



Regione ABRUZZO

PROGRAMMA OPERATIVO REGIONE ABRUZZO 2019-2021 GESTIONE COVID 2020-2021



Indice

Contesto generale del Servizio Sanitario Regionale	5
<i>Contesto socio-demografico</i>	5
<i>Contesto gestionale ed economico</i>	6
<i>Contesto assistenziale e sanitario</i>	8
Serve una <i>holding</i> forte, intervenire sui costi interni e tornare ad investire nell'infrastruttura pubblica regionale	11
Riqualificare il ruolo del Dipartimento Sanità (holding), allineando il fabbisogno e le funzioni degli Uffici alle esigenze emergenti	12
<i>Ridefinire il fabbisogno di risorse del Dipartimento Sanità (holding regionale)</i>	12
<i>Rinforzare il Dipartimento Sanità con competenze qualificate, necessarie per affrontare in modo progettuale le opportunità e le situazioni critiche</i>	16
Liberare risorse per raggiungere l'equilibrio economico anche con il supporto del progetto Art. 79	18
<i>Riqualificare l'acquisto e utilizzo dei farmaci ospedalieri e dei dispositivi medici per frenare l'incremento annuo della spesa</i>	18
<i>Riqualificare l'acquisto di servizi per ridurre la frammentazione ed aumentare l'omogeneità sul territorio regionale</i>	21
<i>Intervenire sull'acquisto di prestazioni da privato senza contratto per riconvertirle verso gli erogatori accreditati e contrattualizzati dalla Regione</i>	24
<i>Mettere a disposizione professionisti con competenze tecniche a supporto dei clinici per le attività quotidiane e la gestione dei fattori produttivi</i>	27
Dare al paziente e al suo caregiver un punto di riferimento	29
<i>Avviare la presa in carico per i pazienti cronici al fine di pianificare e controllare il loro contatto con le strutture pubbliche e private</i>	29
<i>Dotarsi di figure professionali (case/care manager) che seguano il paziente dall'arruolamento ai successivi follow-up</i>	35
<i>Affidare alla residenzialità il compito di dare sollievo alle famiglie accogliendo i pazienti quando non più gestibili a domicilio</i>	38
<i>Valorizzare il ruolo delle farmacie territoriali come punto di riferimento per la popolazione per l'erogazione di servizi di base (Farmacia dei servizi)</i>	40
Investire nell'infrastruttura sanitaria regionale	43
<i>Rivedere le reti territoriale e ospedaliera, per garantirne la sinergia</i>	43
<i>Aggiornare e attuare la rete territoriale potenziando le attività di AFT/UCCP per garantire la continuità assistenziale e dare un punto di riferimento al paziente</i>	47
<i>Far evolvere la collaborazione con gli erogatori privati in ottica di complementarietà con il sistema pubblico</i>	48
<i>Investire nelle infrastrutture immobiliari pubbliche senza che questo diventi un alibi per mantenere le attuali inefficienze nelle strutture esistenti</i>	50



<i>Investire in rinnovamento ed innovazione del patrimonio tecnologico</i>	51
Gestire l'impatto della evoluzione tecnologica regionale	55
<i>Dare una linea strategica comune sull'innovazione dei processi come guida per la regione e le Aziende</i>	55
<i>Sviluppo di una Piattaforma regionale per l'accoglienza e gestione dei flussi informativi sanitari</i>	58
<i>Identificare gli strumenti per sostenere l'introduzione delle innovazioni, mirando a collaborazioni pubblico-privato</i>	59
<i>Governare lo sviluppo delle soluzioni tecnologiche locali per garantire omogeneità sul territorio regionale ed integrabilità, fornendo linee guida e raccomandazioni.</i>	62
Investire sul personale del Servizio Sanitario Regionale	64
<i>Identificare le principali aree di fabbisogno del personale del SSR e definire un criterio per prioritizzare le esigenze di assunzione</i>	64
<i>Riqualificare il personale del SSR al fine di sollevare le figure professionali carenti da mansioni che possono essere svolte da altro personale o da robot</i>	67
<i>Attivare progetti di formazione per il personale regionale e per le ASL</i>	68
Promozione della salute e prevenzione attiva	71
<i>Proseguire nell'attuazione dei Piani nazionali della prevenzione</i>	71
<i>Formare gli operatori sanitari per la promozione della salute e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza</i>	78
<i>Incentivare le campagne di screening</i>	79
<i>Potenziare gli interventi sulla sicurezza sui luoghi di lavoro</i>	80
Ulteriori interventi	83
<i>Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria</i>	83
<i>Gestione del Pronto Soccorso e dell'emergenza in ospedale</i>	89
<i>Gestione dell'emergenza sul territorio</i>	90
<i>Completamento dell'iter di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche</i>	91
<i>Gestione delle liste di attesa e istituzione del CUP unico regionale</i>	92
Tendenziali 2019-2021	96
<i>Ricavi</i>	99
<i>Costi Operativi</i>	101
Un Programmatico in equilibrio alla fine del triennio	106
<i>Manovre di contenimento</i>	108
Schema di sintesi 2019-2021	110
Gestione Covid 2020-2021	111
<i>La gestione della pandemia</i>	111
<i>Riassetto della rete ospedaliera</i>	111



<i>Riassetto della rete territoriale</i>	113
<i>Organizzazione della campagna vaccinale</i>	114
<i>Interventi e utilizzo dei finanziamenti</i>	115
<i>Anno 2020</i>	115
<i>Anno 2021</i>	120
Schema di sintesi 2020-2021 Gestione Covid	122



Contesto generale del Servizio Sanitario Regionale

Contesto socio-demografico

L'Abruzzo è una tra le regioni italiane con minore popolazione, pari al 2,2% della popolazione italiana. Nel 2018 ha registrato 1,3 mln di cittadini e le proiezioni per il 2065 prevedono una diminuzione della popolazione, che arriverà a 1,1 mln. In linea con l'andamento nazionale, la popolazione sta invecchiando: gli ultra sessantacinquenni hanno registrato un valore di poco superiore ai 300 mila nel 2018 (22% della popolazione) che si stima diventerà di circa 330 mila nel 2023 e di circa 470 mila nel 2065 (34% della popolazione).

Figura 1: Previsione abitanti fino al 2065 a livello nazionale e regionale (in milioni)

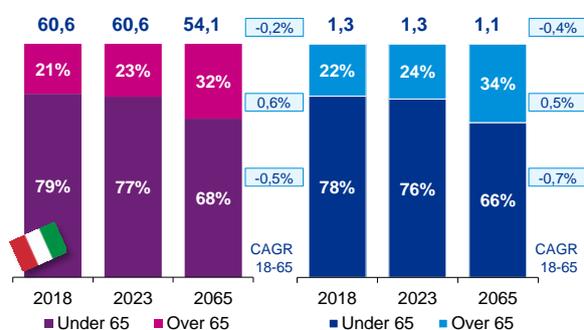
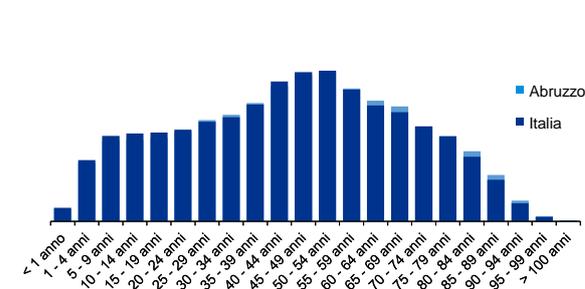


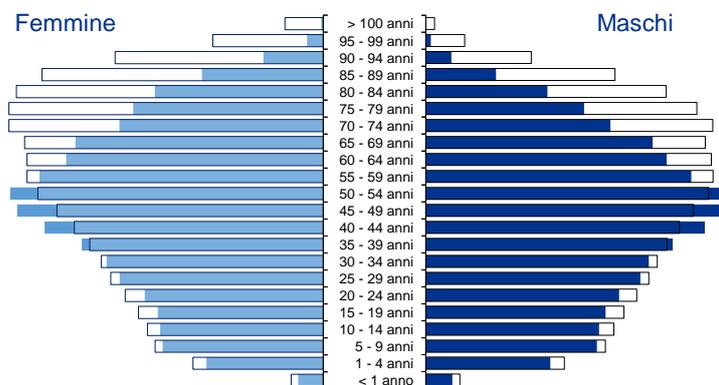
Figura 2: La popolazione della Regione Abruzzo divisa per fasce di età, anno 2017



Il trend di crescita della porzione di over65, coerentemente con quanto si verifica a livello nazionale, ha registrato un valore di poco superiore a 300k nel 2018, corrispondente al 22% della popolazione, che diventerà di circa 330k nel 2023 e di circa 470k nel 2065, pari al 34% della popolazione.

Le fasce di età più popolate sono quelle tra i 45 e i 54 anni, con una distribuzione pressoché omogenea a quella della popolazione italiana.

Figura 3: Suddivisione della popolazione Abruzzese per sesso, 2018 e previsioni 2065



In base alle stime elaborate dall'ISTAT, sull'andamento della distribuzione della popolazione abruzzese tra il 2018 e il 2065 si prevede un invecchiamento generale della popolazione, con un aumento di tutte le fasce over65 e una diminuzione di quelle under65.



La regione Abruzzo ha un indice di anzianità (popolazione over 65 su popolazione under 15) superiore alla media nazionale, registrando un valore di 1,9 contro il valore di 1,7 a livello nazionale. Ad ogni under15 abruzzese corrispondono due over65.

Secondo i dati Eurostat solo il 9,1% della popolazione della Regione vive in città, tre volte più basso rispetto alla media nazionale. La popolazione abruzzese infatti si concentra principalmente in piccoli comuni o zone rurali.

Dal punto di vista economico, la Regione è sotto la media nazionale sia per il reddito familiare medio, pari a 29.740 € a fronte di 35.417 € di media nazionale (massimo 44.900 € in Trentino-Alto Adige, minimo 24.130 € in Sicilia) sia per il reddito da pensione familiare, pari a 24.875 € a fronte di 25.600 € di media nazionale (massimo di 29.324 € in Emilia-Romagna, minimo di 19.969 € in Sicilia).

Il tasso di disoccupazione femminile è pari al 18% in Abruzzo contro una media del 13% in Italia e la percentuale di famiglie numerose, cioè nuclei con 4 o più individui, è pari al 19,3% in Abruzzo contro il 16,9% italiano (massimo 27,5% in Campania, minimo 9,2% in Liguria). Al crescere di questi indicatori cresce la probabilità che i famigliari si dedichino al familiare che necessita di assistenza.

Contesto gestionale ed economico

La regione Abruzzo è stata la prima tra le regioni in Piano di Rientro ad uscire dal Commissariamento nel 2016. Inoltre, mostra un trend dei punteggi LEA in costante crescita, avendo superato la soglia minima di conformità di 160 punti nel 2014 e ha continuato a migliorare l'assistenza sanitaria fino a raggiungere un punteggio di 202 punti nel 2017.

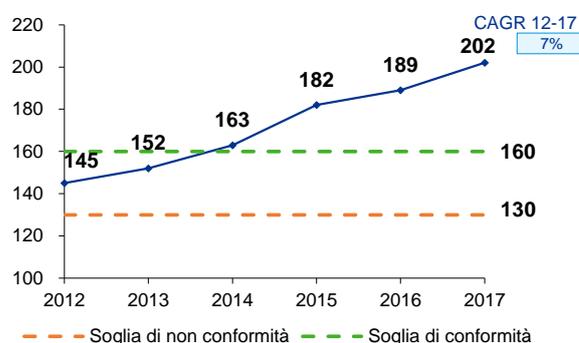


Figura 4: Regioni soggette a Piano di Rientro



La regione Abruzzo ha siglato il Piano di Rientro il 6 marzo 2007 (poi recepito con DGR n. 224 del 13 marzo 2007) e nel 2016 è stata la prima regione tra quelle in PdR ad uscire dal Commissariamento

Figura 5: Trend dei punteggi LEA 2012-2017



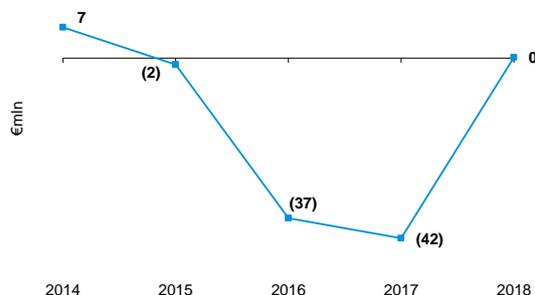
Nel 2014, la Regione Abruzzo ha raggiunto e superato la soglia minima di conformità per il punteggio LEA, che è cresciuto negli anni con un tasso medio annuo del 7%, arrivando nel 2017 ad un punteggio di 202

La regione Abruzzo si è fortemente impegnata per il controllo del Servizio Sanitario Regionale. Nel triennio 2010-2012 la Regione aveva previsto nel proprio piano operativo un risparmio di oltre 32 €mln, tramite interventi di contenimento sulla spesa per il personale, la farmaceutica convenzionata e le prestazioni da privato. Questo ha permesso nel triennio successivo 2013-2015 di raggiungere per la prima volta il pareggio di bilancio. Nel piano operativo di questi anni sono stati dedicati allo sviluppo circa 6 €mln dei 90 €mln di utile cumulato tendenziale. Infine, nel piano di riqualificazione per il triennio 2016-2018 sono stati previsti 26 €mln per gli interventi di sviluppo, con una programmazione prudenziale che non considerava l'incremento fisiologico del Fondo Sanitario Regionale. A seguito di questi anni di sacrifici la regione Abruzzo è riuscita a mantenere i conti sotto controllo e nel 2016 ad essere la prima Regione tra quelle in Piano di Rientro ad uscire dal Commissariamento e a chiudere l'esercizio 2018 con un risultato di gestione positivo (+0,2 €mln).

Tuttavia la spesa sanitaria sta crescendo con un tasso medio annuo del +1,2%, con i maggiori incrementi concentrati sul costo dei farmaci, degli altri beni e servizi, delle prestazioni da privato. L'incremento tendenziale dei costi in queste aree è legato a difficoltà gestionali ed è superiore rispetto all'incremento stimato del FSR, prospettando uno scenario in cui le risorse disponibili non siano sufficienti a sostenere i costi operativi.

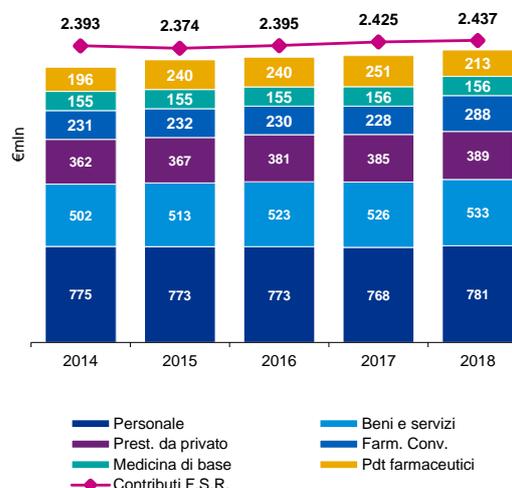


Figura 6: Risultato economico di esercizio, regione Abruzzo 2014-2018



Negli anni 2016-2017 la regione Abruzzo ha registrato un risultato economico negativo, rispettivamente di -37 €mln e -42 €mln nel 2017. Nel 2018 si registra un risultato di gestione positivo (+0,2 €mln)

Figura 7: Trend della spesa sanitaria dal 2014 al 2018



Negli anni 2014-2017 il trend della spesa sanitaria della regione Abruzzo è in crescita con un tasso medio annuo pari a +1,2% e una spesa nell'anno 2018 pari a 2.437 €mln. In particolare la spesa sanitaria relativa all'acquisto di prestazioni da privato è cresciuta con un tasso medio annuo del +1,4%, attestandosi, nel 2018, a 389 €mln. La spesa sanitaria per beni e servizi è cresciuta ad un tasso medio annuo del +1,2% (533 €mln nel 2018), mentre quella del personale ad un tasso medio annuo dello +0,2% (781 €mln nel 2018)

Contesto assistenziale e sanitario

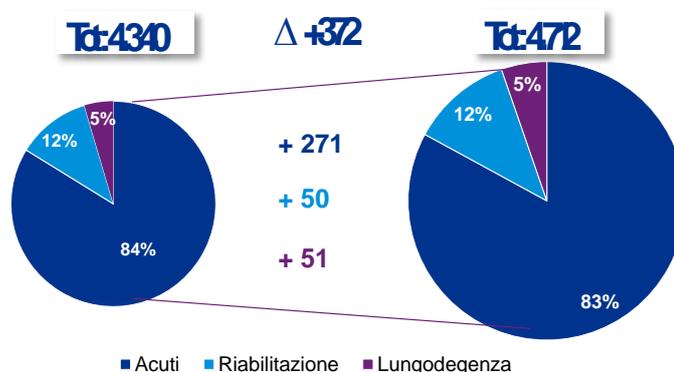
Per permettere al sistema di funzionare a pieno regime, è necessario riorganizzare la rete ospedaliera e territoriale, investendo nell'infrastruttura sanitaria pubblica e privata. Andrà, quindi, valorizzato l'apporto degli erogatori privati che ne sono parte integrante, i quali possono consentire un utilizzo efficiente delle risorse, e tornare ad investire sulle strutture pubbliche.

La Rete Ospedaliera

Le strutture ospedaliere in regione Abruzzo sono 27, di cui 10 private. La maggiore concentrazione di strutture sia pubbliche che private si ha nella ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, mentre l'ASL di Teramo presenta solamente 4 strutture pubbliche e nessuna struttura privata.

Al 2017, il numero di posti letto totale disponibile a livello regionale è 4.340 (2% dei posti letto a livello nazionale). Dal 2014 al 2017 l'offerta di posti letto disponibili è diminuita dell'1,1%. In particolare, l'offerta di posti letto per gli erogatori privati è diminuita dell'1,2% rispetto al 2014. Sulla base del DCA n. 79 del 2016, e successiva integrazione DGR n. 824 del 2018 e in linea con lo standard definito dal DM 70 del 2015 (3,7 posti letto per 1.000 abitanti), il numero di posti letto dovrebbe essere uguale a 4.712, in incremento rispetto alla situazione attuale di 372 posti letto.

Figura 8: Rete ospedaliera: Posti letto, composizione e variazione, Attuali vs Pianificati



Sulla base del DCA n. 79 del 2016, e successiva integrazione DGR n. 824 del 2018, sono necessari 372 nuovi posti letto. La stima aggiornata è pari a 4.712 posti letto complessivi.

Figura 9: Rete Ospedaliera: Posti letto per acuti per le principali discipline (DCA 79, 2016)

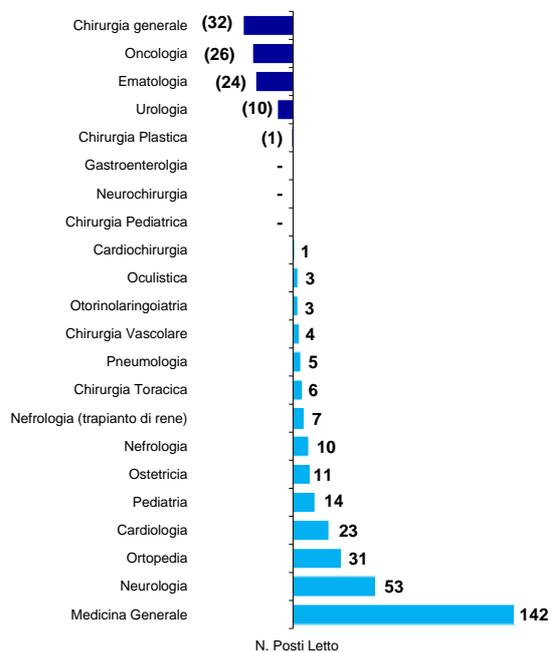


Figura 10: Eccesso/deficit dei posti letto per acuti per pubblico e privato in Abruzzo, secondo il DCA 79, 2016

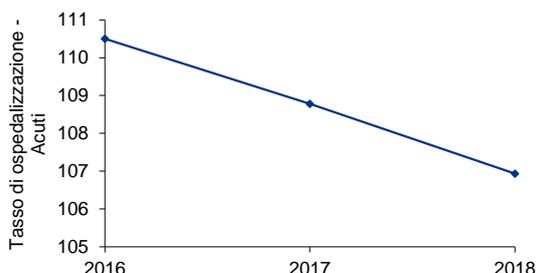


Relativamente ai posti letto per acuti, il dipartimento di Chirurgia generale e quello di Oncologia hanno un eccesso, rispettivamente di 32 posti letto e 26 posti letto, nel settore pubblico. Al contrario, i dipartimenti di Medicina Generale, di Neurologia, di Ortopedia e di Cardiologia prevedono un aumento della dotazione di posti letto per acuti, rispettivamente di 142 (+153 nel pubblico e -11 nel privato), 53 (nel pubblico), 31 (+4 nel pubblico e +27 nel privato) e 23 posti letto (nel pubblico).

Dal DCA 79 del 2016 e successiva integrazione DGR n. 824 del 2018, sulla base dello standard del DM 70/2015, è previsto un aumento dei posti letto per acuti pari a 415, mentre si evidenzia un eccesso di 144 posti letto.

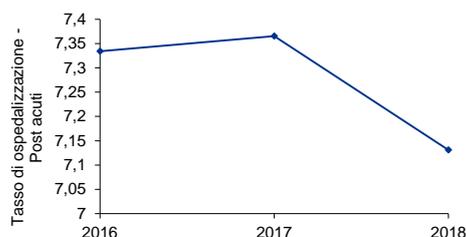
Così come l'offerta di posti letto pubblici e privati per acuti e post-acuti sta diminuendo, e di conseguenza la capacità attrattiva di tali strutture ospedaliere, anche la domanda nel triennio 2016-2018 ha registrato un trend decrescente.

Figura 11: Tasso di Ospedalizzazione Acuti 2016-2018



Il tasso di ospedalizzazione per Acuti della Regione Abruzzo mostra un andamento decrescente nel triennio 2016-2018, diminuendo da 110,5 nel 2016 a 106,9 nel 2018. Complessivamente, nel triennio il numero di ricoveri è diminuito con un tasso medio annuo pari a -1,35%, passando da 146.111 ricoveri nel 2016 a 140.258 nel 2018.

Figura 12: Tasso di Ospedalizzazione Post Acuti 2016-2018

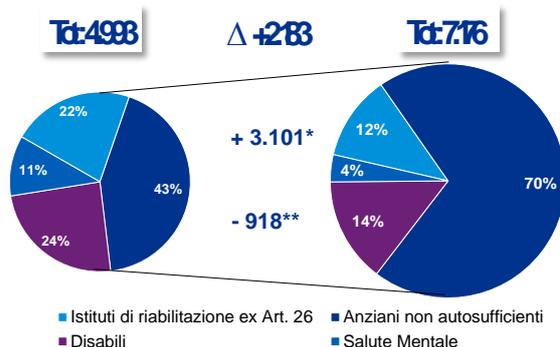


Il tasso di ospedalizzazione per post acuti mostra un andamento leggermente crescente nel biennio 2016-2017, variando da un valore pari a 7,33 ad uno pari a 7,36 e successivamente decrescente nel biennio successivo 2017-2018, fino ad arrivare ad un valore di 7,13. Complessivamente, nel triennio il numero di ricoveri è diminuito con un tasso medio annuo pari a -1,20%, passando da 9.698 ricoveri nel 2016 a 9.353 nel 2018.

La Rete Territoriale

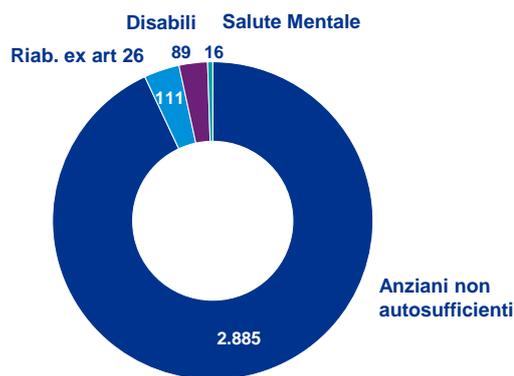
In merito alla rete territoriale, i posti letto attuali sono pari a 4.993. Da un punto di vista geografico il 40% dei posti letto accreditati è distribuito nell'ASL Lanciano-Vasto-Chieti, mentre il restante 60% è distribuito equamente nelle altre 3 ASL (Teramo, Pescara, Avezzano-Sulmona-L'Aquila).

Figura 13: Rete territoriale: Posti letto, composizione e variazione, Attuali vs Pianificati



Sulla base del DCA 117 del 2016, per soddisfare il fabbisogno pianificato, sulla base degli standard delineati dal Piano Sanitario Regionale approvato con L.R. 5/2008, sono necessari 2.183 nuovi posti letto principalmente per le RSA, da distribuire equamente tra le quattro ASL. La stima aggiornata è pari a 7.176 posti letto complessivi.

Figura 14: Posti letto territoriali necessari per tipologia in Regione Abruzzo



Coerentemente con l'andamento dell'indicatore della Griglia LEA 2017 "Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti", che mostra uno scostamento non accettabile (5,60 rispetto ad un valore normale di ≥ 10), la tipologia di posti letto che richiede il maggior incremento è quella degli anziani non autosufficienti, dove si prevede un aumento di 2.885 posti letto.



Serve una *holding* forte, intervenire sui costi interni e tornare ad investire nell'infrastruttura pubblica regionale

Con l'avvio dei Piani di Rientro in regione Abruzzo si è assistito ad una progressiva evoluzione del SSR verso un sistema in cui le reti di aziende, concepite per essere in competizione, sono progressivamente diventate un sistema di erogazione unitariamente coordinato dalla capogruppo regionale (*holding*).

Negli ultimi anni la regione Abruzzo è riuscita gradualmente a migliorare il livello degli adempimenti LEA fino a raggiungere il punteggio minimo richiesto dal Ministero, e nello stesso tempo è riuscita anche a migliorare la tenuta del conto economico, fino a raggiungere una situazione di sostanziale equilibrio. Quello che appare però, guardando le proiezioni nel triennio, è che l'equilibrio raggiunto sia simile a quello che in meccanica razionale viene definito come "equilibrio instabile", quindi facilmente influenzabile da azioni non adeguate, che qualora si verificassero non sarebbero gestibili dalle strutture regionali.

Per poter raggiungere una situazione di equilibrio stabile e costruire il percorso per uscire dal Piano di Rientro serve una riforma strutturata della *holding* per governare i costi interni, e tornare a investire nell'infrastruttura pubblica regionale al fine di soddisfare i bisogni della popolazione riconquistandone la fiducia.

A tal fine si ritengono prioritari i seguenti sei obiettivi:

- Riquilibrare il ruolo del Dipartimento Sanità (*holding*), allineando il fabbisogno e le funzioni degli Uffici alle esigenze emergenti
- Liberare risorse per raggiungere l'equilibrio economico anche con il supporto del progetto Art. 79
- Dare al paziente e al suo *caregiver* un punto di riferimento
- Investire nell'infrastruttura sanitaria regionale
- Gestire l'impatto della evoluzione tecnologica regionale
- Investire sul personale del Servizio Sanitario Regionale



Riqualificare il ruolo del Dipartimento Sanità (holding), allineando il fabbisogno e le funzioni degli Uffici alle esigenze emergenti

La regione Abruzzo, fin dal suo inizio, sta affrontando il Piano di Rientro in una condizione di sostanziale inadeguatezza numerica delle risorse disponibili presso il Dipartimento, le quali risultano frammentate su 12 Servizi. Tale condizione è stata spesso rilevata anche dai Ministeri affiancanti, ma nessuno sforzo tra quelli fatti finora è risultato definitivo.

Peraltro, nonostante l'elevato numero di Servizi, l'assetto non individua chiare responsabilità su alcune tematiche trasversali che impattano sulla sostenibilità del SSR e che dovrebbero appartenere alla gestione straordinaria degli uffici, ma che invece oberano quella ordinaria impedendo ai servizi di concentrarsi sulle proprie funzioni. A titolo di esempio, esistono questioni, come la gestione del contenzioso con il privato che stentano a trovare una risoluzione definitiva ed in tempi brevi in assenza di un forte coordinamento centrale. Esistono, inoltre, tematiche emergenti quali la gestione dei progetti innovativi che devono essere affrontati in ottica anticipatoria per consentire alla Regione di stare "al passo con i tempi", ma non trovano ancora una precisa collocazione nei processi regionali ed aziendali.

La regione Abruzzo intende riqualificare il ruolo del Dipartimento Sanità (holding), allineando il fabbisogno e le funzioni degli Uffici alle esigenze emergenti, derivanti dai nuovi obiettivi di programmazione sanitaria e all'evoluzione del contesto.

Per realizzare questo obiettivo la Regione intende:

- Ridefinire il fabbisogno di risorse del Dipartimento Sanità (*holding* regionale)
- Rinforzare la Direzione Generale con competenze qualificate, necessarie per affrontare in modo progettuale le opportunità e le situazioni critiche.

Ridefinire il fabbisogno di risorse del Dipartimento Sanità (*holding* regionale)

Le Regioni non soggette a Piano di Rientro presentano una *capacity* (quantità) più elevata con una dislocazione più omogenea in un numero di strutture istituzionali inferiore rispetto alle Regioni soggette al Piano di Rientro.¹

In regione Abruzzo la composizione attuale del personale è pensata per soddisfare il fabbisogno delle strutture di *governance* che vi hanno finora operato ed è stata indebolita dall'applicazione di misure di contenimento della spesa previste dalla normativa nazionale e regionale.

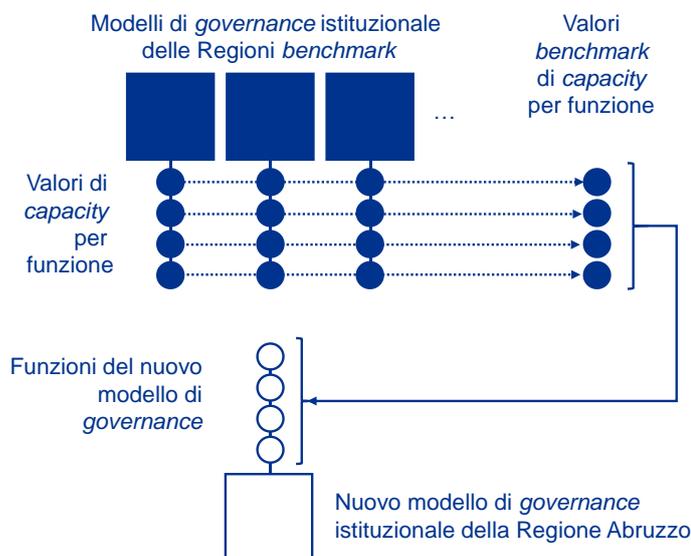
L'assetto istituzionale di cui la Regione intende dotarsi richiede una revisione del fabbisogno di personale, che parta dall'analisi dell'attuale *capacity* e dei relativi profili, stabilendo la nuova configurazione ottimale ed identificando eventuali nuovi profili professionali, in base alla quale sarà necessario procedere alla ricollocazione e alla formazione del personale presente e al reclutamento di eventuale personale ulteriore.

Al fine di adeguare il fabbisogno di personale al nuovo assetto istituzionale, la Regione si propone quindi di:

- **Analizzare la *capacity* attuale e quella appropriata per il nuovo assetto istituzionale per identificare il *gap* di profili professionali**

L'analisi della *capacity* ha lo scopo di individuare le professionalità e le competenze presenti. Per quanto riguarda la *capacity* ottimale per il nuovo assetto istituzionale si intende, una volta definito tale assetto, identificare Regioni *benchmark* che abbiano una struttura simile e con cui sia possibile quindi effettuare un confronto e valutare la distribuzione di personale e profili professionali all'interno del loro modello organizzativo. In base alla riorganizzazione della struttura amministrativa attualmente in corso congiuntamente al confronto con le altre realtà regionali e sulla scorta degli obiettivi definiti dal nuovo Patto della Salute, sarà definito il nuovo fabbisogno di personale.

¹ *Assessment* effettuato dall'Advisor regionale



Per mettere in atto tale azione la Direzione del Dipartimento Sanità, sentiti i Dirigenti di Servizio, si occuperà di **(a)** determinare il fabbisogno di personale del nuovo assetto organizzativo del Dipartimento Sanità e le relative competenze utilizzando come base di partenza la dotazione di altre Regioni con strutture organizzative simili ma sviluppando il modello in coerenza con le esigenze specifiche della regione Abruzzo. Il modello del fabbisogno del personale dovrà essere elaborato entro sei mesi dall'atto di riorganizzazione della struttura. Il Direttore inoltre effettuerà una correlata proposta di fabbisogno al Direttore del Dipartimento Risorse Umane, perché possa essere recepita negli atti giuntali concernenti la programmazione del fabbisogno triennale di tutta la regione Abruzzo. **(b)** Elaborare un documento che evidenzi le carenze di profili professionali tra l'esistente e il fabbisogno identificato.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione della proposta di fabbisogno da presentare al Dipartimento Risorse Umane della Regione entro la data stabilita [ENTRO DICEMBRE 2020 - *adempimento assolto*]
- (b) Elaborazione di un documento che evidenzi le carenze dei profili professionali tra esistente e fabbisogno identificato [ENTRO MAGGIO 2021 PRIMO DOCUMENTO, POI ENTRO DICEMBRE 2021 - *adempimento assolto*]

Soggetti coinvolti:

- Direttore del Dipartimento
- Ufficio Affari Legali e Generali

■ **Mappare in modo dinamico le competenze presenti e definire quelle da sviluppare nel nuovo assetto istituzionale**

La mappatura delle *competences* presenti deve essere impostata in modo tale da permettere un aggiornamento immediato nel momento in cui intervengono modifiche, quali ad esempio un corso di formazione frequentato, l'assunzione di nuovo personale, l'uscita di forza lavoro, l'introduzione di nuove competenze richieste, l'introduzione di nuovi strumenti. Una volta sviluppato, tale strumento di mappatura delle competenze dovrà essere alimentato sia con le competenze attualmente presenti in Regione, declinate per singolo professionista, sia con le competenze necessarie nel nuovo assetto istituzionale, in modo da poter identificare il *gap* tra i due scenari. Tale mappatura inoltre dovrà essere concertata con il Direttore del Dipartimento Risorse Umane della Regione e dovrà tenere conto delle

competenze dello stesso Dipartimento in materia di fabbisogno ed applicazione del CCNL e del CCID.

Per mettere in atto tale azione, la Regione, tramite il Dipartimento Sanità si propone di **(a)** dotarsi di uno strumento che permetta una valutazione dinamica delle competenze presenti, aggiornabile periodicamente. Le procedure di compilazione dovranno essere condivise tramite un documento che ne identifichi modalità, contenuti e tempistiche. **(b)** Effettuare, in collaborazione con il referente formativo del Dipartimento, la valutazione delle competenze con cadenza annuale. Le valutazioni dovranno essere effettuate sulla base delle informazioni raccolte dall'alimentazione dello strumento di cui al punto precedente e prevederanno l'elaborazione di un documento di sintesi che evidenzia le carenze di competenze residue. Tale documento andrà integrato con l'aggiornamento del piano di formazione, anche in base ad eventuali nuove esigenze emerse nel periodo e compatibilmente con le direttive del Dipartimento Risorse Umane della Regione.

Indicatori di risultato:

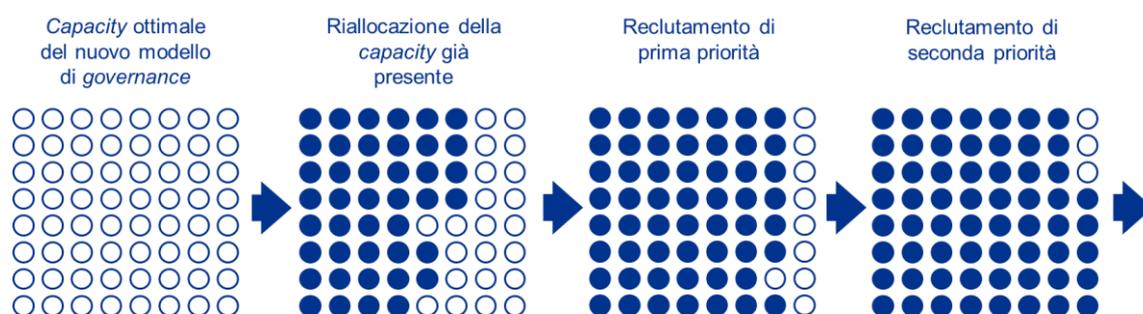
- (a) (Acquisizione dello strumento (Sì/No) + Elaborazione del documento delle procedure (Sì/No))
- (b) N. doc di valutazione (annuale)

Soggetti coinvolti:

- Direttore del Dipartimento
- Ufficio Affari Legali e Generali

■ **Elaborare una proposta di riallocazione di risorse presenti e di reclutamento di nuove, in coerenza con lo stato di attuazione del Programma Operativo**

Identificata la *capacity* ottimale, si procederà a valutare la possibilità di riallocazione il personale attualmente presente in base ai profili professionali o, ove necessario, a reclutare nuovi profili. Fondamentale in tale ottica, al fine di pianificare ambedue le procedure, sarà l'attribuzione di priorità ai diversi ruoli identificati, per porre su differenti orizzonti temporali il reperimento delle risorse in base alla loro urgenza. L'attribuzione delle priorità dovrà avvenire sulla base dello stato di attuazione degli obiettivi presenti all'interno del Programma Operativo, tenuti sotto controllo costante tramite un cruscotto di monitoraggio.



Per mettere in atto tale azione, la Regione, tramite il Direttore del Dipartimento Sanità, si propone di **(a)** elaborare un piano riallocazione delle risorse già presenti sulla base dei profili necessari, definendo le priorità in coerenza con lo stato di attuazione delle azioni del presente Programma Operativo. **(b)** Elaborare una proposta di reclutamento di nuove risorse sulla base delle carenze evidenziate dall'analisi effettuata sulla *capacity* e non coperte dalla proposta di piano di riallocazione.



Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione del piano di riallocazione delle risorse già presenti (Si/No periodicamente) [ENTRO GIUGNO 2021 - *adempimento assolto*]
- (b) Elaborazione della proposta di piano di reclutamento (Si/No periodicamente) [ENTRO GIUGNO 2021 - *adempimento assolto*]

Soggetti coinvolti:

- Direttore del Dipartimento
- Ufficio Affari Legali e Generali

■ **Riqualificare il ruolo della singola risorsa regionale all'interno di un obiettivo condiviso per generare *talent retention* e attrattività**

Al fine di rendere stabile il sistema, sarà necessario mettere in atto misure di attrattività e incentivo, affinché il personale formato possa costituire un valore duraturo nel tempo. Al fine di incentivare il miglioramento della performance personale e di implementare il senso di appartenenza alla struttura amministrativa ed alla sua mission, il singolo professionista può essere assegnato ad un gruppo di lavoro, in funzione delle sue caratteristiche e competenze specifiche in modo tale da responsabilizzarlo e fornirgli uno scopo chiaro.

Per mettere in atto tale azione, la Regione, tramite la Direzione del Dipartimento Sanità, si propone di **(a)** elaborare periodicamente un piano di azione che identifichi le *task force* da attivare per affrontare tematiche ordinarie e straordinarie con brevi progetti da svolgere piccoli team. Il piano dovrà tenere conto dello stato di avanzamento del Programma Operativo rilevato periodicamente tramite il cruscotto di monitoraggio. **(b)** Assegnare le singole risorse regionali ai progetti al fine di comporre i team, definendone ruoli, responsabilità, obiettivi e metodi di valutazione. L'assegnazione e la definizione di ruoli, responsabilità, obiettivi e metodi di valutazione misurabili dovranno avvenire tramite documenti condivisi con le strutture regionali. **(c)** Dettagliare i singoli progetti del piano di azione in singole attività, pianificarne lo svolgimento, le tempistiche e le responsabilità e portarle a termine entro i tempi previsti. La pianificazione delle attività dovrà essere sviluppata dal team di progetto e richiederà l'approvazione del Dipartimento Sanità, che ne valuterà la coerenza con gli obiettivi e le tempistiche del presente Programma Operativo.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione del piano di azione dei progetti (N. piani elaborati / N. periodi trascorsi; 1 piano ogni 6 mesi)
- (b) N. gruppi di lavoro istituiti / Totale progetti previsti dall'ultimo aggiornamento del piano di azione
- (c) Elaborazione, da parte di ogni team di progetto, di un cronoprogramma delle singole attività (Si/No)

Giorni di scostamento rispetto ai cronoprogrammi (somma di giorni di ritardo delle singole attività/somma di giorni previsti per le singole attività).

Soggetti coinvolti:

- Direttore del Dipartimento
- Ufficio Affari Legali e Generali



Rinforzare il Dipartimento Sanità con competenze qualificate, necessarie per affrontare in modo progettuale le opportunità e le situazioni critiche

Nel corso degli ultimi dieci anni, la regione Abruzzo ha messo in atto interventi specifici che hanno permesso di trarre dai risultati rilevanti, quali l'adempimento LEA a partire dal 2014 (con il superamento dei 200 punti dal 2017) e l'uscita dal Commissariamento nel 2016.

Tuttavia, non sempre si è riusciti a sfruttare nel migliore dei modi le opportunità scaturite da questi risultati e a realizzare quanto programmato. Il punto in cui la regione è arrivata e la difficoltà a mantenere trend positivi nei conti, suggeriscono che i risultati ottenuti, oltre a non essere sufficienti, potrebbero regredire in assenza di un intervento di stretto coordinamento tra le iniziative. In particolare, risulta da portare a termine la rete territoriale come passo per la riqualificazione dell'attività ospedaliera e la presa in carico proattiva dei pazienti cronici.

Obiettivo della regione Abruzzo è quindi quello di rinforzare il Dipartimento, istituendo degli uffici a diretto riporto della Direzione con competenze qualificate per affrontare in modo progettuale gli obiettivi del Programma Operativo e le tematiche straordinarie. In particolare, gli uffici dovranno sostenere il Dipartimento nell'identificazione delle opportunità emergenti dal contesto (una nuova tecnologia, un nuovo obiettivo strategico nazionale) o situazioni critiche che minano la stabilità della gestione. Ad essi, si affianca il potenziamento dell'esistente Ufficio Ispettivo, Appropriatelyzza SSR e rischio clinico.

A tal fine la regione Abruzzo intende:

■ Rafforzare il monitoraggio del Piano di Rientro tramite un Tavolo Tecnico permanente Regione-ASL

La regione ha identificato un Tavolo Tecnico Permanente come momento strategico di confronto tra la Direzione del Dipartimento e le Direzioni Generali delle ASL. Le attività del Tavolo saranno supportate dall'Ufficio Governance SSR, come segreteria tecnica per il coordinamento delle iniziative del Programma Operativo tra loro interrelate o che richiedono una multidisciplinarietà delle competenze, anche esterne al Dipartimento. Nella sua attività, il Tavolo Tecnico dovrà rilevare aspetti non previsti nel Programma Operativo, ma necessari per il suo completamento. In particolare, dovrà presidiare il coordinamento delle iniziative sulle reti (Obiettivo PO: Investire nell'infrastruttura), sulla presa in carico (Obiettivo PO: Dare un riferimento al paziente e al suo *caregiver* un punto di riferimento) e sul personale (Obiettivo PO: Investire sul personale).

Per mettere in atto tale azione, la Regione, tramite il Tavolo Tecnico, si propone di **(a)** Elaborare un cronoprogramma di dettaglio delle iniziative per capirne le interdipendenze tra le azioni, a partire da reti e personale **(b)** Identificare i rischi, anche in termini di impatti economici, derivanti dallo slittamento delle iniziative e prevedendo il coinvolgimento degli *stakeholder* di rilievo nei processi decisionali (es: erogatori privati, organizzazioni sindacali e di categoria) **(c)** Supportare la Direzione del Dipartimento a tradurre gli obiettivi del Programma Operativo in obiettivi per i Direttori Generali, identificando le priorità alla luce anche dei rischi evidenziati per aggiornare gli strumenti di programmazione.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione del cronoprogramma con evidenza delle interdipendenze
- (b) Elaborazione di un report di analisi dei rischi (da aggiornare mensilmente in funzione dell'avanzamento del Programma operativo)
- (c) Aggiornamento degli obiettivi dei Direttori Generali

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento
- Tavolo tecnico permanente (istituito con DGR 31/2020)
- Ufficio Governance



■ **Attivare un ufficio per la Regia dei Piani Strategici Nazionali**

A tal fine, la Regione nell'ambito della revisione del suo assetto organizzativo dovrà prevedere l'istituzione di un Ufficio in staff alla Direzione del Dipartimento che sia dedicato ad effettuare il monitoraggio dello stato di avanzamento di tutti i Piani Strategici Nazionali (Cronicità, Prevenzione, Gioco Azzardo Patologico, ...), identificando gli obiettivi da aggiornare in funzione dell'evoluzione del contesto.

Per mettere in atto tale azione, la Regione, tramite l'Ufficio Piani Strategici Nazionali, si propone di
(a) Declinare le priorità dei Piani Strategici Nazionali in un cronoprogramma di azioni e adempimenti
(b) Attivare i Gruppi di Lavoro specifici per monitorare i Piani Strategici, aggiornando gli obiettivi in funzione dell'evoluzione del contesto.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione del cronoprogramma per l'attuazione dei Piani Strategici Nazionali
- (b) Attivazione di almeno un Gruppo di Lavoro per il monitoraggio di un Piano Strategico
Rilascio di report trimestrali alla Direzione su avanzamento recepimento Piani

Soggetti coinvolti:

- Direzione Dipartimento
- Ufficio Piani Strategici Nazionali (Ufficio istituendo)

■ **Concentrare in un gruppo tecnico le competenze per affrontare in modo sinergico il contenzioso**

La Regione ha previsto l'istituzione di un Gruppo di Lavoro che sia dedicato a fornire un supporto operativo e metodologico per affrontare il contenzioso in modo sistematico a livello di *holding* e non come iniziativa autonoma delle ASL. Inoltre, dovrà validare la solidità normativa degli atti più rilevanti per il successo del Programma Operativo affinché le iniziative chiave non siano bloccate da iter viziati o da ulteriori contenziosi con i diversi portatori di interesse.

Per mettere in atto tale azione, la Regione, tramite il Gruppo di Lavoro Regionale, si propone di **(a)** Identificare gli ambiti di contenzioso stabilendo tempi certi per la chiusura delle verifiche e le modalità per affrontare il contenzioso a seconda dei casi specifici (approccio a livello di holding o di ASL) **(b)** avviare le azioni per la risoluzione del contenzioso per il rispetto delle tempistiche previste; **(c)** Identificare, di concerto con il Tavolo Tecnico, gli interventi del Programma Operativo che richiedono particolare attenzione nella stesura degli atti perché la loro adozione non comporti rischi per la Regione **(d)** Mettere a disposizione delle Aziende le *lesson learned* nella gestione dei rapporti con i fornitori e gli altri portatori di interesse per ridurre le situazioni di contenzioso futuro.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione del cronoprogramma per la gestione del contenzioso
- (b) Avvio delle azioni per il rispetto del cronoprogramma
- (c) Elaborazione un report per la Direzione del Dipartimento sugli interventi critici da un punto di vista di stesura degli atti
- (d) Emanazione di Linee Guida per le ASL

Soggetti coinvolti:

- Direzione Dipartimento
- Gruppo di Lavoro Regionale (istituito tramite Determinazione Direttoriale DPF 06/2020)



Liberare risorse per raggiungere l'equilibrio economico anche con il supporto del progetto Art. 79²

Qualsiasi sistema per essere nelle condizioni di funzionare deve garantire l'equilibrio tra le sue componenti. In particolare, quando si parla di sistemi sanitari per garantire l'equità e un'assistenza sanitaria di qualità alla popolazione non è possibile transigere da un equilibrio economico, che non si realizza unicamente nel pareggio di bilancio, ma principalmente nell'adeguato valore a tutti i fattori produttivi.

