzazione della rete pubblica dei laboratori analisi demandati alle Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio, ed in particolare alla riconversione dei laboratori *spoke* pubblici non è ad oggi stimabile.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza specialistica Ambulatoriale, riabilitativa, protesica e termale

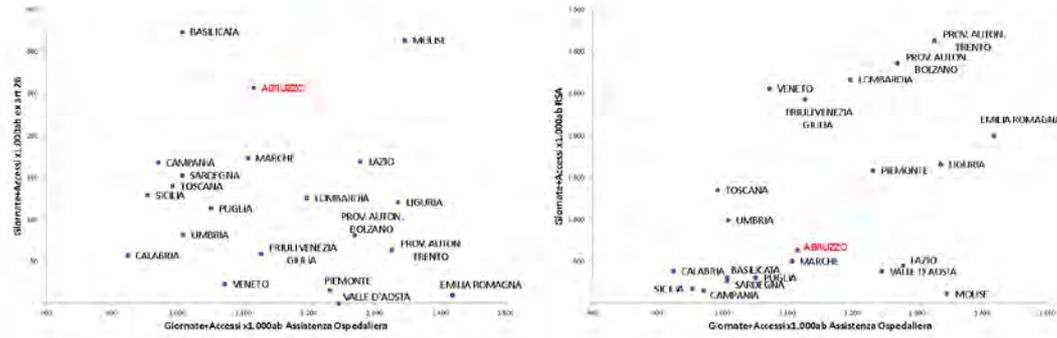
3.3.3 AZIONE 3: Residenzialità e Semiresidenzialità**Contesto di riferimento**

Come già indicato nell'intervento sulla Rete Ospedaliera, l'offerta territoriale complessivamente considerata risulta sufficientemente adeguata alla popolazione abruzzese; da un confronto nazionale, infatti, risulta che la Regione Abruzzo vede un numero di giornate di degenza ed accessi per 1.000 abitanti in strutture territoriali, comprensiva di assistenza domiciliare, rispetto a quelle erogate in regime ospedaliero sostanzialmente equilibrato, pressoché in linea con la Regione Marche (Figura 9).

La rete di offerta residenziale e semiresidenziale abruzzese è caratterizzata da una maggiore offerta di posti letto per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale e da una minore offerta di posti letto per l'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti. Va sottolineato che anche l'assistenza a domicilio non è sufficientemente sviluppata pertanto, un piano integrato di assistenza, dovrà prevedere lo sviluppo a livello capillare sul territorio di tale tipologia di assistenza a basso costo per il SSR.

Rispetto alle altre regioni, infatti, la Regione Abruzzo conta un numero di giornate di degenza ed accessi per 1.000 abitanti in strutture di riabilitazione ex art.26 (pari a 257) rispetto a quelle erogate in regime ospedaliero superiore alle altre regioni, ad eccezione di Basilicata e Molise; mentre il numero di giornate di degenza ed accessi per 1.000 abitanti in strutture di assistenza agli anziani (RSA) (pari a 663) è inferiore rispetto ad altre regioni, soprattutto a quelle prese come riferimento (Figura 9).

Figura 9 – Confronto regionale: Assistenza territoriale vs Assistenza ospedaliera



Al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti e di potenziare la rete esistente, la Regione Abruzzo, con Decreto commissariale n.52 del 11.10.2012, ha determinato il fabbisogno assistenziale residenziale e semiresidenziale regionale relativo alle aree degli anziani e demenze, disabilità-riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche, pari a 6.936 posti letto complessivi.

In Tabella 17 si riporta il numero di posti letto da fabbisogno stimato con Decreto commissariale n.52/2012 dettagliato per ciascuna tipologia di assistenza. Dal confronto tra i dati del fabbisogno ed i posti letto provvisoriamente accreditati ed autorizzati emergono delle condizioni eterogenee tra i singoli livelli di assistenza. In particolare si sottolineano le seguenti evidenze:

- Una minore offerta di posti letto per l'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti;
- Una maggiore offerta di posti letto per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale;
- Un numero di posti letto per 10.000 abitanti per la salute mentale pari a 4 a fronte di un fabbisogno definito a livello nazionale di 2 posti letto per 10.000 abitanti⁶;
- L'assenza di posti letto per le dipendenze patologiche a fronte di un fabbisogno pari a 425 posti letto.

Per la trattazione di ciascuno dei precedenti punti, si rimanda a quanto verrà dettagliato nei paragrafi che seguono in cui viene effettuata una trattazione per tipologia di assistenza.

Tabella 17 – Prospetto del fabbisogno regionale di posti letto per la residenzialità e semiresidenzialità (Decreto commissariale n.52/2012)

| Fabbisogno di posti letto per la residenzialità e semiresidenzialità | | PL ASL Avezzano- Sulmona- L'Aquila | PL ASL Chieti- Lanciano- Vasto | PL ASL Pesca- ra | PL ASL Teramo | PL Totale |
|--|--|---|---|------------------------|------------------|--------------|
| Tipologia assistenza | Tipologia struttura | | | | | |
| Anziani non autosufficienti | Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) demenze | 106 | 139 | 108 | 103 | 456 |
| | Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) anziani | 205 | 269 | 210 | 200 | 884 |
| | Residenze protette anziani | 628 | 824 | 643 | 613 | 2.708 |
| | Semiresidenze anziani | 46 | 61 | 48 | 45 | 200 |
| | Semiresidenze demenze | 46 | 61 | 48 | 45 | 200 |
| Totale Anziani non autosufficienti | | 1.031 | 1.354 | 1.057 | 1.006 | 4.448 |
| Disabilità e riabilitazione | Riabilitazione intensiva | 46 | 60 | 48 | 47 | 201 |
| | Riabilitazione estensiva | 109 | 139 | 113 | 109 | 470 |
| | USAP | 15 | 20 | 16 | 16 | 67 |
| | RSA disabili | 46 | 60 | 48 | 47 | 201 |
| | Residenze protette disabili | 68 | 87 | 71 | 69 | 295 |
| | Residenze minorazioni plurisensoriali dell'età evolutiva | | | | 15 | 15 |
| | Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva | | | | 25 | 25 |
| Semiresidenze disabili | 90 | 90 | 90 | 90 | 360 | |
| Centro diurno per lo spettro autistico | 40 | 40 | 40 | 40 | 160 | |
| Totale Disabilità e riabilitazione | | 454 | 496 | 426 | 418 | 1.794 |
| Salute Mentale | Residenze riabilitative psichiatriche per la post acuzie | 19 | 24 | 19 | 19 | 81 |
| | Casa famiglia | 15 | 20 | 16 | 16 | 67 |
| | Gruppi appartamento di convivenza | 11 | 14 | 11 | 11 | 47 |
| | Residenze protette | 17 | 22 | 18 | 17 | 74 |
| Totale Salute Mentale | | 62 | 80 | 64 | 63 | 269 |
| Dipendenze Patologiche | Comunità doppia diagnosi | 15 | 15 | 20 | 15 | 65 |
| | Comunità prima accoglienza | 15 | 15 | 20 | 15 | 65 |
| | Comunità terapeutica riabilitativa | 35 | 35 | 40 | 40 | 150 |
| | Comunità terapeutica riabilitativa semiresidenziale (8-12 ore) | 10 | 10 | 20 | 10 | 50 |
| | Comunità terapeutica riabilitativa semiresidenziale (3-6 ore) | 10 | 10 | 20 | 10 | 50 |
| | Comunità educativa assistenziale | 15 | 15 | - | 15 | 45 |
| Totale Dipendenze patologiche | | 100 | 100 | 120 | 105 | 425 |
| Totale Assistenza residenziale e semiresidenziale | | 1.647 | 2.030 | 1.667 | 1.592 | 6.936 |

⁶ Progetto obiettivo "tutela salute mentale 1998-2000 - 1° novembre 1999 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999)

La razionalizzazione della rete di assistenza territoriale proseguirà con la riorganizzazione dell'attuale rete di offerta relativa alle prestazioni residenziali e semiresidenziali sulla base del fabbisogno determinato attraverso le seguenti procedure riportate in ordine di priorità:

- la rivalutazione da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale dei pazienti ospitati presso le strutture residenziali;
- la riconversione di strutture di assistenza territoriale in eccesso rispetto al fabbisogno di cui sopra in strutture per l'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti o in strutture per le dipendenze patologiche;
- la riconversione di strutture per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale in strutture per l'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti o in strutture per le dipendenze patologiche;
- l'attivazione ex novo di strutture per l'assistenza territoriale per la parte di fabbisogno non coperto attraverso il processo di riconversione e dall'attività erogata dalle strutture pubbliche.

Sarà prevista altresì l'introduzione e/o rimodulazione delle quote di compartecipazione (per le prestazioni per le quali si prevede tale compartecipazione) del cittadino o del Comune di residenza con percentuali variabili rispetto alla tariffa individuata per tipologia di struttura, come previsto dal DPCM 29.11.2001.

Normativa Nazionale

- DPCM 29.11.2001: definizione dei livelli di assistenza;
- Progetto "Mattone 12": prestazioni residenziali e semiresidenziali.

Disposizioni Regionali

- DGR 887/2001: tariffe relative all'assistenza psichiatrica;
- DGR 661/2002 modificazione alla DGR 2502/99 avente ad oggetto: Fissazione delle diarie da corrispondere per soggiorni in RSA;
- DGR 662/2002: modificazione alla DGR 1929/97 avente ad oggetto: Adeguamento delle rette delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) che svolgono attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali;
- DGR 671/2002: approvazione tariffe per prestazioni rese ad utenti e residenti e non residenti nella Regione – ex art.26 L 883/78;
- LR n.5 del 10 marzo 2008: Piano Sanitario Regionale 2008-2010;
- DCA 66/2009: adozione le Linee Guida Regionali U.V.M. per l'accesso al sistema residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare ed extramurale di riabilitazione ex art.26 L. 833/78 e medicina riabilitativa cod. 56, alle Strutture Residenziali Psichiatriche e alle Strutture Residenziali e Semiresidenziali per anziani non autosufficienti;
- DCA 52/2012: determinazione del fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale della Regione Abruzzo per la non autosufficienza, disabilità, riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche;
- DCA 60/2012: Indirizzi Regionali per la Redazione degli Strumenti di Programmazione delle Aziende Sanitarie Locali 2013-2015;
- DCA 2/2013: Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni in residenze sanitarie assistenziali (RSA) erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2013;
- DCA 3/2013: Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni in residenze assistenziali (RA) erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2013;
- DCA 5/2013: Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni in residenze sanitarie psicosociali erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2013;

- DCA 51/2013 e DCA 65/2013: Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete delle strutture provvisoriamente accreditata per l'erogazione di prestazioni riabilitative ex art.26 L.833/78 - Anno 2013. Modifica tetti di spesa fissati con D.C. n.51/2013.

3.3.3.1 Azione 3.1: Anziani non autosufficienti

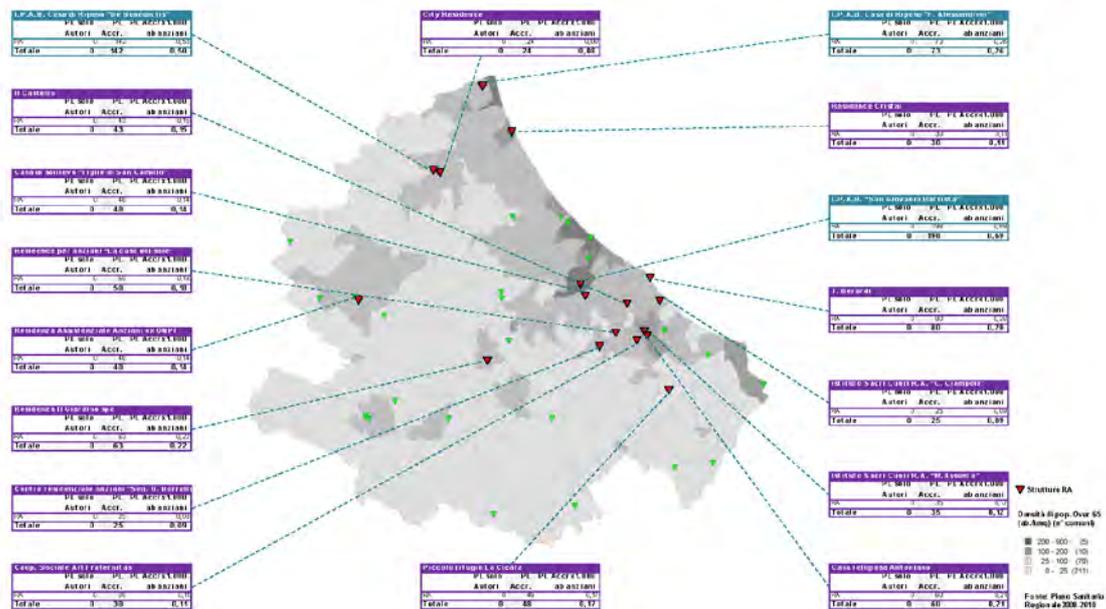
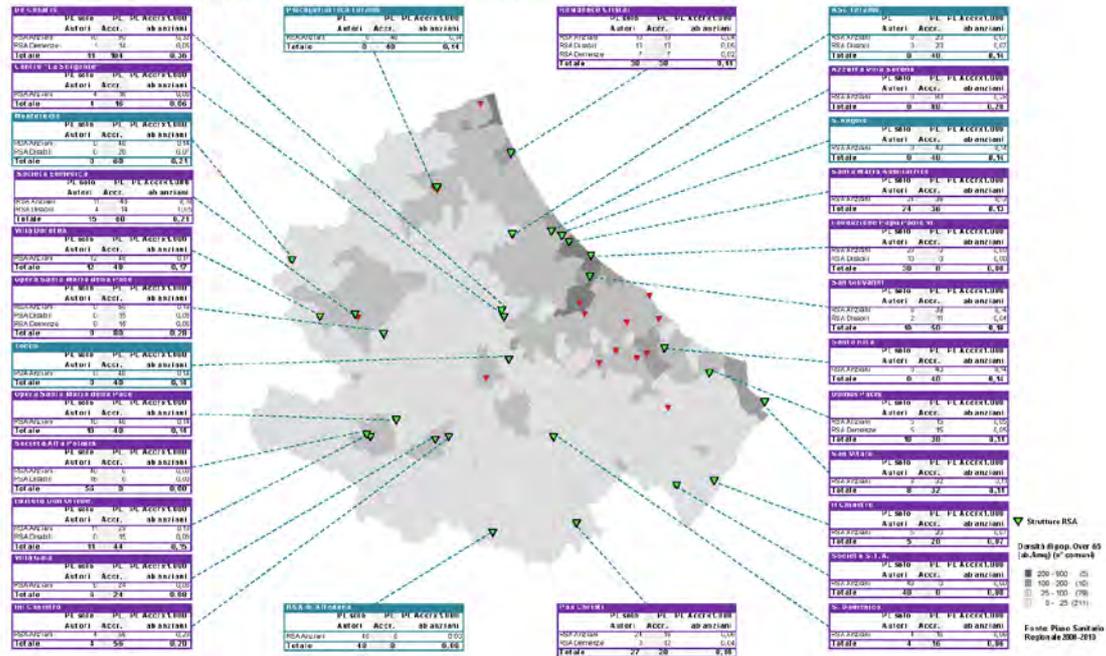
Contesto di riferimento

La rete di offerta regionale per assistenza agli anziani non autosufficienti è caratterizzata da:

- Maggiore presenza di erogatori privati rispetto al pubblico;
- Carenza particolarmente rilevante di offerta residenziale RSA demenza, Residenze Protette e semiresidenziale;
- Sistema tariffario delle prestazioni residenziali da aggiornare secondo le modalità previste nella Legge Regionale n.5/2010;
- Domanda di salute verso questi *setting* assistenziali potenzialmente in incremento correlata all'incremento delle malattie cronico – degenerative ed invalidanti derivante dall'aumento costante della popolazione anziana abruzzese.

Di seguito è riportata la mappa (Figura 10), per densità di popolazione over 65 per comune, con la georeferenziazione delle strutture RSA e Residenze Protette che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali ad anziani non autosufficienti e affetti da demenza con indicazione per ciascun erogatore del numero di posti letto per tipologia di assistenza ed indicazione dell'indicatore posti letto per 1.000 abitanti anziani.

Figura 10 – Rete residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti o affetti da demenza



Relativamente all'offerta RSA anziani, RSA demenze e Residenze Protette, attualmente risultano provvisoriamente accreditati 1.952 posti letto ed esclusivamente autorizzati 352 per un totale di 2.304 posti letto. Complessivamente, rispetto all'offerta attuale, rispetto al fabbisogno definito pari a 4.448 posti letto con Decreto commissariale n.52/2012 risultano da attivare in totale 2.144 posti letto, di cui 643 nell'Asl di Teramo, 619 nell'Asl di Pescara, 448 nell'Asl di Lanciano Vasto Chieti e 434 nell'Asl di Avezzano Sulmona L'Aquila (Tabella 18).

Tabella 18 – Posti letto da attivare o disattivare rispetto al fabbisogno stimato per strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti o affetti da demenza

| Regione Abruzzo - Delta offerta vs fabbisogno regionale | | | | | |
|---|-------------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|---------------|
| Tipologia struttura | PL solo autorizzati (A) | PL accreditati (B) | PL Totali (C= A+B) | PL fabbisogno DCA 52/12 (D) | Delta (E=D-C) |
| RSA demenze | 312 | 946 | 1.258 | 456 | 82 |
| RSA anziani | | | | 884 | |
| Residenze protette anziani | 40 | 1.006 | 1.046 | 2.708 | 1.662 |
| Semiresidenziale demenze | - | - | - | 200 | 200 |
| Semiresidenziale anziani | - | - | - | 200 | 200 |
| Totale RSA e RP | 352 | 1.952 | 2.304 | 4.448 | 2.144 |

Fonte: Dati regionali - PSR 2008-2010; DCA 43/2013

| Regione Abruzzo - Delta offerta vs fabbisogno per Asl | | | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|
| Tipologia struttura | PL Fabb. ASL AV/SU/AQ (A) | PL Fabb. ASL LA/VA/CH (B) | PL Fabb. ASL PE (C) | PL Fabb. ASL TE (D) | PL Fabb. Totali (E= A+B+C+D) |
| RSA demenze | 105 | 139 | 108 | 103 | 456 |
| RSA anziani | 205 | 269 | 210 | 200 | 884 |
| Residenze protette anziani | 628 | 824 | 643 | 613 | 2.708 |
| Semiresidenziale demenze | 46 | 61 | 48 | 45 | 200 |
| Semiresidenziale anziani | 46 | 61 | 48 | 45 | 200 |
| Totale RSA e RP | 1.031 | 1.354 | 1.057 | 1.006 | 4.448 |
| Totale offerta attuale | 597 | 906 | 438 | 363 | 2.304 |
| ... di cui RSA | 557 | 272 | 375 | 94 | 1.298 |
| ... di cui RP | 40 | 634 | 63 | 269 | 1.006 |
| Delta offerta vs fabbisogno | 434 | 448 | 619 | 643 | 2.144 |

Fonte: DCA 52/12

Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Predisporre un piano di riconversione e/o di rimodulazione delle strutture per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale, in strutture territoriali atte alla cura di pazienti anziani non autosufficienti;
- A valle del processo descritto, procedere all'aggiornamento delle tariffe per prestazioni di assistenza agli anziani, coerentemente con il percorso delineato ai sensi del D.Lgs. 502/92 relativamente ai costi standard di produzione e secondo le modalità stabilite dalla Legge Regionale n.5/2010.

Al fine di poter monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra esposti, avere sempre presente i cambiamenti che avvengono in tutta la rete e comprendere tempestivamente le esigenze che emergono assicurando risposte appropriate, la Regione si pone come obiettivo il rafforzamento dei controlli relativi al rispetto delle scadenze d'invio e la verifica della completezza ed attendibilità dei dati relativi al flusso ministeriale dedicato "Flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale" (FAR).

Risultati e Crono programma

- Definizione di una procedura di riconversione da parte del Servizio di Programmazione Sanitaria della Direzione Politiche della Salute attraverso Decreto commissariale entro il 31.10.2013 nel quale sarà altresì previsto un piano di attivazione delle strutture da parte di ciascuna Asl con indicazione di:
 - Numero e tipologia posti letto da attivare;
 - Coerenza rispetto al fabbisogno;
- Sottoscrizione accordi di riconversione da parte delle strutture private che aderiscono alla procedura di riconversione entro il 31.01.2014;
- Completamento dell'aggiornamento delle tariffe entro il 31.12.2014
- Applicazione delle nuove tariffe a partire dal 01.01.2015 per tutte le strutture accreditate con il SSR che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali agli anziani;
- Controllo del miglioramento del grado di copertura del flusso informativo ministeriale per il monitoraggio dell'assistenza residenziale (FAR) relativamente alle prestazioni erogate, coerentemente con quanto previsto da NSIS (cadenza trimestrale).

Indicatori di Risultato

- Numero posti letto attivati per tipologia (di cui pubblico/privato) vs posti letto fabbisogno nel triennio 2013-2015;
- Verifica con cadenza annuale della corrispondenza tra il fabbisogno da soddisfare fino al raggiungimento del fabbisogno programmato.

Impatto economico

Una stima puntuale dell'impatto economico sarà possibile solo al termine delle procedure di riconversione. In ogni caso non sono previsti costi aggiuntivi ma solo eventuali risparmi dovuti all'aggiornamento delle tariffe e dello *shift* tra tariffe che non prevedono quota di compartecipazione a tariffe in cui è presente.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Programmazione Sanitaria

3.3.3.2 Azione 3.2: Disabilità e Riabilitazione**Contesto di riferimento**

Come richiamato nell'Allegato 1 - Decreto Commissariale 52/2012 (pag. 14 e ss), la Regione Abruzzo presenta una rete di offerta per assistenza alle disabilità – riabilitazione (Figura 11) caratterizzata da

- Maggiore presenza di erogatori privati rispetto al pubblico relativamente a RSA ed RP;
- Presenza dei soli erogatori privati relativamente a strutture di riabilitazione ex art.26 L.833/78, ad eccezione per l'Asl di Avezzano Sulmona L'Aquila limitatamente alle prestazioni ambulatoriali;
- Sistema tariffario delle prestazioni residenziali da aggiornare.

Il fabbisogno calcolato risulta pari a complessivi 1.794 posti letto, di cui 1.527 posti letto di riabilitazione ex art.26 (intensiva, estensiva e semiresidenziale) di RSA/RP disabili e 267 posti letto in altre strutture residenziali e semiresidenziali e riduce di circa il 50% l'offerta di riabilitazione ex art.26 esistente di tipo intensivo ed estensivo. Come già richiamato, l'offerta territoriale complessivamente considerata risulta sufficientemente adeguata alla popolazione abruzzese per cui, nel prossimo triennio, è obiettivo regionale procedere ad una redistribuzione dei posti letto residenziali e semiresidenziali attraverso rimodulazioni e/o riconversioni, tra le diverse tipologie di assistenza sulla base del fabbisogno definito. Si precisa che l'adeguamento della rete di offerta attuale al fabbisogno regionale definito con Decreto commissariale n.52/2012 sarà effettuato con riferimento a ciascuna Asl, portando particolare attenzione agli squilibri attuali esistenti tra le stesse Asl.

Dato che risulta non procrastinabile l'avvio e la realizzazione di un processo di riconversione di parte delle strutture esistenti che porti all'erogazione, da parte delle stesse, delle prestazioni per le quali esiste un rilevante fabbisogno ancora da soddisfare, il 01.08.2013 è stato istituito un apposito gruppo di lavoro formato da rappresentanti dell'Amministrazione Regionale ed integrato da rappresentanti delle strutture interessate nonché delle AA.SS.LL.

Di seguito è riportata la mappa (Figura 11), per densità di popolazione per comune, con la geolocalizzazione delle strutture di riabilitazione ex art.26 che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali per la disabilità – riabilitazione, con indicazione per ciascun erogatore del numero di posti letto per tipologia di assistenza ed indicazione dell'indicatore posti letto per 1.000 abitanti.

Nella Tabella 19 si riportano sinteticamente i dati relativi alla rete per la disabilità – riabilitazione. Relativamente all'offerta di riabilitazione ex art.26 (intensiva, estensiva e semiresidenziale) e RSA/RP disabili, attualmente risultano provvisoriamente accreditati 2.138 posti letto ed esclusivamente autorizzati 85 posti letto. Complessivamente, rispetto all'offerta attuale, rispetto al fabbisogno definito con Decreto commissariale n.52/2012 risulta un eccesso di offerta per un totale di 696 posti letto, mentre attualmente non esiste un'offerta disponibile per USAP.

Tabella 19 – Posti letto da attivare o disattivare rispetto al fabbisogno stimato per strutture per disabilità a riabilitazione per ASL

| Regione Abruzzo - Delta offerta vs fabbisogno regionale | | | | | | |
|---|---------------------|--------------------|-------------------|-------------------------|-----|---------------|
| Tipologia struttura | PL solo autorizzati | | PL Totali (C=A+B) | PL fabbisogno DCA 52/12 | | Delta (E=D-C) |
| | (A) | PL accreditati (B) | | (D) | (E) | |
| RIA intensiva | 0 | 443 | 443 | 201 | | (242) |
| RIA estensiva | 20 | 672 | 692 | 470 | | (222) |
| RSA disabili | 45 | 108 | 153 | 201 | | 48 |
| RP disabili | 0 | 0 | 0 | 295 | | 295 |
| Semiresidenza riabilitativa | 20 | 915 | 935 | 360 | | (575) |
| Totale Riab. Ex art.26 | 85 | 2.138 | 2.223 | 1.527 | | (696) |

Fonte: Dati regionali - PSR 2008-2010, DCA 27/13, DCA 43/2013

| Regione Abruzzo - Delta offerta vs fabbisogno per Asl | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|------------------------------|--------------|
| Tipologia struttura | PL Fabb. ASL AV/SU/AQ | PL Fabb. ASL LA/VA/CH | PL Fabb. ASL PE | PL Fabb. ASL TE | PL Fabb. Totali (E= A+B+C+D) | |
| | (A) | (B) | (C) | (D) | | |
| RIA intensiva | 46 | 60 | 48 | 47 | | 201 |
| RIA estensiva | 109 | 139 | 113 | 109 | | 470 |
| RSA disabili | 46 | 60 | 48 | 47 | | 201 |
| RP disabili | 68 | 87 | 71 | 69 | | 295 |
| Semiresidenza riabilitativa | 90 | 90 | 90 | 90 | | 360 |
| Totale | 359 | 436 | 370 | 362 | | 1.527 |
| Totale offerta attuale: | 369 | 1.044 | 356 | 454 | | 2.223 |
| ... di cui REI | 40 | 275 | 50 | 78 | | 443 |
| ... di cui REE | 115 | 326 | 61 | 190 | | 692 |
| ... di cui RSA disabili | 84 | 13 | 10 | 46 | | 153 |
| ... di cui RP disabili | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| ... di cui Semiresidenza | 130 | 430 | 235 | 140 | | 935 |
| Delta offerta vs fabbisogno | (10) | (608) | 14 | (92) | | (696) |

Fonte: DCA 52/12

Obiettivi Programmati

La Regione Abruzzo, al fine di ricondurre l'offerta attuale nei parametri standard di fabbisogno definiti con Decreto commissariale n.52/2012, con particolare attenzione agli squilibri esistenti tra le Asl, intende avviare un processo di:

- Rivalutazione, da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale, mediante l'utilizzo della S.Va.M.Di, dei pazienti ospitati presso le strutture provvisoriamente accreditate e successivo piano di trasferimento dei pazienti presso strutture in grado di erogare prestazioni appropriate rispetto al setting richiesto;
- Riconversione di una parte delle strutture esistenti di riabilitazione territoriale in strutture per assistenza agli anziani (Paragrafo 3.3.3.1) attraverso la sottoscrizione di accordi di riconversione e l'implementazione dei nuovi setting assistenziali;
- Rimodulazione delle rette giornaliere, secondo le modalità stabilite con Legge Regionale n.5/2010.

Al fine di poter monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra esposti, avere sempre presente i cambiamenti che avvengono in tutta la rete e comprendere tempestivamente le esigenze che emergono assicurando risposte appropriate, la Regione si pone come obiettivo il rafforzamento dei controlli relativi al rispetto delle scadenze d'invio e la verifica della completezza ed attendibilità dei dati relativi al flusso ministeriale dedicato SIS "Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78" (RIA 11).

Risultati e Crono programma

- Presentazione da parte del Servizio Programmazione sanitaria di un piano per la rivalutazione dei pazienti da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale, mediante l'utilizzo della S.Va.M.Di, entro il 30.10.2013 con indicazione per ciascuna struttura di:
 - numero PL;
 - tipologia di utenti trattati;
 - rapporto di riconversione e/o rimodulazione tra PL attuali e PL da riconvertire e/o riconfigurare;
 - numero pazienti da trasferire ad altra struttura con indicazione del *setting* adeguato;
- Riconversione di una parte dell'offerta attuale in eccesso di assistenza disabilità – riabilitazione in tipologie di strutture per l'assistenza agli anziani e le nuove tipologie di assistenza previste dal Decreto Commissariale 52/2012;
- Sottoscrizione dell'accordo di riconversione in base alle tipologie di assistenza per l'assistenza agli anziani con le strutture private già autorizzate e provvisoriamente accreditate entro il 31.01.2014;
- Controllo del miglioramento del grado di copertura del flusso informativo ministeriale per il monitoraggio dell'assistenza RIA 11 relativamente alle prestazioni erogate (cadenza annuale).

Indicatori di Risultato

- Numero di posti letto riconvertiti e/o rimodulati vs da riconvertire e/o da rimodulare nel triennio 2013-15;
- Numero di posti letto attivati per tipologia (di cui pubblico/privato) vs numero di posti letto da fabbisogno nel triennio 2013-2015;
- Verifica con cadenza annuale della corrispondenza tra il fabbisogno da soddisfare fino al raggiungimento del fabbisogno programmato.

Impatto economico

La Regione stima che, a seguito del processo di riconversione delle strutture e/o di rimodulazione di strutture per la cura della disabilità e riabilitazione e per la salute mentale, in strutture territoriali atte alla cura di pazienti anziani non autosufficienti, coerentemente con il percorso delineato ai sensi del D.Lgs. 502/92, possa realizzarsi un risparmio sulla spesa per circa 12 €/mln annui dovuti all'aggiornamento delle tariffe e allo *shift* tra tariffe che non prevedono quota di compartecipazione a tariffe in cui è presente

Considerando che tale processo sarà completato solo nel 2015, si stima un risparmio parziale nel 2014 (6,0 €/mln) ed un risparmio a regime nel 2015 (12,0 €/mln).

La remunerazione annuale da corrispondere agli erogatori privati per assistenza alle disabilità – riabilitazione a tutt'oggi è fissata in 66,0 €/mln per l'anno 2013¹.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Programmazione Sanitaria

¹ Il limite di spesa si intende per acquisto di prestazioni rese in favore dei pazienti residenti nella regione Abruzzo

3.3.3.3 Azione 3.3- Salute mentale

Contesto di riferimento

Come richiamato nell'Allegato 1 del Decreto Commissariale 52/2012 (pag. 3 e ss), la rete di offerta di residenzialità psichiatrica è caratterizzata da :

- un numero elevato di posti letto attivi; in particolare si evidenzia una maggiore offerta di posti letto ad "alta intensità assistenziale" rispetto ai posti letto a "minore intensità assistenziale";
- una maggiore presenza sul territorio regionale di posti letto privati rispetto al pubblico, con una prevalenza di strutture psichiatriche riabilitative nelle Asl di Lanciano Vasto Chieti e di Pescara;
- l'offerta privata si concentra nell'erogazione di prestazioni ad "alta intensità assistenziale" mentre l'offerta pubblica verso quelle a "minore intensità assistenziale".

Relativamente all'offerta, attualmente risultano provvisoriamente attivi 807 posti letto. La Tabella 20 mostra il confronto tra i posti letto attivi in Regione Abruzzo suddivisi per Asl di localizzazione ed il fabbisogno stimato con DCA 52/2012 pari a 269 posti letto. Si evidenzia che risulta necessario disattivare complessivamente 538 posti letto in tutta la Regione.

Tabella 20 – Posti letto da attivare o disattivare rispetto al fabbisogno stimato per strutture di psicoriabilitazione per ASL

| Salute Mentale - Residenzialità psichiatrica Offerta | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Tipologia struttura | PL attivi ASL AV/SU/AQ (A) | PL attivi ASL LA/VA/CH (B) | PL attivi ASL PE (C) | PL attivi ASL TE (D) | PL att. Total (E) |
| Residenze riabilitative post acuzie | 26 | 253 | 132 | 10 | 421 |
| Case famiglia | 0 | 30 | 0 | 0 | 30 |
| Gruppi appartamento di convivenza | 0 | 0 | 6 | 62 | 68 |
| Residenze protette | 52 | 136 | 84 | 16 | 288 |
| Totale Offerta | 78 | 419 | 222 | 88 | 807 |

Fonte: Dati regionali - PSR 2008-2010

| Salute Mentale - Residenzialità psichiatrica Fabbisogno | | | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| Tipologia struttura | PL Fabb. ASL AV/SU/AQ (F) | PL Fabb. ASL LA/VA/CH (G) | PL Fabb. ASL PE (H) | PL Fabb. ASL TE (I) | PL Fabb. Total (J) |
| Residenze riabilitative post acuzie | 19 | 24 | 19 | 19 | 81 |
| Case famiglia | 15 | 20 | 16 | 16 | 67 |
| Gruppi appartamento di convivenza | 11 | 14 | 11 | 11 | 47 |
| Residenze protette | 17 | 22 | 18 | 17 | 74 |
| Totale Fabbisogno | 62 | 80 | 64 | 63 | 269 |

Fonte: DCA 52/12

| Salute Mentale - Residenzialità psichiatrica Delta Offerta vs Fabbisogno | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Tipologia struttura | Δ PL att. vs PL Fabb. ASL AV/SU/AQ (K=F-A) | Δ PL att. vs PL Fabb. ASL LA/VA/CH (L=G-B) | Δ PL att. vs PL Fabb. ASL PE (M=H-C) | Δ PL att. vs PL Fabb. ASL TE (N=I-E) | Δ PL att. Vs PL Fabb. Tot (O) |
| Residenze riabilitative post acuzie | (7) | (229) | (113) | 9 | (340) |
| Case famiglia | 15 | (10) | 16 | 16 | 37 |
| Gruppi appartamento di convivenza | 11 | 14 | 5 | (51) | (21) |
| Residenze protette | (35) | (114) | (66) | 1 | (214) |
| Totale Fabbisogno - Offerta | (16) | (339) | (158) | (25) | (538) |

Obiettivi Programmati

Come già richiamato per l'Area della disabilità – riabilitazione (Paragrafo 3.3.3.2), la Regione Abruzzo, al fine di ricondurre l'offerta attuale nei parametri standard di fabbisogno definiti con Decreto commissariale n.52/2012, con particolare attenzione agli squilibri esistenti tra le Asl, intende avviare un processo di:

- Rivalutazione, da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale, dei pazienti ospitati presso le strutture provvisoriamente accreditate e piano di trasferimento dei pazienti presso strutture in grado di erogare prestazioni appropriate rispetto al *setting* richiesto;
- Riconversione di una parte delle strutture esistenti per la salute mentale in strutture per assistenza agli anziani (Paragrafo 3.3.3.1) attraverso la sottoscrizione di accordi di riconversione attraverso l'implementazione dei nuovi *setting* assistenziali;
- Rimodulazione delle rette giornaliere, secondo le modalità stabilite con Legge Regionale n.5/2010, prevedendo altresì l'introduzione e/o modifica delle quote di compartecipazione del cittadino o del Comune di residenza con percentuali variabili rispetto alla tariffa individuata per tipologia di struttura, come previsto dal DPCM 29.11.2001.

Al fine di poter monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra esposti, avere sempre presente i cambiamenti che avvengono in tutta la rete e comprendere tempestivamente le esigenze che emergono assicurando risposte appropriate, la Regione si pone come obiettivo il rafforzamento dei controlli relativi al rispetto delle scadenze d'invio e la verifica della completezza ed attendibilità dei dati relativi al flusso ministeriale "Sistema informativo salute mentale" (SISM).

Risultati e Crono programma

- Presentazione da parte del Servizio Programmazione sanitaria di un piano per la rivalutazione dei pazienti da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale entro il 30.10.2013 con indicazione per ciascuna struttura di:
 - numero PL;
 - tipologia di utenti trattati;
 - rapporto di riconversione tra PL attuali e PL da riconvertire;
 - numero pazienti trasferiti ad altra struttura con indicazione del *setting* adeguato;
- Riconversione di una parte dell'offerta attuale in eccesso di strutture per la salute mentale in tipologie di strutture per l'assistenza per l'assistenza agli anziani (RSA – RP);
- Sottoscrizione dell'accordo di riconversione in base alle tipologie di assistenza per l'assistenza agli anziani (RSA – RP) con le strutture private già autorizzate/accreditate entro il 31.01.2014;
- Controllo del miglioramento del grado di copertura del flusso informativo ministeriale per il monitoraggio della salute mentale (SISM) relativamente alle prestazioni erogate, coerentemente con quanto previsto da NSIS (cadenza semestrale).

Indicatori di Risultato

- Numero di posti letto riconvertiti vs da riconvertire nel triennio 2013-15;
- Numero di posti letto attivi vs numero di posti letto da fabbisogno nel triennio 2013-15;

Impatto economico

Vedasi impatto economico all'azione Disabilità e Riabilitazione (Paragrafo 3.3.3.2)

La remunerazione annuale corrisposta agli erogatori privati per assistenza psichiatrica è stata fissata al limite massimo pari a 16,0 €/mln per l'anno 2013⁸.

⁸ Il limite di spesa si intende per acquisto di prestazioni rese in favore dei pazienti residenti nella regione Abruzzo

Responsabile del processo attuativo

Servizio Programmazione Sanitaria

3.3.4 AZIONE 4: Assistenza Domiciliare**Contesto di riferimento**

La riorganizzazione ed il potenziamento del sistema cure domiciliari è senza dubbio necessario in quanto stiamo assistendo all'aumento delle patologie croniche ed alla diminuzione della popolazione "attiva" che è in grado di prendersi cura del paziente cronico. Si prevede, infatti, che nel lungo periodo questa situazione potrebbe generare un aumento di pazienti che, se non potranno essere curati nel *setting* assistenziale appropriato, porteranno un aumento della domanda verso la rete ospedaliera e territoriale assistenziale portando a saturazione, inappropriatamente, il sistema assistenziale.

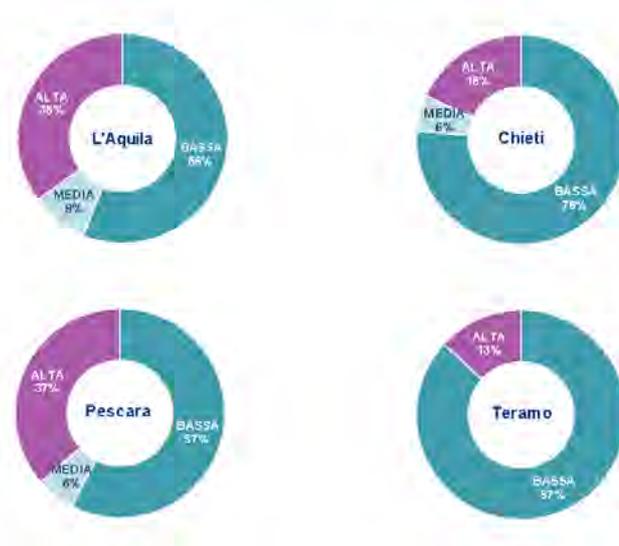
Con l'emanazione di linee guida specifiche (all. E a DGR 224/2007) "Il Sistema delle Cure Domiciliari-Linee Guida" sono stati definiti i criteri di eleggibilità e la caratterizzazione dei diversi livelli di intensità assistenziale delle cure domiciliari, in funzione della natura del bisogno, dell'intensità, della complessità, della durata media, delle fasce orarie di operatività ed ha inoltre consentito di uniformare i percorsi che le singole ASL regionali avevano autonomamente avviato con le prime sperimentazioni di cure domiciliari.

