



## GIUNTA REGIONALE

---

### DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE

**OGGETTO: - DPCM 12 GENNAIO 2017 LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA – PRESA D'ATTO E APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO TECNICO “PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO”.**

#### LA GIUNTA REGIONALE

**VISTO** il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 - Suppl. Ordinario n. 15 ed entrato in vigore il 19 marzo 2017;

**DATO ATTO** che con il citato D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sono stati approvati i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), ovvero il complesso delle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale assicura attraverso le risorse finanziarie pubbliche e l'eventuale compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito;

**VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale 26 settembre 2017 n. 521 di recepimento del D.P.C.M. 12 gennaio 2017;

**VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 421 del 18 giugno 2018 di recepimento del Piano Nazionale della cronicità;

**DATO ATTO** che con la predetta DGR 421/2018 è stato conferito alla Agenzia sanitaria regionale ASR Abruzzo espresso mandato per gli adempimenti di attuazione del Piano Nazionale Cronicità, in collaborazione con i competenti Servizi del Dipartimento Sanità;

**RILEVATO** che tra i detti adempimenti è prevista la definizione dei PDTA per le patologie oggetto di attenzione ai sensi del medesimo Piano Nazionale Cronicità;

**VISTO** il Documento tecnico trasmesso dall'ASR Abruzzo con nota prot. 495 del 22 giugno 2021 in esito ai lavori coordinati nell'ambito di specifico gruppo di lavoro “**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO**” (Allegato A parte integrante al presente provvedimento) acquisito al prot. RA/259657/21/DPF;

**PRESO ATTO** delle motivazioni tecniche sottese al Documento trasmesso dall'Agenzia Sanitaria Regionale alle quali integralmente si rimanda;

**DATO ATTO** che il predetto Documento uniforma sul territorio regionale l'assistenza prestata ai pazienti con scompenso cardiaco cronico, dettando indicazioni basate sulle attuali evidenze scientifiche a garanzia di una gestione sanitaria appropriata ed efficace;

**RILEVATO** in particolare che il Documento distingue il percorso ospedaliero ed il percorso territoriale secondo una logica di integrazione tra ospedale e strutture sanitarie territoriali (ambulatori cardiologici, strutture di riabilitazione, distretti, sistema di assistenza primaria e domiciliare anche dedicata al fine vita) definita in uno specifico percorso gestionale;

**EVIDENZIATO** che l'applicazione del PDTA in questione comporta l'adozione di specifiche misure clinico - organizzative da parte delle Aziende UU.SS.LL. nel contesto della programmazione sanitaria regionale vigente, quali ad esempio la strutturazione degli ambulatori territoriali di cardiologia di I livello e degli ambulatori ospedalieri di I e di II livello;

**RILEVATO** che l'adozione di tali misure è funzionale alla verifica degli indicatori organizzativi e di processo previsti nel Documento tecnico;

**STABILITO** di demandare il monitoraggio dei riferiti indicatori all'Agenzia Sanitaria Regionale ASR Abruzzo;

**STABILITO** altresì che dette misure clinico - organizzative comprendano anche disposizioni utili ad assicurare la diffusione di informazioni inerenti l'applicazione del PDTA, sia a beneficio degli operatori (MMG, PLS, Medici Specialisti, addetti CUP, addetti URP, infermieri case manager e terapisti del territorio, ecc.), sia a beneficio degli utenti e dei loro familiari e *care givers*, al fine di rendere effettivo ed efficace lo svolgimento di tutte le necessarie ed appropriate fasi di presa in carico e di trattamento dei pazienti interessati;

**RITENUTO** di approvare il Documento tecnico ***“PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO”*** (Allegato A parte integrante al presente provvedimento);

**RICHIAMATE:**

- la DGR n. 265 del 14/05/2019 recante il Piano regionale di Governo delle liste d'attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021;
- la DGR 716 del 25 novembre 2019 sul PDTA della Fibrillazione Atriale e Terapia Anticoagulante;
- la DGR 481 del 5 agosto 2020 recante le linee operative regionali per lo sviluppo dei servizi di telemedicina;

**DATO ATTO** che con la sottoscrizione del presente provvedimento il Direttore regionale del Dipartimento Sanità attesta che la presente deliberazione non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

**DATO ATTO** che il Direttore regionale esprime il proprio parere favorevole in ordine alla legittimità e alla regolarità tecnico - amministrativa del presente provvedimento, e ne attesta la conformità agli indirizzi, funzioni ed obiettivi assegnati al Dipartimento Sanità;

**UDITO** il relatore;

**A VOTI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE**

**DELIBERA**

**per le motivazioni specificate in premessa, che qui si intendono integralmente trascritte e approvate**

- 1. DI PRENDERE ATTO E DI APPROVARE** il Documento ***“PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO”*** (Allegato A parte integrante al presente provvedimento);
- 2. DI RINVIARE** espressamente al Documento tecnico in ordine a quanto nello stesso stabilito;
- 3. DI AFFIDARE** all'Agenzia Sanitaria Regionale ASR Abruzzo la verifica dell'attuazione del presente provvedimento da parte delle Aziende UUSLL, attraverso il monitoraggio degli indicatori previsti nel medesimo PDTA;
- 4. DI DARE ATTO** che con la sottoscrizione del presente provvedimento il Direttore regionale del Dipartimento Sanità attesta che il medesimo atto non comporta oneri a carico del bilancio regionale;
- 5. DI TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, ai fini del monitoraggio del Piano di Rientro e dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- 6. DI DISPORRE** l'invio per notifica del presente provvedimento alla Agenzia Sanitaria regionale ASR Abruzzo e alle Direzioni Generali delle Aziende UU.SS.LL. per quanto di rispettiva competenza.

**DIPARTIMENTO: SANITA'**

**SERVIZIO: PROGRAMMAZIONE SOCIO - SANITARIA**

**UFFICIO: PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA**

**L'Estensore**

**Dott.ssa Virginia Vitullo**

F.to elettronicamente  
//

\_\_\_\_\_

**Il Responsabile dell'Ufficio**

**Dott.ssa Virginia Vitullo**

F.to elettronicamente

\_\_\_\_\_

**Il Dirigente del Servizio**

**VACANTE**

//

\_\_\_\_\_

**Il Direttore Regionale**

**Dott. Claudio D'Amario**

(f.to digitalmente)

\_\_\_\_\_

**Il Componente la Giunta**

**Dott.ssa Nicoletta Veri**

(f.to digitalmente)

\_\_\_\_\_

Approvato e sottoscritto:

Il Presidente della Giunta

\_\_\_\_\_

(firma)

Il Segretario della Giunta

\_\_\_\_\_

(firma)