La regione Abruzzo, nonostante abbia conseguito nel 2018 un sostanziale equilibrio economico, mostra una strutturale debolezza nella gestione dei suoi fattori produttivi, prospettando per il prossimo triennio un aumento dei costi non correlato ad un miglioramento della qualità dell'assistenza con un rischio consistente di preclusione della possibilità di finanziare lo sviluppo di una rete di assistenza adeguata rispetto alla necessità dei pazienti e dei *caregiver* di trovare punti di riferimento certi per rispondere alle diverse e crescenti esigenze.

La Regione si pone quindi come obiettivo per i prossimi tre anni di ristabilire il necessario equilibrio tra i suoi principali fattori produttivi.

In particolare, la Regione intende:

- Riquilibrare l'acquisto e utilizzo dei farmaci ospedalieri e dei dispositivi medici per frenare l'incremento annuo della spesa
- Riquilibrare l'acquisto di servizi per ridurre la frammentazione ed aumentare l'omogeneità sul territorio regionale
- Intervenire sull'acquisto di prestazioni da privato senza contratto per riconvertirle verso gli erogatori accreditati e contrattualizzati dalla Regione
- Mettere a disposizione professionisti con competenze tecniche a supporto dei clinici per le attività quotidiane e la gestione dei fattori produttivi

Riquilibrare l'acquisto e utilizzo dei farmaci ospedalieri e dei dispositivi medici per frenare l'incremento annuo della spesa

I meccanismi di controllo della spesa farmaceutica a livello nazionale hanno permesso di limitarne la crescita, con un incremento nel 2018 del 4% rispetto al 2017 e del 15% rispetto al 2016 per quanto riguarda i farmaci acquistati direttamente dalle strutture pubbliche³. Anche la spesa per dispositivi medici sta registrando incrementi legati da un lato all'invecchiamento della popolazione e ai nuovi stili di vita che aumentano la domanda, dall'altro ad una tecnologia sempre più innovativa e fruibile che aumenta l'offerta.

In regione Abruzzo la spesa farmaceutica ospedaliera è aumentata del 15% tra il 2017 e il 2018 e la spesa per dispositivi medici è stata pari al 7,5% del FSR nel 2018 a fronte di un tetto nazionale pari al 4,4%. Inoltre, i prezzi e i prodotti sono diversificati tra le ASL a seguito di procedure di approvvigionamento dei farmaci e dei dispositivi medici non unificate.

La Regione Abruzzo si propone di riquilibrare l'acquisto e l'utilizzo di farmaci e dispositivi medici, adottando misure per il contenimento dei prezzi e per l'utilizzo appropriato dei beni sanitari, in particolare incentivando l'utilizzo dei farmaci a minor costo, massimizzando l'acquisto di medicinali innovativi e adottando adeguati strumenti di controllo dell'appropriatezza.

La regione Abruzzo, pertanto, intende:

- **Garantire il rispetto delle tempistiche per l'espletamento di procedure di gara**

² Art. 79, comma 1-sexies, lettera c), Legge 133/2008

³ "Rapporto OsMed-AIFA Anno 2018"



Al fine di garantire la definizione delle gare in essere da parte della Stazione Unica Appaltante regionale, il Servizio Sanitario Regionale prevede di utilizzare anche altra centrale di committenza per l'espletamento delle procedure di gara entro le tempistiche indicate, principalmente ma non esclusivamente in ambito di farmaci e dispositivi medici, anche ai sensi dell'art. 37, comma 3 del Decreto Legislativo n. 50 del 2016.

Per mettere in atto tale azione, la Regione tramite il Dipartimento Sanità si propone di **(a)** elaborare, di concerto con le ASL, un documento che identifichi i Dispositivi Medici ed i farmaci per i quali è più urgente l'espletamento delle procedure di gara (esplicitando le motivazioni alla base della selezione). **(b)** Fornire al Collegio tecnico individuato presso la Stazione Unica Appaltante la lista dei Dispositivi Medici e dei Farmaci per cui si rende necessaria una procedura di gara. **(c)** Accordarsi con la stazione appaltante, produrre e inviare i documenti necessari per la collaborazione. Tali documenti includono sia l'analisi dei fabbisogni della regione Abruzzo rispetto ai prodotti per cui ci si rivolge all'ente, sia la documentazione amministrativa necessaria al conferimento dell'incarico.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione del documento contenente il *ranking* delle priorità (Sì/No periodicamente) [PRIMA ELABORAZIONE ENTRO GIUGNO 2020, POI 1 VOLTA ALL'ANNO – *adempimento assolto*]
- (b) Elaborazione di un provvedimento che fornisca al Collegio Tecnico la lista dei farmaci e dei Dispositivi Medici da porre in gara (Sì/No periodicamente) [SE NECESSARIO PRIMA ELABORAZIONE ENTRO SETTEMBRE 2020, POI TUTTE LE VOLTE CHE SI RENDE NECESSARIO NELLE MORE DI ATTIVAZIONE DEL SUA - - *adempimento assolto*]
- (c) Invio della documentazione di supporto alla gara

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Assistenza Farmaceutica
- ASL (Provveditorati, Farmacie Ospedaliere)
- ARIC

■ **Aggiornare le autorizzazioni all'utilizzo di farmaci di alta specializzazione ai centri di riferimento regionali autorizzati**

Molti dei farmaci innovativi che stanno entrando in commercio negli ultimi anni necessitano di un'alta specializzazione e sono dedicati al trattamento di patologie ad alta complessità che richiedono di essere gestite in centri di alta specializzazione. La Regione in questo contesto intende modificare le modalità di selezione e approvvigionamento nonché le modalità di utilizzo e prescrizione dei suddetti farmaci.

- Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** aggiornare con apposito provvedimento la lista di farmaci per cui le condizioni di impiego rendano opportuna l'erogazione esclusiva da parte di specifiche strutture. **(b)** Identificare tramite apposito documento la rete di offerta sanitaria specializzata, per ogni farmaco o categoria di farmaci precedentemente identificato, a livello granulare. Tale documento dovrà avere il livello di dettaglio dei singoli centri prescrittori di riferimento, esplicitando i criteri per la loro individuazione **(c)** Trasmettere ai centri prescrittori individuati i criteri mediante cui si è precedentemente identificata la rete di offerta. **(d)** Predisporre, in ottica di automatizzazione e di continuo miglioramento, uno strumento, aggiornabile, per il monitoraggio dei suddetti farmaci, i cui *output* dovranno essere periodicamente condivisi con le ASL.

Indicatori di risultato:



- (a) Emanazione di un provvedimento con la lista aggiornata farmaci erogabili solo in centri autorizzati (Si/No) [ENTRO MAGGIO 2020 - *adempimento assolto*]
- (b) Elaborazione di un provvedimento che declini la rete di prescrittori autorizzati per ogni prodotto identificato (Si/No) [ENTRO SETTEMBRE 2020, CON AGGIORNAMENTI PERIODICI - *adempimento assolto*]
- (c) Trasmissione alle ASL dei criteri per l'autorizzazione alla prescrizione con attivazione dei centri specializzati e disattivazione dei restanti punti di erogazione (Si/No) [ENTRO DICEMBRE 2020, CON AGGIORNAMENTI PERIODICI - *adempimento assolto*]
- (d) Diffusione presso le ASL dei risultati del monitoraggio effettuato con lo strumento predisposto (Si/No periodici)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Assistenza Farmaceutica
- ASL (Direzioni Sanitarie, Farmacie Ospedaliere, Servizi farmaceutici Territoriali)

■ **Assegnare alle ASL budget di spesa su determinate categorie di farmaci complessi al fine di allinearsi alla media nazionale**

Utilizzando i dati di confronto nazionali (quali ad esempio il rapporto OsMed per i farmaci) come punti di riferimento, la Regione si propone di individuare le categorie di farmaci che più si discostano dalla media nazionale e assegnare alle ASL budget di spesa per tali categorie con il fine di allinearsi a tale media.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** emanare un provvedimento contenente i budget di spesa per ASL a fronte dell'identificazione, tramite opportuna analisi, dei farmaci complessi per cui si rilevano significativi scostamenti dalla media nazionale/regioni virtuose e dare direttive alle ASL perché traducano i tetti in obiettivi per i reparti. **(b)** Approntare uno strumento di monitoraggio periodico della situazione della spesa rispetto ai tetti posti, avviando un'interlocuzione con le Direzioni Generali in caso del persistere degli scostamenti. Tale strumento, dovendo basarsi sullo scostamento da una media nazionale/valori di regioni virtuose, dovrà essere dinamicamente aggiornato.

Indicatori di risultato:

- (a) Emanazione di un provvedimento contenente i budget di spesa per ASL per i prodotti individuati (Si/No) [ENTRO MAGGIO 2020 - *adempimento assolto*]
- (b) Elaborazione periodica di un report che evidenzia i risultati del monitoraggio e diffusione alle Direzioni Generali, Amministrative e Sanitarie delle ASL (Si/No periodici)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Assistenza Farmaceutica
- ASL (Farmacie Ospedaliere, UUOO Controllo di Gestione)

■ **Elaborare linee di indirizzo regionali sull'appropriatezza di utilizzo di farmaci e dispositivi medici**

Al fine di dotarsi di strumenti per limitare l'imprevedibilità dei costi, la Regione si propone di elaborare delle linee di indirizzo e/o atti normativi volti a disciplinare e indirizzare i professionisti sanitari verso un appropriato uso dei dispositivi medici e dei farmaci, in particolare biosimilari, equivalenti, innovativi, nonché farmaci sottoposti a registri di monitoraggio AIFA.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** istituire gruppi di lavoro con i farmacisti delle ASL e del Centro Regionale di Farmacovigilanza competente alla definizione delle schede di



HTA al fine di identificare dispositivi medici e farmaci per i quali declinare criteri di appropriatezza prescrittiva e d'uso, associando ad ognuno di essi le motivazioni (cliniche, tecniche o di altri ambiti) e l'impatto previsto della misura. **(b)** Emanare con provvedimento i criteri di appropriatezza ed inappropriatezza elaborati nell'ambito dei tavoli di cui sopra. Le linee di indirizzo dovranno essere aggiornate e trasmesse tempestivamente in caso di sopravvenienza di condizioni che modifichino le indicazioni precedenti. **(c)** Diffondere i criteri ai prescrittori, prevedendo anche momenti di comunicazione istituzionale, e recepire i criteri nei sistemi di valutazione/incentivo dei prescrittori territoriali ed ospedalieri, tramite l'intermediazione delle ASL. **(d)** Strutturare uno strumento di monitoraggio dei farmaci e dei dispositivi a rischio di inappropriatezza, che sia specifico rispetto alle azioni previste nelle linee di indirizzo regionali, avviando un interlocutorio con le Direzioni Generali in caso di anomalie. Tale strumento potrà segnalare l'esistenza di cause per le quali sia richiesto un aggiornamento delle linee guida per la prescrizione, ma dovrà monitorare l'aderenza alle linee guida in vigore al momento della produzione del documento.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione di un documento identificante i farmaci a rischio di inappropriatezza le motivazioni dietro a tale rischio e l'impatto economico previsto (Si/No) [ENTRO SETTEMBRE 2021- *adempimento assolto*]

Elaborazione di un documento identificante i dispositivi medici a rischio di inappropriatezza le motivazioni dietro a tale rischio e l'impatto economico previsto (Si/No)

- (b) Emanazione di un provvedimento di linee guida regionali sull'appropriatezza prescrittiva dei farmaci (Si/No) [ENTRO NOVEMBRE 2021 - *adempimento assolto*]

Emanazione di un provvedimento di linee guida regionali sull'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici (Si/No)

- (c) Percentuale prescrizioni inappropriate per i farmaci e dispositivi medici

- (d) Elaborazione di report di monitoraggio periodici che esplicitino la percentuale di prescrizioni inappropriate rispetto alle linee guida vigenti (Si/No periodici)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Assistenza Farmaceutica
- ASL (Farmacie Ospedaliere, Assistenza sanitaria di Base)

Riquilibrare l'acquisto di servizi per ridurre la frammentazione ed aumentare l'omogeneità sul territorio regionale

Il Servizio Sanitario di qualsiasi Regione è un sistema complesso che coinvolge molteplici aspetti e interlocutori. Attorno alla struttura pubblica ruotano una serie di fornitori che la supportano con svariate attività e servizi.

L'elevata varietà di servizi richiesti, combinata con deboli coordinamento e programmazione per l'acquisto di tali prestazioni, causa in regione Abruzzo una frammentazione dei costi per i servizi.

Inoltre nel panorama degli attori che si occupano degli acquisti in ambito sanitario occorre inserire anche l'ARIC (Agenzia Regionale di Informatica e Committenza) che, a seguito delle modifiche introdotte con la legge regionale n.34 del 27/09/2016 svolge anche le funzioni di Centrale di committenza, di Stazione unica appaltante e di Soggetto aggregatore, in favore della Regione Abruzzo e di altri soggetti pubblici aventi sede nel territorio regionale.

La Regione pertanto facendo ricorso alla Agenzia ARIC a cui sono state trasferite le competenze in merito all' e-procurement (per cui si dovrà provvedere anche ad una revisione a riguardo della



legge 146/1996), si pone l'obiettivo di introdurre una programmazione degli acquisti coordinata a livello centrale che permetta di ridurre i costi legati a servizi che non producono valore aggiunto.

La Regione Abruzzo, più nello specifico, si propone di sviluppare un nuovo modello di governance degli acquisti che vede:

- Il Dipartimento Sanità quale soggetto preposto solo allo sviluppo delle strategie di acquisto di beni, servizi e di nuovi investimenti nel rispetto delle esigenze delle Aziende e dei territori contemperate con quelle economico finanziarie di rispetto prospettico degli equilibri dell'intero sistema Sanitario Regionale;
- l'ARIC, di concerto con le singole Aziende Sanitarie Locali quale soggetto attuatore delle strategie attraverso una opportuna declinazione delle stesse in azioni operative di acquisto che vanno dalla definizione dei capitolati alla loro esecuzione ed al successivo monitoraggio.

A tal fine sarà necessario:

■ **Elaborare uno strumento (*Term Sheet*) per fare una ricognizione dei contratti attualmente in essere e valutare l'effettiva qualità delle condizioni di acquisto dei servizi**

Il *Term Sheet* è un riassunto dei termini contrattuali, quali ad esempio valore, durata, tipologia, meccanismi di monitoraggio, volumi, costi. La compilazione dei *Term Sheet* tramite la ricognizione dei contratti attualmente in essere da parte dei diversi enti regionali permetterà di visualizzare l'effettivo stato di acquisto dei servizi, valutandone eventuali sovrapposizioni, prezzi diversi a livello regionale per lo stesso servizio, servizi sottoutilizzati tramite un processo di *red tagging*⁴, servizi che costerebbero meno se svolti internamente e altre casistiche.

Per mettere in atto tale azione la Regione, tramite il Dipartimento Sanità e avvalendosi delle informazioni rilevabili dai flussi informativi del progetto "Art. 79" già attivo e delle informazioni fornite dall'ARIC sia in merito alla gestione dei precedenti contratti sia in merito all'andamento dei prezzi (Osservatorio Prezzi), si propone di **(a)** istituire un gruppo di lavoro che includa i responsabili del Dipartimento Sanità e i Responsabili degli Acquisti delle ASL e che abbia l'obiettivo di elaborare un format ("*Term Sheet*") adeguato alla descrizione di ogni contratto in essere e che potrà essere utilizzato in futuro per la stesura preliminare dei nuovi contratti. Tale format dovrà essere strutturato in modo da poter raccogliere tutti i dati rilevanti per le diverse tipologie di contratto e rappresentarli in modo comparativo, al fine di avere uno strumento unico per analizzare ogni contratto singolarmente, in gruppo o a confronto. Il gruppo di lavoro dovrà confrontarsi con la Stazione Unica Appaltante/ Soggetto Aggregatore regionale per verificare l'attinenza del format sviluppato con le sue necessità e recepirne gli eventuali commenti. **(b)** Alimentare i *Term Sheet* effettuando una ricognizione di tutti i contratti in essere. Tale procedura dovrà essere quindi adeguatamente pianificata, dando priorità ai contratti su cui è più probabile trovare terreno per ottimizzazioni, aggregazioni, rinnovi anche sulla base delle eventuali considerazioni espresse della Stazione Unica Appaltante della Regione a seguito di interlocuzioni da attivare.

Indicatori di risultato:

- (a) Istituzione di un Gruppo di Lavoro(Sì/No)
- (b) Elaborazione del format di *Term Sheet* (Sì/No)
- (c) Percentuale di avanzamento dei lavori di alimentazione dei *Term Sheet* rispetto al totale dei contratti (% , periodicamente)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Economico-Finanziaria del SSR

⁴ Nel modello di riorganizzazione in ottica *Lean*, la procedura di *red tagging* consiste nell'applicare un *flag* agli oggetti da organizzare, rimuovendolo al momento dell'uso. Dopo un determinato periodo, gli oggetti mai utilizzati vengono eliminati.



- Servizi del Dipartimento Sanità coinvolti per materia
- Altri Servizi e Dipartimenti regionali preposti all'attività di vigilanza dei Contratti Pubblici
- ASL (Provveditorati)
interfacendosi con la Stazione Unica Appaltante/ Soggetto Aggregatore

■ **Pianificare la necessità di acquisto di servizi e utilizzare modalità di acquisto accentrate che possano garantire condizioni più vantaggiose**

In parallelo al processo di valutazione dei *Term Sheet*, sarà necessario assegnare ai contratti una specifica azione da compiere al momento della scadenza. Tale compito spetterà al medesimo gruppo di lavoro istituito per lo sviluppo del *Term Sheet*. Le Aziende si dovranno occupare della produzione della documentazione da condividere con la Stazione Unica Appaltante/Soggetto aggregatore per l'espletamento delle procedure di gara.

Per mettere in atto tale azione, il gruppo di lavoro si propone di **(a)** declinare in accordo con la Stazione Unica Appaltante/ Soggetto aggregatore, per ogni contratto oggetto della ricognizione tramite *Term Sheet*, un'azione da eseguire al momento della scadenza del contratto, ad esempio "Rinnovo", "Indizione di gara", "Aggregare Regionalmente", aggiungendo a tale azione le motivazioni su cui poggia e le indicazioni necessarie per il suo espletamento. La declinazione delle azioni dovrà avvenire tramite l'elaborazione di documenti periodici che includano tutti i contratti per i quali è stata effettuata la ricognizione e per i quali non siano già state messe in atto le azioni previste nelle versioni precedenti del documento (b) pianificare la declinazione di tutti i documenti da preparare ed il cronoprogramma per la messa in pratica delle azioni previste, nella cui realizzazione la Stazione Unica Appaltante/ Soggetto aggregatore, sarà supportata dai soggetti incaricati di ciascuna Azienda, sulla base delle scadenze ed in virtù delle condizioni dei contratti.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione dei documenti che declinino le azioni da compiere alla scadenza dei vari contratti (N. azioni declinate / N. contratti analizzati tramite *term sheet*)
- (b) Percentuale di contratti per cui è stata trasmessa la documentazione completa dalle Aziende alla Stazione Unica Appaltante secondo il cronoprogramma

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Economico-Finanziaria del SSR
- Servizi del Dipartimento Sanità coinvolti per materia
- Altri Servizi e Dipartimenti regionali preposti all'attività di vigilanza dei Contratti Pubblici
- ASL (Provveditorati)
interfacendosi con la Stazione Unica Appaltante

■ **Identificare beni con elevato costo di mantenimento/utilizzo e valutarne la sostituzione con altri equivalenti ma che comportano un costo di servizio più vantaggioso**

Sempre in parallelo al processo di valutazione dei *Term Sheet*, si ritiene opportuno porre in atto una ricognizione di tutti i servizi a supporto di beni a basso contenuto tecnologico o obsoleti per valutarne l'opportunità di sostituzione con beni di qualità almeno equivalente ma che comportino un costo di servizio inferiore tale per cui nel complesso si ottenga un risparmio.

Per mettere in atto tale azione, la Regione attraverso il predetto gruppo di lavoro opportunamente integrato con i competenti Servizi regionali ed aziendali coinvolti, si propone di **(a)** progettare ed eseguire la ricognizione dei beni a cui sia associato complessivamente un costo di servizio elevato, al fine di stabilire le priorità con cui effettuare le valutazioni di sostituzione. A titolo di esempio, è possibile che alcuni strumenti elettronici di base in dotazione da qualche anno richiedano



manutenzione frequente o non siano ottimizzati dal punto di vista dei consumi e comportino quindi un costo di servizio (manutenzioni, utenze) superiore a quello che si sosterebbe acquistando un nuovo strumento a sostituzione. Lo stesso ragionamento può essere applicato a dotazioni più complesse che comportano costi di servizio più consistenti. **(b)** Dettagliare e valorizzare le possibili alternative ai beni identificati, pianificando l'attuazione delle variazioni. Ad ogni alternativa esistente, che vada a sostituire integralmente o parzialmente i beni in uso, dovrà essere associata la quantificazione dell'impatto di tale sostituzione sulle voci di costo relative. **(c)** Mettere in atto le azioni necessarie a dotarsi dei nuovi beni e servizi sulla base della programmazione.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione di un documento contenente i beni ad elevato costo di sostenibilità e/o servizio presenti presso le strutture delle Aziende, con il *breakdown* del costo nelle sue diverse nature (Si/No)
- (b) Elaborazione, per ogni bene identificato, di un documento che ne dettagli le alternative, inclusivo delle stime di impatto economico e di cronoprogramma (N. documenti / N. beni identificati)
- (c) Avvio delle azioni volte all'adozione delle alternative più convenienti secondo il cronoprogramma (Si/No)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Economico-Finanziaria del SSR
- Servizi del Dipartimento Sanità coinvolti per materia
- ASL (Provveditorati/ altri Servizi Aziendali competenti)
- Servizio Strutture e tecnologie in ambito sanitario - HTA interfacciandosi con la Stazione Unica Appaltante

Intervenire sull'acquisto di prestazioni da privato senza contratto per riconvertirle verso gli erogatori accreditati e contrattualizzati dalla Regione

L'offerta sanitaria pubblica della regione Abruzzo è integrata dagli erogatori privati accreditati. Per determinate tipologie di prestazioni, la Regione sottoscrive contratti con le strutture per un budget totale di spesa pari a circa 270 €mln annui.

Esistono però tipologie di prestazioni e canali di acquisto che non rispondono al budget negoziato e su cui la Regione ha la necessità di rafforzare il controllo.

La Regione intende ridurre i costi non controllati legati all'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di erogatori privati al fine di poter destinare tali risorse a prestazioni erogate tramite canali definiti e concordati.

A tal fine, la Regione intende:

■ **Predisporre e adottare linee guida omogenee per l'emissione e la trasmissione dei documenti contabili da parte delle strutture private accreditate**

Il Sistema Sanitario della regione Abruzzo, nell'ambito del rapporto con gli erogatori privati, presenta alcune criticità legate alla compilazione e trasmissione dei documenti contabili. In tale contesto, l'introduzione della fatturazione elettronica quale unico canale consentito per l'emissione della fattura offre le condizioni per introdurre un sistema di controlli efficaci. Tramite l'elaborazione di un documento tecnico dettagliato si ritiene quindi opportuno introdurre le modalità univoche di compilazione e trasmissione dei documenti contabili da parte delle strutture private e di monitoraggio da parte delle ASL e dell'Agenzia Sanitaria Regionale.



Per raggiungere tale obiettivo la Regione, tramite il Servizio Programmazione Economico-Finanziaria del SSR, si propone di **(a)** avviare delle procedure per attivare un gruppo di lavoro composto da referenti del Dipartimento, dall'ASR e dai referenti GACEP delle ASL. Tale gruppo di lavoro si dovrà occupare di **(b)** predisporre delle linee guida, da recepire tramite provvedimento amministrativo, per l'emissione e la trasmissione dei documenti contabili da parte delle strutture private accreditate.

Indicatori di risultato:

- (a) Avvio delle procedure per l'attivazione di un gruppo di lavoro (Sì/No) [ADEMPIMENTO ASSOLTO]
- (b) Emanazione di un provvedimento amministrativo che recepisca le linee guida elaborate (Sì/No) [ADEMPIMENTO ASSOLTO]

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Economico-Finanziaria del SSR
- Agenzia Sanitaria Regionale
- ASL (Provveditorati)

■ **Dotarsi di un sistema informativo che automatizzi la procedura di registrazione delle fatture elettroniche coerentemente con i vincoli contrattuali**

Il sistema di fatturazione elettronica obbliga all'utilizzo di unico canale per l'emissione della fattura in tutti i rapporti con la pubblica amministrazione. Questo mette la Regione nelle condizioni di sviluppare un sistema di registrazione automatica delle fatture ricevute dai propri fornitori con l'effetto benefico di semplificare, accelerare e ridurre gli errori nel processo di registrazione delle fatture stesse. A tale sistema si intendono integrare metodi di controllo sulla correttezza della fattura in termini di compilazione e contenuti, che generino *alert* automatici in caso di errori.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** identificare le opzioni disponibili di acquisto o riuso di sistemi informativi in grado di autorizzare le procedure di registrazione delle fatture elettroniche e valutarne pro e contro. La valutazione dovrà essere documentata in funzione di criteri oggettivi in ottica di *software selection* e costi delle alternative e dovrà seguire criteri coerenti con le modalità previste dall'obiettivo "Gestire l'impatto della evoluzione tecnologica". Inoltre, il *software* selezionato dovrà essere coerente con i sistemi operativi del Ministero dell'Economia e delle Finanze relativi alla fatturazione elettronica e alla certificazione dei crediti. **(b)** Mettere in atto le azioni necessarie all'acquisizione dell'opzione selezionata, mediante formulazione delle modalità e dei requisiti per la procedura di acquisto o di acquisizione in riuso, coinvolgendo tutti i soggetti preposti allo svolgimento delle procedure. **(c)** Implementare lo strumento e le attività, con il supporto del fornitore entrante, con particolare riferimento alla riorganizzazione dei ruoli connessi all'utilizzo/mantenimento dello strumento a livello regionale ed aziendale e alla formazione delle figure specifiche. **(d)** Avviare il monitoraggio dell'utilizzo del sistema, ivi inclusa la verifica della correttezza delle fatture, in termini di adeguatezza compilativa e di coerenza delle tempistiche con i termini di contratto.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione di un documento contenente la descrizione dei sistemi selezionati secondo i criteri previsti ed identificante l'opzione scelta (Sì/No)
- (b) Elaborazione dei documenti necessari per l'acquisizione del sistema selezionato e trasmissione all'ente competente per la conclusione delle procedure (Sì/No) Utilizzo efficiente e totale del sistema di registrazione automatizzata delle fatture per ogni pagamento (Sì/No)
- (c) Elaborazione di un documento periodico di monitoraggio dell'utilizzo del sistema



Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
 - Servizio Programmazione Economico-Finanziaria del SSR
 - Agenzia Sanitaria Regionale
 - ASL (Provveditorati)
- interfacendosi con la Stazione Unica Appaltante

■ **Definire le tempistiche massime entro cui emettere le note di credito per extra-budget relative a periodi pregressi, al termine delle quali diventeranno effettive le misure sanzionatorie**

Secondo l'art. 13, comma 4 dello schema di contratto relativo alle prestazioni ospedaliere allegato alla DGR n. 348 del 2019 e agli analoghi articoli contenuti nei contratti per le rimanenti tipologie di prestazioni e quelli relativi agli anni precedenti, le note di credito dovrebbero essere emesse entro 60 giorni dalla richiesta. Secondo l'art. 17, comma 1, lettera h) del medesimo schema di contratto (e analoghi), la reiterata mancata emissione della nota di credito costituisce grave inadempimento. Poste tali condizioni e considerata l'attuale situazione di mancata emissione di note di credito per extra-budget da parte delle strutture private accreditate per prestazioni relative anche ad anni pregressi, la Regione intende porre un termine definitivo entro il quale inviare tutte le note di credito (anche quelle soggette a contenzioso), scaduto il quale verranno avviate le procedure sanzionatorie previste dal contratto inclusive dell'avvio della procedura di revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** effettuare una ricognizione precisa delle note di credito in sospeso, dello stato dell'eventuale contenzioso e delle relative somme accantonate tramite un apposito format comprensivo di indicatori, quali ad esempio le tempistiche trascorse dalla richiesta ed il valore associato. **(b)** Determinare, a partire dalla ricognizione, le tempistiche entro cui è possibile l'emissione della nota di credito, in presenza o in assenza di vincoli. Per le note di credito oggetto di contenzioso, le tempistiche potranno essere determinate a partire dalla data di conclusione del contenzioso e legate all'esito del contenzioso. **(c)** Mettere in atto le azioni necessarie a rendere efficaci le misure sanzionatorie nel caso di mancata emissione delle note di credito entro le tempistiche indicate.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione di un documento di sintesi dei risultati della ricognizione dello stato delle note di credito in sospeso, dello stato dei contenziosi e dei relativi accantonamenti (Sì/No periodico) [ENTRO SETTEMBRE 2020 – ADEMPIMENTO ASSOLTO]
- (b) Emanazione di un provvedimento che determini le tempistiche massime per l'emissione delle singole note di credito in coerenza con i vincoli presenti (Sì/No) [ENTRO NOVEMBRE 2020 ADEMPIMENTO ASSOLTO]
- (c) Emissione delle note di credito in coerenza con le scadenze previste (Sì/No secondo le tempistiche)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Ufficio Affari Generali e Legali
- Gruppo di lavoro per la gestione del contenzioso
- Servizio Programmazione Economico-Finanziaria del SSR
- ASL (Provveditorati)

■ **Produrre una documentazione scritta e approvata dai Direttori Generale, Amministrativo e Sanitario e un'istruttoria sul fabbisogno per l'acquisto diretto di prestazioni sanitarie**



L'acquisto al di fuori dei contratti negoziali di tipologie di prestazioni soggette a contrattualizzazione regionale presuppone una valutazione del fabbisogno che eccede quanto coperto da detti contratti. Per poter procedere a tali acquisti, la Regione richiederà quindi che venga prodotta una documentazione scritta secondo un *format* sviluppato a livello centrale sottoscritta dai Direttori Generale, Amministrativo e Sanitario che avvii un'istruttoria relativa al fabbisogno aggiuntivo di tali prestazioni, al fine di valutare l'eventuale non adeguatezza dell'attuale volume di prestazioni soggette a contrattualizzazione.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di (a) sviluppare, tramite il Dipartimento Sanità, un *format* che contenga i dati necessari alla contestualizzazione della richiesta di prestazioni al di fuori dei contratti negoziali per la tipologia di prestazioni sottoposte a contrattualizzazione regionale, con particolare attenzione alla stima della domanda non coperta dai contratti.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione di un *format* di richiesta di acquisto diretto di tipologie di prestazioni soggette a contrattualizzazione regionale e le relative linee guida per la compilazione e trasmissione al Dipartimento Sanità

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Ufficio Ispettivo-Appropriatezza prestazioni SSR-Rischio Clinico
- DPF018 - Servizio Accreditamento e Accordi Contrattuali

Mettere a disposizione professionisti con competenze tecniche a supporto dei clinici per le attività quotidiane e la gestione dei fattori produttivi

- **Avvalersi del progetto definito dall'Art. 79, comma 1-sexies, lettera c) della Legge 133 del 2008 per supportare le attività di gestione delle risorse, facendolo diventare uno strumento gestionale operativo e attuabile nel breve**

Per migliorare il livello informativo a disposizione dei professionisti sanitari relativamente alle modalità di gestione e utilizzo dei dati, la Regione intende avvalersi degli strumenti messi a disposizione dal progetto "Art. 79" per consolidare innanzitutto i flussi informativi già progettati e deliberati relativi a personale e beni sanitari congiuntamente ai centri di rilevamento (CRIL). Si intende quindi focalizzare tale supporto al fine di ottenere risultati mirati ed attuabili nel breve, piuttosto che più ampi ma dilazionati nel tempo.

Per mettere in atto tale azione, la Regione, tramite il Dipartimento Sanità con il supporto del progetto "Art. 79", si propone di **(a)** monitorare le Aziende e verificare l'adempimento delle stesse rispetto all'invio dei flussi informativi relativi al Personale, i Beni sanitari e il flusso CRIL. Verranno istituiti tavoli di verifica e confronto che abbiano l'obiettivo di individuare le criticità emerse nella compilazione e trasmissione dei singoli flussi informativi e definire le azioni a breve termine per il superamento delle stesse. **(b)** Concordare con le singole ASL le aree prioritarie di intervento (come reparti, servizi, etc.) per le quali siano state rilevate delle criticità mediante l'analisi delle informazioni ricavate da tutti i dati a disposizione per i quali i flussi "Art. 79" fungono da linguaggio comune. Alcuni esempi di criticità possono essere il mancato raggiungimento degli obiettivi di *budget*, una discordanza tra produzione e consumo di fattori produttivi, l'incapacità di soddisfare la domanda di assistenza, o altri criteri che dimostrino un'incoerenza con gli obiettivi strategici e gestionali pianificati. Una volta identificate le priorità, dovrà essere elaborato un documento che specifichi le azioni da implementare e il relativo cronoprogramma. **(c)** Predisporre e compilare un report trimestrale specifico che monitori lo stato di avanzamento degli interventi di supporto operativo calendarizzati per il periodo di riferimento.



Indicatori di risultato:

- (a) N. criticità superate / N. criticità riscontrate nella compilazione dei flussi (Sì/No periodico)
[ENTRO SETTEMBRE 2020 - *adempimento assolto*]
 - (b) Istituzione di un gruppo per il monitoraggio e la condivisione delle evoluzioni sul sistema amministrativo contabile [*adempimento assolto*]
 - (c) Elaborazione di un documento che specifichi le azioni da implementare in relazione alle criticità riscontrate, con relativo cronoprogramma (Sì/No periodicamente) *adempimento assolto*
- N. interventi attuati / N. interventi previsti dal cronoprogramma

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Risorse Umane del SSR
- Servizio sanità digitale e flussi informativi
- Servizio Programmazione Economico-Finanziaria del SSR
- ASL



Dare al paziente e al suo *caregiver* un punto di riferimento

Il Sistema Sanitario Nazionale è caratterizzato da un *trend* di progressivo spostamento dell'assistenza dall'ospedale verso il territorio, spinto da una sempre maggiore domanda di prestazioni a cui un sistema distribuito e vicino al cittadino è più adeguato a rispondere.

La regione Abruzzo con il DCA n. 79 e n. 117 del 2016 ha disciplinato una riprogrammazione delle reti ospedaliera e territoriale, che avrebbero dovuto procedere parallelamente nella concentrazione dell'assistenza per acuti in un numero inferiore di strutture e nello sviluppo di servizi extra-ospedalieri. Il processo, per quanto ancora non completo, è però avanzato più velocemente nella razionalizzazione dei posti letto senza garantire un contestuale incremento dell'offerta territoriale, lasciando il paziente e il suo *caregiver* senza punti di riferimento. I servizi sono ancora frammentati e non consentono ai pazienti di orientarsi.

La Regione ritiene importante restituire al paziente e al suo *caregiver* un punto di riferimento certo che si faccia carico proattivamente dei suoi bisogni, iniziando da quei pazienti complessi dal punto di vista sanitario e sociale, spesso polipatologici e a carico della famiglia.

La riqualificazione della presa in carico del paziente cronico punta su una *governance* del territorio e sulla maggiore demarcazione del ruolo e delle funzioni degli Enti a livello regionale (Regione e Agenzia Sanitaria Regionale). Tutto questo sarà possibile solo potenziando, con il personale e le sue competenze, i dipartimenti territoriali che confluiranno, in una logica futura, nell'Azienda Sanitaria Territoriale.

La Regione si propone, quindi, di:

- Avviare la presa in carico per i pazienti cronici al fine di pianificare e controllare il loro contatto con le strutture pubbliche e private
- Dotarsi di figure professionali (*case/care manager*) che seguano il paziente dall'arruolamento ai successivi *follow-up*
- Affidare alla residenzialità il compito di dare sollievo alle famiglie accogliendo i pazienti quando non più gestibili a domicilio
- Valorizzare il ruolo delle farmacie territoriali come punto di riferimento per la popolazione per l'erogazione di servizi di base (Farmacia dei servizi)

Avviare la presa in carico per i pazienti cronici al fine di pianificare e controllare il loro contatto con le strutture pubbliche e private

Il Sistema Sanitario Nazionale, spinto dall'invecchiamento della popolazione, sta vivendo un momento di revisione del proprio assetto organizzativo e, a macchia di leopardo, dei modelli di servizio.

Ad oggi in regione Abruzzo i servizi vengono erogati in modo parallelo ma non sono integrati tra loro in un percorso continuo, lasciando quindi il paziente disorientato all'interno del sistema.

Per ricostituire un sistema in cui esista un collegamento chiaro tra i diversi momenti e luoghi dell'erogazione dei servizi, la regione Abruzzo si propone di costruire un percorso di gestione del paziente, in particolare del paziente affetto da una condizione cronica, orientato a fornirgli gli strumenti per mantenere un'elevata qualità di vita, garantendo i servizi necessari in termini di organizzazione sanitaria affinché le prestazioni e le terapie previste nei piani di cura vengano assicurati secondo tempi e modalità definite.

La Regione si propone di:

- **Avviare percorsi per la presa in carico del paziente fragile, in linea con il Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), prevedendo nello specifico il potenziamento delle reti di prossimità e la digitalizzazione del servizio sanitario regionale.**

La programmazione regionale attraverso il Documento di economia e finanza regionale (DEFER) intende realizzare strutture per la medicina di prossimità volte a potenziare l'assistenza e la



riabilitazione delle categorie più fragili. L'obiettivo è quello di realizzare un'integrazione tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale in grado di diminuire gli accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero, anche attraverso il rafforzamento e lo sviluppo della telemedicina e gli investimenti per l'innovazione e la digitalizzazione del sistema sanitario.

Per mettere in atto tale azione la regione si propone di integrare la rete di assistenza territoriale con la programmazione **(a)** delle Case di Comunità per il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi sanitari offerti sul territorio (all'interno delle quali saranno attivati team multidisciplinari composti da MMG, PLS, medici specialisti, infermieri di comunità e altri professionisti della salute per il coordinamento di tutti i servizi ai malati cronici) e **(b)** degli Ospedali di Comunità al fine di poter svolgere interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e degenze di breve durata; **(c)** elaborare un Piano di Sanità digitale per il rafforzamento e la riorganizzazione della rete territoriale anche attraverso lo sviluppo della telemedicina. Il Piano, in coerenza con l'obiettivo "Gestire l'impatto della evoluzione tecnologica regionale", dovrà prevedere il potenziamento del sistema di supporto alla governance regionale attraverso l'innovazione tecnologica che permetta: la gestione uniforme delle informazioni contabili e finanziarie delle ASL e il supporto al monitoraggio e controllo sugli investimenti, prioritariamente in tema di innovazione e la pianificazione operativa di tutti gli investimenti digitali, tecnologici e infrastrutturali (limitatamente al tema ICT).

Indicatore di risultato:

- (a) Integrare la rete di assistenza territoriale con un documento di programmazione delle Case di Comunità
- (b) Integrare la rete di assistenza territoriale con un documento di programmazione delle Ospedali di Comunità
- (c) Elaborazione del Piano di Sanità digitale (*Indicatore di risultato connesso all'obiettivo "Gestire l'impatto della evoluzione tecnologica regionale"*)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
- Servizio Flussi Informativi e Sanità Digitale
- ASL

■ **Istituire/identificare i PDTA per le patologie più rilevanti per la Regione in coerenza con gli indirizzi nazionali (*non-communicable diseases*)**

La Regione si pone l'obiettivo di identificare le patologie più rilevanti per cui la presa in carico avrebbe un maggiore impatto in termini di esiti di salute dei pazienti o che sono state indicate da indirizzi nazionali. All'identificazione delle patologie di interesse seguirà l'elaborazione dei relativi PDTA, se ancora non presenti, completi di indicatori di monitoraggio dello stato di attuazione del percorso e dell'avanzamento dello stato di salute del paziente.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** stilare la lista delle patologie su cui dovranno essere sviluppati i PDTA. La lista delle patologie più rilevanti dovrà essere redatta tenendo in considerazione: i risultati delle analisi dei dati epidemiologici regionali che identificano le patologie più diffuse; la difficoltà che un paziente riscontra mediamente nell'affrontare il percorso di cura di una certa patologia nonché il beneficio potenziale che il sistema di presa in carico potrebbe avere sul paziente e la sua famiglia; le patologie che sono state indicate dagli indirizzi nazionali tra le più rilevanti per il sistema di presa in carico. Tali PDTA dovranno essere coerenti e integrati con le linee di indirizzo farmaceutiche prescrittive. **(b)** Per i PDTA già deliberati si dovrà inoltre prevedere un'attività di monitoraggio tramite attività di audit e di valutazione periodiche volte a implementare



eventuali azioni correttive e/o migliorative al fine anche di integrarli con le linee di indirizzo farmaceutiche prescrittive. **(c)** Procedere tramite l'ASR all'elaborazione dei relativi PDTA completi di indicatori di monitoraggio sull'aderenza ai percorsi e di esito. Ogni PDTA declina le condizioni cliniche che caratterizzano l'insorgere della patologia cronica ed i presupposti per la presa in carico. In base a tali caratteristiche, sarà possibile coinvolgere i MMG/PLS nell'identificazione dei pazienti che presentano tali condizioni cliniche e avviarne l'arruolamento. I PDTA potranno essere redatti tenendo in considerazione i percorsi in Regione (se presenti), le *best practices* nazionali e le osservazioni sul campo e nei centri di ascolto. **(d)** Definire direttive per favorire l'erogazione delle attività ambulatoriali contenute nel PAI in "pacchetti prestazionali" erogati nella medesima giornata. La finalità è concentrare l'esecuzione di alcuni accertamenti previsti nel PAI, favorendo l'integrazione e la valutazione multiprofessionale del paziente cronico da parte del *case manager* e dei medici specialisti. Tali pacchetti dovranno essere definiti dal *case manager*, con l'obiettivo di semplificare il percorso di *follow-up* del paziente cronico e contribuire in modo decisivo all'abbattimento delle liste d'attesa, e a tendere dovranno essere programmati automaticamente grazie al supporto della piattaforma integrata. **(e)** Elaborare un elenco di soggetti idonei all'erogazione delle prestazioni contenute nei PDTA, distinguendo quelle che possono essere offerte in qualsiasi struttura e quelle per cui è richiesto un erogatore specializzato, verificando periodicamente la permanenza dei requisiti. L'ingresso di nuovi erogatori negli elenchi dei soggetti idonei, potrà essere presentata in qualunque momento con apposita istanza al Dipartimento.

Indicatori di risultato:

- (a) Emanazione dell'atto contenente la lista con le patologie su cui sviluppare i PDTA entro la data stabilita [ENTRO OTTOBRE 2021 – *adempimento assolto*]
- (b) Elaborazione di report che contengano i risultati degli audit e delle valutazioni sui PDTA già deliberati (1 ogni 6 mesi)
- (c) Emanazione da parte dell'ASR dei documenti contenenti i PDTA per ciascuna patologia identificata entro la data stabilita
- (d) Emanazione del documento di programmazione dei cd "pacchetti prestazionali" entro la data stabilita
Percentuale dei pazienti a cui sono stati erogati i "pacchetti prestazionali" nell'ambito della PIC alla data stabilita.
- (e) Predisposizione dell'elenco dei soggetti erogatori idonei all'erogazione delle prestazioni contenute nei PDTA alla data stabilita

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
- Agenzia Sanitaria Regionale
- Servizio Assistenza Farmaceutica
- Servizio Prevenzione sanitaria e Medicina Territoriale
- ASL

■ **Coinvolgere i MMG/PLS nell'identificazione e arruolamento dei pazienti target in base alle caratteristiche specificate nel PDTA**

Ogni PDTA declina le condizioni cliniche caratteristiche dell'insorgere della patologia cronica. In base a tali caratteristiche, è possibile coinvolgere i MMG/PLS nell'identificazione dei pazienti che presentano tali condizioni cliniche e avviarne l'arruolamento. Per coinvolgere i MMG/PLS è però necessaria una preventiva azione di comunicazione, volta a spiegare loro le nuove modalità di gestione dei pazienti cronici che si intendono attuare e il ruolo dei medici stessi all'interno del percorso.



Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** ridefinire il ruolo della Medicina di base all'interno del nuovo sistema di Presa in Carico (PIC) regionale. I MMG/PLS all'interno del nuovo sistema di PIC saranno coinvolti in primo luogo nell'identificazione dei pazienti e nell'attivazione del sistema di presa in carico quando i pazienti presentino le condizioni cliniche descritte nel PDTA della patologia di riferimento. **(b)** Sviluppare un piano di comunicazione per il coinvolgimento dei MMG/PLS. Il piano avrà l'obiettivo finale di coinvolgere e di incentivare la partecipazione attiva della Medicina di base nel nuovo sistema di presa in carico dei pazienti cronici, in particolare sottolineando il ruolo che i MMG/PLS sono chiamati a coprire all'interno dello stesso. **(c)** Pianificare la formazione dei MMG/PLS riguardo il nuovo sistema di PIC e le nuove modalità di gestione dei pazienti cronici. Il Dipartimento Sanità dovrà prima elaborare un piano formativo che illustri nel dettaglio il sistema di presa in carico, facendo particolare riferimento al ruolo che la Medicina di base interpreta in questo nuovo sistema. Tenendo in considerazione il piano formativo ideato, si dovrà successivamente studiarne la modalità migliore di erogazione e pianificarne i luoghi adeguati e i tempi necessari alla ricezione della stessa. **(d)** Monitorare che i MMG/PLS adempiano in maniera esaustiva e puntuale tutte le funzioni che sono state attribuite alla Medicina di base secondo il nuovo sistema di presa in carico. Per svolgere il monitoraggio periodico, la Regione dovrebbe dotarsi di indicatori che rendano il monitoraggio misurabile come ad esempio la percentuale di pazienti presi in carico rispetto al totale dei pazienti del MMG/PLS in un dato periodo temporale ed altri indicatori di esito quali ad esempio il numero di accessi in Pronto Soccorso. **(e)** Adottare, nei vincoli di spesa disponibili, strumenti organizzativi e tecnologici (inclusa la definizione degli aspetti remunerativi) che promuovano l'erogazione negli studi dei MMG che aderiscono alla presa in carico di esami diagnostici di I livello presenti nel PAI dell'assistito arruolato, anche ricorrendo a forme di telemedicina, favorendo la permanenza del paziente il più possibile a domicilio.