Sulla base di una rilevazione regionale su dati 2011, risulta che siano assistiti, con cure domiciliari circa 7.247 pazienti, di età over 65 anni affetti principalmente da malattie cronico – degenerative.

Complessivamente in regione, il livello delle cure è stato definito sulla base dell'impegno settimanale delle cure (6-7 giorni, 5 giorni o inferiore a 5 giorni settimanali) in:

- Alta intensità: circa il 31% degli accessi;
- Media intensità: circa il 6 % degli accessi;
- Bassa intensità: circa il 63% degli accessi.

Tabella 21 – Livello assistenziale delle cure domiciliari (Fonte dati: elaborazione regionale dati 2011)



Normativa Nazionale

- DPCM 29 novembre 2001: Ha incluso tali forme di assistenza tra quelle che devono essere garantite dal Servizio Sanitario Nazionale;
- DM 17 Dicembre 2008: Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare.

Disposizioni Regionali

- DGR 224/2007: Allegato E "Il Sistema delle Cure Domiciliari- Linee Guida";
- DCA 53/2012: approvazione della Cartella Domiciliare Integrata e regionale di cui alla DGR n.23 del 16.01.2012 e relativo processo formativo;
- DCA 60/2012: Indirizzi Regionali per la Redazione degli Strumenti di Programmazione delle Aziende Sanitarie Locali 2013-2015.

Obiettivi Programmati

Al fine della riorganizzazione delle cure domiciliari, è prioritario che venga garantita al paziente la continuità dell'assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, specialistica a domicilio e che, allo stesso tempo, vengano strutturati percorsi integrati di sostegno alle famiglie coinvolte. A tal proposito, la Regione intende:

- Procedere alla ridefinizione e/o valutazione del fabbisogno regionale, utilizzando strumenti quali analisi dei bacini di utenza, densità per comune della popolazione anziana over 65 anni, censimento dei soggetti che erogano prestazioni di assistenza domiciliare;
- Definire il budget delle relative risorse umane, tecnologiche ed economiche da garantire per l'assistenza; contemporaneamente, saranno valutati i criteri di eleggibilità e le modalità di erogazione di eventuali forme di aiuto economico alle famiglie finalizzate al sostegno delle cure domiciliari;
- Costituire un coordinamento regionale finalizzato all'omogeneizzazione degli strumenti e delle procedure per la presa in carico del paziente e la gestione dell'assistenza ed alla definizione delle specifiche necessità formative, coerentemente con le Linee guida regionali ed il documento "Manuale della Qualità delle Cure Domiciliari" redatto dalla ASR-Abruzzo;
- Definire lo stato dell'arte dell'assistenza domiciliare presenti sul territorio regionale dettagliando gli assets, i volumi di attività e le risorse coinvolte;
- Implementare e qualificare le cure palliative all'interno delle cure domiciliari;
- Definire il nuovo sistema tariffario per la remunerazione delle prestazioni domiciliari.

Al fine di poter monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra esposti, avere sempre presente i cambiamenti che avvengono in tutta la rete e comprendere tempestivamente le esigenze che emergono assicurando risposte appropriate, la Regione si pone come obiettivo il rafforzamento dei controlli relativi al rispetto delle scadenze d'invio e la verifica della completezza ed attendibilità dei dati relativi al flusso ministeriale "Flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" (SIAD).

Risultati e Crono programma

- Ridefinizione e/o valutazione del fabbisogno ADI a livello aziendale e di strumenti e procedure omogenee per la presa in carico dell'assistito e la gestione dell'assistenza domiciliare entro 31.12.2013;
- Definizione ed emanazione delle nuove Linee Guida relative a risorse umane, finanziarie e tecnologiche, entro il 31.03.2014;
- Controllo del miglioramento del grado di copertura del flusso informativo ministeriale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD) relativamente alle prestazioni erogate, coerentemente con quanto previsto da NSIS.

Indicatori di Risultato

- Numero pazienti presi in carico ed assistiti in assistenza domiciliare, con indicazione dell'intensità (alta, media e bassa) nel triennio 2013-15;
- Costo per giornata ed intensità dell'assistenza;
- Sulla base della stima del fabbisogno di assistenza domiciliare per la popolazione over 75 regionale, effettuata utilizzando i risultati dello studio BISS (il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana, Documenti ARS Toscana, 2009), che risulta essere pari al 4,4%, si definisce quale obiettivo per il triennio 2013-15 la presa in carico in ADI di almeno il 4% di detta popolazione. L'obiettivo è quello di garantire entro il 2015 la presa in carico della totalità della popolazione over 65 stimata dal fabbisogno, fatte salve le valutazioni successive previste.

Impatto economico

La sostenibilità economico – finanziaria di tutti gli interventi che scaturiranno dal piano di attuazione e qualificazione dell'assistenza domiciliare saranno valutati congiuntamente dal Servizio Programmazione socio – assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze e dal Servizio Programmazione economico finanziaria e controllo di gestione delle aziende sanitarie. Le risorse umane, finanziarie e tecnologiche da destinare all'assistenza domiciliare saranno autorizzate nel rispetto dell'equilibrio economico – finanziario aziendale.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Programmazione socio – assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze

3.3.5 AZIONE 5: Cure palliative**Contesto di riferimento**

La Regione Abruzzo ha stimato, sulla base di analisi dei registri tumori di altre regioni italiane e sulla base della popolazione abruzzese, che il numero di pazienti neoplastici sia pari a 54.720, e di questi il 60% è rappresentato da pazienti con più di 65 anni, pertanto, sulla base di tali informazioni, circa 2.900 pazienti terminali oncologici necessitano di cure palliative.

Rispetto ai progetti ammessi a finanziamento per l'attivazione di complessivi 72 PL, allo stato attuale risultano attivati:

- 12 posti letto presso la struttura "Alba chiara" nell'ASL di Lanciano – Vasto- Chieti, nell'edificio ex IPAB di Lanciano;
- 10 posti letto presso la struttura "Bougarville" nell'ASL di Pescara; di cui 1 PL riservato all'erogazione di cure palliative pediatriche;
- 18 posti letto presso il Comune di Torrevicchia Teatina nell'ASL di Lanciano – Vasto – Chieti;
- 10 posti letto presso l'ex Sanatorio dell'Ospedale di Teramo;
- 5 posti letto presso il PTA di Pescara nelle more del completamento della struttura dell'Hospice di Avezzano.

Risultano, invece, ancora da attivare:

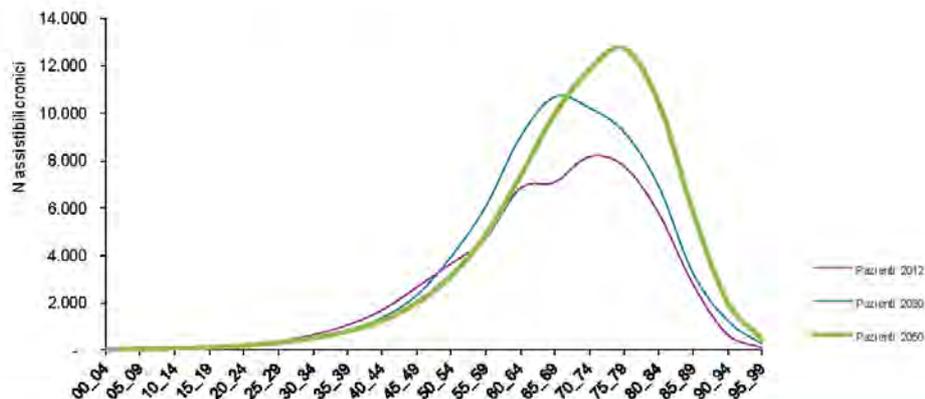
- 12 posti letto presso il Presidio Ospedaliero di L'Aquila;
- 5 posti letto presso l'Hospice di Avezzano.

Considerando una degenza media in Hospice di 30 giorni ed ipotizzando un tasso di occupazione del 95%, 72 posti letto equivale a dire prendersi cura di 832 pazienti terminali all'anno (pari al 28% dei pazienti oncologici terminali e che necessitano di cure palliative).

Con l'attivazione dei 72 posti letto di *Hospice* in fase di completamento nella Regione, si rispetterà il rapporto di 1 posto letto ogni 56 deceduti a causa di tumore, individuato dal Decreto Ministeriale n.43/2007, Regolamento recante "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'art. 1, comma 169 della Legge 30/12/2004, n. 311".

Inoltre, proiettando l'evoluzione della popolazione Abruzzese per classi d'età, da oggi al 2050, trascurando gli effetti legati alla variazione dell'esposizione ai fattori di rischio e alla prevenzione, ed assumendo che le previsioni ISTAT sull'evoluzione demografica siano affidabili, si stima che, in Regione Abruzzo, si passerà dai 54.720 pazienti oncologici del 2012 a 74.244 nel 2050, con un aumento del 36%. Di questi i pazienti neoplastici in fase terminale, cresceranno mediamente del 1,5% ogni anno fino ad arrivare a 7.400 malati nel 2050. La distribuzione di pazienti neoplastici per età e la loro crescita è mostrata nella figura seguente.

Figura 12 – Distribuzione dei pazienti neoplastici per classi d'età dal 2012 al 2050



Normativa Nazionale

- Decreto Ministeriale: 43/2007: Regolamento recante "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'art. 1, comma 169 della Legge 30/12/2004";
- Legge n.38/2010: disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del doloreⁱⁱ.

Disposizioni Regionali

- DCA 37/2012: attivazione strutture residenziali per l'approvazione delle cure palliative hospice da parte delle Aziende UU.SS.LL della Regione Abruzzo;
- DCA 51/2012: approvazione Linee guida regionali recanti "Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'ospedale al domicilio";
- DCA 60/2012: Indirizzi Regionali per la Redazione degli Strumenti di Programmazione delle Aziende Sanitarie Locali 2013-2015.

Obiettivi Programmati

La Regione Abruzzo, con il Decreto Commissariale n.51/2012 avente ad oggetto "Approvazione Linee guida regionali recanti "Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall'ospedale al domicilio", mira a definire in modo omogeneo ed uniforme su tutto il territorio regionale l'attività relativa all'erogazione degli interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali finalizzati alla cura dei pazienti terminali, nonché a definire l'organizzazione complessiva del sistema ed i criteri di eleggibilità dei pazienti, partendo dal presupposto logico che solo 3 pazienti su 10 potranno averne accesso.

Tali cure possono essere erogate in diverse tipologie di strutture sanitarie, ma ritenere possibile che tali strutture possano accogliere la totalità di questi pazienti risulta inverosimile, sia in termini di fattibilità strutturale (numero di posti letto limitati) ed economica (elevati costi), che a livello sociale (volontà del paziente di passare gli ultimi mesi di vita al proprio domicilio e della famiglia di voler stare vicino al malato). Per questi motivi l'erogazione delle cure palliative a domicilio del paziente deve essere considerata la prima tipologia di assistenza per il malato oncologico terminale.

Il Gruppo di coordinamento Regionale per la Rete delle Cure Palliative è stato costituito con le seguenti funzioni:

- Coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in Hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere, al fine di garantire approcci omogenei ed equità di sistema;
- Monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali;
- Sviluppo del sistema informativo regionale sulle cure palliative;
- Definizione e monitoraggio di indicatori quali-quantitativi della rete cure palliative, ivi inclusi gli standard della rete delle cure palliative di cui al Decreto Ministeriale n.43/2007;
- Definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza in cure palliative ai sensi dell'art.2, comma 1 della Legge 38/2010;
- Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8, comma 2 della suddetta legge;
- Promozione e monitoraggio delle attività di ricerca in cure palliative.

Con il nuovo modello organizzativo della Rete di cure Palliative la Regione Abruzzo vuole, terminare l'attivazione dei posti letto in Hospice potenziando l'attività domiciliare per le cure palliative, passando dai circa 860 pazienti assistiti nel 2010, a circa 2.000 nel 2014. L'assistenza domiciliare delle cure palliative riuscirà così a completare l'offerta assistenziale della Regione, garantendo a tutti i malati oncologici terminali una cura adeguata

La Regione deve poter disporre dei dati relativi alle prestazioni ovunque erogate agli assistiti, al fine di monitorare l'assistenza erogata, in termini di qualità ed efficienza; la raccolta dei dati e il loro invio deve essere il più vicino possibile al momento in cui avviene l'evento. Stante la mancanza di dati, non si può che considerare necessaria l'introduzione in tempi brevi, a cura dell'Agenzia Sanitaria Regionale, di un "Registro Tumori", che permetterebbe di descrivere il fenomeno neoplastico e le sue variazioni territoriali e temporali dando una maggiore certezza del fabbisogno da soddisfare, potendo così indirizzare il servizio nel modo più efficiente e valutarne la qualità.

La formazione e l'aggiornamento degli operatori costituisce una premessa per l'erogazione di cure palliative di qualità. Gli argomenti da trattare nei corsi saranno focalizzati su: "supporto psicologico e coinvolgimento delle scienze umane e sociali in oncologia e percorsi di fine vita", "trattamento del dolore e dei sintomi in cure palliative" e "cure palliative e di fine vita in ospedale". Per ridurre al minimo il rischio di *burn-out* sarà predisposto un programma di supervisione degli operatori direttamente impegnati e completamente dedicati alla Cure Palliative. Il programma di supporto psicologico sarà definito a livello regionale.

Campagne di informazione e sensibilizzazione della popolazione saranno organizzate dalla Regione Abruzzo almeno due volte l'anno.

Risultati e Crono programma

- Completamento delle attivazioni degli Hospice al fine di raggiungere la dotazione prevista dal fabbisogno (progetti finanziati ex art. 20) entro il 31.12.2013;
- Attivazione di un monitoraggio semestrale a partire dal 31.12.2013 da parte del Servizio Programmazione socio – assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze con particolare riferimento alle seguenti informazioni:
 - Criteri di arruolamento per la presa in carico del paziente terminale previsti con DCA 51/2012;

- Sistemi informativi per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare e residenziale (Hospice) rispetto agli adempimenti e/o scadenze per l'invio come previsto per i flussi ministeriali;
- Costi di produzione per giornata di assistenza domiciliare e residenziale (Hospice) e relative tariffe corrisposte come previsto con DCA 51/2012;
- Verifica da parte del Servizio Programmazione socio – assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze dell'avvenuta individuazione del responsabile dell'Unità di Cure Palliative che provvederà a coordinare la rete controllando/individuando il percorso di cura del paziente nei diversi *setting* assistenziali, assicurando al paziente terminale la dignità della persona e della vita nella malattia;
- Attivazione, a decorrere dell'anno 2014, di programmi formativi aziendali specifici in cure palliative, a cura dell'Agenzia Sanitaria Regionale, obbligatori annuali accreditati ECM, organizzati, anche in collaborazione con Società di formazione specifiche nelle cure palliative di rilievo nazionale, da formatori con comprovata esperienza diretta in Cure Palliative e di fine vita;
- Organizzazione di eventi di informazione, oltre a quelli definiti a livello regionale, in collaborazione con le Associazioni di volontariato del settore;
- Implementazione da parte del Servizio Gestione flussi informativi, del flusso informativo ministeriale per il monitoraggio dell'attività erogata presso gli Hospice relativamente alle prestazioni erogate, coerentemente con quanto previsto da NSIS, e miglioramento del grado di copertura del flusso informativo ministeriale delle cure domiciliari (SIAD) relativamente alle prestazioni erogate, coerentemente con quanto previsto da NSIS.

Indicatori di Risultato

- Scostamento posti letto attivati vs posti letto programmati;
- Numero pazienti assistiti presso gli Hospice nel triennio 2013-2015;
- Numero pazienti assistiti a domicilio nel triennio 2013-15.

Impatto economico

Il costo per gli investimenti strutturali per le attivazioni relative ai 72 posti letto di Hospice sono stati ammessi a finanziamento fondi ex art.20, pertanto non sono previsti ulteriori costi per il triennio 2013-2015.

Le eventuali assunzioni di personale, come previsto con DCA 37/2012, saranno valutate dall'Organo Commissariale nell'ambito dell'inderogabile vincolo del rispetto dell'equilibrio economico – finanziario aziendale e nell'ambito di quanto descritto nell'intervento sul personale (Paragrafo 4.5).

Responsabile del processo attuativo

Servizio Programmazione socio – assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze

Agenzia Sanitaria Regionale

Servizio Gestione flussi informativi, mobilità sanitaria, procedure informatiche ed emergenza sanitaria

3.3.6 AZIONE 6: Assistenza sanitaria di base

Contesto di riferimento

La Rete delle cure primarie è costituita da 4 Aziende sanitarie (Avezzano-Sulmona-L'Aquila, Lanciano-Vasto-Chieti, Pescara e Teramo) e da 24 distretti come stabilito dal Decreto commissariale n.05/2011 (Figura 13)

La Regione ha anche configurato, con Deliberazione commissariale n.45/2010, la riconversione di cinque Presidi Ospedalieri in i Presidi Territoriali di Assistenza H24, le cui dimensioni non risultavano in linea con i parametri di sicurezza ed efficacia dei presidi ospedalieri, nonché di corrispondenza all'effettivo fabbisogno della popolazione.

Tali riconversioni risultano completate per Casoli, Gissi, Pescara e Tagliacozzo, anche se per quest'ultimo con obbligo di Pronto Soccorso per effetto delle sentenze della giustizia amministrativa, mentre non si è ancora potuto procedere alla riconversione di Guardiagrele a causa del contenzioso ancora in atto.

Figura 13 – Mappa delle ASL, distretti e PTA Regione Abruzzo



Attraverso l'attuazione del Piano della rete territoriale delle UCCP/PTA, previsto dalla Deliberazione commissariale n.45/2010, la nuova configurazione territoriale prodotta dalle aziende sanitarie assicura:

- la congrua presenza di medici convenzionati necessaria per dar vita alle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) previste dal D.L. 158/2012 consente un'utile pianificazione territoriale degli ambiti di scelta, che per le loro ridotte dimensioni ostacolavano la realizzazione delle forme di integrazione medica anch'esse previste dal D.L. 158/2012;
- la risoluzione della mancata riorganizzazione regionale dei servizi territoriali della medicina convenzionata al fine di configurare un'organizzazione territoriale omogenea, entro cui integrare le attività di medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale necessaria per realizzare la rete aziendale delle UCCP previste dal D.L. 158/2012;
- che i Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) H24, già configurati dalla Regione con la Deliberazione commissariale n.45/2010, rispondenti al modello strutturale delle Unità di Cure Primarie delineato dal D.L. 158/2012, forniscano la risposta adeguata alle necessità della popolazione nei distretti.

Normativa Nazionale

- D.L. 158/2012 convertito in L. 189/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute in cui all'articolo 1 è trattato il riordino dell'assistenza territoriale.

Disposizioni Regionali

- DCA 45/2010: predisposizione del Piano della rete territoriale delle UCCP/PTA;
- DCA 05/2011: approvazione delle Linee guida per la redazione degli atti aziendali e determinazione del numero massimo dei distretti;

- DCA 49/2011: coincidenza dei distretti sanitari con gli ambiti territoriali di scelta al fine di evitare all'interno del distretto la frammentazione organizzativa dei servizi sanitari e sociali;
- DCA 24/2012: attivazione del numero unico 116117;
- DCA 40/2012 e DCA 45/2012: previsione da parte delle ASL del termine del 31.12.2012 per programmare la nuova articolazione territoriale degli ambiti territoriali di scelta dei medici di assistenza primaria come da DCA 49/2011;
- DCA 60/2012: Indirizzi Regionali per la Redazione degli Strumenti di Programmazione delle Aziende Sanitarie Locali 2013-2015;
- DCA 25/2013: ambiti territoriali entro cui operare la scelta del medico di assistenza primaria;
- DCA 26/2013: ambiti territoriali entro cui operare la scelta del pediatra di famiglia.

Obiettivi Programmati

La Regione intende ultimare, nel triennio, l'organizzazione dei servizi territoriali di Assistenza Primaria promuovendo l'integrazione con il sociale al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini anche nel rispetto delle direttive stabilite dal D.L. 135/2012, portando a conclusione le disposizioni stabilite dai citati Decreti commissariali n. 24/2012, n. 40/2012 e n. 45/2012.

Le aziende come stabilito dai Decreti commissariali n.25-26/2013 dovranno, entro sei mesi dell'adeguamento degli Accordi Integrativi Regionali (AIR) ai contenuti (Accordi Collettivi Nazionali) ACN fissati in ottemperanza a quanto predisposto dall'art. 1 del D.L. 158/2012 convertito in L. 189/2012 predisporre il Piano della rete territoriale delle UCCP/PTA (previsto dal DCA 45/2010), tenendo conto sia del posizionamento di questi punti di erogazione all'interno di ciascun distretto rispetto al bacino di popolazione afferente, che dei tempi di percorrenza necessari per in raggiungimento della sede sanitaria da ciascun comune. Il Piano della rete territoriale deve essere adottato da ciascuna ASL, prevedendo anche l'organizzazione delle AFT in ambito distrettuale attraverso l'attivazione di reti informatiche comuni fra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta nelle more di adozione del nuovo AIR.

Le aziende dovranno inoltre tenere conto delle forme associative già presenti sul territorio nell'affrontare i seguenti aspetti:

- relazioni funzionali tra professionisti che operano nell'ambito di dette forme organizzative, avendo riguardo in particolare alle nuove funzioni di valenza comune espletabili nel nuovo contesto collaborativo e quelle tra gli stessi professionisti e l'Azienda sanitaria;
- azioni per favorire gli utenti e l'accesso dei servizi, sempre sottostando ai limiti imposti dalla normativa nazionale e regionale, con particolare riferimento a:
 - accessibilità giornaliera di almeno 12 ore ai servizi dell'UCCP (con sede di riferimento o con sede unica) ed ai servizi dei Presidi territoriali h24
 - possibilità di accesso in tempo reale, per professionisti operanti nelle sedi UCCP e PTh24 "unità di cure primarie" ai dati clinici di tutti gli assistiti del territorio di riferimento;
 - individuazione ed eventuale potenziamento della strumentazione diagnostica di base disponibile presso la sede dell'UCCP o del PTh24;
 - potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale, con individuazione di personale infermieristico dedicato;
 - sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi;
- miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti dai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) condivisi;
- definizione e monitoraggio di indicatori di efficacia, efficienza e qualità dell'assistenza per la realizzazione dei Presidi Territoriali h24, anche con finalità di misurazione dello stato di salute degli assistiti portatori di patologia cronica;

- valutazione dell'appropriatezza dei servizi erogati, inclusa la misurazione dell'impatto sui consumi complessi e specifici degli assistiti affetti da distinta patologia cronica;
- messa a punto dei percorsi di assistenza interdisciplinare integrata, ambulatoriale e domiciliare, a favore dell'anziano e dell'anziano fragile coinvolgenti tutte le competenze professionali operanti in ambito distrettuale, con la partecipazione delle AFT, dell'UCCP e del PTh24.

Risultati e Crono programma

- Adeguamento degli Accordi Integrativi Regionali (AIR) entro novanta giorni dalla stipula degli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) previsti al comma 6 dell'art. 1 della Legge 189/2012 e, decorso tale termine, con proprio provvedimento la Regione impartirà, nelle more della conclusione delle trattative, disposizioni per l'attuazione in via transitoria dei principi richiamati all'art. 1 della Legge 189/2012 e dagli ACN;
- Adozione da parte delle ASL entro sei mesi dall'adozione degli AIR o delle disposizioni attuative i Piani delle reti territoriali delle AFT e UCCP/PTA;
- Rispetto da parte delle ASL delle modalità ed dei tempi previsti dalla Regione per l'attivazione delle prime sedi UCCP/PTA organizzate secondo i principi richiamati all'art. 1 della Legge 189/2012, dagli Accordi Collettivi Nazionali ed Integrativi Regionali o dalle citate disposizioni transitorie;
- Attivazione del numero unico "116117" come disposto nel Decreto commissariale 24/2012 entro il 31.12.2013.

Indicatori di Risultato

- Verifica dello stato di attuazione degli obiettivi programmati attraverso il monitoraggio specifico delle attività previste.

Impatto economico

Mantenimento dei livelli retributivi fissati dai vigenti AA.CC.NN. dei Medici convenzionati di Base sul rilievo che il comma 6 art. 1 L. 189/2012 e il comma 2 art. 16 del DL 98/2011, che dispongono la limitazione della crescita degli adeguamenti economici anche accessori delle PP.AA., si applicano, in quanto compatibili, anche al personale convenzionato con il SSN fin dalla loro entrata in vigore.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza sanitaria di base e specialistica

3.4 INTERVENTO 4: Prevenzione

3.4.1 AZIONE 1: Azioni coerenti con il Programma Nazionale di Prevenzione

Contesto di Riferimento

In materia di programmazione inerente il Piano di prevenzione, lo Stato attraverso l'Intesa con le Regioni fornisce alle stesse specifiche linee di indirizzo per la relativa programmazione regionale che viene certificata dal Ministero della Salute al 31 dicembre di ciascun anno attraverso la verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti in linea con gli indicatori fissati.

Normativa Nazionale

- Con L'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 è stato adottato il Piano nazionale della prevenzione che ha definito per le Regioni interventi specifici in definite macroaree di intervento;
- Con l'Intesa Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 è stato prorogato al 2013 il Piano Nazionale di prevenzione 2010-2012. La Regione Abruzzo con atto di Giunta prorogherà le azioni già indicate nella DGR 1012/2010 per l'anno 2013.

Disposizioni Regionali

- DGR 1012: approvazione del Piano regionale di prevenzione sanitaria 2010-2012 composto da 21 progetti nelle macroaree: Medicina predittiva, Prevenzione universale, Prevenzione della popolazione a rischio e Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia;
- Per gli anni 2014-2015 si resta in attesa di programmazione nazionale attraverso l'approvazione del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione. La Regione Abruzzo, in attuazione dello stesso, approverà il proprio Piano regionale di prevenzione 2014-2015.

Obiettivi Programmati

La Regione intende, al fine dell'adozione di atti di programmazione regionali coerenti con il Piano nazionale di prevenzione, procedere alla verifica ed al monitoraggio costante degli atti di programmazione aziendale.

Risultati e Crono programma

- Adozione entro il 31.07.2013 dell'atto di programmazione regionale concernente per il 2013 la proroga del piano di prevenzione 2010-2012. Per il 2014 e 2015 gli atti di programmazione regionale saranno adottati nei termini e secondo gli obiettivi indicati nella programmazione nazionale attraverso il nuovo piano nazionale di prevenzione.
- Verifica raggiungimento da parte delle Asl degli obiettivi fissati negli atti di programmazione aziendale e regionale entro il 31.12.2013;
- Inserimento tra gli obiettivi posti ai Direttori Generali aziendali, al momento della nomina, quello dell'attuazione del Piano regionale di prevenzione con assegnazione del relativo punteggio rilevante ai fini della valutazione;
- Definizione per gli anni 2014 e 2015 nell'ambito dell' AIR con MMG e PLS un sistema premiante per i Medici che rispettino gli obiettivi posti in essere dalla Regione nella programmazione del Piano di prevenzione in specifici ambiti progettuali (rischio cardiovascolare, diabete, corretti stili di vita, sorveglianza malattie infettive).

Indicatori di risultato

- Monitoraggio e verifica degli adempimenti precedentemente esposti nei termini stabiliti.

Impatto economico

Non è previsto alcun impatto economico in quanto le risorse programmate sono quelle rientranti nell'ambito delle risorse pari al 5% destinate alla Prevenzione.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Prevenzione Collettiva

3.4.2 AZIONE 2: Qualificazione dei programmi di screening oncologici e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali

Contesto di Riferimento

A seguito delle rilevate basse percentuali di copertura e difficoltà organizzative aziendali con Deliberazione di Giunta regionale n.346 del 23 maggio 2011 sono state ridefinite le modalità organizzative degli screening regionali mammografico, della cervice uterina e del colon retto demandando a ciascuna Azienda la gestione, organizzazione e l'erogazione degli screening oncologici regionali, superando il sistema esistente di gestione accentrata degli stessi presso l'ASL capofila.

I dati rilevati dal Ministero della Salute attraverso gli specifici organismi deputati alla raccolta ed elaborazione dei dati regionali (GISCI, GISCOR, GISMA), hanno rilevato che nel 2012 le percentuali di copertura per ciascun screening sono state pari a:

- colon retto: 0,1%;
- cervice uterina : 38,1%;
- mammografico: 4,1%.

La Regione ha costituito formalmente un gruppo di coordinamento regionale composto da referenti aziendali per ciascuno degli screening con funzioni di supporto tecnico scientifico alla Direzione Politiche della Salute per l'elaborazione di linee guida regionali in tema di screening.

Normativa Nazionale

- DPCM 29.11.2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza.

Disposizioni Regionali

- DGR 346/2011: modalità organizzative degli screening regionali mammografico, della cervice uterina e del colon retto;
- DGR 1012/2010: concernente l'approvazione del Piano regionale di prevenzione 2010-2012.

Obiettivi Programmati

La Regione intende innalzare le coperture regionali di screening oncologici nei programmi organizzati per cervice uterina, mammella e colon retto, così come previsti ai fini LEA. Precisamente la percentuale di persone che ha effettuato il test di screening deve essere almeno pari o superiore al 65% del target previsto nei programmi organizzati, in linea con le indicazioni nazionali.

Risultati e Crono programma

- Attivazione da parte di ciascuna ASL delle chiamate della popolazione target attraverso lettera di invito per il raggiungimento delle coperture LEA con percentuale pari o superiore al 65% a partire dal 30.06.2013;
- Inserimento per gli anni 2014 e 2015 tra gli obiettivi posti ai Direttori Generali aziendali quello della realizzazione del raggiungimento delle percentuali di copertura ai fini LEA con assegnazione del relativo punteggio rilevante ai fini della valutazione dall'anno 2014;
- Approvazione formale delle linee guida regionali dello screening della mammella, del colon retto e della cervice uterina entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- Raggiungimento della percentuale di erogazione di ciascuno degli screening oncologici della mammella, del colon retto e della cervice uterina pari o superiore al 30% al 31.12.2013, pari o superiore al 50% al 31.12.2014, pari o superiore al 65% al 31.12.2015 (calcolo effettuato secondo gli indicatori LEA);
- Avvenuta approvazione formale entro il 31.12.2013 delle linee guida regionali dello screening della mammella, del colon retto e della cervice uterina.

Impatto economico

Non è previsto alcun impatto economico in quanto le risorse programmate sono quelle rientranti nell'ambito delle risorse pari al 5% destinate alla Prevenzione.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Prevenzione Collettiva

3.4.3 AZIONE 3: Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro

Contesto di Riferimento

In considerazione delle caratteristiche del mondo del lavoro nella Regione Abruzzo e delle prospettive di sviluppo di alcuni ambiti lavorativi, fra i quali il settore dell'edilizia che sarà fortemente interessato anche nel triennio 2013 – 2015 alla ricostruzione post-terremoto, le AUSL devono sviluppare programmi nell'ottica del miglioramento delle attività e nel rispetto degli obiettivi fissati dal patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM del 1° Agosto 2007) e del PNP e PRP.

Normativa Nazionale

- DPCM del 1° Agosto 2007: patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro.

Disposizioni Regionali

- DGR 1012/2010: approvazione del Piano regionale di prevenzione sanitaria 2010-2012;
- Per l'anno 2013 è prevista la proroga del Piano regionale di prevenzione sanitaria 2010 – 2012;
- Per gli anni 2014-2015 si resta in attesa di programmazione nazionale attraverso l'approvazione del nuovo Piano Prevenzione;
- La Regione Abruzzo, in attuazione dello stesso, approverà il proprio Piano regionale di prevenzione 2014-2015.

Obiettivi Programmati

La Regione intende ridurre i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, mantenendo il trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica del 15% (quantificabili dai dati annuali INAIL) attraverso:

- Il miglioramento dell'efficacia degli interventi sul territorio definendo e realizzando piani di prevenzione e interventi di vigilanza, in coerenza con quanto definito a livello nazionale con il PNP e a livello regionale con il PRP;
- L' omogeneizzazione degli interventi di prevenzione (informazione, formazione, assistenza, vigilanza) sia come copertura quantitativa del territorio regionale, sia come metodologia di intervento;
- Il mantenimento o innalzamento ogni anno delle percentuali dei controlli effettuati sulle aziende attive del territorio (percentuale almeno pari al 5%). La percentuale dei controlli comunque non può essere inferiore al 5% e se nell'anno precedente si è realizzata una percentuale di controlli maggiore, si dovrà garantire il mantenimento della percentuale superiore al 5%;
- Il potenziamento qualitativo delle risorse umane e strumentali dei Servizi PSAL delle ASL.

Risultati e Crono programma

- Istituzione di un dominio organizzativo a livello regionale per il coordinamento ed il monitoraggio degli interventi in materia di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, costituito dai Direttori dei Servizi PSAL delle ASL, entro il 31.10.2013;
- Trasmissione trimestrale dei dati di attività dei Servizi PSAL delle ASL alla Regione – controllo e monitoraggio dati;
- Formazione secondo standard omogenei degli operatori di vigilanza dei Servizi PSAL delle ASL. Convocazione e coordinamento del gruppo tecnico regionale (Marzo /Aprile 2013), individuazione dei bisogni formativi (30 Giugno 2013), affidamento di ciascun corso individuato, ad una ASL capofila, realizzazione dei corsi programmati con trasferimento delle risorse finanziarie preventivate entro il 31.12.2013;

- Pianificazione regionale coordinata degli interventi di vigilanza da stabilirsi in sede di Comitato di Coordinamento regionale ex. art. 7 D.Lgs. n. 81/08, in particolare con DTL, INAIL e VV.FF. La programmazione dell'operatività su base provinciale in sede dei Comitati provinciali di Coordinamento entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- Percentuali dei controlli effettuati in ogni anno del triennio 2013-2015: raggiungimento di una copertura almeno pari al 5% delle imprese attive sul territorio nel rispetto delle indicazioni del Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (D.P.C.M. 1 agosto 2007, P.N.P., P.R.P.);
- Percentuali di aziende agricole con dipendenti controllate che deve essere pari al 5% in ogni anno del triennio.

Impatto economico

Non è previsto alcun impatto economico in quanto le risorse programmate sono quelle rientranti nell'ambito delle risorse pari al 5% destinate alla Prevenzione.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Prevenzione Collettiva

4 Aree di intervento “core”

4.1 INTERVENTO 5: Beni e Servizi

4.1.1 AZIONE 1: Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi

Azione di Contenimento

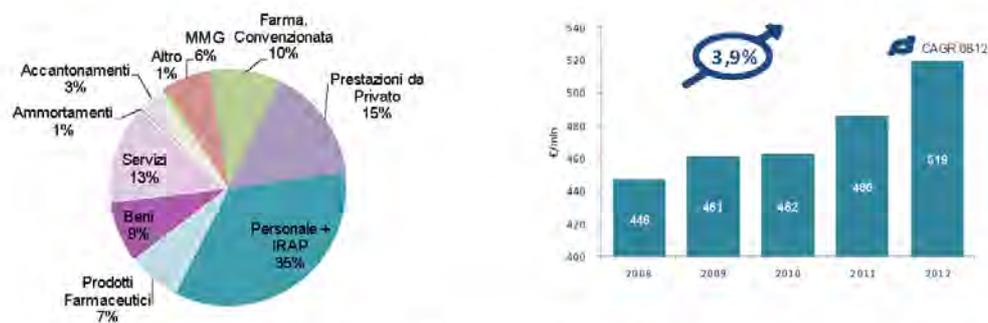
Azione di Sviluppo

Azione di Consolidamento

Contesto di Riferimento

L'aggregato di costo "Altri beni e servizi" ha rappresentato per il 2012 per la Regione Abruzzo, circa il 22% dei costi rapportati ai ricavi ed è cresciuto ad un tasso medio annuo del 3,9% (dal 2008 al 2012 come rappresentato nella Figura 14), facendo registrare un incremento di circa +73 €/mln tra il 2008 ed il 2012.

Figura 14 – Composizione dei costi sui ricavi 2012 ed evoluzione della spesa per beni e servizi dal 2008 al 2012



Rispetto al 2011, nel 2012 la voce di spesa "Altri Beni e Servizi"⁹ è aumentata di 33,7 €/mln pari ad un incremento del +6,9%, in particolare:

- +26,6 €/mln complessivamente per i Servizi pari a 9,1%. L'incremento si riferisce sostanzialmente a Servizi Appalti (+8,8 €/mln, pari a +6,5%), Utenze (+ 4,1 €/mln, pari a +17,2%), Godimento beni di terzi (+3,8 €/mln, pari a +16,3%) e Altri Servizi (+9,9 €/mln, pari a +9,2%),
- +6,9 €/mln pari a +3,7% per Beni Sanitari;
- +0,3 €/mln pari al +2,8% per Beni non Sanitari.

Si sottolinea che l'incremento di spesa tra il 2011 ed il 2012 relativo all'aggregato si è verificato nonostante la normativa nazionale avesse imposto specifiche riduzioni della spesa già a partire dal secondo semestre del 2012 così come evidenziato nella tabella seguente (Tabella 22).

⁹ Comprensiva del contributo riconosciuto alla Asl di L'Aquila per il ripristino funzionalità del Presidio Ospedaliero pari a 10,5 €/mln

Tabella 22 – Azioni previste dalla Normativa nazionale per beni, servizi e dispositivi medici

| Adempimenti L. 135/2012 e L. 228/2012 | | Il sem | | | |
|---------------------------------------|--|--------|------|------|------|
| | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Beni Sanitari esclusi farmaci | | | | | |
| L. 135/12 | - 5% importi contratti Rinegoziazione contratti se prezzi >20% prezzi AVCP Obbligo di adesione a convenzioni stipulate da CONSIP | | | | |
| L. 228/12 | - 10% importi contratti | | | | |
| Beni non Sanitari | | | | | |
| L. 135/12 | - 5% importi contratti Rinegoziazione contratti se prezzi >20% prezzi AVCP Obbligo di adesione a convenzioni stipulate da CONSIP | | | | |
| L. 228/12 | - 10% importi contratti | | | | |
| Dispositivi Medici | | | | | |
| L. 135/12 | - 5% importi contratti | | | | |
| L. 228/12 | Tetto di spesa pari a 4,8% Tetto di spesa pari a 4,4% | | | | |

Si evidenziano nella tabella seguente (Tabella 23), le categorie di spesa a maggior tasso medio annuo di crescita relativo al periodo 2009-2012.

Tabella 23 – Tasso medio annuo di crescita

| Categorie di spesa a maggiore crescita | | | |
|--|------------|------------|--------------|
| Categoria | Cons. 2009 | Cons. 2012 | CAGR 2009-12 |
| Vaccini | 2.147 | 5.553 | 37% |
| Materiali diagnostici e prodotti chimici | 49.572 | 94.228 | 24% |
| Combustibili, carburanti e lubrificanti | 1.054 | 1.586 | 15% |
| Altri servizi non sanitari da privato | 22.280 | 32.550 | 13% |
| Utenze | 18.895 | 27.555 | 13% |
| Canoni di noleggio e leasing | 18.595 | 23.985 | 9% |
| Lavanderia | 14.117 | 17.245 | 7% |
| Riscaldamento | 10.513 | 11.998 | 5% |
| Prodotti alimentari e dietetici | 3.153 | 3.525 | 4% |
| Premi di assicurazione | 20.393 | 22.771 | 4% |
| Mensa | 12.830 | 14.155 | 3% |
| Pulizia | 22.604 | 24.517 | 3% |

Normativa Nazionale

- L. 135/2012: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini;
- L.228/2012: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013).

Disposizioni Regionali

- DCA 60/2012: Indirizzi Regionali per la Redazione degli Strumenti di Programmazione delle Aziende Sanitarie Locali 2013-2015.

Obiettivi Programmati

La Regione si pone come obiettivo principale la riduzione del 10% degli importi e delle connesse prestazioni relative ai contratti in essere di appalti di servizi e di fornitura di beni e servizi nel rispetto dei vincoli imposti dalla normativa Nazionale.

