



Ministero della Salute

**DIREZIONE GENERALE PER L'IGIENE E LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI E LA
NUTRIZIONE**

UFFICIO 3 – AUDIT

Via G. Ribotta, 5 00144 ROMA

telefono 06 5994 int. 6608 –6976

**Valutazione del sistema sanitario regionale, con particolare
riferimento all'area degli alimenti, nutrizione e della sanità
pubblica veterinaria**

**AUDIT DI SISTEMA
REPORT FINALE**

REGIONE ABRUZZO

DATA DELL'AUDIT

18 e 20 luglio 2018

PREMESSA

Tra il 18 e 20 luglio 2018, il gruppo di audit del Ministero della salute, si è recato presso gli Uffici della Regione Abruzzo per svolgere un “audit di sistema” sul sistema regionale di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria (SPVeSA), ed in particolare sui criteri operativi previsti dal Regolamento 882/04, concernente l’organizzazione del controllo ufficiale in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, nonché il grado di utilizzo degli strumenti di governo del Servizio Sanitario Nazionale (programmazione, management della dirigenza sanitaria, ecc.) nel medesimo ambito, previsti dalle norme quadro di riferimento: L. 833/78 e d.lgs 502/92 e successive modifiche.

L’audit ha coinvolto gli uffici della “Dipartimento per la Salute e il Welfare” della Regione Abruzzo e, in massima parte, il “Servizio Sanità Veterinaria, Igiene e Sicurezza degli Alimenti”.

L’audit è finalizzato in particolare alla verifica delle criticità evidenziate (osservazioni, criticità e raccomandazioni) nell’audit di sistema del 4 - 7 dicembre 2012 e nei successivi audit di settore già svolti per il 2° ciclo, tenendo conto anche delle altre misure adottate a sostegno del Sistema di Gestione del SSR:

- piani di azione conseguenti agli audit svolti dagli uffici del Ministero, per gli aspetti sistemici;
- progressi nell’attuazione dell’accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 relativo al funzionamento e miglioramento delle AC;
- risultanze dell’attuazione degli eventuali Programmi Operativi 2013-2015 e 2016-2018 e Programmi di Miglioramento (L. 232/2016 art. 1 c. 385), per la parte di competenza alimentare e veterinaria, qualora applicabile;
- eventuali variazioni nell’organizzazione ed eventuali modifiche degli assetti regionali e territoriali;
- governo dei flussi informativi (tra i quali quelli correlati agli esiti delle “verifiche adempimenti LEA”, e eventuali Piani di impegno sottoscritti);
- sistema di audit alle autorità sanitarie competenti
- sistema di verifica dell’efficacia dei controlli ufficiali

L’audit di sistema è stato condotto a conclusione di un ciclo di audit di settore svolti dagli Uffici della “Direzione Generale della Sanità Animale e dei Farmaci Veterinari” e della “Direzione Generale per l’Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione” del Ministero della salute.

Gli elementi sistemici osservati durante detti audit di settore, unitamente a quelli eventualmente emersi nel corso degli audit del Food and Heath Audit and Analysis (ex Food Veterinary Office) e di altre Direzioni della Commissione europea hanno fornito un supporto di informazioni, che sono state oggetto di ulteriori approfondimenti nel corso del presente audit, contribuendo così, ove confermate, alla elaborazione delle conclusioni del presente rapporto.

Le conclusioni dell’audit sono da mettere in relazione esclusiva ai documenti consultati (Allegato 1) e con quanto effettivamente esaminato.

**RIEPILOGO DELLE CRITICITÀ DI NATURA SISTEMICA
EMERSE NEL CORSO DEL 2° CICLO DI AUDIT**
(per la valutazione, nel corso dell'audit di sistema, dell'avvenuta risoluzione)

Gli audit di settore svolti in Abruzzo successivamente all'audit di sistema del 4-7 dicembre 2012 (conclusione del 1° ciclo di audit nella regione) sono stati i seguenti:

1. audit settore Carne e Latte [Regione e AA.SS.LL (2 Lanciano-Vasto-Chieti; 3 Pescara; 4 Teramo; 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila;)], 4-8 marzo 2013 (piano d'azione della Regione non pervenuto);
2. audit DG(SANCO) 6875/2013 settore Criteri microbiologici (Regolamento (CE) n. 2073/2005), dal 27 maggio al 7 giugno 2013;
3. audit settore Benessere animale [Regione, AA.SS.LL (3 Pescara e 4 Teramo)], 15 -19 dicembre 2014 (piano d'azione trasmesso dalla Regione il 13 novembre 2015);
4. audit DG(SANCO) 7626/2015 settore Latte e prodotti lattiero caseari 9 - 20 marzo 2015;
5. audit settore Salmonellosi [Regione, AA.SS.LL (3 Pescara, 4 Teramo, 2 Lanciano-Vasto-Chieti)], 13-16 ottobre 2015 (piano d'azione trasmesso dalla Regione il 13 gennaio 2016);
6. audit settore Pesca e MBV [Regione, AA.SS.LL (3 Pescara, 2 Lanciano-Vasto-Chieti)], 4-8 aprile 2016 (piano d'azione trasmesso dalla Regione il 1 febbraio 2018);
7. audit settore Fitosanitari [Regione, AA.SS.LL (1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila; 2 Lanciano-Vasto-Chieti; 4 Teramo)], 25-29 luglio 2016 (riscontro della Regione al rapporto preliminare trasmesso informalmente il 5 febbraio 2018);

Dalle risultanze di tali audit condotti in Regione Abruzzo sono emerse alcune criticità di natura sistemica, quali:

- a) carenze nella **autorizzazione** (audit di settore 3) e nel **riconoscimento degli operatori del settore alimentare** (audit di settore 1, 4, 6), nonché nell'aggiornamento e verifica delle **anagrafiche degli operatori** (audit di settore 1, 4, 5);
- b) **inadeguatezza numerica del personale** a livello regionale (audit di settore 3, 5) ed aziendale (audit di settore 3, 6, 7) per l'esecuzione dei controlli ufficiali
- c) carenze nell'implementazione (audit di settore 1, 3, 5, 6) o nel monitoraggio sistematico dell'alimentazione dei **sistemi informativi per la raccolta e rendicontazione dei dati** relativi ai controlli ufficiali (audit di settore 1, 5);
- d) carenze nel **coordinamento e cooperazione tra Autorità competente Regionale e AASSLL** (audit di settore 1, 5, 7) o tra **Servizi della medesima ASL** (audit di settore 1, 4) o con i laboratori ufficiali (audit di settore 6) o con altri Enti/Organismi di controllo (audit di settore 5, 6);
- e) carenze nella **dotazione di strumenti di comunicazione/informazione** (pc, cellulari, internet, ecc.) e degli ambienti di lavoro per l'effettuazione dei controlli ufficiali a livello aziendale (audit di settore 1)
- f) carenze nella **categorizzazione degli stabilimenti in base al rischio** (audit di settore 1, 3);
- g) carenze nella **programmazione dei controlli a livello aziendale** (audit di settore 2, 3), o assenza del campionamento di alcune matrici/contaminanti specifici (audit di settore 1, 2, 6, 7), o per alcune tipologie di operatori (audit di settore 1, 6, 7) o non basata sul rischio (audit di settore 1, 2, 5, 6, 7);
- h) carenze nella emanazione (audit di settore 1, 3, 5, 6), aggiornamento, coerenza e/o completezza (audit di settore 1, 2, 3, 6, 7) e attuazione (audit di settore 1, 3, 7) delle **procedure documentate** per effettuare alcuni controlli specifici;
- i) carenze nella **esecuzione dei controlli ufficiali** in alcuni ambiti specifici in termini di efficacia e appropriatezza (1, 2, 3, 4, 5), nonché in particolare il **campionamento** (audit di settore 2, 5, 6), di coerenza (audit di settore 1, 2, 5, 7), di insufficiente attuazione (audit di settore 2, 4, 6);
- j) carenze nella verifica dei **laboratori che effettuano analisi nell'ambito delle procedure di autocontrollo** (audit di settore audit di settore 1, 2)
- k) inadeguatezza della **capacità di laboratorio** (audit di settore 7) o nella gestione dei campioni (audit di settore 5);
- l) carenza nelle **relazioni di controllo ufficiale** (audit di settore 2, 5);
- m) carenze nella prescrizione delle **azioni in caso di non conformità alla normativa** (audit di settore 1, 2, 6, 7);
- n) insufficiente **monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi** quali quantitativi (audit di settore 5);
- o) carenze nella **verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali** a livello aziendale (audit di settore 1, 2, 3, 4, 5);
- p) carenze nei criteri di scelta dei settori da sottoporre ad **audit da parte della Regione** o del campo dell'audit (audit di settore 1, 4, 7)
- q) carenze nella predisposizione dei **piani di emergenza** in sicurezza alimentare a livello locale (audit di settore 1) e nella gestione delle **allerte alimentari** (audit di settore 2)
- r) non puntuale aggiornamento degli strumenti di **comunicazione ed informazione** ai cittadini (*es. sito web*) (audit di settore 1)
- s) necessità di rafforzare la **formazione mirata** (audit di settore 1, 2, 4, 5, 6, 7)