Indicatore di risultato:

- (a) Elaborazione di un documento che ridefinisca il ruolo dei MMG da recepire tramite un provvedimento amministrativo
- (b) Emanazione di un documento che illustri il piano di comunicazione diretto ai MMG/PLS per il loro coinvolgimento all'interno della presa in carico per i pazienti cronici entro la data stabilita.
- (c) Emanazione di un documento che illustri il piano formativo diretto ai MMG/PLS con relativo cronoprogramma entro la data stabilita
Attuazione del piano di formazione entro la data stabilita
- (d) Emanazione di un documento che elenchi gli indicatori per monitorare il corretto svolgimento della PIC da parte dei MMG/PLS e che identifichi la modalità e le tempistiche di monitoraggio entro la data stabilita
N. di medici valutati positivamente rispetto al sistema indicatore alla data stabilita
- (e) Emanazione di un documento che elenchi le patologie pilota nella PIC su cui attuare strumenti a favore della permanenza del paziente a domicilio
Emanazione di un regolamento delle prestazioni erogabili presso gli studi dei MMG nell'ambito della presa in carico del paziente cronico entro la data stabilita

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
- Agenzia Sanitaria Regionale
- Servizio Prevenzione sanitaria e Medicina Territoriale
- Servizio Flussi informativi e Sanità digitale
- ASL



interfacciandosi con gli MMG/PLS

■ **Redigere e sottoscrivere il Patto di Cura tra paziente, MMG/PLS e ASL inclusivo del percorso assistenziale sviluppato per lo specifico paziente**

Il Patto di Cura è un accordo tra paziente, MMG/PLS e ASL, quest'ultima rappresentata da una parte amministrativa ma soprattutto dagli specialisti e professionisti sanitari coinvolti nel percorso di cura. Tale Patto offre uno strumento attraverso cui il paziente può acquisire consapevolezza del proprio stato di salute e le azioni da porre in essere per governare/convivere con la sua patologia, ma lo rende anche responsabile, assieme a chi si deve prendere cura della sua salute, della delineazione e messa in atto del proprio percorso assistenziale. Il patto di cura individua il percorso di cura adeguato che l'assistito dovrà seguire in termini di prestazioni routinarie e non routinarie, terapia e altre indicazioni su comportamenti, stili di vita e abitudini.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** elaborare e trasmettere al paziente, all'MMG/PLS e al *case/care manager* il documento standard che verrà utilizzato per la firma del Patto di Cura tra questi tre soggetti. Per redigere il modello del documento del Patto di Cura che dovrà contenere tutte le informazioni necessarie alla presa in carico del paziente si dovrà tenere in considerazione gli indirizzi nazionali riguardo il Patto di Cura e le *best practices* delle altre Regioni. **(b)** Definire le linee guida di processo per la sottoscrizione del Patto di Cura tra MMG/PLS, paziente e *case/care manager* e la modalità di inserimento del documento nella piattaforma dedicata alla presa in carico. La Regione, oltre ad occuparsi di definire i luoghi e le tempistiche in cui avverrà la firma del documento, dovrà stabilire quale soggetto tra MMG/PLS e *case/care manager* dovrà occuparsi di coordinare tutti gli attori, incluso il paziente, per la sottoscrizione del Patto di Cura e di inserire il documento all'interno della piattaforma dedicata.

Indicatore di risultato:

- (d) Emanazione del documento standard del Patto di Cura entro la data stabilita
- (e) Emanazione di un documento in allegato al documento standard del Patto di Cura in cui vengono descritte le modalità, le tempistiche e i ruoli nella sottoscrizione del Patto di Cura entro la data stabilita

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
 - Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
 - ASL
- Interfacciandosi con MMG/PLS e pazienti/*caregiver*

■ **Monitorare e controllare l'aderenza ai percorsi di cura tramite lo sviluppo di una piattaforma dedicata**

Per rendere possibile il governo dei percorsi assistenziali dei pazienti reclutati è necessario uno strumento che permetta di monitorare e controllare in modo semplice e continuativo l'aderenza dei pazienti stessi a quanto concordato. A tal fine, ci si propone di dotarsi di una piattaforma tecnologica dedicata, più possibile integrata con gli applicativi aziendali e i flussi informativi, che permetta di visualizzare la programmazione del percorso di cura nel suo insieme e che generi comunicazioni automatiche per il professionista incaricato di seguire il paziente, permettendone il monitoraggio a livello aziendale e il rispetto delle procedure e dei protocolli attivati.



Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** definire le linee guida di processo per la PIC e declinarle in macro-specifiche funzionali, con il fine ultimo di sviluppare una piattaforma che permetta di monitorare e controllare in maniera pratica e veloce l'aderenza dei pazienti cronici presi in carico ai percorsi di cura. Sarà necessario stabilire quali sono le funzioni e le informazioni necessarie che dovrà contenere la piattaforma per supportare al meglio il nuovo sistema di presa in carico, tenendo in considerazione tutti gli attori coinvolti; inoltre lungo il processo della PIC dovranno essere specificati i punti in cui si inserirà la piattaforma e le attività che avverranno tramite essa, oltre a declinare come questo dovrà avvenire. **(b)** Dotarsi di una piattaforma dedicata alla gestione della presa in carico quanto più possibile integrata con gli applicativi aziendali e i flussi informativi. Sarà quindi necessario stabilire quali sono le funzioni e le informazioni necessarie che la piattaforma dovrà contenere per supportare al meglio il nuovo sistema di presa in carico, tenendo in considerazione tutti gli attori coinvolti. Bisognerà inoltre considerare nella pianificazione della piattaforma l'eventuale integrazione della stessa con altre piattaforme già esistenti all'interno del SSR. Infine, si dovrà studiare l'offerta del mercato tenendo in considerazione la possibilità di comprare ed adattare alle proprie esigenze specifiche una piattaforma gestionale di presa in carico già esistente. **(c)** Pianificare, con il supporto del fornitore della piattaforma, la formazione dei MMG/PLS e delle altre figure professionali coinvolte nella PIC per l'utilizzo della piattaforma gestionale dedicata, e sviluppare coerentemente l'offerta formativa. Sarà necessario elaborare un piano formativo includendo l'illustrazione del funzionamento di tutta la piattaforma, facendo particolare riferimento ad includere nella formazione le caratteristiche della piattaforma che interessano maggiormente i vari attori dato il loro ruolo all'interno della PIC. Tenendo in considerazione il piano formativo ideato, si dovrà successivamente studiare la modalità migliore di somministrazione della formazione e pianificare i luoghi adeguati e i tempi necessari alla ricezione della stessa.

Indicatore di risultato:

- (a) Emanazione di un documento che delinei le macro-specifiche funzionali del processo della PIC
- (b) Emanazione del bando per l'acquisizione della piattaforma
Implementazione della piattaforma gestionale per la PIC entro la data stabilita
- (c) Emanazione di un documento che illustri il piano formativo diretto ai MMG/PLS e alle altre figure professionali coinvolte nella PIC entro la data stabilita
N. di medici che utilizzano quotidianamente la piattaforma per la PIC rispetto ai programmati alla data stabilita

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
 - Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
 - Agenzia Sanitaria Regionale
 - Servizio Prevenzione sanitaria e Medicina Territoriale
 - Servizio Flussi informativi e Sanità digitale
 - Servizio Risorse Umane del SSR
 - ASL
- interfacendosi con gli MMG/PLS

■ **Utilizzare le informazioni raccolte tramite la piattaforma per sviluppare analisi descrittive, prescrittive e predittive per sviluppare progetti di *Health Population Management***

I dati ricavati tramite la piattaforma possono essere utilizzati per sviluppare analisi descrittive, prescrittive e predittive utilizzando tecniche di *data&analytics* e *machine learning* che evidenzino



trend nell'epidemiologia e nei comportamenti della popolazione al fine di sviluppare progetti dedicati a una migliore gestione della salute della popolazione fin dalla prevenzione.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** attivare un tavolo di esperti per la definizione dei requisiti in analisi descrittive, prescrittive e predittive da implementare al fine di sviluppare progetti di *Health Population Management*. Tale tavolo dovrà incorporare sia competenze in campo clinico ed epidemiologico, che competenze statistico-informatiche focalizzate sulle nuove tecnologie (*data scientists*, analisti con *background* di *machine learning*). **(b)** Tradurre le risultanze in iniziative di *Health Population Management*, al fine di effettuare una "rifondazione organizzativa" della sanità regionale attraverso la responsabilizzazione degli assistiti (*self management*), il rafforzamento della *governance* regionale e il riorientamento dei percorsi modello di cura attraverso l'osservazione integrata dei dati dei singoli pazienti ed il confronto con le coorti di pazienti confrontabili.

Indicatore di risultato:

- (a) Istituzione del tavolo di esperti entro la data stabilita
- (b) Avvio presa in carico basata su HPM per un dato *cluster* di pazienti entro la data stabilita

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
- Agenzia Sanitaria Regionale
- Servizio Flussi informativi e Sanità digitale

Cos'è l'Health Population Management?

L'Health Population Management si pone l'obiettivo di mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche. A tal fine, è importante identificare la popolazione di riferimento in base al bisogno di salute (profilo socio-personale attuale e profilo bio-analitico futuro), segmentarla in base alla gravità della condizione (attuale e futura), valutare i modelli di presa in carico e ottimizzare i percorsi personalizzati dinamicamente (ePDTA). L'Health Population Management è uno strumento importante usato sempre più di frequente dagli operatori del settore sanitario per gestire e controllare i costi.

Dotarsi di figure professionali (*case/care manager*) che seguano il paziente dall'arruolamento ai successivi *follow-up*

La gestione delle patologie croniche è complessa e le figure professionali con cui il paziente si trova ad interfacciarsi per gestire la sua malattia sono molteplici e spesso dislocate sul territorio. Inoltre, data la natura in continua evoluzione della patologia, il paziente e il suo *caregiver* potrebbero avere la necessità di un interlocutore che li aiuti nella gestione della quotidianità.

L'attuale stato di frammentazione del Servizio Sanitario Regionale lascia il paziente e il suo *caregiver* disorientati, rendendo difficoltosa la navigazione tra i vari *silos*.

Per affrontare tale situazione, la Regione ritiene necessario dotarsi di figure professionali (*case/care manager*) di supporto al Medico di Medicina Generale, che seguano il paziente dall'arruolamento ai successivi *follow-up*, garantendo la continuità di cura, l'assistenza personalizzata, incentivando l'aderenza alla terapia e favorendo la massima autonomia possibile al paziente.

In particolare, la Regione si propone di:



■ **Definire il profilo e dotarsi di una figura dedicata per facilitare la navigazione del paziente tra i vari servizi**

La navigazione tra i servizi dell'SSR e la gestione della quotidianità dovrebbero essere supportata da professionisti dedicati e preparati ad affiancare il paziente e il suo *caregiver*. La Regione intende innanzitutto identificare i profili professionali più adeguati a cui affidare tale ruolo, che saranno individuati principalmente tra gli operatori sanitari non medici. Tali figure avranno il ruolo di facilitatori nell'accesso all'offerta sanitaria ospedaliera e territoriale, aiutando il paziente nella prenotazione delle visite e di altre prestazioni; dovranno inoltre occuparsi della verifica della *compliance* al piano assistenziale. Nel caso di pazienti più complessi il ruolo del facilitatore verrà ampliato per supportare paziente e *caregiver* nella gestione della quotidianità complicata dall'avanzare della patologia, oltre a fornire un supporto psicologico.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** definire i profili professionali necessari alla gestione della Presa In Carico dei pazienti (in particolare cronici) da inserire nel Punto Unico di Accesso (PUA).. Il *case manager* è il professionista sanitario che si occupa di affiancare continuamente pazienti con situazioni particolarmente complesse, a livello clinico e psicologico, durante il percorso di cura, conciliando le risposte necessarie al soddisfacimento dei bisogni del paziente con le risorse disponibili nel Servizio Sanitario Regionale. Il *case manager* ha competenze cliniche e relazionali che gli permettono di aiutare il paziente e il *caregiver* (molto spesso un familiare) nella gestione delle difficoltà di una patologia che frequentemente impatta un'ampia sfera della vita quotidiana. Al fine di garantire una continuità nel percorso di cura, l'accompagnamento deve iniziare prima della dimissione dal percorso ospedaliero e coprire la gestione quotidiana della patologia (ad esempio l'aderenza alla terapia) attraverso frequenti contatti telefonici con il paziente. Il *care manager* rappresenta una figura che accompagna i pazienti meno complessi durante il percorso di cura, occupandosi di effettuare le prenotazioni e assicurare l'aderenza terapeutica del paziente. Considerando le mansioni svolte, tale ruolo può essere ricoperto anche da personale non-sanitario **(b)** Quantificare il fabbisogno di risorse per profilo professionale, tenendo in considerazione i PDTA presenti e la durata degli stessi, oltre a definire il numero di pazienti che ogni *case/care manager* può seguire dando un'assistenza continuativa. **(c)** Dotarsi delle risorse necessarie, in coerenza con il fabbisogno quantificato, identificandole tra soggetti già presenti nel SSR o tra figure professionali in linea con le competenze richieste. In particolare, la figura professionale che più si avvicina, per competenze cliniche e relazionali, alla figura del *case manager*, è l'infermiere con molti anni di esperienza in un particolare reparto, che viene reindirizzato al ruolo di *case manager* per i pazienti affetti da patologie note nel reparto.

Indicatori di risultato e tempistiche:

- (a) Elaborazione di un documento in cui vengono delineate le competenze richieste per i profili di *case/care manager*
- (b) Documento di stima di fabbisogno di *case/care manager* alla data stabilita
- (c) N. di *case/care manager* reclutati rispetto ai programmati alla data stabilita

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
- Agenzia Sanitaria Regionale
- Servizio Risorse Umane del SSR

■ **Predisporre e attuare un piano formativo perché i *case/care manager* sappiano adeguarsi al nuovo contesto**

Affinché le figure identificate siano in grado di affiancare i pazienti nel loro percorso di cura ma soprattutto nella quotidianità, è necessario individuare le competenze aggiuntive che attualmente i loro ruoli non prevedono e predisporre e attuare un percorso formativo per renderli autonomi e capaci di adeguarsi al nuovo contesto.



Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** elaborare un piano formativo ed organizzare gli incontri per ogni *cluster* di profilo professionale (*case/care manager*), a seconda del PDTA a cui è assegnato. Il piano formativo, per figure professionali già presenti nel SSR, si collocherà nel momento di transizione dalla mansione precedente (es. infermiere di reparto) al ruolo di *case/care manager*. È importante che ogni *case manager* raggiunga una piena comprensione del modello organizzativo assistenziale e conosca approfonditamente la specifica popolazione di pazienti da lui seguita. Inoltre, il professionista che segue il paziente, deve avere confidenza con i piani di assistenza individuali, i protocolli e le linee Guida. **(b)** Elaborare e organizzare un corso per i *case/care manager* per formarli all'uso e all'importanza della piattaforma gestionale della Presa in Carico (PIC), così che possano seguire da remoto tutte le informazioni inerenti la terapia del paziente, avendo un quadro completo della patologia, delle visite che il paziente deve fare e i relativi *follow-up*. **(c)** Ingaggiare le Università per promuovere corsi di formazione e perfezionamento sul *case management*. A tal fine, la Regione dovrà istituire modalità di comunicazione ed incontro con i responsabili di Master e Corsi di Perfezionamento nell'ambito sanitario, creando dialogo e collaborazione in modo da istituire corsi funzionali all'interesse della regione Abruzzo. La Regione avrà il ruolo di identificare ed approvare in ultima istanza i contenuti e le modalità dei corsi di formazione. **(d)** Elaborare report annuali al fine di trasferire le informazioni dalle piattaforme gestionali ad *asset* condivisibili. In particolare, si dovranno elaborare documenti che valutino l'adeguatezza della piattaforma, osservando la completezza dei dati presenti, e la rappresentazione del fabbisogno del territorio, considerando ad esempio le liste d'attesa e mettendole a confronto con i posti letto a disposizione, oltre ad analizzarne la composizione a seconda delle caratteristiche dei pazienti richiedenti.

- (a) Elaborazione del piano di formazione entro la data prestabilita
Corsi svolti rispetto ai programmati alla data stabilita
- (b) Elaborazione del piano di formazione per la piattaforma PIC entro la data prestabilita
Corsi svolti rispetto al programmato alla data stabilita
- (c) N. di incontri effettuati con responsabili di Corsi/Master sanitari alla data stabilita
Corsi/Master implementati rispetto ai programmati alla data stabilita
- (d) Elaborazione di un *report* entro la data stabilita

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Risorse Umane del SSR
- Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
- Servizio Flussi informativi e Sanità Digitale
- Agenzia Sanitaria Regionale

■ **Seguire i singoli pazienti all'interno dei propri percorsi assistenziali e fornire supporto ai caregiver nella gestione della patologia**

La Regione Abruzzo, al fine di rafforzare il modello delle reti assistenziali Hub e Spoke e valorizzare i percorsi assistenziali, intende creare un nuovo modello organizzativo che migliori l'accessibilità, il coordinamento e la tempestività degli interventi sanitari e sociosanitari territoriali.

La Regione, infatti, anche in attuazione di quanto previsto dall'art. 1, comma 8 del D.L. n. 34/2020, intende **(a)** attivare il numero di telefono unico per le cure non urgenti (116117), con tutte le funzioni previste dall'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016. L'attivazione del citato numero unico avverrà tramite **(b)** la realizzazione di una/due Centrali Operative e avrà, tra gli altri, anche lo scopo di favorire una riorganizzazione delle postazioni di Continuità Assistenziale. Il numero unico 116117 sarà a disposizione di tutti i cittadini che avranno necessità di informazioni e accesso ai diversi servizi



sanitari e sociosanitari territoriali, nonché costituirà un utile strumento a supporto dell'integrazione ospedale-territorio e di interscambio tra la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza-urgenza e territoriale. La Regione, inoltre, al fine di migliorare l'assistenza alle persone con cronicità, intende anche **(c)** realizzare le Centrali Operative territoriali. Si prevede, in particolare, di attivare, in una prima fase, una C.O. per ASL, tenendo conto che ogni centrale dovrà avere tutta l'infrastruttura tecnologica e informatica per coordinare gli interventi assistenziali sul territorio, disporre delle informazioni cliniche degli assistiti per poter supportare i medici di assistenza primaria nella gestione dei percorsi assistenziali dei pazienti cronici e supportare i *caregiver* in caso di necessità. La C.O., in particolare, sarà di supporto ai servizi di Cure domiciliari e favorirà l'implementazione dei loro interventi, tramite un miglior coordinamento degli accessi e costituendo un punto di riferimento in cui sviluppare soluzioni innovative di telemedicina.

Indicatore di risultato:

- (a) Richiesta di partecipazione al Ministero della Salute alla sperimentazione per l'attivazione della Centrale Operative Unica Regionale 116/117
Istituzione e attivazione del numero unico 116/117 in almeno due distretti telefonici
- (b) Presentazione di almeno 2 progetti di fattibilità per l'attivazione del C.O. in 2 ASL
- (c) Avvio delle attività per la realizzazione della piattaforma a supporto della COT
Identificazione di più DSB per l'avvio del progetto pilota di sperimentazione della COT

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Flussi e Sanità Digitale
- ASL
- Associazioni di MMG

Affidare alla residenzialità il compito di dare sollievo alle famiglie accogliendo i pazienti quando non più gestibili a domicilio

Come in tutta Italia, anche in regione Abruzzo la popolazione sta invecchiando. Gli ultra sessantacinquenni, ad oggi, in Abruzzo sono il 22% della popolazione e si stima che l'incidenza aumenterà fino a diventare il 34% della popolazione entro il 2065.

L'introduzione di una figura (*case/care manager*) di riferimento che aiuti il *caregiver* a prendersi cura del proprio caro a casa non sempre è sufficiente a rispondere al fabbisogno assistenziale dei pazienti all'aggravarsi delle sue condizioni cliniche.

La Regione si propone quindi di affidare alla residenzialità il compito di accogliere il paziente quando non più gestibile a domicilio, dando sollievo alle famiglie e gestendo il paziente stesso in modo più adeguato.

A tal fine, la Regione si propone di:

■ **Aggiornare i sistemi di valutazione dei pazienti al fine di istituire un sistema di arruolamento omogeneo e coerente sul territorio**

A seconda della complessità e della tipologia di patologia di cui il paziente è affetto cambiano i *setting* assistenziali adeguati a prendersene cura. Per tale ragione è importante che il paziente sia affidato al provider giusto. La Regione ritiene quindi prioritario l'aggiornamento dei sistemi di valutazione applicati dalle Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM) al fine di classificare il paziente in modo più adeguato indirizzandolo all'interno dell'offerta assistenziale territoriale, con metodi di arruolamento omogenei a livello regionale per garantire parità dei trattamenti offerti. È inoltre



importante che vengano ridefiniti i termini di rivalutazione periodica dei pazienti attualmente in carico al sistema in modo da garantire una risposta dinamica all'evolversi delle condizioni cliniche del paziente.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** standardizzare il sistema di valutazione ed i termini di rivalutazione periodica su tutto il territorio regionale, per creare una classificazione omogenea dei pazienti. Il sistema dovrà definire una scala che identifichi le priorità di accesso e monitorare periodicamente se la classificazione continua ad essere congrua alla valutazione della complessità assistenziale. Il sistema di valutazione dei pazienti, dunque, deve istituire un sistema di arruolamento omogeneo e coerente sul territorio abruzzese e tutelare l'appropriatezza della classificazione. **(b)** Standardizzare i criteri di collocazione in lista di attesa per servizi domiciliari e servizi (semi-)residenziali a livello regionale, in modo da garantire una gestione omogenea delle liste d'attesa. **(c)** Comunicare e formare i vari enti regionali e i *provider* di residenzialità pubblici e privati sul nuovo tipo di sistema di valutazione multidimensionale attraverso corsi *ad hoc* e/o pacchetti *e-learning*. **(d)** Monitorare che il nuovo sistema di valutazione multidimensionale sia stato recepito e venga utilizzato da tutti i *provider* di residenzialità della Regione.

Indicatore di risultato:

- (a) Emanazione di un provvedimento amministrativo che standardizzi il sistema di valutazione regionale entro la data stabilita
- (b) Emanazione di un provvedimento amministrativo che identifichi i criteri regionali di collocazione in lista d'attesa entro la data stabilita
- (c) N. di operatori che hanno frequentato il corso tra gli operatori precedentemente identificati, alla data stabilita
- (d) N. di *provider* che hanno adottato il sistema di valutazione regionale alla data stabilita

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
- Agenzia Sanitaria Regionale

■ **Predisporre un portale dedicato alla residenzialità e semi-residenzialità che racchiuda l'elenco di tutti i provider e le relative liste d'attesa collegate al CUP**

Per facilitare la fruibilità di un elenco dei provider la Regione si pone l'obiettivo di realizzare un portale all'interno del quale pubblicare la lista aggiornata dei provider disponibili sul territorio, le relative liste d'attesa, la descrizione delle fasi necessarie per l'accesso alla residenzialità e un numero telefonico a cui rivolgersi per facilitare paziente o *caregiver* a navigare tra le procedure necessarie per l'arruolamento. Sarà importante garantire l'integrazione delle liste di attesa con il sistema CUP regionale in modo da garantire un'informazione sempre aggiornata.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** sviluppare un portale *user-friendly* consultabile anche dal pubblico, dove verranno inseriti l'elenco dei *provider* e le liste d'attesa aggiornate, con i dettagli sulla valutazione dei pazienti. Il portale dovrà essere completo ed in costante aggiornamento. **(b)** Sviluppare un piano di comunicazione per promuovere il portale in tutto il SSR, in particolare attraverso gli ospedali, nel momento del ricovero, il MMG in occasione delle visite periodiche e il PUA nel momento in cui entra a contatto con il paziente, che, se destinatario di supporto (*case/care manager*), verrà informato dallo stesso. Per facilitare la fruibilità del servizio è necessario inserire la descrizione dettagliata delle fasi per l'accesso ai servizi (residenziali e semi-residenziali) e il numero telefonico a cui si può rivolgere il paziente ed il suo *caregiver* per navigare tra le varie procedure. **(c)** Fornire supporto al paziente e al suo *caregiver* nell'utilizzo del portale, in particolare per la navigazione tra le procedure necessarie per l'arruolamento, istituendo un numero di telefono unico 24 ore su 24, 7 giorni su 7.



Indicatore di risultato:

- (a) Realizzazione e popolamento del portale entro la data stabilita

N. di pazienti che sono in carico di servizi di residenzialità trovati tramite l'accesso al portale

N. di pazienti che sono in carico di servizi di semi-residenzialità trovati tramite l'accesso al portale

- (b) Elaborazione di un piano di comunicazione completo di cronoprogramma (Sì/No)

- (c) Istituzione di un numero unico di supporto alla piattaforma entro la data stabilita

N. di chiamate ricevute nel periodo prestabilito

% di utenti che hanno risolto il problema dopo la telefonata al numero unico (rilevabile tramite questionario)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Flussi e Sanità digitale
- ASL

Valorizzare il ruolo delle farmacie territoriali come punto di riferimento per la popolazione per l'erogazione di servizi di base (Farmacia dei servizi)

La tendenza e gli indirizzi nazionali spingono a spostare più possibile i servizi assistenziali verso il territorio, rendendo gli ospedalieri centri di alta specialità sempre più finalizzati al trattamento delle acuzie.

All'interno degli ospedali continuano ad essere erogate prestazioni ambulatoriali di complessità molto ridotta, che sottraggono spazio ad altre tipologie di prestazioni ad elevata complessità, pur non avendo la necessità delle risorse di cui dispone una struttura ospedaliera.

La Regione si pone l'obiettivo di valorizzare il ruolo delle farmacie territoriali che in questo scenario hanno la possibilità di rivelarsi un *player* fondamentale grazie alla vicinanza fisica al cittadino e anche alla percezione più "familiare" e meno oppressiva che il cittadino stesso ha nei confronti delle farmacie rispetto alle strutture di cura.

La Regione si propone quindi di:

- **Definire e normare, in coerenza con gli indirizzi nazionali, il ruolo della farmacia come *player* fondamentale dell'assistenza sul territorio**

La Farmacia dei Servizi (come definita dall'Accordo Stato-Regioni del 17 ottobre 2019) può effettuare prestazioni analitiche di prima istanza come test glicemici, dell'emoglobina, delle urine e dell'ovulazione oltre a prestazioni di secondo livello erogabili con dispositivi strumentali per la misurazione non invasiva della pressione arteriosa, della capacità polmonare tramite auto-spirometria, della saturazione percentuale dell'ossigeno, e per consentire l'effettuazione di elettrocardiogrammi con modalità di tele cardiologia. I nuovi servizi assicurati dalle farmacie includono anche: la consegna a domicilio di farmaci e dispositivi medici, la possibilità di prenotare prestazioni ambulatoriali presso strutture pubbliche e private accreditate, la collaborazione a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza, la preparazione di miscele per la nutrizione artificiale e medicinali antidolorifici, nonché la loro consegna a domicilio e l'erogazione di prestazioni professionali, esclusivamente da infermieri e fisioterapisti, sia all'interno della farmacia sia all'interno della propria abitazione.



Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** recepire tramite un provvedimento amministrativo i decreti ministeriali, relativi alla definizione del ruolo delle farmacie sul territorio includendo in particolare: la collaborazione delle farmacie nel favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, le modalità di prenotazione e pagamento ticket delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale nonché il ritiro dei referti relativi alle prestazioni, la possibilità di eseguire test "autodiagnostici" presso il domicilio del paziente da parte di un operatore sanitario delle farmacie dei servizi; le direttive tecniche sull'utilizzo dei dispositivi strumentali specifici utilizzati per erogare le prestazioni e sulla struttura degli spazi adibiti; la definizione del profilo professionale degli operatori sanitari della farmacia dei servizi, indicando rispettivamente le prestazioni erogabili dall'infermiere, dal fisioterapista o da altre professionalità.

Indicatore di risultato:

- (a) Emanazione di un provvedimento amministrativo che recepisca gli atti ministeriali entro la data stabilita (Sì/No)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-sanitaria
- Servizio Assistenza Farmaceutica

■ **Identificare le farmacie da coinvolgere e istituire accordi per l'erogazione dei servizi**

Affinché le farmacie possano erogare i servizi sanitari di base è necessario che venga siglato un accordo con gli enti regionali e/o con gli studi dei Medici di Medicina Generale. La Regione dovrà identificare le farmacie interessate che rispondono ai requisiti normativi vigenti, sia quelli per i servizi di base sia quelli più stringenti per le prestazioni professionali, e dovrà stipulare un contratto standard con ciascun interlocutore. Il servizio di erogazione delle prestazioni da parte dalle farmacie prevede anche l'integrazione con il Sistema CUP regionale.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** analizzare il fabbisogno regionale di prestazioni e servizi che potranno, in linea con la vigente normativa disciplinata dai decreti ministeriali, essere erogati dalla farmacia del territorio. Lo studio del fabbisogno, ovvero della domanda attuale di prestazioni e servizi che potranno essere erogati dalle farmacie, sarà la base da cui partire per lo sviluppo dell'offerta in termini di numero ottimale di farmacie territoriali che possono erogare tali servizi e la loro distribuzione sul territorio regionale. **(b)** Definire i requisiti di accreditamento delle farmacie del territorio elencando le dotazioni umane, tecnologiche ed organizzative necessarie allo svolgimento delle prestazioni in funzione dei servizi da attivare. **(c)** Procedere alla stesura di un accordo standard, per legittimare le farmacie che avranno i requisiti necessari per essere accreditate. Il documento di accordo dovrà normare l'elenco dei servizi che le farmacie del territorio si impegneranno ad erogare durante la vigenza dell'accordo e dovrà essere sottoscritto tra il Dipartimento Sanità e le farmacie dei servizi. Il Servizio Assistenza farmaceutica e trasfusionale del Dipartimento Sanità in collaborazione con il Servizio Ispettivo e Qualità avranno il compito di monitorare periodicamente che vengano rispettati i requisiti delle farmacie del territorio sopracitati. **(d)** Chiarire le modalità di inclusione dell'offerta dalle farmacie del territorio nel sistema di prenotazione regionale già esistente (CUP) per consentire ai cittadini di prenotare i servizi (in particolare quelli non ricompresi nei percorsi di presa in carico del paziente cronico, gestiti dai *case/care manager*) e le prestazioni delle farmacie del territorio mantenendo le modalità di prenotazione già attive in Regione.

Indicatore di risultato:

- (a) Emanazione di un documento che definisca il numero di farmacie dei servizi da attivare entro la data stabilita
- (b) Emanazione di un provvedimento amministrativo contenente i requisiti di accreditamento delle farmacie dei servizi entro la data stabilita



- (c) Stesura dell'accordo standard entro la data stabilita
N. di accordi firmati rispetto al numero di farmacie accreditate entro la data stabilita
- (d) Emanazione di un documento dove siano descritte le modalità di integrazione dei nuovi servizi nel sistema di prenotazione esistente entro la data stabilita

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-sanitaria
- Servizio Assistenza Farmaceutica

■ **Effettuare una comunicazione chiara e diffusa relativamente alla nuova offerta di servizi da parte delle farmacie**

All'attivazione del nuovo servizio, si dovrà prevedere un piano di comunicazione in collaborazione con le farmacie per informare la popolazione della nuova offerta e delle sue modalità di erogazione.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** sviluppare un piano di comunicazione rivolto ai singoli cittadini per incentivare l'utilizzo della nuova offerta da parte delle Farmacie dei Servizi. La promozione di tale servizio dovrà puntare sulla trasmissione dell'idea che la nuova offerta di servizi si pone come obiettivo finale quello di ridurre le liste di attesa e di rendere più omogenea la distribuzione dell'offerta di servizi e prestazioni nella rete regionale. **(b)** Sviluppare un piano di comunicazione rivolto agli attori del SSR e in particolare ai MMG/PLS per coinvolgerli nella promozione delle nuove "Farmacie dei Servizi" tramite l'indirizzo dei loro pazienti all'utilizzo del nuovo servizio. I MMG/PLS avranno il compito di istruire i cittadini sulle gamma di prestazioni e servizi offerti dalle farmacie del territorio e sulle modalità di prenotazione delle stesse.

Indicatore di risultato:

- (a) Avvio campagna di comunicazione entro la data stabilita
N. prestazioni erogate dalle farmacie dei servizi rispetto al pianificato entro la data stabilita
- (b) Elaborazione di una *brochure* da mettere a disposizione dei MMG/PLS per la distribuzione ai pazienti

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-sanitaria
- Servizio Assistenza Farmaceutica
- ASL
interfacendosi con MMG/PLS



Investire nell'infrastruttura sanitaria regionale

La Corte dei Conti evidenzia che, a fronte della disponibilità a livello nazionale di 15,3 €mld previsti dall'ex art. 20 della legge 67/1988, al 31 dicembre 2018 risultavano sottoscritti 84 accordi (3 in più rispetto al 2017) per un importo pari a 11,6 €mld (circa 400 €mln in più rispetto al 2017), di cui 10,7 €mld ammessi a finanziamento. Le risorse ancora disponibili per la sottoscrizione di accordi sono pari a 3,7 €mld, di cui in particolare 3,3 €mld destinati alle Regioni in Piano di rientro.⁵

La regione Abruzzo, il cui territorio è zona ad alto rischio sismico, rientra tra le regioni con il maggiore ritardo nella sottoscrizione degli accordi relativi alle risorse assegnate. A giugno 2018 la Regione ha deliberato una proposta di accordo di programma (che prevede la nuova costruzione del P.O. di Avezzano e del P.O. di Vasto, la nuova costruzione e la riorganizzazione del P.O. di Sulmona e di quello di Lanciano, la ristrutturazione del P.O. di Penne e la realizzazione della centrale operativa del 118 de L'Aquila), per il quale non ha ancora ottenuto l'approvazione del Nucleo di valutazione e di verifica degli investimenti pubblici del ministero della Salute a causa, come emerso dal Tavolo tecnico di monitoraggio, dei ritardi nella produzione di tutta la documentazione richiesta relativamente alla programmazione delle reti ospedaliera e territoriale.

La Regione si impegna quindi a mettere in atto gli interventi necessari per la ridefinizione e attuazione delle reti ospedaliera e territoriale per sbloccare la situazione di *impasse* nella quale si trova, in modo da mettere a disposizione dei cittadini delle infrastrutture moderne dotate di un parco tecnologico appropriato.

Per tale motivo la Regione si propone nei prossimi tre anni di:

- Rivedere le reti territoriale e ospedaliera, per garantirne la sinergia
- Aggiornare e attuare la rete territoriale potenziando le attività di AFT/UCCP per garantire la continuità assistenziale e dare un punto di riferimento al paziente
- Far evolvere la collaborazione con gli erogatori privati in ottica di complementarietà con il sistema pubblico
- Investire nelle infrastrutture immobiliari pubbliche senza che questo diventi un alibi per mantenere le attuali inefficienze nelle strutture esistenti
- Investire in rinnovamento ed innovazione del patrimonio tecnologico

Rivedere le reti territoriale e ospedaliera, per garantirne la sinergia

Con l'emanazione del Decreto Ministeriale n. 70 del 2015, il Ministero ha ridefinito il rapporto di complementarietà della rete ospedaliera a quella territoriale, indicando delle linee guida che promuovono la centralità del territorio per la presa in carico del paziente cronico e il potenziamento della rete ospedaliera per la gestione dell'acuzie. In accordo con tale standard, la Regione è intervenuta con gli atti programmatici DCA n. 79 del 2016 che approva il riordino della rete ospedaliera e DCA n. 117 del 2016 che ridefinisce il fabbisogno assistenziale della rete di offerta territoriale. Entrambi i provvedimenti sono stati approvati dai Ministeri affiancanti.

⁵ Corte dei Conti, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*



LA RETE OSPEDALIERA

Con particolare riferimento alla rete ospedaliera, la Regione ha provveduto, con Deliberazione di G.R. n. 463/C del 26 luglio 2021 ad approvare il disegno di legge regionale "ATTUAZIONE DEL DM 2 APRILE 2015, N. 70 - REINGEGNERIZZAZIONE DELLA GOVERNANCE SANITARIA - RETE OSPEDALIERA", attualmente in valutazione presso il competente Tavolo nazionale. L'adeguamento della rete ospedaliera agli standard definiti a livello nazionale rappresenta un adempimento di verifica della garanzia dei livelli essenziali di assistenza per tutte le regioni, nonché un adempimento funzionale alla verifica del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario per le regioni che, come l'Abruzzo, sono ancora sottoposte ai vincoli derivanti dalla applicazione della Legge 311/2004, art. 1 comma 180, e della Legge 191/2009, art. 2 comma 88 e ss.mm.ii..

Il criterio di elaborazione del Documento muove dal rispetto di una corretta interpretazione del DM 70/2015, unitamente alla necessità di rispondere ad una approfondita disamina degli intervenuti bisogni di salute, anche correlati agli effetti della emergenza epidemiologica da COVID-19.

In particolare, oltre a tener conto delle disposizioni recate dal D.L. 9 febbraio 2017 n. 8 Nuovi interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dagli eventi sismici del 2016 e del 2017, convertito con modificazioni nella Legge 7 aprile 2017, n. 45 e ss.mm.ii. - che all'art. 17 bis prevede la non applicabilità del Regolamento DM 70 per i comuni colpiti dal sisma del 2016 e del 2017 per i successivi 36 mesi, esteso a 48 mesi dalla legge di bilancio 205/2017, art. 1 comma 1152-, la programmazione ha seguito il rispetto tendenziale degli standard per disciplina, per i quali non si può tuttavia prescindere dalla valutazione delle significative specificità del territorio regionale abruzzese, delle caratteristiche geomorfologiche, climatiche e di viabilità, documentate non solo sulla base di evidenze epidemiologiche, ma soprattutto di accessibilità alla assistenza in urgenza.

I fabbisogni delineati, per i vari setting assistenziali, dal DCA n. 117/2016, sono stati presi a riferimento per ridefinire gli assetti di riconversione delle strutture autorizzate ed accreditate per setting eccedentari superando le criticità segnalate dal Tavolo di Monitoraggio in ordine ai decreti commissariali n 38/2015 e ss.mm.ii.

Sulla base del percorso metodologico delineato dalla DGR n. 129/2017, i successivi provvedimenti giuntali Le Delibere di Giunta Regionale n. 605, 606, 607, 608, 609, 610, 629, 630, 631, 632 e 633 del 2018 hanno approvato in via definitiva le riorganizzazioni delle strutture aventi titolo, calmierando l'offerta sanitaria della regione Abruzzo alle effettive necessità assistenziali della popolazione di riferimento riconducendola, inoltre, in appropriatezza, clinica ed organizzativa. Questo processo ha determinato la riduzione di setting a più elevata complessità assistenziale in favore di setting di lungo-assistenza mantenimento, carenti o sottodimensionati.

Il processo di riconversione, pertanto, ha diminuito la spesa potenzialmente a carico del SSR ad invarianza dell'originaria capacità produttiva delle strutture interessate dai processi di riconversione. L'avvio dei procedimenti di autorizzazione delle riorganizzazione assentite dalla Giunta regionale, prodromici al relativo accreditamento istituzionale, nei termini e secondo le procedure stabiliti dalla LR n. 32/2007 e ss.mm.ii., è subordinato al superamento di criticità connesse all'adeguamento delle strutture ai requisiti previsti dal Manuale di cui alla DGR n. 591/P del 2008 e ss.mm.ii.

Nell'ambito dei processi di riconversione delle strutture private, la DGR n. 129/2017, ha anche previsto l'attivazione, per vari setting assistenziali, di strutture pubbliche. Sempre ai fini dell'implementazione dell'offerta pubblica, la DGR n. 816/2017 ha definita la quota dei fabbisogni autorizzatori da destinare alle strutture pubbliche.

La mancata conclusione dei processi ex LR n. 32/2007 e ss.mm.ii. delle dotazioni destinate all'offerta pubblica ha concorso a ritardare bloccando l'accesso ai finanziamenti previsti dal programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria ex art. 20 L.67/88



La Regione Abruzzo si impegna a concludere i processi di autorizzazione e accreditamento della dotazione di parte pubblica al fine di perseguire una corretta risposta del sistema ai fabbisogni assistenziali.

Per tale motivo la Regione si propone nell'immediato di:

■ **Aggiornare l'analisi del fabbisogno per tutti i *setting* assistenziali sulla base della domanda di prestazioni**

L'appropriatezza dell'offerta sulla base della domanda verrà verificata tramite un *assessment* dei *setting* assistenziali, sia a livello ospedaliero che territoriale, attualmente disponibili. La determinazione del fabbisogno assistenziale rappresenta la base su cui verranno rimodulate le reti ospedaliera e territoriale.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone, di **(a)** effettuare un *assessment* del fabbisogno dei *setting* assistenziali ospedaliero e territoriale, suddividendo il fabbisogno identificato tra erogatori pubblici e privati, tenendo in considerazione anche la mobilità attesa. Tale attività è stata già svolta dalla Regione, che sta elaborando sulla base di tale fabbisogno determinato e delle indicazioni del Ministero, i documenti relativi alla rimodulazione delle reti ospedaliera e territoriale. **(b)** Elaborare un documento periodico che evidenzi il *gap* tra la situazione attuale di attuazione delle reti e la situazione a regime, identificando anche eventuali sensibili variazioni della domanda che potrebbero determinare una necessità di aggiornare l'analisi del fabbisogno.

Indicatori di risultato:

- (a) Emanazione di un provvedimento che avvia l'*assessment* del fabbisogno del *setting* assistenziale ospedaliero e territoriale e la conseguente suddivisione dell'offerta tra pubblico e privato (Sì/No)
- (b) Elaborazione di un report di monitoraggio dello stato di attuazione delle reti (Sì/No)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Strutture e tecnologie in ambito sanitario-HTA
- Agenzia Sanitaria Regionale

■ **Attuare il riordino dell'Area della Salute Mentale**

Si rileva necessario la rivisitazione dell'attuale fabbisogno dell'area della Salute Mentale di cui al DCA n. 10/2016.

La Regione pertanto si propone di: **(a)** valutare tramite un gruppo tecnico di lavoro dedicato i più recenti dati di domanda di assistenza della popolazione regionale e degli attuali dati di mobilità passiva, oltre che allo scopo di una appropriata allocazione degli attuali ospiti delle strutture regionali, procedendo se necessario alla relativa rideterminazione. **(b)** Delineare, nell'ambito del fabbisogno assistenziale della rete psichiatrica, anche quello relativo ai pazienti socialmente pericolosi in relazione ai livelli di complessità assistenziale, aggiornando eventualmente i requisiti di autorizzazione e di accreditamento delle strutture ospitanti e le correlate tariffe. **(c)** Procedere ad una valutazione complessiva del sistema di offerta regionale per l'Area della Salute Mentale, alla luce del fabbisogno per la psichiatria come eventualmente ridefinito ai sensi dei precedenti punti a) e b) anche nell'ottica di possibili e correlate misure di integrazione e di implementazione del fabbisogno di altri *setting* assistenziali ad essa riconducibili. **(d)** Verificare, all'esito delle attività di cui ai precedenti punti a), b) e c), la permanenza delle condizioni e l'attualità delle analisi sottese alle proposte di riordino di cui alla DGR n. 234/2018, procedendo, all'esito, all'eventuale ridefinizione della rete di offerta pubblica e privata regionale della psichiatria.

Si evidenzia che con DGR 441 del 2020 è stato istituito il gruppo tecnico di lavoro dedicato.

Indicatori di risultato:



- (a) Emanazione di un provvedimento amministrativo per l'istituzione di un gruppo tecnico (Sì/No) [*adempimento assolto*]
- (b) (d) Elaborazione di un documento tecnico da parte del gruppo di lavoro
- (c) *Soggetti coinvolti:*
 - Servizio Programmazione Socio-sanitaria
 - Servizio Accreditamento e Contratti
 - Servizio Prevenzione e Medicina Territoriale
 - ASL – Dipartimenti Salute Mentale
 - Referente regionale per medicina penitenziaria
 - Referente autorità giudiziaria

■ **Aggiornare e attuare la rete ospedaliera anche in coerenza con le linee guida su Osservazione Breve Intensiva (OBI)**

Il rinnovato contesto di riferimento richiede di rivalutare l'attuale programmazione della rete ospedaliera per adeguare l'offerta assistenziale alle nuove esigenze emerse negli ultimi anni. Uno degli elementi principali della nuova programmazione è la riorganizzazione dei sempre più affollati Pronto Soccorso, che rappresentano una delle maggiori criticità nella gestione del paziente. Per questo motivo sarà necessario recepire ed attuare le "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva", come indicato all'interno dell'intervento relativo a "Gestione del Pronto Soccorso e dell'emergenza in ospedale".

Per mettere in atto tale azione, la Regione con il supporto dell'ASR si propone di **(a)** Rimodulare la rete ospedaliera anche in coerenza con tale provvedimento ed elaborare un piano di attuazione corredato di cronoprogramma per la messa in pratica degli interventi previsti. Con DGR n. 264/2019 è stato istituito il Tavolo tecnico finalizzato alla rimodulazione della rete ospedaliera e un'ipotesi di rimodulazione è stata inviata in data 31 Ottobre 2019 ai Ministeri competenti che hanno in corso gli approfondimenti. **(b)** Mettere in atto le azioni previste dal piano tramite le ASL e attivando interlocuzioni tra il Dipartimento Sanità e i Direttori Generali, tenendo sempre in considerazione lo stato di avanzamento dell'attuazione della rete territoriale al fine di evitare di mettere in pratica interventi sulla rete ospedaliera che porterebbero a sbilanciamenti nell'offerta assistenziale.