In ottemperanza a quanto precedentemente esposto, le ASL dovranno fornire un Conto Economico programmatico contenente il dettaglio delle voci d'interesse e ciascun Direttore Generale dovrà comunicare direttamente alla Direzione Politiche della Salute Servizio Programmazione economico – finanziaria e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie l'eventuale intenzione e motivazioni per "derogare" dalla riduzione del 10% sopra richiamata, specificando altresì le modalità con le quali l'Azienda intende garantire il medesimo risparmio su specifiche voci di Conto economico alternative al macroaggregato "Beni e Servizi" per il raggiungimento e/o mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario della gestione aziendale come stabilito dalla Legge di stabilità.

Si specifica che il raggiungimento degli obiettivi programmati relativamente alla razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi - attraverso riduzioni della suddetta voce o garantendo il medesimo risparmio su altre voci - viene posto come uno dei vincoli all'autorizzazione alle assunzioni di personale, come sarà meglio descritto nell'azione relativa al Personale (Paragrafo 4.5.2).

Le Aziende dovranno:

- Ricognire i contratti aziendali in essere per l'acquisto di beni e servizi entro il 31.12.2013;
- Rinegoziare i contratti con i fornitori in ottemperanza alla normativa nazionale;
- Monitorare la spesa dei contratti e rendicontare semestralmente le azioni di contenimento e riduzione spesa per l'acquisto di beni e servizi con il Servizio Programmazione economico – finanziaria e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie della Direzione Politiche della Salute.

Tali adempimenti sono in capo ai quattro Direttori Amministrativi aziendali.

Ciascun Direttore Amministrativo aziendale dovrà entro il 31.12.2013:

- Fornire alla Direzione Politiche della Salute Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie, un prospetto di tutti i contratti in essere (anche Dispositivi medici), specificando per ciascun contratto i seguenti dettagli:
 - valore del contratto;
 - durata del contratto;
 - tipologia del contratto;
 - volumi contrattualizzati (*driver*) e prezzi unitari (costi standard) alla base del contratto (es: metri quadrati e €/metro quadrato, ...);
 - in caso di contratto rinegoziato indicare i nuovi volumi contrattualizzati (*driver*) e i nuovi prezzi unitari (costi standard) alla base del nuovo contratto (es: metri quadrati e €/metro quadrato, ...);
 - previsioni di risparmio per il triennio 2013-2015 con indicazione delle voci di dettaglio nel CE NSIS aziendale e delle modalità e leve di azione che saranno utilizzate;
- Fornire alla Direzione Politiche della Salute Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie, relativamente all'acquisto di "Altri Servizi non sanitari da privato", un prospetto riepilogativo di ricognizione delle voci che compongono l'aggregato ed invio al servizio competente della Direzione Politiche della Salute;
- Fornire alla Direzione Politiche della Salute Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie, relativamente alle prestazioni di assistenza protesica un prospetto riepilogativo relativo alla spesa sostenuta sulla base dei tariffari e/o contratti vigenti ed invio al servizio competente della Direzione Politiche della Salute;
- Inviare, relativamente ai contratti di *global service* e *facility management*, alla Direzione Politiche della Salute Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie un prospetto riepilogativo per ogni contratto in oggetto, con indicazione relativa all'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto.

Risultati e Crono programma

- Ricognizione di tutti i contratti ed invio formale di tutti i prospetti riepilogativi al Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie come sopra indicati entro il 31.12.2013;
- Monitoraggio della spesa dei contratti e rendicontazione semestrale delle azioni di contenimento e riduzione spesa per l'acquisto dei beni e servizi avviate in ciascuna Asl e trasmissione Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie con cadenza per il 2013 al 31.01.2014 e successivamente entro 31.07 (I semestre) – 31.01 (II semestre) di ogni anno.

Indicatori di Risultato

- Numero e valore contratti rinegoziati;
- Risparmio annuo conseguito per il triennio 2013-15;
- Scostamento % del risparmio conseguito rispetto alla riduzione programmata del 10%;
- Scostamento spesa per dispositivi medici per il triennio 2013-15 rispetto al tetto;
- Numero e valore contratti transatto sulla piattaforma CONSIP.

Impatto economico

A livello regionale, la riduzione del 10% degli importi e delle connesse prestazioni relative ai contratti in essere di appalti di servizi e di fornitura di beni e servizi è valorizzato pari a 22,4 €/mln per gli anni 2013-2015, per un risparmio cumulato di 67,1 €/mln. In Tabella 24 è rappresentato l'impatto della manovra per singola Azienda.

Tabella 24 – Impatto economico per ASL

| Razionalizzazione Beni e Servizi L. 135/12 e L.228/12 (€/000) | | | |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|
| ASL | TENDENZIALE 2013 | TENDENZIALE 2014 | TENDENZIALE 2015 |
| Risparmio annuale * | 21.788 | 21.788 | 21.788 |
| Avezzano Sulmona L'Aquila | 5.539 | 5.539 | 5.539 |
| Lanciano Vasto Chieti | 6.296 | 6.296 | 6.296 |
| Pescara | 4.736 | 4.736 | 4.736 |
| Teramo | 5.216 | 5.216 | 5.216 |

*Nota: Il valore del Risparmio annuale è al netto della quota in capo alla GSA per servizi gestiti centralmente

Responsabile del procedimento

Servizio Programmazione economico – finanziaria e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie

4.1.2 AZIONE 2: Gare centralizzate

Azione di Contenimento

Contesto di riferimento

Il modello organizzativo regionale per la razionalizzazione degli acquisti vede il coinvolgimento di diversi attori, in particolare il Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie della Direzione Politiche della Salute con funzioni di coordinamento e di segreteria, le Aziende USL, la CONSIP, e soprattutto, due distinti gruppi tecnici di lavoro: il Comitato Direttivo per la Centralizzazione degli acquisti e il Comitato Esecutivo per la Centralizzazione degli Acquisti.

Attraverso Il Piano Operativo degli Acquisti approvato dal Comitato Direttivo, composto dai legali rappresentanti delle Aziende Sanitarie, vengono individuate con il supporto del Comitato Esecutivo, le merceologie da approvvigionare e le modalità di svolgimento delle gare di acquisto tramite:

- Procedura in Unione di Acquisto con individuazione di un'Azienda Sanitaria che esercita il ruolo di "capofila";
- Gara aggregata con delega a CONSIP S.p.A;
- Adesione alle Convenzioni stipulate da CONSIP S.p.A. da parte delle singole Aziende U.S.L.;
- Procedura individuale ad evidenza pubblica.

Le merceologie da approvvigionare "sotto soglia" avvengono tramite il ricorso alle Convenzioni CONSIP, il Mercato elettronico o in via residuale attraverso singole procedure d'acquisto in economia.

Normativa Nazionale

- Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 ,allegato 1 ,e ss.mm.ii;
- Art.2 comma 1 del D.L.18 settembre 2001, n. 347, convertito con modificazioni dalla Legge 16 novembre 2001, n.405, così come modificato dall'art.3, comma 168 della legge 23 dicembre 2003, n.350, nonché all'art.22, comma 8, del decreto legge n.78/2009;
- Art. 7 del D.L. 7 maggio 2012, n. 52, convertito con modificazioni dalla legge 6 luglio 2012, n.94 e successive modificazioni.

Disposizioni Regionali

- Art.18 legge regionale n.34 del 1.10.2007: Disposizioni di adeguamento normativo e per il funzionamento delle strutture;
- Accordo di collaborazione fra Regione Abruzzo, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e Consip del 21 febbraio 2008 , rinnovato il 14 ottobre 2009;
- LR n. 1 del 10 gennaio 2011: recante modifiche alla legge regionale 24 dicembre 1996, n.146;
- DGR 50 del 31 gennaio 2011: istituzione del Comitato Direttivo per la centralizzazione degli acquisti.

Obiettivi Programmati

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

- Completare il vigente modello regionale per gli acquisti, con l'emanazione di linee guida disciplinanti il funzionamento dei Comitati Direttivi ed Esecutivi e regolante nel dettaglio e nei tempi l'attività degli stessi;
- Monitorare il rispetto dei tempi e della qualità dei flussi informativi richiesti ai fini del monitoraggio delle procedure, contratti e convenzioni per l'acquisto dei beni e servizi da parte delle Aziende, che peraltro costituiscono debito informativo in carico alle Direzioni Generali;
- Individuare le categorie merceologiche per le quali attivare meccanismi di acquisto centralizzato, secondo parametri che privilegino l'omogeneità e la capacità di risparmio delle stesse, in una logica di costante interazione con le Aziende per la definizione dei fabbisogni e delle specifiche tecniche e contrattuali;
- Monitorare che l'acquisto diretto da parte delle singole Aziende costituisca una modalità di approvvigionamento di carattere residuale.

Risultati e Crono programma

- Emanazione di linee guida disciplinanti il funzionamento dei Comitati e regolante nel dettaglio e nei tempi l'attività degli stessi;

- Riunioni trimestrali dei Comitati Direttivi ed Esecutivi per il monitoraggio delle iniziative già intraprese e per le nuove esigenze di acquisto centralizzato che dovessero emergere nel corso del periodo;
- Approvazione con cadenza annuale del Piano operativo per gli acquisti;
- Monitoraggio semestrale degli acquisti effettuati dalle Aziende attraverso CONSIP e MEPA attraverso l'acquisizione dei dati direttamente trasmessi da CONSIP;
- Monitoraggio del risparmio conseguito dagli acquisti in forma aggregata.

Indicatori di Risultato

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

Impatto economico

L'attività di centralizzazione fin qui condotta, che ha riguardato l'espletamento di procedure di gara regionali, ha consentito negli anni di ottenere, insieme a risultati economici di notevole interesse, dovuti ad una maggiore competizione nei prezzi offerti, anche tutta una serie di altri vantaggi, come la riduzione dei tempi e dei costi del processo di acquisto e ad una maggiore qualità dei prodotti.

A conclusione delle singole procedure di acquisto in forma aggregata verrà contabilizzato il risparmio conseguito.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie
Osservatorio Prezzi e Tecnologia – Gestione Liquidatoria

4.2 INTERVENTO 6: Assistenza Farmaceutica

Contesto di riferimento

La Regione ha negli anni passati, intrapreso un percorso volto al contenimento della spesa ed al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva al fine di garantire un elevato livello assistenziale ed il contemporaneo rispetto dei tetti di spesa. Questo ha portato ad una riduzione tra il 2011 ed il 2012 della spesa farmaceutica complessiva pari -26 €/mln (-6%). La Regione intende quindi proseguire il percorso intrapreso anche per il triennio 2013-2105.

4.2.1 AZIONE 1: Distribuzione diretta e per conto



Contesto di riferimento

Nella Regione Abruzzo la distribuzione dei farmaci della continuità assistenziale ospedale territorio (PHT) avviene mediante distribuzione diretta esclusiva (DDE) e distribuzione in regime di convenzione; non è stata attivata la Distribuzione in Nome e per Conto (DNPC).

La distribuzione diretta è stata configurata, in base a quanto stabilito dal Decreto commissariale n. 23/2011, quale naturale canale di distribuzione per il primo ciclo terapeutico e a seguito di visita specialistica ambulatoriale, nonché per i farmaci prescritti ai pazienti in ADI e RSA.

La DDE è stata implementata in Regione a partire dal 2002; l'elenco dei farmaci attualmente sottoposti a tale regime distributivo è stato approvato con Decreto commissariale n. 18/2012. Con il medesimo provvedimento sono stati anche approvati i criteri per l'individuazione dei principi attivi da distribuire in modo esclusivo attraverso gli ospedali (cd. DDE).

Il Decreto commissariale n. 18/2012, inoltre, da mandato al Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute – avvalendosi della Commissione Regionale del Farmaco istituita con DGR n. 663/2007 – di predisporre periodicamente, sulla base dei criteri approvati con il citato Decreto commissariale n. 18/2012, l'aggiornamento dei farmaci, di cui al PHT, per i quali nella Regione Abruzzo è prevista la DDE o, nel caso si addivenga ad un accordo con le associazioni di categoria, la DNPC.

Normativa Nazionale

- L. 405/2001: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria;
- Art. 5, commi 1, 4 e 5 del D.L. 159/2007, convertito con modificazioni dalla L. 222/2007 e s.m.i.;
- Art. 22 comma 3 del D.L. 78/2009, convertito con modificazioni dalla L. 102/2009;
- Art. 11 del D.L. 78/2010 convertito dalla L. 122/2010 e s.m.i., art. 11;
- Art. 15, comma 2 del D.L. 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012.

Disposizioni Regionali

- DGR 663/2007: Istituzione della Commissione Regionale del Farmaco;
- DCA 23/2011: Interventi in materia farmaceutica ai fini del contenimento della spesa e dell'appropriatezza prescrittiva – modifica ed integrazione DGR n.1086 del 02.10.2006 e n.1539 del 27.12.2006;
- DCA 18/2012: Approvazione dei criteri elaborati dalla commissione regionale del farmaco di cui alla D.G.R. 663/2007 per l'individuazione delle modalità distributive dei farmaci di cui al prontuario della distribuzione diretta (PHT) - Modifica e integrazione decreto del commissario ad acta n. 23/2011 del 8 luglio 2011.

Obiettivi Programmati

Pur consentendo di monitorare le prescrizioni ed i consumi dei farmaci di alta specializzazione che richiedono il controllo periodico dello specialista e l'accesso periodico alla struttura ospedaliera, la DDE comporta notevoli disagi per il cittadino e non utilizza la rete capillare delle farmacie convenzionate presenti sul territorio. La Regione, pertanto, intende:

- Approvare entro il 30 giugno 2013 il Decreto di recepimento del nuovo sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco in corso di definizione a livello nazionale;
- Avviare con le Associazioni di categoria il tavolo di negoziazione per l'accordo sulla DNPC;
- Attivare la distribuzione in nome e per conto per i farmaci del PHT a partire dal 2014

Risultati e Crono programma

- Avvio del tavolo di negoziazione con le Associazioni di categoria entro il 31.12.2013;
- Individuazione dei farmaci da distribuire mediante DPNC entro il 31.12.2013;
- Interazione con le AA.SS.LL. per la definizione delle modalità operative della DNPC entro il 30.06.2014;
- Individuazione dei grossisti/distributori entro il 30.06.2014;
- Avvio fase pilota della DPNC in una delle AA.SS.LL. regionali entro il 31.12.2014;
- Implementazione della DNPC su tutto il territorio regionale dal 01.01.2015;

- Integrazione con le AA.SS.LL. per individuazione e gestione eventuali criticità dal 01.01.2015.

Indicatori di Risultato

- Spesa per farmaci in DNPC anno 2015 confronto con la spesa degli stessi farmaci negli anni precedenti.

Impatto economico

Il valore dell'impatto economico di tale intervento sulla spesa farmaceutica convenzionata e non convenzionata verrà calcolato in seguito alla definizione dei farmaci per i quali disporre la DNPC ed alla definizione - in seguito alla negoziazione - della quota dovuta alle associazioni di categoria ed alla distribuzione intermedia. Si prevede un risparmio legato alla procedura di acquisto dei farmaci a livello centrale anziché da parte delle farmacie pubbliche e private, risultante dalla differenza tra il prezzo al pubblico al netto degli sconti di legge ed il prezzo ex factory al netto della quota dovuta alle farmacie ed alla distribuzione intermedia.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

4.2.2 AZIONE 2: Modalità di approvvigionamento farmaci**Azione di Contenimento****Contesto di riferimento**

Preliminarmente si precisa che il Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) in Regione Abruzzo ha carattere vincolante. La centralizzazione a livello regionale degli acquisti di farmaci si configura quale strumento finalizzato, da un lato, all'abbattimento dei costi di acquisto e, dall'altro, all'armonizzazione dei percorsi terapeutici tra gli Ospedali della Regione.

In quest'ottica, con provvedimento dirigenziale DG22/24 del 9.12.2010, è stata indetta una Gara regionale in unione d'acquisto per la fornitura di farmaci. Per l'espletamento delle procedure è stato individuato, presso il Servizio Farmaceutico Regionale, un Gruppo di Lavoro che, avvalendosi del supporto del Centro di Informazione Indipendente sui Medicinali (CIIM) di cui alla D.G.R. 675/05, ha individuato i prodotti con migliore rapporto beneficio/rischio e qualità /costo. Le risultanze di gara sono state approvate con Delibera n. 134/2012 del Direttore Generale della ASL 202, individuata quale stazione appaltante, ed hanno validità triennale.

Normativa Nazionale

- Art. 5, commi 1, 4 e 5 del D.L. 159/2007, convertito con modificazioni dalla L. 222/2007 e s.m.i.;
- Art. 22 comma 3 del D.L. 78/2009, convertito con modificazioni dalla L. 102/2009;
- Art. 15, comma 13 DEL D.L. 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012;
- Da Art. 10 a art. 12 del D.L. 158/2012, convertito con modificazioni dalla L. 189/2012.

Disposizioni Regionali

- DG 22/24 del 9.12.2010: Gara regionale in unione d'acquisto per la fornitura di farmaci;
- DGR 675/05 e s.m.i.: istituzione del CIIM;
- Delibera del Direttore Generale della ASL Lanciano-Vasto-Chieti n. 134 del 14.02.2012.

Obiettivi Programmati

La Regione intende regolamentare l'acquisto di principi attivi nuovi non previsti dalla gara attualmente in vigore ed avviare delle procedure per l'indizione della nuova gara.

Risultati e Crono programma

- Definizione a livello regionale delle modalità di acquisizione dei nuovi principi attivi da parte dei Servizi Farmaceutici Ospedalieri e delle UU.OO. Acquisizione Beni e Servizi delle AA.SS.LL entro il 31.12.2013;
- Verifica a livello regionale del rispetto delle modalità di acquisizione definite dal 01.01.2014;
- Verifica dei contratti e delle Forniture entro il 30 giugno di ogni anno;
- Avvio attività propedeutiche all'indizione della nuova gara valevole per il triennio 2015-2017 entro il 30.06.2014;
- Definizione della nuova gare regionale entro il 31.12.2015.

Indicatori di Risultato

- Riduzione della variabilità tra ASL del numero di principi attivi utilizzati;
- Adozione delle soluzioni più costo/efficaci nella scelta del farmaco da utilizzare.

Impatto economico

Il valore dell'impatto economico di tale intervento sulla spesa farmaceutica verrà calcolato in seguito alla definizione delle modalità di approvvigionamento dei farmaci.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

Servizio Programmazione economico finanziaria e controllo di gestione delle aziende sanitarie

4.2.3 AZIONE 3: Commissione Terapeutica Regionale**Contesto di riferimento**

La Commissione Regionale del Farmaco (CRF) è stata istituita ed attivata con DGR n. 663 del 09.07.2007, provvedimento che ne ha definito anche competenze e funzioni.

L'attività della CRF è stata supportata dal Centro di Informazione Indipendente sui Farmaci (CIIM) istituito dalla Regione Abruzzo con DGR 675/05 – siccome modificata e integrata con DGR n.114 del 12.02.2007 e DGR n. 1349 del 27.12.2007. Il CIIM ha svolto l'attività di Segreteria Scientifica della Commissione provvedendo, di fatto, a fornire supporto tecnico-scientifico alle politiche del farmaco della Regione Abruzzo. La CRF con il supporto del CIIM si avvale, sin dall'inizio della sua attività, di un sito Internet dedicato (www.farmaci.abruzzo.it) avente lo scopo di promuovere l'attività di Informazione Indipendente sui Farmaci e di Farmacovigilanza nonché di divulgare le decisioni e le attività della CRF (schede di HTA, documenti informativi, linee guida) e del Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute (provvedimenti inerenti l'assistenza farmaceutica, report di spesa etc.).

Il sito www.farmaci.abruzzo.it costituisce l'interfaccia tra il Servizio Farmaceutico Regionale, la CRF e i loro diversi interlocutori siano essi cittadini, operatori sanitari o aziende, favorendone l'interazione e garantendo la trasparenza delle attività della CRF e del Servizio Farmaceutico Regionale.

La delibera di istituzione della CRF precisava che i membri della Commissione ed i membri delle eventuali Sottocommissioni istituite sarebbero rimasti in carica per una durata di tre anni, eventualmente rinnovabili per ulteriori tre anni e sino ad un massimo di sei.

Allo stato attuale, la CRF sta operando in prorogatio nelle more del rinnovo della stessa, al fine di garantire il prosieguo delle attività già avviate negli anni precedenti.

Normativa Nazionale

- Legge 16.11.2001 n. 405: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria;
- Legge 24.11.2003 n. 326: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici;
- Da Art. 10 a art. 12 del D.L. 158/2012, convertito con modificazioni dalla L. 189/2012: dispone espressamente che, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono tenute ad aggiornare, con periodicità almeno semestrale, i prontuari terapeutici ospedalieri e ogni altro strumento analogo regionale, elaborato allo scopo di razionalizzare l'impiego dei farmaci da parte di strutture pubbliche, di consolidare prassi assistenziali e di guidare i clinici in percorsi diagnostico-terapeutici specifici, nonché a trasmetterne copia all'AIFA.

Disposizioni Regionali

- DGR 675/05 e s.m.i.: istituzione del CIIM;
- DGR 663 del 09.07.2007: istituzione ed attivazione della CRF.

Obiettivi Programmati

La Regione intende rinnovare la CRF ed integrare la stessa con professionalità ritenute necessarie nel rispetto della normativa nazionale ed attraverso:

- La ridefinizione dei ruoli della CRF;
- Il potenziamento della divulgazione dei contenuti tecnico-scientifici delle decisioni della CRF e dei provvedimenti del Servizio Farmaceutico Regionale, mediante implementazione di un sito web dedicato.

Risultati e Crono programma

- Rinnovo della CRF entro il 31.12.2013;
- Ridefinizione del ruolo della Commissione con approvazione del relativo regolamento entro 60 giorni dal rinnovo della CRF;
- Implementazione di un sito web dedicato entro il 2014.

Indicatori di Risultato

- Rispetto delle azioni e delle relative tempistiche.

Impatto economico

Come riportato nel punto 8 della DGR n. 663 del 09.07.2007, per la partecipazione alla Commissione Regionale del Farmaco è previsto che i componenti non percepiscano compenso alcuno e che le spese derivanti dalla partecipazione ai lavori siano a carico delle Amministrazioni di appartenenza. Si prevede dunque come unico costo per l'intervento in oggetto, quello relativo alla implementazione del sito web dedicato per un valore di circa € 20.000/anno.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

4.2.4 AZIONE 4: Individuazione/aggiornamento dei centri di riferimento abilitati alla prescrizione di medicinali autorizzati dall'AIFA con tale vincolo

Azione di Compimento

Contesto di riferimento

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), all'atto del rilascio dell'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) dei farmaci, nello stabilire le modalità di prescrizione nonché il regime di fornitura, può disporre che i medicinali siano soggetti a prescrizione medica limitativa e siano dispensabili e/o vendibili al pubblico esclusivamente su prescrizione di centri o di specialisti specificatamente individuati dalle Regioni.

Le Regioni, e nella fattispecie i Servizi Farmaceutici, sono pertanto tenute ad individuare i Centri regionali autorizzati alla prescrizione di tali farmaci, curandone nel tempo l'aggiornamento, e dandone comunicazione alla competente AIFA.

Normativa Nazionale

- Art. 48 del D.L. 269/2003, convertito con modificazioni dalla L. 326/2003;
- Determinazioni AIFA di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC)
- Art. 5, commi 1, 4 e 5 del D.L. 159/2007, convertito con modificazioni dalla L. 222/2007 e s.m.i.;
- Art. 22 comma 3 del D.L. 78/2009, convertito con modificazioni dalla L. 102/2009;
- Art. 15 del D.L. 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012.

Disposizioni Regionali

- Determina Servizio assistenza Farmaceutica e Trasfusionale DG8/32 del 21.03.2006: Integrazione DG8/95 del 14 novembre 2005 - Centri ipertensione arteriosa polmonare;
- Determina Servizio assistenza Farmaceutica e Trasfusionale DG8/73 del 28.06.2010: Integrazione Centri sclerosi multipla;
- Determina Servizio assistenza Farmaceutica e Trasfusionale DG8/148 del 11.09.2012: Centri ormone somatotropo;
- Determina Servizio assistenza Farmaceutica e Trasfusionale DG8/3 del 11.01.2013: Centri farmaci HCV Boceprevir e Telaprevir.

Obiettivi Programmati

La Regione intende necessariamente procedere all'individuazione dei Centri regionali autorizzati alla prescrizione dei nuovi farmaci.

Risultati e Crono programma

- Aggiornamento a livello regionale dei centri di riferimento abilitati alla prescrizione di farmaci già autorizzati da AIFA entro il 31.12.2013;
- Definizione dei Requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici per l'individuazione/autorizzazione dei nuovi centri entro 90 giorni dal rilascio dell'AIC da parte di AIFA;
- Approvazione di detti criteri con provvedimento regionale entro 30 giorni dalla definizione dei requisiti minimi;
- Individuazione dei Centri mediante apposito provvedimento e divulgazione dei provvedimenti di autorizzazione rilasciati entro 60 giorni dall'approvazione dei criteri;

- Monitoraggio periodico da parte della CRF della sussistenza dei requisiti nel tempo e del rispetto delle disposizioni fornite in sede di autorizzazione dal 01.01.2015.

Indicatori di Risultato

- Disponibilità di una lista aggiornata dei centri regionali di riferimento che rispettino i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per la prescrizione dei nuovi trattamenti.

Impatto economico

Allo stato attuale non è definibile l'impatto dell'intervento in oggetto sulla spesa dei farmaci prescritti dai centri o specialisti individuati dalla Regione. Si prevede comunque una spesa non superiore a quella attualmente registrata per tali farmaci, per l'atteso aumento del livello di appropriatezza d'uso.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

4.2.5 AZIONE 5: Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci "alto spendenti" - Sviluppo di linee guida di indirizzo dell'attività prescrittiva nella Medicina Generale o in ambito specialistico

Azione di Contenimento

Contesto di riferimento

Ai fini del contenimento della spesa e del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, la Regione ha individuato, quale utile strumento, la definizione di linee guida terapeutiche condivise a partire dal 2012.

Partendo dall'analisi dei dati di prescrizione e dalle evidenze presenti in letteratura, il Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale della Direzione Politiche della Salute – avvalendosi del supporto del Centro di Informazione Indipendente sui Medicinali (CIIM) di cui alla Delibera della giunta regionale 675/05 e s.m.i. e, operando di concerto con la Commissione Regionale del Farmaco – ha predisposto i documenti aventi ad oggetto "Linee di indirizzo sulla Terapia farmacologica con Inibitori di Pompa Protonica (IPP)" e "Inibitori di pompa protonica - Definizione indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva", al fine di perseguire l'appropriatezza prescrittiva dei predetti farmaci nonché di ottenere, nell'anno 2012, le economie previste e possibili. Detti documenti sono stati approvati con Decreto commissariale n. 04/2012, con il quale la Regione ha contestualmente individuato gli indicatori da monitorare al fine di: incentivare, nell'ambito della predetta categoria terapeutica, l'uso di farmaci a brevetto scaduto ed evitare l'uso di IPP al bisogno e fuori dalle condizioni previste dalle NOTE AIFA.

Normativa Nazionale

- Legge n. 449/1997: Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica;
- Art. 5, commi 1, 4 e 5 del D.L. 159/2007, convertito con modificazioni dalla L. 222/2007 e s.m.i.;
- Art. 22 comma 3 del D.L. 78/2009, convertito con modificazioni dalla L. 102/2009;
- Art. 15 del D.L. 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012.

Disposizioni Regionali

- DGR 675/05 e s.m.i.: Centro di Informazione Indipendente sui Medicinali (CIIM);
- DGR 663/2007: Determina Servizio assistenza Farmaceutica e Trasfusionale DG8/148 del 11.09.2012 (Centri ormone somatotropo);
- DCA 04/2012: Indirizzi alle aziende sanitarie in materia farmaceutica ai fini del contenimento della spesa e della appropriatezza prescrittiva – inibitori di pompa protonica.

Obiettivi Programmati

La Regione intende contenere la spesa e migliorare l'appropriatezza prescrittiva mediante interventi sulle categorie di farmaci "alto spendenti", al fine di garantire il rispetto dei tetti assegnati dalla vigente normativa per la Spesa Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale attraverso:

- Lo sviluppo di linee guida di indirizzo dell'attività prescrittiva nella Medicina Generale o in ambito specialistico per categorie di farmaci alto spendenti;
- Il monitoraggio degli obiettivi posti e la verifica del loro raggiungimento da parte dei singoli prescrittori tramite indicatori costruiti sulla base dei flussi aziendali disponibili, in particolare con il supporto del Sistema Tessera Sanitaria (Come specificato all'Azione 9 paragrafo 4.2.9 Budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del sistema Tessera Sanitaria).

Risultati e Crono programma

- Individuazione della/delle categorie terapeutiche da sottoporre a monitoraggio entro il 30.11.2013;
- Definizione degli indicatori di appropriatezza entro il 31.12.2013;
- Monitoraggio e verifica trimestrale da parte della Regione del raggiungimento degli obiettivi aziendali dal 01.01.2014;
- Revisione della/delle categorie terapeutiche da sottoporre a monitoraggio e degli indicatori che consentiranno il monitoraggio dal 01.01.2014.

Indicatori di Risultato

- Delta indicatori di appropriatezza per le classi terapeutiche oggetto del monitoraggio attraverso il confronto con il valore dell'obiettivo fissato.

Impatto economico

Il valore dell'impatto economico di tale intervento sulla spesa farmaceutica verrà calcolato in seguito alla definizione delle categorie dei farmaci che verranno sottoposti a monitoraggio. Si prevede comunque, sotto l'ipotesi di consumi costanti, una spesa non superiore a quella attualmente registrata per tali farmaci.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

4.2.6 AZIONE 6: Razionalizzazione della prescrizione e dell'utilizzazione di medicinali biosimilari

Azione di Contenimento

Contesto di riferimento

La Commissione Regionale del Farmaco (CRF) ha approvato il Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) nella sua prima versione con DGR 503 del 09.06.2008 e ha successivamente provveduto ad aggiornarlo con periodiche Determine Dirigenziali.

Per ogni farmaco inserito in PTR vengono riportati:

- ambiti di rimborsabilità e concedibilità SSN (classe A,H,C ed eventuale NOTA AIFA di riferimento);
- particolari modalità prescrittive (Piano Terapeutico - PT-Template, Richiesta Motivata Personalizzata - RMP, Scheda AIFA, ecc);
- eventuali limitazioni prescrittive;
- particolari modalità di monitoraggio;
- riferimento ad importanti segnalazioni di farmacovigilanza.

Per alcuni farmaci per cui la CRF ha ritenuto opportuno definire requisiti specifici per la verifica dell'eleggibilità del paziente ed il rispetto delle indicazioni rimborsate, nonché monitorarne l'impiego in ragione della scarsa maneggevolezza, alto costo e basso indice terapeutico, la proposta terapeutica e/o la richiesta dei predetti farmaci deve essere effettuata utilizzando un'apposita RMP o un PT Template siccome definiti dalla CRF.

Normativa Nazionale

- Art. 5, commi 1, 4 e 5 del D.L. 159/2007, convertito con modificazioni dalla L. 222/2007 e s.m.i.;
- Art. 22 comma 3 del D.L. 78/2009, convertito con modificazioni dalla L. 102/2009;
- Art. 15, comma 13 DEL D.L. 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012;
- Da Art. 10 a art. 12 del D.L. 158/2012, , convertito con modificazioni dalla L. 189/2012.

Disposizioni Regionali

- DGR 503 del 09.06.2008: Approvazione del Prontuario Terapeutico Regionale.

Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Mettere a disposizione dei Servizi Farmaceutici Territoriali e Ospedalieri le RMP e i PT Template quali strumenti per valutare l'appropriatezza prescrittiva, nonché il rispetto delle limitazioni imposte dal PTR;
- Potenziare la farmacovigilanza ed ottenere la piena tracciabilità di tutte le operazioni di prescrizione e dispensazione per i farmaci a maggior rischio di in appropriatezza.

Risultati e Crono programma

- Identificazione dei principi attivi a maggior rischio di in appropriatezza entro il 31.12.2013;
- Definizione di RMP/PT template per i singoli principi attivi individuati entro il 31.12.2013;
- Predisposizione del modello di reportistica da compilare a cura delle AA.SS.LL entro il 31.12.2013;
- Attivazione del monitoraggio dei dati messi a disposizione dalle AA.SS.LL dal 01.01.2014;
- Monitoraggio per il tramite della CRF del rispetto delle indicazioni e limitazioni indicate in PTR sulla base dei dati inviati dalle AA.SS.LL dal 01.01.2015.

Indicatori di Risultato

- Aumento del numero di RMP e PT template per i principi attivi a maggior rischio di in appropriatezza.

Impatto economico

Il valore dell'impatto economico di tale intervento sulla spesa farmaceutica verrà calcolato in seguito alla definizione dei farmaci la cui prescrizione dovrà essere soggetta a RMP o PT Template. Si prevede comunque una spesa non superiore a quella attualmente registrata per tali farmaci, per l'atteso aumento del livello di appropriatezza d'uso.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

4.2.7 AZIONE 7: Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale – Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva nello specifico di medicinali autorizzati dall'AIFA

Azione di Contenimento

Azioni di Commitment

Contesto di riferimento

Come è noto:

- con specifiche determinazioni pubblicate in Gazzetta Ufficiale, l'Agenzia Italiana del Farmaco ha previsto che l'utilizzo di taluni farmaci richieda la compilazione di apposite schede di raccolta dati, istituendo a tal fine, i Registri di Monitoraggio AIFA (<http://monitoraggio-farmaci.agenziafarmaco.it>);
- i registri di monitoraggio sono strumenti introdotti con l'obiettivo di promuovere l'appropriatezza prescrittiva di farmaci innovativi ad alto costo, raccogliere dati post-marketing per definirne l'efficacia nella reale pratica clinica e governare i meccanismi di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale permettendo una gestione informatizzata di tutte le fasi del processo di approvvigionamento, dispensazione e rimborso del farmaco.

Per alcuni farmaci innovativi sottoposti a monitoraggio pubblicati all'interno del predetto sito internet, l'AIFA ha disposto particolari sistemi di rimborsabilità attraverso la stipula di accordi negoziali con le Aziende Farmaceutiche titolari delle relative AIC (Autorizzazione Immissione in Commercio) di condivisione del rischio in caso di fallimento di un trattamento (*payment by results, cost-sharing, risk-sharing*).

L'obiettivo perseguito è quello di monitorare l'appropriatezza d'uso dei farmaci – sia in ambito ospedaliero che al domicilio del paziente – di recente immissione in commercio il cui profilo di sicurezza ed efficacia necessiti di un monitoraggio attento e costante sia nell'ottica della tutela del paziente che dell'utilizzo delle risorse a disposizione del SSN.

Poiché la mancata o incompleta o non corretta gestione di tutte le fasi relative alle procedure di rimborso dei medicinali, siccome esplicitato nel dettaglio nel presente provvedimento, è causa di un mancato recupero delle spese sostenute per l'acquisto di detti medicinali da parte delle Aziende Sanitarie, si è reso necessario definire un percorso che garantisca il monitoraggio di tutte le fasi delle procedure definite dalla stessa AIFA all'uopo riportate nella "Guida al sistema" presente nei Registri AIFA.

Con Decreto commissariale n. 7/2011 la Regione Abruzzo ha fornito specifiche direttive alle AA.SS.LL. della regione sul recupero degli extra sconti stabiliti dall'Agenzia Italiana del Farmaco attraverso gli accordi negoziali con le aziende farmaceutiche.

Normativa Nazionale

- Art. 48 del D.L. 269/2003, convertito con modificazioni dalla L. 326/2003;
- Determinazioni AIFA di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC)
- Art. 5, commi 1, 4 e 5 del D.L. 159/2007, convertito con modificazioni dalla L. 222/2007 e s.m.i.;
- Art. 22 comma 3 del D.L. 78/2009, convertito con modificazioni dalla L. 102/2009;
- Art. 15 DEL D.L. 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012.

Disposizioni Regionali

- DCA 7/2011: la Regione Abruzzo ha fornito specifiche direttive alle AA.SS.LL. della regione sul recupero degli extra sconti stabiliti dall'Agenzia Italiana del Farmaco attraverso gli accordi negoziali con le aziende farmaceutiche.

Obiettivi Programmati

La Regione intende perseguire, nel triennio 2013-2015, la completa e puntuale attuazione del sistema di monitoraggio dell'appropriatezza d'uso dei farmaci – sia in ambito ospedaliero che al domicilio del paziente – di recente immissione in commercio il cui profilo di sicurezza ed efficacia necessita di un monitoraggio attento e costante sia nell'ottica della tutela del paziente che dell'utilizzo delle risorse a disposizione del SSN. Risulta importante a tal fine la chiusura di tutte le schede di fine trattamento del Registro Monitoraggio Farmaci Oncologici, con particolare riferimento a quelle per le quali è previsto il sistema di condivisione del rischio.

Risultati e Crono programma

- Prosecuzione delle azioni già poste in essere con il Decreto commissariale n. 7/2011 relativamente ai medicinali autorizzati dall'AIFA in combinazione con procedure di *payment by results*, *risk-sharing*, *cost-sharing* e rispetto dei vincoli da parte dei centri prescrittori per tutto il triennio.

Indicatori di Risultato

- Aumento dell'appropriatezza d'uso dei farmaci di recente immissione in commercio e razionalizzazione delle risorse a disposizione del SSN;
- Numero di schede di fine trattamento compilate nei tempi previsti dalle singole procedure negoziali: confronto con l'anno precedente.

Impatto economico

Non valutabile per l'impossibilità di determinare a priori il numero di trattamenti a cui applicare le procedure di rimborso.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

4.2.8 AZIONE 8: Iniziative di efficientamento organizzativo nel monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici e incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti

Azione di Contenimento

Azione di Co-finanziamento

Contesto di riferimento

Sia nel Programma Operativo 2010 che nel Programma Operativo 2011-2012 la Regione ha previsto l'incentivazione della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto al fine di perseguire contemporaneamente il contenimento della spesa ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. La Regione intende adottare successive misure finalizzate al progressivo contenimento della spesa farmaceutica convenzionata per le categorie d'interesse, dando prosecuzione alle misure già adottate nel triennio 2010-2012. Con il Decreto commissariale n. 23/2013 la Regione ha fornito alle Aziende sanitarie gli obiettivi e gli indirizzi per la prescrizione di farmaci equivalenti per l'anno 2013.

Normativa Nazionale

- Art. 11 comma 7b del DL 78/2010, convertito in L. 122/2010;
- Art. 13 del D.L. 39/2009, convertito con modificazioni in L. 77/2009 e s.m.i.;
- Documento AIFA 19.07.2012 (Indicatori di Programmazione e Controllo dell'assistenza farmaceutica convenzionata – Aggiornamento).

Disposizioni Regionali

- DCA 3/2012: indirizzi alle aziende sanitarie – obiettivi prescrizione farmaci equivalenti anno 2012;
- DCA 23/2013: indirizzi alle aziende sanitarie obiettivi prescrizione farmaci equivalenti anno 2013.

Obiettivi Programmati

La Regione intende incrementare le prescrizioni di farmaci equivalenti mediante:

- iniziative che evitino il fenomeno della modifica del mix prescrittivo, successivamente o immediatamente prima della perdita del brevetto;
- iniziative che consentano ad ogni ASL di allinearsi al comportamento più virtuoso della ASL cd. "best in class" per quanto riguarda la % di prescrizioni di farmaci equivalenti nell'ambito di categorie terapeutiche predefinite.

Per la scelta delle categorie terapeutiche da sottoporre al monitoraggio, effettuato attraverso il supporto del sistema Tessera Sanitaria, sarà preso quale riferimento il documento pubblicato il 19 luglio 2012 dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) quale aggiornamento al documento prodotto in applicazione del DL 78/2010 - Art. 11 comma 7b - convertito in legge 30 luglio 2010 n°122.