Nel corso del presente audit è stato verificato che alcune delle suddette carenze sono **in diverse fasi di avanzamento del processo di soluzione** per quanto riguarda gli aspetti di natura sistemica, al di là dei contenuti tecnici di settore, ed in particolare quelle indicate ai punti a), c), d), f), g), n), p), r), s).

Mentre **non sono risolte** le criticità relative alle seguenti carenze: b), j), o).

Non sono stati oggetti di verifica nel corso del presente audit di sistema gli aspetti relativi ai punti: e), h), i), k), l), m), q).

RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEL TREND DELLE VALUTAZIONI tramite indicatori delle performance, dei flussi informativi e del sistema di verifiche, effettuate nel contesto della valutazione annuale adempimenti del Comitato Lea

Macroindicatore AAJ – sicurezza alimenti e sanità pubblica veterinaria

La valutazione viene condotta mediante un macro indicatore (AAJ) che si compone dei 5 item specificati nella tabella sottostante. Il Macroindicatore AAJ si ritiene soddisfatto se la valutazione è stata soddisfacente per almeno 4 dei 5 item.

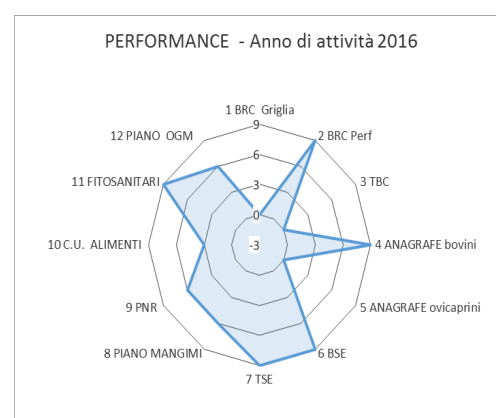
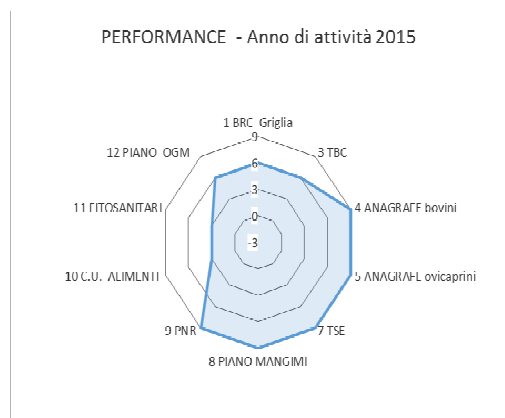
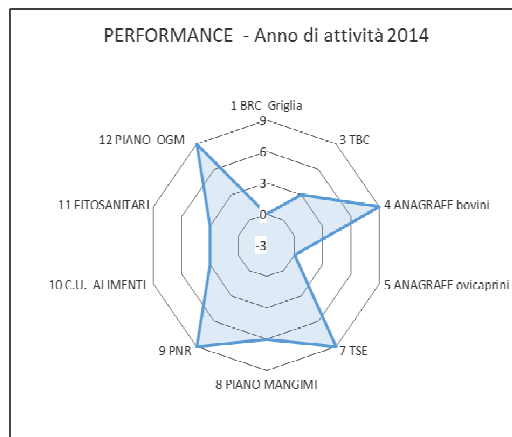
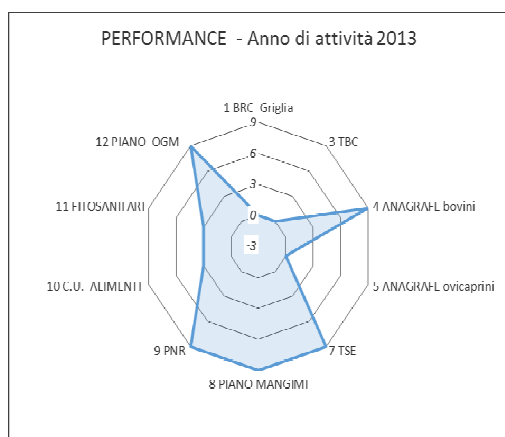
Valutazione complessiva adempimenti LEA - anni certificati 2012-2013-2014-2015