Indicatori di risultato:

- (a) Emanazione di un provvedimento di rimodulazione della rete ospedaliera anche in coerenza con linee di indirizzo su OBI, corredato di relativo cronoprogramma (Sì/No) [**ENTRO DICEMBRE 2021 – adempimento assolto**]
- (b) Attuazione della rete ospedaliera in coerenza con il cronoprogramma

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Strutture e tecnologie in ambito sanitario-HTA
- Servizio Programmazione Socio-sanitaria
- Agenzia Sanitaria Regionale



Aggiornare e attuare la rete territoriale potenziando le attività di AFT/UCCP per garantire la continuità assistenziale e dare un punto di riferimento al paziente

Alla luce dell'attuale situazione del Servizio Sanitario Regionale e degli strumenti a sua disposizione, potrebbe rendersi necessario ridefinire la programmazione della rete territoriale in un'ottica di omogeneità dell'offerta su tutto il territorio regionale e in base al criterio d'intensità assistenziale dei trattamenti. Al fine di aggiornare i rapporti con la medicina convenzionata, la Regione è cosciente della necessità di definire una normativa che preveda l'incentivazione dell'istituzione delle attività di AFT/UCCP in linea con gli Accordi Collettivi Nazionali di categoria. Tale incentivazione ha lo scopo di consolidare il ruolo cruciale della rete territoriale nel garantire la continuità assistenziale e assorbire le prestazioni a bassa intensità di cura che incidono sull'attività ospedaliera.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** rimodulare la rete territoriale potenziando le attività di AFT/UCCP in linea con gli Accordi Collettivi Nazionali di categoria ed elaborare un piano di attuazione corredato di cronoprogramma per la messa in pratica degli interventi previsti. Con DGR n. 343/2019 è stato istituito il Tavolo tecnico finalizzato alla rimodulazione della rete territoriale e un'ipotesi di rimodulazione è stata condivisa in data 31 Ottobre 2019 con i Ministeri competenti. **(b)** Mettere in atto le azioni previste dal piano tramite le ASL e attivando interlocuzioni tra il Dipartimento Sanità e i Direttori Generali. **(c)** In particolare, la Regione si vuole concentrare su tre aspetti principali: **(c1)** consolidamento del ruolo centrale di governo del distretto, attraverso la definizione di un modello omogeneo per la predisposizione del Programma delle Attività Territoriali (PAT), previsto nell'art. 3-quarter del D.Lgs 502/92 e s.m.i. e del sistema di budgeting; **(c2)** applicazione delle indicazioni regionali per gli Ospedali di Comunità consentendo lo sviluppo di tale modello organizzativo in modo omogeneo presso le ASL; **(c3)** definizione delle procedure e requisiti per ricondurre il sistema delle cure domiciliari nell'ambito di quanto previsto dall'art.8 bis del D.Lgs 502/92 e s.m.i., dei criteri di eleggibilità dei soggetti nei differenti livelli di intensità assistenziale e del relativo fabbisogno.

La Regione si propone di attivare presso le Direzioni Generali ASL una ricognizione delle possibili sedi distrettuali candidate ad ospitare Case della Salute/UCCP con bacino di utenza di 50 mila abitanti, coerente con l'attuale assetto che vede circa 25 circoscrizioni distrettuali, a fronte delle 24 di ambito sociale, anche in ragione del tendenziale allineamento tra i due ambiti socio-sanitari voluto dall'art. 23 del D.Lgs 147/2017.

La ricognizione riguarderà anche la previsione di nuove possibili sedi di Ospedali di Comunità nonché un *check* dei requisiti organizzativi delle attuali strutture intermedie, individuate nei PTA di Pescara, Tagliacozzo, Casoli, Gissi e Guardiagrele.

Nella Regione Abruzzo, al pari di altre regioni, il riordino dell'assistenza primaria sconta i ritardi della mancata stipulazione gli AA.II.RR. e in via transitoria della attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1, co.7 della L. 189/2012.

La Regione si prefigge di potenziare le Case della Salute/UCCP esistenti e di promuovere l'avvio di nuove strutture in modo particolare nell'area più meridionale della Regione.

Entro il 2021 la Regione si impegna di giungere all'affidamento, relativo al nuovo sistema regionale hardware-software 118, che prevede anche l'implementazione della piattaforma di gestione del sistema NUE 112 e del Numero Unico per cure non urgenti 116117, propedeutico all'avvio di un sistema informativo distrettuale.

Altro tema importante è la conclusione dell'iter amministrativo per definire i criteri di eleggibilità dei soggetti nei differenti livelli di intensità assistenziale ai sensi degli art.22 e 23 DPCM 12/01/2017 ed a seguito della DGR 639/2018 "Autorizzazione ed accreditamento delle Cure Domiciliari".

Indicatori di risultato:



- (a) Redazione di un cronoprogramma di rimodulazione della rete territoriale che tenga conto delle attività svolte da AFT/UCCP e di un loro potenziamento
- (b) Conclusione iter amministrativo per ricondurre il sistema di cure domiciliari a quanto previsto dall'art. 8-bis e segg. del D.Lgs. 502/92
- (c) Monitoraggio dei provvedimenti programmatori delle ASL volti all'adeguamento degli standard degli Ospedali di Comunità e all'individuazione di nuove strutture

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-sanitaria
- Servizio Prevenzione Sanitaria e Medicina Territoriale
- Agenzia Sanitaria Regionale

Far evolvere la collaborazione con gli erogatori privati in ottica di complementarità con il sistema pubblico

La regione Abruzzo presenta un'offerta sanitaria privata accreditata che ha lo scopo di supportare e integrare l'offerta sanitaria pubblica.

Nell'ultimo periodo, il rapporto del SSR con gli erogatori privati è stato caratterizzato da incomprensioni e tensioni, legate ad una definizione non chiara dei rispettivi obblighi e ad una richiesta di prestazioni non coerente con l'attuale fabbisogno regionale.

La regione Abruzzo si propone di far evolvere la collaborazione con gli erogatori privati, definendo in modo chiaro, strutturato e aggiornato quali sono i rispettivi ruoli ed obblighi, al fine di garantire un'offerta sanitaria che sia coerente con la domanda, senza lasciare aree scoperte e senza sovrapposizioni di ruoli.

Per tale motivo la Regione si propone nei prossimi tre anni di:

■ **Riquilibrare gli accreditamenti con le strutture private sulla base di un piano industriale elaborato e proposto dalla Regione**

Le strutture private accreditate dal SSR sono ad oggi soggette ad accreditamenti non più in linea con la domanda di prestazioni sanitarie e si trovano a dover fronteggiare richieste non allineate ai bisogni assistenziali. Per risolvere questa situazione, la Regione intende elaborare un piano industriale da sottoporre alle strutture private volto a proporre una revisione della quantità di posti letto accreditati per disciplina o delle prestazioni accreditate, non solo sulla base dello storico delle prestazioni erogate e delle richieste spesso inappropriate

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** Avviare tavoli di discussione con i rappresentanti delle strutture private al fine di raggiungere un risultato condiviso che soddisfi le esigenze assistenziali della popolazione. Tale attività sarà propedeutica all'avvio del processo di riqualificazione e di revisione degli accreditamenti delle strutture, ove necessario. **(b)** elaborare un Piano Industriale strutturato da sottoporre alle strutture private accreditate nel quale proporre nel caso in cui fosse necessario, una revisione degli accreditamenti per disciplina o per prestazione. Il piano normerà separatamente i *setting* assistenziali e sarà elaborato sulla base di una nuova programmazione dei fabbisogni assistenziali. **(c)** Attivare un processo di riqualificazione degli accreditamenti, da un lato agendo sull'eventuale revisione di quelli già esistenti e dall'altro attivandone di nuovi per le prestazioni per cui si rende necessario.

Indicatori di risultato:



- (a) Elaborazione di documenti che relazionino sullo stato di avanzamento dei negoziati fino al termine della trattativa (N. trattative concluse / N. erogatori coinvolti)
- (b) Elaborazione di un Piano Industriale da sottoporre alle strutture private (Si/No)
- (c) Elaborazione di provvedimenti amministrativi di revisione degli accreditamenti (N. accreditamenti aggiornati / N. trattative concluse con un accordo di aggiornamento)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-sanitaria
- Servizio Accreditamento e Accordi Contrattuali
- Tavolo Tecnico Permanente Regionale

■ **Ridefinire i contratti anche in coerenza con i risultati dei singoli confronti, rivedendo i termini contrattuali, e definire i Piani delle Prestazioni delle singole strutture**

Gli schemi di contratto attualmente in vigore sono spesso oggetto di richieste di chiarimenti o di contestazioni. La Regione si propone pertanto di rivedere tali schemi, adeguando i termini per definire più chiaramente i ruoli e le responsabilità dei singoli firmatari, anche in coerenza con le indicazioni del Tavolo di monitoraggio ministeriale. Inoltre, nell'ottica di pianificare l'erogazione delle prestazioni sanitarie a livello regionale, contestualmente alla firma del contratto si richiede alle strutture private di sottoscrivere il Piano delle Prestazioni, in coerenza con gli accreditamenti/Piano Industriale e la programmazione regionale.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** rivedere gli schemi contrattuali e le metodologie di assegnazione dei *budget* in coerenza con la revisione degli accreditamenti. Gli schemi contrattuali, inoltre, dovranno definire più chiaramente i ruoli e le responsabilità dei singoli firmatari, anche in coerenza con le indicazioni del Tavolo di monitoraggio ministeriale. **(b)** Definire le linee di indirizzo regionale, con il supporto dell'ASR, per la predisposizione dei piani delle Prestazioni per ogni struttura per l'anno entrante, in coerenza con gli accreditamenti e con la programmazione regionale da parte delle ASL. Il Piano delle Prestazioni dovrà essere parte integrante del contratto sottoscritto dalle strutture, dalle ASL e dalla Regione ed è quindi importante che venga elaborato e condiviso prima dell'inizio del periodo a cui si riferisce. **(c)** Avviare un'analisi degli acquisti delle prestazioni aggiuntive non ricomprese negli accordi contrattuali delle ASL.

Indicatori di risultato:

- (a) Emanazione di provvedimenti amministrativi che declinino chiaramente la metodologia di assegnazione del *budget* e riportino il nuovo schema contrattuale per ogni *setting* assistenziale (Si/No)
- (b) Definizione di linee di indirizzo regionali (Si/No)
Condivisione dei contratti, comprensivi dei singoli Piani delle Prestazioni, con le strutture private (N. contratti condivisi / N. strutture da contrattualizzare)
- (c) Report quadrimestrale sull'andamento degli acquisti delle prestazioni aggiuntive non ricomprese negli accordi contrattuali delle ASL

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-sanitaria
- Servizio Accreditamento e Accordi Contrattuali
- Tavolo Tecnico Permanente Regionale
- ASL



Investire nelle infrastrutture immobiliari pubbliche senza che questo diventi un alibi per mantenere le attuali inefficienze nelle strutture esistenti

A giugno 2018 la Regione ha presentato l'accordo di programma per la nuova costruzione del P.O. di Avezzano e del P.O. di Vasto, la nuova costruzione e la riorganizzazione del P.O. di Sulmona e di quello di Lanciano, la ristrutturazione del P.O. di Penne e la realizzazione della centrale operativa del 118 de L'Aquila.

Tale documento programmatico non è ancora stato approvato dal Nucleo di valutazione competente del Ministero vista la mancata trasmissione di un documento unico che aggiorni e integri la programmazione delle reti. Considerando il progresso delle innovazioni nell'ambito della sanità, la continua mutazione del contesto demografico di riferimento, le difficoltà rappresentate dalle caratteristiche orografiche e le criticità dovute all'elevato rischio sismico, la regione Abruzzo non può prescindere dalla ridefinizione delle priorità di intervento anche in coerenza con le istituende nuove reti ospedaliera e territoriale.

La Regione deve provvedere alla dotazione organica di professionisti esperti chiamati a presidiare le funzioni tecnico/manutentive e di programmazione degli interventi sul patrimonio edilizio per garantire, da un lato, la realizzazione dei progetti per i nuovi ospedali e, dall'altro, la valorizzazione del patrimonio esistente attraverso l'introduzione di processi per la riduzione degli sprechi e l'ottimizzazione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria.

In particolare, la Regione si propone di:

■ **Condurre una ricognizione delle strutture per cui è individuato il fondo *ad hoc* e aggiornare la programmazione degli interventi**

In coerenza con le nuove reti ospedaliera e territoriale, la Regione intende dotarsi di un nucleo di professionisti esperti in materia di edilizia che porterà avanti le opportune analisi per definire le priorità degli interventi sulla base della domanda del bacino di utenza di riferimento e soprattutto sul reale stato di deterioramento ed obsolescenza delle strutture.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** identificare professionisti esperti in materia di edilizia sanitaria, selezionati all'interno del personale attualmente in organico presso la Regione e le Aziende, e costituire un nucleo operativo con il ruolo di presidiare le funzioni tecnico/manutentive e di programmazione degli interventi sul patrimonio edilizio. **(b)** Effettuare una ricognizione delle strutture già incluse nell'Accordo di Programma di Giugno 2018 per cui sono state individuate le risorse.

Si evidenzia che con Determina Dirigenziale DPF002/41 del 10 Luglio 2020 è stato istituito il Gruppo di Lavoro per la predisposizione del nuovo Accordo di Programma, per l'analisi e la rimodulazione delle economie di risorse assegnate e per la gestione delle risorse pro Covid.

Indicatori di risultato:

- (a) Istituzione del nucleo operativo (Sì/No)
- (b) Elaborazione di un report con i risultati della ricognizione e con il piano degli interventi corredato di cronoprogramma (Sì/No)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-sanitaria
- Servizio Strutture e tecnologie in ambito sanitario-HTA
- Servizio Programmazione Economico-Finanziaria del SSR

■ **Individuare strumenti finanziari alternativi per promuovere gli investimenti in infrastrutture**

Oltre ai contributi messi a disposizione dall'art. 20, la Regione valuterà strumenti finanziari alternativi da destinare a progetti innovativi che possano migliorare i livelli di assistenza e ridurre il costo del



servizio per il SSR. In primo luogo, dovranno essere considerate le opportunità derivanti dai fondi comunitari (es. POR FESR).

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** effettuare una ricognizione dei diversi strumenti finanziari disponibili per promuovere gli investimenti in infrastrutture. Tale analisi dovrà includere le caratteristiche di tali strumenti, i loro vantaggi e svantaggi per determinate forme di investimento e per il contesto abruzzese, le procedure e i requisiti necessari all'ottenimento. **(b)** Valutare l'opportunità di ricorrere a tali strumenti, verificandone attentamente i vincoli e valutare le azioni per l'effettiva messa in opera degli interventi.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione di un documento di analisi degli strumenti finanziari disponibili per promuovere gli investimenti (Sì/No)
- (b) N. interventi effettuati / N. interventi per cui è stato identificato il finanziamento adeguato in coerenza con il cronoprogramma

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-sanitaria
- Servizio Strutture e tecnologie in ambito sanitario-HTA
- Servizio Programmazione Economico-Finanziaria del SSR

■ **Definire un piano di interventi per riqualificare strutture esistenti e attualmente parzialmente o interamente non utilizzate**

Il nucleo di professionisti esperti identificato per la ricognizione delle strutture finalizzata alla costruzione di nuovi ospedali si occuperà anche di realizzare un inventario delle strutture regionali per cui si renda necessario un piano degli interventi di manutenzione e ristrutturazione, in particolare per quelle presenti nei distretti.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** selezionare in funzione degli obiettivi del Programma Operativo il perimetro di analisi: ad esempio in prima battuta potrebbe essere effettuato un inventario sui distretti per capire l'adeguatezza degli spazi e delle apparecchiature al potenziamento della rete territoriale. **(b)** Identificare le strutture esistenti e attualmente parzialmente o interamente non utilizzate ed elaborare un programma di interventi di riqualificazione di tali strutture, integrato al programma di interventi sulle strutture maggiori, con relativo cronoprogramma.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione di un documento che racchiuda i risultati della ricognizione delle strutture dei distretti (Sì/No)
- (b) Elaborazione della pianificazione degli interventi, corredata di relativo cronoprogramma (Sì/No)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Strutture e tecnologie in ambito sanitario-HTA
- ASL

Investire in rinnovamento ed innovazione del patrimonio tecnologico

Dall'esame delle esigenze per investimenti in tecnologie sanitarie condotto a livello nazionale dal Ministero della Salute congiuntamente alle Regioni per il triennio 2018-2020, si è stimato un fabbisogno



complessivo nazionale di oltre 1,5 €mld per il rinnovo e il potenziamento di circa 1.800 macchine, di cui circa 1.400 da sostituire per obsolescenza e circa 400 per nuove tecnologie⁶.

Il DL. n. 243/2016 (legge 27 febbraio 2017, n. 18) ha disposto che, nell'ambito degli Accordi di Programma per gli interventi per il patrimonio sanitario pubblico di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988, una quota pari a 6,1 €mln sia destinata alla riqualificazione e all'ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione in Regione Abruzzo. Nel 2019 tale quota non è ancora stata sbloccata e non sono stati avviati progetti per la realizzazione delle opere.

La Regione si pone l'obiettivo di identificare un soggetto responsabile per l'avvio e l'esecuzione di progetti che richiedono l'accesso a fonti di finanziamento già disponibili per l'acquisto di quei macchinari necessari a ridurre i tempi di attesa che, oltre ad essere un adempimento LEA, rappresentano il primo indicatore di efficienza del sistema percepito dal paziente.

Per tale motivo la Regione si propone di:

■ **Analizzare il patrimonio tecnologico delle ASL per individuare il fabbisogno di grandi apparecchiature**

La Regione, grazie al contributo informativo fornito dai flussi informativi relativi alle grandi apparecchiature, sarà responsabile di effettuare una ricognizione di tali apparecchiature attualmente disponibili per poterne valutare le *performance* in termini di benefici per il paziente, prestazioni erogate e costi di mantenimento rispetto al costo capitale.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** istituire un gruppo di lavoro che si occupi di verificare *on-site* le apparecchiature censite nel flusso "Grandi apparecchiature" e di valutare il parco tecnologico in termini di obsolescenza e di capacità di soddisfare il fabbisogno di prestazioni in relazione ai dati disponibili sulle liste d'attesa e sulla mobilità passiva. **(b)** Definire le aree e le apparecchiature carenti (in termini di quantità o capacità di erogare prestazioni in modo adeguato) ed elaborare una pianificazione mirata degli investimenti completa di cronoprogramma, identificando chiaramente la fonte di finanziamento. La pianificazione dovrà esplicitare chiaramente anche gli eventuali interventi edilizi necessari all'installazione delle apparecchiature che dovranno essere calati nella pianificazione degli interventi sulle strutture rivalutando le priorità. **(c)** Mettere in atto le procedure necessarie all'acquisizione delle apparecchiature coerentemente con il cronoprogramma.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione di un report che raccolga i risultati della verifica *on-site* delle grandi apparecchiature presenti nelle Aziende e della valutazione del parco tecnologico (Sì/No)
- (b) Emanazione di un provvedimento di pianificazione delle acquisizioni o sostituzioni completo di cronoprogramma e di fonti di finanziamento, coerente con la programmazione degli interventi sulle strutture (Sì/No)
- (c) Apparecchiature installate e operative in coerenza con il cronoprogramma

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Strutture e tecnologie in ambito sanitario-HTA
- ASL

■ **Aggiornare il parco macchine per incrementare anche l'integrazione con i sistemi informativi**

Sarà compito degli Ingegneri Clinici produrre un inventario di tutte le apparecchiature elettromedicali mobili di cui verranno registrate le caratteristiche tecniche in termini di capacità delle stesse ad integrarsi con il sistema informativo ospedaliero. Verranno in questo modo individuate le apparecchiature per cui si rende necessario valutare l'aggiornamento. A tendere sarà possibile

⁶ Corte dei Conti, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*



disporre di un parco macchine che produca anche flusso di dati clinici alimentando sistemi di *reporting* avanzati (CCE).

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** affidare agli Ingegneri Clinici in Azienda il compito di censire le apparecchiature elettromedicali mobili e il loro livello di integrazione con i sistemi informativi presenti. **(b)** Individuare le apparecchiature per le quali si renderà necessario un aggiornamento o un'eventuale sostituzione. Tale attività dovrà essere svolta periodicamente per integrare tali risultati nella pianificazione degli investimenti e per monitorare lo stato di avanzamento dell'integrazione delle apparecchiature con i sistemi informativi. **(c)** Inserire le apparecchiature identificate nella pianificazione degli investimenti tecnologici, tenendo in considerazione le priorità in base alle risorse disponibili.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione di un report che raccolga i risultati dell'inventario delle apparecchiature e del livello di integrazione con i sistemi informativi presenti (Si/No)
- (b) Elaborazione di un report sullo stato di avanzamento dell'integrazione delle apparecchiature con i sistemi informativi (Si/No ogni 4 mesi)
- (c) Inclusione dei risultati del censimento nel cronoprogramma degli investimenti per l'aggiornamento/sostituzione del parco macchine (Si/No)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Strutture e tecnologie in ambito sanitario-HTA
- Servizio Flussi Informativi e Sanità Digitale
- ASL

■ **Dotarsi di sistemi informativi ospedalieri che permettano l'integrazione di dati di varia natura (es. HIS, RIS/PACS, LIS)**

I responsabili dei sistemi informativi, con il supporto degli ingegneri clinici, dovranno valutare l'opportunità di dotarsi di un sistema informativo integrato per una gestione unificata dei flussi clinici e dei flussi amministrativi. La disponibilità di tale infrastruttura informatica rappresenta la base tecnologica per la realizzazione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) che verrà alimentata dai dati clinici integrati dei pazienti per tutta la durata del loro percorso assistenziale, dal loro ingresso in ospedale fino alla dimissione.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** effettuare una valutazione costi/benefici delle diverse soluzioni di sistemi informativi integrati disponibili al fine di permettere la gestione unificata dei flussi clinici e di quelli amministrativi. **(b)** Elaborare, tramite le Aziende, i progetti per l'acquisizione dei sistemi informativi scelti e per la conseguente integrazione, con relativo cronoprogramma dettagliato, valutazione economica e forme di finanziamento. La Regione dovrà fissare gli standard di interoperabilità e integrazione secondo le modalità previste dall'obiettivo "Gestire l'impatto della evoluzione tecnologica" del presente Programma Operativo. **(c)** Dotarsi dei sistemi scelti e attuare il piano di integrazione secondo le tempistiche previste dal cronoprogramma. La realizzazione di tale infrastruttura è la base tecnologica per la realizzazione della Cartella Clinica Elettronica.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione di un report che contenga le valutazioni costi/benefici delle diverse soluzioni esplorate e identifichi e motivi le soluzioni ritenute più adeguate per il contesto della regione Abruzzo (Si/No)
- (b) Elaborazione dei progetti aziendali per la realizzazione dell'integrazione dei sistemi informativi ad oggi disponibili, corredati da cronoprogrammi (Si/No)



(c) Avvio delle procedure di acquisizione dei sistemi informativi scelti

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Strutture e tecnologie in ambito sanitario-HTA
- Servizio Flussi Informativi e Sanità Digitale
- ASL



Gestire l'impatto della evoluzione tecnologica regionale

Negli ultimi 50 anni abbiamo vissuto un'accelerazione massima di innovazioni in campo medico che hanno consentito di fare innumerevoli passi avanti in termini di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie, allungando di fatto l'età media di vita, innalzandone la qualità. Molte altre innovazioni sono alle porte: l'intersezione tra *Cloud Computing*, *Big Data*, *Internet of Thing* (IoT) e Intelligenza Artificiale abiliterà una vera e propria trasformazione digitale che coinvolgerà inevitabilmente il settore della sanità. L'industria farmaceutica sta sviluppando terapie innovative, come le CAR-T, che cambiano il processo assistenziale e richiedono competenze e tecnologie specifiche.

Quando si parla di innovazione è bene fare una distinzione con il concetto di novità terapeutica. Le scoperte che provengono dalla ricerca che potrebbero avere un impatto *disruptive* in ambito sanitario per diventare innovazione devono affrontare il passaggio dalla dimensione puramente clinica a quella tridimensionale dove si incrociano gli aspetti clinici, organizzativi e di sostenibilità. È probabile che la pianificazione delle modifiche ai processi necessarie per godere di queste innovazioni non siano una priorità, considerando che oggi i *provider* della Regione stanno "lottando" per reggere a un *outlook* negativo/stabile nei ricavi e all'incremento dei costi a cui si aggiunge una carenza di personale specializzato.

La regione Abruzzo intende affrontare l'impatto dell'evoluzione tecnologica e di processo adottando metodi e accorgimenti per identificare in anticipo le innovazioni emergenti e accompagnare la Regione nella trasformazione dei processi necessari per abilitare e sostenere l'innovazione.

Per realizzare questo obiettivo la Regione intende:

- Dare una linea strategica comune sull'innovazione dei processi come guida per la regione e le Aziende
- Identificare gli strumenti per sostenere l'introduzione delle innovazioni, mirando a collaborazioni pubblico-privato
- Governare lo sviluppo dei sistemi informativi locali per garantire omogeneità e interoperabilità sul territorio regionale, fornendo strumenti, linee guida e raccomandazioni

Dare una linea strategica comune sull'innovazione dei processi come guida per la regione e le Aziende

Nel 2007, quando fu presentato il primo *iPhone*, cambiarono le modalità d'interazione con la tecnologia. Oggi nel 2019, l'App ECG su *Apple Watch Series 4* dà vita a un prodotto che consente alle persone di eseguire un elettrocardiogramma direttamente dal polso, registrando il battito cardiaco nel momento in cui avvertono sintomi come un battito accelerato o una sensazione di battito irregolare e aiutandoli a raccogliere dati importanti da condividere con i medici.

Il rapporto con la tecnologia sta cambiando radicalmente il nostro sistema sociale, culturale, economico e sanitario. Sistemi di cartella clinica elettronica, portali e *app* sanitarie per *smartphone* combattono per adattarsi ad una nuova realtà in cui algoritmi e piattaforme intelligenti la fanno da padroni. Quando i pazienti avranno il controllo totale dei loro dati sanitari tutto sarà INTERconnesso, mentre i tradizionali sistemi sanitari saranno ancora solo INTRAconnessi. In questo scenario, mentre molti osservatori speculano sulle questioni di *privacy* e sicurezza, non si può escludere che molti dei giganti della tecnologia (ad es. Apple, Amazon e Google) saranno conformi al GDPR più velocemente di Ministero della Salute, Regioni ed ASL. Se Regione e ASL non saranno in grado di attuare i cambiamenti legati alle nuove tecnologie (digitali e non), rischieranno di esserne travolte con impatti sulla qualità del servizio e l'incremento dei costi.

La soluzione per affrontare tali cambiamenti è quella di accompagnare e promuovere l'innovazione tecnologica e la trasformazione digitale, coordinando le iniziative e comunicando la linea strategica regionale.

A tal fine la regione Abruzzo intende:



■ **Elaborare un piano di trasformazione digitale finalizzato a rendere lineari i processi, automatizzandoli dove possibile**

Le soluzioni tecnologiche oggi disponibili, anche su larga scala, consentono di automatizzare o gestire in modo più efficiente molte attività, a partire dai processi di natura più logistica (tra questi anche i flussi amministrativi di accoglienza sul paziente). Il Dipartimento, tenendo conto delle priorità della programmazione regionale definite nel Programma Operativo, dovrà elaborare un piano di trasformazione digitale che renda innanzitutto i processi più lineari e si appoggi dove possibile su sistemi automatici, oltre a rendere il Sistema Regionale il più omogeneo e interoperabile possibile. Più precisamente la regione Abruzzo attiverà due principali processi di riqualificazione a supporto della *governance* regionale:

- I. attraverso le prestazioni dell'art.79 si potrà riprendere il percorso avviato per la gestione uniforme delle informazioni contabili e finanziarie delle ASL, sarà di affiancamento per la realizzazione del Piano della Sanità Digitale, di supporto al monitoraggio e controllo sugli investimenti, prioritariamente in tema di innovazione;
- II. attraverso convezione Consip che dovrà definire, per conto della Regione e insieme ad essa, l'*assessment* e la pianificazione operativa di tutti gli investimenti digitali, tecnologici e infrastrutturali (limitatamente al tema ICT).

Queste due basilari iniziative si configurano a garanzia per l'impiego delle risorse finanziarie previste in sede di bilancio regionale in modo tale da assicurare il recupero del ritardo nel monitoraggio delle performance e nel controllo aziendale, centralizzando gli investimenti strategici, con priorità alla razionalizzazione delle spese e costantemente orientati alla valutazione d'impatto volto a massimizzare i benefici a parità di finanziamento (questo, anche per l'erogazione delle prestazioni sanitarie). Inoltre, sarà una preziosa occasione per attivare un possibile sistema per il ciclo acquisti integrato come primo passo.

A tal proposito la Regione si propone **(a)** di rilasciare un documento di strategia digitale da approvare con apposito provvedimento amministrativo che traduca gli obiettivi presenti nel Programma Operativo (o raccolti sul campo come esigenza di digitalizzazione/automazione delle ASL) in obiettivi strategici di digitalizzazione per la regione Abruzzo. **(b)** Redigere un piano di trasformazione digitale e identificare le relative *milestone*, da recepire con provvedimento amministrativo di vertice. Le *milestone* dovranno prevedere gli ambiti in cui portare i primi risultati nel periodo coperto dal Programma Operativo. Alcuni esempi riguardano: l'adozione della cartella clinica elettronica; l'integrazione e l'estensione della rilevazione dati del paziente, la penetrazione dell'Intelligenza Artificiale nei processi di cura ed amministrativi, la logistica del farmaco, la sicurezza cibernetica e i servizi on line per il cittadino. Si dovrà inoltre evidenziare il *gap* tra i processi delle strutture abruzzesi e ciò che ormai è considerato *commodity*. **(c)** Implementare i progetti previsti nelle *milestone*, attribuendo le responsabilità specifiche in regione e nelle ASL e monitorandone gli avanzamenti su base mensile.

Indicatore di risultato:

- (a) Elaborazione del documento di strategia digitale [*adempimento assolto*]
- (b) Approvazione del Piano di Investimento per la Sanità Digitale tramite provvedimento amministrativo entro la data stabilita [*adempimento assolto*]
- (c) Avvio dei progetti identificati nel periodo di vigenza del Programma Operativo
Redazione di un report mensile sull'avanzamento dei progetti identificati a partire dal loro avvio

Soggetti coinvolti

- Direzione Dipartimento
- Servizio Flussi e Sanità Digitale
- Servizi coinvolti per materia



Alcuni trend internazionali

I big player digitali stanno sempre più pervadendo la sanità. Accanto agli smart devices, iniziano ad affermarsi modelli di servizio basati sull'impiego dei dati in ottica predittiva. Il NHS inglese, il sistema sanitario più simile al nostro, ha attivato con Babylon un sistema di supporto ai pazienti per la medicina di base basato su intelligenza artificiale tramite la sua applicazione mobile. Un altro esempio riguarda la possibilità di raccogliere dati su larga scala ("big data") allo scopo di fornire ai medici e ai professionisti sanitari un accesso migliore e più approfondito ai dati clinici dei pazienti, al fine di migliorare l'assistenza e aiutare il trattamento dei sintomi grazie alle informazioni raccolte nel tempo, obiettivo del progetto Nightingale, avviato da Google con Ascension, grosso polo sanitario cattolico americano.

■ **Identificare i progetti brevi, condivisi e misurabili per implementare le innovazioni ad alto impatto**

Per rendere implementabile l'innovazione nel SSR abruzzese, senza esserne travolti e quindi non riuscire a controllarne i costi, è necessario che ogni opportunità identificata sia declinata in un progetto a sua volta "spacchettato" in singole attività brevi, condivise e misurabili, assegnate a specifici responsabili. Già oggi, per esempio, la Regione sta portando avanti progetti nel campo della promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce, in particolare per quanto riguarda lo screening cardiovascolare nella popolazione, la cardioprotezione delle donne con patologia oncologica e l'*Internet Addiction* e si sta confrontando con l'esigenza di progettare il percorso per offrire ai propri pazienti le terapie CAR-T.

Il Dipartimento si propone di **(a)** Identificare i progetti complessi legati all'innovazione che dovranno essere conclusi nel periodo coperto dal Programma Operativo, al fine di misurare i primi risultati nel breve termine. **(b)** Sviluppare la *Work Breakdown Structure* (WBS) dei progetti individuati, scomponendoli nei singoli progetti operativi necessari per il suo completamento. Ad esempio, l'implementazione di un nuovo trattamento potrebbe richiedere azioni di: adeguamento di standard normativi, revisione dei processi aziendali, acquisizione di nuove risorse, adeguamento dei sistemi informativi. **(c)** Implementare i progetti previsti nelle *milestone*, attribuendo le responsabilità specifiche in regione e nelle ASL e monitorandone gli avanzamenti su base mensile.

Indicatore di risultato:

- (a) Identificazione dei primi progetti complessi legati all'innovazione
 - (b) Rilascio della programmazione dei sotto-progetti
 - (c) Avvio e conclusione dei progetti identificati nel periodo di vigenza del Programma Operativo
- Redazione di un report mensile sull'avanzamento dei progetti identificati a partire dal loro avvio

Soggetti coinvolti

- Direzione Dipartimento
- Flussi e Sanità Digitale



Cos'è la Work Breakdown Structure ?

La Work Breakdown Structure (WBS), detta anche *struttura di scomposizione del lavoro* (traduzione letterale) o *struttura analitica di progetto*, è una modalità di gestione del progetto che offre un modo visivo per dettagliare tutte le attività all'interno di un progetto. Lo fa posizionando le attività chiave all'interno di una struttura gerarchica che semplifica i grandi progetti in gruppi più piccoli e più gestibili. Di conseguenza, la struttura di suddivisione del lavoro è ideale per progetti complessi che coinvolgono numerosi passaggi e parti interessate. La WBS è la pietra miliare della pianificazione, esecuzione, controllo, monitoraggio e reporting del progetto. Tutto il lavoro all'interno della WBS deve essere identificato, stimato, pianificato e valorizzato.

Sviluppo di una Piattaforma regionale per l'accoglienza e gestione dei flussi informativi sanitari

Affinché la Regione possa gestire al meglio i processi di scambio dei dati con le ASL e gli organismi COT centrali (Ministeri, ISS, ISTAT), e disporre di un patrimonio informativo utile al miglioramento della Governance del SSR, è necessario che si doti di un Sistema di accoglienza e gestione dei Flussi Informativi Sanitari.

Obiettivo della regione Abruzzo è quello di intervenire al fine di automatizzare i processi di validazione, scambio file e scarti dei flussi informativi e di disporre di una dashboard per il monitoraggio di indicatori specifici e per la produzione di reportistica.

Per mettere in atto tale azione, la Regione, tramite il Servizio Flussi Informativi, si propone di **(a)** effettuare un *assessment* delle fonti informative e programmare interventi per colmare eventuali gap informativi. **(b)** Valutare la qualità e la completezza dei dati ed individuare le criticità. **(c)** Progettare e sviluppare il sistema di gestione dei flussi informativi. **(d)** Progettare e sviluppare un sistema di Datawarehouse e di Business Intelligence al fine di disporre di una dashboard utile per il monitoraggio di indicatori (anche ai fini LEA e NSG) e per la produzione di reportistica.

Indicatore di risultato:

- (a) Elaborazione dell'assessment e delle fonti informative [ENTRO GIUGNO 2021 - *adempimento assolto*]
- (b) Elaborazione di un documento di analisi della qualità e completezza dei dati [ADEMPIMENTO ASSOLTO]
- (c) Definizione le specifiche tecniche del sistema di gestione dei flussi informativi
Definizione dell'architettura del sistema informativo regionale
- (d) Definizione delle specifiche tecniche di un sistema di DWH e di BI
Rilascio del prototipo della dashboard e del sistema di reportistica
Messa in esercizio del cruscotto di monitoraggio

Soggetti coinvolti

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Flussi e Sanità Digitale



Identificare gli strumenti per sostenere l'introduzione delle innovazioni, mirando a collaborazioni pubblico-privato

Il Sistema Sanitario Nazionale è un sistema "sobrio": si spende per la sanità meno di molti paesi europei come Francia e Germania riuscendo però ad avere livelli qualitativi di cure simili. Nell'ultimo quinquennio sembra essersi drasticamente ridotto l'investimento in aggiornamento tecnologico e in edilizia sanitaria. Fonti autorevoli hanno fotografato il fenomeno: uno per tutti il "Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali - Esercizio 2016", della Corte dei Conti.

Se si considera che (negli ultimi anni) ad un settore *technology intensive*, come quello sanitario, sono stati dedicati agli investimenti poco più di 50 euro pro capite annui, è evidente che l'obiettivo deve essere riuscire a "spremere" valore da ogni singolo euro.

Obiettivo della Regione Abruzzo è farsi guidare dalla ricerca del valore dell'investimento in progetti innovativi, instaurando un nuovo rapporto con il mercato, che non deve essere visto semplicemente come un fornitore, ma deve diventare partner per rendere possibile il raggiungimento di obiettivi sfidanti.

A tal fine la regione Abruzzo intende:

■ **Valutare partnership con fornitori che garantiscano applicazioni di valore in tempi brevi e assicurino il trasferimento di soluzioni e conoscenze**

Sul mercato sono già disponibili numerose soluzioni in grado di apportare miglioramenti tangibili ai processi delle aziende sanitarie, in termini di prodotto o servizio. Oltre a progettare internamente tali soluzioni, è opportuno valutare partnership per adattare quelle già esistenti al contesto abruzzese, in modo da ottenere i risultati in tempi brevi. Tali *partnership* devono garantire la formazione del personale che dovrà utilizzare tali soluzioni.

Il Dipartimento, si propone di **(a)** creare le condizioni normative affinché il SSR diventi un "incubatore di impresa", istituendo meccanismi che facilitino e governino lo sviluppo di business, al fine di lanciare sperimentazioni pilota e opportunità di integrazione e *networking* per le nuove imprese con idee innovative, negli spazi del SSR. **(b)** Rendersi attrattivi per la ricerca prendendo spunto da esempi nazionali e internazionali, pensando alla possibilità di mettere a disposizione, tramite appositi protocolli di collaborazione e adeguati strumenti informativi, un *database* centrale, a cui organismi di ricerca, università possano richiedere dati strutturati e anonimizzati per finalità di ricerca. Collaborazioni di questo tipo devono essere alla base di progetti che promuovono il *data sharing* sanitario. **(c)** Identificare le modalità di dialogo con il mercato (es. l'organizzazione di concorsi di idee, *workshop* con ospiti esterni, dialoghi competitivi), che siano finalizzati ad ampi confronti su temi specifici e possano concludersi con l'affidamento di un incarico di progetto al vincitore.

Indicatore di risultato:

- (a) Emanazione del primo bando per promuovere collaborazioni con imprese emergenti entro la data stabilita
- (b) Istituzione di un gruppo di lavoro formato da esperti di sistemi informativi per la valutazione di diverse soluzioni di *data sharing* entro la data stabilita
- (c) Numero di iniziative individuate alla data stabilita

Soggetti coinvolti

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Flussi e Sanità Digitale

■ **Prevedere la formazione del personale nell'ambito dell'innovazione tecnologica**



Per diffondere la cultura dell'innovazione nel Servizio Sanitario Regionale è necessario prevedere momenti di formazione relativamente alle aree di innovazione specifiche (es. farmaci innovativi, strumenti digitali), alla gestione dei progetti e alle procedure di acquisto di innovazione in sanità, avvalendosi del *know-how* interno ed esterno alla Regione.

A tal proposito la regione si impegna **(a)** stipulare convenzioni con enti qualificati a livello regionale e nazionale quali ad esempio AGENAS, AIFA, SNA e università per lo svolgimento di attività strategiche e di supporto finalizzate allo sviluppo, miglioramento ed al potenziamento delle competenze del personale del servizio sanitario regionale. **(b)** avviare un progetto specifico di formazione in ambito di economia sanitaria e medicina gestionale che pone come obiettivo lo sviluppo e il consolidamento di capacità analitiche che permettano di implementare un sistema di analisi dei costi sanitari (*clinical costing*). Tale sistema permetterebbe di determinare i costi per singolo episodio di ricovero e di realizzare un sistema di programmazione/benchmarking per ogni unità di diagnosi e cura.

Indicatore di risultato:

- (a) Stipula delle convenzioni con AIFA [ENTRO GIUGNO 2021 - *adempimento assolto*]
Stipula delle convenzioni con AGENAS [ENTRO GIUGNO 2021 - *adempimento assolto*]
Stipula delle convenzioni con altri enti qualificati
Individuazione fabbisogno formativo tramite elaborazioni di piani formativi di dettaglio [ENTRO SETTEMBRE 2021 - *adempimento assolto*]
- (b) Avvio del percorso formativo sul *clinical costing*

Soggetti coinvolti

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Flussi e Sanità Digitale

■ **Diffondere gli strumenti per ripensare l'attività di individuazione delle innovazioni in chiave di pazienti/percorsi di cura (e non prodotti/mercati)**

I bisogni di salute sono sempre più diversificati in relazione a gruppi di popolazione e in particolare a sei categorie: il paziente sano, occasionale, acuto, cronico, fragile e nel fine vita. I modelli di servizio e le metriche devono rispettivamente adattarsi e rappresentare i bisogni e le aspettative di ciascuna di queste categorie.

Per mettere in atto tale azione, la Regione, si propone di **(a)** avviare la mappatura del *patient journey* attraverso i servizi clinici ed amministrativi delle ASL al fine di iniziare a disporre di valutazioni sulla *patient experience* negli ambiti prioritari identificati dal piano di trasformazione digitale o in caso di criticità emergenti (con strumenti quali la *Value Stream Map*). **(b)** Identificare gli indicatori di *outcome* con i referenti clinici per valutare le *performance* del SSR nelle diverse tipologie di percorso suddivise per *cluster* di pazienti, che sono riconducibili alle sei categorie di pazienti sani, occasionali, acuti, cronici, fragili e nel fine vita. **(c)** Diffondere nelle ASL un approccio per *business case* quale elemento del processo di approvazione delle ipotesi di riorganizzazione dei processi/acquisizione di nuovi beni o servizi che tenga conto dei costi (sorgenti/cessanti) e delle misure di cui sopra.

Indicatore di risultato:

- (a) Numero percorsi mappati rispetto ai programmati alla data stabilita
- (b) Elaborazione di un documento sulle misure di *outcome* per tipologia di percorso alla data stabilita
- (c) Rilascio di linee guida per la valutazione delle proposte di riorganizzazione dei processi a livello aziendale entro la data stabilita



Soggetti coinvolti

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Flussi e Sanità Digitale
- ASL (servizi Clinici e amministrativi)

Cos'è la Value Stream Map?

Per Value Stream Map si intende la mappatura grafica di tutto quell'insieme di processi ed attività che concorrono alla realizzazione di un prodotto, partendo direttamente dal fornitore, passando per tutta la catena di montaggio fino alla consegna del prodotto finito. Il presupposto sul quale basare l'analisi della catena del valore non è il miglioramento del singolo processo, ma l'ottimizzazione globale e continua. L'obiettivo è non focalizzarsi sulla singola attività ma sul flusso, trovando le cause dello spreco e visualizzando gli aspetti che hanno reso più efficiente il processo.

■ **Valutare modelli contrattuali "value for money" anche tramite collaborazioni pubblico-privato che prevedano meccanismi di trasferimento del rischio**

La logica del "value for money" è la ricerca del difficile equilibrio tra economicità, efficienza ed efficacia, durante l'intero ciclo di vita degli investimenti, cercando scenari alternativi come ad esempio l'opzione prevista dal Codice degli Appalti del Partenariato Pubblico Privato (PPP), quale strumento che deve consentire alle amministrazioni sanitarie di trasferire il rischio operativo (ad esempio i costi realizzativi superiori a quelli previsti, il rispetto dei tempi di costruzione, l'installazione della tecnologia) a soggetti privati che hanno la capacità di farsene carico garantendo la realizzazione dell'opera in tempi e costi certi con un livello adeguato di qualità, funzionalità e utilizzabilità e disponibilità dell'opera durante la sua vita. Il PPP deve costituire un'opportunità per la regione Abruzzo per "scramare il mercato" a favore di imprese che possano essere traino di innovazione.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** identificare le figure interne al SSR, che abbiano le competenze base (*business plan/contrattualistica*) per condurre, a livello aziendale e/o regionale, le attività di valutazione economica e contrattualistica per il lancio di collaborazioni pubblico-privato, anche nel perimetro delle *partnership* individuate dal Team di Azione. **(b)** Selezionare i progetti candidabili in virtù della limitata disponibilità di risorse e di competenze per effettuare investimenti autonomi e/o *ex novo*. **(c)** Effettuare gli studi di fattibilità per valutare l'impatto economico e finanziario della scelta *make or buy*, così che la Regione possa valutare i benefici e i costi della collaborazione.

Indicatore di risultato:

- (a) Nomina delle figure competenti entro la data stabilita
- (b) Approvazione progetti selezionati da parte della Direzione entro la data
- (c) Rilascio di studi di fattibilità sui progetti candidabili entro tempistiche condivise

Soggetti coinvolti

- Direzione Dipartimento
- Servizio Flussi e Sanità Digitale



Cos'è il Value for Money ?

Perseguire Value for Money nell'ambito dei processi di acquisto pubblici significa misurare, ex ante, per alcune ipotesi di acquisto il valore generato e quindi scegliere la soluzione in grado di massimizzare questo valore.

Misurare il Value for Money significa misurare queste dimensioni:

- *Economicità: prezzo di acquisto;*
- *Efficienza: Whole of life costs (legati ai costi di gestione e mantenimento dell'oggetto della gara); costi indiretti emergenti come conseguenza dell'utilizzo dell'oggetto della gara, (quali per esempio i maggiori tempi impiegati dal personale per utilizzare il bene/servizio oppure i maggiori costi dovuti a una inferiore qualità); costi di transazione derivanti dalla gestione del contratto;*
- *Efficacia: da definirsi sulla base dell'obiettivo specifico da perseguire con la gara e quindi con l'oggetto della stessa; gli studi sull'efficacia clinica rappresentano la fonte principale per valutare questa dimensione e l'assegnazione di un peso economico richiede l'utilizzo di valutazioni costo/beneficio - costo/efficacia; concorrono alla dimensione dell'efficacia anche valutazioni relative ai maggiori costi clinici imposti dall'acquisto di prodotti di bassa qualità.*

Governare lo sviluppo delle soluzioni tecnologiche locali per garantire omogeneità sul territorio regionale ed integrabilità, fornendo linee guida e raccomandazioni.

Affinché gli investimenti mantengano valore nel corso del tempo, a partire da quelli effettuati sul Fascicolo Sanitario Elettronico e la dematerializzazione dei referti, è importante che le soluzioni scelte oggi siano in linea con un disegno di lungo periodo sull'evoluzione dei sistemi, basato sulla strategia di evoluzione dei servizi sanitari della Regione.

Tuttavia, il percorso di informatizzazione delle ASL in Regione Abruzzo da anni segue percorsi indipendenti, che hanno portato all'adozione di applicativi non omogenei anche all'interno della medesima ASL.

Obiettivo della regione Abruzzo è quello di intervenire perché le scelte immediate di investimento delle ASL siano guidate verso soluzioni in linea con gli standard internazionali ed in linea con requisiti funzionali e di prodotto condivisi centralmente.

A tal fine la regione Abruzzo intende:

- **Definire linee guida per la selezione delle soluzioni informatiche in base a "standard" condivisi e ad un'architettura applicativa e tecnologica regionale**

Per garantire l'omogeneità delle soluzioni a livello regionale, la Regione deve individuare i requisiti di interoperabilità e funzionali minimi a cui ogni tipologia di sistema informativo dovrà attenersi, a partire dai sistemi individuati o dal presente Programma Operativo.

Per mettere in atto tale azione, la Regione, tramite il Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT, si propone di **(a)** definire un'architettura del Sistema Regionale che possa garantire lo sviluppo omogeneo dell'innovazione tecnologica all'interno sia delle singole ASL che della Regione stessa. **(b)** Emanare direttive relativamente all'approvvigionamento dei sistemi informativi aziendali/di reparto affinché sia garantita l'integrazione nel rispetto degli standard internazionali (HL7). **(c)** Emanare su ambiti prioritari linee guida per la *Software selection* e l'implementazione a livello locale delle soluzioni affinché siano in linea con le migliori soluzioni di mercato e rispettino i requisiti informativi minimi definiti dalle direttive. **(d)** Aggregare, con il supporto della stazione appaltante, i fabbisogni di soluzioni specifiche e proporre l'espletamento di gare uniche regionali e/o aderire ad accordi quadro per coordinare le iniziative a livello regionale.