Risultati e Crono programma

- Aggiornamento da parte del Servizio Assistenza Farmaceutica degli obiettivi da assegnare ai prescrittori entro il primo trimestre di ogni anno;
- Formalizzazione attraverso provvedimento regionale degli obiettivi posti alle ASL entro il primo trimestre di ogni anno;
- Monitoraggio e verifica da parte della Regione del raggiungimento degli obiettivi aziendali per tutto il triennio;
- Monitoraggio e verifica da parte delle ASL del raggiungimento degli obiettivi da parte dei singoli prescrittori per tutto il triennio.

Indicatori di Risultato

- Delta spesa farmaceutica convenzionata per le classi terapeutiche inserite negli obiettivi regionali di contenimento della spesa.

Impatto economico

Le Azioni dell'intervento in esame si prefiggono l'obiettivo specifico di incrementare la prescrizione di farmaci equivalenti ed evitare il fenomeno della modifica del mix prescrittivo verso diverse specialità medicinali alla scadenza – o in prossimità della scadenza - della copertura brevettuale dei principi attivi.

Nella stima del tendenziale sono state considerate le simulazioni condotte che, per la voce "Farmaceutica convenzionata" valutano una riduzione massima teorica pari a 6,14 €/mln, di cui:

- 3,75 €/mln dovuti alla scadenza brevettuale dei principi attivi secondo la lista dei CCP (Certificati complementari di protezione);
- 2,39 €/mln dovuti allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto nel 2012 per categorie oggetto di monitoraggio (la stima iniziale è stata abbattuta prudenzialmente del 20%).

Le simulazioni sono state condotte in base alle evidenze storiche disponibili e per categorie terapeutiche predefinite, dei principi attivi prescritti in passato anche successivamente alla perdita del brevetto di specifici prodotti.

A tal fine sono state individuate:

- le categorie terapeutiche oggetto del monitoraggio in base al volume di prescrizioni registrate per l'anno 2012 e alla scadenza brevettuale dei principi attivi in esse contenute;

- i principi attivi con brevetto scaduto fino a dicembre 2012 dato che non sono presenti principi attivi in scadenza nell'anno 2013, contenuti all'interno delle categorie terapeutiche di cui al punto precedente.

È stato, quindi, costruito un indicatore che tiene conto dei volumi prescritti di farmaco equivalente:

- considerando sia i volumi storici, espressi in DDD (dosi prescritte) sia i volumi di prescrizione attesi in ragione dei prodotti per i quali è prevista la scadenza nel corso dell'esercizio dell'anno 2013;
- ipotizzando sul consumo dei principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza, un riallineamento dei comportamenti verso le performance di eccellenza costituite dai valori di % farmaco equivalente fissati come obiettivi per ogni specifica categoria terapeutica.

Per l'anno 2013, gli obiettivi sono stati fissati con il seguente criterio:

- E' stata assegnata come obiettivo la % farmaco equivalente (FE) della ASL con la % farmaci equivalenti maggiore (ASL *best-in-class*) a cui è stato sommato 1% , secondo i seguenti criteri:
 - categorie terapeutiche per cui la % FE obiettivo 2012 era stata raggiunta;
 - categorie terapeutiche introdotte per la prima volta nel 2013;
 - categorie terapeutiche definite in maniera diversa rispetto al 2012.
- E' stata riassegnata la % FE obiettivo dell'anno 2012 per le categorie terapeutiche, definite in maniera identica rispetto all'anno 2012, per le quali nessuna ASL aveva fatto registrare il raggiungimento dell'obiettivo fissato.

Nella Tabella 25 sono mostrati gli effetti scadenza brevettuale dei principi attivi secondo la lista dei CCP (Certificati complementari di protezione) secondo una simulazione effettuata:

- ipotizzando consumi costanti;
- applicando una riduzione di 50% del prezzo al pubblico a partire dal mese successivo a quello previsto per la scadenza del brevetto.

Tabella 25 – Simulazione del risparmio 2013 dovuto alla scadenza brevettuale secondo lista dei CCP

| Economie attese per il 2010 da scadenza brevettuale di principi attivi secondo lista CCP | | | | | | |
|--|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------|
| Principi attivi in scadenza 2013 | DDD GEN-NOV 2012 | SPESA LORDA GEN-NOV 2012 | SPESA LORDA 2012 (STIMA) | Mese scadenza 2013 | SPESA LORDA 2013 (stima) | Risparmio 2013 |
| Salmeterolo Xinafoato + Fluticasone | 2.430.570 | 5.664.484 | 6.179.438 | 9 | 5.407.008 | 772.430 |
| Insulina Gargine | 1.827.763 | 3.891.895 | 4.245.703 | 2 | 2.476.660 | 1.769.043 |
| Irbesartan + Idroclorotiazide | 2.927.540 | 2.785.840 | 3.039.099 | 10 | 2.785.840 | 253.258 |
| Rivastigmine | 291.523 | 1.331.195 | 1.452.213 | 3 | 907.633 | 544.580 |
| Repaglinide | 1.459.946 | 559.530 | 610.396 | 8 | 508.663 | 101.733 |
| Rizatriptan | 110.500 | 454.597 | 495.924 | 2 | 289.289 | 206.635 |
| Prulifloxacin | 68.099 | 452.980 | 494.160 | 10 | 452.980 | 41.180 |
| Ziprasidone Mesilato | 38.388 | 140.871 | 153.678 | 2 | 89.645 | 64.032 |
| TOTALE | 9.154.328 | 15.281.393 | 16.870.811 | | 12.917.720 | 3.752.891 |

La simulazione del risparmio atteso nel 2013 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto o in scadenza nel 2013 per le categorie oggetto di monitoraggio misura, invece, la diminuzione teorica di spesa lorda sotto l'ipotesi che tutte le ASL raggiungano gli obiettivi fissati (Tabella 26).

La stima ottenuta è stata abbattuta prudenzialmente del 20% per tenere conto del rischio associato all'ipotesi di allineamento di tutte le ASL al valore dell'obiettivo.

In Tabella 26 è altresì riportata l'incidenza percentuale del consumo (DDD) di principi attivi con brevetto scaduto o in scadenza all'interno delle categorie terapeutiche oggetto di monitoraggio nel periodo gennaio - novembre 2012 e il valore fissato come obiettivo.

Tabella 26 – Simulazione del risparmio 2013 dovuto allo spostamento delle prescrizioni verso specialità con PA scaduto o in scadenza

| Economie attese da spostamento prescrizioni verso specialità con principio attivo scaduto | | | | | |
|---|--------------------|--------------------------|-------------------|-----------------------------|------------------|
| Categorie terapeutiche | DDD gen-nov 2012 | spesa lorda gen-nov 2012 | % DDD equivalenti | obiettivo 2013 ^A | Risparmio 2013 |
| 01 - ACE+DIURETICI E ACE+CALCIO ANTAG | 16.619.194 | 7.132.693 | 1 | 0,701 | 141.678 |
| 02 - SARTANI | 23.710.783 | 10.304.212 | 1 | 0,724 | 274.214 |
| 03 - SARTANI + DIURETICI | 15.690.220 | 10.120.538 | 1 | 0,754 | 192.206 |
| 04 - ACE/ACE+SARTANI | 61.818.151 | 16.488.651 | 1 | 0,645 | 420.057 |
| 05 - ACE + DIURETICI/ACE + DIURETICI E SARTANI + DIURETICI | 29.067.704 | 15.748.476 | 0 | 0,494 | 194.321 |
| 06 - CALCIO ANTAGONISTI | 22.285.309 | 5.589.758 | 1 | 0,902 | 41.387 |
| 07 - STATINE | 25.293.549 | 16.168.775 | 1 | 0,744 | 658.535 |
| 08 - ANTIDEPRESSIVI | 16.581.896 | 10.515.430 | 1 | 0,719 | 338.787 |
| 09 - ANTIINFIAMMATORI - CORTISONICI INAL. | 3.005.783 | 2.981.429 | 1 | 0,916 | 38.049 |
| 10 - BRONCODILATATORI | 1.812.872 | 1.158.834 | 1 | 0,862 | 88.229 |
| TOTALE CATEGORIE | 215.885.462 | 96.208.795 | | | 2.387.463 |

Pertanto il risparmio stimato per l'anno 2013 è pari a 6,14 €/mln; prudenzialmente viene mantenuto costante il risparmio per gli anni 2014-15.

Le simulazioni sono state condotte in base alle evidenze storiche disponibili e per categorie terapeutiche predefinite, dei principi attivi prescritti in passato anche successivamente alla perdita del brevetto di specifici prodotti.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

4.2.9 AZIONE 9: Budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria

Azione di Contenimento

Azione di Copriorimento

Contesto di riferimento

La Regione Abruzzo ha attivato un sistema unico regionale di reportistica a partire dal IV trimestre 2011 al fine di monitorare le prescrizioni effettuate da MMG e PLS e di valutare la loro appropriatezza. Il processo che ha portato all'identificazione degli indicatori per il monitoraggio e alla definizione degli obiettivi fissati per i MMG è stato condiviso con i Servizi Farmaceutici delle ASL e con le associazioni di Medicina Generale. Il monitoraggio prevede inoltre l'applicazione di un sistema premiante per i MMG che migliorano la loro appropriatezza prescrittiva nonché definisce i MMG "altospendenti" la cui attività prescrittiva va monitorata dalle ASL con la costruzione di indicatori ad hoc.

Il sistema di valutazione si basa sul posizionamento del MMG secondo la sua spesa pro-capite (SpC) in una delle sei classi di SpC definite attorno alla SpC media della ASL con la SpC media più bassa. Il criterio utilizzato per la costruzione del sistema di valutazione dell'attività prescrittiva dei MMG permette di ridefinire le fasce di SpC annualmente tenendo conto dei risultati conseguiti nell'anno precedente. In conseguenza alla valutazione fatta su singolo medico, viene distribuita la quota variabile da ACN (Governato Clinico), commi 15, 16, 17, 18, 19, 20 art. 59 lett b) ACN Medicina Generale. La parte di quota variabile, teoricamente distribuita in parti uguali tra tutti i medici, sarà assegnata al singolo medico in base alla afferenza ad una delle classi di spesa definite.

La reportistica inviata mensilmente al MMG contiene inoltre 15 indicatori di appropriatezza che rappresentano strumenti utili per consentire al medico una valutazione sulla sua attività. Di tali indicatori, riguardano l'utilizzo di farmaci equivalenti secondo quanto esposto nelle Azioni 5 e 8 (paragrafi 4.2.5 e 4.2.8) sono relativi all'appropriatezza dell'uso degli IPP, dei sartani, delle statine e dei farmaci per l'osteoporosi.

Normativa Nazionale

- Art. 5, commi 1, 4 e 5 del D.L. 159/2007, convertito con modificazioni dalla L. 222/2007 e s.m.i.;
- Art. 22 comma 3 del D.L. 78/2009, convertito con modificazioni dalla L. 102/2009;

Disposizioni Regionali

- DCA 23/2011: Interventi in materia farmaceutica ai fini del contenimento della spesa e dell'appropriatezza prescrittiva – modifica ed integrazione DRG n.10865 e n.1539 del 27.12.2006;
- DCA 41/2011: Disposizioni inerenti la prescrizione dell'ormone somatotropo (GH) di cui alla NOTA AIFA 39 a favore dei pazienti in età evolutiva – requisiti minimi per l'individuazione dei centri prescrittori;
- DCA 51/2011: Reportistica per medici di medicina generale ai fini del monitoraggio della spesa farmaceutica e dell'appropriatezza descrittiva – DCA 23/2011 – disposizioni applicative;
- DCA 23/2013: Indirizzi alle aziende sanitarie – obiettivi prescrizione farmaci equivalenti anno 2013.

Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- dare prosecuzione al sistema di incentivazione dei prescrittori in linea con gli obiettivi della programmazione regionale, basato sulla definizione di "alto spendente";
- aggiornare gli obiettivi di spesa per i MMG tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente per poter pervenire ad una riduzione della spesa lorda pro-capite pesata e aumento dell'appropriatezza prescrittiva.

Risultati e Crono programma

- Ridefinizione delle classi di spesa pro capite pesata (SpC) entro il primo trimestre di ogni anno;
- Aggiornamento dell'obiettivo di SpC da assegnare ai medici prescrittori secondo i valori osservati nell'anno precedente entro il primo trimestre di ogni anno;
- Monitoraggio da parte delle ASL del raggiungimento degli obiettivi da parte dei singoli prescrittori per tutto il triennio;
- Valutazione della performance dei medici entro il primo trimestre di ogni anno;
- Applicazione del sistema premiante entro il primo trimestre di ogni anno.

Indicatori di Risultato

- Delta numero medici prescrittori "alto spendenti": confronto con l'anno precedente;
- Delta spesa convenzionata al netto dei farmaci appartenenti al PHT: confronto con l'anno precedente.

Impatto economico

Allo stato attuale non è definibile l'impatto dell'intervento in oggetto sulla spesa farmaceutica pro-capite dei medici di medicina generale. La valorizzazione economica viene effettuata ogni anno in seguito all'aggiornamento degli obiettivi di spesa (Azione 8).

Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

4.3 INTERVENTO 7: Investimenti in conto capitale**4.3.1 AZIONE 1: Razionalizzazione degli investimenti e modalità di accesso al finanziamento regionale**

Azione di Contenimento

Azioni di Coordinamento

Contesto di Riferimento

La Regione Abruzzo intende avviare un'attività di ricognizione delle grandi "apparecchiature" di proprietà e non di proprietà (leasing, comodato, service...) aziendale, con indicazione dei costi di acquisto e/o canone e dei contratti correlati per la manutenzione e/o global service.

Tale attività risulta necessaria al fine di poter quantificare il numero esatto di macchine funzionanti e valutare l'eventuale necessità di reperimento di macchine aggiuntive per soddisfare il fabbisogno definito per ciascuna rete di assistenza regionale (ospedaliera, ambulatoriale, residenziale). A tal proposito, si sottolinea che la rilevazione del parco macchine attraverso il flusso ministeriali HSP 14 risulta incompleta e non esaustiva e pertanto non utilizzabile al fine della ricognizione se non integrata.

Si sottolinea, inoltre, che la L.228/2012 ha rimodulato il regime di ammortamento per i cespiti acquistati in conto capitale e che pertanto tale normativa avrà un impatto sui Conti Economici delle Aziende.

Normativa Nazionale

- L. 228/2012 art.1 comma 36 L.228/2012: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013)

Obiettivi Programmati

La Regione, presso ciascuna Asl, intende avviare un processo strutturato come segue:

- rilevazione anagrafe di tutte le apparecchiature in essere (proprietà e/o non proprietà) e riconciliazione tra i libri contabili "Inventario" e "Libro cespiti" e con il flusso ministeriale HSP 14, con indicazione di:
 - numero e tipologia macchine;
 - reparto e/o ambulatorio e/o servizio di assegnazione;
 - costo di acquisto e/o canone annuo;
 - rispondenza rispetto al fabbisogno;
 - piano degli ammortamenti correlati;
 - modalità di finanziamento;
 - canone di manutenzione e/o global service con indicazione della classe di complessità di manutenzione;
 - tempo di utilizzo (ciclo di vita utile).
- rimodulazione delle tariffe e dei canoni annui di utilizzo e manutenzione anche global service correlati direttamente con la numerosità delle macchine disponibili e loro classi di manutenzione;
- stesura di un piano triennale degli investimenti e presentazione dello stesso al Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie supportato dal Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie della Direzione Politiche della Salute al fine della valutazione gestionale ed economico – finanziaria.

A tal proposito si specifica che, a seguito della valutazione integrata dei quattro piani aziendali da parte dei Servizi competenti della Direzione Politiche della Salute, verranno definiti i vincoli di spesa per investimenti per ciascuna Asl e che le stesse saranno tenute a rispettarli nell'arco di tutto il triennio e comunque fino a nuova comunicazione.

Si specifica, inoltre, che il fabbisogno di apparecchiature dovrà essere soggetto a verifica e conferma e/o rettifica con cadenza annuale.

La Regione definisce che ciascuna richiesta di nuovo investimento dovrà essere soggetta alla procedura di seguito esplicitata:

- invio da parte delle Aziende Sanitarie del piano triennale degli investimenti con indicazione di:
 - numero e tipologia macchine;
 - reparto e/o ambulatorio e/o servizio di assegnazione;
 - costo di acquisto e/o canone annuo;
 - rispondenza rispetto al fabbisogno (ospedaliero, ambulatoriale, residenziale);
 - piano degli ammortamenti correlati;
 - modalità di finanziamento;
 - canone di manutenzione e/o global service con indicazione della classe di complessità di manutenzione;
 - tempo di utilizzo (ciclo di vita utile).
- valutazione, attraverso la metodologia *Health Technology Assessment* - HTA, delle richieste di investimento inviate dalle Aziende da parte del Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie con il supporto del Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie;
- adozione della delibera di assegnazione del finanziamento regionale o delibera di autorizzazione all'investimento con risorse proprie aziendali;
- completamento della procedura di acquisto da parte della Asl.

Risultati e Crono programma

- Formalizzazione procedura per l'autorizzazione all'acquisto di apparecchiature da parte del Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie entro il 31.10.2013;
- Completamento ricognizione grandi apparecchiature da parte delle Asl entro il 31.12.2013;
- Presentazione del piano triennale degli investimenti da parte delle Asl e verifica da parte del Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie supportato dal Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie;
- Presentazione report di sintesi da parte delle Asl e verifica da parte del Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie congiuntamente con il Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie relativo a macchinari e costi di manutenzione e/o global service entro il 31.12 di ogni anno.

Indicatori di risultato

- Numero macchine funzionanti con dettaglio di tutte le seguenti informazioni:
 - numero e tipologia macchine;
 - reparto e/o ambulatorio e/o servizio di assegnazione;
 - costo di acquisto e/o canone annuo;
 - rispondenza rispetto al fabbisogno (ospedaliero, ambulatoriale, residenziale);
 - piano degli ammortamenti correlati;
 - modalità di finanziamento;
 - canone di manutenzione e/o global service con indicazione della classe di complessità di manutenzione;
 - tempo di utilizzo (ciclo di vita utile).
- Numero e costo contratti di leasing e/o comodato esistenti;

- Numero e costo contratti di manutenzione e/o global service esistenti.

Impatto economico

L'effetto economico della ricognizione delle apparecchiature non è al momento stimabile in quanto la rilevazione dei dati non è stata ancora completata, ed i suoi effetti sono legati alla durata pluriennale dei contratti già posti in essere. È ragionevole attendersi un allineamento dei costi relativi a manutenzione e/o global service alla quantità di macchine effettivamente utilizzate nelle Aziende che, nel caso di mal funzionamenti e/o dismissioni, potrebbe comportare un risparmio.

Si ribadisce che per tutti i nuovi investimenti sarà valutata la sostenibilità economico – finanziaria all'interno del vincolo di spesa definito per ciascuna azienda e nel rispetto dell'equilibrio della gestione aziendale.

Responsabile del procedimento

Servizio programmazione economico – finanziario e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie;

Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie.

4.3.2 AZIONE 2: Razionalizzazione degli spazi aziendali

Azione di Contenimento

Contesto di Riferimento

La Regione Abruzzo intende avviare un'attività di ricognizione degli spazi aziendali di proprietà e/o in locazione al fine di razionalizzare eventuali canoni di affitto degli immobili di terzi e di ricondurre gli stessi entro il valore target definito dall'Agenzia del Territorio (canone al mq).

Si è evidenziata, infatti, una scarsa attenzione da parte delle Aziende in merito agli spazi aziendali, non solo per quanto riguarda gli importi dei contratti di locazione, ma anche l'effettiva conoscenza e utilizzo di tali spazi.

Disposizioni Regionali

- L.R. 28 Dicembre 2006, n.47: Legge finanziaria regionale 2007

Obiettivi Programmati

La Regione intende effettuare una ricognizione attenta e puntuale delle singole realtà aziendali, che porti ad un piano di riorganizzazione degli spazi utilizzati e permetterà di trarre benefici in varie aree:

- razionalizzazione del costo di locazione passiva ed aumento dei ricavi derivanti dalla locazione attiva;
- individuazione di spazi male o non utilizzati che potrebbero essere destinati ad altre attività o dismessi mediante alienazione per il reperimento di risorse utili ad incrementare gli investimenti sanitari;
- programmazione dell'utilizzazione dei proventi provenienti da eventuali alienazioni delle strutture e/o spazi aziendali.

Risultati e Crono programma

- Completamento ricognizione spazi aziendali da parte delle Asl entro il 30.11.2013 con dettaglio delle seguenti informazioni:
 - Numero mq disponibili;
 - Numero mq effettivamente utilizzati con relative attività effettuate;
 - Numero mq da destinare ad altre attività e/o dismettere;

- Piano di dismissione con indicazione dei proventi;
- Stesura del piano di riorganizzazione degli spazi da parte delle Asl entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- Costo al mq per le locazioni passive;
- Risorse reperite dalla rivisitazione dei canoni di locazione.

Impatto economico

L'effetto economico della ricognizione degli immobili non è al momento stimabile in quanto la rilevazione dei dati non è stata ancora completata, ed i suoi effetti sono legati alla durata pluriennale dei contratti già posti in essere.

Responsabile del procedimento

Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie

4.3.3 AZIONE 3: Pianificazione acquisti apparecchiature

Azione di Sviluppo

Contesto di riferimento

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

Detto programma di investimenti si inserisce nell'ambito della più ampia attività del Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie di elaborazione di provvedimenti di pianificazione delle risorse a favore delle AA.SS.LL. in materia di potenziamento strutturale e tecnologico afferenti diverse linee di finanziamento e di attuazione della legge Finanziaria regionale 2007 (Art. 1, comma 5, L.R. 28 dicembre 2006, n. 47).

Normativa Nazionale

- Deliberazione CIPE 52/98: Con questa deliberazione il CIPE ha approvato il programma nazionale straordinario di investimenti in sanità, art. 20 L. 67/88, secondo e terzo triennio, assegnando alla Regione Abruzzo la somma di € 285.087.823,50 al netto della quota del 5% a carico del bilancio regionale.

Disposizioni Regionali

- LR 146/96 art. 7: Programma pluriennale degli investimenti finalizzati ai nuovi servizi da attivare e al potenziamento dei servizi già erogati;
- LR 47/2006: Finanziaria regionale 2007;
- DCA 48/2010: Accordo di Programma 2° Stralcio concerne la riqualificazione e il potenziamento tecnologico dei servizi sanitari regionali attraverso interventi sui presidi di riferimento aziendale nonché sui distretti sanitari, RSA e strutture territoriali nelle diverse provincie. Con tale documento è stata accordata la copertura finanziaria a 17 interventi il cui importo è pari a € 90.768.876,56, al lordo della quota a carico della Regione Abruzzo, comprensivo del cofinanziamento a carico delle Aziende USL.

Obiettivi Programmati

La Regione, nel triennio considerato intende portare ad attuazione gli investimenti in apparecchiature sanitarie inseriti negli "Interventi ADP secondo stralcio rimodulato" relativi al PP.OO: S. Liberatore (Atri), Mazzini (Teramo) ed al PO di Pescara salva, per quest'ultimo, la relativa ammissione al finanziamento statale.

Risultati e Crono programma

- Espletamento delle procedure di gara:
 - per l'acquisto di apparecchiature per UTIC nel PO di Atri entro il 31.12.2014;
 - per l'acquisto di apparecchiature PO Teramo entro il 31.12.2014;
 - per l'acquisto di apparecchiature PO Pescara entro il 31.12.2014;
- Monitoraggio mensile delle procedure relative all'acquisto delle apparecchiature da parte dell'ASL attraverso report informativi a cadenza mensile;
- Sopralluoghi presso i Presidi per la verifica dello stato di attuazione delle procedure di acquisto (in caso di ritardo reiterato per due mensilità consecutive nella trasmissione dei report informativi).

Indicatori di Risultato

- Ricevimento richiesta di erogazione somme da parte della ASL a seguito di acquisto della apparecchiatura.

Impatto economico

Apparecchiature per UTIC PO Atri € 330.187,00 (il 5% a Carico Regionale è già stato impegnato all'interno dei bilanci 2011 e 2012)

Apparecchiatura PO Teramo € 4.745.000,00 (il 5% a Carico Regionale è già stato impegnato all'interno dei bilanci 2011 e 2012)

Apparecchiature PO Pescara € 3.250.000,00 (il 5% a Carico Regionale è già stato impegnato all'interno dei bilanci 2011 e 2012)

Responsabile del processo attuativo

Servizio investimenti strutturali e tecnologici e patrimonio delle aziende sanitarie locali

4.4 INTERVENTO 8: Rapporti con gli erogatori privati**4.4.1 AZIONE 1: Stipula accordi e contratti con gli erogatori accreditati**

Azione di Contenimento

Azione di Contenimento

Contesto di riferimento

L'indicazione dei tetti di spesa stabiliti dalla regione per ciascuna struttura privata accreditata è lo strumento mediante il quale la Regione alloca le risorse del SSR per orientare la produzione delle strutture private verso le prestazioni maggiormente rispondenti al fabbisogno della popolazione, nel rispetto di criteri di appropriatezza ed efficienza.

A questo fine la Regione intende remunerare gli erogatori privati afferenti le prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale secondo le modalità stabilite dalle disposizioni di cui all'Art.15 del DL 95/2012.

La Regione ha recepito le prescrizioni di cui al Decreto del Ministero della Salute 18.10.2012:

- in materia di prestazioni di assistenza di specialistica ambulatoriale (Decreto commissariale n.12/2013 modificato con Decreto commissariale n.45/2013) e ad approvare il nomenclatore tariffario regionale per prestazioni di specialistica ambulatoriale;

- in materia di prestazioni di assistenza ospedaliera (Decreto commissariale n.13/2013 modificato con Decreto commissariale n.32/2013 e n.45/2013) e ad approvare il tariffario regionale per prestazioni di assistenza ospedaliera.

La remunerazione degli erogatori privati dovrà tenere presente i vincoli fissati sia dalle disposizioni regionali che dalla normativa nazionale; a tal proposito si specifica che la Regione ha recepito la riduzione dei budget come previsto dal D.L. 95/2012 – L.135/2012 negli anni 2012 e 2013 e che pertanto intende confermare tale tempestivo recepimento con Decreto Commissariale per l'anno 2014.

Per quanto concerne la remunerazione gli erogatori privati afferenti le prestazioni territoriali, si fa espresso rinvio a quanto già stabilito nell'intervento sull'assistenza territoriale (Paragrafo 3.3 e successivi).

Normativa Nazionale

- DL 95/2012 – L.135/2012 art.15, comma 14: riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto dei contratti con gli erogatori privati che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale in misura percentuale fissata da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014;
- DM 18.10.2012: Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.

Disposizioni Regionali

- DCA 47/2012 e 9/2013: Applicazione regionale DL 95/2012 –L.135/2012 tetti strutture di specialistica ambulatoriale private accreditate;
- DCA 39/2012 e 24/2013: Applicazione regionale DL 95/2012 –L.135/2012 tetti strutture ospedaliere private accreditate;
- DCA 2/2013: Remunerazione 2013 erogatori privati provvisoriamente accreditati RSA;
- DCA 3/2013: Remunerazione 2013 erogatori privati provvisoriamente accreditati RA;
- DCA 5/2013: Remunerazione 2013 erogatori privati provvisoriamente accreditati Psicoriabilitazione;
- DCA 51/2013: Remunerazione 2013 erogatori privati provvisoriamente accreditati Riabilitazione ex art.26;
- DCA 12/2013: Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale D.M 18.10.2012;
- DCA 13/2013: Approvazione Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale D.M 18.10.2012;
- DCA 32/2013: Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera D.M. 18.10.2012 - Rettifica ed integrazione Allegato "A" del DCA 13/2013;
- DCA 45/2013: Modifiche e integrazioni ai Decreti del Commissario ad Acta n. 12/2013 del 20.02.2013 "Approvazione Nomenclatore tariffario regionale per prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale – D.M. 18.10.2012" e n. 13/2013 del 20.02.2013 "Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di Assistenza Ospedaliera – D.M. 18.10.2012"

Obiettivi Programmati

La Regione intende individuare:

- l'iter procedurale per la sottoscrizione dei budget, tenendo conto delle peculiarità che caratterizzano le strutture della rete di offerta, specificando passi procedurali e tempistiche per la sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate;
- gli eventuali ulteriori aspetti critici da sottoporre a clausola contrattuale al fine della liquidazione delle prestazioni. In particolare, in raccordo con la disciplina dei controlli e dell'accreditamento, dovranno essere identificati i debiti informativi da rispettare in modo tale che la remunerazione della singola prestazione sia garantita solo nel caso in cui siano state rispettate le tempistiche e dei livelli qualitativi stabiliti per l'invio dei dati, così come previsto dagli accordi contrattuali 2013.

Risultati e Crono programma

- Completamento della sottoscrizione degli accordi contrattuali 2013;
- Definizione dei budget e definizione dei conseguenti tetti di spesa per gli anni 2014-2015 rispettivamente entro il 31.03.2014 ed il 31.03.2015;
- Adozione del Decreto di attribuzione del budget ed adozione dello schema di contratto che dovranno firmare le strutture erogatrici per gli anni 2014 e 2015 rispettivamente entro il 31.03.2014 ed il 31.03.2015;
- Sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati entro 60 gg dalla data di notifica del Decreto;
- Avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento, nell'ipotesi di mancata sottoscrizione dei contratti, ai sensi dall'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/92;
- Verifica con cadenza trimestrale da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale, della regolarità della fatturazione e della documentazione a supporto della stessa, con obbligo di aggiornamento in tempo reale dei riepiloghi sullo stato delle verifiche e dei pagamenti, al fine di allineare la spesa per gli erogatori privati entro il tetto di remunerazione massima.

Indicatori di Risultato

- Numero e valore accordi sottoscritti per gli anni 2014-15 con gli erogatori privati per ogni anno.

Impatto economico

Per l'anno 2013, stante la non sottoscrizione dei contratti da parte di alcuni erogatori alla data del 30.09.2013 ed in attesa dell'esito dei contenziosi in atto, la Regione riteneva di accantonare una quota pari a 9,1 €/min pari al valore registrato al Consuntivo 2012 per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato (in Tendenziale). Considerando il processo di negoziazione in corso che la Regione sta portando avanti con gli erogatori privati al fine di addivenire alla sottoscrizione dei contratti, si stima che gli erogatori privati verranno remunerati entro il livello delle remunerazioni massime decretate per l'anno; viene così prevista come manovra la non sussistenza del rischio sulla overproduzione dei privati per 9,1 €/min per l'anno 2013.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa, protesica e termale

Servizio Programmazione socio – assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze

Agenzia Sanitaria Regionale

4.5 INTERVENTO 9: Personale

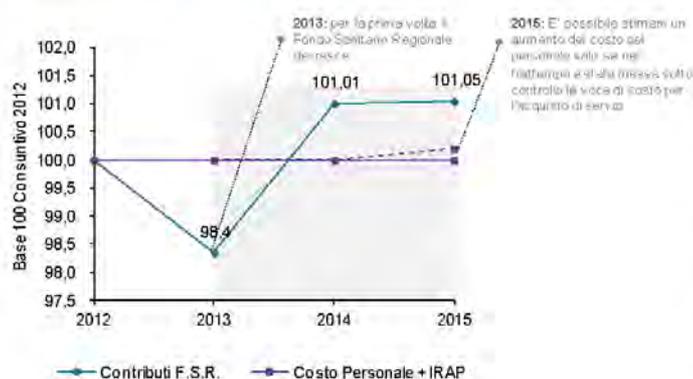
Contesto di Riferimento

La Regione per il triennio 2013-2015 dovrà continuare il già avviato processo di riordino del Servizio Sanitario Regionale nell'ottica del raggiungimento e/o mantenimento dell'obiettivo dell'equilibrio economico da parte delle singole Aziende anche alla luce della recente normativa nazionale (L. 135/2012 e L. 228/2012) che ha contribuito a costituire una situazione tendenziale per il triennio 2013-2015 caratterizzata da una sensibile minore disponibilità di risorse.

Pur avendo posto in essere una forte azione di riduzione e razionalizzazione della spesa per il personale nel corso degli ultimi anni, la voce Costo del Personale nel Conto Economico del 2012, così come nei precedenti anni, risulta essere la voce di spesa con la maggiore incidenza sul totale dei costi (35% nel CE al Consuntivo 2012), per questo motivo la Regione si impegna ad implementare interventi, siano essi di sviluppo che di contenimento, con la massima attenzione, coerentemente con tutte le altre azioni descritte nel Programma Operativo e ponendo particolare attenzione all'obiettivo del mantenimento/raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende.

È necessario infatti tener conto che lo scenario futuro sarà caratterizzato da scarsità di risorse; per i prossimi anni se il costo del personale fosse stabile (ipotesi tendenziale) si avrebbe comunque un maggior assorbimento delle risorse disponibili da parte del fattore produttivo (incremento dell'incidenza della voce di costo sui ricavi) come mostrato nella Figura 15.

Figura 15 – Costo del personale stimato vs Contributi FSR per il triennio 2013-2015 (base 100 Consuntivo 2012 di ciascuna voce)



Nonostante le variazioni preventivate per il F.S.R., per il triennio 2013-2015 si ipotizza un tendenziale a piena sostituzione del turnover con il costo del personale stimato costante rispetto ai valori della proiezione ponderata 2012.

Questo scenario potrebbe non realizzarsi e non sarebbe possibile stimare un aumento del costo del personale per assunzioni ex novo se le Aziende non riuscissero a ridurre concretamente il costo per beni e servizi.

Normativa Nazionale

- Articolo, 2, comma 71, della legge n. 191/2009 stabilisce il vincolo fondamentale in tema di spesa di personale per gli anni 2010-2012 (spesa 2004 diminuita dell'1,4%, pari a complessivi € 706.068.000) e confermato – in base alle disposizioni del D.L. n. 95/2012 convertito con modificazioni in legge in legge n. 135/2012 - fino all'anno 2015;
- L. 135/2012: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.);
- L.228/2012: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013).

Disposizioni Regionali

- DCA 45/2010: Razionalizzazione della Rete di assistenza ospedaliera;
- DCA 65/2010: per disciplinare con appositi regolamenti le ipotesi di mobilità di personale a seguito di ristrutturazione aziendale;
- DCA 05/2011: linee guida per la redazione degli atti aziendali;
- DCA 15/2011: razionalizzazione delle UU.OO.CC.;
- DCA 23/2012: Modifiche ai regolamenti per la definizione delle modalità e delle procedure per la gestione del personale in eccedenza nelle Aziende USL regionali a seguito degli interventi connessi al processo di razionalizzazione e riordino del Sistema sanitario regionale, relativi all'area della dirigenza medico- veterinaria e all'area della dirigenza S.P.T.A." che integra e sostituisce il DCA 65/2010;
- DCA 49/2012: Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle aziende USL.

4.5.1 AZIONE 1: Definizione del fabbisogno di personale

Azione di Sviluppo

Contesto di Riferimento

Nella prospettiva del completamento dell'azione di razionalizzazione del sistema sanitario regionale attuata in coerenza con quanto stabilito dapprima nel Programma Operativo 2010 e successivamente nei Programmi Operativi 2011-2012, è necessario che le Aziende regionali muovano verso l'obiettivo di una riprogrammazione complessiva dei propri fabbisogni di personale. Tale obiettivo di riprogrammazione, da realizzarsi mediante la rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali conformemente alle linee di indirizzo regionali dettate dal Decreto Commissariale n.49/2012 e l'adozione dei relativi provvedimenti consequenziali, deve essere conseguito comunque nell'imprescindibile rispetto dei tetti di spesa fissati da normativa nazionale per il triennio 2013-2015.

Obiettivi Programmati

La Regione intende procedere a verificare la conformità delle dotazioni organiche, redatte dalle Aziende sanitarie, alle linee di indirizzo regionali stabilite con Decreto commissariale n.49/2012 formulando, ove nel caso, eventuali rilievi.

Al termine della procedura sopra descritta si procederà alla rideterminazione dei fondi contrattuali da ricalibrare in relazione alle nuove dotazioni organiche aziendali e perseguendo un tendenziale riallineamento della quota fondi pro-capite per la contrattazione integrativa con la media nazionale; unitamente a tale processo andrà inoltre implementata un'azione di monitoraggio periodico, con cadenza annuale, sulla consistenza dei fondi relativi alla contrattazione integrativa aziendale e sulle modalità di utilizzo degli stessi da parte delle ASL.

Per quanto attiene agli obiettivi di carattere economico-finanziario, si evidenzia che, con la rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali, sarà possibile quantificare nel dettaglio il costo della stessa e tale costo rappresenterà a regime (una volta cioè consolidata la relativa spesa ed attuati gli interventi necessari ad adeguare lo status quo ai nuovi parametri) il limite di spesa cui le Aziende dovranno attenersi per gli anni futuri, fatti salvi eventuali ulteriori interventi normativi o programmatori, statali o regionali, che dovessero nel frattempo venire ad incidere sulla materia in questione. In questo modo la Regione potrà monitorare l'effettivo rispetto delle disposizioni regionali in tema di autorizzazione all'assunzione di personale e di rispetto dei tetti di spesa come definiti all'Azione 2 (Paragrafo 4.5.2 Vincoli per le assunzioni di personale).

Inoltre, sempre nell'ambito del completamento del disegno complessivo di riordino, occorre completare il processo, già in atto, di razionalizzazione delle unità operative complesse e semplici (in attuazione degli standard stabiliti dal c.d. Comitato LEA nella seduta del 26.3.2012) e degli incarichi di coordinamento e delle posizioni organizzative (in attuazione di quanto stabilito nell'Allegato 3 al P.O. 2010) anche al fine dell'aggiornamento degli atti aziendali.

Risultati e Crono programma

- Verifica di conformità delle dotazioni organiche aziendali rispetto alle linee di indirizzo regionali e formulazione di eventuali rilievi entro il 15.10.2013;
- Adozione da parte della Regione delle linee di indirizzo alle ASL per la rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale entro il 30.11.2013;
- Rideterminazione da parte delle ASL dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale entro il 31.12.2013;
- Implementazione di un attività di monitoraggio, con cadenza annuale, da parte della Regione sulla consistenza dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale delle ASL e sulle modalità di utilizzo dei medesimi (invio dei dati relativi alla consistenza e all'utilizzo dei fondi nell'anno precedente da parte delle ASL entro il 31 marzo di ciascun anno, a partire dal 2014 con riferimento all'anno 2013).

Indicatori di risultato

- Avvenuta rideterminazione da parte delle Aziende delle dotazioni organiche in conformità con le linee di indirizzo regionali (DCA 49/2012);
- Avvenuta adozione da parte della Regione Abruzzo delle linee di indirizzo alle ASL per la rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale.
- Avvenuta rideterminazione da parte delle ASL dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale in attuazione delle linee di indirizzo regionali;
- Attivazione del monitoraggio regionale, con cadenza annuale, sulla consistenza dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale delle ASL e sulle modalità di utilizzo dei medesimi.

Impatto economico

Non è possibile procedere al momento ad una definizione dell'impatto economico connesso al processo di rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali in quanto non ancora concluso, si può comunque assicurare che lo stesso garantirà il rispetto del limite di spesa stabilito dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009 (pari alla spesa personale 2004 diminuita dell'1,4%), essendosi previsto nel decreto commissariale n. 49/2012 che il costo delle dotazioni organiche rideterminate non potrà comunque superare tale tetto di spesa.

Anche per quanto attiene all'azione di rideterminazione dei fondi contrattuali, l'impatto economico della stessa potrà quantificarsi solo in sede di adozione dei riferiti atti, di seguito all'avvenuta rideterminazione delle dotazioni organiche.

Quanto all'impatto economico connesso alla definizione dei processi di razionalizzazione delle unità operative complesse e semplici e delle posizioni organizzative e degli incarichi di coordinamento, si evidenzia che essendo un processo ancora in atto ed essendo soggetto a diverse variabili non è possibile, allo stato, quantificarlo esattamente.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane

4.5.2 AZIONE 2: Vincoli per le assunzioni di personale

Azione di Contenimento

Contesto di Riferimento

Nel corso degli ultimi anni, aderendo agli obblighi imposti dal Piano di Rientro ed ai vincoli di spesa sanciti nelle leggi finanziarie nazionali, la Regione Abruzzo ha posto in essere una forte azione di riduzione della spesa di personale che, per certi versi, ha anche percorso e anticipato l'azione di razionalizzazione della rete di assistenza.