ABRUZZO	AAJ 1.1 – Indicatori di performance	AAJ 1.2 – Flussi informativi alimentari e veterinari (NB: C13 nel 2016)	AAJ.1.3 – definizione sistema di audit art 4(6) del Reg. 882/2004	AAJ.1.4 – attuazione del programma di audit art 4(6) del Reg. 882/2004	AAJ.1.5 – verifica dei controlli ufficiali art 8(3) del Reg. 882/204	ESITO	Dettaglio
2012	NO	Si	Si	Si	Si	ADEMPIENTE	Suff. in 4 item su 5
2013	NO	Si	Si	Si	Si	ADEMPIENTE	Suff. in 4 item su 5
2014	NO	Si	Si	Si	Si	ADEMPIENTE	Suff. in 4 item su 5
2015	Si	Si	Si	Si	NO	ADEMPIENTE	Suff. in 4 item su 5
2016	NO	Si*	Si	Si	Si	ADEMPIENTE	Suff. in 4 item su 4 e suff. con impegno su C13

*valutazione dei flussi informativi (C13) risultata insufficiente in istruttoria e considerata sufficiente a seguito degli impegni assunti dalla Regione.

- Performance valutate tramite indicatori (AAJ 1.1)

punteggio raggiunto dai diversi indicatori valutati con score crescente di 0, 3, 6, 9 a seconda del livello di soddisfazione del criterio definito (NB: sono stati valutati 10 indicatori nel 2013; 12 indicatori nel 2014, 2015 e 2016)



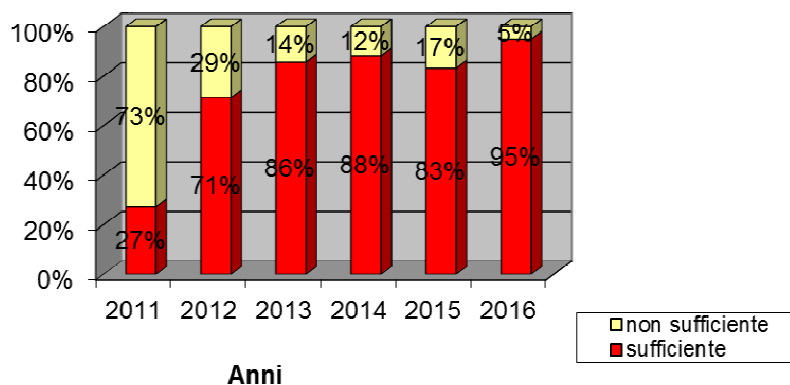
Legenda (Elenco indicatori di performance valutati):

- 1 BRC (Griglia) - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina (NB: dal 2011 il criterio comprende anche il rispetto dei tempi di riconrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza per tutte le specie);
- 2 BRC Performance - rispetto dei tempi di riconrollo nelle aziende con positività o in risanamento e rispetto dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio - dati rilevabili attraverso SANAN;
- 3 TBC - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza;
- 4 ANAGRAFE BOVINA - percentuale di aziende bovine controllate (3%) per anagrafe e disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report;
- 5 ANAGRAFE ovicaprina - percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe e disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report;
- 6 BSE - Reg. CE 999/2001; percentuale dei bovini morti testati per BSE di età superiore ai 48 mesi rispetto al numero di bovini morti di età superiore ai 48 mesi registrati in BDN
- 7 TSE - percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie;