Indicatore di risultato:



- (a) Rilascio dell'architettura applicativa e tecnologica regionale [ENTRO LUGLIO 2021 - *adempimento assolto*]
- (b) Adozione provvedimento contenente le direttive entro la data stabilita Adozione documento di linee guida applicative e per la *Software selection* entro 3 mesi dalla conclusione dei singoli progetti identificati
- (c) Percentuale di soluzioni acquisite nell'ambito di gare centralizzate e/o accordi quadro

Soggetti coinvolti

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Flussi e Sanità Digitale

■ **Avviare il percorso per dotarsi nel lungo periodo di una piattaforma di CCE capace di estrarre, normalizzare e integrare i dati con l'obiettivo di ottenere informazioni integrate *at a glance***

Negli ultimi anni il Sistema Sanitario Nazionale ha vissuto anche a causa dell'invecchiamento della popolazione e all'aumento della cronicità una crescita del numero degli episodi di cura distribuiti sul territorio fra ospedali e presidi diversi, che aggrava la già esistente frammentazione dei processi e dei dati clinici che spesso fanno capo a sistemi informativi isolati e incompatibili, scarsamente integrati tra loro. Questa frammentazione porta conseguenze sia per la salute del paziente che per il Servizio Sanitario (in termini di costi aggiuntivi), a causa di indisponibilità o ritardi nell'ottenere informazioni e per la ripetizione di attività, esami ed accertamenti già effettuati. La disponibilità di un sistema informativo aperto, completo ed evoluto rappresenta quindi un elemento pregiudiziale e condizionante sia per quanto riguarda l'efficacia ed efficienza della gestione interna, che sotto il profilo della competitività dell'azienda sanitaria sullo scenario esterno. In questo quadro, l'integrazione non è un'opzione, diventa fondamentale.

La Regione, quindi, si propone di **(a)** effettuare un *assessment* dei processi clinico-assistenziali e dell'organizzazione allo stato attuale per definire i requisiti organizzativi per implementare una piattaforma comune tra le diverse strutture sanitarie regionali. **(b)** Tradurre gli esiti dell'*assessment* in Linee Guida per l'adozione delle cartelle clinica e per la *Software selection* al fine di coordinare le iniziative autonome aziendali, garantendo l'omogeneità delle funzionalità e l'interoperabilità. In particolare, dovranno essere identificati i requisiti dei singoli moduli (es: valutazione paziente, modulo prescrittivo, terapia farmacologica) e delle eventuali componenti aggiuntive che possono facilitare l'integrazione con il territorio (es: segnalazione di casi "critici" in dimissione alle Unità di Valutazione Multidimensionale). **(c)** Definire, in base agli esiti degli *assessment*, la *roadmap* per adottare lo strumento su scala regionale definendo le scadenze, gli attori coinvolti, le responsabilità e le varie attività formative. In particolare, si pianificherà il lancio della CCE in ambito pilota prima di effettuare il *deployment* su larga scala.

Indicatore di risultato:

- (a) Rilascio di un documento di *assessment* entro la data stabilita
- (b) Rilascio di un documento di linee guida entro la data stabilita
- (c) Rilascio di una *roadmap* di attivazione entro la data stabilita

Soggetti coinvolti

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Flussi e Sanità Digitale



Investire sul personale del Servizio Sanitario Regionale

La normativa nazionale prevede dei vincoli al costo del personale (art. 2 comma 71 della Legge 191/2009 e s.m.i.; art. 11 decreto legge 2019, convertito nella legge 25 giugno 2019, n.60) che, al netto dei rinnovi contrattuali, non può superare l'analoga spesa nell'anno 2004 ridotta dell'1,4%. Nel 2018 in regione Abruzzo, dove attualmente non si raggiunge tale tetto, si è registrato un costo del personale in incremento rispetto agli anni precedenti, che potrebbe far pensare ad un incremento delle risorse impiegate. Tuttavia, tale incremento risulta essere dovuto principalmente al costo dei rinnovi contrattuali per il comparto.

In un settore *labour intensive* come quello sanitario, per erogare un servizio di alta qualità è necessario investire sulle risorse umane deputate alla sua erogazione. La regione Abruzzo presenta ad oggi una complessiva scarsità di risorse, come certificato in sede di rilevazione della spesa del personale e contestualmente la necessità di una migliore allocazione delle risorse presenti.

Avendo ben chiaro l'obiettivo di un miglioramento dei servizi erogati, la Regione ritiene sia necessario investire sul personale del SSR, non solo in termini di quantità di risorse da allocare nelle aree di fabbisogno, ma anche ridefinendo le competenze del personale sanitario e non, valorizzando le professioni e focalizzando il personale carente sulle attività ad alto valore aggiunto.

La Regione pertanto si propone di:

- Identificare le principali aree di fabbisogno del personale del SSR e definire un criterio per prioritizzare le esigenze di assunzione
- Riqualificare il personale del SSR al fine di sollevare le figure professionali carenti da mansioni che possono essere svolte da altro personale o da *robot*
- Attivare progetti di formazione per il personale regionale e per le ASL

Identificare le principali aree di fabbisogno del personale del SSR e definire un criterio per prioritizzare le esigenze di assunzione

La definizione delle aree di fabbisogno di personale è strettamente legata alla domanda di prestazioni sanitarie e al relativo numero di posti letto previsti sia in regime ospedaliero che territoriale. Lo stesso Decreto Ministeriale n. 70 del 2015 definisce la graduale evoluzione di un modello organizzativo della rete che vede l'ospedale come luogo di cura delle acuzie e identifica il territorio come il luogo in cui prendersi cura del paziente cronico, evitando un sovraffollamento degli ospedali di primo livello.

La Regione ha già trasmesso il Piano del Fabbisogno di personale di cui all'art. 1 comma 541 della Legge 208 del 2015 ai competenti Organismi Ministeriali. Nella riunione di verifica del 15/11/2018, tuttavia è emerso che la corretta valutazione del piano del fabbisogno di personale non può prescindere dal completamento dell'attività programmatica della rete ospedaliera e dell'emergenza-urgenza ai sensi del DM n. 70 del 2015.

Nelle more della validazione del suddetto Piano del Fabbisogno da parte del Tavolo e del Comitato, all'esito della rideterminazione delle nuove reti, la Regione deve garantire le assunzioni necessarie per assicurare la continuità nell'erogazione dei LEA, procedendo all'approvazione dei Piani Triennali del Fabbisogno del Personale, adottati dalle ASL ai sensi del DM 08/05/2018, e delle indicazioni operative di cui alla DGR n. 37/2019.

La Regione ritiene necessario identificare le principali aree di fabbisogno regionale e mettere in atto azioni sia nel breve sia nel medio-lungo termine a seconda delle urgenze, al fine di garantire e migliorare l'assistenza, in relazione all'attuazione delle reti territoriale e ospedaliera.



Le azioni che la Regione intende intraprendere sono:

■ **Ridefinire il fabbisogno di personale in coerenza con quanto previsto dalla nuova rete ospedaliera e territoriale**

Il mutato contesto di riferimento richiede di rivalutare l'attuale programmazione della rete territoriale ed ospedaliera. Essendo il fabbisogno del personale definito in funzione dell'attuale programmazione, tale rivalutazione renderà necessario aggiornare il piano di fabbisogno di personale al fine di collegarlo all'attività erogata.

Per mettere in atto tale azione, la Regione si propone di **(a)** elaborare una metodologia di calcolo per il personale territoriale, amministrativo e di altre categorie che sia flessibile e possa essere applicata al variare della rete programmata. **(b)** Definire il fabbisogno di personale territoriale, amministrativo e di altre categorie applicando la metodologia elaborata alla rete programmata e tenendo conto del nuovo assetto istituzionale. La determinazione del fabbisogno di personale dovrà essere coerente con gli atti aziendali delle ASL. **(c)** Aggiornare il fabbisogno di personale dell'ospedale, in coerenza con la nuova rete ospedaliera programmata, applicando la metodologia esistente. Tale fabbisogno dovrà essere integrato con il fabbisogno di personale territoriale, amministrativo e altre categorie per produrre un documento unico regionale che indichi le unità di personale dell'intero SSR.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione della metodologia di calcolo (Si/No) [ENTRO MAGGIO 2021 - *adempimento assolto*]
- (b) Elaborazione di un documento che definisca il fabbisogno di personale territoriale, amministrativo e di altre categorie (Si/No) *adempimento assolto*
- (c) Elaborazione di un documento che aggiorni il fabbisogno di personale ospedaliero (Si/No) *adempimento assolto*

Elaborazione di un documento integrato tra personale territoriale, amministrativo e di altre categorie e personale ospedaliero che possa essere recepito tramite un provvedimento amministrativo (Si/No) *adempimento assolto*

Soggetti coinvolti

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Risorse Umane del SSR
- ASL

■ **Istituire un flusso del personale consolidato e integrato anche con cruscotti di monitoraggio**

La rivalutazione del nuovo piano del fabbisogno non potrà prescindere dal supporto di un flusso del personale strutturato e integrato, con cruscotti dinamici in grado di fornire informazioni relative alle carenze o alle eventuali ricollocazioni di personale all'interno del Servizio Sanitario Regionale.

Con Delibera di Giunta Regionale n. 211 del 2019 sono stati istituiti gli strumenti operativi per il governo e il monitoraggio della voce di spesa del personale, che identificano un set minimo di informazioni per il monitoraggio del personale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Tali informazioni dovranno essere trasmesse periodicamente dalle ASL e andranno ad alimentare dei cruscotti di monitoraggio che permetteranno di visualizzare la distribuzione, l'impiego e il costo del personale del SSR. Saranno inoltre definiti gli indicatori di qualità dei dati trasmessi. Avvalendosi del progetto Art. 79⁷, la Regione sta mettendo in atto le azioni necessarie a raggiungere i risultati attesi in termini di qualità e completezza dei dati.

Contestualmente alla trasmissione dei dati legati a tale Delibera, la Regione, tramite la Direzione del Dipartimento Sanità, si propone di **(a)** elaborare un report periodico sulla base dei risultati emersi dall'analisi dei cruscotti di monitoraggio trimestrali alimentati con i dati trasmessi con il flusso del

⁷ Art. 79, comma 1-sexies, lettera c), Legge 133/2008



personale. Tale report dovrà riportare le evidenze più importanti che emergono dai cruscotti, in particolare le variazioni più rilevanti, i valori più elevati o dinamiche non standard. **(b)** Elaborare un report periodico (sviluppato in coerenza con la metodologia di determinazione del fabbisogno) che colleghi le analisi dei dati del personale con l'attività di produzione dei reparti, identificando le carenze in coerenza con la programmazione. Il fine di tale report è la definizione delle priorità di acquisizione di personale in coerenza con il livello di produzione e la programmazione delle reti. Il Piano Triennale di Fabbisogno del Personale (PTFP), piano delle assunzioni che viene redatto dalle ASL, quindi, dovrà essere coerente con i risultati emersi da tale report oltre che con le reti programmate.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione di un report periodico sui risultati dell'analisi dei cruscotti di monitoraggio trimestrali (N. report elaborati / N. periodi trascorsi) [ENTRO SETTEMBRE 2021, POI UN REPORT OGNI 3 MESI – ADEMPIMENTO ASSOLTO]
- (b) Elaborazione di un report periodico che identifichi le carenze di personale in coerenza con i livelli di produzione e la programmazione delle reti (N. report elaborati / N. periodi trascorsi)

Soggetti coinvolti

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Risorse Umane del SSR
- Servizio Flussi informativi e Sanità Digitale
- ASL

■ **Agevolare la mobilità del personale (singolo o in *équipe*) per incrementare la copertura delle aree più disagiate**

Nel breve termine, allo scopo di coprire le carenze di personale qualificato identificate dall'analisi del fabbisogno, la Regione in collaborazione con le singole Aziende Sanitarie, si doterà di una programmazione regionale che favorisca lo spostamento delle risorse tra i diversi reparti e le strutture. Non si tratterà di trasferimenti di personale, ma dell'identificazione di singoli professionisti o di *équipe* mobili che si sposteranno sul territorio in base alle necessità definite dalla programmazione.

Per mettere in atto tale azione, la Regione, tramite la Direzione del Dipartimento Sanità in collaborazione con l'ASR e le ASL, si propone di **(a)** elaborare un programma di mobilità per il presidio delle aree disagiate basato sulla rotazione delle competenze, in coerenza con la normativa vigente e con l'analisi delle carenze, e aggiornarlo periodicamente. Il programma avrà la finalità di garantire l'erogazione dell'assistenza nei reparti e nelle strutture che registrano criticità in termini di personale. Esso dovrà identificare, in base alle attività erogate dal personale (singolo o in *équipe*), i professionisti che possono essere inclusi nel programma e potrà contenere misure sia definitive sia temporanee. **(b)** Mettere in pratica, tramite le ASL, il programma di mobilità e identificare la struttura amministrativa che si occupi del coordinamento del sistema di spostamenti. Uno dei compiti di tale struttura dovrà essere l'aggiornamento dinamico del calendario degli spostamenti, in coerenza con le nuove necessità emerse da parte dei professionisti e dei reparti/strutture di provenienza e di destinazione.



Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione del programma di mobilità (Sì/No)
- (b) Elaborazione da parte dell'ASL di un report dello stato di attuazione del programma di mobilità (N. report inviati / N. periodi trascorsi)

Soggetti coinvolti

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Risorse Umane del SSR
- ASL

Riquilibrare il personale del SSR al fine di sollevare le figure professionali carenti da mansioni che possono essere svolte da altro personale o da robot

La carenza di personale all'interno dei servizi sanitari è una problematica a livello globale. Nel Regno Unito sono vacanti il 9,2% dei posti di lavoro del NHS, negli USA entro il 2030 saranno necessari 120mila medici e un milione di infermieri, la Cina avrà bisogno di 180mila ostetriche in più entro il 2022 e l'India ha già la necessità di 3,9 milioni unità di personale tra medici e infermieri.⁸

In questo scenario internazionale, l'Italia entro il 2025 avrà una carenza di 16.700 medici e già oggi avverte gli effetti della riduzione del personale sanitario: tra il 2010 e il 2016, i medici sono diminuiti del 6%, gli infermieri del 2% e il personale sanitario di supporto (principalmente OSS) del 4%.⁵

In risposta a questi trend del mercato del lavoro, la Regione intende riquilibrare il personale del SSR sollevando le figure professionali carenti da compiti impropri che dovrebbero essere svolti da altre figure professionali.

Per far ciò, la Regione intende:

- **Rideterminare in coerenza con le previsioni del CCNL le attività dei medici, infermieri, personale addetto all'assistenza e altre professioni sanitarie e non**

È necessario valorizzare le competenze *Core* di ciascuna figura professionale, identificando le sinergie tra i diversi ruoli e riallocando talune funzioni in capo ai diversi attori. Lo sviluppo di un tale sistema organizzativo fondato sulle competenze non può prescindere dalla predisposizione di un documento che declini formalmente le responsabilità e i limiti dei diversi ruoli, dall'individuazione dei relativi processi, dall'identificazione dei ruoli professionali necessari a gestire tali processi e dall'individuazione delle competenze necessarie a rivestire i ruoli.

Per mettere in atto tale azione, la Regione, tramite il Dipartimento Sanità in collaborazione con le ASL, si propone di **(a)** istituire gruppi di lavoro che identifichino le attività che devono necessariamente rimanere in carico a determinati profili professionali e quelle che possono essere assegnate a figure diverse (sanitarie e non). Tali gruppi di lavoro dovranno prevedere la consultazione delle organizzazioni sindacali ed eventuali soggetti di interesse. Inizialmente i gruppi di lavoro dovranno elaborare un programma delle attività. **(b)** Elaborare, tramite i gruppi di lavoro, le declaratorie professionali comprensive degli elementi abilitanti per svolgere le attività (es. strumenti, tecnologie, ...) e identificare le azioni necessarie per trasferire le competenze tra le varie figure professionali. Tali elementi dovranno essere raccolti in un provvedimento regionale.

Indicatori di risultato:

- (a) N. riunioni avvenute / N. riunioni previste dal cronoprogramma
- (b) Emanazione di un provvedimento che contenga le declaratorie professionali e le azioni necessarie al trasferimento delle mansioni (Sì/No)

⁸ Britnell, M. (2019). Human. Solving the Global Workforce Crisis in Healthcare



Soggetti coinvolti

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Risorse Umane del SSR
- ASL

■ **Identificare in collaborazione con il personale del SSR le attività routinarie che possono essere automatizzate e acquisire i sistemi tecnologici adeguati**

Per migliorare i processi è necessario conoscerli a fondo e il modo migliore per analizzarli è quello di coinvolgere i soggetti che ne sono parte attiva nel disegno della *Value Stream Map (VSM)*. La VSM è uno degli strumenti disponibili per la razionalizzazione dei processi e potrebbe aiutare nell'identificazione di quei compiti routinari che potrebbero essere automatizzati. Sulla base degli esiti di queste analisi la Regione si dovrà dotare di sistemi tecnologici adeguati all'espletamento di tali funzioni.

Per mettere in atto tale azione, la Regione, tramite il Dipartimento Sanità, si propone di **(a)** identificare degli esperti nell'analisi di processi, scelti tra il personale del SSR e adeguatamente formati, che evidenzino i processi che è prioritario ottimizzare ed elaborino un piano di efficientamento, completo di cronoprogramma, da aggiornare periodicamente. **(b)** Istituire e attivare gruppi di lavoro per la mappatura dei processi selezionati nel piano di efficientamento e delle loro interdipendenze con altri processi. **(c)** Associare dove possibile metodi di automazione alle attività, identificando i pro e i contro delle varie opzioni e includendo una valutazione economica del conseguente risparmio e del costo di acquisizione delle diverse soluzioni proposte. **(d)** Elaborare un documento che identifichi le modalità di acquisizione dei sistemi. Tale attività sarà in carico all'Ufficio del CTO a seguito della sua istituzione o, nelle more dell'attivazione di tale Ufficio, ad una figura professionale assimilabile/equivalente.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione del piano di efficientamento completo di cronoprogramma (Si/No)
- (b) N. processi mappati / N. processi previsti in coerenza con il cronoprogramma
- (c) N. documenti elaborati con valutazione economica / N. processi mappati
- (d) Elaborazione di un documento che raccolga i risultati dell'analisi effettuata sulle modalità di acquisizione dei sistemi (Si/No)

Soggetti coinvolti

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Risorse Umane del SSR
- Servizio Sanità Digitale e Flussi Informativi
- ASL

Attivare progetti di formazione per il personale regionale e per le ASL

L'onda di innovazione che sta travolgendo il nostro Paese può essere gestita solamente da una forza lavoro preparata e dotata di competenze specifiche, che fornisca supporto tecnico in un contesto di costante cambiamento.

Nella realtà delle Regioni in Piano di Rientro spesso i *background* formativi non sono adeguati alle necessità tecniche e il personale è distribuito con scarsa logica tra le funzioni e frequentemente dotato di una composizione inadeguata, sia per titolo che per qualifica.

A tale fine, devono essere avviati progetti di formazione in affiancamento alle strutture aziendali. Da un lato è necessario strutturare un progetto di sviluppo dei professionisti del futuro, dall'altro



si deve riuscire a bilanciare le due esigenze parallele e contrastanti di mantenere l'operatività aziendale e al contempo di far evolvere le modalità di esecuzione delle attività per mantenersi dinamicamente adeguati al contesto.

Per raggiungere tale obiettivo, le azioni che la regione Abruzzo si propone di attuare sono:

- **Definire un piano formativo finalizzato all'espansione dei confini professionali (sia per le risorse regionali che per i professionisti sanitari) con diverse modalità di apprendimento, prediligendo il *learning by doing***

La definizione di un piano formativo può rivolgersi a due tipologie di esigenze: da un lato può essere necessario sviluppare e migliorare competenze già acquisite, dall'altro può essere richiesta l'acquisizione di nuove competenze. Nella definizione dei percorsi formativi, la Regione intende privilegiare modalità di formazione *learning by doing*, che permette di apprendere in modo rapido ed empirico, trattenendo il massimo da ciò che si fa.

Per mettere in atto tale azione, la Regione, tramite il Dipartimento Sanità, si propone di **(a)** elaborare, sulla base del fabbisogno di competenze individuato, percorsi formativi standard per i diversi profili. La formazione potrà essere erogata tramite corsi interni o presso enti esterni, con modalità frontali o interattive, anche tramite piattaforme *e-learning*, prevedendo più possibile le modalità di formazione *learning by doing*. **(b)** Associare le singole risorse regionali ai percorsi standard e integrare/modificare il piano di formazione, assieme a loro, sulla base di attitudini e compiti specifici, oltre che sulla base delle competenze già acquisite. **(c)** Formare esperti di *Lean* certificati che siano referenti per le attività di ridisegno dei processi e dei percorsi dei pazienti. Tale personale da formare potrà essere identificati tra il personale del SSR e dovrà essere individuato almeno un esperto per ogni ASL.

Indicatori di risultato:

- (a) N. percorsi formativi standard elaborati / N. profili delle risorse regionali identificati per l'assetto organizzativo
- (b) N. piani personalizzati / N. risorse regionali presenti
- (c) N. esperti *Lean* certificati / N. esperti individuati

Soggetti coinvolti

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Risorse Umane del SSR
- Ufficio Affari Legali e Generali
- ASL

- **Promuovere la partecipazione ad eventi formativi sottolineando la loro importanza come opportunità per il singolo e non solo come necessità per il sistema**

In un contesto in cui si lavora sempre per urgenza tralasciando spesso le cose importanti, la partecipazione ad eventi formativi è raramente vista come un'attività prioritaria. Per garantire che il sistema sia gestito da persone di valore, non si può invece prescindere da un aggiornamento costante allineato al contesto in continua evoluzione. A tal fine è quindi necessario trasmettere ai singoli professionisti l'importanza della partecipazione agli eventi formativi, non solo come necessità per il sistema ma anche come opportunità per il singolo di avere un'evoluzione professionale che gli permetta di continuare a sentirsi parte dell'obiettivo condiviso.

Per mettere in atto tale azione la Regione, tramite il Dipartimento Sanità, si propone di **(a)** incaricare il personale del Dipartimento Sanità e di organizzare degli eventi formativi presso il dipartimento o all'esterno, coinvolgendo i colleghi e incoraggiando il *networking* informale. **(b)** Condividere periodicamente un calendario degli eventi (interni ed esterni) che il Dipartimento ritiene interessanti e raccogliere le volontà di adesione da parte del personale regionale. Pianificare la partecipazione a tali eventi in coerenza con le necessità lavorative. **(c)** Elaborare un documento, in collaborazione con le ASL, che declini chiaramente gli eventi formativi di interesse per il personale in Azienda, sia tra quelli identificati per il personale regionale sia includendo ulteriori eventi. Tale documento dovrà



elencare gli eventi specifici identificati, declinare le modalità e i requisiti per l'inserimento di ulteriori eventi nella lista e integrarsi con il piano formativo delle ASL associando gli eventi formativi ai vari profili professionali e declinando tempistiche e priorità.

Indicatori di risultato:

- (a) N. eventi organizzati / N. eventi assegnati
- (b) N. condivisioni calendario e aggiornamento pianificazione / N. periodi trascorsi
- (c) Emanazione di un provvedimento amministrativo che identifichi gli eventi formativi, integrato con il piano di formazione e relativo cronoprogramma (Si/No)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Risorse Umane del SSR
- Ufficio Affari Legali e Generali
- ASL



Promozione della salute e prevenzione attiva

Il mutato contesto socio-epidemiologico, l'allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione, con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, l'aumento della cronicità e la sempre più frequente insorgenza di multi-patologie sul singolo paziente, impone una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità, basati sulla medicina di iniziativa in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano Nazionale della Prevenzione.

L'Intesa Stato-Regioni n. 209/CSR del 18 dicembre 2019 concernente il nuovo Patto per la Salute 2019-2021 e, nella fattispecie, la scheda n. 12 del Patto che impegna il Governo e le Regioni ad implementare gli investimenti in promozione della salute e prevenzione favorendo l'integrazione delle politiche sanitarie e il raccordo funzionale tra Piano Nazionale Prevenzione e Piano Nazionale Cronicità e gli ulteriori strumenti di pianificazione nazionale, evidenzia espressamente - secondo i principi della "Salute in tutte le politiche" e in collegamento con gli indirizzi internazionali in materia di prevenzione – la necessità di garantire equità e contrasto alle diseguglianze di salute, di rafforzare l'attenzione ai gruppi fragili, di perseguire un approccio di genere, di considerare le persone e le popolazioni in rapporto agli ambienti di vita (setting di azione), di orientare le azioni al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza (approccio life course), ponendo in atto interventi basati su evidenze di costo efficacia, equità e sostenibilità, finalizzati alla promozione di stili di vita sani e alla rimozione dei fattori di rischio correlati alle malattie croniche non trasmissibili. L'Intesa intende altresì valorizzare l'impegno a rafforzare una visione di salute pubblica in un'ottica "One Health", che si basa sulla progettazione e attuazione di programmi, politiche, legislazione e ricerca, in cui più settori comunicano e collaborano per ottenere migliori risultati di salute pubblica, mediante un metodo collaborativo, multidisciplinare, multi-professionale. L'approccio "One Health" considera la salute umana e la salute degli animali come interdipendenti e legati alla salute degli ecosistemi in cui sono contestualizzati;

Il presente Programma Operativo intende stabilire le aree prioritarie di intervento per lo sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute, in esecuzione di quanto previsto dal Patto per la Salute e degli ulteriori strumenti di pianificazione nazionale.

Per realizzare questo obiettivo la Regione intende:

- Proseguire nell'attuazione dei Piani nazionali della prevenzione
- Incentivare le campagne di screening
- Potenziare gli interventi sulla sicurezza sui luoghi di lavoro
- Formare gli operatori sanitari per la promozione della salute e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza

Proseguire nell'attuazione dei Piani nazionali della prevenzione

La politica regionale nella prevenzione e tutela sanitaria è già ben delineata mediante gli strumenti di programmazione vigenti, tra i quali si evidenziano prioritariamente il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019, il Piano regionale GAP (Gioco Azzardo Patologico), il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza (PNCAR), il Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS), Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia.

Nelle more della definizione del sottoinsieme di indicatori previsto dal comma 4 dell'art. 2 del DM 12 marzo 2019 (Nuovo Sistema di Garanzia, NGS) e della valorizzazione degli stessi, verrà utilizzato l'apposito set di indicatori approvato per l'anno 2007 dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, con i relativi target, siccome aggiornati annualmente dal Comitato stesso. I predetti Piani prevedono sia le azioni da porre in essere che i risultati attesi e gli indicatori specifici per il monitoraggio, come riportato nel box.



Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS)

Il Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS) prevede l'esplicito impegno delle Regioni nel delineare e realizzare progetti finalizzati alla definizione di modelli di intervento per ridurre il numero delle nuove infezioni, nel facilitare l'accesso al test e l'emersione del sommerso, nel garantire a tutti l'accesso alle cure, nel favorire il mantenimento in cura dei pazienti diagnosticati e in trattamento, nel migliorare lo stato di salute e di benessere delle persone PLWHA, nel tutelare i diritti sociali e lavorativi delle persone PLWHA, nel promuovere la lotta allo stigma, nel promuovere l'Empowerment e il coinvolgimento attivo delle popolazioni chiave.

Il PNAIDS prevede per ogni obiettivo i risultati da raggiungere nel triennio di riferimento e gli indicatori di risultato e di percorso. In particolare, il documento si propone di conseguire:

- *l'incremento della percentuale dei casi diagnosticati e mantenuti in cura fino al raggiungimento del 90% delle persone con HIV/AIDS, che si stimano viventi in Italia;*
- *l'attivazione di un percorso diagnostico terapeutico definito in almeno l'80% dei centri clinici deputati all'assistenza delle persone con HIV/AIDS;*
- *il mantenimento di livelli di viremia <50 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% di fallimenti virologici/anno);*
- *la riduzione a meno del 5% all'anno della perdita di contatto da parte dei Centri clinici con i pazienti seguiti dai Centri;*
- *la riduzione del 50% dei casi di diagnosi tardiva di infezione (AIDS presenter, conte di CD4 \leq 200/ μ L);*
- *la riduzione del 25% dei casi che si presentano con CD4 > 200 < 350/ μ L;*
- *l'allineamento con action plan dell'OMS/EU.*

Piano regionale sul Gioco d'Azzardo Patologico

Il Piano regionale sul Gioco d'Azzardo Patologico persegue i seguenti obiettivi generali:

- *promuovere le attività di cura e riabilitazione per le persone affette da GAP*
- *istituzione e attivazione di un Osservatorio Epidemiologico Regionale GAP*
- *realizzare attività di prevenzione del GAP*
- *attuare la formazione di operatori e attori coinvolti dal fenomeno*

e definisce le relative azioni che le ASL sono tenute a porre in essere;

Piano di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza (PNCAR)

Il Piano di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza (PNCAR) prevede:

- *l'implementazione di un sistema coordinato, integrato e capillare per la sorveglianza e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (I.C.A.) nelle Strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, della Regione Abruzzo.*
- *la definizione di un programma di intervento per una stewardship antimicrobica regionale omogenea a livello territoriale ed ospedaliero, mirata alla implementazione diffusa di un uso appropriato dei farmaci antibiotici ed antifungini e del sistematico monitoraggio del loro impatto epidemiologico;*
- *l'attivazione di sistemi di sorveglianza informatizzati e centralizzati per studiare la reale diffusione dei microrganismi MDRO (Multi-Drug Resistant Organisms) e degli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae - CRE) nella Regione Abruzzo*
- *il monitoraggio della prescrizione antibiotica ospedaliera e territoriale nella Regione Abruzzo, sia per quanto riguarda gli antibiotici sottoposti all'obbligo di richiesta nominativa motivata che per quanto attiene agli altri antibiotici, e produzione reportistica periodica;*
- *il monitoraggio costante del consumo dei farmaci antimicrobici in ambito veterinario.*



Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia

Nel 2012 l'OMS ha lanciato a livello globale lo Strategic Plan 2012-2020, con l'obiettivo di ridurre i decessi per morbillo in tutto il mondo di almeno il 95% rispetto ai livelli del 2000 e di eliminare il morbillo e la rosolia entro la fine del 2020 in almeno 5 Regioni dell'OMS, compresa la Regione Europea. In Italia, gli obiettivi dell'OMS sono specificati nel Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita PNEMoRc 2010-2015 e rinnovati nel nuovo PNEMoRc 2019-2023 in fase di approvazione. Il nuovo Piano contiene gli obiettivi da raggiungere, le azioni opportune per favorirne il conseguimento, i ruoli e le responsabilità dei diversi attori istituzionali, il percorso per il monitoraggio annuale. Si evidenzia che dal 2013 in Italia è attivo il sistema di sorveglianza integrata morbillo-rosolia, che ha permesso di rafforzare la sorveglianza di queste malattie, e il 12 novembre 2018 è stata pubblicata dal Ministero della Salute la Circolare "Aggiornamento del sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia, per il rafforzamento degli obiettivi di eliminazione", con lo scopo di aggiornare il sistema di sorveglianza integrata e rafforzare le linee guida per la corretta diagnosi, la classificazione dei casi e la standardizzazione per la raccolta dati. Come indicato dall'OMS, per il raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione è necessario, oltre a un'adeguata copertura vaccinale, disporre anche di un sistema di sorveglianza efficace, sostenuto da una tempestiva e affidabile conferma di laboratorio dei casi e dei focolai. Per questo motivo, a partire dal 2002, l'OMS ha istituito una Rete europea di 72 Laboratori di Riferimento accreditati (OMS-LabNet). In Italia il Laboratorio Nazionale di Riferimento per il Morbillo e Rosolia (LNR), membro accreditato WHO/LabNet, è collocato presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Inoltre, a partire dal 2017, l'Italia si è dotata di una rete di laboratori di riferimento - MoRoNet - coordinata dal LNR. La Rete Nazionale di Laboratori di Riferimento MoRoNet è costituita da 12 laboratori localizzati in 11 delle 21 Regioni italiane supervisionati dal Laboratorio Nazionale di Riferimento per il Morbillo e la Rosolia (LNR) e rispondenti agli standard di qualità stabiliti dall'OMS. A seguito dell'istituzione della predetta Rete si è osservato un netto miglioramento degli indicatori di performance del sistema di sorveglianza così come il tasso di identificazione genotipica dei focolai epidemici. Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 200 del 15.04.2019 la Giunta regionale, nel modificare la scheda flusso di segnalazione e la scheda notifica morbillo, ha recepito la Circolare del Ministero della Salute del 2018 ed ha disposto di fare ricorso, nelle more dell'individuazione del Laboratorio di Riferimento regionale per la diagnosi molecolare e/o la tipizzazione dei virus del morbillo e della rosolia, al Laboratorio Nazionale di Riferimento, demandando a livello aziendale la sola diagnosi sierologica. La riferita DGR 200/2019 prevede di fare ricorso, nelle more dell'individuazione del Laboratorio di Riferimento regionale per la diagnosi molecolare e/o la tipizzazione dei virus del morbillo e della rosolia, al Laboratorio Nazionale di Riferimento, demandando a livello aziendale la sola diagnosi sierologica.

La Regione si pone quindi come obiettivo il monitoraggio dell'attuazione dei suddetti Piani secondo gli specifici indicatori ivi riportati ed il raggiungimento degli obiettivi previsti secondo le tempistiche previste.

Nello specifico per quanto riguarda i vari Piani, la Regione si propone di:

■ **Attuare il Piano della Prevenzione nelle tempistiche riportate e monitorare il raggiungimento degli obiettivi previsti**

Per quanto attiene il Piano della Prevenzione si precisa che il Nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 è stato approvato con specifica Intesa Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n. 131, in data 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/CSR).

L'Intesa prevede che il Ministero della salute, entro quattro mesi dalla data dell'a stessa, renda disponibili alle Regioni i necessari strumenti a supporto della predisposizione dei Piani Regionali della Prevenzione (PRP); l'Intesa prevede altresì le tempistiche per il recepimento della stessa da parte delle Regioni (31 dicembre 2020), per l'inserimento nella piattaforma web-based delle informazioni regionali richieste per la programmazione regionale (31 maggio 2021) ed, infine, per l'adozione del PRP da parte delle regioni (30 settembre 2021), previa valutazione del Ministero della Salute.



Per il 2020, pertanto, nelle more dell'approvazione del Piano regionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 prevista per il 2021, si confermano, con tutti i limiti previsti dalla interruzione delle attività legata all'emergenza SARS-Cov2, gli obiettivi ed indicatori LEA vigenti in materia di Prevenzione.

Per l'anno 2021 il risultato programmato consiste nell'adozione dell'atto di programmazione regionale in linea con le indicazioni nazionali e per il 2022, in coerenza con le tempistiche previste nell'Intesa Stato-Regioni, anche relativamente alla valutazione annuale Ministeriale del Piano regionale di prevenzione ai fini della relativa certificazione annuale, il risultato programmato consiste nel rispetto della proporzione (60%) degli indicatori certificativi come declinati nella nuova programmazione regionale.

In particolare il presente Programma Operativo chiede di porre particolare attenzione nel **(a)** sostenere e consolidare l'attività di rilevazione dei comportamenti e stili di vita previsti dai sistemi PASSI, PASSI D'Argento, OKKIO alla salute, HBSC, con il raggiungimento del numero delle interviste fissato a livello nazionale. **(b)** Sostenere e consolidare, secondo specifiche direttive regionali, i sistemi di sorveglianza previsti dalla normativa vigente e, in particolare, il sistema di sorveglianza dell'influenza denominato "Influnet"; il sistema di sorveglianza HIV; il sistema di sorveglianza delle paralisi flaccide acute. **(c)** Potenziare la prevenzione delle malattie attraverso gli screening oncologici mediante **c.1)** Promuovere iniziative e azioni tese ad aumentare l'estensione degli inviti sino a raggiungere/mantenere al 31 dicembre di ciascuna annualità il mantenimento dell'estensione raggiunta nell'anno precedente ovvero il raggiungimento del 100% della popolazione target per lo screening della mammella, del colon-retto e della cervice uterina; **c.2)** Promuovere iniziative e azioni, poste in essere secondo specifiche direttive regionali, tese ad aumentare l'adesione agli screening sino a raggiungere/mantenere al 31 dicembre di ciascuna annualità il mantenimento della copertura raggiunta nell'anno precedente ovvero il raggiungimento del 60% della popolazione target per lo screening della cervice uterina, del 65% della popolazione target per lo screening della mammella e del 50% della popolazione target per lo screening del colon-retto; **c.3)** Definire un modello organizzativo di governance delle attività di screening, tenendo conto dei punti di forza e di criticità aziendali siccome evidenziati a seguito della mappatura aziendale organizzativa (ospedaliera e territoriale) effettuata negli anni precedenti. **(d)** Provvedere all'implementazione ed all'aggiornamento continuo dell'anagrafica pazienti nonché all'integrazione della stessa con le altre banche dati aziendali (Flusso specialistica ambulatoriale, SDO, etc.) per la puntuale individuazione dell'utente target ed un adeguato arruolamento; iniziative e azioni tese ad innalzare le coperture di vaccinazione antinfluenzale della popolazione target (ultrasessantacinquenni) al fine di raggiungere/mantenere nelle campagne antinfluenzali 2020-2021, 2021-2022 e 2022-2023 una copertura $\geq 75\%$. **(e)** Sviluppare programmi specifici di intervento tesi alla promozione di un sistema integrato di sicurezza e di miglioramento della qualità della vita lavorativa e, nella fattispecie, realizzare piani di prevenzione e interventi di vigilanza, siccome previsto dal Piano Regionale per la Prevenzione vigente e nel rispetto degli obiettivi fissati dal patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM del 1° Agosto 2007), raggiungendo una copertura di controlli effettuati almeno pari al 5% delle imprese attive sul territorio. **(f)** Attivare controlli ufficiali e modalità operative ed organizzative connesse alle finalità richieste dal piano nazionale di vigilanza e dal piano regionale dei controlli sul rischio chimico, siccome approvato annualmente (REACH) – D.G.R. n. 242/2010, D.G.R. n. 476/2010 in base al Regolamento CE n. 1907/2006. **(g)** Potenziare la vigilanza ed il controllo nel comparto delle costruzioni in applicazione della procedura regionale approvata con delibera n. D.G.R. 322 del 26/06/2017 e secondo gli standard indicati nel Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia, con interventi in numero di cantieri al 31 dicembre di ciascun anno, pari al 15% delle notifiche dell'anno precedente (azione n. 10 del Programma 7 del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018). **(h)** Potenziare la vigilanza ed il controllo nel comparto agricolo-forestale in applicazione della procedura e degli indirizzi regionali approvati, con interventi nelle aziende agricole, compresi controlli nelle rivendite di macchine attrezzature agricole e controlli negli allevamenti, in applicazione della procedura di vigilanza in agricoltura approvata con DGR n. 709 del 28/09/2018. **(i)** Analizzare l'andamento delle malattie professionali denunciate ed indennizzate dall'INAIL, e di quelle denunciate e segnalate ai SPSAL, nel complesso e con riferimento alle malattie muscoloscheletriche, ai tumori professionali e alle patologie da stress lavoro correlato, individuando i comparti lavorativi a maggiore incidenza **(l)** Analizzare l'andamento delle malattie professionali denunciate ed indennizzate dall'INAIL, e di quelle denunciate e segnalate ai SPSAL, nel complesso e con riferimento alle malattie muscoloscheletriche, ai tumori professionali e alle patologie da stress lavoro correlato, individuando i comparti lavorativi a maggiore incidenza



Indicatori di risultato:

(a), (b), (c), (d), (e), (f), (g), (h), (i), (l) Attuazione di tali obiettivi specifici nel rispetto delle tempistiche previste dal piano

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Prevenzione Sanitaria e Medicina Territoriale
- Ufficio Implementazione e Monitoraggio dell'attuazione dei Piani Strategici Nazionali (Ufficio istituendo)
- ASL

■ **Attuare nelle tempistiche previste e monitorare il Piano della Prevenzione vaccinale**

Per quanto attiene il Piano della Prevenzione vaccinale la Regione nell'arco del biennio del presente Programma Operativo porrà in essere ogni utile iniziativa al fine di **(a)** garantire la chiamata attiva per tutte le coorti previste nel Piano nazionale di Prevenzione vaccinale 2017-2019 (PNPV) al fine di raggiungere e/o mantenere le percentuali di copertura di tutte le vaccinazioni obbligatorie (difterite, tetano, polio, epatite b, pertosse, meningococco, pneumo, MPR, varicella, HPV) come previste nel Nuovo Piano nazionale di Prevenzione vaccinale 2017-2019, di cui all'Intesa Stato regioni del 10 gennaio 2017 (Rep. Atti 10/CSR), come recepita dalla Regione Abruzzo con DGR n. 105 del 14 marzo 2017. Nell'attesa della emanazione dell'Intesa Stato-Regioni che approva il Nuovo piano di prevenzione vaccinale 2020-2021 le ASL sono tenute a continuare a garantire la chiamata attiva per tutte le coorti previste nel Piano nazionale di Prevenzione vigente al fine di raggiungere e/o mantenere le percentuali di copertura di tutte le vaccinazioni obbligatorie (difterite, tetano, polio, epatite b, pertosse, meningococco, pneumo, MPR, varicella, HPV), come di seguito riportato: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) pari o > 95%; copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) pari o > 95%. **(b)** Proseguire ogni utile iniziativa per attuare compiutamente quanto previsto dalla Legge n.119/2017 "Conversione in legge, con modificazioni del decreto legge 7 giugno 2017, n.73 recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" ed in particolare garantire i recuperi vaccinali per i soggetti inadempienti e aggiornare l'anagrafica vaccinale informatizzata, sino al completamento dell'eventuale recupero dei dati relativi alle coorti dei nati dal 2001. **(c)** Relativamente alla vaccinazione contro la varicella, anche ai fini della certificazione annuale LEA, raggiungere, per ciascun anno di riferimento, il tasso di copertura di seguito riportato:

I.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro la varicella (V)	(numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino anti-V, nel secondo anno di vita) / (numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita, ossia nati 2 anni prima) x 100	≥ 60%
--	--	-------

Indicatori di risultato:

(a), (b), (c) Attuazione di tali obiettivi specifici nel rispetto delle tempistiche previste dal piano

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Prevenzione Sanitaria e Medicina Territoriale
- Ufficio Implementazione e Monitoraggio dell'attuazione dei Piani Strategici Nazionali (Ufficio istituendo)
- ASL



■ **Attuare nelle tempistiche previste e monitorare il Piano regionale sul Gioco d'Azzardo Patologico**

Il Piano regionale GAP (Gioco Azzardo Patologico) per il biennio 2019-2020, a seguito dell'approvazione dell'Osservatorio nazionale sul Gioco d'Azzardo, è stato approvato con Deliberazione di giunta regionale n.346 del 22.6.2020. Detto piano prevede la prosecuzione delle attività già avviate con DGR 383 del 14 luglio 2017 – siccome modificato con DGR 644 del 9 agosto 2018 – come di seguito: promozione delle attività di cura e riabilitazione dei pazienti affetti da GAP, promozione dei gruppi di mutuo aiuto, aumento della conoscenza dei rischi e l'empowerment nella popolazione generale, promozione delle iniziative per aumentare la consapevolezza dei rischi, potenziamento dei fattori di protezione nella popolazione giovanile, nei docenti e nei genitori.

Indicatori di risultato:

- (a) Attuazione di tali obiettivi specifici nel rispetto delle tempistiche previste dal piano [ENTRO

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio regionale Prevenzione Sanitaria e Medicina Territoriale
- Ufficio Implementazione e Monitoraggio dell'attuazione dei Piani Strategici Nazionali (Ufficio istituendo)
- Servizi Dipendenze Patologiche delle AASSLL

■ **Attuare nelle tempistiche previste e monitorare il Piano di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza (PNCAR)**

La Regione nell'arco del biennio del presente Programma Operativo porrà in essere ogni utile iniziativa al fine di perseguire gli obiettivi previsti nel PNCAR secondo le tempistiche ivi contenute; a tal fine le ASL sono tenute a porre in essere le specifiche azioni definite a livello regionale seguendo le relative indicazioni operative.

Indicatori di risultato:

- (a) Attuazione di tali obiettivi specifici nel rispetto delle tempistiche previste dal piano

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Prevenzione Sanitaria e Medicina Territoriale
- Servizio Assistenza farmaceutica
- Ufficio Implementazione e Monitoraggio dell'attuazione dei Piani Strategici Nazionali (Ufficio istituendo)
- ASL

■ **Attuare nelle tempistiche previste e monitorare il Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS)**

Il PNAIDS si propone di conseguire nel triennio di vigenza del Piano. La Regione nell'arco del biennio del presente Programma Operativo porrà in essere ogni utile iniziativa al fine di **(a)** incrementare la percentuale dei casi diagnosticati e mantenuti in cura fino al raggiungimento del 90% delle persone con HIV/AIDS; **(b)** Attivare un percorso diagnostico terapeutico definito in almeno l'80% dei centri clinici deputati all'assistenza delle persone con HIV/AIDS; **(c)** mantenere livelli di viremia <50 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% di fallimenti virologici/anno); **(d)** ridurre a meno del 5% all'anno della perdita di contatto da parte dei Centri clinici con i pazienti seguiti dai Centri; **(e)** ridurre del 50% dei casi di diagnosi tardiva di infezione (AIDS presenter, conte di CD4 ≤200/μL); **(f)**



ridurre del 25% dei casi che si presentano con $CD4 > 200 < 350 / \mu L$; **(g)** garantire un allineamento con action plan dell'OMS/EU

Le ASL sono tenute a porre in essere le specifiche azioni definite a livello regionale seguendo le relative indicazioni operative, al fine di perseguire nel triennio 2020/22 - a livello aziendale e quindi regionale - gli obiettivi suindicati.