Tale azione ha fatto sì che, prendendo a riferimento i dati consuntivati 2012 da Tabella 2 del Piano di Rientro, la spesa complessiva di personale (comprensiva di personale a tempo indeterminato, personale a tempo determinato e restante personale) si sia attestata intorno ai 666,1 €/mln rimanendo al di sotto del tetto di spesa fissato di circa 39,9 €/mln (Tabella 27). Viene di seguito mostrata anche la suddivisione del tetto di spesa per ASL (Tabella 28).

Tabella 27 – Personale SSR – Spesa per il personale anni 2008-2012

| Personale SSR – Spesa anni 2008-2012 Tabella 2 Piano di rientro | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Tetto di spesa (spesa 2004-1,4%) | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Δ Tetto vs 2012 |
| (A) | (B) | (C) | (D) | (E) | (F) | (A-F) |
| 706.068.000 | 700.244.000 | 687.556.000 | 687.401.000 | 670.277.000 | 666.133.000 | 39.935.000 |

Tabella 28 – Tetti di spesa ai sensi della legge n.191/2009, ex art.2, comma 71, confermati fino al 2015 dall'art. 15, comma 21, della legge n. 135/2012

| Limiti di spesa massimi per il personale 2013-2015 * | |
|--|----------------|
| ASL | €/000 |
| Avezzano-Sulmona-L'Aquila | 179.136 |
| Lanciano-Vasto-Chieti | 222.191 |
| Pescara | 154.817 |
| Teramo | 149.923 |
| Aggregato regionale | 706.068 |

*Legge n. 191/2009, ex art. 2, comma 71

La riferita riduzione di costo costituisce il riflesso economico di un'evidente riduzione del personale in servizio presso le Aziende USL regionali che dalle 16.262 unità (personale a tempo indeterminato, personale a tempo determinato e restante personale, secondo le rilevazioni registrate al 31.12.2006 (vale a dire prima della sottoscrizione del Piano di rientro) sono venute ad attestarsi al 31.12.2011 in 14.264 unità, con un decremento del 12,2% rispetto al dato del 2006 (Tabella 29).

Tabella 29 – Personale SSR – Numero di personale in servizio negli anni 2006-2012

| Personale SSR – Teste Tabella 2 Piano di rientro (*) | | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| In servizio al | 31.12.06 | 31.12.08 | 31.12.09 | 31.12.10 | 31.12.11 | 31.12.12 |
| Personale t.i. | 15.033 | 14.327 | 13.851 | 13.405 | 13.675 | 13.675 |
| Personale t.d. | 726 | 586 | 961 | 1.220 | 443 | 432 |
| Restante personale | 503 | 370 | 214 | 191 | 154 | 123 |
| TOTALE | 16.262 | 15.283 | 15.026 | 14.816 | 14.272 | 14.230 |

(*) Nel computo delle teste è escluso il personale di categorie protette e personale penitenziario

Da carotaggi svolti presso le aziende per l'analisi dei diversi fenomeni delle dinamiche del personale, sono state evidenziate forti criticità riguardanti il tasso di assenteismo ed un numero sempre crescente di prescrizioni.

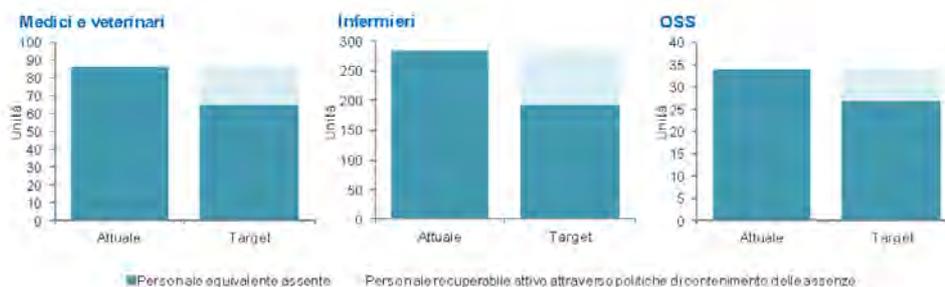
Come mostrato nella Tabella 30, l'analisi del tasso di assenza mostra dei valori di mancata presenza superiori ai parametri normalmente riscontrati in reparto. Tali assenze si concentrano nelle figure professionali di assistenza infermieristica (infermieri e personale di supporto) impegnate nella turnazione a copertura del servizio h24.

Tabella 30 – Percentuale di Assenza Personale nei presidi ospedalieri

| % assenze | | | |
|-------------------|--------|------------|-----|
| | Medici | Infermieri | OSS |
| % assenze attuali | 13% | 21% | 18% |
| % assenza target | 10% | 14% | 14% |

Nella Figura 16 è posto a confronto il personale assente per figura professionale con il personale assente fisiologicamente ed in azzurro, il personale recuperabile attraverso politiche di contenimento delle assenze.

Figura 16 – Confronto personale assente e target con possibili riduzioni



Analizzando gli esoneri, come mostrato nel grafico sottostante (Figura 17), si registra nel corso del triennio 2010-2012, un considerevole aumento di prescrizioni concesse +99% che potrebbe non risultare in linea con il naturale invecchiamento del personale in servizio presso le ASL. La percentuale maggiore (46%) è stata riscontrata per la figura professionale degli infermieri come mostrato nel grafico riportato in Figura 17.

Figura 17 – Rappresentazione del numero di prescrizioni negli anni 2010-2012 e per figura professionale



Tale comportamento, determina ad oggi una mancata assistenza giornaliera che può essere recuperata a parità di risorse a disposizione, attraverso opportune leve di intervento gestionali.

Obiettivi Programmati

La Regione Abruzzo per il triennio 2013-2015, ferma restando la necessità del conseguimento dell'obiettivo dell'equilibrio economico da parte delle singole Aziende, non intende stabilire a priori blocchi del turn-over per il personale delle ASL regionali, garantendo pertanto la possibilità per le ASL di sostituire il personale che cessa dal servizio nel corso del triennio di riferimento, previo nulla-osta da parte dell'Organo Commissariale, con personale dirigenziale anche di altro ruolo e profilo, per quanto attiene al personale dirigenziale, e con personale di analoga categoria, per quanto riguarda il personale del comparto.

Inoltre, in linea di continuità con quanto già previsto nel Programma Operativo 2010 e nei Programmi Operativi 2011-2012, si intende consentire alle ASL di procedere alla copertura di posti vacanti in organico, che attualmente risultano occupati da personale a tempo determinato, mediante assunzioni di personale a tempo indeterminato. La copertura di detti posti, sempre previo nulla osta commissariale, può essere effettuata esclusivamente con riferimento a quelle figure professionali che svolgono funzioni e compiti indispensabili per le esigenze aziendali ed i cui posti durante tutto l'anno 2012 siano stati coperti da personale a tempo determinato e la cui spesa, pertanto, risulta già consolidata nei costi del bilancio 2012.

Una volta determinato il quadro delle UU.OO.CC. aziendali in conformità con gli standard stabiliti dal cosiddetto comitato LEA, le Aziende sanitarie potranno infine progressivamente procedere, nel rispetto dei suddetti limiti, al conferimento, nel corso del triennio 2013-2015, degli incarichi di direzione di struttura complessa di ruolo sanitario previo apposito nulla-osta commissariale.

In relazione all'evidenziato intendimento di correlare le autorizzazioni di assunzione del personale al raggiungimento degli obiettivi programmati relativamente alla razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (Paragrafo 4.1.1) attraverso la riduzione del 10% degli importi e delle connesse prestazioni relative ai contratti in essere di appalti di servizi e di fornitura di beni e servizi o adottando misure alternative purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario (L 228/2012), stabilendo che, il mancato raggiungimento degli stessi per l'anno 2013, determinerà già dal 2014 il blocco totale o parziale (nelle percentuali che saranno specificatamente individuate) del turnover.

Le varie possibilità di assunzione sopra descritte potranno essere attuate sempre a patto che si garantisca l'inderogabile rispetto dei seguenti tetti di spesa in termini di conto economico.

Tabella 31 – Conto Economico per Azienda 2012-2015

| Conto Economico 2012 - 2015 (€/000) | | |
|-------------------------------------|--------------------|----------------------|
| ASL | Consuntivo 2012 | Tendenziale 13-15 |
| Personale | | |
| Avezzano Sulmona L'Aquila | 192.304 | 192.304 |
| Lanciano Vasto Chieti | 240.170 | 240.170 |
| Pescara | 169.042 | 169.042 |
| Teramo | 166.468 | 166.468 |
| Totale Spesa Personale | 767.984 | 767.984 |
| IRAP | | |
| Avezzano Sulmona L'Aquila | 13.571 | 13.571 |
| Lanciano Vasto Chieti | 16.772 | 16.772 |
| Pescara | 12.020 | 12.020 |
| Teramo | 11.890 | 11.890 |
| Totale IRAP | 54.253 | 54.253 |
| Totale Personale + IRAP | 822.237 | 822.237 |

Si precisa che l'Organo Commissariale procederà ad autorizzare le assunzioni nelle Aziende in considerazione della reale esigenza di ciascuna Azienda di reperire nuovo personale.

A tal proposito, i dati della Tabella 2 del Piano di Rientro relativi al Personale (tempo indeterminato, tempo determinato e Restante personale) mostrano una distribuzione disomogenea del personale tra le quattro Aziende in relazione ai posti letto pubblici assegnati con DCA 45/2010.

Tabella 32 – Rapporto Personale vs Posti letto DCA 45/2010

| Rapporto personale vs PL DCA 45/2010 | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------|------------------|------------------------|----------------------------|--------------------|------------------------|-----------------------------------|--|
| ASL | Personale TI (A) | Personale TD (B) | Restante Personale (C) | Totale Tab 2 PdR (D=A+B+C) | PL DCA 45/2010 (E) | Rapporto TI/PL (F=A/E) | Rapporto Tot Personale/PL (G=D/E) | |
| Avezzano Sulmona L'Aquila | 3.307 | 187 | 47 | 3.541 | 870 | 3,80 | 4,07 | |
| Lanciano Vasto Chieti | 4.396 | 132 | 37 | 4.565 | 1.075 | 4,09 | 4,25 | |
| Pescara | 3.016 | 62 | 39 | 3.117 | 798 | 3,78 | 3,91 | |
| Teramo | 2.956 | 51 | - | 3.007 | 945 | 3,13 | 3,18 | |
| Totale | 13.675 | 432 | 123 | 14.230 | 3.688 | 3,71 | 3,86 | |

Il rispetto dei riferiti tetti di spesa garantisce inoltre ampiamente anche il rispetto dei limiti di spesa di cui alla precedente Tabella 28, vale a dire l'ammontare della spesa per il personale sostenuta nel 2004 diminuita dell'1,4 %, in attuazione del disposto dell'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009 (limiti validi anche per gli anni 2013, 2014 e 2015, per effetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 21, del D.L. n. 95/2012, convertito in legge n. 135/2012). A tal fine si procederà, anche nel corso del triennio 2013-2015, al monitoraggio trimestrale e annuale, a consuntivo, dei costi del personale mediante le rilevazioni da Tabella 2 del Piano di Rientro, secondo le modalità previste nel capitolo 2.1.4 del Piano di rientro dai disavanzi sanitari per gli anni 2007 e 2009.

Si ribadisce inoltre che il rispetto dei riferiti obiettivi in tema di contenimento del costo del personale deve sempre essere considerato nell'ambito di quello più generale ed essenziale volto al raggiungimento dell'equilibrio economico aziendale, che permane obiettivo fondamentale ed imprescindibile cui deve tendere la complessiva azione aziendale. Da ciò consegue che qualora, nel corso delle verifiche contabili trimestrali, dovesse evidenziarsi il rischio del mancato raggiungimento dell'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario complessivo, la Regione potrà stabilire l'adozione di specifiche misure di contenimento e/o riduzione della spesa di personale, ivi compreso il blocco (totale o parziale) del turn-over, di ulteriori assunzioni anche a tempo determinato e dell'attivazione di rapporti di lavoro autonomo.

In relazione, infine, alle rilevate criticità riguardanti il tasso di assenteismo ed il numero crescente di esoneri, le ASL regionali dovranno porre in essere azioni appropriate volte a ridurre ed a monitorare tali fenomeni. A tal fine possibili politiche di contenimento delle assenze concernono:

- Legare il premio di produttività ai risultati raggiunti in termini di tasso di assenza di reparto;
- Scelta di una turnazione più gradita al personale (modello 4+1, modello 4+2, modello 5+1...);
- Implementazione di carte di monitoraggio mensile delle assenze per reparto e per tipologia di figura professionale;
- Istituzione di sanzioni disciplinari e richiami in caso di comportamenti outlier.

Risultati e Crono programma

- Monitoraggio trimestrale e verifica annuale a consuntivo mediante Tabella 2 del Piano di Rientro (entro il 30.6 dell'anno successivo a quello di riferimento) del rispetto del tetto di spesa ex art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009;
- Monitoraggio del rispetto dei vincoli imposti alle assunzioni per tutto il triennio;
- Attuazione da parte delle ASL di azioni adeguate per contrastare le criticità connesse all'eccessivo tasso di assenteismo e per monitorare e ridurre il numero di esoneri.

Indicatori di risultato

- Scostamento della spesa a consuntivo rispetto al tetto spesa in termini di conto economico (Tabella 31);
- Avvenuta attuazione degli adempimenti relativi alla rilevazione trimestrale dei costi del personale condotta secondo le modalità previste nel paragrafo 2.1.4 del Piano di rientro dal disavanzo sanitario 2007-2009;
- Numero assunzioni autorizzate;
- Riduzione del tasso di assenteismo per il personale medico e per gli infermieri;
- Risultanze del monitoraggio delle esenzioni.

Impatto economico

Non è possibile procedere al momento ad una definizione dell'impatto economico di tale intervento in quanto per buona parte connesso al processo di rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali, che non è ancora concluso. Si rileva in ogni caso come anche le eventuali nuove assunzioni che dovessero essere autorizzate garantiranno comunque il rispetto del limite di spesa stabilito dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009 (pari alla spesa personale 2004 diminuita dell'1,4%).

In considerazione del blocco del turnover applicato nel primo semestre del 2013, le Aziende hanno sopperito alla necessità di personale necessario a far fronte delle esigenze assistenziali, anche attraverso il ricorso a tempo determinato. Sono inoltre avvenute nei primi mesi del 2013, assunzioni a tempo indeterminato relative al turnover del 2012. L'impatto di questi fenomeni comprensivo di IRAP, è stato stimato pari a 6,1 €/mln per il 2013. Fermi restando i limiti di spesa stabiliti dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009 e di tutti i vincoli sopra determinati, la Regione intende confermare tale previsione di spesa anche per gli anni 2014-2015 (6,1 €/mln per ciascuno anno) sulla base delle reali necessità delle aziende, da verificarsi con l'approvazione definitiva delle dotazioni organiche.

Si evidenzia inoltre che l'aver correlato la possibilità di effettuare assunzioni di personale per turnover al raggiungimento annuale degli obiettivi fissati al Paragrafo 4.1 per la voce Beni e Servizi potrà ragionevolmente e presumibilmente fungere da leva e da stimolo per il conseguimento degli obiettivi in questione.

Gli effetti di una eventuale maggiore produttività del personale aziendale potranno essere valutati nel tempo come risparmio di eventuali nuove assunzioni di personale.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane

4.5.3 AZIONE 3: Monitoraggio consistenza e costi del personale**Contesto di Riferimento**

Per poter realizzare, gestire, monitorare e verificare gli interventi di contenimento e sviluppo sono necessarie diverse attività di monitoraggio a livello centrale che permettano, oltre a valutare lo stato di attuazione delle direttive impartite, di ottenere una visione d'insieme del sistema e della direzione che esso sta prendendo per poter eventualmente intervenire tempestivamente con appropriati correttivi.

Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- monitorare l'adempimento delle Aziende agli obblighi informativi secondo le modalità ed i tempi stabiliti dal competente Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane della Direzione Politiche della Salute, al fine di garantire i flussi informativi necessari all'attività di coordinamento delle

politiche del personale del servizio sanitario regionale. A tal fine le Aziende dovranno continuare ad alimentare il database regionale sul personale in servizio, la rilevazione mensile degli assunti e cessati e ad attuare gli adempimenti relativi alla rilevazione trimestrale dei costi del personale, condotta secondo le modalità previste nel paragrafo 2.1.4 del Piano di rientro dal disavanzo sanitario 2007-2009 ed all'aggiornamento costante del database sul personale in servizio.

- a causa della sempre crescente necessità di informazioni tempestive, attendibili, confrontabili ed alla luce delle disposizioni in materia di fabbisogno del personale e rimodulazione delle UU.OO.CC., aggiornare il *setting* informativo contenuto nei flussi informativi che le Aziende sono chiamate a completare.

L'aggiornamento dei flussi comporterà una preventiva ricognizione puntuale, effettuata in prima istanza attraverso questionari inviati alle ASL, delle:

- strutture e degli stabilimenti di tutta la rete;
- unità operative riguardanti l'attività ospedaliera (da dotazioni organiche), di supporto, amministrativa e generale;
- delle unità operative dei servizi territoriali e dei dipartimenti di prevenzione.

Successivamente le ASL saranno chiamate ad integrare con il nuovo *setting* informativo il database del personale che sarà la base del flusso che verrà implementato mensilmente unicamente attraverso l'invio della rilevazione degli assunti e cessati.

Risultati e Crono programma

- Verifica dell'invio degli adempimenti già previsti da parte delle ASL;
- Controllo sulle azioni poste in essere dalla ASL (assunzioni, eventuali dichiarazioni di esubero, processi di mobilità) per adeguare le proprie consistenze di personale alle dotazioni organiche rideterminate nel rispetto dei limiti di spesa stabiliti;
- Invio dei questionari per la ricognizione delle strutture ed unità operative entro il 30.11.2013;
- Aggiornamento ed invio del nuovo formato per la rilevazione del personale entro 28.02.2014;
- Verifica dell'invio da parte delle Aziende sanitarie del database aggiornato entro il 30.04.2014;
- Monitoraggio e controllo dell'invio e dell'adesione delle ASL alle richieste informative aggiornate durante tutto il triennio.

Indicatori di risultato

- Avvenuta attuazione degli adempimenti relativi alla rilevazione trimestrale dei costi del personale, condotta secondo le modalità previste nel paragrafo 2.1.4 del Piano di rientro dal disavanzo sanitario 2007-2009 ed all'aggiornamento costante del database sul personale in servizio;
- Invio del database aggiornato e completo da parte delle aziende sanitarie;
- Invio mensile da parte delle aziende della rilevazione assunti e cessati.

Impatto economico

Non previsto per questa attività di monitoraggio.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane

4.5.4 AZIONE 4: Ulteriori interventi di contenimento dei costi del personale per recepimento di normativa nazionale

Azione di Contenimento

Contesto di riferimento

In coerenza con gli interventi del legislatore nazionale degli ultimi anni, le ASL sono chiamate ad attuare azioni finalizzate da un lato a ridurre il fenomeno del c.d. precariato e valorizzare le professionalità interne delle pubbliche amministrazioni e dall'altro a garantire dei risparmi di spesa.

Rimane anche importante il consolidamento, nel triennio 2013-2015, delle misure di razionalizzazione e contenimento della spesa in materia di pubblico impiego adottate nell'ambito delle manovre di finanza pubblica per quanto riguarda il personale convenzionato.

Nel rispetto della più recente normativa, devono essere effettuate inoltre azioni per migliorare l'attività di monitoraggio e controllo sullo svolgimento dell'Attività Libero Professionale Intramuraria – (di seguito ALPI).

Come mostrato in Figura 18 dal 2008 si rileva un costante incremento dei costi sostenuti per le prestazioni eseguite da parte del personale specialistico ambulatoriale (SUMAI). La Regione ritiene quindi necessario avviare un'azione volta al contenimento dei costi per tali tipologie di servizi, anche alla luce del dettato normativo che assimila i rapporti di lavoro convenzionati a quello della dipendenza. A tal fine la Regione ha invitato le Aziende¹⁰ al rispetto dei vincoli di bilancio riconducendo la spesa della voce CE (B.2.A.3.4 -da privato – Medici SUMAI) entro i limiti previsti dall'art. 15 D.L. n. 95/2012 con modalità e tempi tesi a garantire il rispetto delle prescrizioni normative e l'erogazione appropriata delle prestazioni specialistiche.

Figura 18 – Andamento della spesa per SUMAI Conto Economico 2008-2012



Si individuano infine, anche nell'ottica del necessario adeguamento a specifiche disposizioni legislative vigenti, una serie di ulteriori azioni mirate su specifiche tematiche afferenti la gestione del personale delle Aziende USL regionali e relative alla riduzione dei costi degli apparati amministrativi ed alla disciplina delle modalità attraverso cui procedere alla verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

Normativa Nazionale

- Art. 15-septies del D. Lgs. n. 502/1992 e ss. mm. e ii;
- Art. 36 del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm. e ii: Forme contrattuali flessibili di assunzione e di impiego del personale;
- Art. 6, commi 7 e 20, e art. 9, comma 28, del D.L. n. 78/2010, convertito in legge n. 122/2010;

¹⁰ L'Aquila nota RA/230537/COMM del 19.09.2013; Chieti RA/230522/COMM del 19.09.2013; Pescara RA/230494/COMM del 19.09.2013.

- DL 158/2012 convertito in L. 189/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;
- DL 101/2013: Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni.

Provvedimenti regionali

- DGR 546 del 29 agosto 2012 linee guida regionali "Attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del SSN – Accordo Stato Regioni 18/11/2010 - Linee di indirizzo regionali", come modificata ed integrata dalla DGR n.741 del 12 novembre 2012;
- Art. 1, LR 67/2012; Disposizioni normative in materia sanitaria.

Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Perseguire - in attuazione di un disegno volto a far sì che le ASL possano far fronte al proprio fabbisogno ordinario con personale assunto con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e, al contempo, a ridurre il c.d. fenomeno del precariato - una politica volta a limitare l'utilizzo di forme contrattuali flessibili di assunzione e di impiego del personale, correlandole - in linea di massima - ad esigenze lavorative temporanee ed eccezionali. Sempre nell'ambito del medesimo disegno evidenziato e anche in un'ottica di riduzione di costi e nella prospettiva di una maggior valorizzazione delle professionalità interne - si prevede poi di limitare il ricorso a consulenze ed incarichi di lavoro autonomo, oltre che il ricorso a forme di esternalizzazione di servizi per lo svolgimento di attività istituzionali connesse all'erogazione dei LEA. A tal fine si individuano una serie di obiettivi specifici per le ASL regionali:
 - per quanto riguarda le **forme di lavoro flessibile**, le ASL devono limitare il ricorso all'attivazione dei relativi contratti e correlarle ad esigenze lavorative di carattere transitorio e temporaneo; la spesa che le ASL potranno sostenere per i contratti in questione non può superare il 90% della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009;
 - per le **consulenze e gli incarichi di lavoro autonomo**, le ASL vi potranno ricorrere, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 7, comma 6, del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm. e ii, solo per esigenze peculiari determinate da concrete esigenze assistenziali o gestionali alle quali non si può far fronte con personale in servizio; la spesa annua delle Aziende USL regionali nel triennio 2013-2015 per **studi ed incarichi di consulenza**, inclusa quella relativa a studi ed incarichi di consulenza conferiti a pubblici dipendenti, non può superare il 80% di quella sostenuta per analoghi fini nell'anno 2009;
 - in relazione alla **esternalizzazione di servizi**, le ASL dovranno limitarne l'utilizzo per lo svolgimento di attività istituzionali connesse all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e, laddove vi si ricorra, lo si dovrà fare nel rigoroso rispetto della disciplina legislativa vigente in materia, con particolare riguardo alle previsioni che individuano i necessari elementi distintivi del contratto di appalto di servizi rispetto alla somministrazione di lavoro;
 - nell'attribuire nuovi **incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 15-septies**, commi 1 e 2, del D. Lgs. N. 502/1992 e ss. Mm. e ii. O nel rinnovare quelli già esistenti, le ASL dovranno rispettare i nuovi limiti percentuali stabiliti con le modifiche introdotte dall'art. 4, comma 1, lettere e-bis) e e-ter) del richiamato D.L. n. 158/2012 convertito con modificazioni in legge n. 189/2012;
- Monitorare il rispetto delle riferite indicazioni, da parte delle ASL regionali, in tema di ricorso a forme di lavoro flessibili, collaborazioni professionali, consulenze e esternalizzazione di servizi e incarichi ex art. 15-septies:
 - Costituzione e insediamento della Commissione regionale paritetica per l'Alpi di cui alle linee guida allegate alla DGR 741/11 con i compiti di valutare l'attivazione dell'ALPI sul territorio regionale; verificare i dati relativi ai volumi di attività istituzionale e all'attività libero - professionale; proporre alla Regione interventi sanzionatori nei confronti dei Direttori Generali nel caso di accertata responsabilità per omessa vigilanza; fornire proposte alla Regione su integrazioni alle linee guida regionali;
 - Attività di supporto amministrativo alla Commissione regionale paritetica per l'Alpi ;

- Controllo dell'attività delle ASL mediante richiesta di informazioni e/o invio di questionari al fine di garantire l'effettività del monitoraggio da parte delle Aziende sanitarie relative al controllo dei volumi delle prestazioni libero-professionali in rapporto con quelli eseguiti in regime istituzionale;
- (Nel lungo periodo) implementazione, in collaborazione con il Servizio gestione flussi informativi, mobilità sanitaria, procedure informatiche ed il Servizio attività ispettive e controllo qualità, di sistemi di verifica con modalità informatizzata mediante l'istituzione di specifici flussi informativi regionali.
- Prevedere una procedura di attivazione di interventi sanzionatori nei confronti dei Direttori Generali nel caso di accertata responsabilità per omessa vigilanza e dei singoli professionisti, laddove si ravvisi il non rispetto del limite dei volumi delle prestazioni libero-professionali in rapporto con quelli eseguiti in regime istituzionale;
- Assicurare il rispetto dei vincoli di bilancio riconducendo la spesa della voce CE (B.2.A.3.4 -da privato – Medici SUMAI) entro i limiti previsti dall'art. 15 D.L. n. 95/2012 con modalità e tempi tesi a garantire il rispetto delle prescrizioni normative e l'erogazione appropriata delle prestazioni specialistiche;
- Fissare gli indirizzi per le ASL regionali ai fini dell'attuazione di alcune specifiche disposizioni dell'art. 6 del D.L. n. 78/2010 in tema di spese relative alla formazione del personale e di costi connessi al funzionamento di commissioni ed altri organismi;
- Disciplinare le modalità attraverso le quali si procede alla verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

Risultati e Crono programma

- Monitoraggio e controllo del rispetto da parte delle ASL delle riferite indicazioni in tema di ricorso a forme di lavoro flessibili, collaborazioni professionali, consulenze, esternalizzazione di servizi e rispetto limiti percentuali per conferimento incarichi ex art. 15-septies;
- Verifiche a consuntivo sul rispetto da parte delle ASL degli obiettivi di spesa stabiliti per il personale con contratto di lavoro flessibile e per gli incarichi di consulenza;
- Costituzione (entro giugno 2013) e insediamento (entro dicembre 2013) della Commissione regionale paritetica per l'Alpi con compiti di:
 - valutazione dell'attivazione dell'ALPI sul territorio regionale;
 - verifica dei dati relativi ai volumi di attività istituzionale e volume di attività derivanti da attività libero – professionale intramuraria;
 - adozione di interventi sanzionatori nei confronti dei Direttori Generali nel caso di accertata responsabilità per omessa vigilanza e nei confronti dei singoli professionisti, laddove si ravvisi il non rispetto del limite dei volumi delle prestazioni libero-professionali in rapporto con quelli eseguiti in regime istituzionale;
- Controlli trimestrali sull'andamento del costo per prestazioni da sumaisti;
- Adeguamento della spesa per prestazioni da sumaisti al tetto stabilito dal D.L. 95/2012 entro il 31.12.2013;
- Trasmissione da parte delle Aziende di una relazione sullo stato di attuazione dell'adeguamento della spesa per prestazioni da sumaisti entro il 31.10.2013;
- Redazione di un provvedimento che stabilisca degli indirizzi alle ASL regionali in relazione all'attuazione di alcune specifiche disposizioni in tema di contenimento del costo degli apparati amministrativi dettate dall'art. 6 del D.L. n. 78/2010, convertito in legge n. 122/2010, con specifico riferimento alle spese relative alla formazione del personale e ai costi connessi al funzionamento di commissione ed altri organismi entro il 31.12.2013;
- Redazione di un apposito provvedimento mediante il quale si provvede a disciplinare, tenendo conto anche dei principi del titolo II del D. Lgs. n. 150/2009, le modalità attraverso cui procedere alla verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato entro il 31.03.2014.

Indicatori di Risultato

- Rispetto del limite di spesa del 90% rispetto al 2009 per le forme di lavoro flessibile;
- Rispetto del limite di spesa del 80% rispetto al 2009 per consulenze ed incarichi di lavoro autonomo;
- Rispetto dei limiti percentuali imposti per il conferimento di incarichi dirigenziali ex articolo 15-septies;
- Attività di supporto amministrativo alla Commissione regionale paritetica per l'Alpi (almeno n. 1 documento annuo);
- Attività di controllo dell'attività delle ASL mediante richiesta di informazioni e/o invio di questionari (almeno n. 1 richiesta annua);
- Rispetto del limite di spesa per prestazioni da sumaisti previsto dal D.L. 95/2012;
- Approvazione del provvedimento in tema di contenimento del costo degli apparati amministrativi;
- Approvazione del provvedimento di disciplina delle modalità di verifica annuale dei dirigenti e medici sanitari ai fini della retribuzione di risultato.

Impatto economico

Per quanto attiene ai limiti di spesa relativi ai rapporti di lavoro flessibili, i dati relativi al 2012 registrano una spesa complessiva per tali rapporti inferiore al tetto stabilito (90% della spesa 2009) e non comporterà riduzioni ulteriori di spesa per il triennio 2013-2015.

L'impatto economico (in termini di risparmi di spesa), relativo al solo intervento volto all'attuazione di alcune specifiche disposizioni dell'art. 6 del D.L. n. 78/2010, potrà stimarsi solo una volta concretamente definiti i riferiti indirizzi regionali.

L'impatto economico della riduzione della spesa per prestazioni da sumaisti rispetto all'andamento tendenziale 2013-2015 è pari a 1,4 €/mln per ogni anno. Nella Tabella 33 è riportato il dettaglio per Azienda.

Tabella 33 – Spesa per prestazioni da sumaisti

| Conto Economico 2012 - 2015 (€000) | | | |
|------------------------------------|---------------|---------------|------------------|
| ASL | Consuntivo | Tendenziale | Sforamento |
| | 2011 (A) | 13-15 (B) | Tetto (C=B-A) |
| Prestazioni da sumaisti | 15.494 | 16.934 | (1.440) |
| Avezzano Sulmona L'Aquila | 3.196 | 4.716 | (1.520) |
| Lanciano Vasto Chieti | 4.851 | 5.330 | (479) |
| Pescara | 4.127 | 4.350 | (223) |
| Teramo | 3.320 | 2.538 | 782 |

Responsabile del processo attuativo

Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane

Servizio Assistenza Ospedaliera, Specialistica ambulatoriale, riabilitativa, protesica e termale

Servizio Assistenza Sanitaria di base e specialistica

4.5.5 AZIONE 5: Rapporti con Università pubbliche e protocolli

Azione di Coesvolgimento

Contesto di riferimento

La Regione Abruzzo intende stipulare con le Università degli Studi di Chieti e L'Aquila un nuovo Protocollo di Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del D. Lgs. n. 517/1999, per la disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Regionale ed Università con riferimento all'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'università.

I rapporti tra Regione e Università per le attività assistenziali svolte da queste ultime nell'ambito del SSR saranno rimodulati alla luce delle disposizioni normative introdotte successivamente alla stipula del precedente Protocollo di Intesa ed in funzione di un adeguamento dello stesso alle nuove esigenze connesse al riordino del sistema sanitario regionale.

Normativa Nazionale

- D. Lgs. N. 517/1997: Regolamento per la individuazione delle ipotesi e delle fattispecie dei lavori sottratte all'applicazione del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 158, e assoggettate alla normativa in materia di lavori pubblici;
- Art. 12, comma 2, Patto per la Salute per gli anni 2010-2012.

Disposizioni Regionali

- LR 67/2012: Disposizioni normative in materia sanitaria.

Obiettivi Programmati

La Regione intende pervenire alla stipula del nuovo Protocollo di Intesa con l'Università degli studi di Chieti e L'Aquila.

Risultati e Crono programma

- Convocazione incontri Commissione paritetica per la definizione dei contenuti dei Protocolli d'Intesa entro 31.10.2013;
- Stipula Protocollo di Intesa tra la Regione e l'Università degli Studi di Chieti e l'Università degli Studi di L'Aquila entro il 31.12.2013.

Indicatori di Risultato

- Avvenuta sottoscrizione del Protocollo di Intesa.

Impatto economico

L'impatto economico di tale azione non è valorizzabile.

Responsabile del processo attuativo

Direzione Politiche della Salute

5 Interventi Operativi

5.1 INTERVENTO 10: Sanità Penitenziaria

Contesto di riferimento

Nella Regione Abruzzo sono presenti otto Istituti, ospitanti diverse tipologie di detenuti:

- Casa Circondariale di Pescara: detenuti comuni (sezione di media sicurezza) e detenuti collaboratori di giustizia (sezione di massima sicurezza);
- Casa Circondariale di Chieti: detenuti comuni e detenuti femminile;
- Casa Circondariale di L'Aquila: detenuti comuni e detenuti sottoposti al regime di cui all'art.41 bis 2° co. della Legge 354/75;
- Casa di Reclusione di Sulmona: detenuti comuni del circuito "reclusione", sezione per detenuti AS 1 (ex EIV) e AS, sezione prima accoglienza per detenuti primari, collaboratori di giustizia ed internati;
- Casa Circondariale di Avezzano: detenuti comuni (media sicurezza);
- Casa Circondariale di Vasto: detenuti comuni (sezione reclusione e tossicodipendenti);
- Casa Circondariale di Lanciano: detenuti comuni, sez. "Z" (familiari dei detenuti collaboratori di giustizia) e Alta Sicurezza;
- Casa Circondariale di Teramo: detenuti comuni (circondariale e tossicodipendenti), sezione di Alta Sicurezza e sezione per detenuti "protetti".

Per quanto riguarda gli eventi critici, la maggior parte dei casi si riferisce ad episodi di violenza auto ed etero-diretta da collegare alle scarse condizioni di vivibilità degli Istituti, cattiva qualità delle condizioni strutturali ed in generale una certa inadeguatezza delle risposte date alle esigenze dei detenuti per carenza di risorse umane (in particolare operatori del trattamento) e finanziarie. Tutto ciò ha determinato anche numerosi atti di autolesionismo, di aggressione e scioperi della fame (spesso con alla base la motivazione "protesta e richiesta di attenzione"). Vi sono stati 3 suicidi e 55 tentati suicidi nel precedente triennio.

5.1.1 AZIONE 1: Ricognizione delle procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento amministrazione penitenziaria al SSR

Contesto di riferimento

La regione Abruzzo ha dato seguito a tutto quanto previsto nella normativa nazionale concernente il trasferimento delle funzioni sulla sanità penitenziaria al SSR.

Elemento critico rimane la mancata stipula dei contratti di comodato gratuito dei locali adibiti ad attività sanitaria negli Istituti, tra le Asl e gli istituti penitenziari, a causa della mancanza di effettuazione dei lavori di manutenzione straordinaria di messa a norma degli stessi a carico del DAP.

Normativa Nazionale

- DPCM 01.04.2008 avente per oggetto: Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

Disposizioni Regionali

- DGR 544/2008: la Regione ha approvato modelli organizzativi che rappresentano atto di indirizzo alle AASSLL circa l'organizzazione da adottare per garantire l'assistenza sanitaria penitenziaria ed ha istituito L'Osservatorio permanente regionale sulla sanità penitenziaria che rappresenta l'organismo istituzionale regionale attraverso il quale sono stati affrontati i problemi relativi all'attuazione del DPCM;
- DGR 423/2010: approvazione degli atti di indirizzo contenuti nel protocollo d'intesa stipulato tra la Regione, il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e il Centro per la Giustizia Minorile.

Obiettivi Programmati

La Regione intende effettuare la ricognizione delle procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR e portare a completa attuazione il D.P.C.M. del 1° Aprile 2008 riguardante il trasferimento delle funzioni inerenti l'attività di medicina penitenziaria attraverso la presa in carico dei bisogni sanitari della popolazione detenuta della Regione Abruzzo.

La Regione ha già inoltrato la richiesta dati alle ASL relativamente all'attuazione di tutti gli indirizzi regionali emanati ed alla situazione epidemiologica degli istituti penitenziari di riferimento.

Risultati e Crono programma

- Le risposte alla richiesta dati regionale sono state rimesse all'Osservatorio della sanità penitenziaria entro il 30.09.2013;
- L'Osservatorio per la sanità penitenziaria esaminerà i dati, verificherà le criticità ed entro il 31.12.2013 elaborerà un report dell'esistente;
- Emissione di un atto di indirizzo, da parte dell'Osservatorio per la sanità penitenziaria, concernente eventuali adeguamenti da effettuarsi nell'offerta sanitaria presente negli istituti penitenziari di ciascuna ASL entro il 31.03.2014;
- Emissione da parte di ciascuna ASL degli atti di programmazione di adeguamento agli indirizzi dell'Osservatorio entro il 30.09.2014.

Indicatori di Risultato

- Emanazione nei termini di un atto di indirizzo concernente eventuali adeguamenti da effettuarsi nell'offerta sanitaria presente negli istituti penitenziari di ciascuna ASL.

Impatto economico

Per l'anno 2013 non vi è previsto un impatto economico.

Per l'anno 2014 e 2015 il costo è dato dalle spese sanitarie di personale e attrezzature che risulteranno dagli atti di indirizzo che devono essere elaborati.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Prevenzione Collettiva

5.1.2 AZIONE 2: Disattivazione O.P.G. ed individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti**Contesto di riferimento**

In ordine alla disattivazione degli ospedali psichiatrici giudiziari e all'individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti, dall'ultima rilevazione effettuata nel mese di gennaio 2013 risulta che nella Regione Abruzzo sono presenti n.12 internati in Opg.

Normativa Nazionale

- DPCM 01.04.2008: avente per oggetto Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

Disposizioni Regionali

- DGR 102/2013: si è approvato il programma per la realizzazione di una struttura destinata ad accogliere i residenti in Abruzzo cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG.

Obiettivi Programmati

La Regione intende procedere alla riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza sanitaria ai pazienti con misura di sicurezza detentiva provenienti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari a seguito della chiusura di dette strutture e dei nuovi pazienti nelle medesime condizioni.

Il completo superamento degli attuali OPG dovrà vedere operativi i seguenti quattro percorsi:

- uscita dagli attuali OPG per tutte le persone che possono essere prese in carico dai DSM, con contestuale o successiva revoca delle eventuali misure di sicurezza;
- inserimento nelle articolazioni sanitarie per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari:
 - per le persone presenti in OPG ai sensi degli art. 111 e 112 del DPR 230/2000, e quindi detenute o condannate, senza essere destinatarie di alcuna misura di sicurezza il percorso risulta realizzabile attraverso l'attività amministrativa di assegnazione alla specifica sezione routinariamente assicurata dall'amministrazione penitenziaria;
 - il percorso risulta anche applicabile "per l'esecuzione della pena" alle persone presenti in OPG/CCC ai sensi dell'art. 219 c.p. (v. Allegato C, DPCM 01.04.2008) e, in conseguenza di ulteriori necessarie attività, alle persone presenti in OPG ai sensi degli art. 148, 206 e 212 c.p.;
- inserimento nei servizi residenziali territoriali per le misure di sicurezza delle persone presenti in OPG ai sensi dell'art. 222 c.p.;
- realizzazione di una struttura di 20 posti letto destinata ad accogliere i residenti in Abruzzo a cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario.