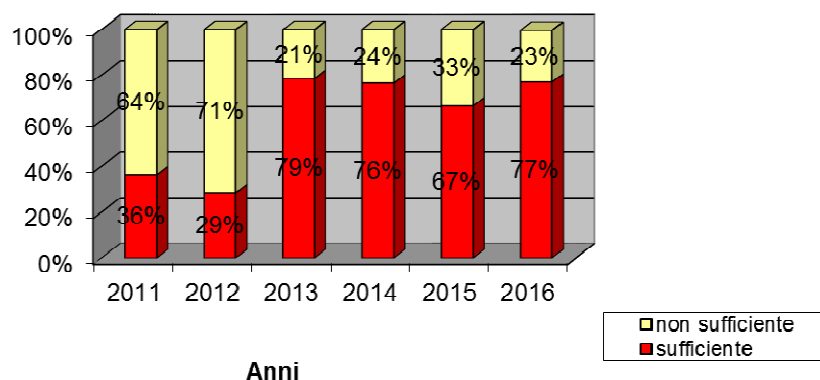
- 8 PIANO MANGIMI - volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano nazionale di controllo ufficiale sull'alimentazione degli animali (PNAA);
- 9 PNR: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui;
- 10 C.U. ALIMENTI: Controlli ufficiali negli esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati, sul totale dei previsti (NB: % dei campioni per gli anni 2011, 2012; e campioni + ispezioni per l'anno 2013 e 2014);
- 11 PROGRAMMA FITOSANITARI - percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti per la ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali;
- 12 PIANO OGM - percentuale di campioni eseguiti sul totale dei previsti dal Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti.

- Flussi informativi alimentari e veterinari (AAJ 1.2)

ABRUZZO - % dei debiti informativi monitorati, trasmessi al DSVET nei tempi previsti, per anno



ABRUZZO - Qualità dei debiti informativi monitorati, per anno; rapporto tra sufficienti e non sufficienti



Anno Certificato

2011	SUFFICIENTE	82% e suff. per 6 indicatori vincolati su 6
2012	SUFFICIENTE	78,5% e suff. per 5 indicatori vincolanti su 6
2013	SUFFICIENTE	88% e sufficiente per 4 indicatori vincolanti su 6
2014	SUFFICIENTE	81% e sufficiente per 5 indicatori vincolanti su 6
2015	SUFFICIENTE	91,5% e suff. per 5 indicatori vincolanti su 6
2016	NON SUFFICIENTE*	80,4% ma suff. per 3 indicatori vincolanti su 6

*valutazione dei flussi informativi (C13) risultata insufficiente in istruttoria e considerata sufficiente a seguito degli impegni assunti dalla Regione.

- Trend del sistema delle verifiche mediante audit sulle AC e verifiche di efficacia dei C.U.

Annualità certificate	AAJ.1.3 - definizione sistema di audit art 4(6) del Reg. 882/2004*	AAJ.1.4 - attuazione del programma di audit art 4(6) del Reg. 882/2004*	AAJ.1.5 - verifica dei controlli ufficiali art 8(3) del Reg. 882/204*
2012	NO	Si	Si
2013	NO	Si	Si
2014	NO	Si	Si
2015	Si	Si	Si
2016	NO	Si	Si

* Legenda (significato degli indicatori nel corso degli anni di riferimento)

AAJ 3 2012 definizione del sistema di audit
 2013 adozione delle misure a seguito degli audit
 2014 idem
 2015 idem
 2016 idem^a

AAJ 4 2012 attuazione di audit in almeno il 20% del territorio regionale e in almeno 2 sistemi di controllo rispetto agli 8 previsti dal Country Profile del FVO
 2013 idem
 2014 idem
 2015 idem
 2016 idem^a

AAJ 5 2012 iniziative per la definizione di un sistema di verifica dell'efficacia (art. 8 (3) del reg 882/04)
 2013 definizione di un sistema di verifica dell'efficacia (art. 8 (3) del reg 882/04)
 2014 attuazione del sistema di verifica dell'efficacia (art. 8 (3) del reg 882/04)
 2015 idem
 2016 idem^a

^a N.B.: nel 2016 l'indicatore AAJ è rimasto invariato ma vi è stata una modifica della numerazione. Per facilitare la lettura della tabella si è deciso di riferirsi alla numerazione già in uso per gli anni precedenti

ESITI DELL'AUDIT DI SISTEMA

Di seguito vengono riportati gli esiti dell'esame delle eventuali Osservazioni, Raccomandazioni e Criticità formulate nel rapporto di audit di sistema precedente, nonché le eventuali nuove Osservazioni, Raccomandazioni e Criticità emerse nel corso del presente audit.