Indicatori di risultato:

(a), (b), (c), (d), (e), (f), (g) Attuazione di tali obiettivi specifici nel rispetto delle tempistiche previste dal piano

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Prevenzione Sanitaria e Medicina Territoriale
- Ufficio Implementazione e Monitoraggio dell'attuazione dei Piani Strategici Nazionali (Ufficio istituendo)
- ASL

■ **Attuare nelle tempistiche previste e monitorare il Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia, per il conseguimento degli obiettivi di eradicazione**

La Regione Abruzzo, tenendo conto dei risultati negativi raggiunti negli anni 2017 e 2018 relativi alla sorveglianza del morbillo e, nella fattispecie al tasso di genotipizzazione dei focolai di morbillo ed alla luce del miglioramento evidenziato nell'anno 2019, a seguito delle azioni poste in essere, intende **(a)** individuare il Laboratorio di Riferimento regionale per la diagnosi molecolare e/o la tipizzazione dei virus del morbillo e della rosolia nel rispetto di quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni (Rep. Atti n. 61/CSR del 23 marzo 2011) sul documento recante "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio", per centralizzare la genotipizzazione dei focolai di morbillo attraverso la individuazione del laboratorio di riferimento regionale. La Regione Abruzzo, con la individuazione del proprio laboratorio di riferimento regionale intende contribuire alla sorveglianza nazionale attraverso la inclusione nella rete nazionale MoroNet avviando il relativo percorso di accreditamento. **(b)** recepire il Nuovo Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2019-2023, in corso di approvazione con specifica Intesa Stato regioni Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia definendo le azioni da porre in essere a livello regionale **(c)** adottare, nell'ambito del sistema di sorveglianza del morbillo/rosolia previsto dal Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc), gli adempimenti di competenza per il raggiungimento, per ciascun anno, del valore soglia di cui ai sottoindicati indicatori monitorati anche ai fini della certificazione annuale LEA.

U.2.1 Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	(numero di casi sospetti di morbillo testati dal laboratorio nazionale di riferimento dell'ISS) (numero di casi sospetti di morbillo)*100	$\geq 80\%$
U.2.2 Identificazione virale (morbillo)	(Numero di focolai di morbillo genotipizzati) / (Numero di focolai identificati) x 100	$\geq 80\%$
I.2 - Tempestività dell'indagine	(N. di casi di morbillo notificati che hanno una indagine epidemiologica adeguata [^] ≤ 48 ore dalla segnalazione) / (N. casi sospetti di morbillo notificati) X 100	$\geq 80\%$

(d) Raggiungere e mantenere una copertura vaccinale $\geq 95\%$ per la prima dose di vaccino contro il morbillo e la rosolia entro i 24 mesi di vita e per la seconda dose a 5 6 anni, a livello regionale e di ASL e $\geq 90\%$, attraverso l'uso del vaccino MPR o MPRV che consente di perseguire anche l'obiettivo di controllo della parotite; **(e)** Aumentare la copertura vaccinale negli adolescenti e negli adulti suscettibili attraverso la realizzazione di iniziative vaccinali supplementari; **(f)** Aumentare la copertura vaccinale nei



soggetti a rischio e a particolari gruppi, di qualsiasi età, con peculiare attenzione per: operatori sanitari e scolastici, militari, gruppi “difficili da raggiungere” quali i nomadi e alcuni gruppi etnici, attraverso l’attuazione di azioni efficaci; **(g)** Migliorare il monitoraggio e la valutazione degli eventi avversi a vaccino; **(h)** Migliorare la disponibilità di informazioni scientifiche relative a morbillo rosolia da diffondere tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale.

Indicatori di risultato:

- (a) Individuazione laboratorio regionale di riferimento [ENTRO DICEMBRE 2020 – ADEMPIMENTO ASSOLTO]
- (b) Recepimento del Nuovo Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2019-2023, a seguito dell’approvazione dell’Intesa Stato-Regioni
- (f) Offrire la vaccinazione MPR agli operatori sanitari e scolastici al momento dell’assunzione nel caso di operatori già assunti, proporre la vaccinazione/vaccinare i soggetti suscettibili, coinvolgendo i medici competenti

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Prevenzione Sanitaria e Medicina Territoriale
- Ufficio Implementazione e Monitoraggio dell’attuazione dei Piani Strategici Nazionali (Ufficio istituendo)
- Servizi Igiene e sanità Pubblica delle AASSLL
- Medici competenti
- Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta

Formare gli operatori sanitari per la promozione della salute e la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza

Con Deliberazione di Giunta regionale n. 105/2017 è stata recepita l’Intesa ai sensi dell’art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019” (rep. Atti n.10/CSR). Nella parte relativa alle vaccinazioni per soggetti a rischio per esposizione professionale si prevede espressamente che “...*Alcune categorie professionali che lavorano a contatto con soggetti ... potenzialmente infetti, sono a rischio di esposizione a malattie infettive prevenibili con vaccinazione. Per tali categorie professionali, dei programmi di vaccinazione ben impostati possono ridurre in modo sostanziale i rischi sia di acquisire pericolose infezioni occupazionali, sia di trasmettere patogeni ad altri lavoratori e soggetti con cui i lavoratori possono entrare in contatto*”. Le infezioni correlate all’assistenza (ICA) e la resistenza agli antibiotici sono un importante problema di salute pubblica che necessita di interventi mirati per la prevenzione ed il controllo. La Regione Abruzzo con deliberazione n.708 del 28 settembre 2018 ha recepito l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome (Rep. Atti n.188 del 2 novembre 2017) sul documento recante “Piano nazionale di contrasto dell’antimicrobico resistenza (PNCAR) 2017-2020”.

I determinati delle ICA sono molteplici, molti modificabili sono legati a pratiche assistenziali di dimostrata efficacia nel ridurre il rischio di infezione (igiene delle mani, utilizzo di DPI, ecc). Gli operatori sanitari, a causa del loro contatto con i pazienti e con materiale potenzialmente infetto sono a rischio di esposizione e trasmissione di patogeni prevenibili attraverso la vaccinazione; un adeguato intervento di immunizzazione è fondamentale per la prevenzione ed il controllo di numerose malattie trasmissibili.

Obiettivo generale è quello di assicurare che vengano adottate da tutti gli operatori le pratiche assistenziali dimostrate efficaci a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi durante l’assistenza e che vengano abbandonate le pratiche dimostrate come non sicure.



L'obiettivo della Regione Abruzzo è dunque quello di favorire la vaccinazione degli operatori sanitari attraverso la realizzazione di percorsi formativi ad hoc per **(a)** Favorire la prevenzione delle malattie attraverso la vaccinazione. **(b)** Favorire l'ampliamento delle conoscenze degli operatori sanitari in tema di prevenzione delle ICA attraverso l'attuazione di buone pratiche assistenziali e le vaccinazioni.

Indicatori di risultato:

- (a) Copertura vaccinale degli operatori sanitari [ENTRO NOVEMBRE 2020, POI MONITORAGGIO MENSILE – *adempimento assolto*]
- (b) Elaborazione e diffusione di un documento/brochure contenente le buone pratiche assistenziali e le vaccinazioni

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Prevenzione Sanitaria e Medicina Territoriale
- ASL

Incentivare le campagne di screening

I programmi di screening oncologici sono azioni di prevenzione primaria di evidenza scientifica efficaci al fine della diagnosi preventiva di patologie tumorali.

Per quanto concerne lo screening mammografico a livello europeo esiste un accordo sull'efficacia dell'estensione dello screening anche nelle fasce di età 45-49 anni (intervallo annuale) e 70-74 anni (vedi ad es. le ECIBC's Guidelines Development Group). Anche gli ultimi due Piani nazionali della prevenzione hanno invitato le Regioni ad ampliare le fasce di età di intervento sullo screening mammografico condizionatamente al fatto che fosse coperta la fascia di età 50-69. In linea con le riferite indicazioni la Regione Abruzzo, anche alla luce del fatto che l'estensione all'invito delle nuove fasce di età sarà un indicatore di valutazione nei prossimi LEA, intende proporre l'estensione dell'invito attivo alle donne in fasce di età 45-49 e 70-74.

Per quanto concerne lo screening del colon retto a livello europeo esiste un accordo sull'efficacia dell'estensione dello screening alla fascia 70-74 anni. D'altra parte il primo documento sugli screening del Ministero della salute raccomandava l'estensione dello screening coloretale fino ai 74 anni. Di fatto però fin dall'inizio così come la maggior parte delle Regioni si è concentrato lo sforzo sui 50-69. In linea con le riferite indicazioni la Regione Abruzzo, anche alla luce che l'estensione dell'invito alla nuova fascia di età sarà un indicatore di valutazione nei prossimi LEA, intende proporre l'estensione dell'invito attivo alla fascia di età 70-74.

La Regione Abruzzo si propone l'obiettivo di migliorare le coperture degli screening organizzati della mammella, colon retto e cervice uterina attraverso l'acquisizione di un nuovo sistema unico regionale informatizzato che superi le criticità ad oggi esistenti legate alla fase dell'invito e della refertazione.

La Regione Abruzzo si pone l'obiettivo **(a)** acquisire un nuovo sistema informatizzato unico regionale per la gestione degli screening oncologici della mammella, colon retto e cervice uterina. **(b)** Migliorare le coperture degli screening organizzati estendendo l'invito attivo allo screening mammografico alle fasce di età 45-49 e 70-74 e l'invito attivo allo screening del colon retto alla fascia di età 70-74 anni

Indicatori di risultato:

- (a) Avvio delle procedure amministrative per l'acquisizione del sistema informatizzato unico regionale



(b) Raggiungimento delle percentuali di copertura target (LEA/NSG) per le tre tipologie di screening

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Flussi Informativi e Sanità digitale
- Servizio Prevenzione Sanitaria e Medicina Territoriale
- ASL

Potenziare gli interventi sulla sicurezza sui luoghi di lavoro

Il numero aziende assicurate ad INAIL nella regione nel 2017 è pari a 74.397 (a valle di una riduzione progressiva di circa 3.000 unità rispetto al 2011). Il numero di addetti assicurati, che era diminuito di circa 45.000 unità (pari al 13% circa) fra il 2009 e il 2010, si è in seguito attestato intorno ai 290.000, per tornare nel 2017 ai valori del 2010 (intorno alle 303.000 unità). Il rapporto tra numero di aziende e addetti nel 2017 indica una dimensione media delle aziende assicurate di circa 4,1 addetti.

Il numero di infortuni definiti positivamente in occasione di lavoro è andato riducendosi progressivamente e significativamente a partire dall'anno 2000, fino ai 7.714 del 2017 (pari al 46% circa rispetto al 2000 e al 62% rispetto al 2010). La riduzione ha riguardato in modo sostanzialmente parallelo le due gestioni INAIL industria e agricoltura. Nonostante tale riduzione, il tasso standardizzato di infortuni nella regione si mantiene alto (superiore a quello nazionale di circa 2,3 punti) sia per l'anno 2017, sia per il triennio 2015-2017. Si tratta, per circa l'80%, di infortuni che interessano aziende con sede nella regione nel corso di lavori svolti nel territorio.

Prendendo in considerazione gli infortuni gravi (cioè quelli che hanno comportato un'assenza dal lavoro uguale o superiore ai 30 giorni, o postumi permanenti o decesso) incidenti nell'anno 2017, e analizzando congiuntamente tassi di incidenza (n. infortuni gravi / addetti x 1000) e numero di eventi, si individuano come prioritari ai fini degli interventi di prevenzione i comparti Agrindustria e pesca (Tasso: 36 per mille; Infotuni gravi: 79); Costruzioni (Tasso: 12,2 per mille; Infotuni gravi: 452); Trasporti (Tasso: 16 per mille; Infotuni gravi: 173).

Il tasso di incidenza per comparto è calcolabile soltanto per una parte del settore agricoltura (quella riconducibile alla gestione industria) in quanto solo per essa si dispone del numero di addetti assicurati INAIL. Per l'intero settore agricoltura tuttavia, l'incidenza infortunistica è rilevante per numero e gravità degli eventi. (Gli infortuni in agricoltura nel 2017, rispetto al totale, rappresentano l'11% di quelli denunciati, il 16% di quelli definiti positivamente e il 19% di quelli gravi).

Vanno poi segnalati l'industria della gomma e quella alimentare (pur in presenza – nel primo caso - di un minor numero di infortuni gravi e – nel secondo – di un tasso inferiore), per le quali il confronto con il complesso delle regioni del sud e con il dato nazionale evidenzia una situazione di rischio infortunistico comparativamente peggiore, meritevole di attenzione.

Le denunce di malattia professionale, dopo un importante incremento tra il 2000 e il 2010, si mantengono intorno ai 5.000 casi/anno fino al 2015, per poi tendere alla riduzione fino al 2017, ricalcando l'andamento delle denunce nella gestione INAIL industria (che conta 3.024 casi nel 2017). Nella gestione agricoltura, dopo un notevolissimo incremento negli anni 2000-2011 rispetto al 2000 (dai 105 casi/anno del periodo 2000-2004 agli oltre 2.000), si osserva una lenta e progressiva riduzione, fino ai 1.171 casi del 2017, che rappresentano il 28% del totale delle denunce nell'anno.

Parallelamente, tra il 2010 e il 2017, i casi definiti positivamente si riducono del 23% (passando da 2.028 a 1.566). Tra il 35% e il 48% del totale delle definizioni positive si riferisce all'agricoltura, con una riduzione progressiva in numeri assoluti dal 2010 al 2017 (anno in cui i casi definiti positivamente nel settore sono 613 su un totale di 1.566).

Nella gestione industria, una quota variabile dal 35% al 45% dei casi/anno non è associabile ad un comparto definito. Nella restante quota, al primo posto per numero di definizioni positive, in tutti gli anni



compresi tra il 2010 e il 2017, si osserva il comparto delle costruzioni, seguito (a distanza) da servizi e metalmeccanica.

L'analisi per patologia (secondo la classificazione ICDX) evidenzia che tra il 2010 e il 2017 sono stati definiti positivamente ogni anno tra i 1.000 e i 1.400 casi circa di malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo (in prevalenza a carico del rachide e dell'arto superiore), oltre a casi di sindrome del tunnel carpale in numero compreso tra 350 e 600. L'insieme di queste patologie, nell'intero periodo e per ciascuno degli anni successivi al 2012, copre tra l'85% e l'86% del totale dei casi definiti positivamente, ed è associato nella grande maggioranza dei casi al lavoro in agricoltura e nel comparto delle costruzioni, con tassi di manifestazione particolarmente elevati, che richiedono analisi più puntuali.

La quota restante comprende prevalentemente casi di ipoacusia da rumore.

I 74 casi di tumore professionale definiti positivamente tra il 2010 e il 2017 (pari allo 0.47% circa del totale delle definizioni positive, di cui 1/3 rappresentato da mesoteliomi), segnalano la necessità di una particolare attenzione all'emersione di queste patologie, che a livello nazionale rappresentano circa il 5% del totale delle patologie professionali definite positivamente. Se si considera che il numero di nuovi casi di neoplasie previsti per il 2019 nel rapporto AIOM – AIRTUM “I numeri del cancro in Italia – 2019” è pari a 371.000, e che nella stessa pubblicazione la quota attribuibile ad esposizioni professionali è stimata essere il 5%, anche i 1.058 casi riconosciuti in Italia nel 2017 (e i circa 9.700 casi riferiti complessivamente al periodo 2010-2017) rappresentano solo una piccola quota dei 18.550 “attesi”.

Tenuto conto della precedente analisi di contesto che fotografa la realtà territoriale, la Regione intende orientare i programmi di Prevenzione e Promozione della salute nei luoghi di lavoro a migliorare la salute e sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici e a far emergere le malattie professionali legate alle esposizioni di lungo periodo attraverso azioni mirate nei contesti a maggior rischio. In particolare, implementando le iniziative di promozione della salute nel *setting* “lavoro” quale *setting* opportunistico, potenziando le iniziative di assistenza agli attori della prevenzione e standardizzando procedure operative regionali, da attuare da parte dei servizi PSAL delle ASL per migliorare gli standard degli interventi attraverso l'appropriatezza dei processi.

A tal fine la Regione Abruzzo, nell'arco di vigenza del Programma Operativo si pone l'obiettivo di:

■ **Aggiornare le procedure di controllo favorendo la collaborazione con aziende e collaboratori**

Si prevede, tenuto conto dell'evoluzione dei fattori di rischio, dell'evoluzione del mercato del lavoro e delle normative contrattuali, dell'introduzione di tecnologie avanzate e robotizzate, della trasversalità e della multi attorialità dei fattori di rischio fra ambiente di vita e di lavoro, di sviluppare l'attività di prevenzione attraverso l'aggiornamento e la standardizzazione delle procedure di controllo, favorendo un approccio con i lavoratori e con le aziende mirato a promuovere e verificare la corretta gestione della prevenzione nei vari comparti produttivi.

A tal fine la Regione si propone di **(a)** produrre e diffondere linee di indirizzo e di buona pratica. **(b)** Produrre e aggiornare procedure standardizzate a livello regionale per le attività di controllo. **(c)** Formare gli operatori PSAL delle ASL su valutazione e controllo dell'adeguatezza degli adempimenti relativi ad esposizioni su rischi per la salute (sovraccarico biomeccanico, cancerogeni, rischi psicosociali) nei vari contesti produttivi. **(d)** Analizzare l'andamento delle malattie professionali denunciate ed indennizzate dall'INAIL, e di quelle denunciate e segnalate ai SPSAL, nel complesso e con riferimento alle malattie muscoloscheletriche, ai tumori professionali e alle patologie da stress lavoro correlato, individuando i comparti lavorativi a maggiore incidenza.

Indicatori di risultato:

- (b) Adozione di linee di indirizzo e di buone pratiche
- (c) Aggiornamento, produzione e adozione di procedure standardizzate a livello regionale per le attività di controllo
- (d) Realizzazione di corsi di formazione regionale per Dirigenti e Tecnici PSAL su valutazione e controllo dell'adeguatezza degli adempimenti relativi ad esposizioni su rischi per la salute (sovraccarico biomeccanico, cancerogeni, rischi psicosociali) nei vari contesti produttivi



- (e) Realizzazione di un report annuale sull'andamento epidemiologico delle Malattie professionali nella Regione, con particolare riferimento alle patologie dell'apparato muscoloscheletrico da sovraccarico biomeccanico, ai tumori professionali e alle patologie da stress lavoro - correlato

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Prevenzione Sanitaria e Medicina Territoriale
- ASL

interfacendosi con Parti sociali, Società scientifiche, Assessorato al lavoro, INAIL



Ulteriori interventi

Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

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

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

Un riferimento evidente dell'importanza attribuita all'impatto dell'ambiente sulla salute pubblica si ritrova, tra le varie fonti, nel riesame della strategia dell'UE in materia di sviluppo sostenibile approvato dal Consiglio EU nel giugno 2006. Il risparmio dei costi, già ottenuto o che si otterrà, nel settore sanitario con l'adozione di interventi adeguati di prevenzione, anche verso i fattori di rischio ambientale, può contribuire a realizzare gli obiettivi della strategia di Lisbona. Basti pensare che in tutto il mondo circa 30 milioni di persone soffrono di asma e che questa patologia ha un costo per la sanità che si avvicina ai 17,7 miliardi di euro l'anno. L'OMS Europa ha pubblicato, in occasione della recente Conferenza Ambiente e Salute di Parma (10-12 marzo 2010), una valutazione completa dell'andamento della salute ambientale nella Regione europea negli ultimi vent'anni e una revisione delle ineguaglianze nell'esposizione ai rischi ambientali. La sanità è al primo vero banco di prova per l'applicazione di standard di funzionamento dei servizi alla comunità, anche in considerazione della specifica esperienza maturata nel tempo in materia nella gestione della sanità (definizione, quantificazione e verifica dei LEA, procedure per controllo, monitoraggio della spesa e meccanismi sanzionatori in applicazione del DPCM del 17/01/2017 e DM 12/3/2019).

Le regioni disciplinano (art 7 D.L.vo 502/1992) l'istituzione e l'organizzazione del dipartimento della prevenzione secondo i principi contenuti nelle disposizioni del presente articolo e degli articoli 7-ter e 7-quater. Il dipartimento di prevenzione è struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

A tal fine il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività della unità sanitaria locale, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, il dipartimento di prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

- Profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- Tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- Sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- Tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- Sorveglianza e prevenzione nutrizionale;



- Tutela della salute nelle attività sportive.

Il dipartimento di prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronic-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Il dipartimento di prevenzione è organizzato nel seguente modo:

- Il dipartimento di prevenzione opera nell'ambito del Piano attuativo locale ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità. Il direttore del dipartimento è scelto dal direttore generale tra i direttori di struttura complessa del dipartimento con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate.
- Le regioni disciplinano l'articolazione delle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria, prevedendo strutture organizzative specificamente dedicate a:
 - igiene e sanità pubblica;
 - igiene degli alimenti e della nutrizione;
 - prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
 - sanità animale;
 - igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
 - igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.
- Le strutture organizzative si distinguono in servizi o in unità operative, in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento ed alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza.
- Le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali e aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali e internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

L'articolazione delle aree dipartimentali nelle strutture organizzative di cui al comma 2 rappresenta il livello di organizzazione che le regioni assicurano per garantire l'esercizio delle funzioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, nonché l'osservanza degli obblighi previsti dall'ordinamento dell'Unione europea.

Le regioni assicurano che le strutture organizzative di cui alle lettere b), d), e) e f) del comma 2 siano dotate di personale adeguato, per numero e qualifica, a garantire le finalità di cui al comma 4-bis, nonché l'adempimento degli obblighi derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea in materia di controlli ufficiali, previsti dal regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004.

Le strutture organizzative di cui al comma 2 sono possibilmente individuate quali strutture complesse.

- Nella regolamentazione del dipartimento di prevenzione, le regioni possono prevedere, secondo le articolazioni organizzative adottate, la disciplina delle funzioni di medicina legale e necroscopica ovvero di altre funzioni di prevenzione comprese nei livelli essenziali di assistenza.

Coordinamento con le Agenzie regionali per l'ambiente

Le regioni individuano le modalità e i livelli di integrazione fra politiche sanitarie e politiche ambientali, prevedendo la stipulazione di accordi di programma e convenzioni tra le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere e le agenzie regionali per la protezione dell'ambiente per la tutela della popolazione dal rischio ambientale, con particolare riguardo alle attività di sorveglianza epidemiologica e di comunicazione del rischio. Tali accordi devono comunque garantire l'erogazione delle prestazioni richieste dalle unità sanitarie locali per lo svolgimento di funzioni e di compiti istituzionali senza oneri aggiuntivi per il Servizio sanitario nazionale.

Le regioni e le unità sanitarie locali, per le attività di laboratorio già svolte dai presidi multizonali di prevenzione come compito di istituto, in base a norme vigenti, nei confronti delle unità sanitarie locali, si avvalgono delle agenzie regionali per la protezione dell'ambiente.



Istituti zooprofilattici sperimentali e Uffici veterinari del Ministero della sanità

I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli Istituti zooprofilattici sperimentali. La programmazione regionale individua le modalità di raccordo funzionale tra i servizi veterinari delle unità sanitarie locali e gli Istituti zooprofilattici sperimentali per il coordinamento delle attività di sanità pubblica veterinaria, nonché le modalità integrative rispetto all'attività dei Posti di ispezione frontaliera veterinaria e degli Uffici veterinari di confine, porto ed aeroporto e quelli per gli adempimenti degli obblighi comunitari

Nell'ambito di quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, relativamente alle funzioni di profilassi internazionale, le attribuzioni di igiene pubblica, ambientale e del lavoro di cui al decreto ministeriale 22 febbraio 1984, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 77 del 17 marzo 1984, ed al decreto ministeriale 2 maggio 1985, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 142 del 18 giugno 1985, ad esclusione delle suddette funzioni di profilassi internazionali su merci, persone e flussi migratori svolte dagli Uffici di sanità marittima e aerea del Ministero della sanità, sono svolte dai dipartimenti di prevenzione delle unità sanitarie locali territorialmente competenti.

I problemi della prevenzione

Il contesto e lo stato attuale delle attività di prevenzione primaria presentano numerosi aspetti problematici e preoccupanti segnali di crisi, emersi anche dall'indagine conoscitiva sullo stato dell'arte dei Dipartimenti di Prevenzione, promossa dalla Regione Abruzzo (ASR), che evidenzia un'immagine sfocata dei Dipartimenti di Prevenzione in termini di attività, prodotti, qualità delle prestazioni, costi, essendo assolutamente carenti i sistemi informativi (se non per alcune aree: es. vaccinazioni e sanità veterinaria e sicurezza alimentare) e di contabilità.

- **Le risorse.** La L.R. 37/99: Piano Sanitario Regionale 1999-2001 ha stabilito per i Dipartimenti di Prevenzione un appannaggio del 6,50% delle risorse finanziarie del FSR, vincolato all'espletamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione e dei Servizi che lo compongono ai sensi dell'art.7 del D. Lgs.502/92 e s.mi. La situazione al 2006 ha registrato una spesa notevolmente inferiore rispetto a quella prevista dal Piano, nonostante le reiterate affermazioni di principio e la periodica riproposizione del primato della prevenzione sulle cure. Paradigmatici di tale situazione sono i dati relativi alla dotazione organica di personale per la prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, a fronte del potenziale bacino di bisogni di tutela di salute del territorio abruzzese. Con la legge regionale 5 del 2008 "piano sanitario regionale 2008-2010 è stato destinato il 5 % del FSN alla prevenzione ma che per il contenimento dei costi connessi con i piani di rientro è rimasto disatteso. È evidente come tale carenza di investimento abbia contribuito alla limitazione dello sviluppo dei Dipartimenti di Prevenzione, con una implosione delle iniziative e delle potenzialità di prevenzione;
- **La frammentazione.** Nonostante l'esistenza del "Dipartimento di Prevenzione", le attività di prevenzione sono generalmente organizzate in modo assolutamente frammentario. Solo una parte viene esercitata direttamente (o almeno coordinata) dai Servizi di prevenzione, mentre interi segmenti (come ad esempio gli interventi di prevenzione secondaria) sono in genere aggregati a Servizi clinici di diagnosi e cura che agiscono per lo più separatamente senza rapportarsi con i Servizi di prevenzione. Non esiste, se non in situazioni privilegiate e in alcuni settori, una esplicita definizione di obiettivi e di priorità delle pratiche preventive all'interno di precise scelte di progettazione e di programmazione. Il Dipartimento di Prevenzione, nella sua attuale configurazione, agisce come una sorta di confederazione di servizi autonomi e non come una unità organizzativa integrata. Permane, nell'organizzazione e nella gestione, la logica dell'adempimento agli obblighi di legge che ha prodotto rigidità strutturali e procedurali, impedendo spesso una corretta valutazione ordinale dei rischi, essenziale ai fini della definizione delle priorità organizzative. Nel corso degli ultimi anni, in attuazione del "Piano Regionale di Prevenzione 2014 – 2018 e del PPRIC 2015-2018" si è assistito ad uno sforzo da parte di molti operatori e Servizi che hanno prodotto alcuni avanzamenti (miglioramento dell'organizzazione e programmazione, realizzazione di alcuni progetti di lavoro coordinato, iniziale sviluppo di reti collaborative, ecc.). Tuttavia, l'organizzazione del lavoro "per obiettivi" non costituisce ancora la pratica prevalente e viene spesso utilizzata solo per progetti "speciali" e "aggiuntivi" che, pur essendo importanti, influenzano scarsamente il funzionamento ordinario della macchina organizzativa e non producono integrazione reale e permanente. Anche il potenziamento delle



strutture di osservazione epidemiologica (Canili Sanitari) delle patologie più frequenti negli animali d'affezione ma non solo, non ha raggiunto il risultato sperato.

- **La comunicazione del rischio.** Si evidenzia una inadeguata capacità di gestione della comunicazione del rischio, in assenza di una precedente cultura consolidata in tal senso nei Servizi del Dipartimento di Prevenzione. Infatti, sono state completamente trascurate le valutazioni costo-efficacia, le analisi del rischio, le possibilità di applicazione del principio di precauzione e le dimostrazioni di efficacia degli interventi preventivi (ad esempio, alcuni interventi di educazione sanitaria sembrano non incidere se non superficialmente sui comportamenti a rischio).

Queste scelte hanno obbligato i Dipartimenti di Prevenzione a rivedere la loro capacità effettiva di intervento e di integrazione. Sono ancora da migliorare alcune funzioni (epidemiologica, di promozione e educazione alla salute e di prevenzione nutrizionale) sebbene l'adozione del PPRIC (Piano Pluriennale Regionale Integrato dei Controlli) ne abbia stimolato la realizzazione. Il legislatore infatti è intervenuto con la legge 189/2012 con cui sono descritti ed esplicitate funzioni e modello organizzativo dello stesso.

Inoltre, i Servizi Veterinari del Dipartimento devono trovare il supporto tecnico-scientifico e di laboratorio nell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale. A tal fine, l'attività annuale delle ASL deve essere preventivamente programmata e pianificata nel piano operativo annuale sulla base delle linee guida regionali.

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 e del Reg. 625/2017 UE che saranno inviate nei tempi previsti e comunque entro il 31 gennaio di ogni anno al competente servizio della regione sulla medicina veterinaria e sicurezza alimentare.

Pertanto, per i prossimi anni al fine di garantire un'adeguata presenza sul territorio del Servizio Sanità Veterinaria ci si propone di mantenere una continuità rispetto ai risultati raggiunti in seguito agli audit ministeriali e di risolvere le criticità non ancora affrontate.

A tal fine la regione Abruzzo intende:

■ **Intervenire sull'istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise**

Con l'adozione della Legge Regionale 21 novembre 2014 n. 41, la Regione Abruzzo ha completato la riorganizzazione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo. Con la definizione degli obiettivi e la ricostituzione degli organi dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" di Teramo, si è chiuso il periodo transitorio del commissariamento dell'Ente. Entro il 31 del mese di marzo di ogni anno viene prodotta ed inviata al dipartimento per la Sanità la programmazione e la relazione della reportistica delle attività di competenza della regione Abruzzo come riportato nei protocolli d'intesa e nel PPRIC 2020/2025 con i relativi obiettivi assegnati all'Ente.

La piena operatività dell'Istituto nell'ambito degli scenari regionali, nazionale ed internazionale cui è chiamato a esercitare le proprie competenze garantirà la qualità alta delle prestazioni che è chiamato a fornire nel quadro dei compiti assegnati allo stesso dal DPCM 17/01/2017 (LEA) e dalla programmazione annuale regionale. Lo stesso Istituto garantirà la fornitura dei dati EFSA riferito ai controlli ufficiali ed il loro corretto inserimento sul sistema NSIS nei tempi stabiliti dal Ministero della Salute.

Indicatori di risultato:

- (a) Completa realizzazione ed aggiornamento sul sistema Informativo regionale SIVRA del registro Tumori degli animali (Si/No) accessibile dall'esterno (Ambulatori LLPP, Università etc.) [ENTRO MARZO 2021 - *adempimento assolto*]
- (b) Elaborazione di un report a cura dell'IZS sui risultati relativi ai controlli svolti e agli scostamenti tra ricezione dei campioni e referti inviati (Si/No) [SECONDO LE SCADENZE LEA]

Soggetti coinvolti:



- Direzione del Dipartimento Sanità
- Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise

■ **Intervenire sull'Agenzia Regionale per la Tutela Ambientale (ARTA)**

L'agenzia regionale è chiamata a fornire importanti attività al sistema sanitario regionale con un progressivo sviluppo di quelle specifiche branche sanitarie ed ambiente capaci di operare in sinergia per presentare e prevenire i fattori di modificazioni ambientali che influenzano la salute. La completa fornitura dei dati si realizzerà con la relazione annuale delle acque potabili, della radioattività, dei fitofarmaci, ecc. (programmazione del PPRIC 2020/2025) in aderenza alla programmazione annuale.

Tale relazione sarà prodotta ed inviata entro il 31 marzo di ogni anno alla Regione - Dipartimento Sanità.

Per l'attuazione del Piano di Prevenzione 2020/2025 saranno predisposti appositi accordi di programma / protocolli d'intesa, per la collaborazione con il servizio competente del Dipartimento Sanità ed ARTA con le indicazioni delle azioni da compiere, del personale e dei tempi di realizzazione nonché dei relativi contributi economici.

Indicatori di risultato:

- (a) Sottoscrizione degli Accordi di programma / Protocolli d'Intesa sulle attività assegnate all'ARTA [SECONDO LE SCADENZE DEL PIANO DELLA PREVENZIONE 2020/2025-
adempimento assolto]
- (b) Elaborazione di un report a cura dell'ARTA sui risultati relativi ai controlli sulle acque potabili (Sì/No) [SECONDO LE SCADENZE DEL PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI
- adempimento assolto]

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- ARTA Abruzzo

■ **Intervenire sull'Università e la facoltà di Medicina Veterinaria**

La facoltà di medicina veterinaria interviene nel piano di formazione in collaborazione della Regione e in sintonia con l'Istituto Zooprofilattico dell'Abruzzo e del Molise "G.Caporale" secondo le indicazioni regionali. Nei campi specifici di:

- valutazione del rischio e le mappe previsionali dei rischi,
- progettazione operativa e valutativa delle attività connesse con il randagismo (Ospedale didattico),
- applicazione delle normative CE.

Sanno inoltre portate avanti le attività dell'Ospedale didattico Veterinario in collaborazione con le ASL e sulla base delle direttive della Regione che approverà annualmente il protocollo d'intesa e il rispettivo disciplinare secondo le competenze già stabilite. La rendicontazione delle attività svolte nella struttura dell'Ospedale didattico veterinario sarà rendicontata attraverso il SIVRA ogni anno entro il mese di maggio.

■ **Intervenire sui flussi informativi**

La spinta verso l'abbandono progressivo dei documenti cartacei verso la digitalizzazione dei flussi ha fatto emergere la necessità del potenziamento del sistema informativo della medicina veterinaria e sicurezza alimentare (SIVRA) che ha assunto il ruolo di strumento fondamentale nella gestione dei dati e delle scadenze per il monitoraggio dei LEA (DPCM 17 /01/2017 e DM 12/3/2019). La continua evoluzione della tecnologia e il miglioramento delle capacità umane degli operatori ha prodotto un significativo miglioramento del debito informativo con i tavoli nazionali e con il Ministero della Salute



in generale. L'interoperabilità dei sistemi e la disponibilità dei dati faranno sviluppare le capacità di descrivere gli scenari verso cui la sanità sarà chiamata ad operare con il supporto dell'Osservatorio epidemiologico regionale che vedrà il potenziamento e quindi la piena realizzazione. Le attività come programmate nel PPRIC 2020/2022 adottato con l'intesa della Conferenza Stato regioni CSR 16 del 20/2/2020 devono trovare la giusta corrispondenza nella programmazione del Dipartimento di prevenzione delle ASL necessaria per la rendicontazione alla Regione attraverso il sistema informativo sopraccitato per la verifica dei LEA.

Indicatori di risultato:

- (a) Relazione di verifica sull'attività delle ASL sulla vigilanza effettuata nei canili rifugio e canili asilo (Si/No) [SECONDO LE SCADENZE DEL PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI - *adempimento assolto*]
- (b) Elaborazione di un report a cura delle ASL sui risultati relativi al Piano dell'Anti Microbico Resistenza AMR /PNACARe ricette evase (Si/No) [SECONDO LE SCADENZE DEL PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI]

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio competenti in sanità veterinaria e sicurezza degli alimenti delle ASL

■ **Intervenire sugli Audit e sulle scadenze**

Lo strumento del controllo sostanziato nella procedura di audit ha visto esprimere una forte capacità di rilevare le lacune organizzative e alcune carenze gestionali. Chiaramente bisogna sviluppare la capacità delle Aziende Sanitarie Locali di utilizzare questo controllo non come un mero adempimento burocratico ma la reale capacità di incidere sui procedimenti e sull'organizzazione per avvicinare i servizi agli standard previsti nell'accordo CSR n°46 del 07 febbraio 2013. Ogni ASL deve produrre ed inviare alla Regione il programma degli Audit sugli OSA entro febbraio di ogni anno e svolgere le attività indicate nella Delibera di GR 641/2019 e del patto per la Salute 2014/2016 (Intesa CSR n° 82 del 10 luglio 2014), secondo le specifiche LEA e con il proseguimento del percorso di gestione dei conflitti di interesse includendo le verifiche di tale criterio nell'ambito degli audit svolti ai sensi dell'articolo 6 del Regolamento n. 2017/625. Nella stessa maniera, saranno contenute nel programma di formazione iniziative per aumentare la competenza sanitaria dei Servizi riguardo le procedure sanitarie richieste per l'export dei prodotti e per l'efficace attuazione del Regolamento n. 2017/625 e dei successivi regolamenti delegati e di esecuzione.

Indicatori di risultato:

- (a) Presentazione della programmazione dell'attività delle ASL sulla vigilanza delle strutture degli OSA (Si/No) [SECONDO LE SCADENZE DEL PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI - *adempimento assolto*]
- (b) Elaborazione / svolgimento del corso annuale degli auditors a cura IZS (Si/No) [SECONDO LE SCADENZE DEL PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI]

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio competenti in sanità veterinaria e sicurezza degli alimenti delle ASL
- Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise



Gestione del Pronto Soccorso e dell'emergenza in ospedale

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato con atto n.143/CSR del 1 agosto 2019 le linee di indirizzo nazionali in merito alla gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso, al Triage intraospedaliero e all'Osservazione Breve Intensiva, che la regione Abruzzo ha recepito con DGR n.17/2020. Il Triage numerico era già stato introdotto in regione Abruzzo con DCA n.118/2015, che prevedeva un sistema analogo a quanto incluso nelle nuove linee di indirizzo della Conferenza Stato-Regioni.

Per poter emanare gli indirizzi attuativi conseguenti alle linee guida recepite e per poter mettere effettivamente in pratica le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi sono necessarie alcune condizioni preliminari.

La Regione si propone quindi di attuare tutti gli step preliminari, per quanto possibile lavorando in parallelo al Ministero, in modo da abbreviare i tempi necessari per l'adeguamento dei documenti a seguito dei chiarimenti e delle integrazioni ministeriali. Si propone inoltre di abilitare l'estensione dell'utilizzo dei sistemi informativi disponibili a tutti i contesti in cui si renda opportuno.

Nello specifico, la Regione si propone di:

- A seguito dell'emanazione delle linee guida, la Regione è in attesa della proposta di tariffe per l'OBI da inserire all'interno dei propri indirizzi attuativi. Analogamente, si rimane in attesa delle integrazioni ministeriali alle linee guida per il Triage.

A tal fine, la Regione si propone di **(a)** elaborare gli indirizzi attuativi delle linee guida per l'Osservazione Breve Intensiva, predisponendo una sezione relativa alle tariffe che possa essere rapidamente completata al momento della ricezione delle informazioni dal Ministero. **(b)** Rivedere le linee guida per il Triage in coerenza con le ulteriori indicazioni ministeriali. Propedeutica a questa revisione è la completa implementazione del nuovo sistema hardware e software di Pronto Soccorso regionale (tuttora in corso), che consenta di superare il procurement divide attualmente esistente (presenza di 1 fornitore di software di PS per 1 ASL e di un altro fornitore per altre 3 ASL); **(c)** Elaborare gli indirizzi attuativi delle linee guida per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso, comprensivi della regolamentazione dei ticket per i codici bianchi.

Indicatori di risultato:

- (a) Emanazione di un provvedimento amministrativo che contenga gli indirizzi attuativi per le linee guida per l'Osservazione Breve Intensiva (Si/No)
- (b) Implementazione e avvio a regime del nuovo software di Pronto Soccorso regionale in tutte le ASL
- (c) Emanazione di un provvedimento amministrativo che contenga gli indirizzi attuativi per le linee guida per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso (Si/No)

Soggetti coinvolti:

- (c) Direzione del Dipartimento Sanità
- (d) Servizio Programmazione Socio-Sanitaria

- **Potenziare il supporto informatico a disposizione dei servizi di emergenza-urgenza delle ASL**

Nel corso del 2019 è stata portata a termine l'assegnazione del sistema informativo del Pronto Soccorso ad un unico fornitore per le quattro ASL; il passaggio al nuovo sistema comporta la necessità di un adeguamento dei requisiti tecnologici per consentirne l'utilizzo. Le Aziende hanno inoltre a disposizione un software per la gestione dei posti letto che permette di segnalare in tempo reale i posti a disposizione per l'emergenza; il software sta terminando la fase pilota, durante la quale era installato solo in alcuni reparti selezionati, e si prevede di poter iniziare a breve ad estenderne l'installazione e l'utilizzo a tutti i reparti.



Per rendere utilizzabili i sistemi informativi del Pronto Soccorso e per la gestione dei posti letto, la Regione si propone di **(a)** adeguare i flussi informativi del Pronto Soccorso al nuovo triage numerico. **(b)** Adeguare i requisiti tecnologici delle Aziende Sanitarie per cui si renda necessario al fine di permettere l'utilizzo del nuovo software assegnatario. **(c)** Estendere l'installazione del software per la gestione dei posti letto a tutti i reparti. **(d)** Identificare figure specifiche (*Bed Manager*) all'interno di ciascun reparto che si occupino dell'aggiornamento dello stato di occupazione dei posti letto e formarle in coerenza con i protocolli previsti dalla DGR n.602/2017 e dagli ulteriori provvedimenti attuativi.

Indicatori di risultato:

- (a) Disponibilità dei flussi informativi coerenti con il nuovo triage numerico (Sì/No)
- (b) Installazione del nuovo sistema informativo del Pronto Soccorso (N. installazioni / 4 ASL)
- (c) Utilizzo del software per la gestione dei posti letto in tutti i reparti (N. reparti di attivazione / N. reparti identificati)
- (d) Identificazione formale degli incaricati all'aggiornamento del software (N. reparti con figure incaricate / N. reparti con software attivato)

Soggetti coinvolti:

- (e) Direzione del Dipartimento Sanità
- (f) Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
- (g) Servizio Flussi Informativi e Sanità Digitale

Gestione dell'emergenza sul territorio

Il Decreto del Ministro della Salute n. 70 del 2 Aprile 2015 relativo alla definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera, definisce dei parametri di riferimento nazionali per il dimensionamento degli elementi fondamentali per la realizzazione e programmazione della rete dell'emergenza territoriale. Tali elementi da parametrare al contesto abruzzese riguardano le centrali operative del 118, le postazioni territoriali e l'elisoccorso.

Ogni Regione può adottare parametri diversi a seconda delle necessità di erogare il servizio in condizioni particolari. Infatti, la conformazione geografica dell'Abruzzo rende complicata la gestione del suo territorio, soprattutto quando si tratta di pianificare le reti tempo-dipendenti.

Per una corretta gestione delle emergenze sul territorio, la regione Abruzzo sta lavorando all'attivazione della centrale unica 118 Chieti-Pescara e alla verifica dei siti per l'attivazione della nuova rete di elisuperfici a supporto dei due elicotteri disponibili, che possa rendere possibile anche il volo notturno.

Nello specifico, la Regione si propone di:

■ **Rendere operativa la centrale unica 118 Chieti-Pescara**

La Regione si propone di **(a)** aggiudicare la gara 118. **(b)** Effettuare le verifiche di adeguatezza del sito identificato. **(c)** Attivare il sito identificato, inclusi acquisizione o riposizionamento del personale necessario e smistamento delle chiamate sul centralino unico. **(d)** Rivedere, se necessario, le postazioni di emergenza/trasporto al fine di garantire la corretta copertura territoriale.

Indicatori di risultato:

- (a) Aggiudicazione della gara 118 (Sì/No) [ENTRO GIUGNO 2021 – ADEMPIMENTO ASSOLTO]
- (b) Elaborazione di una relazione tecnica che attesti la conformità del sito ai requisiti normativi (Sì/No)
- (c) Attivazione del sito identificato (Sì/no)



(d) Confronto su revisione delle postazioni di emergenza/trasporto (Sì/No)

Soggetti coinvolti:

- (h) Direzione del Dipartimento Sanità
- (i) Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
- (j) Servizio Flussi Informativi e Sanità Digitale
- (k) ASL

■ **Approvare il Piano Regionale Elisuperfici quale atto conclusivo a termine dell'avvenuto adeguamento ai requisiti di tutti i siti identificati**

Nello specifico, per l'approvazione e l'attuazione del Piano Regionale Elisuperfici si rende necessario **(a)** Approvare il Piano Regionale Elisuperfici una volta ottenute tutte le attestazioni di conformità dei siti.

Indicatori di risultato:

- (a) Emanazione di un provvedimento amministrativo di approvazione del Piano Regionale Elisuperfici (Sì/No)

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
- ASL

Completamento dell'iter di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche

Il completamento dell'iter di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche è strettamente correlato alla completa definizione della riorganizzazione della rete ospedaliera, di quella territoriale e di quella emergenziale.

La Regione intende implementare una strategia di interventi adeguata e sinergica finalizzata al completamento dell'iter autorizzativo del patrimonio sanitario pubblico mediante adeguamenti strutturali e di sicurezza, anche alla luce dell'emergenza pandemica. Saranno, a tal fine, definite **(a)** in un Piano Strategico delle milestones intermedie e il relativo cronoprogramma degli interventi, entro sei mesi dall'approvazione del Programma Operativo 2019-2021 **(b)** elaborare un cronoprogramma con step chiari per concludere l'iter di accreditamento per quelle strutture soggette alle procedure di riconversione per le quali dovranno essere definite le modalità e le procedure di adeguamento strutturale.

Indicatori di risultato:

- (a) Elaborazione di un Piano strategico degli interventi per la messa in sicurezza delle strutture
- (b) Elaborazione del cronoprogramma

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
- Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
- Agenzia Sanitaria Regionale
- Servizio Accreditamento e Accordi contrattuali



Gestione delle liste di attesa e istituzione del CUP unico regionale

Con la deliberazione di Giunta Regionale n. 265 del 14 maggio 2019 la regione Abruzzo ha recepito l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 (PNGLA)", di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 e ha approvato il documento recante "Piano Operativo Regionale 2019-2021 per il governo delle liste di attesa Regione Abruzzo". In attuazione di tal piano, la Regione vuole implementare interventi a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni, fondati sul principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, prevedendo strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, nonché modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie. Gli obiettivi e le azioni di cui al Piano Operativo Regionale per il governo delle liste di attesa fanno riferimento al PNGLA e sono finanziati con risorse appositamente dedicate. Le Aziende Sanitarie Locali della regione Abruzzo come previsto dal Piano Operativo Regionale hanno adottato i rispettivi Piani attuativi aziendali.

La situazione attuale delle liste di attesa nella regione Abruzzo mostra una condizione di gestione disomogenea del sistema di prescrizione, prenotazione ed erogazione non permettendo un corretto governo e monitoraggio dell'offerta. Inoltre, l'emergenza Covid ha contribuito a complicare la situazione. La pandemia ha avuto, infatti, un impatto sulle liste di attesa, ritardando l'erogazione delle prestazioni sia in regime di ricovero che ambulatoriale. Da un'analisi interna effettuata sulle SDO (2017-2019) a maggio del 2020 in corrispondenza delle riprese delle attività ordinarie si stimava che per erogare in sei mesi le giornate potenzialmente differite fossero necessari circa 500 posti letto complessivi di cui 400 in degenza ordinaria e 100 in day hospital.

Al fine di assicurare l'ottimale governo delle liste di attesa è necessaria un'adeguata programmazione dell'offerta tramite un'accurata azione di monitoraggio.

Infatti, la Regione intende **(a)** come specificato, nell'art.25 c.1 della L.R. n.6/2009 monitorare gli interventi per il superamento delle liste d'attesa nelle strutture sanitarie pubbliche con il supporto dell'Agenzia Sanitaria Regionale. Le azioni di monitoraggio della regione Abruzzo prevedono:

- *monitoraggio ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- *monitoraggio ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- *monitoraggio ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- *monitoraggio ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente);
- monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP.