Risultati e Crono programma

- Erogazione in ogni ASL del servizio per la tutela della salute mentale in carcere attraverso il DSM e centralmente coordinati a livello di Azienda e di Regione;
- Attivazione entro il 31.12.2013 delle seguenti articolazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2011 (Rep. Atti n. 95/C.U.; Gazzetta Ufficiale N. 256 del 3 Novembre 2011):
 - Nell'istituto penitenziario presente a Vasto – destinato apposito reparto di 3 camere detentive destinate ai detenuti comuni della Regione Abruzzo;
 - Nell'istituto penitenziario presente a Pescara – all'interno di una sezione destinate 5 camere detentive per detenuti comuni e Collaboratori di Giustizia;
 - Nell'istituto penitenziario presente a Teramo – destinate 2 camere detentive per maschi (reparto Protetti) e 2 camere per donne;
 - Nell'istituto penitenziario presente a L'Aquila – destinate 2 camere detentive per detenuti 41 bis;
 - Nell'istituto penitenziario presente a Sulmona – destinate 3 camere detentive per detenuti alta sicurezza e 2 camere per gli internati;
 - Nell'istituto penitenziario presente a Lanciano - destinate 2 camere detentive di cui 1 per alta sicurezza e 1 per sezione Z.

- Realizzazione sul territorio di pertinenza dell'Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti di una struttura di 20 posti letto destinata ad accogliere i residenti cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia nel rispetto di quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997 come integrato dal DM della salute del 01.10.2012 recante ulteriori requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi secondo la tempistica indicata nella Tabella 34 di seguito riportata:

Tabella 34 – Crono programma

| Crono programma realizzazione della struttura | |
|---|--|
| Descrizione | Termini |
| 1. Sottoposizione agli organi decisionali del provvedimento di assegnazione alla ASL Lanciano-Vasto-Chieti, soggetto attuatore dell'opera | Entro il 20.02.2013 |
| 2. Acquisizione agli atti della Direzione Politiche della Salute dello Studio di Fattibilità o il Progetto Preliminare, in capo alla ASL di Lanciano-Vasto-Chieti | Entro 10 gg. dalla data di pubblicazione decreto |
| 3. Sottoposizione all'approvazione del Commissario ad acta del Decreto di adozione del Programma regionale | Entro 50 gg. dalla data di pubblicazione decreto |
| 4. Invio del Programma approvato dal Commissario ad acta ai competenti Ministeri | Entro 60 gg dalla data di pubblicazione decreto |
| 5. Sottoposizione del progetto esecutivo all'approvazione degli Organi di Governo per l'ammissione a finanziamento | Entro 18 mesi dalla sottoscrizione del Programma regionale |
| 6. Aggiudicazione ed appalto dell'opera | Entro 9 mesi dalla ammissione a finanziamento |
| 7. Collaudo | Nel rispetto del cronoprogramma |

Indicatori di Risultato

- Tra il 2014 ed il 2015 il numero di pazienti internati in OPG presi in carico deve essere pari al 100%.

Impatto economico

Euro 3.681.012,21 – fondi assegnati alla Regione Abruzzo in sede di Conferenza Unificata del 06.12.2012 (rep. atti n. 139/CU) in attuazione dell'art. 3 ter comma 6 del D.L. 211/2011 convertito con L. 9/2012 come modificato con D.L. 58/2012 convertito in L.189/2012.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Prevenzione Collettiva

Servizio Investimenti strutturali e tecnologici e patrimonio delle aziende sanitarie

5.1.3 AZIONE 3: Tutela della salute in carcere**Contesto di riferimento**

La Regione Abruzzo attraverso, le ASL, garantisce la tutela della salute in carcere H24 con i vari servizi intramurari istituiti, con il personale transitato e preso in carico, con gli infermieri e con una notevole mole di attività offerta attraverso le ore di specialistica fornite in ogni istituto.

L'area di maggiore criticità, rilevata anche a livello ministeriale, rimane quella dell'assistenza psicologica dovuta a due elementi di criticità: mancanza di personale transitato dal Ministero di Grazia e Giustizia e carenza di tali figure professionali nelle ASL. Per quanto attiene ai suicidi, ai fenomeni di autolesionismo e di violenze in carcere la Regione attraverso le ASL garantisce l'assistenza psichiatrica negli Istituti penitenziari.

Normativa Nazionale

- DPCM 01.04.2008: Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria;

Disposizioni Regionali

- DGR 196/2012: ha recepito l'accordo Stato Regioni sancito dalla Conferenza Unificata in data 19.01.2012 Rep. n.5/CU, tenendo conto delle indicazioni degli Organismi europei e dell'OMS, ha approvato il documento "Protocollo Operativo per la Tutela della Salute Mentale in Carcere nella Regione Abruzzo" ed ha costituito un Gruppo tecnico scientifico per elaborare un programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili;
- DGR 231/2012: Accordo, ai sensi dell'art. 9 D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle Case di cura e custodia (CCC) di cui all'allegato "C" al D.P.C.M. 1° aprile 2008". (Rep. n. 95/CU) Programmazione negli Istituti Penitenziari della Regione di Articolazioni del Servizio Sanitario per l'Implementazione della Tutela Intramuraria della Salute Mentale delle Persone Ristrette" è stato approvato un programma per implementare la Tutela della Salute Mentale in Carcere;
- DGR 882/2012: Sono stati approvati: il Protocollo per la tutela della salute mentale dei minori, le linee guida per l'elaborazione delle carte dei servizi sanitari in carcere, e il programma per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti.

Obiettivi Programmati

La Regione intende riorganizzare, riqualificare ed implementare l'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, negli istituti penali per minori, nelle CT e nei CPA.

Risultati e Crono programma

- La Regione (nello specifico, il "Servizio Prevenzione Collettiva" ed il "Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane" e l'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria) deve indirizzare i Direttori Generali attraverso criteri per l'identificazione, di livelli minimi di dimensionamento delle dotazioni organiche delle unità operative di medicina penitenziaria;
- La Regione dovrà emanare entro 31.12.2014 un apposito provvedimento contenente:
 - i criteri per l'individuazione del dimensionamento di personale delle unità operative di medicina penitenziaria;
 - i tempi e i modi per l'applicazione dei criteri individuati;
- I Direttori Generali, sulla scorta delle stime dei fabbisogni di personale, dovranno adottare entro il 30.06.2015 gli atti conseguenti.

Indicatori di Risultato

- Avvenuta emanazione nei termini indicati del provvedimento regionale inerente le linee guida contenente la definizione dei criteri per il dimensionamento delle dotazioni organiche delle unità operative di medicina penitenziaria.

Impatto economico

L'impatto economico deve essere valutato nel costo del personale che sarà stimato eventualmente come necessario.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Prevenzione Collettiva e Servizio Pianificazione e Sviluppo delle risorse umane

5.2 INTERVENTO 11: Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare

5.2.1 AZIONE 1: Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare

Contesto di riferimento

Il contesto delle attività di prevenzione primaria presenta numerosi aspetti problematici emersi anche dall'indagine conoscitiva sullo stato dell'arte dei Dipartimenti di Prevenzione promossa dalla Regione Abruzzo (ASR). E' stata infatti evidenziata un'immagine sfocata dei Dipartimenti di Prevenzione in termini di attività, prodotti, qualità delle prestazioni e costi, a causa di un'assoluta carenza dei sistemi informativi (se non per alcune aree: es. vaccinazioni e sanità veterinaria e sicurezza alimentare) e di contabilità. Queste evidenze obbligano i Dipartimenti di Prevenzione, nell'immediato futuro, a rivedere la loro capacità effettiva di intervento e di integrazione. Sono da migliorare innanzitutto alcune funzioni (epidemiologica, sviluppo del controllo ufficiale secondo il sistema di Audit, di promozione ed educazione alla salute e di prevenzione nutrizionale) sebbene l'adozione del nuovo Piano regionale pluriennale integrato di prevenzione veterinaria e sicurezza alimentare (PPRIC) regionale ne abbia già in passato stimolato la realizzazione. Il legislatore infatti è intervenuto con la Legge 189/2012 con cui sono descritte ed esplicitate le funzioni ed il modello organizzativo dello stesso.

Inoltre, i Servizi del Dipartimento devono trovare il supporto tecnico-scientifico e di laboratorio nell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale e nell'Agenzia regionale per la tutela dell'ambiente (ARTA). A tal fine, l'attività annuale delle ASL deve essere preventivamente programmata e pianificata nel piano operativo annuale in raccordo con gli strumenti programmatici della Regione. La Regione ha infatti già predisposto il programma annuale per l'anno 2013.

Per il regolare svolgimento delle attività, i Servizi del Dipartimento di prevenzione redigono il piano annuale delle attività con la stesura della relazione finale annuale, secondo le indicazioni del Reg. 882/2004, che sarà inviata nei tempi previsti e comunque entro il 31 gennaio di ogni anno al competente Servizio della Regione sulla medicina Veterinaria e Sicurezza Alimentare.

Normativa Nazionale

- D.P.R. 320/1954: Regolamento di polizia veterinaria;
- D.LGS 502/1992 e ss.ii.: Riordino della disciplina in materia sanitaria;
- L 123/2005: Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia;
- D.LGS 193/2007 e D.LGS 194/2008: Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004;
- D.L. 158/2012 convertito in L 189/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.

Disposizioni Regionali

- LR 32/1981 e 33/1981: Norme per il trasferimento alle Unità Locali Socio-Sanitarie delle funzioni in materia di igiene, sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e per l'assistenza farmaceutica;
- LR 20/2006: Misure per il settore sanità relative al funzionamento delle strutture sanitarie ed all'utilizzo appropriato dei regimi assistenziali del macrolivello ospedaliero e territoriale e per la loro regolazione;
- DGR 372/2009: Linee - guida applicative per le attività di commercializzazione dei farmaci ad uso veterinario, disciplina della Farmacovigilanza e della vendita e commercio dei mangimi medicati ai sensi del D. Lgs. 6 aprile 2006 n. 193 nella Regione Abruzzo;
- DGR 276/2010: Linee guida relative ai controlli ufficiali sulla filiera degli alimenti, formazioni, standard, elenco e disciplina degli audit;
- DGR 74/2011: (PPRIC) 2011-2014 sulla verifica della conformità alla normativa in materia di alimenti, mangimi, benessere e sanità degli animali e sanità dei vegetali.

Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Rilanciare la prevenzione predisponendo gli atti di riattivazione dell'Osservatorio Epidemiologico Veterinario regionale;
- Continuare a porre in essere azioni ed attività conformi alla nuova strategia per la salute degli animali dell'Unione europea (2007-2013): "Prevenire è meglio che curare" che ha fissato alcuni obiettivi ambiziosi per migliorare la salute degli animali. Nel campo della sicurezza alimentare dovranno essere assicurati i controlli e le verifiche come individuate dai LEA. A tal fine si indicano i seguenti obiettivi da declinare nel nuovo piano regionale pluriennale Integrato di prevenzione veterinaria e sicurezza alimentare (PPRIC), la cui strategia generale è sicuramente sovrapponibile a quella nazionale;
- Assicurare un livello elevato di salute pubblica, riducendo l'incidenza di rischi biologici e chimici per l'uomo e monitorando gli indicatori di stili salutarci di vita (obesità, diabete, celiachia ecc.);
- Promuovere la salute degli animali con la prevenzione/riduzione dell'incidenza delle malattie degli animali e sostenere, in tal modo, l'allevamento e l'economia rurale, perseguendo la lotta alle malattie con la dichiarazione di "Ufficialmente indenne" del territorio regionale su base provinciale, per le più gravi malattie infettive degli animali (TBC, Brucellosi Bovina ed Ovi-caprina, LEB ecc.);
- Realizzare una rete di servizi attraverso il coordinamento regionale con le ASL, l'ARTA e L'IS-TE mediante il miglioramento della rete dei laboratori con la riorganizzazione dell'osservatorio epidemiologico regionale della medicina veterinaria, sicurezza alimentare e prevenzione ambientale. La completa realizzazione del sistema informativo informatizzato SIVRA-BDR sarà posto alla base della rete dei servizi per la rendicontazione e la programmazione delle attività;
- Perseguire il controllo delle produzioni alimentari per promuovere la sicurezza alimentare su tutta la filiera dal campo alla tavola ivi compreso il controllo sulle acque potabili, attraverso lo strumento dell'Audit sulle Autorità Competenti (D. Lgs 193/2007), nonché l'attuazione di un piano di formazione per le stesse che investe gli attori del sistema di controllo.

Risultati e Crono programma

- Predisposizione degli atti di impegno di spesa attraverso il CRZ per la riattivazione dell'Osservatorio entro il 31.12.2013;
- Predisposizione della bozza tecnica del documento d'intesa entro il 31.12.2014;
- Sottoscrizione dell'intesa tecnica ed avvio dell'Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale entro il 31.12.2015;
- Adeguamento del piano regionale pluriennale dei controlli 2013-2015 attraverso la predisposizione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli PNIC (MANCP) entro il 31.12.2014;
- Predisposizione ed approvazione del nuovo PPRIC entro il 31.03.2015;
- Predisposizione dei programmi annuali entro il 31.03 di ogni anno e redazione di una relazione entro il 31.08 di ogni anno;
- Monitoraggio annuale dei laboratori accreditati attraverso la tenuta e l'aggiornamento dell'Albo regionale e la sua pubblicazione sul B.U.R.A. entro il 31.12 ogni due anni;
- Concorrere alla definizione degli obiettivi in occasione di nomina o rinnovo contratti dei Direttori Generali e monitorare l'inserimento degli obiettivi negli strumenti di programmazione delle ASL;
- Predisposizione del programma annuale di audit ed esecuzione degli audit di sistema/settore sulle autorità competenti e predisposizione di un corso annuale per la formazione degli attori del sistema di controllo ufficiale per tutto il triennio.

Indicatori di Risultato

- Produzione degli atti sopra descritti secondo crono programma;
- Produzione dei report di controllo ed audit secondo crono programma.

Impatto economico

L'impatto economico sulla Regione Abruzzo è quello stimato di seguito:

- Le spese per la riattivazione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, stimate in circa € 65.000,00 per l'anno 2013, saranno sostenute con quota parte dei fondi del Comitato Regionale per le Profilassi CRZ, secondo le esigenze regionali;
- Le spese per il processo di formazione degli auditors, quantificabile in circa € 30.000,00 annue, potranno trovare copertura negli appositi capitoli del bilancio regionale alimentati dalle quote relative alle sanzioni e dalle quote relative ai diritti sanitari di cui al D.Lgs 194/2008.

Responsabile del processo attuativo

Servizio di Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare

5.3 INTERVENTO 12: Formazione e comunicazione ai cittadini**5.3.1 AZIONE 1: Promozione nelle AASSLL della Carta dei Servizi Sanitari****Contesto di riferimento**

E' già nelle fasi preliminari la realizzazione della II° edizione della Carta dei Servizi sanitari regionale 2014-2015 con Azienda sanitaria capofila per le procedure di gara individuata nella ASL Lanciano-Vasto-Chieti. La Carta si connota oltre che come forma di impegno verso i cittadini/utenti, anche come significativa occasione di miglioramento gestionale dei servizi. Essa richiede che le strutture sanitarie siano dotate di efficaci meccanismi di misurazione dei servizi, di informazione agli utenti e di controllo del raggiungimento degli obiettivi. La divulgazione tramite la Carta degli impegni adottati con i relativi standard di qualità permette al cittadino stesso di verificare il raggiungimento di quanto dichiarato.

Normativa Nazionale

- D. LGS. 502/92 art. 14 principi per la tutela e diritti dei cittadini.
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27/04/1994 modelli previsti.
- DPCM 19/05/1995 schema di riferimento
- Linee guida n.2/95 finalizzate all'attuazione

Disposizioni Regionali

- LR 5/2008: Piano Sanitario Regionale 2008-2010;
- DGR 274/2011 applicazione del D. Lgs. 502/92 art. 14 e DPCM 19/5/95

Obiettivi Programmati

La Regione intende realizzare la Carta dei Servizi Sanitari Regionale per gli anni 2014-2015.

Risultati e Crono programma

- Svolgimento ed assegnazione della gara entro il 31.12.2013.

Indicatori di Risultato

- Distribuzione della Carta a tutte le famiglie abruzzesi entro il 2014.

Impatto economico

L'impatto economico è stimato simile al costo sostenuto per la precedente carta dei servizi nell'ordine di circa € 170.000.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Attività Ispettive e Controllo Qualità

5.3.2 AZIONE 2: Attivazione azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita da utenti/cittadini e realizzazione dei siti web aziendali**Contesto di riferimento**

Si proseguirà l'attività di Audit Civico, quale analisi critica e sistematica dell'operato delle Aziende sanitarie condotta secondo una metodologia stabilita dall'associazione Cittadinanzattiva sulla base dell'esperienza del Tribunale per i Diritti del Malato. Le rilevazioni avviate nel corso del 2012 che termineranno nel 2013 riguardano le Aree del Pronto Soccorso, le centrali operative 118 e le Aree della Salute Mentale. Grazie a queste valutazioni possono essere messe in atto azioni di miglioramento continuo delle criticità emerse.

Inoltre è in atto l'attività di Empowerment in collaborazione con AGENAS per la realizzazione di un progetto nazionale di ricerca per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari. Il Progetto si snoda attraverso la sperimentazione insieme a tutte le Regioni italiane di metodi e strumenti per valutare il grado di "umanizzazione degli ospedali pubblici e privati accreditati dal punto di vista del cittadino". L'attività di Empowerment proseguirà per gli anni 2013/2014/2015 avvalendosi della partecipazione dell'associazione Cittadinanzattiva già partner dell' AGENAS e delle ASL regionali.

In attuazione alla normativa nazionale in tema di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni le ASL sono chiamate ad uniformare i loro siti web in maniera tale che il cittadino/utente possa meglio orientarsi all'interno delle offerte sanitarie del SSR. La messa in atto della normativa nazionale in tema di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni e del Progetto Ministero/Regione per i nuovi siti web aziendali sarà tra gli obiettivi da realizzare per i Direttori Generali delle ASL e tra i criteri per la loro valutazione con raggiungimento del risultato al 100%.

Normativa Nazionale

- PSN 2011-2013 programma di miglioramento della qualità;
- L. 241/90. norme in materia di diritto all'accesso ai documenti amministrativi e smi;
- L.150/2000: disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni;
- Carta europea dei diritti del cittadini nella Società dell'informazione e della conoscenza;
- L.4/2004 – DPR 75/2005: disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici;
- D.Lgs. 82/2005: codice dell'amministrazione digitale;
- Direttiva 8/2009: norme per il miglioramento della qualità dei servizi e delle informazioni on-line al cittadino.

Disposizioni Regionali

- LR 5/2008: Piano Sanitario Regionale 2008-2010;
- Determinazione DG17/03 del 9.2.2012 costituzione gruppo di lavoro regionale;
- Determinazione DG17/07 del 4.6.2012 Piano della comunicazione Istituzionale e costituzione gruppo di lavoro.

Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Proseguire con l'attività di Audit civico per rendere sempre più trasparente e verificabile l'azione delle ASL regionali da parte delle organizzazioni civiche sollecitando la produzione di informazioni puntuali e complete, facendo emergere la possibilità di azioni correttive e stimolando l'implementazione delle procedure di monitoraggio della qualità;
- Proseguire l'attività di Empowerment realizzando un'indagine nazionale sulla qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino, coordinata dall'AGENAS;
- Realizzare un sito web conforme al Progetto Ministero/Regione Abruzzo ed adottare il regolamento per la gestione e l'aggiornamento dei Portali web aziendali (PWA).

Risultati e Crono programma

- Termine delle attività di Audit civico riguardanti le Aree del Pronto Soccorso, le centrali operative 118 e le Aree della Salute Mentale entro il 31.12.2013;
- Approfondimento per tutto il triennio, anche con il supporto di analisi statistiche, dei risultati del progetto di Empowerment, affinché gli strumenti vengano messi a punto e siano sempre più accurati e utili per le necessità delle Asl;
- Periodo di prova del nuovo sistema dei siti web aziendali e messa a regime del sistema durante l'anno 2014;
- Implementazione di contenuti, delle specifiche e della loro organizzazione sistemica durante l'anno 2015.

Indicatori di Risultato

- Condivisione con i rappresentanti dei cittadini abruzzesi e delle ASL regionali delle risultanze delle attività di Audit e di Empowerment e delle azioni di miglioramento da proporre ai Direttori Generali delle ASL;
- Pubblicazione on-line dell'aggiornamento del database, basato sulle attività di Empowerment, sul sito dell'Agenzia al link http://www.agenas.it/database_empowerment.htm;
- Messa in atto di azioni di miglioramento continuo a seguito della valutazione dei risultati delle attività di Audit ed Empowerment;
- Raggiungimento del 100% degli obiettivi attribuiti alle ASL, nel rispetto di quanto elaborato e concordato dal Gruppo di Lavoro regionale per la Comunicazione istituzionale in sanità, istituito con determina DG17 n.7/2012.

Impatto economico

Non è previsto impatto economico aggiuntivo.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Attività Ispettive e Controllo Qualità

5.4 INTERVENTO 13: Sicurezza e Rischio clinico

Contesto di riferimento

La frequenza con cui la stampa nazionale segnala casi di *malpractice*, la crescita esponenziale dei premi assicurativi, l'uscita di alcune compagnie assicurative dal mercato sanitario e l'aumento del peso della responsabilità dei professionisti sanitari, hanno contribuito ad accrescere l'interesse per l'errore in medicina e a dare l'avvio ad iniziative pratiche a livello nazionale, regionale ed istituzionale, con l'obiettivo di rispondere ai bisogni di salute della popolazione fornendo cure di qualità, appropriate e soprattutto sicure. Negli ultimi anni le organizzazioni sanitarie hanno cominciato a confrontarsi con quella complessa realtà che è rappresentata dall'errore nelle professioni sanitarie.

La gestione del rischio clinico è uno strumento del governo clinico ed è la metodologia che permette, attraverso l'individuazione e la valutazione dei rischi, la gestione ed il controllo dei processi decisionali per la riduzione degli errori nella pratica sanitaria. E' un sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi salvaguardando elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza delle cure.

Le caratteristiche essenziali sono quindi:

- La responsabilità delle organizzazioni sanitarie: il SSR e tutte le sue articolazioni sono responsabili dei risultati raggiunti e della performance complessiva che è strettamente legata alla trasparenza e al rendere conto (*accountability*);
- Lo sviluppo di sistemi di miglioramento della qualità: tale sviluppo deve essere parte essenziale delle attività normali del SSR e non iniziative scollegate o episodiche;
- La costruzione delle condizioni cliniche ed organizzative: finalizzate a permettere un'attenzione sistematica e continuativa alla qualità dell'assistenza.

Normativa Nazionale

- L. 502/92: legge di riforma;
- DPR 7.4.2006: PSN 2006-2008 e PSN 2011-2013 del 18.9.2010;
- Accordo Stato-Regioni 20.3.2008 ai sensi dell'art.8 comma 6) della L. 131/2003 e del 20.3.2008: attivazioni di funzioni aziendali dedicate al rischio clinico.

Disposizioni Regionali

- DGR 1440/2006: Misure organizzative per la gestione del rischio clinico nelle Asl regionali;
- LR 5/2008: Piano Sanitario Regionale 2008-2010;
- DGR 988/2010: Gestione del rischio clinico, sicurezza delle cure, buone pratiche assistenziali: approvazione del programma regionale e del protocollo d'intesa con le università della Regione.

5.4.1 AZIONE 1: Programma regionale per la gestione del rischio clinico e monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle Aziende

Contesto di riferimento

Per la gestione del rischio clinico, la sicurezza delle cure e le buone pratiche assistenziali, la Regione Abruzzo con DGR 988/2010 ha istituito un apposito Programma regionale. Le principali linee di intervento sono ricomprese nei seguenti ambiti:

- valutazione della dimensione del rischio generale e clinico;
- definizione e organizzazione dei flussi informativi relativi al rischio;
- elaborazione e interpretazione dei dati del rischio;
- analisi degli eventi causa principale di danno;
- attivazione di azioni correttive;
- attivazione di azioni preventive.

Di fondamentale importanza risulta il monitoraggio degli eventi sentinella, base per poter comprendere i fenomeni e per poter adottare misure correttive per prevenire la reiterazione dell'evento, che viene effettuato nel corso di tutto l'anno ed inviato annualmente al ministero attraverso il flusso SIMES (sistema di monitoraggio informativo errori in sanità).

Obiettivi Programmati

La Regione intende potenziare gli strumenti necessari alla gestione del rischio clinico attraverso:

- Il potenziamento degli uffici di *risk management* all'interno delle Aziende sanitarie;
- L'attivazione di Briefing sulla sicurezza in modo sistematico e periodico in tutte le ASL;
- L'attivazione di *safety walkaround* condotto dai referenti per la sicurezza aziendale e della Regione;
- La realizzazione di eventi formativi ed informativi;
- L'introduzione di una procedura aziendale e regionale per la valutazione critica degli eventi occorsi finalizzata alla necessaria individuazione di misure idonee a prevenire la reiterazione dell'evento stesso tramite:
 - Una prima mappatura delle aree di rischio basate sulla raccolta e lo studio delle informazioni relative agli eventi sentinella ed alla denuncia dei sinistri ai fini del flusso SIMES e su eventuali ulteriori fonti disponibili nelle strutture pubbliche e private accreditate;
 - La realizzazione di una base dati regionale;
 - Lo sviluppo di un sistema di monitoraggio integrato delle componenti critiche dei processi di cura;
- L'introduzione di nuovi obiettivi da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende del SSR per assicurare l'adempimento dei debiti informativi in materia di rischio clinico e monitorare i risarcimenti legati a casi di responsabilità medica;
- Il controllo della predisposizione da parte delle Aziende, di un Piano di miglioramento alla luce degli eventi sentinella che si sono maggiormente verificati l'anno precedente la predisposizione del piano;

La Regione intende inoltre, effettuare una valutazione degli attuali sistemi assicurativi e definire forme di copertura del rischio maggiormente idonei e condivisi a livello regionale.

Risultati e Crono programma

- Identificazione all'interno di ciascuna ASL regionale del Responsabile medico dell'Unità Gestione del Rischio Clinico (UGR), del Comitato aziendale interdisciplinare e del Comitato valutazione sinistri entro il 31.12.2013;
- Coinvolgimento dei cittadini nell'attuale sistema di valutazione dei reclami attraverso le Commissioni Miste Conciliative presenti in ogni ASL regionale durante tutto il triennio;
- Realizzazione di eventi formativi e informativi;
- Messa a punto di processi e conseguente monitoraggio per la prevenzione degli eventi più importanti entro il 30.06.2014;
- Messa a punto di un sistema di segnalazione spontanea da parte degli operatori sanitari entro il 30.06.2014;
- Messa a regime della base dati regionale entro il 31.12.2014;
- Monitoraggio annuale del rispetto delle Raccomandazioni Ministeriali;
- Introduzione tra gli obiettivi da assegnare ai Direttori Generali l'adempimento dei debiti informativi in materia di rischio clinico ed il rispetto delle raccomandazioni Ministeriali a partire dall'anno 2014;
- Adozione di un atto formale che introduca: l'obbligo per le Aziende di approvare una procedura aziendale per la valutazione dell'evento e del rischio associato con le relative metodologie (*root cause analysis*, audit clinico, etc.) e l'obbligo per le Aziende di elaborare e trasmettere alla Regione gli esiti delle valutazioni degli eventi occorsi da sottoporre all'esame dell'osservatorio di cui alla DGR 988/2010 entro il 31.12.2013;
- Valutazione degli attuali sistemi assicurativi e definizione di forme di copertura del rischio maggiormente idonei e condivisi a livello regionale entro il 31.12.2013.

Indicatori di Risultato

- Attivazione dell'Unità Gestione del Rischio Clinico (UGR) in tutte le Aziende;
- Almeno due corsi di formazione sul rischio clinico svolti in ogni Azienda;
- Numero di eventi sentinella segnalati;
- Report sui risarcimenti da responsabilità degli operatori sanitari entro la fine del 2014.

Impatto economico

Eventuale riduzione dei risarcimenti per casi di responsabilità sanitaria.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Attività Ispettive e Controllo Qualità

5.4.2 AZIONE 2: Monitoraggio sistemico dell'uso della *check list* in Sala Operatoria

Contesto di riferimento

Il monitoraggio sull'uso sistemico della *check list* in sala operatoria ha avuto inizio già nel 2010 e ha continuato nel 2011 e 2012. Annualmente viene trasmessa apposita scheda di rilevazione "Chirurgia Sicura", al Ministero della Salute, sullo stato di adozione della stessa nelle ASL regionali.

Obiettivi Programmati

La Regione intende verificare l'avvenuta adozione della *check list* da parte delle ASL per poter pervenire ad una riduzione nel tempo degli errori commessi in sala operatoria.

Risultati e Crono programma

- Monitoraggio dell'adozione sistemica della *check list* in tutte le unità operative di chirurgia generale e specialistica entro il 31.12.2013;
- Inserimento tra gli obiettivi dei Direttori Generali delle ASL il raggiungimento del 100% di adozione della *check list* dall'anno 2014.

Indicatori di Risultato

- Riduzione degli eventi avversi nelle U.O. di chirurgia generale e specialistica dei Presidi Ospedalieri regionali, verificabili attraverso la banca dati SIMES.

Impatto economico

Valutabile nella riduzione dei contenziosi presso i presidi ospedalieri.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Attività Ispettive e Controllo Qualità

5.4.3 AZIONE 3: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica e per la gestione delle terapie farmaceutiche ad "alto rischio"

Contesto di riferimento

Il rischio dell'insorgenza dell'evento sentinella od addirittura avverso, dovuto ad un uso non corretto dei farmaci nell'ambito dell'assistenza ospedaliera si può verificare durante tutto il processo di gestione del farmaco: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio.

Risulta fondamentale prestare particolare attenzione nella gestione della terapia oncologica (Raccomandazione n.14) ed all'uso di tutti i farmaci ad "alto rischio o ad alto livello di attenzione" (Raccomandazione n.07) a causa della loro potenziale tossicità, del basso indice terapeutico e dell'alta possibilità di interazioni.

Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Realizzare indicazioni condivise ed uniformi tra tutti gli operatori del settore, mirate alla prevenzione degli errori in corso di terapia oncologica e per tutti i farmaci ad "alto rischio o ad alto livello di attenzione";
- Predisporre una lista di farmaci "ad alto rischio";
- Adottare una "scheda unica di terapia" che riporti tutte le informazioni necessarie per l'individuazione della terapia e ciò che è stato effettivamente somministrato e da chi.

Risultati e Crono programma

- Definizione di un piano della formazione del personale strutturato e specifico per la sicurezza durante la somministrazione di terapia oncologica e dei farmaci ad "alto rischio o ad alto livello di attenzione" entro il 31.03.2014;
- Procedura da elaborare nel corso del 2013 e sottoposta a miglioramento continuo nel corso del 2014/2015 basata sull'analisi di tutte le fasi della filiera del farmaco antineoplastico: prescrizione, preparazione e somministrazione;
- Definizione di misure di monitoraggio con le quali seguire la terapia, sia in termini di efficacia che di possibili effetti collaterali (es. livelli plasmatici del farmaco, indici di funzionalità che possono essere modificati dalla terapia) entro il 31.12.2013;
- Prevedere un calendario di visite nei reparti da parte della Farmacia ospedaliera al fine di condividere/implementare/modificare i percorsi/protocolli relativi all'uso dei farmaci da effettuare semestralmente;
- Adozione di modulistica prestampata e/o introdurre, se possibile, la prescrizione informatizzata, per contribuire ad eliminare gli errori derivanti dalla compilazione a mano o dalla trascrizione durante tutto il triennio.

Indicatori di Risultato

- Risultanze dei controlli semestrali;
- Disponibilità per la consultazione del personale interessato delle indicazioni e relative istruzioni (in forma scritta o digitale);
- Messa in atto di un'indagine conoscitiva della rete delle farmacie ospedaliere mediante somministrazioni di questionario inerente informazioni sulla gestione dei farmaci ad alto rischio ed indagine conoscitiva a livello dei reparti/U.O. su alcune fasi della gestione dei farmaci ad alto rischio, quali: prescrizione, trascrizioni/interpretazioni, preparazione e somministrazione.

Impatto economico

Non quantificabile

Responsabile del processo attuativo

Servizio Attività Ispettive e Controllo Qualità

5.4.4 AZIONE 4: Programma dei controlli di appropriatezza e dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO

Contesto di riferimento

La Regione Abruzzo attua il coordinamento ed il monitoraggio del sistema dei controlli sull'appropriatezza legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie di competenza dei Nuclei Operativi di Controllo (NOC).

Attraverso la reportistica periodica della totalità delle verifiche NOC, si crea un flusso di dati ed elementi che consente di verificare il rispetto delle previste misure minime di controllo, nonché l'attuazione delle conseguenti determinazioni di competenza delle Aziende Sanitarie Locali (applicazione di decurtazioni sul fatturato e/o ogni altro provvedimento assunto ai sensi dei contratti e della vigente normativa). La Regione Abruzzo con il Decreto commissariale n. 50/2011 e s.m.i. ha formalmente stabilito le soglie di ammissibilità per i cc.dd. DRG LEA di cui al DPCM 29/11/2001 come integrati dal Patto della Salute 03/12/2009; inoltre la Regione, ha individuato come ad elevato rischio di inappropriatazza le seguenti prestazioni: DRG con complicanze, DRG anomali (467, 468, 476, 477), ricoveri ripetuti entro trenta giorni nella stessa MDC (o comunque riconducibili allo stesso ricovero ad esclusione delle discipline di riabilitazione e lungodegenza), i DRG medici nelle UUOO chirurgiche ed i parti cesarei nelle strutture ove gli stessi abbiano una incidenza superiore al 40% del totale dei parti.

Normativa Nazionale

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

Disposizioni Regionali

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

Obiettivi Programmati

La Regione intende coordinare e monitorare il sistema regionale dei controlli sull'appropriatezza legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dagli Erogatori accreditati, ai sensi del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i., art. 8 – octies.

Risultati e Crono programma

- Richiesta dati dei controlli effettuati dai referenti NOC presso le AASSLL, confronto con le risultanze dei verbali pervenuti e sistematizzazione secondo gli schemi di reportistica già predisposti dal Servizio responsabile del procedimento attuativo con periodicità almeno trimestrale;
- Formazione e trasmissione al Ministero della Salute del report specifico relativo ai controlli sulle cartelle cliniche ospedaliere, ai sensi e per gli effetti del DM 10/12/2009 entro il 30 maggio di ogni anno;
- Promozione e/o adozione di eventuali misure correttive sia nei confronti delle AASSLL, quali soggetti attuatori dei contratti negoziali, che del sistema regionale dei controlli allorché ritenute opportune o necessarie sulla base delle risultanze degli elementi acquisiti.

Indicatori di Risultato

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

Impatto economico

Gli effetti economici dei controlli, in termini di decurtazioni sul fatturato degli Erogatori privati, sono quantificabili solo a consuntivo.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Attività Ispettive e Controllo Qualità

6 Interventi di Governo del sistema

6.1 INTERVENTO 14: Governance del Piano

6.1.1 AZIONE 1: Struttura regionale che sovrintende all'attuazione del Programma Operativo

Contesto di riferimento

Con deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009, il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo.

Con successiva deliberazione del 7 giugno 2012 il Consiglio dei Ministri ha nominato un Sub Commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR abruzzese a cui ha affidato il compito di affiancare il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nel 2007 e proseguito con i programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge 191/2009.

In sede di insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di risanamento del sistema sanitario regionale è stata indicata nell'Ufficio Commissariale la struttura sovrintendente all'attuazione del Programma Operativo – già Piano di rientro – contestualmente ritenendo funzionale allo svolgimento del prefato compito la cooperazione diretta dei Servizi della Direzione Politiche della Salute, dell'Agenzia Sanitaria Regionale, nonché dei Servizi "Bilancio" e "Ragioneria Generale" della Direzione "Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio, Attività Sportive" (Deliberazione commissariale n. 01/09).

Successivamente, all'atto di insediamento del Subcommissario nominato al fine di affiancare il commissario ad acta nell'azione commissariale, è stato compiutamente precisato che lo stesso si avvale – per l'espletamento dei compiti affidati – degli uffici strumentali già indicati nella Deliberazione commissariale n. 01/09 (Decreto commissariale n. 20/2012).

Disposizioni Regionali

- DCA n.01/09 del 14.12.2009;
- DCA n.20/2012 dell'11.06.2012: Insediamento del Sub Commissario Dott. Giuseppe Zuccatelli per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R. Abruzzese - Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012.

Obiettivi Programmati

Alla luce di quanto sopra, appare necessario garantire una compiuta attività di raccordo tecnico amministrativo tra l'organo commissariale - inteso sia nella figura del Commissario ad Acta che in quella del Subcommissario -, i Servizi della Direzione Politiche della Salute, l'Agenzia Sanitaria Regionale ed i servizi "Bilancio" e "Ragioneria Generale"; tale attività verrà ad estrinsecarsi in una serie di interventi operativi.

Risultati e Crono programma

- Collaborazione immediata e diretta con il Subcommissario (31.12.2013). Tale attività sarà poliedrica e concernente:
 - ricerca ed acquisizione di dati, elementi conoscitivi, documenti e conseguente elaborazione finalizzata alla produzione di atti e/o interventi;
 - attività di raccordo tra il Subcommissario ed i Servizi della Direzione Politiche della Salute;
 - attività di raccordo tra il Subcommissario e l'utenza esterna all'amministrazione regionale – ASL, OO.SS., rappresentanti strutture etc. - ;

- gestione dei rapporti tra il Subcommissario ed i componenti la Giunta Regionale, nonché del Consiglio Regionale;
 - trascrizione, su supporto informatico, delle verbalizzazioni di incontri istituzionali, tavoli o gruppi di lavoro;
 - gestione del protocollo informatizzato con utilizzo della funzione di archiviazione informatica degli atti;
 - collazione e archiviazione cartacea atti.
- Collaborazione immediata e diretta con il Commissario ad Acta (31.12.2013). Tale attività sarà concernente:
 - trasmissione proposte di provvedimenti commissariali/Acquisizione provvedimenti commissariali con successiva notifica ai servizi competenti agli adempimenti consequenziali;
 - implementazione data base dei provvedimenti commissariali;
 - monitoraggio dei pareri ministeriali resi sui provvedimenti commissariali con costante implementazione del data base elaborato ;
 - gestione del protocollo informatizzato,
 - collazione e archiviazione atti;
 - gestione rapporti con la Corte dei Conti, finalizzati alla completa cognizione da parte della stessa, delle azioni poste in essere dal Commissario ad Acta.

Indicatori di Risultato

- Coordinamento amministrativo tra l'organo commissariale, la Direzione Politiche della Salute, l'Agenzia sanitaria Regionale, i Servizi Bilancio e Ragioneria Generale e gli organi istituzionali della regione.

Impatto economico

Il conseguimento del presente obiettivo non necessita dell'utilizzo di risorse finanziarie

Responsabile del processo attuativo

Direzione Politiche della Salute

6.1.2 AZIONE 2: Potenziamento della Direzione Politiche della Salute

Contesto di riferimento

Nel corso del Tavolo di Monitoraggio dell'8 aprile 2013 presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze è nuovamente emersa l'esigenza di procedere ad un potenziamento della struttura amministrativa regionale, volta a porre in essere le azioni di predisposizione degli ulteriori adempimenti relativi alla programmazione sanitaria 2013-2015 nonché all'attuazione delle disposizioni di cui al D.L. n. 118/2011, alla Legge Balduzzi e al D.L. n. 35/2013.