OSSERVAZIONI evidenziate nel Rapporto dell'audit di sistema del 4 - 7 dicembre 2012

TESTO del report	NUOVI DOCUMENTI PRODOTTI *	OSSERVAZIONE NON CONFERMATTA	CONVERTITA IN NUOVA CRITICITA'	OSSERVAZIONE CONFERMATTA	NOTE DEGLI AUDITOR
<p>1) La divergenza ed incoerenza nella conduzione della politica sanitaria, su evidenziata, è probabilmente attribuibile alla scelta di individuare, per la SPVeSA, un Assessore (decisore politico) di riferimento differente da quello della restante parte della sanità regionale che ha compromesso l'unitarietà delle politiche sanitarie ("One Health"). La divergenza dal criterio di unitarietà della politica sanitaria si è resa evidente nel disallineamento tra i processi di riorganizzazione di natura gestionale ed economico-finanziaria delle aziende sanitarie, adottati anche a seguito del piano di rientro, e quelli che hanno investito la SPVeSA</p>	<p>La divergenza riscontrata è stata superata con la DGR n.265 del 22.05.2017 (vedi allegato DGR 265_2017)</p>	<p>X</p>			<p>Le politiche sanitarie, nella loro interezza, ivi incluse le competenze relative alla SPVeSA, sono state ricondotte al decisore politico di riferimento (Assessore alla salute).</p> <p>Pertanto non si rinnova l'osservazione.</p>

<p>2) Il mancato inserimento degli obiettivi di sicurezza alimentare e sanità veterinaria nel sistema di valutazione dei direttori Generali potrebbe ridurre l'impatto positivo atteso dai documenti di programmazione regionale.</p>	<p>Problema risolto e quindi obiettivi inseriti con la DGR n.741 del 15.11.2016 (vedi allegato Delibera audit 276_2010)</p>	<p>X</p>		<p>Dal 2015 il Servizio regionale di Sanità Veterinaria, Igiene e Sicurezza degli Alimenti è stato coinvolto nella definizione (DGR 386 del 20/5/2015; DGR 741 del 15/11/2016; DGR 695 del 24/11/2017) e successiva valutazione degli obiettivi strategici da assegnare ai direttori generale.</p> <p>Pertanto non si rinnova l'osservazione.</p>
--	---	-----------------	--	---

<p>3) La scarsa chiarezza – nel testo della DGR 276/2010 e nel PPRIC - circa le differenze tra l'audit effettuato in un contesto di norme volontarie rispetto all'audit come strumento del controllo ufficiale e dell'audit che le AC devono svolgere su se stesse per verificare il raggiungimento dei propri obiettivi, da svolgersi ai sensi del reg. 882/04 può risultare confondente in merito all'uso di tale strumento da parte della Regione e delle ASL</p>	<p>Le differenze sono state chiarite con il nuovo PPRIC 2015-2018 (che si allega)</p>	<p>X</p>		<p>La DGR 276/2010 risulta ancora in vigore senza le modifiche e integrazioni auspiccate nell'audit ministeriale di sistema del dicembre 2012.</p> <p>Di fatto la programmazione e le rendicontazioni regionali in materia di audit, nonché gli indirizzi di programmazione forniti alle ASL, non sono organizzati in modo tale da distinguere le differenti tipologie di audit svolti e quindi di correlarli ai rispettivi obblighi normativi e registrarli correttamente.</p> <p>Infatti sia le istruzioni impartite con la DGR, riportate integralmente nel PRIC 2015-2018, che le conseguenti rendicontazioni inviate al Ministero della salute, non riportano una distinzione¹ tra le differenti attività svolte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. audit ai sensi dell'articolo 4(6) del Reg. 882/04 (audit su AC), 2. audit ai sensi dell'art. 10 del Reg. 882/04 e dell'art. 4 del Reg. 854/2004 (audit su OSA) 3. verifiche svolte ai sensi dell'art. 8(3) del Reg. 882/04 (verifiche dell'efficacia sui controlli ufficiali eseguiti), 4. audit svolti ai sensi di Leggi e disposizioni
---	---	-----------------	--	--

¹ La Regione, con nota n. RA/306689/DPF011/AGP.20 del 06/11/2018 ha comunicato che: << *Le differenze sono state chiarite con il nuovo PPRIC 2015-2018*>> **Nota degli auditor:** i contenuti del nuovo PPRIC 2015-2018, trasmessi dalla Regione, corrispondono a quelli esaminati nel corso di audit, pertanto permane la criticità.