(b) Il piano Operativo Regionale, inoltre, istituisce la figura del Responsabile Unico Aziendale (RUA) in materia di governo delle liste d'attesa presso ciascuna ASL, una Cabina di Regia ed un Comitato Tecnico Regionale.

(c) Con il Decreto 20 agosto 2019 avente ad oggetto "Ripartizione tra le regioni dei fondi per la riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie" il Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze ha deliberato il riparto e l'assegnazione delle risorse per l'implementazione e l'ammmodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie, nel rispetto del cronoprogramma approvato per ciascuna Regione dall'Osservatorio Nazionale per le Liste d'attesa. Nell'ambito delle previste attività di implementazione e ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie la Regione Abruzzo con DGR 723 del 17.11.2020 ha



approvato l'intervento progettuale definito in collaborazione con l'ARIC a completamento del progetto relativo alla realizzazione del CUP unico regionale, in sostituzione degli attuali 4 CUP aziendali.

(d) Il decreto legge n. 104/2020 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia" all'art. 29 ha previsto disposizioni urgenti in materia di liste di attesa al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo

Istituzione del CUP unico regionale

Con il Decreto 20 agosto 2019 avente ad oggetto "Ripartizione tra le regioni dei fondi per la riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale, n. 268 del 15-11-2019, il Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze ha deliberato il riparto e l'assegnazione delle risorse per l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie. È stato ripartito tra le Regioni il fondo e il finanziamento complessivo assegnato alla Regione Abruzzo è stato pari a € 11.350.041,30. Con la nota prot. n. RA 0303943 del 31/10/2019 avente ad oggetto: Fondo per l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie (art.1, co.510, Legge n.145/2018), indirizzata al Ministero della Salute - Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio 3 – Sistema Informativo Sanitario Nazionale, il Dipartimento ha trasmesso il format inerente il programma delle attività per l'implementazione e l'ammodernamento con il relativo cronoprogramma coerente con il Piano regionale per il governo delle liste d'attesa. Con DGR n. 723 del 17.11.2020 recante: "Implementazione ed ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie della Regione Abruzzo – Approvazione progetto", è stato approvato il progetto di "Implementazione ed ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie della Regione Abruzzo". Con determinazione n. N. 15/DPF019 DEL 03/12/2020, al fine di avviare le relative procedure per un nuovo sistema di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie della Regione Abruzzo, si è proceduto all'acquisto di un nuovo sistema informativo attraverso l'adesione ad apposita Convenzione Consip denominata Servizi di Cloud Computing, di Sicurezza, di realizzazione di Portali e Servizi Online e di Cooperazione Applicativa per le Pubbliche Amministrazioni" SPC Cloud Lotto 1 – "Servizi di Cloud Computing. Con i fondi del progetto saranno realizzate una serie di azioni, che vanno dalla creazione di una App per la prenotazione delle prestazioni, alla possibilità di pagare on line le stesse, fino ad arrivare al collegamento con le farmacie territoriali e gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di base. Tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati saranno inoltre collegati al CUP regionale, così da ottimizzare la gestione delle agende e ridurre le liste d'attesa.

Nel corso della seconda parte del 2021, il Dipartimento prevede di portare a termine i provvedimenti e le azioni necessarie per:

- (a) Completamento dell'integrazione delle agende
- (b) Sviluppo di un sistema per le prenotazioni online

Soggetti coinvolti: -

- *Direzione del Dipartimento Sanità*
- *Servizio Flussi e Sanità Digitale*
- *Servizio Risorse Umane del SSR*

dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 e, contestualmente allo scopo di ridurre le liste di attesa, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura. A tal fine le richiamate disposizioni prevedono che le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale possano avvalersi in maniera flessibile degli strumenti straordinari previsti nel citato art. 29 anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia



di spesa del personale a decorrere dalla entrata in vigore del Decreto Legge in parola e sino al 31 dicembre 2020.

La regione Abruzzo, ai sensi dell'art. 29, comma 9, ha provveduto, per l'accesso alle risorse finanziarie appositamente previste, a presentare tempestivamente al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze il Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa.

Con il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, formalmente approvato e adottato con deliberazione di Giunta Regione n. 770 del 1.12.2020, nel confermare le azioni già poste in essere dalla Regione per il governo delle liste di attesa, vengono ripartite per ciascuna azienda del SSR le risorse previste per la Regione dal D.L. n. 104/2020, destinate al finanziamento delle attività previste fino al 31 dicembre 2020, comprese quelle già effettuate dalle aziende. Si precisa che il predetto Piano potrà essere rimodulato, ove ritenuto opportuno, anche al fine di implementare le azioni finalizzate all'attuazione del piano stesso e in considerazione della perdurante situazione di emergenza epidemiologica e del recente aggravamento dello scenario di rischio classificato di livello alto, con conseguenti eventuali ulteriori criticità per il recupero delle attività sospese, rispetto ai dati risultanti dai piani di recupero aziendale presentati con indicazione degli importi stimati per il finanziamento dei relativi interventi, che risultano dunque allo stato autorizzati.

Tenuto conto dei piani aziendali di recupero delle attività sospese nel rispetto delle misure di prevenzione e contenimento della diffusione dell'infezione da COVID-19 definite a livello nazionale e regionale, si riportano sinteticamente gli strumenti straordinari da adottare ai sensi dell'art. 29 commi 2 e 3:

▪ **per il recupero dei ricoveri ospedalieri:**

- prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale; con previsione di aumento della tariffa oraria, con esclusione dei servizi di guardia;
- prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale, con previsione di aumento della tariffa oraria;
- reclutamento di personale, attraverso assunzioni a tempo determinato o attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, nonché l'impiego anche delle figure professionali previste in incremento ai sensi delle disposizioni di cui agli articoli 2-bis e 2-ter, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

▪ **per il recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening:**

- prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale, con previsione di aumento della tariffa oraria, con esclusione dei servizi di guardia;
- per le prestazioni di accertamenti diagnostici, prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale, con previsione di aumento della tariffa oraria;
- incremento, in parziale alternativa a quanto indicato nei punti precedenti, del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

Si evidenzia per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa, costituisce prioritario elemento di valutazione dei Direttori generali secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.e.i.

Indicatori di risultato:

- (a) Attività di monitoraggio continuative delle liste di attesa così come previsto dal PRGLA



- (b) Istituzione della figura del Responsabile Unico Aziendale (RUA) in materia di governo delle liste d'attesa presso ciascuna ASL, della Cabina di Regia e del Comitato Tecnico Regionale. [ADEMPIMENTO ASSOLTO]
- (c) Completamento del progetto relativo alla realizzazione del CUP unico regionale
- (d) Monitoraggio del Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa, secondo le richieste Ministeriali [ADEMPIMENTO ASSOLTO]

Soggetti coinvolti:

- Direzione del Dipartimento Sanità
 - Servizio Flussi e Sanità Digitale
 - Servizio Risorse Umane del SSR
 - ASR
- e con il supporto delle Aziende Sanitarie Locali



Tendenziali 2019-2021

La regione Abruzzo ha raggiunto nel 2018 l'equilibrio economico, dopo aver registrato risultati negativi nei due anni precedenti. Per il triennio in oggetto, si rileva quanto segue:

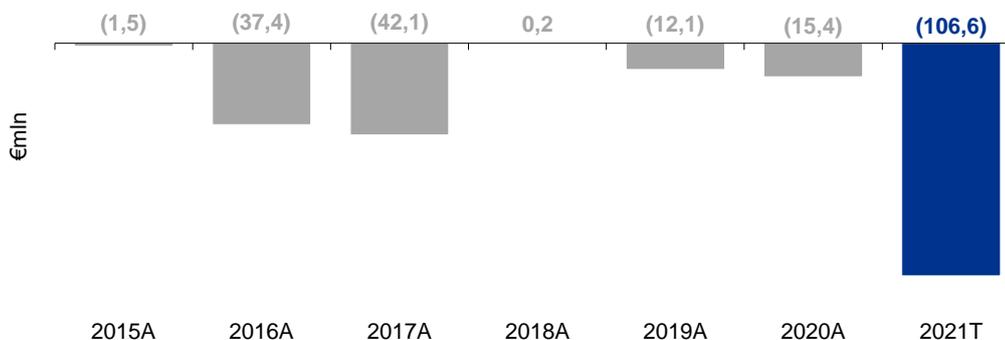
- il Consuntivo 2019 mostra un risultato di -12,1 €mln;
- il Consuntivo 2020 ha chiuso a -15,4 €mln. Si osserva che l'anno 2020 sconta le dinamiche legate alla gestione dell'emergenza Covid, sia per quanto riguarda i finanziamenti dedicati e previsti dai DL 14, 18 e 34 sia per quanto riguarda i costi;
- per l'anno 2021 si stima un risultato economico negativo pari a -106,6 €mln, sempre considerando le dinamiche legate all'emergenza Covid.

Tabella 1: Sintesi dei macro-aggregati di Conto Economico e del risultato economico per gli anni 2015-2020 (Consuntivo) e Tendenziale per l'anno 2021.

€mln	2015A	2016A	2017A	2018A	2019A	2020A	2021T
Ricavi	2.352,0	2.354,5	2.400,9	2.467,6	2.497,0	2.571,2	2.571,7
Costi Interni	1.574,9	1.582,3	1.631,2	1.657,4	1.711,3	1.793,3	1.863,2
Costi Esterni	753,9	766,1	768,3	757,6	750,8	734,3	754,1
Margine Operativo	23,2	6,1	1,4	52,6	34,8	43,5	(45,6)
Componenti Finanziarie e Straordinarie	24,7	43,5	43,5	52,4	46,9	58,9	61,0
Risultato Economico	(1,5)	(37,4)	(42,1)	0,2	(12,1)	(15,4)	(106,6)

A = Actual; T = Tendenziale

Figura 15: Evoluzione del Risultato Economico tra il 2015 e il 2021 (Tendenziale)

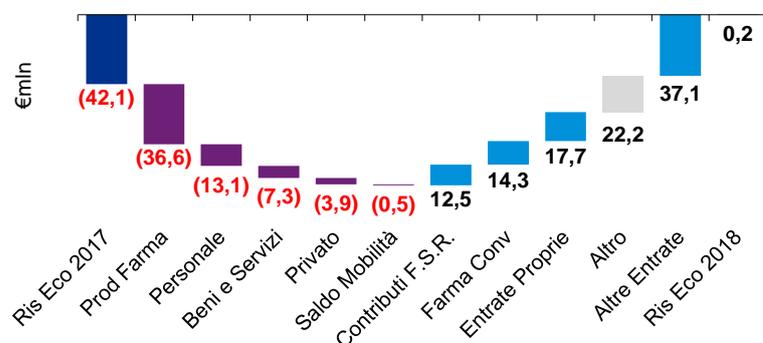


La Regione mostra un risultato economico 2018 pari 0,2 €mln.

Le voci che hanno dato il maggior contributo positivo al miglioramento del risultato di esercizio 2018 rispetto al 2017 sono le Altre Entrate, aumentate di 37,1 €mln di cui 34,1 €mln di Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati; gli Altri Costi, calati di 27,2 €mln di cui 25,7 €mln di Accantonamenti; le Entrate Proprie, aumentate di 17,7 €mln di cui 17,1 €mln di Pay-back; la Farmaceutica Convenzionata per 14,3 €mln. Viceversa, hanno dato il maggior contributo negativo l'aumento dei costi per Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati per 36,6 €mln, l'aumento del costo del Personale per 13,1 €mln.



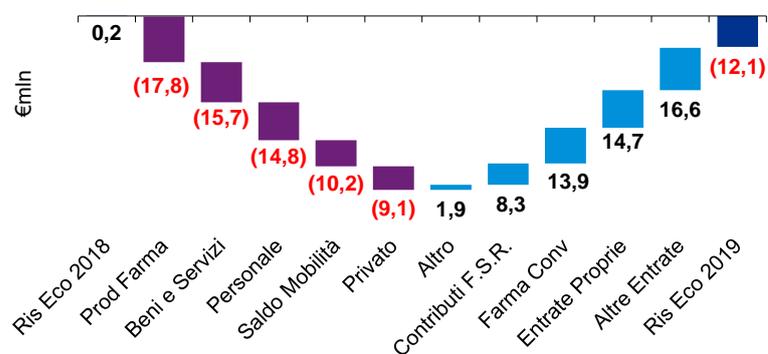
Figura 16: Evoluzione del Risultato Economico tra il 2017 e il 2018, principali componenti



Il Conto Economico al Consuntivo 2019 riporta un risultato economico pari a -12,1 €mln.

Rispetto al 2018, le Altre Entrate aumentano di 16,6 €mln (principalmente legati al Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati), le Entrate Proprie aumentano di 14,7 €mln principalmente per un aumento di 11,4 €mln del *Pay-back*, la Farmaceutica Convenzionata cala di 13,9 €mln e il Fondo Sanitario Regionale aumenta di 8,3 €mln. I contributi negativi sono dati invece dai Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati (+17,8 €mln), da Altri Beni e Servizi (+15,7 €mln), dal costo del Personale (+14,8 €mln), dal Saldo Mobilità (-10,2 €mln), dalle Prestazioni da Privato (+9,1 €mln, di cui 5,2 €mln legati al servizio della DPC attivato ad agosto 2018).

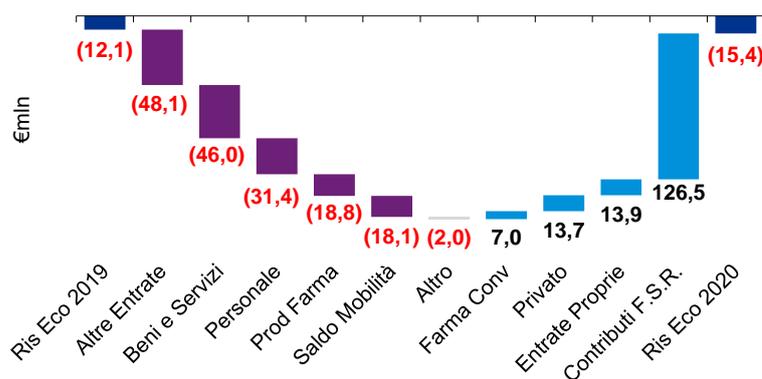
Figura 17: Evoluzione del Risultato Economico tra il 2018 e il 2019, principali componenti



Il Conto Economico al Consuntivo 2020 riporta un risultato economico pari a -15,4 €mln.

I contributi positivi sono dati principalmente dall'aumento del FSR (+126,5 €mln, inclusivi di 98,3 €mln di finanziamenti per il Covid-19), dall'incremento delle Entrate Proprie (13,9 €mln), dal calo delle Prestazioni da Privato (13,7 €mln) e dal calo della spesa Farmaceutica Convenzionata (7,0 €mln). I contributi negativi sono invece dati da un calo delle Altre Entrate (-48,1 €mln), da un aumento dei costi per Beni e Servizi (+46,0 €mln), da un aumento dei costi per il Personale (+31,4 €mln), dall'aumento della spesa per Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati (+18,8 €mln), da un peggioramento del Saldo Mobilità (-18,1 €mln), oltre che da ulteriori contributi per complessivi 2,0 €mln.

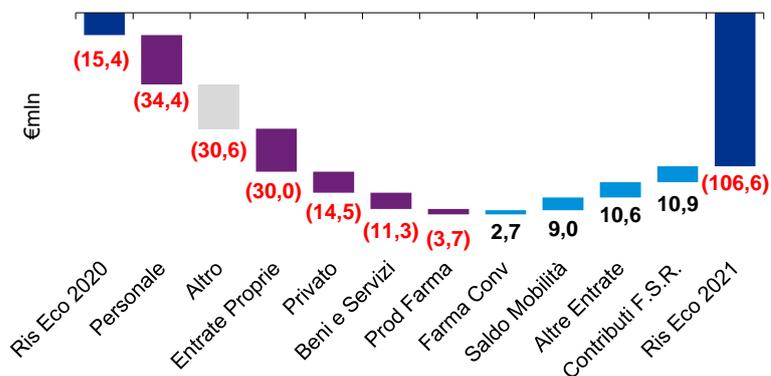
Figura 18: Evoluzione del Risultato Economico tra il 2019 e il 2020 Tendenziale, principali componenti



Le stime tendenziali mostrano, per l'anno 2021, un risultato economico di -106,6 €mln.

Rispetto al 2020, si prevede un incremento di 10,9 €mln del FSR, un incremento delle Altre Entrate di 10,6 €mln, un miglioramento del Saldo di Mobilità di 9,0 €mln e un calo del costo della Farmaceutica Convenzionata di 2,7 €mln. Gli elementi peggiorativi stimati si concentrano principalmente sul costo del Personale (+34,4 €mln), su un calo delle Entrate Proprie (8,8 €mln), sull'aumento del costo delle Prestazioni da Privato (+14,5 €mln), dei Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati (+3,7 €mln) e di Altri Beni e Servizi (+11,3 €mln). Tra le voci rimanenti, si prevedono maggiori costi per 33,7 €mln, legati a maggiori accantonamenti (+12,6 €mln), maggiori costi per la Medicina di Base (+8,0 €mln), Variazione Rimanenze peggiorativa (7,9 €mln), oltre ad una variazione peggiorativa di 2,1 €mln delle Componenti Finanziarie e Straordinarie.

Figura 19: Evoluzione del Risultato Economico tra il Consuntivo 2020 e il Tendenziale 2021, principali componenti





Ricavi

L'evoluzione tendenziale dei Ricavi netti per il triennio 2019-2021 mostra un incremento complessivo di 104,2 €mln rispetto al 2018, con un incremento di 29,4 €mln nel 2019, di 74,2 €mln nel 2020 (causato dal peggioramento del Saldo Mobilità e dall'incremento delle Rettifiche Contributi in c/es, compensate dall'incremento del Fondo indistinto e dai finanziamenti Covid-19, oltre che dall'aumento delle Entrate Proprie) e di 0,6 €mln nel 2021.

Tabella 2: Sintesi delle voci di ricavo per gli anni 2015-2020 (Consuntivo) e Tendenziale 2021.

€mln	2015A	2016A	2017A	2018A	2019A	2020A	2021T
Contributi F.S.R.	2.373,8	2.395,4	2.424,9	2.437,4	2.445,7	2.572,2	2.583,1
Saldo Mobilità	(78,2)	(73,4)	(74,1)	(74,7)	(84,9)	(103,0)	(94,0)
Entrate Proprie	88,5	70,5	77,1	94,8	109,5	123,4	93,4
Saldo Intramoenia	3,2	2,7	2,9	3,2	3,4	2,2	3,6
Rettifica Contrib. c/es per dest. invest.	(38,9)	(39,7)	(22,9)	(20,2)	(29,1)	(41,8)	(25,9)
Saldo per quote inutilizzate contrib. vinc.	3,6	(0,9)	(7,1)	27,0	52,4	18,2	11,5
Totale Ricavi Netti	2.352,0	2.354,5	2.400,9	2.467,6	2.497,0	2.571,2	2.571,7

A = Actual; T = Tendenziale

Figura 20: Evoluzione dei Ricavi netti tra il 2015 e il 2021 (Tendenziale)

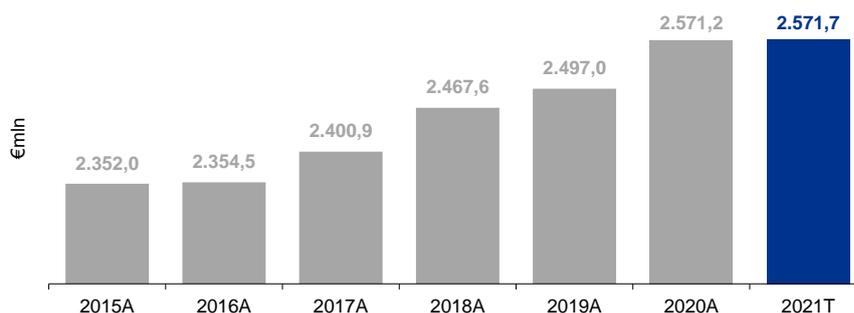


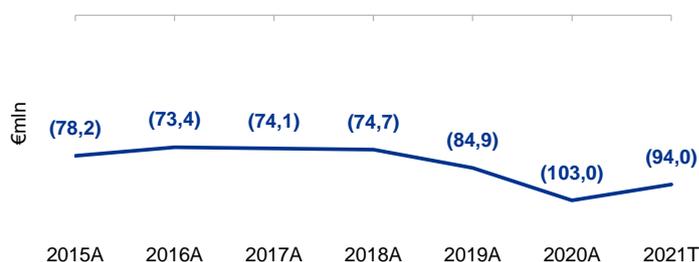
Figura 21: Contributi F.S.R. – Evoluzione 2015-2021 Tendenziale



Il livello dei contributi FSR indistinto è stato determinato in sede di Conferenza Stato-Regioni. Il valore è pari a 2.394 €mln per il 2019, 2.520 €mln per il 2020 e 2.538 €mln per il 2021, a cui si aggiungono i contributi FSR vincolari pari a 51,4 €mln per il 2019, 52,0 €mln per il 2020 e 45,1 €mln per il 2021. Queste somme sono comprensive dei finanziamenti per il Covid-19, pari a 80,6 €mln per il 2020 e 37,7 €mln per il 2021.



Figura 22: Saldo Mobilità – Evoluzione 2015-2021 Tendenziale



Il valore del Saldo Mobilità è stato determinato in sede di Conferenza Stato-Regioni ed è pari a 84,9 €mln nel 2019, 103,0 €mln nel 2020 e 94,0 €mln nel 2021.

Le Entrate Proprie nell'anno 2019 sono in aumento rispetto al 2018 per effetto delle somme relative al *Pay-back* per la farmaceutica ospedaliera relativa agli anni 2013-2017 assegnate alla regione Abruzzo. Per l'anno 2020 sono stati iscritti 29,9 €mln a tale voce (accertati nell'anno), mentre per l'anno 2021 il valore è pari a 29,6 €mln. Si sottolinea che, per il 2021, 9,5 €mln relativi al *Pay-back* sono stati accantonati in attesa della risoluzione del contenzioso.

Figura 23: Entrate Proprie – Evoluzione 2015-2021 Tendenziale

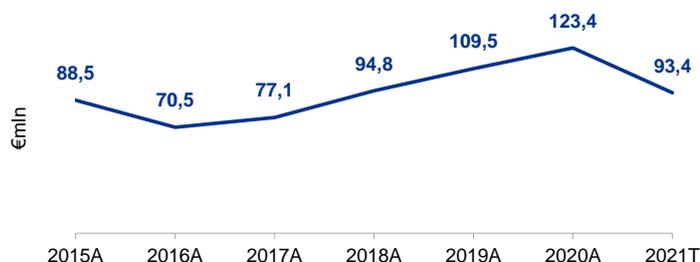
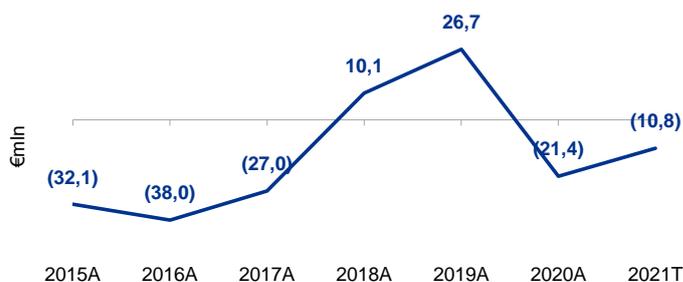


Figura 24: Altri ricavi – Evoluzione 2015-2021 Tendenziale



Le rimanenti voci di ricavo mostrano complessivamente un valore negativo negli anni. Questo non si verifica negli anni 2018 e 2019, che registrano valori positivi, mentre torna ad allinearsi agli anni precedenti nel 2020 e 2021.

Nel 2019 il Saldo Intramoenia si mantiene sostanzialmente allineato al 2018 (pari a 3,4 €mln), le Rettifiche Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti registrano un valore di -29,1 €mln, in incremento di 9,0 €mln rispetto al 2018, mentre il Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati deriva dagli importi di utilizzo comunicati dalle Aziende e registra un valore di 52,4 €mln.

Nell'anno 2020 il Saldo Intramoenia registra un calo di 1,2 €mln rispetto al 2019, Le Rettifiche Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti aumentano di 12,7 €mln (in larga parte legati agli investimenti effettuati per l'emergenza Covid), mentre il Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati diminuisce di 34,2 €mln.

Per il 2021 il Saldo Intramoenia torna a registrare valori vicini al 2019, con un incremento di 1,4 €mln rispetto al 2020. Le Rettifiche Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti diminuiscono di 15,9 €mln rispetto al 2020. Il Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati cala invece di 6,7 €mln.



Costi Operativi

L'evoluzione tendenziale dei Costi Operativi per il triennio 2019-2021 mostra un incremento complessivo di 202,3 €mln rispetto al 2018, di cui 47,1 €mln nel 2019, 65,5 €mln nel 2020 e 89,7 €mln nel 2021.

Tabella 3: Sintesi delle principali voci di costo per gli anni 2015-2020 (Consuntivo) e Tendenziale 2021

€mln	2015A	2016A	2017A	2018A	2019A	2020A	2021T
Personale	773,2	772,8	768,3	781,4	796,2	827,5	862,0
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	239,9	240,4	251,3	287,9	305,8	324,6	328,2
Altri Beni e Servizi	513,2	523,2	526,0	533,4	549,1	595,1	606,4
Variazione Rimanenze	(7,1)	1,7	0,6	(3,1)	2,4	(14,2)	(6,4)
Altri costi	55,7	44,1	85,0	57,8	57,9	60,4	73,0
Costi Interni	1.574,9	1.582,3	1.631,2	1.657,4	1.711,3	1.793,3	1.863,2
Medicina Di Base	154,9	155,4	155,9	155,6	153,6	157,8	165,8
Farmaceutica Convenzionata	232,1	230,1	227,7	213,4	199,4	192,4	189,7
Prestazioni da Privato	367,0	380,6	384,8	388,7	397,8	384,1	398,6
Costi Esterni	753,9	766,1	768,3	757,6	750,8	734,3	754,1
Costi Operativi	2.328,8	2.348,4	2.399,5	2.415,0	2.462,1	2.527,7	2.617,4

A = Actual; T = Tendenziale

Figura 25: Evoluzione dei Costi Operativi tra il 2015 e il 2021 (Tendenziale)

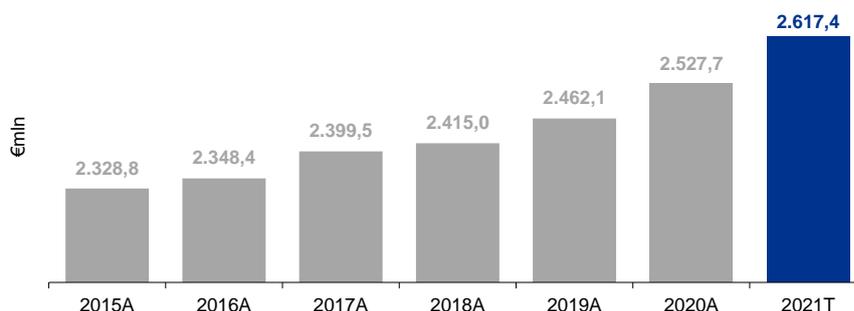


Figura 26: Personale – Evoluzione 2015-2021 Tendenziale



Il costo del Personale mostra una crescita tendenziale che porta da 768,3 €mln nel 2017 a 862,0 €mln nel 2021.

Tale incremento è dovuto a diversi fattori: da un lato contribuiscono elementi esterni, quali il costo dei rinnovi contrattuali 2016-2018 e le indennità di vacanza contrattuale 2019-2021; dall'altro il costo è influenzato dalle politiche assunzionali della Regione e dalle assunzioni rese necessarie per il Covid-19.



Per l'anno 2019, il costo deriva prevalentemente dagli andamenti in termini di costi e di dinamiche di assunzioni e cessazioni intervenuti nel corso dell'anno, con una componente aggiuntiva legata alle indennità di vacanza contrattuale 2019-2021 e all'elemento perequativo per il comparto.

Per l'anno 2020, il calcolo tiene in considerazione il costo del personale che è stato assunto o è stato previsto di assumere entro l'anno per la gestione dell'emergenza Covid-19 e il costo del personale per le reti ospedaliera e territoriale Covid.

Per l'anno 2021, invece, la stima è basata sui valori rilevati al II Trimestre 2021.

Si riportano nel seguito le stime di variazione dell'organico che si prevede porteranno ai costi tendenziali previsti. Una quota del rapporto tra i contratti a tempo determinato (in diminuzione) e i contratti a tempo indeterminato (in aumento) è legata a politiche di stabilizzazione del personale.

Contratti a tempo determinato

I contratti a tempo determinato, stipulati ai sensi dell'art. 15-septies del D.Lgs. n. 502/1992, dell'art. 42 del D.Lgs. n. 151/2001 e dell'art. 36 - comma 2 - del D.Lgs. n. 165/2001, sono indicati nel riepilogo regionale di seguito riportato contenente il numero dei contratti in essere negli anni 2019 2020 e il numero dei contratti previsti per il 2021, con il dettaglio del personale assunto a supporto della gestione dell'emergenza Covid.

Macroarea	In essere nel 2019	In essere nel 2020	Previsione 2021
Dirigenza	193	287	245
...di cui Covid		56	49
Comparto	519	1.267	1.795
...di cui Covid		645	1.241
Totali	712	1.554	2.040
...di cui Covid		701	1.290

Contratti a tempo indeterminato

Si riporta di seguito il dettaglio dei contratti a tempo indeterminato in essere negli anni 2019 2020 e il numero dei contratti previsti per il 2021.

Macroarea	In essere nel 2019	In essere nel 2020	Previsione 2021
Dirigenza	3.159	3.182	3.087
Comparto	10.553	10.477	10.468
Totali	13.712	13.659	13.555

Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa

L'art. 23, comma 2, del D.Lgs. n. 75/2017 stabilisce che "a decorrere dal 1° gennaio 2017, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016".

L'art. 11, comma 1, del D.L. n. 35/2019 prevede che l'incremento pari al 5 per cento dell'esercizio precedente "include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018".

Ciò posto, al fine di rappresentare l'andamento relativo al triennio 2016-2018 dei fondi della contrattazione integrativa, si riporta di seguito una tabella riepilogativa - a livello regionale - contenente l'importo deliberato e quello erogato. Nell'anno 2018 si riscontra un incremento nell'importo deliberato dovuto all'applicazione del CCNL relativo al personale del Comparto Sanità - triennio 2016-2018 - sottoscritto in data 21.05.2018.



Contrattazione integrativa	2016	2017	2018
Importo Deliberato	130.828	130.828	131.853
Importo Erogato	128.556	127.860	121.837

Prestazioni aggiuntive

In relazione alle prestazioni aggiuntive richieste al personale dipendente del SSR, si riporta di seguito il prospetto riepilogativo - a livello regionale - dei costi sostenuti negli anni 2016-2020 e previsti per l'anno 2021, con il dettaglio dei costi sostenuti per la gestione dell'emergenza Covid.

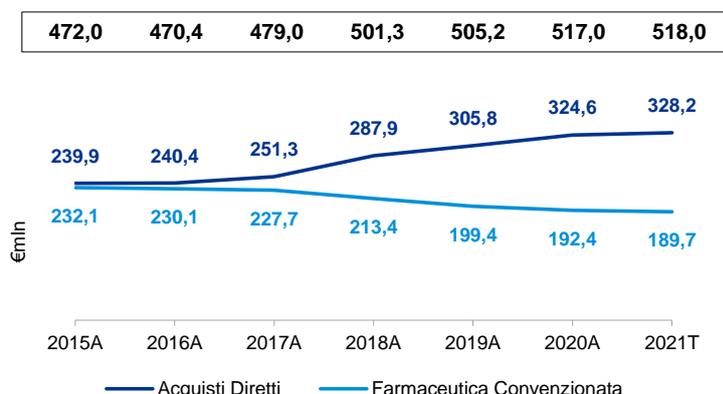
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Prestazioni aggiuntive	7.206	6.275	5.797	5.558	8.625	12.070
...di cui Covid					1.336	7.482

Assunzioni e Cessazioni

Si riportano di seguito le tabelle contenenti i dati relativi agli assunti e cessati nel triennio 2016-2018, per consentire di valutare il quadro prospettico evolutivo, e i dati inerenti le assunzioni e cessazioni nel triennio 2019-2021 (stima 2021), con il dettaglio del personale legato all'emergenza Covid.

Anni 2016-2018	2016	2017	2018
Assunzioni	466	573	619
Cessazioni	567	636	883
Anni 2019-2021	2019	2020	2021
Assunzioni	807	2.091	1.974
...di cui Covid		817	962
Cessazioni	900	1.391	1.486
...di cui Covid		51	283

Figura 27: Spesa farmaceutica – Evoluzione 2015-2021
Tendenziale



L'aumento della voce Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati può essere letto, per il 2019, congiuntamente alla riduzione della Farmaceutica Convenzionata, per effetto dell'entrata in vigore del servizio di Distribuzione per Nome e per Conto (DPC) nel mese di Agosto 2018. L'aumento di 17,8 €mln della spesa farmaceutica ospedaliera è quindi parzialmente compensato dal calo di 13,9 €mln della spesa farmaceutica territoriale, portando ad un aumento netto di 3,9 €mln nel 2019.

La spesa farmaceutica complessiva (ospedaliera e convenzionata) è aumentata di 11,8 €mln nel 2020 rispetto al 2019, raggiungendo il valore di 517,0 €mln. Per il tendenziale 2021 si stima un ulteriore



incremento complessivo di 1,0 €mln, che porterebbe la spesa a 518,0 €mln (328,2 €mln per Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati e 189,7 €mln per Farmaceutica Convenzionata).

La voce Altri Beni e Servizi è pari a 549,1 €mln per il 2019 e a 595,1 €mln nel 2020, mentre si stima che crescerà a 606,4 €mln nel 2021, ipotizzando per le diverse voci una crescita in linea con il tasso medio annuo degli ultimi anni.

In particolare i Servizi, la voce più consistente di questo aggregato, mostrano una crescita costante dal 2015. Al 2019 si registra un valore di 332,4 €mln, che diventa 373,5 €mln per il 2020 e 375,6 €mln per il 2021.

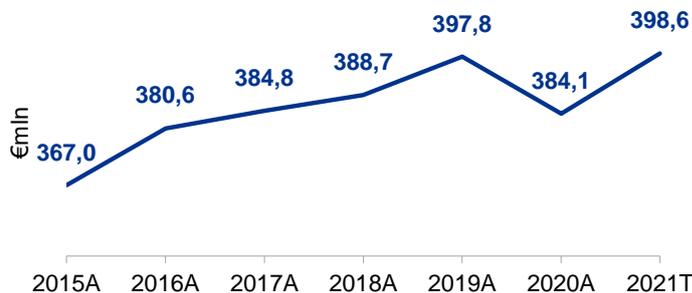
Figura 28: Altri Beni e Servizi – Evoluzione 2015-2021 Tendenziale



Gli Altri Beni Sanitari (principalmente Dispositivi Medici), che valevano 203,6 €mln al 2018, hanno registrato un valore pari a 211,1 €mln al 2019 e pari a 216,3 €mln nel 2020 e si stima un valore pari a 224,4 €mln nel 2021.

I Beni Non Sanitari mostrano un andamento sostanzialmente stabile.

Figura 29: Prestazioni da Privato – Evoluzione 2015-2021 Tendenziale



Il valore tendenziale delle Prestazioni da Privato è stato stimato in crescita con il tasso medio annuo di crescita delle singole voci, aggiungendo ove presente anche la stima dei costi legati all'emergenza Covid-19.

Per l'anno 2020, il valore è influenzato dal periodo di sospensione delle attività nei mesi di marzo-maggio 2020.

Il valore tendenziale per questo aggregato è pari a 398,6 per il 2021.

I rimanenti aggregati dei Costi operativi mostrano un andamento leggermente crescente negli anni, con un picco nel 2017 legato ad un accantonamento straordinario per le note di credito da ricevere da parte di erogatori privati accreditati.

Il tendenziale 2021, pari a 232,4 €mln, risente di un incremento di 12,8 €mln rispetto al 2020, principalmente legati all'incremento dell'Accantonamento per Rinnovi Contrattuali; di un peggioramento di 7,9 €mln della Variazione Rimanenze; dell'incremento del costo della Medicina di Base di 8,0 €mln.

Figura 30: Altri costi – Evoluzione 2015-2021 Tendenziale





Considerando tutti gli effetti tendenziali e l'applicazione di quanto disposto dalla normativa nazionale e/o regionale si stima un risultato pari a -12,1 €mln per il 2019, -15,4 €mln per il 2020 e di -106,6 €mln per il 2021.



Un Programmatico in equilibrio alla fine del triennio

La regione Abruzzo ha effettuato la programmazione per il triennio considerando un livello di finanziamento del SSR pari a:

- 2.394,3 €mln per il 2019
- 2.520,2 €mln per il 2020
- 2.538,0 €mln nel 2021

come determinato in sede di Conferenza Stato-Regioni e considerando le risorse aggiuntive destinate al FSN dalla Legge di Bilancio 2020 e dai DL 14, 18 e 34 del 2020 per la gestione del Covid-19.

Il Consuntivo 2019 mostra un risultato pari a -12,1 €mln, il Consuntivo 2020 registra un risultato di -15,4 €mln e si stima un risultato programmatico di -3,2 €mln per l'anno 2021.

L'andamento del risultato di esercizio programmatico nel triennio deriva da un aumento dei ricavi di 163,9 €mln e da un aumento dei costi operativi di 171,3 €mln rispetto al 2018. Inoltre le Componenti Finanziarie e Straordinarie pesano per ulteriori -4,1 €mln.

Nonostante il risultato di esercizio risulti negativo nei tre anni, la Regione riesce a far fronte a tali perdite con risorse proprie come di seguito rappresentato:

- la perdita registrata nell'esercizio 2019, pari a -12,1 €mln, ha trovato copertura con le risorse presenti nello Stato Patrimoniale 2018 della GSA alla voce PAA200 Contributi per ripiano perdite – Altro (capitolo bilancio regionale 81599.1), come da DGR 291 del 25 maggio 2020 recante provvedimenti in merito alla copertura del risultato di esercizio.
- la perdita registrata nell'esercizio 2020, pari a -15,4 €mln, ha trovato copertura con le risorse presenti nello Stato Patrimoniale 2020 della GSA alla voce PBA100 “Fondo per ripiano disavanzi pregressi” e alla voce PAA160 denominata “Riserve diverse” di cui alla determinazione DPF012/27 del 02/08/2021.
- la perdita programmata per l'esercizio 2021, pari a -3,2 €mln, trova copertura con le risorse residue presenti nello Stato Patrimoniale 2020 della GSA alla voce PBA100 “Fondo per ripiano disavanzi pregressi” e alla voce PAA160 denominata “Riserve diverse”.

Tabella 4: Sintesi dei macro-aggregati di Conto Economico e del risultato economico per gli anni 2015-2020 (Consuntivo) e Programmatico 2021.

€mln	2015A	2016A	2017A	2018A	2019A	2020A	2021P
Ricavi	2.352,0	2.354,5	2.400,9	2.467,6	2.497,0	2.571,2	2.631,5
Costi Interni	1.574,9	1.582,3	1.631,2	1.657,4	1.711,3	1.793,3	1.832,2
Costi Esterni	753,9	766,1	768,3	757,6	750,8	734,3	754,1
Margine Operativo	23,2	6,1	1,4	52,6	34,8	43,5	45,1
Componenti Finanziarie e Straordinarie	24,7	43,5	43,5	52,4	46,9	58,9	48,3
Risultato Economico	(1,5)	(37,4)	(42,1)	0,2	(12,1)	(15,4)	(3,2)

A = Actual; P = Programmatico

Per gli anni 2019 e 2020 si considera il Conto Economico Consuntivo. Non sono quindi presenti differenze rispetto a quanto rappresentato in merito ai Tendenziali.

Tra il 2020 e il 2021 si prevede un aumento delle Altre Entrate (+24,9 €mln), delle Entrate Proprie (+15,5 €mln) e del FSR (+10,9 €mln), con un effetto migliorativo sul risultato. Si prevede inoltre un miglioramento di 9,0 €mln del Saldo di Mobilità. Calano la spesa per Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati (-4,1 €mln), la spesa Farmaceutica Convenzionata (-2,7 €mln), la spesa per Altri Beni e Servizi (-5,6 €mln). Si prevede invece un aumento del costo del Personale (+34,4 €mln), della spesa per l'acquisto di Prestazioni da Privato (+14,5 €mln) e delle altre componenti di costo (+11,6 €mln).

Figura 31: Evoluzione del Risultato Economico tra il 2020 e il 2021 Programmatici, principali componenti

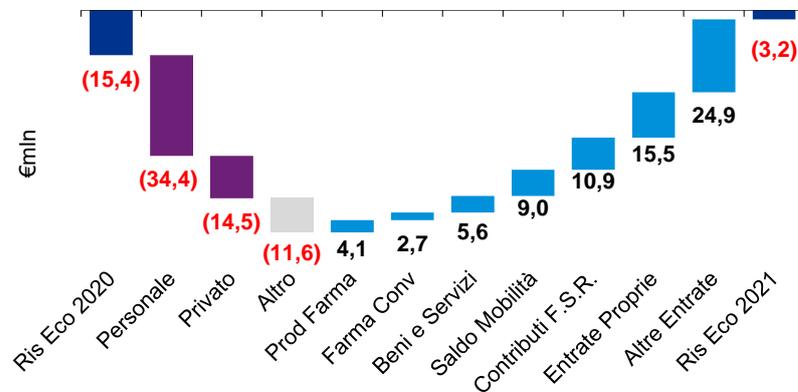
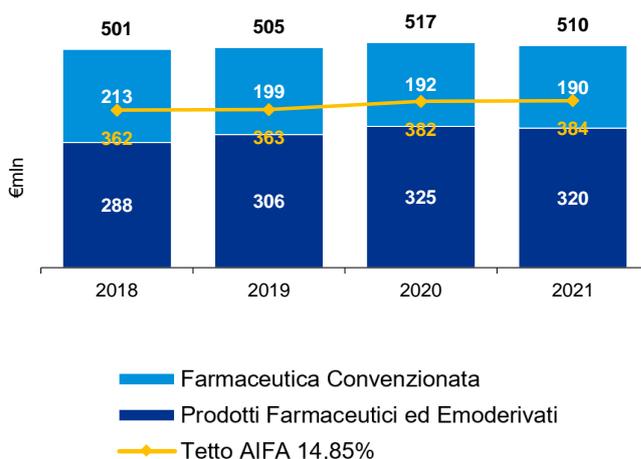


Tabella 5: Sintesi delle principali voci di costo per gli anni 2015-2020 (Consuntivo) e Programmatico 2021.

€mln	2015A	2016A	2017A	2018A	2019A	2020A	2021P
Personale	773,2	772,8	768,3	781,4	796,2	827,5	862,0
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	239,9	240,4	251,3	287,9	305,8	324,6	320,5
Altri Beni e Servizi	513,2	523,2	526,0	533,4	549,1	595,1	589,5
Variazione Rimanenze	(7,1)	1,7	0,6	(3,1)	2,4	(14,2)	(6,4)
Altri costi	55,7	44,1	85,0	57,8	57,9	60,4	66,6
Costi Interni	1.574,9	1.582,3	1.631,2	1.657,4	1.711,3	1.793,3	1.832,2
Medicina Di Base	154,9	155,4	155,9	155,6	153,6	157,8	165,8
Farmaceutica Convenzionata	232,1	230,1	227,7	213,4	199,4	192,4	189,7
Prestazioni da Privato	367,0	380,6	384,8	388,7	397,8	384,1	398,6
Costi Esterni	753,9	766,1	768,3	757,6	750,8	734,3	754,1
Costi Operativi	2.328,8	2.348,4	2.399,5	2.415,0	2.462,1	2.527,7	2.586,3

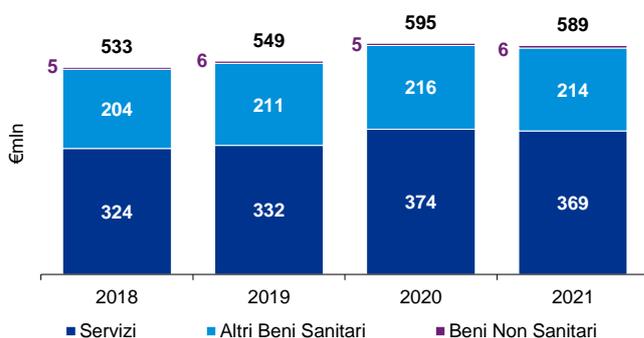
A = Actual; P = Programmatico

Figura 32: Andamento della spesa farmaceutica 2018-2021 e sue componenti



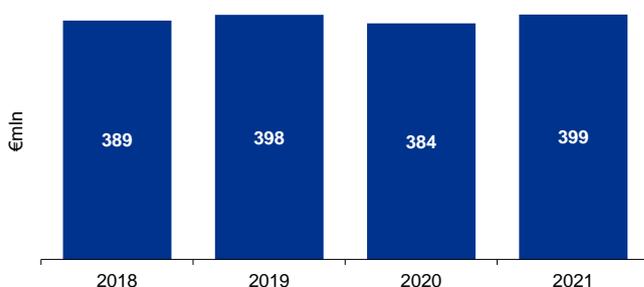
Per i **Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati** si stima che le azioni previste portino ad un contenimento dell'aumento della spesa, con un programmatico al 2021 superiore rispetto al 2018 di 32,5 €mln. Tale incremento deve essere letto congiuntamente al calo programmatico della **Farmaceutica Convenzionata** di un importo pari a 23,6 €mln. Si sottolinea che l'introduzione della DPC ad Agosto 2018 ha causato una redistribuzione dei costi tra le due voci; a livello complessivo, la spesa farmaceutica nel 2021 è stimata superiore di 8,9 €mln rispetto al 2018.

Figura 33: Andamento della spesa per Altri Beni e Servizi 2018-2021 e sue componenti



La voce di costo programmatica relativa ad **Altri Beni e Servizi** a Consuntivo 2019 è pari a 549,1 €mln e a 595,1 €mln per il 2020. Per l'anno 2021 si stima di riuscire ad evitare un'ulteriore crescita dei costi, mantenendo il valore a 589,5 €mln. L'aumento cumulato nei tre anni è quindi pari a 56,1 €mln rispetto al 2018.

Figura 34: Andamento della spesa per Prestazioni da Privato 2018-2021



Il valore programmatico delle **Prestazioni da Privato** è stato stimato in crescita rispetto al Consuntivo 2018, nonostante le azioni di contenimento previste, per un aumento complessivo pari a 9,9 €mln al 2021.

Manovre di contenimento

La stima tendenziale per il Conto Economico 2021, elaborata sulla base dei dati a Consuntivo 2019, a Consuntivo 2020 e al II Trimestre 2021, mostra un risultato economico pari a -106,6 €mln. Tale stima rappresenta la situazione che si prospetterebbe in assenza di interventi sul sistema.