A partire dal 2009, la Regione ha emanato diversi provvedimenti finalizzati all'integrazione dell'assetto organizzativo della Direzione Politiche della Salute, tra cui la DGR 816/2009 recante "Riorganizzazione parziale di cui alla D.G.R. n. 31 del 09.02.2009, e s.m. e i., della Direzione Politiche della Salute" e DGR 168/2010 recante "Integrazione D.G.R. n. 816 del 31.12.2009. Direzione Politiche della Salute. Posizioni organizzative" e relativi allegati".

Al fine di porre rimedio all'attuale situazione di carenza di personale afferente alla Direzione Politiche della Salute, la Regione si impegna a porre in essere in modo tempestivo i provvedimenti necessari a coprire i posti vacanti in organico.

Al 01.10.2013 l'organigramma relativo alla Direzione Politiche della Salute manifesta la presenza di diverse lacune per quanto riguarda la copertura degli incarichi dirigenziali, e non solo, come riportato in Figura 19. In particolare, attualmente risultano scoperti i seguenti Uffici:

- Ufficio "Diretta collaborazione con il Direttore"
- Ufficio "Personale convenzionato del servizio sanitario regionale"
- Ufficio "Sviluppo del sistema informativo"

- Ufficio "Monitoraggio spesa e prescrizioni farmaceutiche"
- Ufficio "Stato giuridico e formazione"
- Ufficio "Organi istituzionali"
- Ufficio "Procedure e sistemi informatici sanitari"
- Ufficio "Assistenza riabilitativa, protesica e termale"
- Ufficio "Autorizzazione ed accreditamento istituzionale"

Risultano invece coperti ad interim o con personale a tempo determinato, le seguenti posizioni dirigenziali:

- Dirigente DG12 "Pianificazione e sviluppo risorse umane" (Dirigente a tempo determinato);
- Dirigente DG16 "Programmazione socio-assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze" (Dirigente ad interim);
- Dirigente DG17 "Attività ispettiva e controllo qualità" (Dirigente in comando dalla ASL di Lanciano-Vasto-Chieti);
- Dirigente DG22 "Programmazione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie" (Dirigente a tempo determinato).

In aggiunta ai suddetti incarichi vacanti, sussiste una mancata copertura relativamente al personale assegnato ai diversi uffici. In questo senso la Regione si impegna a monitorare in modo sistematico le specifiche situazioni e le relative evoluzioni al fine di garantire l'attuazione degli interventi necessari per la copertura dei posti vacanti che attualmente risultano essere in numero di 70 unità. Infatti a fronte dei complessivi n. 135 posti previsti nella deliberazione di Giunta Regionale n. 168 del 15.03.2010 ne risultano coperti con personale a tempo indeterminato n. 65 posti.

Disposizioni Regionali

- Piano di rientro 2007-2009 - Obiettivo 4: Rafforzamento della struttura amministrativa ed implementazione dei procedimenti amministrativi;
- DGR 816/2009 recante: Riorganizzazione parziale di cui alla D.G.R. n. 31 del 09.02.2009, e s.m. e i., della Direzione Politiche della Salute;
- DGR 168/2010 recante: Integrazione D.G.R. n°816 del 31.12.2009 Direzione Politiche della Salute. Posizioni organizzative e relativi allegati;
- DGR 764/2012 recante: Programmazione triennale del fabbisogno di personale 2012/2014 – Piano assunzione anno 2012.

Obiettivi Programmati

La Regione intende colmare l'attuale carenza del suddetto personale entro il 31.12.2013.

Risultati e Crono programma

- Espletamento delle procedure concorsuali, già previste dalla Regione, per l'assunzione di n. 14 unità di personale presso la Direzione Politiche della Salute;
- Copertura degli altri posti vacanti mediante concorso ovvero mediante procedimento di mobilità da altri uffici regionali e/o comando dalle USL;
- Monitoraggio semestrale degli incarichi in scadenza e invio del sollecito per la sostituzione tempestiva.

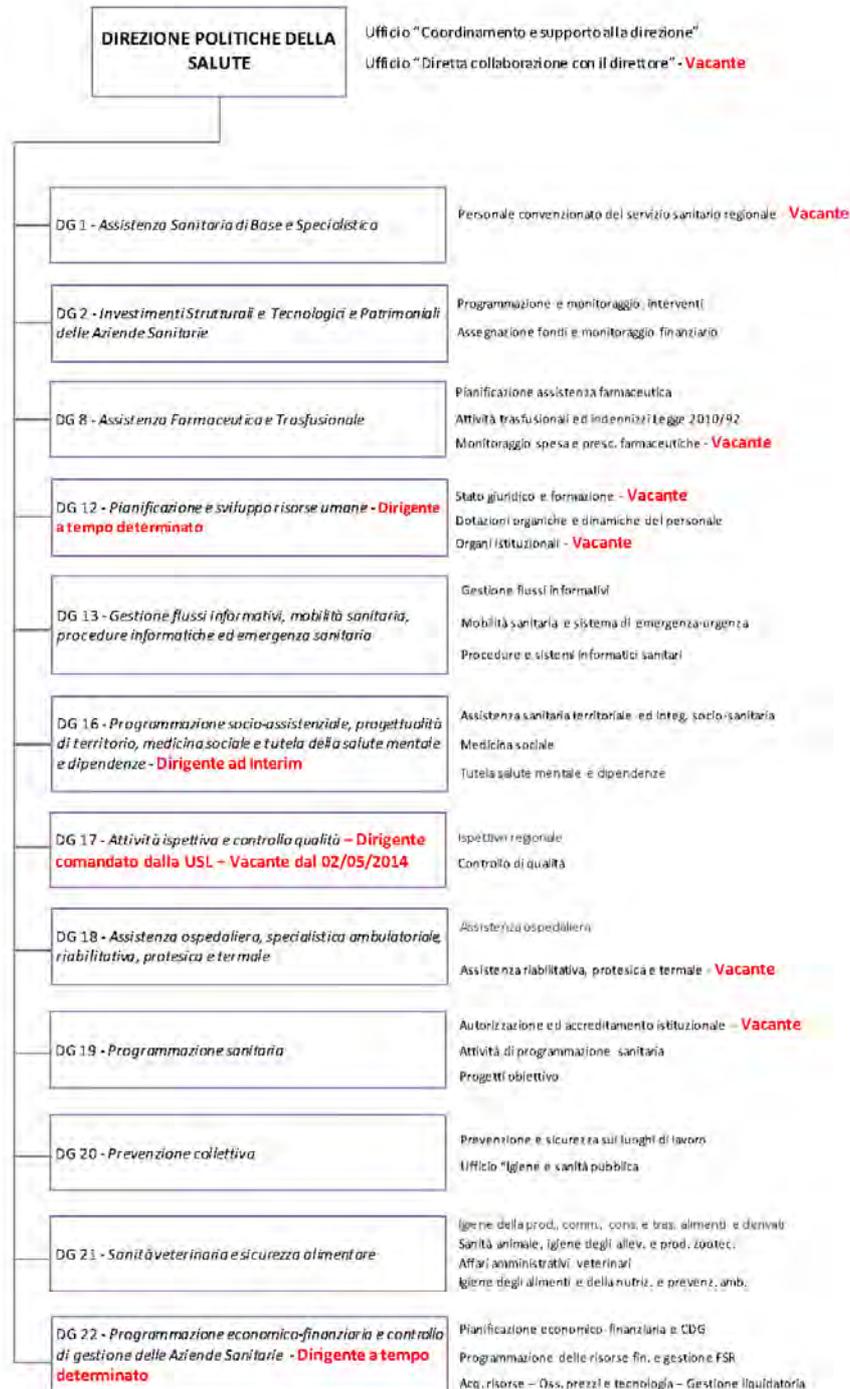
Indicatori di Risultato

- Numero di assunzioni sul totale delle posizioni vacanti, divisi tra assunti a tempo indeterminato e assunti in mobilità regionale/extraregionale e a comando.

Responsabile del processo attuativo

Direzione Risorse Umane e Strumentali della Giunta Regionale

Figura 19 – Organigramma Direzione Politiche della Salute (01.10.2013)



6.1.3 AZIONE 3: Istituzione del Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali

Contesto di riferimento

Nel biennio 2011-2012, la Regione ha pianificato le manovre per il contenimento della spesa, la cui attuazione, ha permesso di ottenere dei risultati importanti in termini di riduzione della spesa ed ha reso possibile l'avvio di una serie di interventi volti alla riqualificazione dei servizi sanitari.

Infatti, dall'analisi del CE Consuntivo 2012 si evidenzia un risultato gestionale positivo pari a 9 €/mln, che con le risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA pari a 38 €/mln, si attesta a 47,4 €/mln. Tale risultato è la combinazione della diminuzione delle voci di costo rispetto al 2011 relative alla Farmaceutica convenzionata (-23,4 €/mln) e al Personale (-9 €/mln), e l'aumento di voci di costo quali Altri beni e servizi (+33,7 €/mln) ed Accantonamenti (+21,2 €/mln).

Le voci di costo in diminuzione tra il 2011 e il 2012 sono quelle per le quali la Regione disponeva di dati e di conseguenza è stata nelle condizioni di poter gestire ed intervenire, al fine di contenerne l'aumento. A tal proposito si sottolinea che la Regione ha:

- Programmato la gestione del personale al fine di mitigare l'effetto "indiscriminato non selettivo" del turnover, prevedendo di autorizzare le assunzioni sulla base delle figure professionali riconosciute indispensabili per la garanzia del rispetto dei LEA (Programmi Operativi 2011-2012);
- Previsto la riduzione dei contratti in termini di spesa e di volumi di prestazioni riconosciute agli erogatori privati di prestazioni ospedaliere e prestazioni di specialistica ambulatoriale, tali da ridurre la spesa consuntivata nell'anno nella misura dello 0,5% nel 2012 e dell'1% nel 2013 (Decreti commissariali n. 39 e 47 del 2012 e n. 9 e 24 del 2013);
- Programmato la rivalutazione dei pazienti ospitati nelle strutture di riabilitazione ex art.26 e psicoriabilitazione per i quali le Unità di Valutazione Multidimensionale hanno previsto un *setting* assistenziale diverso (ad esempio RSA ed RA), prevedendone la remunerazione secondo le tariffe vigenti per tale diversa tipologia assistenziale;
- Gestito direttamente le gare di acquisto di farmaci dispensati all'interno delle strutture di ricovero ed in distribuzione diretta che hanno permesso di contenere la spesa relativa al comparto ospedaliero farmaceutico;
- Monitorato le informazioni economico – finanziarie derivanti dalla CO.GE delle Aziende al fine di verificarne la correttezza nonché la rispondenza agli indirizzi regionali e/o nazionali;
- Avviato la rilevazione puntuale di tutte le movimentazioni di cassa e competenza al fine di alimentare i modelli CE – SP per la Gestione Sanitaria Accentrata sulla base delle indicazioni del D.Lgs 118/2011 e di consolidare le informazioni elaborate dalle Aziende.

Al contrario, laddove la programmazione e la gestione degli interventi è stata demandata alle Aziende, e quindi di diretta responsabilità dei Direttori Generali, gli obiettivi di contenimento e/o riduzione della spesa sono stati solo parzialmente realizzati o non raggiunti. Si evidenzia in particolare la voce di costo relativa all'Acquisto di beni e servizi che, nonostante la richiesta regionale di attuazione da parte delle ASL di quanto previsto dalla L. 135/12 "Spending review", risulta essere in crescita dal 2011 al 2012 del 6,9%.

Normativa Nazionale

- D.L.gs 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Disposizioni Regionali

- Programma Operativo 2013/2015.

Obiettivi Programmati

La Regione intende istituire un **Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali** al fine di valutare e verificare gli effetti degli interventi che saranno previsti e concordati con i Direttori Generali per il controllo della spesa delle ASL regionali.

Tale Tavolo congiunto tra Organo Commissariale/Regione ed ASL avverrà con cadenza trimestrale, entro 10 giorni dalla consegna del CE dall'invio del CE Aziendale alla piattaforma NSIS, il quale dovrà essere inviato entro le tempistiche previste. Questi incontri risultano propedeutici alla riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Il Tavolo sarà tenuto dal Commissario ad Acta, dal Sub Commissario, dal Direttore regionale della Direzione Politiche della Salute e dal Responsabile del Servizio Programmazione economico finanziaria e controllo di gestione delle aziende sanitarie regionale e sarà integrato, di volta in volta, con i Dirigenti dei Servizi della Direzione Politiche della Salute competenti per la materia oggetto di discussione. A detto Tavolo dovranno prendervi parte la Direzione strategica aziendale (Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) ed i Responsabili dei Servizi Economico – finanziari aziendali. Al Tavolo fornirà apposito supporto l'Advisor contabile.

In tale sede saranno discussi ed analizzati analiticamente:

- i Conti Economici NSIS trimestrali, le stime di chiusura relative all'anno in corso sulla base delle azioni poste in essere relativamente a quanto indicato nel presente Programma Operativo ed eventuali manovre aggiuntive che le ASL potranno sottoporre al Tavolo;
- le azioni poste in essere dalla Direzione aziendale al fine di contenere la spesa aziendale, in particolare per la voce di costo relativa all'Acquisto di beni e servizi;
- le azioni poste in essere dalla Direzione aziendale al fine di dare attuazione al presente Programma Operativo;
- le motivazioni, in caso di mancata attuazione degli interventi programmati, sottoscritte dai Direttori Generali.

Inoltre, nel rispetto di quanto già previsto dalla normativa nazionale e regionale in materia, si prevede:

- la ridefinizione degli obiettivi di valutazione dei Direttori Generali che verranno fissati, sulla base delle azioni programmate nel presente Programma Operativo, con Decreto commissariale entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto. Tali obiettivi dovranno essere misurabili, chiari e verificabili sia qualitativamente che quantitativamente, sia a livello regionale che aziendale;
- la verifica semestrale dei Direttori Generali, nella quale saranno valutati gli obiettivi programmati e le percentuali di raggiungimento degli obiettivi stessi, con motivazione sottoscritta dal Direttore Generale in caso di mancata attuazione. Tale cadenza di verifica sarà effettuata semestralmente. I verbali degli incontri del Tavolo Tecnico saranno posti come documentazione al fine della valutazione semestrale dei Direttori Generali.

Sulla base di quanto detto, in caso di due verifiche semestrali consecutive negative si configura l'ipotesi di "gravi motivi" ai fini della risoluzione del contratto ai sensi dell'articolo 3bis, comma 7, del DL 502/92 e s.m.i.. A tal proposito il Commissario ad Acta comunica alla Giunta Regionale, per l'adozione dei provvedimenti di competenza, l'esito delle suddette verifiche negative.

Risultati e Crono programma

- Istituzione del Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali a partire dal 30.11.2013 con competenza secondo semestre 2013, e successivamente con cadenza trimestrale;
- Aggiornamento degli obiettivi per la valutazione dei Direttori Generali entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto;

- Valutazione dei Direttori Generali secondo i sopra definiti obiettivi con cadenza semestrale;
- Adozione verifiche semestrali dei Direttori Generali, sulla base degli esiti del Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali.

Impatto economico

Non è presente alcun impatto economico

Responsabile del processo attuativo

Direzione Politiche della Salute con riferimento a ciascun Servizio per quanto di competenza

Servizio Programmazione economico finanziaria e controllo di gestione delle aziende sanitarie

Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane

6.2 INTERVENTO 15: Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011

6.2.1 AZIONE 1: Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011

Contesto di riferimento

In attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 la Regione è chiamata a:

- Individuare la struttura competente all'attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 nell'ambito del PO;
- Effettuare azioni di monitoraggio in ordine all'effettiva attuazione del decreto legislativo n. 118/2011;
- Realizzare ed implementare specifici flussi informativi per l'effettiva attuazione del decreto legislativo n. 118/2011;
- Redigere periodicamente un rapporto sul trasferimento alla GSA ed alle ASL, di competenza e di cassa, delle risorse destinate al SSR.

La Regione dal 1 gennaio 2012 ha dato avvio all'attuazione del D.L.gs n.118/2011 effettuando le seguenti azioni:

- Perimetrazione dei capitoli di entrate e uscite della Sanità;
- Istituzione di specifici conti di tesoreria intestati alla Sanità;
- Individuazione nella propria struttura organizzativa di uno specifico centro di responsabilità identificato nel Servizio Programmazione Economico - Finanziario e Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie della Regione Abruzzo e del relativo Responsabile;
- Individuazione del certificatore responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA);
- Istituzione dei libri contabili obbligatori: Libro giornale;
- Predisposizione di un nuovo piano dei conti che consenta la gestione omogenea della contabilità economico patrimoniale sia per ciò che riguarda la GSA, sia per quando riguarda le aziende sanitarie.

La Regione sta inoltre ultimando un manuale delle procedure contabili al fine di garantire specifici obblighi informativi a carico delle aziende sanitarie.

Il responsabile regionale certificatore della GSA, su base trimestrale, effettua tutti gli adempimenti previsti per l'esercizio delle sue funzioni stabilite nell'art. 22 del D.lgs 118/2011 producendo un verbale di attestazione delle attività eseguite e conseguentemente effettua la certificazione trimestrale relativa sulla base di un modello di rilevazione.

Normativa Nazionale

- D.L.gs 118/2011: Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli art. 1 e 2 della L. 5 maggio 2009, n. 42.

Disposizioni Regionali

- DGR 953/2011: integrata con DGR 57/2012 per l'individuazione nella propria struttura organizzativa di uno specifico centro di responsabilità;
- DGR 173/2012; per la perimetrazione dei capitoli di entrate e uscite della Sanità;
- DGR 533/2012: per l'individuazione del certificatore responsabile della GSA.

Obiettivi Programmati

La Regione intende armonizzare i sistemi contabili e gli schemi di bilancio degli enti del SSR. A tal fine, oltre che a rispettare, per l'esercizio 2012, le nuove disposizioni del D.lgs. 118/2011, verranno intraprese tutte le iniziative metodologiche e le azioni volte a:

- rendere comparabili e uniformi i bilanci da consolidare, adottando trattamenti contabili omogenei delle ASL;
- facilitare la riconciliazione tra la contabilità regionale con la contabilità economico-patrimoniale della GSA;
- pianificare il flusso dei pagamenti dei fornitori delle aziende e della GSA;
- monitorare la progressiva riduzione dei tempi medi di pagamento.

Risultati e Crono programma

- Implementazione di un'ideale piattaforma informatica nella quale integrare la contabilità economico-patrimoniale della GSA con quella economico-patrimoniale della Regione da attivare in ottemperanza delle disposizioni contenute nel Titolo 1 D.Lgs 118/2011 entro il 31.12.2013;
- Implementazione di un modello di funzionamento al fine di pianificare, gestire e monitorare il trasferimento delle risorse correnti e pregresse dalla Regione alla GSA e, di conseguenza, alle aziende sanitarie;
- Produzione di una reportistica direzionale costituita da informazioni di sintesi (numero fornitori, numero pagamenti effettuati, esposizione debitoria verso tipologia di fornitori etc.) e da indicatori chiave di performance (anzianità del debito a scadere e debito scaduto) entro il 31.12.2013.

Indicatori di Risultato

- Adozione del Manuale delle procedure contabili;
- Approvazione delle Linee di indirizzo regionali;
- Costituzione della Piattaforma elettronica - Sistema di integrazione contabilità GSA con Bilancio Regione;
- Definizione del Modello di funzionamento per la pianificazione ed il monitoraggio delle risorse da GSA verso aziende sanitarie.

Impatto economico

Non è presente alcun impatto economico

Responsabile del processo attuativo

Servizio Programmazione economica finanziaria e controllo di gestione delle aziende sanitarie

6.3 INTERVENTO 16: Certificabilità dei Bilanci del SSR

6.3.1 AZIONE 1: Certificabilità dei Bilanci del SSR

Contesto di riferimento

La Regione, in adempimento al D.M. sulla certificabilità dei bilanci del 17 settembre 2012, si propone di realizzare un Percorso Attuativo sulla Certificabilità dei Bilanci del SSR (Bilancio consolidato, bilancio della gestione accentrata, bilanci delle aziende) entro 3 mesi dalla pubblicazione del D.M. del 1 marzo 2013 recante "Requisiti comuni a tutte le regioni per la redazione dei PAC", avvenuta in data 26.03.2013.

Per gli obiettivi specifici che verranno declinati nel Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) di prossima adozione da parte della Regione, il Decreto commissariale n.42/2012, impegna 12 milioni di euro di fondi di cui all'art.20, co. 1 della legge 11 marzo 1998, n. 67 per la progettazione e l'attuazione di un sistema di contabilità analitica regionale su cui alimentare un modello di monitoraggio del SSR volto a garantire, a livello locale, la raccolta sistematica e continuativa di tutti i dati necessari per un miglior governo economico/finanziario del sistema e il monitoraggio dei LEA.

Normativa Nazionale

- L. 191/2009 art. 79 comma 1 sexies della L. 133/08 e dell'art. 2 comma 70;
- D.L.gs 118/2011: Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli art. 1 e 2 della L. 5 maggio 2009, n. 42.

Disposizioni Regionali

- DCA 42/2012: Art. 79, co. 1 – sexies della Legge n. 133/2008 e art. 2, co. 70 della Legge n. 191/2009. Sviluppo delle funzioni gestionali e contabili per migliorare il governo del SSR e locale. Accordo di programma e autorizzazione alla relativa sottoscrizione.

Obiettivi Programmati

La Regione intende attuare il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) per la progettazione e l'attuazione di un sistema di contabilità analitica regionale su cui alimentare un modello di monitoraggio del SSR volto a garantire, a livello locale, la raccolta sistematica e continuativa di tutti i dati necessari per un miglior governo economico/finanziario del sistema e il monitoraggio dei LEA.

Risultati e Crono programma

- Redazione del PAC entro 3 mesi dalla pubblicazione in G.U. (26.03.2013) del Decreto Ministeriale del 1 marzo 2013 sui requisiti comuni a tutte le regioni;
- I tempi di attuazione del percorso attuativo di certificabilità sono conseguenti alla realizzazione delle procedure ad evidenza pubblica di aggiudicazione della gara.

Indicatori di Risultato

- Verifica della redazione del PAC nei tempi stabiliti.

Impatto economico

Nessuno è previsto impatto economico aggiuntivo

Responsabile del processo attuativo

Servizio Programmazione economico finanziaria e controllo di gestione delle aziende sanitarie

6.4 INTERVENTO 17: Flussi informativi

6.4.1 AZIONE 1: Azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi

Contesto di riferimento

I flussi informativi non possono più essere considerati un mero "debito informativo" degli operatori nei confronti delle Aziende, delle Aziende nei confronti della Regione e di quest'ultima nei confronti dei Ministeri competenti. Nello scenario attuale l'invio tempestivo di dati completi è da considerarsi il comportamento auspicabile di tutti gli operatori del SSR.

Poiché si migliora solo ciò che si misura, è prioritario concentrarsi sul corretto utilizzo e sviluppo dei flussi informativi in quanto permettono congiuntamente:

- dal punto di vista dei LEA una visione completa della domanda soddisfatta, del fabbisogno e della rete di offerta;
- dal punto di vista dei costi il monitoraggio dell'evoluzione delle principali variabili sanitarie che concorrono all'evoluzione dei costi.

Va precisato inoltre che nei decreti istitutivi dei flussi informativi analitici NSIS per il monitoraggio dei LEA è stata prevista, su richiesta delle Regioni, una tempistica per la graduale attivazione degli stessi in considerazione delle necessità di adeguamento dei propri sistemi informativi. Gli stessi decreti prevedono che, con l'entrata a regime del flusso dal 2012, il non rispetto dell'obbligo informativo comporti, per la Regione, il mancato accesso al maggior finanziamento di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Prioritario per la Regione Abruzzo è implementare un modello di governo puntuale delle informazioni che consenta sia di gestire il Sistema Sanitario Regionale che di migliorare la cura del paziente; a tal proposito è necessario che le Aziende trasmettano alla Regione dati completi e di qualità, validandoli, nel rispetto delle tempistiche previste dai flussi stessi. Nello specifico:

- tempestività nell'aggiornamento delle anagrafiche delle strutture ospedaliere e territoriali, ovvero i modelli HSP11, HSP11BIS, STS11 e RIA11. Tali modelli costituiscono le anagrafiche di riferimento per l'invio di tutti gli altri flussi informativi relativi ai fattori produttivi, all'attività, ed ai costi;
- tempestività nell'invio nel rispetto dei termini previsti dalla normativa vigente per tutti i flussi;
- completezza dei flussi informativi che rilevano i fattori produttivi e l'attività di assistenza erogata (es. controllo di significativi scostamenti rispetto alle misure dei fenomeni, precedentemente osservate, di coerenza con le grandezze correlate);
- qualità dei dati trasmessi, attraverso una maggiore attenzione nell'attività di *data entry* e procedendo, in via prioritaria alle opportune verifiche (es. evitare la presenza di dati non coerenti con i domini dei singoli campi, ad esempio controllare i codici non presenti nelle anagrafiche di riferimento).

Normativa Nazionale

- Decreto del Ministro della Sanità del 23 dicembre 1996(*) e s.m.i., pubblicato sulla GURI del 28 gennaio 1997: I Modelli Ministeriali di rilevazione delle attività gestionali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere;
- L' Accordo quadro tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per lo sviluppo del nuovo Sistema informativo sanitario nazionale ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 (PROVVEDIMENTO 22 febbraio 2001 -G.U. n. 90, 18.04.2001) ha previsto la creazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Obiettivi Programmati

La Regione, per poter migliorare la tempestività e la qualità dei dati contenuti nei flussi intende:

- Mettere a regime i cosiddetti "nuovi flussi ministeriali" che, già alimentati sulla base dei cosiddetti "piani di adeguamento", risultano in corso di alimentazione o di attivazione come nel caso del flusso relativo alle cure palliative. In tal senso un elemento strategico di valutazione è riferibile alla congruità dei flussi e alla qualità dei dati;
- Far sì che avvenga la condivisione ed integrazione, anche dal punto di vista operativo, delle attività connesse alla gestione dei flussi con i servizi regionali e aziendali di riferimento per le specifiche materie di competenza attraverso l'istituzione di Gruppi di Lavoro Permanenti, che costituiranno l'elemento di governo più efficace dei processi interessati e che si riuniranno almeno trimestralmente e, comunque, successivamente alle riunioni dei gruppi di lavoro ministeriali;
- Migliorare il flusso relativo ai consumi dei dispositivi medici la cui rilevanza straordinaria è determinata da una serie di disposizioni legislative nazionali (l'individuazione di livelli appropriati di valutazione dell'immissione sul mercato e di monitoraggio dei prezzi di acquisto - Patto della Salute 2010-2012-, la fissazione di tetti di spesa - DL 6 luglio 2012-, la previsione di applicare ai dispositivi medici il sistema del benchmark). Si prevede l'individuazione di un Sottogruppo di Lavoro regionale finalizzato alla definizione di procedure di armonizzazione del database relativo al flusso dei consumi con quello relativo ai rendiconti economici ("CE") quale elemento di interconnessione strategica ed operativa dei processi di implementazione dei flussi economici e di quelli di produzione.

Risultati e Crono programma

- Istituzione gruppo di lavoro permanente nuovi flussi NSIS (SIAD/FAR/EMUR) entro il 30.10.2013;
- Istituzione gruppo di lavoro permanente assistenza specialistica ambulatoriale (FILE C vs sist. TS art. 50) entro il 30.10.2013;
- Alimentazione del flusso informativo NSIS HOSPICE;
- Allineamento flusso consumi dispositivi medici vs Conto Economico (CE) entro il 30.06.2014;
- Riunioni a cadenza trimestrale, e/o periodica, in successione rispetto alle riunioni dei GDL interregionali in sede ministeriale;
- Monitoraggio dell'invio nei tempi e nelle modalità previste dei dati da parte delle Aziende.

Indicatori di Risultato

- Validazione documento programmatico referenti aziendali;
- Presenza di dati di attività delle strutture residenziali Hospice;
- Miglioramento della qualità del dato durante tutto il triennio;
- Rispetto dei termini da parte delle Aziende.

Impatto economico

Le valutazioni di impatto economico, sono funzionali alle disponibilità correnti assegnate in sede di bilancio e non prevedono l'individuazione di ulteriore *budgeting*.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche e Emergenza Sanitaria

6.4.2 AZIONE 2: Tessera Sanitaria

Contesto di riferimento

L'amministrazione regionale ha predisposto il Decreto commissariale n. 21/2012 per l'applicazione dell'art.32 del ACN allo scopo di indurre i medici ad adempiere alle pratiche di trasmissione contestuale delle ricette informatizzate sul sistema TS. In particolare è stato stabilito che le ASL, in ottemperanza a quanto previsto negli ACN vigenti (siglati il 27 maggio 2009), dal 1° luglio 2012, sono tenuti ad avviare le attività di verifica delle inadempienze dei medici prescrittori per procedere, in caso di inadempimento, alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15% su base annua come dettagliato nell'intervento relativo all'assistenza farmaceutica (Paragrafo 4.2.9). Inoltre presso le ASL regionali sono partite le sperimentazioni relative al processo di dematerializzazione della ricetta cartacea di cui al DM 2 novembre 2011 le cui evidenze operative incalzano verso l'adozione di soluzioni tecnologiche tese all'integrazione dei sistemi aziendali e alla distribuzione di componenti gestionali interconnesse con la piattaforma SOGEI, sistemaTS, attraverso appositi Web Services.

Normativa Nazionale

- L. 326/2003 art.50: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici;
- DPCM 26/03/2008: attuativo del D.L. 296/2006 art 1 comma 810 lettera C, dispone le modalità per la trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'economia e delle finanze da parte dei singoli medici del SSN;
- DM 2/11/2011: De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010;
- DL 179/2012 art.13: Prescrizione medica e cartella clinica digitale.

Disposizioni Regionali

- DCA 21/2012: Applicazione della riduzione al trattamento economico complessivo dei medici di base convenzionati che non trasmettono telematicamente i dati delle ricette a carico del S.S.N. al Sistema di Accoglienza Centrale (SAC).

Obiettivi Programmati

La Regione intende pervenire alla completa esecuzione gli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di Tessera Sanitaria, attraverso:

- L'estensione della prassi di invio delle ricetta elettronica, di cui al DPCM 26/3/2008, per tutti i medici convenzionati del SSR;
- Il miglioramento dell'attuale sistema di rilevazione delle inadempienze da parte dei medici prescrittori, attraverso l'esatta quantificazione del rapporto prescritto/erogato, da ottenere con adeguate implementazioni del sistema informatico e della funzionalità della piattaforma sistemaTS;
- L'attuazione del crono programma ministeriale per la dematerializzazione della ricetta elettronica di cui al DM 2/11/2011;
- La realizzazione del Piano di Adeguamento condiviso d'intesa con il Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato – Ispettorato Generale per la Spesa Sociale. Per la piena realizzazione dell'obiettivo, così come più volte rappresentato dai referenti ministeriali, le singole ASL provvederanno ad attivare appositi meccanismi di integrazione attraverso l'uso dei WEB Services in fase di test presso la Regione Abruzzo con l'ASL di Lanciano Vasto Chieti e la SoGel;
- Il miglioramento delle modalità di controllo e verifica delle esenzioni da reddito. Si evidenzia che le ASL, sono tenute a confrontare e verificare, attraverso le liste di assistiti esenti certificati dal MEF e trasmessi da SOGEI, tutte le autocertificazioni presentate. Si tratta, quindi, di utilizzare i dati disponibili sul sistemaTS per le prescrizioni mediche e confrontarle con gli elenchi di chi ha

beneficiario irregolarmente di prestazioni con esenzione dal pagamento del ticket per motivi di reddito. Tale verifica consentirà di recuperare tutte le somme non percepite attraverso il recupero crediti da parte delle ASL nei confronti degli assistiti morosi. La Regione coordinerà le attività di monitoraggio e di verifica delle prestazioni erogate in regime di esenzione da reddito.

Risultati e Crono programma

- Consolidamento dell'invio delle ricetta elettronica, di cui al DPCM 26.3.2008, per tutti i medici convenzionati del SSR per tutto il triennio;
- Condivisione con SOGEL delle modalità tecniche ed operative per individuare il corretto rapporto prescritto/erogato come definito dal decreto commissariale n. 21/2012 entro il 30.09.2013;
- Predisposizione degli elenchi dei Professionisti secondo le nuove modalità di rilevazione entro il 30.09.2013;
- Attuazione del crono programma ministeriale per la dematerializzazione della ricetta elettronica di cui al DM 2.11.2011 nel corso del triennio;
- Miglioramento delle modalità di controllo e verifica delle esenzioni da reddito;
- Censimento, a cura delle ASL, dei pazienti su cui operare il recupero crediti e comunicazione all'Amministrazione regionale delle relative modalità operative entro il 31.10.2013.

Indicatori di Risultato

- Definizione dei criteri e delle modalità tecniche e operative per individuare il corretto rapporto prescritto/erogato come definito dal Decreto commissariale n. 21/2012 da condividere con il Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato – Ispettorato Generale per la Spesa Sociale entro il 30 giugno 2013;
- Rispetto delle scadenze del crono programma ministeriale per la dematerializzazione della ricetta elettronica DM 2.11.2011;
- Rapporto tra il numero dei pazienti su cui operare il recupero crediti ed il numero di pazienti per cui è avvenuta la riscossione.

Impatto economico

Le valutazioni di impatto economico sono funzionali alle disponibilità correnti assegnate in sede di bilancio e non prevedono l'individuazione di ulteriore *budgeting*. Sarà presente un'eventuale riduzione di costi dovuta alla diminuzione del numero di esenzioni ed al recupero dei crediti dei pazienti che erroneamente usufruivano dell'esenzione.

Responsabile del processo attuativo

Servizio Gestione flussi informativi, mobilità sanitaria, procedure informatiche e Emergenza Sanitaria

6.5 INTERVENTO 18: Autorizzazione ed Accredimento

6.5.1 AZIONE 1: Procedure per l'autorizzazione e l'accredimento istituzionale

Contesto di riferimento

Con la Deliberazione commissariale n. 45/2010 e con il Decreto commissariale n. 25/2012 è stato definito il fabbisogno di prestazioni ospedaliere. Con i Decreti commissariali n. 52/2012 e n. 67/2012 sono stati determinati i fabbisogni regionali di prestazioni residenziali e semiresidenziali e di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Questi atti costituiscono i presupposti fondamentali per la definizione delle procedure di autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture, che sono stati sospesi in attuazione del Piano di Rientro. Sono in corso di elaborazione i decreti che disciplineranno i processi di riordino e riconversione delle strutture esistenti alla luce dei nuovi *settings* assistenziali ed il rilascio di nuove autorizzazioni sia per l'assistenza di carattere residenziale e semiresidenziale che per le nuove strutture di assistenza specialistica ambulatoriale.

A norma dell'articolo 12 della Legge Regionale n. 32/2007 e s.m.i., sono state predefinitivamente accreditate le strutture pubbliche già operanti sul territorio e quelle private che risultavano provvisoriamente accreditate ai sensi della normativa precedente alla data di entrata in vigore della Legge Regionale n.32/2007.

Ad oggi, la maggior parte delle strutture ospedaliere private sono state già sottoposte alle verifiche funzionali al rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale mentre, le verifiche sulle strutture private di specialistica ambulatoriale, sono in corso di svolgimento.

Nel secondo trimestre 2013 sono pervenute all'attenzione degli uffici della Direzione politiche della Salute le prime proposte di accreditamento istituzionale, relative a 6 case di cura, da parte dell'Agenzia sanitaria regionale. Sulla base di tali proposte, il Commissario provvederà ad adottare gli atti di accreditamento istituzionale delle strutture in parola.

Con Decreto commissariale n. 39/2013, la Regione ha recepito l'Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012 recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accREDITamento", che comporterà una revisione dei requisiti di autorizzazione ed accREDITamento previsti negli attuali manuali.

Normativa Nazionale

- L. 27.12.2006, n. 296 art. 1, comma 796, lett. t) Legge finanziaria 2007.

Disposizioni Regionali

- LR 32/2007: AccREDITamento delle strutture che erogano servizi di cura e assistenza;
- DGR 01.07.2008, n. 591/P: Manuale delle procedure di accREDITamento;
- Delibera commissariale 45/2012, DCA 25/2012, DCA 52/2012 e DCA 67/2012: di definizione del fabbisogno di prestazioni di assistenza ospedaliera, residenziale e semiresidenziale e di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- DCA 39/2013: di recepimento dell'Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012 recante la disciplina per la revisione della normativa dell'accREDITamento.

Obiettivi Programmati

La Regione intende:

- Concludere le verifiche funzionali all'accREDITamento istituzionale delle strutture sanitarie private ed avviare i procedimenti di relativo accREDITamento istituzionale;
- Implementare le attività di verifica periodica sulla sussistenza dei requisiti di accREDITamento delle strutture sanitarie accREDITate ai sensi della LR n.32/2007 e s.m.i.;
- Aggiornare i requisiti di autorizzazione ed accREDITamento e le relative procedure al fine di adeguarli al "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'AccREDITamento" di cui all'Intesa approvata in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 20.12.2012 oltre che sulla base delle problematiche interpretative ed applicative emerse dalle verifiche dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e/o del Comando Carabinieri NAS sui diversi aspetti tecnologici, organizzativi, strutturali e tenendo conto delle ulteriori tipologie strutturali come definite negli intervenuti atti del fabbisogno regionale.

Risultati e Crono programma

- Conclusione dei procedimenti di accREDITamento istituzionale:
 - delle strutture ospedaliere private e di specialistica ambulatoriale private entro il 30.06.2014;
 - delle strutture residenziali e semiresidenziali private e degli stabilimenti termali entro il 31.12.2014;
- Pubblicazione dell'Albo regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie accREDITate entro il 31.12.2014;

- Aggiornamento dei requisiti e delle procedure di accreditamento entro i termini che saranno stabiliti dall'apposito Tavolo di lavoro istituito presso il Ministero della Salute.

Indicatori di Risultato

- Rapporto tra il numero di strutture definitivamente accreditate e le strutture sottoposte a verifiche funzionali;
- Report delle verifiche di sussistenza dei requisiti;
- Predisposizione del provvedimento di aggiornamento e riordino dei manuali di autorizzazione e di accreditamento e relative procedure nei termini stabiliti.

Impatto economico

Non è previsto impatto economico aggiuntivo

Responsabile del processo attuativo

Servizio Programmazione Sanitaria

Agenzia Sanitaria Regionale

6.6 INTERVENTO 19: Contabilità analitica

6.6.1 AZIONE 1: Contabilità analitica

Contesto di riferimento

La realizzazione del Piano di rientro impone, di fatto, l'attivazione di coerenti processi gestionali per la definizione ed adozione dei necessari provvedimenti utili ad intensificare le verifiche periodiche delle procedure amministrativo-contabili, la certificazione annuale dei bilanci delle aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale.

In tal senso, le difficoltà riscontrate, dal punto di vista operativo, attengono:

- alla verifica effettiva e alla tempestiva adozione e realizzazione degli interventi definiti a livello formale;
- alla valutazione, in corso d'opera, degli effetti realmente conseguiti in relazione agli obiettivi gestionali ed economici definiti nel Piano di Rientro stesso.

Inoltre, un modello di monitoraggio in grado di supportare, ai diversi livelli del SSR, la piena attuazione del Piano di Rientro nelle diverse fasi di programmazione, attuazione, controllo e verifica dei risultati, contrasta un'altra rilevante criticità che si constata ogni volta che l'implementazione di un modello realmente efficace viene ad essere inficiata da una sostanziale carenza di dati gestionali e contabili strutturati e tempestivi provenienti dal livello locale.

Normativa Nazionale

- L. 191/2009 art. 79 comma 1 sexies della L. 133/08 e dell'art. 2 comma 70;
- D.L. gs 118/2011: Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli art. 1 e 2 della L. 5 maggio 2009, n. 42.

Disposizioni Regionali

- DCA n. 42/2012; Art. 79, co. 1 – sexies della Legge n. 133/2008 e art. 2, co. 70 della Legge n. 191/2009. Sviluppo delle funzioni gestionali e contabili per migliorare il governo del SSR e locale. Accordo di programma e autorizzazione alla relativa sottoscrizione.
- Patto per la Salute per il triennio 2010 – 2012.