					<p>regionali</p> <p>Infatti nelle rendicontazioni relative agli audit dell'art. 4(6) vengono incluse anche tutte le altre tipologie in modo confondente (audit sui canili, audit sugli organismi formatori per fitofarmaci, audit sui laboratori, audit di supervisione, ecc.).</p> <p>La su citata impostazione ha determinato, infine, una aggregazione inadeguata, al livello nazionale, dei dati di attività di audit rendicontati per la Verifica Adempimenti LEA, nelle Relazioni Annuali al PNI, con ripercussioni sullo Scrutinio indipendente, sulle valutazioni del Tavolo LEA, e su quelle del Tavolo Tecnico di Coordinamento operante ai sensi dell'Accordo CSR 46/2013.</p> <p>L'impostazione del sistema di audit del SSR e la relativa terminologia adottata ("audit interni", "audit di supervisione", "audit interni SGQ", "audit presso operatore/strutture", "audit territoriale ASL"), nonché i rapporti di audit (carente evidenza della consecutio logica tra "Evidenze", Risultanze", "Conclusioni" e eventuali "Osservazioni" e "Raccomandazioni"), la formazione degli auditor e i criteri per il mantenimento della qualificazione, (disallineati rispetto al Capitolo 2, Allegato A, dell'Accordo CSR 46/2013 "Standard di funzionamento delle AC"), denotano una insufficiente coerenza con il contesto normativo cogente (Art. 2 (6)), art. 4(6), art.10, art. 8(3) del Reg. 882/2004; art. 4 del Reg. 854/2004; Accordo CSR 46/2013; Cap. 4 e 8 del Intesa CSR 212/2016)</p> <p>Riguardo alla coerenza con l'Accordo CSR 46/2013 si citano in particolare anche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il percorso formativo basato sostanzialmente su un corso di 40 ore per ISO 19011 e Reg. 882/04, senza contemplare tutti gli altri argomenti previsti dall'Accordo CSR 46/2013; - 2 audit/anno per il mantenimento della qualifica anziché 2 audit nel triennio per il mantenimento
--	--	--	--	--	---

					<p>della competenza;</p> <ul style="list-style-type: none"> - il preavviso di 7 giorni per tutte le tipologie di audit, anziché 20 gg previsto nell'Accordo CSR 46/2013 per gli audit sulle AC. <p>Per quanto sopra descritto l'Osservazione viene convertita in Nuova Criticità riportata lett. A).</p>
--	--	--	--	--	---

<p>4) Ai fini del riesame del sistema di audit regionale, è opportuno riconsiderare la differenza tra le attività da annoverare tra le "ispezioni" e quelle tra gli "audit". Nelle prime vanno incluse le verifiche volte a accertare la conformità ai requisiti di legge mentre, tra le seconde, quelle volte a valutare l' idoneità dei processi, delle procedure, e delle attività, a raggiungere gli obiettivi attesi. In particolare gli audit del Reg. 882/04 sono volti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alla verifica dell'attuazione delle disposizioni - alla verifica della loro attuazione efficace, - a stabilire se sono adeguate a raggiungere gli obiettivi di sicurezza alimentare. <p>Nel caso in cui una verifica risponda a tali criteri, sarà opportuno assicurare il preavviso all'organismo oggetto di audit, e come tale rendicontarlo.</p>	<p>La differenza tra le attività da annoverare tra le "ispezioni" e quelle tra gli "audit" si coglie sia nella programmazione attuale sia nella DGR n. 276/2010 (vedi allegato Delibera audit 276_2010)</p>				<p>Sulla base di quanto emerso nel corso dell'audit e relativi documenti esaminati (PRIC e "Programmi annuali dei Controlli - Sanità Animale e Sicurezza alimenti" 2017 e 2018), nonché l'esito degli indicatori utilizzati per monitorare l'attività di audit svolti su OSA nell'ambito delle Certificazioni adempimenti LEA, consentono di ritenere superata l'Osservazione.</p> <p>Pertanto non si rinnova l'Osservazione.</p>
--	---	--	--	--	---

CRITICITA' evidenziate nel Rapporto dell'audit di sistema del 4 - 7 dicembre 2012

TESTO del report	NUOVI DOCUMENTI PRODOTTI *	RISOLTA	IN VIA DI RISOLUZIONE	NON RISOLTA	NOTE DEGLI AUDITOR
	*Redazione della colonna a cura della Regione.				