A seguito di una ricognizione della situazione contabile della Regione e delle ASL e di ulteriori interlocuzioni con le ASL finalizzate all'identificazione di spazi di efficientamento a cui poter ricorrere in tempi brevi, si sono identificate risorse per un totale possibile di 103,4 €mln, di cui si rappresenta nel seguito il dettaglio.

Economie vincolate

I 44 €mln identificati si riferiscono alle risorse finanziarie presenti sul Bilancio Regionale e riconducibili ad economie vincolate, di cui al gruppo 827. La regione Abruzzo ha richiesto il supporto dell'Advisor nella ricognizione dei movimenti contabili, al fine di poter disporre di tali risorse.

Ulteriori trasferimenti pubblici

Gli importi iscritti a complemento del Tendenziale 2021, pari a complessivi 1,5 €mln, si riferiscono a rettifiche dei valori calcolati sulla base del II Trimestre 2021. Tali valori non sono stati inclusi all'interno del Tendenziale in attesa di una loro contabilizzazione.



Accantonamento e utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati

A seguito della ricognizione delle risorse destinate ai Progetti Obiettivo ancora accantonate nel Fondo dedicato da parte delle ASL e della GSA, si sono identificate risorse per ulteriori 4,9 €mln riferite a progetti rendicontati o rendicontabili, che possono quindi essere svincolate. A questi si aggiungono ulteriori 5,6 €mln di minori accantonamenti delle risorse dedicate all'anno 2021, per le medesime dinamiche. Il saldo registra quindi un miglioramento di complessivi 10,5 €mln.

Rettifica contributi in c/es per destinazione ad investimenti

La riduzione di 3,8 €mln del valore della voce è legato alla rivalutazione della effettiva possibilità di ottenere entro il 31/12/2021 il collaudo per fabbricati ed attrezzature sanitarie.

Prodotti Farmaceutici e Altri Beni e Servizi

La stima delle manovre di contenimento attuabili sulle voci relative agli aggregati Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati e Altri Beni e Servizi ammontano rispettivamente a 7,8 €mln e 16,9 €mln. Tali importi sono legati a diverse fattispecie, quali:

- la ricezione di note di credito da parte dei fornitori;
- il maggiore ricorso alle scorte e conseguente riduzione di nuovi ordini di beni;
- la revisione dei controlli di distribuzione dei farmaci in ADI;
- la rivalutazione di alcuni servizi e dei costi ad essi correlati;
- un più stringente controllo sui livelli di servizio stabiliti;
- il maggiore ricorso ai farmaci generici e biosimilari a costo inferiore tramite la sensibilizzazione dei medici prescrittori in tutti i Dipartimenti e le UU.OO. aziendali;
- la corretta e tempestiva compilazione delle schede AIFA;
- la corretta alimentazione del File F.

Accantonamenti

Rispetto al Tendenziale 2021, gli Accantonamenti Rischi risultano incrementati nel Programmatico di 3,2 €mln riferiti alla rivalutazione del fondo per la tematica AIR della Medicina di Base.

La voce Altri Accantonamenti risulta invece calare di 9,5 €mln, nell'ipotesi che entro la fine del periodo di competenza saranno concluse le procedure legate al *Payback* e sarà possibile svincolare tali fondi.

Il saldo tra queste due rettifiche risulta quindi un decremento complessivo di 6,3 €mln della voce Accantonamenti.

Sopravvenienze attive e proventi straordinari

L'incremento di 12,7 €mln risulta così composto:

- 4,9 €mln riferiti alla stima del recupero derivante dal servizio di recupero fiscalità (IRAP, IRES, IVA);
- 3,3 €mln per il ricalcolo delle imposte versate negli esercizi 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020;
- 1,7 €mln per la rivalutazione dei decrementi registrati nei Bilanci aziendali a partire dal 2003 per la posta di Patrimonio Netto "Finanziamenti per beni di prima dotazione" in ragione di quanto rilevato nella contabilità Sezionale dei Cespiti;
- 1,6 €mln riferiti a crediti verso comuni per recupero quote sociali su prestazioni residenziali corrisposte nell'ambito dei rapporti con gli erogatori privati;
- 1,0 €mln derivante dalla verifica di congruità dei fondi rischi;
- 0,3 €mln per la mancata presentazione dei documenti necessari per l'accesso alla valutazione delle istanze di ristoro ai sensi della OPGR 105/2020 da parte della Società delle Terme di Caramanico.



Schema di sintesi 2019-2021

999 Consolidato Regione Abruzzo								
ID	CONTO ECONOMICO	CONS 2018	CONS 2019	CONS 2020	TEND 2021	MANOVRA SVILUPPO 2021	MANOVRA CONTENIMENTO 2021	PROG 2021
	€/000	D	E	F	I	J	K	L=I+J+K
A1	Contributi F.S.R.	2.437.373	2.445.713	2.572.181	2.583.125	-	-	2.583.125
A2	Saldo Mobilità	(74.666)	(84.910)	(102.969)	(94.005)	-	-	(94.005)
A3	Entrate Proprie	94.776	109.484	123.352	93.399	-	45.467	138.866
A4	Saldo Intramoenia	3.212	3.401	2.174	3.609	-	-	3.609
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(20.153)	(29.106)	(41.792)	(25.852)	-	3.778	(22.074)
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	27.047	52.390	18.207	11.470	-	10.466	21.936
A	Totale Ricavi Netti	2.467.589	2.496.973	2.571.153	2.571.748	-	59.711	2.631.459
B1	Personale	781.406	796.162	827.531	861.968	-	-	861.968
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	287.932	305.776	324.583	328.245	-	(7.764)	320.481
B3	Altri Beni e Servizi	533.393	549.093	595.076	606.399	-	(16.939)	589.460
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	1.209	989	1.074	918	-	-	918
B5	Accantonamenti	56.629	56.887	59.286	72.037	-	(6.308)	65.729
B6	Variazione Rimanenze	(3.123)	2.412	(14.210)	(6.351)	-	-	(6.351)
B	Totale Costi Interni	1.657.447	1.711.319	1.793.340	1.863.217	-	(31.011)	1.832.206
C1	Medicina Di Base	155.565	153.599	157.753	165.800	-	-	165.800
C2	Farmaceutica Convenzionata	213.353	199.416	192.446	189.747	-	-	189.747
C3	Prestazioni da Privato	388.660	397.806	384.137	398.595	-	-	398.595
C	Totale Costi Esterni	757.578	750.820	734.336	754.142	-	-	754.142
D	Totale Costi Operativi	2.415.025	2.462.140	2.527.676	2.617.358	-	(31.011)	2.586.347
E	Margine Operativo	52.565	34.833	43.478	(45.610)	-	90.722	45.112
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	674	100	100	100	-	-	100
F2	Saldo Gestione Finanziaria	2.332	5.273	738	937	-	-	937
F3	Oneri Fiscali	60.450	60.109	62.047	62.645	-	-	62.645
F4	Saldo Gestione Straordinaria	(11.066)	(18.596)	(4.034)	(2.690)	-	(12.722)	(15.413)
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	52.389	46.886	58.852	60.992	-	(12.722)	48.269
G	Risultato Economico	176	(12.053)	(15.374)	(106.602)	-	103.444	(3.158)
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	-	-	-	-	-	-	-
I	Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva	176	(12.053)	(15.374)	(106.602)	-	103.444	(3.158)



Gestione Covid 2020-2021

La gestione della pandemia

In attuazione del Programma Operativo che la Regione Abruzzo ha delineato per la gestione dell'emergenza Covid, trasmesso con prot. n. 86 del 7 settembre 2020 e successive, sono stati adottati i provvedimenti e implementate le iniziative necessarie a dare attuazione alle disposizioni nazionali, come rese e modulate nel tempo in relazione alla costante evoluzione dell'emergenza pandemica.

Il documento, al cui contenuto si rinvia integralmente in quanto contenente, oltre all'indicazione delle misure da implementare, quelle già realizzate alla data della sua redazione, prevedeva la realizzazione di una serie di azioni in un'ottica di medio-lungo termine, articolandole su sette pilastri principali:

- definire di una catena di comando;
- dotare le ASL del personale necessario;
- gestire l'attività dei laboratori anche aumentandone la capacità di testing
- rendere più agile la rete ospedaliera
- potenziare l'assistenza territoriale
- garantire adeguate misure di prevenzione e sicurezza per il riavvio delle attività nei luoghi di lavoro e negli ambienti di vita collettiva
- garantire un adeguato sistema di approvvigionamento e di rendicontazione delle risorse.

Sulla base di quanto specificatamente previsto nel Programma, in estrema sintesi, sono state approntate le misure relative a:

- organizzazione del sistema di sorveglianza e tracciamento;
- organizzazione delle misure per l'operatività in sicurezza di operatori sanitari/utenti;
- organizzazione del sistema di testing e della rete di laboratori idonei a processare i tamponi, ivi inclusa l'implementazione di campagne di somministrazione di test sierologici;
- adozione del piano di riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid-19 (D.G.R. n. 334/2020 e D.G.R. n. 443/2020 - art. 2 D.L. n. 34/2020, convertito con modifiche in legge n. 77/2020);
- adozione del piano di potenziamento e riorganizzazione assistenza territoriale per emergenza covid (D.G.R. 598/2020 - art. 1 D.L. n. 34/2020, convertito con modifiche in legge n. 77/2020);
- organizzazione e implementazione del Piano regionale per la vaccinazione (D.G.R. n. 173/2021).

Rinviando al predetto documento per quanto attiene alla fase di pianificazione degli interventi e anche a tutti gli interventi che hanno avuto attuazione sino ad agosto 2020, si fornisce di seguito una relazione sintetica sulle principali aree di intervento.

Riassetto della rete ospedaliera

Al fine di fronteggiare la prima inattesa e drammatica fase emergenziale dell'epidemia da SARS COV 2, in aderenza alle prime indicazioni di gestione della pandemia emanate dal Ministero della Salute, nella regione Abruzzo è stata attuata la riconversione di unità operative di degenza o di servizi in reparti COVID a bassa, media e alta intensità di cure, nonché di terapie semi intensive (TSI) e di terapie intensive (TI) di coorte, attraverso la riqualificazione di spazi disponibili o dismessi, e con la contestuale riconversione di molti reparti.

Sempre in fase iniziale, sono state messe in atto misure volte a rendere agile il sistema ospedaliero, preparandolo ad accogliere i pazienti risultati positivi al Covid e contestualmente garantendo la continuità dei servizi sanitari essenziali alla popolazione.

Per quanto riguarda le misure volte ad organizzare e preparare il sistema ospedaliero per i pazienti positivi al Covid, la Regione ha provveduto



- ad uniformare le procedure di ammissione, dimissione e trasferimento (ADT) per definire una codifica per l'identificazione e la tracciabilità dei pazienti positivi al Covid coerente in tutte le ASL, applicando le linee guida contenute nella circolare n.7648 del 20 Marzo 2020, emanate dal Ministero della Salute;
- a delineare, di concerto con le Unità di Crisi aziendali, i percorsi per la gestione dei pazienti positivi al Covid all'interno delle strutture e/o nelle aree identificate per Covid.

Al livello operativo la Regione ha inteso istituire un sistema di monitoraggio dei posti letto di area critica, con indicazione dello stato di saturazione dei reparti per presidio ospedaliero (O.P.G.R. n.12 del 20.03.2020). Avvalendosi del patrimonio informativo acquisito tramite le attività rese dalla task force a supporto del Responsabile Sanitario Regionale per l'emergenza, il Dipartimento Sanità e l'Agenzia Regionale, si è inteso rendere possibile un coordinamento dei reparti convertibili in terapia intensiva e degenza ordinaria a medio termine ed una definizione puntuale dei relativi fabbisogni di fattori produttivi.

Al fine di garantire la continuità assistenziale durante l'emergenza, la Regione si è proposta, qualora occorrente ed in coerenza con quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 18 del 17 Marzo 2020, di coordinare il coinvolgimento e l'attivazione degli operatori privati andando a identificare le strutture (accreditate e non) ed i posti letto disponibili da dedicare alle prestazioni indifferibili e non gestibili al momento presso le strutture pubbliche, a causa dell'elevata domanda e della conversione di taluni reparti in reparti Covid.

Il DL 34 del 19 maggio 2020, convertito nella Legge 77/2020, all'art. 2 ha programmato la risposta strutturale all'aumento della domanda di assistenza, al fine di fronteggiare in maniera adeguata le emergenze pandemiche come quella da COVID 19 e soprattutto, nell'immediato, gli eventuali accrescimenti improvvisi della curva infettivologica che poi si sono effettivamente verificati con le cc.dd, seconda, terza e l'attuale quarta ondata.

Con circolare ministeriale prot. n.11254 del 29.05.2020 sono stati forniti alle regioni gli indirizzi applicativi del predetto art 2 DL 34/20, ovvero le indicazioni operative per l'organizzazione della rete ospedaliera COVID.

Il piano ospedaliero COVID della regione Abruzzo è stato approvato con la DGR 334 del 15 giugno 2020, successivamente integrata e modificata con la DGR 443/20 con la rimodulazione di alcune poste economiche nell'ambito delle risorse regionali già assegnate.

In conformità alle indicazioni della citata circolare ministeriale prot. n.11254, la programmazione regionale ha inteso implementare in via esclusiva i PP.LL. di terapia intensiva e semi intensiva negli ospedali forniti delle necessarie dotazioni strutturali, tecnologiche e di servizi, identificabili nelle strutture ospedaliere pubbliche sede di DEA di I livello.

Più nello specifico il piano ospedaliero COVID della regione Abruzzo ha previsto:

- 12 interventi di rifacimento e/o adeguamento strutturale ed impiantistico destinati all'allestimento di n. 66 posti letto di terapia intensiva e di n. 92 posti letto di terapia semi intensiva, per una spesa complessiva di 24 milioni e 500 mila euro circa;
- 16 interventi di riorganizzazione e di separazione degli spazi di pronto soccorso, per una spesa complessiva di circa 4 milioni di euro;
- 4 mezzi di soccorso (ovvero 1 per ciascuno ASL) per una spesa complessiva di 300 mila euro

Gli interventi strutturali ed impiantistici sono comprensivi delle apparecchiature elettromedicali e degli ulteriori arredi ed attrezzature necessari a rendere i medesimi interventi funzionali e funzionanti, ai sensi della circolare ministeriale di riferimento.

La attuale situazione di attuazione della rete è la seguente:

- i posti letto di terapia intensiva e semi intensiva risultano tutti realizzati;
- gli interventi di pronto soccorso sono in via di completamento presso il PO Lanciano, mentre per il PO di Penne sono inseriti nell'ambito dell'accordo di programma a valere per la riqualificazione dell'intero nosocomio;
- i 4 mezzi di soccorso sono tutti acquistati e collaudati.



Riassetto della rete territoriale

Con DGR 598 del 6 ottobre 2020 è stato approvato il piano di potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con correttivi da apportare per introdurre le specifiche formulazioni dei nuovi hub distrettuali previsti dai recenti standard nazionali e dalla Misura 6-Salute del PNRR (Case di Comunità, Strutture di Prossimità, Centrali Operative Regionali e del Territorio).

Con il Piano è stato definito l'assetto organizzativo funzionale alla risposta assistenziale sul territorio, basato sulla individuazione, per ciascuna AUSL di una UCAT (Unità di Coordinamento dell'Assistenza Territoriale), con il compito di coordinamento generale dell'assistenza territoriale assicurata dal SIESP, dai MMG, PLS, CA e dalle USCA e l'implementazione dei sistemi di sorveglianza sanitaria in termini di uniformità, di equità l'accesso, di responsabilizzazione e definizione dei ruoli di tutti i soggetti coinvolti.

In particolare all'UCAT sono state demandate le seguenti funzioni:

- attività di collegamento con il SIESP e con gli operatori di sanità pubblica;
- supporto ai MMG, PLS e CA per la risoluzione di eventuali problematiche gestionali che coinvolgono le persone sottoposte a sorveglianza sanitaria o quarantena obbligatoria;
- interazione con il sistema territoriale del 118;
- monitoraggio delle attività delle U.S.C.A. territorialmente competenti, finalizzato alla elaborazione di report settimanali;
- punto di raccolta delle informazioni da parte dei MMG, PLS, CA e U.S.C.A.;
- monitoraggio dell'attività del numero unico aziendale o altro sistema di accesso informativo da parte dell'utenza ai servizi della Azienda Sanitaria;
- attività di facilitazione del rapporto tra MMG/PLS/CA e medici U.S.C.A. con gli specialisti ambulatoriali convenzionati;
- consulenza e proposta in merito a protocolli operativi aziendali e eventuali soluzioni tecnologiche di teleassistenza;
- rapporto con l'Unità di Crisi Aziendale con compiti di monitoraggio e consulenza.

- USCA

Con OPR 11 del 20.03.2020 sono state istituite anche in Abruzzo le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.) ai sensi del DL 9 marzo 2020, n. 14. Le USCA attive in Regione sono 28 (7 per ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila, 7 per ASL Lanciano-Vasto-Chieti, 6 per ASL Pescara e 8 per ASL Teramo, di cui 1 specificamente destinata ad una RSA pubblica), indicativamente 1 Unità ogni 50 mila abitanti. Le ASL hanno progressivamente potenziato il servizio di base medico-infermieristico con ore aggiuntive previste per ulteriori unità di personale medico specialistico per assistenza ambulatoriale (cardiologi), infermieristica, assistenza sociale e psicologica, a supporto sia dei pazienti COVID positivi che delle situazioni di fragilità e cronicità rese ancora più difficili dalla pandemia. Le centrali operative di coordinamento dette UCAT (Unità di Coordinamento dell'Assistenza Territoriale, nodi aziendali delle USCA) sono a supporto sia dei servizi territoriali che dei servizi per l'emergenza.

- Infermieri di famiglia/comunità'

Nell'atto di riforma della rete territoriale (DGR 598/2020) la Regione ha previsto, in fase sperimentale e di prima applicazione, un infermiere di famiglia/comunità (figura prevista dal Decreto Rilancio n. 34/2020) nel rapporto di presa in carico di massimo 500 pazienti, con un rapporto ottimale, secondo letteratura, nei programmi più complessi di 1:200 o 1:50-60 per pazienti meno stabili. Con successivo provvedimento, la Giunta Regionale approverà un quadro di riferimento con la definizione delle caratteristiche del modello: responsabilità, funzioni, competenze e requisiti specifici con relativo percorso formativo oltre che fabbisogno da prevedere nei piani assunzionali ASL.

- COVID HOTEL



Previsti dall'art. 1 cc. 2 e 3 del Decreto Rilancio, le residenze sanitarie per pazienti positivi asintomatici, paucisintomatici a bassa intensità di cure e soggetti in quarantena (c.d. "Covid Hotel") sono state attivate nel numero di circa 4 strutture ricettive regionali nel corso della pandemia. Con Det. Dir. DPF020/21 del 7.7.2021 il Servizio Programmazione regionale ha assegnato risorse – per affitto alberghi e relativi costi di assistenza – per 1,13 milioni di euro per l'annualità 2021 (erano 1,55 milioni di euro nel 2020) in ragione delle proroghe di autorizzazione alla spesa concesse dall'art. 21 del D.L. 41/2021. I posti letto in alberghi sanitari sono concentrati prevalentemente nell'ambito della ASL di Teramo.

- SUPPORTO AL CONTACT TRACING

Con OPGR n. 39 del 18 aprile 2020 la Regione ha messo a punto il sistema informativo A.T.T.R.A. (Applicativo Tracciatura Tamponi Regione Abruzzo, il cui utilizzo è stato reso obbligatorio per i laboratori di analisi della rete regionale con successiva OPGR 104 del 25.11.2020), progettato e realizzato interamente dal Servizio Sistema Informativo della Regione. Ad oggi MMG e PLS possono visionare direttamente i referti dei tamponi per il Covid 19 accedendo al "Portale del Medico" regionale, senza attendere dunque l'invio degli stessi da parte delle Asl. Da ultimo è stata promossa l'attivazione di un'apposita convenzione CONSIP per l'acquisizione di un sistema informativo che gestisca le procedure di base dell'emergenza COVID per tutta la parte di rilevamento ed elaborazione dei tamponi.

- ASSISTENZA DOMICILIARE E CURE PALLIATIVE

I pazienti assistiti in ADI dalle USCA hanno raggiunto e talvolta superato le 5 mila unità per ciascuna Azienda USL della regione, con fisiologiche riduzioni nelle fasi di flessione dei contagi. Nella DGR 173 del 22 marzo 2021 di approvazione del piano vaccinale regionale-Fase 2, sono state fornite indicazioni operative per la vaccinazione dei pazienti ultradiciottenni in Assistenza Domiciliare Integrata e Programmata (ADI/ADP). Le équipes di vaccinatori (1 medico e 1 infermiere) operano con turni h12 – con 10 ore di vaccinazione previste per giorno - su ambulanze messe a disposizione dal 118 e sono coordinate dall'hub vaccinale della ASL, che funge da centrale di coordinamento gestita dal responsabile aziendale dell'ADI. Con OPGR n. 89 del 25 settembre 2020 sono state approvate le procedure per la gestione domiciliare di casi accertati o sospetti Covid. Nel rispetto della normativa nazionale e regionale in merito alle competenze del SIESP, i MMG/PLS collaborano con i medici CA e le USCA senza sovrapposizione di competenze per la sorveglianza clinica dei pazienti in quarantena o isolamento o in fase di guarigione dimessi precocemente dagli ospedali. Qualora emergano bisogni di Cure Palliative nei pazienti assistiti nella tipologia paziente COVID complesso cronico e fragile, l'eventuale passaggio alla modalità assistenziale avviene con valutazione congiunta da parte del medico delle Cure Palliative e dello specialista di riferimento per la patologia prevalente.

- TELEMEDICINA

Le attività di assistenza territoriale strettamente intese sono integrate con i servizi svolti in modalità remota di telemedicina, avviati in via emergenziale, sulla base dei protocolli dell'ISS, durante le ondate pandemiche a favore dei pazienti diabetici, autistici e dei malati rari, successivamente articolati in percorsi strutturati coinvolgenti anche la tutela della salute mentale e le prestazioni riabilitative domiciliari. La Regione ha inteso, infine, di potenziare e/o attivare l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per i pazienti che presentano patologie per le quali non può essere interrotto il percorso di cura, al fine di evitare visite periodiche all'ospedale. Ove possibile, si intende potenziare il monitoraggio dei pazienti da remoto, sia affetti da Covid che non, attraverso strumenti quali la telemedicina e tecnologie per il monitoraggio "attivo" del rischio contagio, seguendo le linee guida nazionali. Nello specifico con O.P.G.R. n. 24 del 3 aprile e O.P.G.R.n. 33 del 10 aprile, la regione Abruzzo ha introdotto indicazioni specifiche per un appropriato sostegno domiciliare da parte dei medici convenzionati tramite l'utilizzo della telemedicina per rispettivamente le persone con autismo e per i pazienti affetti da diabete. Con DGR 481 del 5 agosto 2020 sono state approvate le linee operative per lo sviluppo dei servizi di telemedicina. Nel 2020 i pazienti trattati in ADI sono stati (sia pur con qualche flessione rispetto al 2019) oltre 22 mila, dei quali il 72% ultra 64-enni e l'11% pazienti in cure palliative.

Organizzazione della campagna vaccinale

Con O.P.G.R. n. 1 dell'8 gennaio 2021 è stato varato il Programma regionale per la campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2-della fase 1.



Con D.G.R. 173 del 22 marzo 2021 è stato approvato il Programma regionale per la fase 2. Sul piano organizzativo sono stati identificati Referenti che hanno il compito di rispondere direttamente alla Struttura di Coordinamento Nazionale e di interfacciarsi con le ASL territoriali.

Nella fase iniziale di attuazione del programma vaccinale è stata effettuata una gestione centralizzata della vaccinazione eseguita presso siti ospedalieri identificati (Punti Vaccinali Ospedalieri o peri-ospedalieri), con il supporto aggiuntivo di unità mobili impiegate per la vaccinazione delle persone ricoverate presso le strutture residenziali per anziani o impossibilitate a raggiungere i punti di vaccinazione menzionati. In seguito, con l'aumento della disponibilità dei vaccini, è stata attivata una campagna su larga scala con l'istituzione di P.V.T. (Punti Vaccinali Territoriali) di tipo hub e spoke (P.V.T. straordinari). Sono stati approvati i protocolli d'intesa per il coinvolgimento nella campagna vaccinale Covid-19 dei medici convenzionati e di altre categorie: medici di medicina generale (D.G.R. 178 del 24 marzo 2021), odontoiatri (D.G.R. 396 del 28 giugno 2021), medici specialisti ambulatoriali (D.G.R. 469 del 28 luglio 2021). La Regione ha definito cinque categorie prioritarie per l'ammissione al vaccino, conformemente alle raccomandazioni ministeriali (1-elevata fragilità, 2-fascia 70-79 anni, 3-fascia 60-69 anni; 4-comorbidità<60 anni; 5-resto della popolazione<60 anni). Per favorire l'adesione dei cittadini alla campagna vaccinale e consentire una pianificazione puntuale degli appuntamenti e della gestione delle dosi, la Regione ha dapprima messo a disposizione degli assistiti una Piattaforma per la raccolta delle adesioni online, migrando poi al Sistema Centrale di Poste Italiane per l'intera gestione informatizzata della campagna.

Interventi e utilizzo dei finanziamenti Anno 2020

In relazione alle attività previste dai D.L. n. 18/2020, n. 34/2020 e n. 104/2020, ai sensi dell'Art. 26, c. 4, del DL n. 73 del 25 maggio 2021 per fronteggiare l'emergenza Covid, si rappresentano nel seguito gli interventi attuati dalla Regione Abruzzo nel corso dell'anno 2020 e i relativi costi sostenuti. Si segnala che in linea con quanto previsto dall'articolo 26 comma 4 del D. L. 73/2021 come modificato dalla legge di conversione n. 106/2021, la Regione Abruzzo ha utilizzato la flessibilità delle somme accantonate non solo con riferimento alle altre linee di finanziamento previste dai decreti, ma anche, così come previsto dal comma richiamato, per altri interventi sostenuti per fronteggiare l'emergenza, riconducibili alle quattro tipologie di spesa espressamente previste dalla legge, nello specifico:

- effettuazione di tamponi alla popolazione;
- acquisizione di beni e servizi per l'emergenza Covid;
- contratti di somministrazione di personale;
- realizzazione di investimenti finanziati da contributi in conto esercizio.

La somma complessiva assegnata alla Regione Abruzzo dai suddetti Decreti Legge è pari a 79,8 €mln. Di questi è stato possibile attenersi alle linee di finanziamento proposte dai DL stessi somme pari a 33,7 €mln, mentre per i rimanenti 46,0 €mln si è dovuto ricorrere alla citata flessibilità, così come rappresentato in

Utilizzo delle risorse per le linee di finanziamento DL n. 34/2020

Le risorse utilizzate in coerenza con le linee di finanziamento previste dal DL n. 34/2020 sono pari a 11,8 €mln nel corso del 2020. In particolare, tali risorse sono state utilizzate per le seguenti attività:

- attivazione di contratti di locazione con strutture alberghiere, prevalentemente della provincia di Teramo, ai fini di far fronte ad improrogabili esigenze connesse alla gestione dell'isolamento delle persone contagiate da SARS-CoV-2;
- potenziamento delle azioni assistenziali a livello domiciliare, in particolare tramite prelievi ematici e sorveglianza per le condizioni di fragilità assistenziale;
- potenziamento delle USCA, in particolare tramite incremento del numero di medici presenti per turno e tracciamento dei contatti;



- reclutamento di unità di personale, qualificati come assistenti sociali, a supporto delle attività socio-sanitarie;
- attivazione delle centrali operative secondo il modello organizzativo regionale e in ottemperanza alla DGR n. 598/2020;
- incremento delle ore di lavoro straordinario (sia per il personale del comparto che dirigenziale) resosi necessario per far fronte all'emergenza Covid;
- estensione dell'istituto dell'indennità di malattie infettive anche al personale del comparto in servizio presso UU.OO. dell'area Covid;
- potenziamento dei trasporti secondari della rete Covid e all'assunzione di nuovo personale (medici, infermieri, OSS e operatori tecnici, autisti).

Il DL n. 34/2020 prevede inoltre ulteriori finanziamenti, gestiti direttamente dal Dipartimento della Protezione Civile nazionale, destinati al potenziamento strutturale delle reti ospedaliera e territoriale. . Si faccia riferimento ai paragrafi *Riassetto della rete ospedaliera* e *Riassetto della rete territoriale* per i dettagli in merito alle relative attività svolte.

Utilizzo delle risorse per le linee di finanziamento DL n. 104/2020

Le risorse utilizzate in coerenza con le linee di finanziamento previste dal DL n. 104/2020 sono pari a 0,9 €mln nel corso del 2020. In particolare, tali risorse sono state utilizzate per le seguenti attività:

- recupero di prestazioni ospedaliere attraverso il ricorso a consulenze sanitarie da privato art. 55 c. 2 CCNL 2000;
- recupero di prestazioni specialistiche attraverso il ricorso a consulenze sanitarie da privato art. 55 c. 2 CCNL 2000.

Utilizzo flessibile delle risorse

Se i vari decreti emergenziali hanno perimetrato una serie di attività assistenziali oggetto di specifiche linee di finanziamento e per le quali nei paragrafi che precedono si è cercato di fornire una dimostrazione delle attività poste in essere, la lotta all'emergenza Covid ha visto la Regione porre in essere anche altre tipologie di spesa che non sono riconducibili a quelle di cui ai commi dei decreti precedenti ma che comunque la Regione ha sostenuto con specifico riferimento all'emergenza Covid.

A tal fine di seguito si riportano le principali voci di spesa che hanno caratterizzato il cosiddetto CE Covid 2020 e che non trovano apposita linea di finanziamento nei Decreti Legge n. 18, 34 e 104:

- costi per ricorso ai contratti di somministrazione del personale;
- costi per effettuazione di tamponi alla popolazione;
- maggiori spese connesse a servizi sostenuti nel corso dell'emergenza Covid;
- realizzazione di attività di primo intervento sulle strutture ospedaliere per la realizzazione di investimenti necessari ed urgenti non ricompresi in quelli oggetto di finanziamento da parte dei decreti.

La tabella che segue riepiloga in termini finanziari gli importi complessivi contenuti nella Scheda excel allegata alla presente relazione riconducibili alle singole tipologie in precedenza riportate.



Tabella 7: utilizzo flessibile delle risorse Covid-19

Altre spese non previste dai DL sostenute nell'emergenza COVID-19	Altri Costi Rendicontati
Effettuazione dei tamponi alla popolazione	25.559.591
Altri Beni e Servizi (Ad esclusione dei Tamponi)	8.509.487
Ricorso ai contratti di somministrazione del personale	5.543.595
Realizzazione di investimenti finanziati da contributi in conto esercizio	6.435.571
Totale	46.048.244

Si precisa che detto valore, con particolare riferimento a maggiori spese per beni e servizi e personale somministrato, non costituisce il valore totale di maggiori spese legati all'emergenza Covid ma esclusivamente la quota necessaria ad azzerare l'utilizzo degli accantonamenti Covid alla luce degli importi delle altre voci rendicontate.

Utilizzo risorse destinate alla gestione dell'emergenza Covid

Per quanto riguarda il finanziamento di 8,0 €mln del POR FSE, essi sono stati utilizzati dalle Aziende Sanitarie Locali per corrispondere le premialità al Personale.

Per quanto riguarda le risorse gestite a livello nazionale dal Commissario Straordinario, i 21,6 €mln di risorse assegnate alla Regione Abruzzo costituiscono il riparto regionale delle risorse destinate dallo Stato al rimborso delle spese sostenute dalle Regioni e Province Autonome nell'anno 2020 per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari inerenti l'emergenza.

Gli 0,8 €mln di risorse destinate all'incremento dei fondi contrattuali sono stati utilizzati come previsto.

Oltre alle somme citate, la Regione Abruzzo ha beneficiato di ulteriori

- 8,0 €mln di Fondi Europei "POR FSE ABRUZZO 2014-2020 –ASSE II-Priorità d'Investimento 9.iv- Obiettivo Specifico 9.3. Azione Supporto Al Personale Ospedaliero Per Il Trattamento Dei Pazienti Con Covid-19";
- 21,6 €mln relativi al rimborso del 50% delle spese autorizzate condizionate, ammesse a rimborso dal Commissario Straordinario e al DM del 16/07/2021 di cui al riparto del fondo ai sensi dell'art. 24 DL n. 41/2021;
- 0,8 €mln stanziati dall'articolo 1, comma 413, della legge n. 178/2020 e finalizzati agli incrementi dei fondi contrattuali.



Tabella 6: Utilizzo dei finanziamenti Covid (DL 18, 34, 104 del 2020) secondo le linee di finanziamento previste

	Riferimento normativo (articolo e comma)	Risorse assegnate dai DL emergenziali	Risorse dai DL emergenziali utilizzate	Risorse dai DL emergenziali non utilizzate
DL N. 18/2020	Articolo 1, c. 1 e 2 (straordinari, indennità, incentivi)	5.480.293	5.390.381	89.912
DL N. 18/2020	Articolo 1, c. 3 (reclutamento personale per le finalità di cui all'articolo 2-bis, c. 1, lettera a) e comma 5) [norma di finanziamento, correlata alla successiva per quanto riguarda le misure]	14.248.761	13.280.072	968.688
DL N. 18/2020	Articolo 2-bis, c. 1, lettera a) e c. 5 e 2-ter (reclutamento personale)			
DL N. 18/2020	Articolo 2-sexies (ass. specialistica ambulatoriale interna)	131.527	2.446	129.081
DL N. 18/2020	Articolo 4-bis (USCA)	2.279.802	2.279.802	-
DL N. 18/2020	Articolo 3, c. 1 e 2 (prestazioni da privato accreditato e autorizzato)	5.261.081	-	5.261.081
DL N. 18/2020	Articolo 3, c. 3 (personale, beni e servizi da privati autorizzati)	3.507.387	-	3.507.387
DL N. 18/2020	Altro (specificare)	-	-	-
Totale DL N. 18 del 2020		30.908.850	20.952.700	9.956.150
DL N. 34/2020	Articolo 1, comma 1 (disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale)	-	-	-
DL N. 34/2020	Articolo 1, commi 2 e 3 (strutture territoriali COVID-19)	711.635	711.635	-
DL N. 34/2020	Articolo 1, comma 4 (ADI - Supporto al territorio e a soggetti fragili tutelati ai sensi del capo IV del DPCM LEA)	16.072.475	2.517.355	13.555.121
DL N. 34/2020	Articolo 1, commi 2, 3, 4 bis	-	-	-
DL N. 34/2020	Articolo 1, comma 5 (Rafforzamento dei servizi infermieristici: infermiere di famiglia o comunità anche per coadiuvare USCA)	7.284.160	-	7.284.160
DL N. 34/2020	Articolo 1, comma 6 (Potenziamento USCA)	1.335.780	591.141	744.638
DL N. 34/2020	Articolo 1, comma 7 (Assistenti sociali)	312.178	15.000	297.178
DL N. 34/2020	Articolo 1, comma 8 (Attivazione di centrali operative regionali)	2.997.578	313.746	2.683.831
DL N. 34/2020	Articolo 1, comma 9 (Integrazione MMG e retribuzione dell'indennità di personale infermieristico a supporto MMG)	218.980	-	218.980
DL N. 34/2020	Articolo 2, comma 6, lett. A) (straordinari, indennità, incentivi personale)	4.160.625	4.092.892	67.734
DL N. 34/2020	Articolo 2, comma 1 e comma 5 (ulteriori assunzioni area ospedaliera)	5.276.877	3.562.798	1.714.079
DL N. 34/2020	Altro (specificare)	-	-	-
Totale DL N. 34 del 2020		38.370.289	11.804.568	26.565.721
DL N. 104/2020	articolo 29, commi 2 e 3 prestazioni aggiuntive specialistica - dirigenti e comparto***	10.472.048	945.675	9.526.372
DL N. 104/2020	articolo 29, commi 2 e 3 prestazioni aggiuntive specialistica - dirigenti e comparto	-	-	-
DL N. 104/2020	articolo 29, commi 2 e 3 prestazioni aggiuntive specialistica - dirigenti e comparto	-	-	-
DL N. 104/2020	Altro (specificare)	-	-	-
Totale DL N. 104 del 2020		10.472.048	945.675	9.526.372
Totale complessivo		79.751.187	33.702.944	46.048.243

Utilizzo delle risorse per le linee di finanziamento DL n. 18/2020

Le risorse utilizzate in coerenza con le linee di finanziamento previste dal DL n. 18/2020 sono pari a 21,0 €mln nel corso del 2020. In particolare, tali risorse sono state utilizzate per le seguenti attività:

- incremento delle ore di lavoro straordinario (sia per il personale del comparto che dirigenziale) resosi necessario per far fronte all'emergenza Covid;
- estensione dell'istituto dell'indennità di malattie infettive anche al personale del comparto in servizio presso UU.OO. dell'area Covid;
- reclutamento di personale con incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa a personale sanitario di categoria e di area dirigenziale, in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale;
- reclutamento di personale con incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a dirigenti medici, veterinari e sanitari nonché al personale del ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza, in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale;



- attivazione di n. 27 sedi USCA sul territorio Regionale al fine di garantire l'attività assistenziale ordinaria, sia ambulatoriale che domiciliare.

Tra le linee di finanziamento previste dal DL n. 18/2020, con riferimento alla specialistica ambulatoriale interna, rientra l' *“aumento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con ore aggiuntive da assegnare nel rispetto dell'accordo collettivo nazionale vigente”*. Si specifica che la Regione Abruzzo ha svolto tali attività in via prevalente con le ore già assegnate.

Utilizzo delle risorse per le linee di finanziamento DL n. 34/2020

Le risorse utilizzate in coerenza con le linee di finanziamento previste dal DL n. 34/2020 sono pari a 11,8 €mln nel corso del 2020. In particolare, tali risorse sono state utilizzate per le seguenti attività:

- attivazione di contratti di locazione con strutture alberghiere, prevalentemente della provincia di Teramo, ai fini di far fronte ad improrogabili esigenze connesse alla gestione dell'isolamento delle persone contagiate da SARS-CoV-2;
- potenziamento delle azioni assistenziali a livello domiciliare, in particolare tramite prelievi ematici e sorveglianza per le condizioni di fragilità assistenziale;
- potenziamento delle USCA, in particolare tramite incremento del numero di medici presenti per turno e tracciamento dei contatti;
- reclutamento di unità di personale, qualificati come assistenti sociali, a supporto delle attività socio-sanitarie;
- attivazione delle centrali operative secondo il modello organizzativo regionale e in ottemperanza alla DGR n. 598/2020;
- incremento delle ore di lavoro straordinario (sia per il personale del comparto che dirigenziale) resi necessari per far fronte all'emergenza Covid;
- estensione dell'istituto dell'indennità di malattie infettive anche al personale del comparto in servizio presso UU.OO. dell'area Covid;
- potenziamento dei trasporti secondari della rete Covid e all'assunzione di nuovo personale (medici, infermieri, OSS e operatori tecnici, autisti).

Il DL n. 34/2020 prevede inoltre ulteriori finanziamenti, gestiti direttamente dal Dipartimento della Protezione Civile nazionale, destinati al potenziamento strutturale delle reti ospedaliera e territoriale. . Si faccia riferimento ai paragrafi *Riassetto della rete ospedaliera* e *Riassetto della rete territoriale* per i dettagli in merito alle relative attività svolte.

Utilizzo delle risorse per le linee di finanziamento DL n. 104/2020

Le risorse utilizzate in coerenza con le linee di finanziamento previste dal DL n. 104/2020 sono pari a 0,9 €mln nel corso del 2020. In particolare, tali risorse sono state utilizzate per le seguenti attività:

- recupero di prestazioni ospedaliere attraverso il ricorso a consulenze sanitarie da privato art. 55 c. 2 CCNL 2000;
- recupero di prestazioni specialistiche attraverso il ricorso a consulenze sanitarie da privato art. 55 c. 2 CCNL 2000.

Utilizzo flessibile delle risorse

Se i vari decreti emergenziali hanno perimetrato una serie di attività assistenziali oggetto di specifiche linee di finanziamento e per le quali nei paragrafi che precedono si è cercato di fornire una dimostrazione



delle attività poste in essere, la lotta all'emergenza Covid ha visto la Regione porre in essere anche altre tipologie di spesa che non sono riconducibili a quelle di cui ai commi dei decreti precedenti ma che comunque la Regione ha sostenuto con specifico riferimento all'emergenza Covid.

A tal fine di seguito si riportano le principali voci di spesa che hanno caratterizzato il cosiddetto CE Covid 2020 e che non trovano apposita linea di finanziamento nei Decreti Legge n. 18, 34 e 104:

- costi per ricorso ai contratti di somministrazione del personale;
- costi per effettuazione di tamponi alla popolazione;
- maggiori spese connesse a servizi sostenuti nel corso dell'emergenza Covid;
- realizzazione di attività di primo intervento sulle strutture ospedaliere per la realizzazione di investimenti necessari ed urgenti non ricompresi in quelli oggetto di finanziamento da parte dei decreti.

La tabella che segue riepiloga in termini finanziari gli importi complessivi contenuti nella Scheda excel allegata alla presente relazione riconducibili alle singole tipologie in precedenza riportate.

Tabella 7: utilizzo flessibile delle risorse Covid-19

Altre spese non previste dai DL sostenute nell'emergenza COVID-19	Altri Costi Rendicontati
Effettuazione dei tamponi alla popolazione	25.559.591
Altri Beni e Servizi (Ad esclusione dei Tamponi)	8.509.487
Ricorso ai contratti di somministrazione del personale	5.543.595
Realizzazione di investimenti finanziati da contributi in conto esercizio	6.435.571
Totale	46.048.244

Si precisa che detto valore, con particolare riferimento a maggiori spese per beni e servizi e personale somministrato, non costituisce il valore totale di maggiori spese legati all'emergenza Covid ma esclusivamente la quota necessaria ad azzerare l'utilizzo degli accantonamenti Covid alla luce degli importi delle altre voci rendicontate.

Utilizzo risorse destinate alla gestione dell'emergenza Covid

Per quanto riguarda il finanziamento di 8,0 €mln del POR FSE, essi sono stati utilizzati dalle Aziende Sanitarie Locali per corrispondere le premialità al Personale.

Per quanto riguarda le risorse gestite a livello nazionale dal Commissario Straordinario, i 21,6 €mln di risorse assegnate alla Regione Abruzzo costituiscono il riparto regionale delle risorse destinate dallo Stato al rimborso delle spese sostenute dalle Regioni e Province Autonome nell'anno 2020 per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari inerenti l'emergenza.

Gli 0,8 €mln di risorse destinate all'incremento dei fondi contrattuali sono stati utilizzati come previsto.

Anno 2021

L'unica fonte di ricavo prevista per l'anno 2021 a copertura dei costi Covid è costituita dai fondi ministeriali assegnati, che su base annua per la Regione Abruzzo ammontano a 37,7 €mln. Si precisa inoltre che la Regione non possiede accantonamenti relativi ai finanziamenti assegnati nell'esercizio 2020, in quanto ha provveduto, a seguito di validazione da parte del Ministero della Salute, ad utilizzare la flessibilità di cui al DL n. 73/2021 al fine di poter coprire i costi Covid generati in quello specifico esercizio.



Tabella 8: Dettaglio dei finanziamenti Covid-19 per l'anno 2021

Regione	D.L. 34/2020 art. 1, cc. 4-5-8	D.L. 34/2020 art. 2, c. 10	L. 178/2020 art. 1, cc. 416-417	L. 178/2020 art. 1, cc. 464-467	L. 178/2020 art. 1, cc. 468-470	L. 178/2020 art. 1, cc. 469-470	...
ABRUZZO	15.677.708	7.599.930	1.532.592	2.189.803	547.451	218.980	

...	D.L. 41/2021 art. 20, c. 2 lett c)	D.L. 41/2021 art. 21	D.L. 73/2021 art. 27	D.L. 73/2021 art. 33, cc. 1-2	D.L. 73/2021 art. 33, cc. 3-4-5	D.L. 73/2021 art. 50	Totale generale
	7.554.820	1.129.938	599.753	175.184	436.471	74.453	37.737.082

Utilizzo dei finanziamenti

A fronte dei citati trasferimenti ministeriali, la Regione sulla base dei dati al III Trimestre 2021, prevede su base annua costi Covid pari a 148,3 €mln, riferibili alle seguenti principali macrovoci di spesa:

- Rettifica dei contributi in conto esercizio per investimenti per 6,7 €/mln;
- Totale Costi Interni per 118,7 €/mln, di cui 60,9 €mln per il Personale, 56,2 €mln per Altri Beni e Servizi e 1,6 €mln per Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati. Si specifica che al III Trimestre 2021 alla voce Altri Beni e Servizi si rileva un costo di 28,7 €mln per l'effettuazione di tamponi alla popolazione;
- Totale Costi Esterni per 20,0 €/mln, di cui 11,6 €mln per la Medicina di Base e 8,4 €mln per le Prestazioni da Privato;
- Oneri Fiscali per 2,9 €/mln.



Schema di sintesi 2020-2021 Gestione Covid

999 Consolidato Regione Abruzzo					
ID	CONTO ECONOMICO	CONS 2020	...di cui CONS 2020 Covid	TEND 2021	...di cui TEND 2021 Covid
	€/000	A	B	C	D
A1	Contributi F.S.R.	2.572.181	80.628	2.583.125	37.737
A2	Saldo Mobilità	(102.969)	-	(94.005)	-
A3	Entrate Proprie	123.352	29.659	93.399	-
A4	Saldo Intramoenia	2.174	-	3.609	-
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(41.792)	(18.452)	(25.852)	(6.664)
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	18.207	(117)	11.470	-
A	Totale Ricavi Netti	2.571.153	91.718	2.571.748	31.073
B1	Personale	827.531	39.362	861.968	60.855
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	324.583	3.652	328.245	1.645
B3	Altri Beni e Servizi	595.076	55.055	606.399	56.169
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	1.074	-	918	-
B5	Accantonamenti	59.286	-	72.037	-
B6	Variazione Rimanenze	(14.210)	-	(6.351)	-
B	Totale Costi Interni	1.793.340	98.070	1.863.217	118.669
C1	Medicina Di Base	157.753	5.509	165.800	11.634
C2	Farmaceutica Convenzionata	192.446	-	189.747	-
C3	Prestazioni da Privato	384.137	2.663	398.595	8.395
C	Totale Costi Esterni	734.336	8.172	754.142	20.029
D	Totale Costi Operativi	2.527.676	106.242	2.617.358	138.698
E	Margine Operativo	43.478	(14.524)	(45.610)	(107.625)
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	100	-	100	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	738	-	937	-
F3	Oneri Fiscali	62.047	2.591	62.645	2.896
F4	Saldo Gestione Straordinaria	(4.034)	(2.026)	(2.690)	0
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	58.852	565	60.992	2.896
G	Risultato Economico	(15.374)	(15.089)	(106.602)	(110.521)
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	-	-	-	-
I	Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva	(15.374)	(15.089)	(106.602)	(110.521)



Regione ABRUZZO