Obiettivi Programmati

La Regione intende perseguire due obiettivi generali:

- L'Attuazione dell'Accordo di Programma Quadro attraverso la realizzazione di un modello di monitoraggio del Sistema Sanitario della Regione Abruzzo volto a garantire l'omogeneizzazione delle procedure, la raccolta sistematica e continuativa e l'adozione di adeguate metodologie di elaborazione, analisi e interpretazione dei dati;
- Lo svolgimento di una costante azione di supporto alle AASSLL, in grado di mettere in campo risorse competenti, metodologie e strumenti indispensabili per perseguire stabilmente nel tempo gli obiettivi di seguito descritti, anche tramite adeguati interventi di formazione sul campo.

Risultati e Crono programma

Tabella 35 – Crono programma

| Cronoprogramma delle attività da svolgere | | | |
|---|--------|--------|--------|
| | ANNO 1 | ANNO 2 | ANNO 3 |
| Progettazione, sviluppo ed avviamento operativo del modello di monitoraggio integrato del SSR | | | |
| 1. Progettazione di un modello di monitoraggio del SSR e sua periodica manutenzione | | | |
| 2. Aggiornamento/integrazione della metodologia regionale di controllo di gestione aziendale | | | |
| 3. Consolidamento ed aggiornamento della mappa dei flussi informative "esistenti" e stesura di un piano per la copertura dei fabbisogni identificati | | | |
| 4. Realizzazione, già a partire dal primo anno del progetto, degli strumenti in grado di produrre immediatamente una base dati strutturata | | | |
| 5. Affiancamento sul campo delle strutture del SSR, nelle fasi di progettazione, realizzazione e messa in produzione dei nuovi processi di raccolta e di gestione dei dati previsti dal modello di monitoraggio gestionale | | | |
| 6. Sviluppo ed introduzione di una metodologia per il monitoraggio degli obiettivi programmati dalle Aziende basata sull'utilizzo dello strumento di monitoraggio e coerente con i contenuti del sistema SVEAS | | | |
| Realizzazione delle attività necessarie alla certificabilità del bilancio delle aziende sanitarie e dell'accentrata Regionale | | | |
| 7. Adeguamento della strumentazione contabile al D.lgs. 118/2011 e definizione del modello contabile e di controllo, a livello regionale e locale, finalizzato a presidiare e monitorare il funzionamento complessivo regionale | | | |
| 8. Definizione di un sistema di controllo sui sistemi informativi finalizzato a garantire l'affidabilità del dato economico-finanziario-patrimoniale, la corretta imputazione e l'omogeneità | | | |
| 9. Identificazione di un modello organizzativo, documentale, e di processo da adottare presso le singole ASL per implementare efficacemente le nuove regole e per garantire l'adeguatezza dei flussi contabili | | | |
| 10. Affiancamento alle singole Aziende sanitarie e formazione continua attraverso tecniche di training on the job per implementare in nuovo modello e rimuovere le criticità | | | |

Indicatori di Risultato

- Predisposizione del capitolato di gara entro 60 giorni successivi all'ammissione al finanziamento;
- L'avvio delle procedure di gara ad evidenza pubblica successivamente alla predisposizione del capitolato di gara;
- L'avvio dei servizi oggetto di fornitura è subordinato alla data dell'ammissione al finanziamento.

Per il raggiungimento degli obiettivi suddetti, realizzabili esclusivamente se verrà effettuata l'erogazione del finanziamento richiesto, è prevista una forte collaborazione con gli operatori del SSR al fine di accrescerne costantemente le competenze e le conoscenze e disporre al termine delle attività progettuali, di cui al presente programma, di personale adeguatamente formato per la prosecuzione delle attività avviate. L'intero sistema di produzione, controllo e analisi dei dati contabili,

di bilancio e gestionali dovrà offrire strumenti per verificare l'erogazione dei servizi nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza. In questo ambito il progetto, come già evidenziato, aggiornerà anche gli aspetti metodologici del controllo di gestione, tenendo conto di analoghe esperienze già adottate presso altre Regioni in materia di programmi e sistemi per l'acquisizione ed elaborazione di dati economici, gestionali e produttivi di strutture sanitarie operanti a livello locale;

La realizzazione di tale programma si connoterà come azione di supporto della Regione nei confronti delle aziende locali affinché entro dicembre 2015:

- si realizzino, a livello locale, gli strumenti e le competenze necessarie affinché i sistemi di produzione del bilancio, di controllo interno, di programmazione e controllo di gestione possano essere gestiti efficientemente ed efficacemente in modo continuo e sistematico;
- si diffonda tra gli operatori del SSR deputati alla produzione e alla gestione dei flussi informativi contabili e gestionali la necessaria cultura sulle tematiche di bilancio e di gestione.

Impatto economico

Come riportato nel Programma Operativo 2010, la Regione Abruzzo intende avvalersi della facoltà di cui all'art. 79, comma 1-sexies della L. 133/08, che prevede l'utilizzo di parte dei fondi ex art.20 L. 67/88 e s.m.i. previa sottoscrizione di specifico Accordo di Programma con i Ministeri competenti, per la realizzazione di interventi diretti a garantire la disponibilità dei dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie, per consentire la produzione sistematica e l'interpretazione gestionale continuativa dei dati indispensabili allo svolgimento delle attività di programmazione e controllo regionale ed aziendale.

L'investimento, articolato in tre annualità, prevede un costo complessivo di euro 12. €/mln di cui il 95% pari a 11,4 €/mln a valere sulle risorse statali ex art. 20 della L. 67/88 e il 5% pari a 0,6 €/mln a carico del bilancio regionale come meglio evidenziato nel seguente prospetto (Tabella 36).

Tabella 36 – Prospetto dell'investimento

| Prospetto dell'investimento | | | | | | | |
|-----------------------------|------------|---------|---------|------------|---------|---------------|------------|
| Esercizio Finanziario | Stato | Regione | Aziende | Altri Enti | Privati | Altre risorse | Totale |
| 2012 | 11.400.000 | 600.000 | | | | | 12.000.000 |

Responsabile del processo attuativo

Servizio Investimenti strutturali e tecnologici e Patrimonio delle Aziende sanitarie

6.7 INTERVENTO 20: Attuazione del Piano dei pagamenti

6.7.1 AZIONE 1: Attuazione del Piano dei pagamenti

Contesto di riferimento

Con Decreto Legge 35/2013 del 08.04.2013 recante "Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della Pubblica Amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento dei tributi degli enti locali" è stato istituito un Fondo denominato "Fondo per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili" con una dotazione di 10.000 €/mln per il 2013 e 16.000 €/mln per il 2014. Tale Fondo è distinto in tre sezioni:

- "Sezione per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili degli enti locali" con una dotazione di 2.000 €/mln per ciascuno degli anni 2013-2014;
- "Sezione per assicurare la liquidità alle regioni e alle province autonome per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili diversi da quelli finanziari e sanitari" con una dotazione di 3.000 €/mln per il 2013 e di 5.000 €/mln per il 2014;
- "Sezione per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili degli enti del Servizio Sanitario Nazionale" con una dotazione di 5.000 €/mln per il 2013 e di 9.000 €/mln per il 2014.

Come stabilito dal Decreto le Regioni potranno inoltrare l'istanza di accesso all'anticipazione di liquidità al MEF entro il 31.05.2013.

Ai sensi dell'art.3, comma 2, del D.L 35/2013, il MEF ha adottato, in data 16 aprile 2013, il decreto di riparto dell'importo di 5.000 €/mln; il riparto è stato effettuato in proporzione ai valori degli ammortamenti non sterilizzati, antecedenti all'applicazione del decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118, risultanti dai CE per il periodo dal 2001 al 2011 ponderati al 50% e ai valori delle voci "crediti verso regione per spesa corrente" e "crediti verso regione per ripiano perdite" iscritti nei modelli SP 2011 ponderati al 50%.

Alla Regione Abruzzo è stata assegnata con il Decreto sopra richiamato la somma massima di 174,009 €/mln.

Nell'anno 2013 sono state trasferite risorse alle Aziende per un importo pari a 302,207 €/mln, come riportato in Tabella 37:

Tabella 37 – Risorse finanziarie trasferite alle Aziende

| Trasferimento risorse a favore delle AA.SS.LL. a titolo di parziale copertura delle perdite pregresse 2007-2009 | | | | | |
|---|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| | Asl 201 | Asl 202 | Asl 203 | Asl 204 | Totale |
| Determinazione regione DG 22/15 del 12.02.2013 | 16.055.638 | 21.280.951 | 13.937.025 | 8.746.386 | 60.000.000 |
| Determinazione regione DG 22/26 del 03.05.2013 | 58.517.000 | 110.286.035 | 67.736.000 | 5.668.000 | 242.207.035 |
| Totale | 74.572.638 | 131.546.986 | 81.673.025 | 14.414.386 | 302.207.035 |

In relazione all'assegnazione della somma di 174,009 €/mln si è proceduto alla formulazione dell'istanza di accesso all'anticipazione di liquidità in funzione dell'entità e delle esigenze di copertura dei debiti certi, liquidi ed esigibili al 31.12.2012 e, eventualmente, in via residuale rispetto ai primi, dei debiti certi sorti entro il 31.12.2012.

L'istanza di accesso (prot. n.RA/138531) si è basata sulla ricostruzione del debito come sopra qualificato attraverso un processo che ha visto coinvolte le Aziende e la GSA in qualità di soggetti titolari delle posizioni debitorie. L'istanza è stata accompagnata da una certificazione congiunta del Presidente e del responsabile finanziario come richiesto dal DL 35/2013. A tal proposito è stato emanato il Decreto commissariale n. 47 del 05.07.2013 che ha definito il piano dei pagamenti aziendali per un importo pari a 174,009 €/mln.

Normativa Nazionale

- DL 35/2013 recante: Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della Pubblica Amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento dei tributi degli enti locali.

Obiettivi Programmati

Al fine di poter ottenere l'erogazione delle somme richieste, nei limiti delle assegnazioni deliberate con decreto direttoriale del Ministero dell'Economia e delle Finanze, la Regione deve:

- Predisporre un Piano dei Pagamenti dei debiti commerciali al 31.12.2012 certi, liquidi ed esigibili e, eventualmente, nei limiti delle risorse disponibili e in via residuale rispetto ai primi, dei debiti certi sorti entro il 31 dicembre 2012;
- Individuare le misure di copertura annuale del rimborso dell'anticipazione;
- Provvedere alla sottoscrizione del contratto con il MEF.

La Regione si impegnerà a monitorare costantemente l'andamento dei tempi di pagamento ed a porre in essere eventuali azioni al fine di allineare i tempi di pagamento con il termine fissato con Decreto Legge 35/2013 di 60 giorni.

Risultati e Crono programma

- Definizione di un apposito tracciato per la richiesta e l'individuazione delle singole posizioni di debito al 31.12.2012 del SSR che dovessero risultare ancora aperte distinguendo tra "debiti certi, liquidi ed esigibili" alla data del 31.12.2012 e "debiti certi" alla data del 31.12.2012 ossia per i quali sia stata emessa fattura o richiesta equivalente di pagamento entro il 31.12.2012. Per quanto riguarda i "debiti certi" alla data del 31.12.2012 saranno identificate le posizioni liquidate successivamente a partire dallo 01.01.2013 e quelle non ancora liquidate per le quali saranno riportate le date di scadenza del debito;
- Definizione di una procedura e la tempistica al fine di poter acquisire la certificazione delle fatture certe entro il 31.12.2013;
- Monitoraggio del riscontro tra "partite certificanti" inserite nel Piano dei Pagamenti e partite effettivamente pagate e verifica della coerenza delle registrazioni contabili effettuate delle aziende sanitarie;
- Monitoraggio trimestrale dei tempi di pagamento.

Indicatori di Risultato

- Rispetto procedure di pagamento.

Impatto economico

Non è previsto impatto economico aggiuntivo

Responsabile del processo attuativo

Servizio Programmazione economico finanziaria e controllo di gestione delle aziende sanitarie

6.7.2 AZIONE 2: Trasferimenti da attività di riconciliazione e certificazione dei debiti pregressi

Contesto di riferimento

L'attività di riconciliazione e certificazione dei debiti risultanti dai bilanci delle Asl al 31.12.2005 e 31.12.2006 è prevista nel Piano di risanamento del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009 di cui all'Accordo Ministero della Salute, MEF e Regione Abruzzo del 6 marzo 2007.

La metodologia utilizzata per la suddetta attività è differenziata in riferimento alla natura dei debiti e crediti iscritti nei bilanci. Con riferimento ai debiti e crediti di natura commerciale sono emersi debiti complessivi al 31.12.2006 pari ad 1.792,93 €/mln, che risultano riconciliati per il 97,71%. La certificazione dei debiti riconciliati è pari al 63,37%.

Con riferimento agli altri crediti e altri debiti, nonché alle disponibilità liquide, le Asl sono tenute a procedere entro il 30.09.2013 alla realizzazione delle specifiche attività necessarie per definire la certificazione delle partite di bilancio, complessivamente stimate pari a circa 98 €/mln.

Disposizioni Regionali

- DGR 224/2007: la Regione ha recepito l'Accordo tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico;
- Determinazione direttoriale 154/2007: il Direttore Regionale pro-tempore competente in materia di Bilancio ha disposto la costituzione di un Gruppo di Lavoro (GdL) per la riconciliazione e certificazione dei debiti sanitari. Il GdL ha implementato, coerentemente con quanto previsto dal Piano di Rientro, un processo per la ricognizione e riconciliazione del debito pregresso.

Obiettivi Programmati

La Regione intende completare il procedimento di riconciliazione e certificazione dei debiti pregressi, procedendo, nel contempo, a trasferire alle Asl le risorse correlate ai debiti definitivamente certificati quali "certi, liquidi ed esigibili", nonché a completare la certificazione dei debiti non certi, non esigibili o non sussistenti.

Risultati e Crono programma

- Sulla base delle procedure in corso di realizzazione, la Regione stima di poter erogare trasferimenti a favore delle Asl, a seguito del completamento del procedimento di certificazione di debiti sanitari commerciali pregressi pari ad 74,28 €/mln (Tabella 38) entro il 31.12.2013;

Tabella 38 – Trasferimenti stimati per debiti in corso di certificazione

| Trasferimenti stimati per debiti in corso di certificazione | | | | | | |
|---|--------|------------|-----------|---------|-----------|-------------------|
| Avezzano | Chieti | Lanciano | L'Aquila | Pescara | Teramo | Totali |
| 51.312.196 | - | 15.744.317 | 3.746.609 | - | 3.478.423 | 74.281.545 |

- Sulla base delle procedure in corso di realizzazione, la Regione stima di poter erogare trasferimenti a favore delle Asl, a seguito del completamento del procedimento di certificazione degli altri debiti, altri crediti e disponibilità liquide per un importo massimo di 98,34 €/mln (Tabella 39) entro il 31.12.2013;

Tabella 39 – Risultanze gestione altri debiti, altri crediti e disponibilità liquide da bilanci al 31.12.2006

| Liquidità ed altri Crediti | | Altri Debiti | |
|-----------------------------|---------------|--------------------------------------|---------------|
| Crediti vs PPAA | 0,91 | Debiti vs PPAA | 0,21 |
| Liquidità e Depositi | 87,34 | Anticipazioni di cassa del Tesoriere | 48,08 |
| Crediti vs Erario | 0,96 | Debiti tributari | 31,33 |
| Crediti vs clienti | 4,12 | Debiti vs Istituti previdenziali | 75,11 |
| Altri crediti | 41,67 | Altri debiti | 78,61 |
| Totale Altri crediti | 135,00 | Totale Altri debiti | 233,34 |
| Totale Altri debiti | 233,34 | | |
| Totale Altri crediti | 135,00 | | |
| Saldo da finanziare | 98,34 | | |

- La Regione prevede di poter erogare alle Asl, in relazione alle procedure di riconciliazione e certificazione dei debiti sanitari pregressi, risorse relative al Piano di Piano di risanamento del Sistema Sanitario Regionale 2007 -2009 di cui all'Accordo Ministero della Salute, MEF e Regione Abruzzo del 6 marzo 2007 per l'importo massimo stimato di 172,62 €/mln entro il 31.12.2013.

In funzione della definizione di debiti in contenzioso, la Regione potrà procedere ad erogare ulteriori risorse a favore delle Asl alla definizione dei procedimenti giudiziari in corso.

Indicatori di Risultato

- Rispetto procedure di riconciliazione e certificazione debiti pregressi

Impatto economico

Non previsto impatto economico aggiuntivo

Responsabile del processo attuativo

Servizio Bilancio

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

DECRETO 14.10.2013, n. 85

Fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale 2013-2015: branca odontoiatria. integrazione ai decreti del commissario ad acta nn. 67/2012 e 46/2013.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009, così come integrata con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 e del 3 agosto 2012, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il Dr. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub-Commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR abruzzese con le competenze ivi declinate;

ATTESO che tra i compiti individuati dal predetto provvedimento rientra quello di collaborazione, per gli aspetti di programmazione sanitaria, per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, necessari alla realizzazione del Piano di Rientro;

VISTO il Decreto Commissariale n.20/2012 del 11/06/2012 avente ad oggetto: *"Insediamento del Sub Commissario Dott. Giuseppe Zuccatelli per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del S.S.R. abruzzese- Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012;*

VISTO il D.Lgs. 30/12/1992, n.502 e s.m.i. *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L.23 ottobre 1992, n.421";*

VISTO, altresì, il D.P.R. 8 agosto 1994, n.542 *"Regolamento recante norme per la semplificazione del procedimento di autorizzazione all'uso diagnostico di apparecchiature a risonanza magnetica nucleare sul territorio nazionale";*

VISTA la L.R. n.32 del 31 luglio 2007 e ss.mm.ii. recante *"Norme regionali in materia di autorizzazione e di accreditamento nonché delle relative procedure delle strutture sanitarie e socio sanitarie"* e in particolare l'articolo 3, comma 1 che stabilisce che *"la realizzazione, l'ampliamento, la trasformazione e il trasferimento in altro comune di strutture sanitarie e socio-sanitarie possono essere autorizzati previa verifica della compatibilità con quanto previsto dagli strumenti della programmazione sanitaria regionale: piano sanitario regionale, piani stralcio, atto del fabbisogno"*, e l'art.4, comma 1, che subordina la possibilità di rilascio dell'autorizzazione all'esercizio al previo ottenimento di quella alla realizzazione;

VISTA la Deliberazione G.R. n.591/P del 01/07/2008 e s.m.i. *"Approvazione manuali di autorizzazione ed accreditamento nonché delle relative procedure delle strutture sanitarie e socio sanitarie";*

VISTA la Deliberazione del Commissario ad Acta n.44 del 03/08/2010 *"Legge 23 dicembre 2009 n. 191, art. 2, comma 88: Approvazione Programma Operativo 2010"* come successivamente modificata ed integrata con Deliberazione Commissariale n.77/2010 del 22 dicembre 2010;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.67 del 27/12/2012 *"Fabbisogno teorico di prestazioni di specialistica ambulatoriale 2013-15: diagnostica per immagini, laboratorio, medicina nucleare, medicina fisica ed FKT, odontoiatria e branche a visita";*

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.46 del 24/06/2013 *"Riorganizzazione della rete territoriale dei servizi di assistenza specialistica ambulatoriale. Disposizioni per la localizzazione e per l'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture"* con il quale si è proceduto ad individuare, per ciascun DSB o gruppo di DSB ed in relazione alle distinte branche specialistiche, il numero massimo di Centri di erogazione necessari alla copertura della domanda assistenziale da soddisfare;

CONSIDERATO che ai sensi del DPCM 29.11.2001 recante *"Definizione dei livelli essenziali di assistenza"*, sono escluse dai LEA gran parte delle prestazioni odontoiatriche, lasciandovi solo i programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e assistenza odontoiatrica e

protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità;

RITENUTO che occorre procedere all'integrazione del fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale con riferimento alla branca odontoiatria per tenere conto della quota di prestazioni erogate in regime solvente, in considerazione delle esigenze assistenziali della popolazione abruzzese;

PRECISATO che la quota aggiuntiva di prestazioni odontoiatriche è stata calcolata con la medesima metodologia sviluppata ai fini della definizione del fabbisogno regionale di assistenza specialistica definito con il soprarichiamato Decreto del Commissario ad Acta n.67/2012;

RITENUTO di approvare il documento "Fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale 2013-2015: branca odontoiatria. Integrazione ai Decreti del Commissario ad Acta nn. 67/2012 e 46/2013" che allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale (Allegato. 1);

PRECISATO che, in linea con il Decreto del Commissario ad Acta n. 46 del 24/06/2013, esso ripartisce il fabbisogno aggiuntivo di prestazioni odontoiatriche tra i DSB, individuando il numero aggiuntivo dei centri atto a soddisfare il fabbisogno addizionale di prestazioni odontoiatriche;

PRECISATO che, in linea con il Decreto del Commissario ad Acta n.46 del 24/06/2013, le domande di autorizzazione, ai sensi dell'art. 3 L.R. n.32/2007 e ss.mm.ii, relative a strutture eroganti prestazioni odontoiatriche saranno valutate secondo l'ordine cronologico della relativa acquisizione da parte del Comune di pertinenza fino alla concorrenza del numero massimo di centri di erogazione come previsti nell'Allegato 1 per DSB;

STABILITO di trasmettere il presente decreto ai Direttori Generali delle Aziende U.S.L. e di

procedere alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo;

RILEVATO che il presente decreto riveste carattere di urgenza e che, pertanto, sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

Tutto ciò premesso

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di approvare** il documento "Fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale 2013-2015: branca odontoiatria. Integrazione ai Decreti del Commissario ad Acta nn. 67/2012 e 46/2013" che allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale (Allegato 1);
2. **di dare atto** che esso incrementa il numero dei centri atto a soddisfare il fabbisogno addizionale di prestazioni odontoiatriche in linea con il Decreto del Commissario ad Acta n. 46 del 24/06/2013 limitatamente alla branca odontoiatria e che pertanto, in merito al rilascio di nuove autorizzazioni ai sensi dell'art. 3 L.R. n.32/2007, si applicano le medesime procedure del citato Decreto n.46 nei limiti e con le modalità ivi previste;
3. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze per la relativa validazione;
4. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende U.S.L. e al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo per la relativa pubblicazione.

IL COMMISSARIO AD ACTA

F.to Giovanni Chiodi

Segue allegato

**Allegato 1 – Fabbisogno
regionale di assistenza
specialistica
ambulatoriale 2013-15:
branca odontoiatria.
Integrazione ai Decreti
del Commissario ad
Acta nn. 67/2012 e
46/2013**



Sommario

| | | |
|----------|---|----------|
| 1 | Il contesto | 2 |
| 1.1 | Cure odontoiatriche: prestazioni ed erogatori | 2 |
| 2 | Fabbisogno | 4 |
| 2.1 | La stima del fabbisogno | 4 |
| 2.2 | Il fabbisogno per distretto | 5 |

1 Il contesto

1.1 Cure odontoiatriche: prestazioni ed erogatori

Nel nostro Paese le cure odontoiatriche riguardano 23,7 milioni di residenti, per circa 50 milioni di prestazioni (di cui 45,2 milioni in regime solvente e 4,8 milioni in regime SSN) come risulta dalle analisi pubblicate sui Quaderni del Ministero della Salute n. 7 gennaio-febbraio 2011.

In Italia, solo il 39,7% della popolazione ha accesso alle cure odontoiatriche. L'offerta di assistenza odontoiatrica risulta particolarmente deficitaria, specialmente per le fasce di età più vulnerabili, rappresentate dagli individui in età evolutiva (0-14 anni) e dalle persone ultrasessantacinquenni (Tabella 1).

Tabella 1 – Classi di età e accesso alle cure odontoiatriche anno 2008

| Classi di età e accesso alle cure odontoiatriche (anno 2008) | | | | | | | | | |
|--|---------------|----------------|---------------------|---------------|----------------|---------------------|---------------|----------------|---------------------|
| Classe di età | Uomini | | | Donne | | | Totale | | |
| | Nel 2008 | Prima del 2008 | Nessuna prestazione | Nel 2008 | Prima del 2008 | Nessuna prestazione | Nel 2008 | Prima del 2008 | Nessuna prestazione |
| 3-5 | 18,80% | 7,90% | 75,30% | 16,40% | 7,50% | 76,10% | 16,60% | 7,70% | 75,70% |
| 6-10 | 45,20% | 19,40% | 35,40% | 47,00% | 18,00% | 35,00% | 46,10% | 18,70% | 35,20% |
| 11-13 | 50,90% | 26,30% | 22,80% | 55,40% | 27,30% | 17,30% | 53,10% | 26,80% | 20,10% |
| 14-17 | 43,90% | 37,90% | 18,20% | 49,80% | 35,60% | 14,60% | 46,80% | 36,80% | 16,40% |
| 18-24 | 39,60% | 44,10% | 16,30% | 49,10% | 39,70% | 11,20% | 44,30% | 41,90% | 13,80% |
| 25-34 | 40,20% | 49,10% | 10,70% | 47,70% | 44,70% | 7,60% | 43,90% | 46,90% | 9,20% |
| 35-44 | 40,30% | 51,70% | 8,00% | 47,80% | 48,70% | 5,50% | 44,00% | 49,20% | 6,80% |
| 45-54 | 41,00% | 52,00% | 7,00% | 45,40% | 48,90% | 4,70% | 43,20% | 51,00% | 6,80% |
| 55-64 | 38,90% | 56,00% | 5,10% | 41,10% | 54,40% | 4,50% | 40,00% | 55,20% | 4,80% |
| 65-69 | 35,00% | 58,80% | 6,20% | 34,60% | 59,80% | 5,60% | 34,80% | 59,30% | 5,90% |
| 70-74 | 29,00% | 64,10% | 6,90% | 28,60% | 66,70% | 4,70% | 28,80% | 65,50% | 5,70% |
| 75-79 | 24,90% | 67,80% | 7,40% | 23,70% | 70,00% | 6,30% | 24,20% | 69,10% | 6,70% |
| 80 e più | 18,40% | 73,20% | 8,40% | 15,70% | 74,90% | 9,40% | 16,60% | 74,30% | 9,10% |
| Totale | 38,10% | 49,10% | 12,80% | 41,20% | 48,70% | 10,10% | 39,70% | 48,90% | 11,40% |

Fonte: Quaderni del Ministero della Salute n. 7 gennaio-febbraio 2011

L'assistenza odontoiatrica viene principalmente erogata da operatori sanitari che agiscono in regime libero professionale. Infatti, come mostrato in Tabella 2, l'88% delle persone che hanno usufruito di prestazioni odontoiatriche si è rivolto prevalentemente ai professionisti privati, mentre soltanto il 12% ha fatto ricorso a strutture pubbliche o private convenzionate. La maggiore offerta di odontoiatria privata è legata, indubbiamente, al fatto che l'accesso alle prestazioni SSN, come da D.P.C.M. del 29 novembre 2001, è riservato solo ad alcune categorie di cittadini, ovvero gli individui in età evolutiva (0-14 anni) e soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità sociale e/o sanitaria.

Tabella 2 – Prestazioni odontostomatologia secondo tipo di odontoiatra e modalità di pagamento

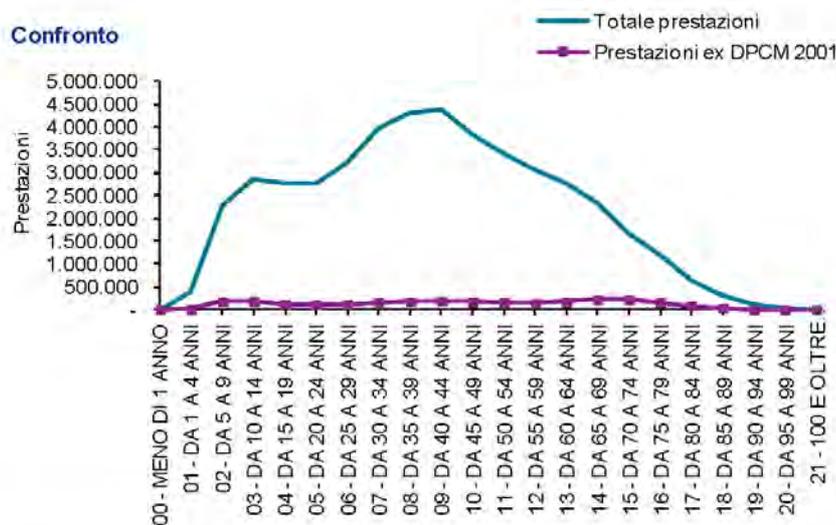
| Prestazioni odontostomatologia (2008) secondo tipo di odontoiatra e modalità di pagamento (migliaia) | | | | | | |
|--|----------------------------|-------------|--------------------------|-------------|---------------|--------------|
| Modalità di pagamento | Pubblico/ Convenzionato | | Libero professionista | | Totale | |
| | Numero | % | Numero | % | Numero | % |
| Completamente gratuiti | 1310 | 46,1 | 1531 | 53,9 | 2841 | 100,0 |
| A proprie spese con rimborso dall'assicurazione privata/aziendale | 309 | 17,0 | 1514 | 83,0 | 1823 | 100,0 |
| Parzialmente a pagamento (ha pagato il ticket) | 1806 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1806 | 100,0 |
| Completamente a proprie spese o della famiglia | 2562 | 5,9 | 40.736 | 94,1 | 43.298 | 100,0 |
| Altro | 24 | 15,4 | 132 | 84,6 | 156 | 100,0 |
| Totale | 6011 | 12,0 | 43.913 | 88,0 | 49.924 | 100,0 |

Fonte: Quaderni del Ministero della Salute n. 7 gennaio-febbraio 2011.

Il 96% delle prestazioni odontoiatriche in regime SSN è erogato ambulatorialmente (Quaderni del Ministero della Salute n. 7 gennaio-febbraio 2011) e, ipotizzando il medesimo mix anche per prestazioni in regime solvente, si stima che circa 48 milioni di prestazioni vengano erogate in regime ambulatoriale.

Ipotizzando che il fabbisogno complessivo nazionale di prestazioni ambulatoriali sia dato dal numero di prestazioni medie per paziente (in media 2,03 prz su popolazione totale) per classe di età, si pone a confronto tale valore, con la quota di prestazioni potenzialmente erogabili ex D.P.C.M. 29.11.2001 per classe di età, si ha un'ulteriore conferma del fatto che la maggior parte delle prestazioni odontoiatriche sia erogata da operatori sanitari che agiscono in regime libero professionale (Figura 1)

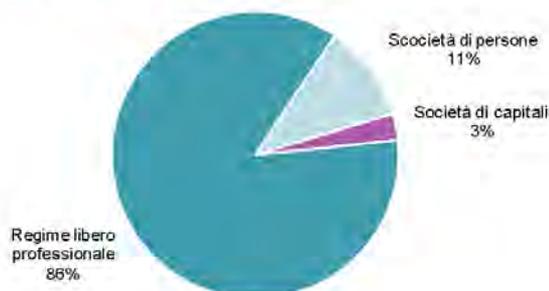
Figura 1 – Differenziale tra il totale delle prestazioni erogate e la quota di prestazioni ex D.P.C.M.29.11.2001



Fonte: Elaborazione dati Quaderno del Ministero della Salute n.7 gennaio-febbraio 2011 e popolazioni _JSTAT 2011

Per quanto riguarda la tipologia di regime professionale degli erogatori privati, come indicato nello studio SOSE 2011, in Italia l'86% dell'attività viene svolta in regime libero professionale ed il restante 14% con diverse forme societarie (11% società di persone e 3% società di capitali). Tale assetto si è venuto a costituire grazie all'entrata di nuovi attori, fra cui società e franchising, che hanno ulteriormente differenziato la tipologia di offerta assistenziale affermando, sul territorio nuove forme societarie.

Figura 2 – Tipologia di regime professionale



Fonte: Studio SOSE 2011

2 Fabbisogno

2.1 La stima del fabbisogno

La Regione, con Decreto Commissariale n.67/2012, ha determinato il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale per gli anni 2013-2015, sviluppando una metodologia per l'analisi e la misurazione del fabbisogno teorico di prestazioni di specialistica ambulatoriale, per singolo codice prestazione, nei diversi distretti sanitari.

La metodologia sviluppata dalla Regione Abruzzo si basa sui dati di specialistica ambulatoriale art.50 (Tesserata Sanitaria) della Regione Abruzzo per l'anno 2011 e il dato di popolazione ISTAT per l'anno 2011.

Sulla base dei dati disponibili a livello regionale è stato definito un valore procapite della domanda soddisfatta con prestazioni SSR, per singola prestazione e per classe d'età e sulla base delle popolazioni abruzzese per singolo distretto (e classe d'età), e si è così **stimato un fabbisogno pari a 57.995 prestazioni odontoiatriche**, sulla base dei dati di offerta esistenti, **si stima un fabbisogno non soddisfatto pari a 32.253 prestazioni**.

Si specifica che il Decreto Commissariale n.67/2012 ha stabilito il vincolo per il quale il fabbisogno assistenziale rilevato non coperto dall'attuale offerta potrà essere integrato ampliando l'offerta di assistenza specialistica in regime ambulatoriale non a carico del SSR, nei limiti del fabbisogno aziendale per tipologia di struttura, mediante l'autorizzazione di strutture sanitarie e che non si potrà procedere a nuovi accreditamenti fino al 31.12.2014 e comunque fino al completamento del processo di accreditamento definitivo.

Relativamente alle sole prestazioni odontoiatriche, richiamando quanto detto nel precedente paragrafo circa l'esistenza di una domanda aggiuntiva a quella ex D.P.C.M. 29.11.2001 che interessa la maggior parte della popolazione, la Regione intende stimare tale fabbisogno aggiuntivo di prestazioni al fine di incrementare l'offerta mediante l'esclusiva autorizzazione.

Sulla base dei dati disponibili su base nazionale ed utilizzando la medesima metodologia applicata nel Decreto Commissariale n.67/2012, è stato definito un valore procapite della domanda di prestazioni erogate in regime solvente, per singola prestazione e per classe d'età e sulla base delle popolazioni abruzzese per singolo distretto (e classe d'età).

Come menzionato nel paragrafo precedente, a livello nazionale il 14% delle strutture private è riconducibile a società di cui, sicuramente il 3%, riguarda il tipo di strutture (società di capitali) che, non trattandosi di studi odontoiatrici¹ non soggetti ad autorizzazione alla realizzazione ai sensi del comma 3, art.3 L.R. 32/2007, sono soggette a verifica della compatibilità programmatica da parte della Regione ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione.

Considerando lo scenario minimo in termini di incidenza di questa tipologia di strutture (3%), è stata considerata cautelativamente una percentuale più alta (5%) per il calcolo del fabbisogno aggiuntivo riconoscibile relativo a prestazioni odontoiatriche che le società di capitali, possono soddisfare. Si è così **stimato un fabbisogno pari a 101.929 prestazioni odontoiatriche** (Tabella 3).

¹ La quota del restante 11% riguarda le società di medici, anche se SRL, che sono assimilabili agli studi odontoiatrici non soggetti ad autorizzazione ai sensi del comma 3, art.3 L.R. 32/2007

Tabella 3 – Fabbisogno aggiuntivo prestazioni odontoiatriche al netto D.P.C.M 29.11.2001

| Fabbisogno aggiuntivo prestazioni odontoiatriche | | |
|--|---|----------------|
| ASL | Fabbisogno al netto D.P.C.M. 29.11.2001 | Quota società* |
| Avezzano-Sulmona-L'Aquila | 473.724 | 23.686 |
| Lanciano-Vasto-Chieti | 615.959 | 30.798 |
| Pescara | 485.832 | 24.292 |
| Teramo | 463.068 | 23.153 |
| Abruzzo | 2.038.583 | 101.929 |

*Studio SOSE 2011 (14% come 11% società di persone e 3% società di capitali); la quota relativa alle società di capitali è stata cautelativamente considerata pari al 5%.

2.2 Il fabbisogno per distretto

Il fabbisogno aggiuntivo relativo a prestazioni odontoiatriche come definito al paragrafo precedente viene, infine, suddiviso per Distretto Sanitario di Base (DSB) utilizzando la stessa metodologia alla base della suddivisione del fabbisogno, ex Decreto Commissariale n. 67/2012, operata con Decreto Commissariale n.46/2013.

Il numero di strutture aggiuntive che erogano prestazioni odontoiatriche è stato stimato sulla base del dato relativo alla "Produzione stimata per struttura" (2.000 prestazioni annue per struttura) ed è da considerarsi un valore medio puramente indicativo. Esso corrisponde al sesto decile per quanto riguarda l'Odontoiatria e corrisponde a quanto definito con Decreto Commissariale n.67/2012.

Si riporta di seguito la suddivisione per distretto (Tabella 4).

Tabella 4 – Fabbisogno aggiuntivo prestazioni odontoiatriche per DSB

| ASL 201 Avezzano-Sulmona-L'Aquila | | | |
|-----------------------------------|--|----------------|-----------------------------|
| Distretti | Fabbisogno al netto D.P.C.M 29.11.2001 | Quota società* | Numero Strutture aggiuntive |
| Distretto 1 | 109.493 | 5.475 | 3 |
| Distretto 2 | 110.759 | 5.538 | 3 |
| Distretto 3 | 92.224 | 4.611 | 2 |
| Distretto 4 | 83.651 | 4.183 | 2 |
| Distretto 5 | 52.197 | 2.610 | 1 |
| Distretto 6 | 25.401 | 1.270 | 1 |
| Totale | 473.724 | 23.686 | 12 |

| ASL 202 Lanciano-Vasto-Chieti | | | |
|-------------------------------|--|----------------|-----------------------------|
| Distretti | Fabbisogno al netto D.P.C.M 29.11.2001 | Quota società* | Numero Strutture aggiuntive |
| Distretto 1 | 125.254 | 6.263 | 3 |
| Distretto 2 | 86.963 | 4.348 | 2 |
| Distretto 3 | 79.481 | 3.974 | 2 |
| Distretto 4 | 56.584 | 2.829 | 1 |
| Distretto 5 | 96.444 | 4.822 | 2 |
| Distretto 6 | 85.597 | 4.280 | 2 |
| Distretto 7 | 54.263 | 2.713 | 1 |
| Distretto 8 | 31.373 | 1.569 | 1 |
| Totale | 615.959 | 30.798 | 15 |

| ASL 203 Pescara | | | |
|-----------------|--|----------------|-----------------------------|
| Distretti | Fabbisogno al netto D.P.C.M 29.11.2001 | Quota società* | Numero Strutture aggiuntive |
| Distretto 1 e 2 | 194.113 | 9.706 | 5 |
| Distretto 3 | 88.627 | 4.426 | 2 |
| Distretto 4 | 73.912 | 3.696 | 2 |
| Distretto 5 | 68.298 | 3.415 | 2 |
| Distretto 6 | 60.982 | 3.049 | 2 |
| Totale | 485.832 | 24.292 | 12 |

| ASL 204 Teramo | | | |
|----------------|--|----------------|-----------------------------|
| Distretti | Fabbisogno al netto D.P.C.M 29.11.2001 | Quota società* | Numero Strutture aggiuntive |
| Distretto 1 | 122.672 | 6.134 | 3 |
| Distretto 2 | 113.793 | 5.690 | 3 |
| Distretto 3 | 111.486 | 5.574 | 3 |
| Distretto 4 | 82.550 | 4.128 | 2 |
| Distretto 5 | 32.568 | 1.628 | 1 |
| Totale | 463.068 | 23.153 | 12 |

*Studio SOSE 2011 (14% come 11% società di persone e 3% società di capitali); la quota relativa alle società di capitali è stata cautelativamente considerata pari al 5%

PALAZZO I. SILONE



**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, PROGRAMMAZIONE,
PARCHI, TERRITORIO, AMBIENTE, ENERGIA
Servizio Verifica Atti del Presidente e della Giunta Regionale,
Legislativo e Bura
UFFICIO BURA**

DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:

Via Leonardo Da Vinci n. 6
67100 L'Aquila

centralino: 0862 3631
Tel. 0862 363264/3206

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Pec: bura@pec.regione.abruzzo.it