<p>5) In ogni caso, con il “<i>Rapporto Annuale</i>” al PPRIC, il Servizio Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare ha comunque realizzato un monitoraggio di una parte degli obiettivi inseriti nel Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010, riconducibili alla SPVeSA, sebbene tale monitoraggio non è ancora riuscito a dare evidenza del grado di raggiungimento e/o del grado di scostamento dagli obiettivi prefissati, ed una analisi dei dati di attività ai fini della riprogrammazione.</p>	<p>Il monitoraggio viene effettuato periodicamente attraverso una verifica preliminare dei LEA (trasmessa alle ASL e al Ministero) in cui si evidenzia l'effettuato rispetto al programmato (vedi allegati RA 200442 del 27.07.2017, RA 270687 del 23.10.2017, RA 298493 del 22.11.2017, RA 331277 del 29.12.2017, RA 106845 del 12.04.2018)</p>		X		<p>Gli strumenti di monitoraggio adottati dalla Regione (note di monitoraggio riportate nella colonna “Nuovi documenti prodotti”; scadenziario del PRIC 2015-2018; Report annuale al PRIC; sviluppo del sistema informativo regionale) sono a regime, sebbene il Report annuale al PRIC non effettua ancora una analisi degli scostamenti adeguata e completa, per le finalità del riesame della programmazione (ad esempio non riporta le criticità emerse dagli indicatori utilizzati per la certificazione LEA)</p> <p>Pertanto la criticità è in via di risoluzione.²</p>
---	--	--	---	--	--

² La Regione, con nota n. RA/306689/DPF011/AGP.20 del 06/11/2018 ha comunicato che: <<Il monitoraggio viene effettuato periodicamente attraverso una verifica trimestrale>>

<p>6) Non vi è evidenza di un sistema di gestione degli obiettivi strategici individuati dalla Regione, che abbia una efficace ricaduta sulle Aziende e sui relativi Dipartimenti di prevenzione. Infatti si è riscontrata una mancata presa in carico, da parte della <i>governance</i> regionale e aziendale, degli obiettivi strategici relativi alla SPVeSA con conseguente mancato monitoraggio del loro grado di raggiungimento attraverso gli strumenti gestionali previsti per il management dei sistemi sanitari dal dlgs 502/92</p>	<p>La gestione degli obiettivi strategici è avvenuta con DGR n.741 del 15.11.2016 (vedi allegato DGR_741_2016)</p>	<p>X</p>		<p>La gestione degli obiettivi strategici regionali in SPVeSA si è notevolmente evoluta e perfezionata. Infatti la Regione si è dotata di un complesso e articolato sistema di obiettivi. Sono infatti presenti: nel PRIC, nel PRP, nei documenti programmatori del Piano di Rientro, nei documenti di indirizzo e valutazione dei Direttori Generali delle ASL.</p> <p>Limitatamente all'assegnazione degli obiettivi ai DG delle ASL si rimanda al punto 2) delle Osservazioni; sebbene gli aspetti relativi al ribaltamento a cascata sulla dirigenza sanitaria aziendale non è stato oggetto del presente audit.</p> <p>Anche gli obiettivi relativi alla SPVeSA presenti nel Programma Operativo 2013-2015 e nel Piano di Riqualficazione 2016-2018 sono stati adeguatamente individuati e sviluppati.</p> <p>In ogni caso si segnala che per gli obiettivi strategici e per quelli operativi pluriennali presenti nel capitolo 1 del PRIC 2015-2018, invece, non è stata prevista una adeguata declinazione, propedeutica alla loro attuazione, non garantendone l'efficace perseguimento e la correlazione con le attività effettivamente svolte.</p> <p>Pertanto la criticità è risolta.</p>
<p>7) Inoltre per le ASL nelle quali sono stati riscontrati particolari problemi nello svolgimento dei controlli ufficiali, come ad esempio nel caso delle profilassi di Stato, non sono stati adottati, da parte della Regione e delle ASL,</p>	<p>Le lacune di carattere organizzativo delle ASL sono state colmate con l'inserimento degli Indicatori di Performance tra gli obiettivi dei DG delle ASL e con il monitoraggio dei</p>	<p>X</p>		<p>Si rimanda a quanto descritto al punto 2) delle Osservazioni e agli aspetti sistemici desumibili dai punti 20) e 21) delle Criticità.</p> <p>Pertanto la criticità è risolta.</p>

<p>strumenti di governo vincolanti in grado di assicurare il raggiungimento di tali obiettivi operativi²</p> <p>² La Regione con nota prot. n. RA/90922/DG21/AGP20 del 4/4/2013 ha precisato che << E' già presente un indicatore specifico (oltre che nel punteggio generale) ai fini del rinnovo del Direttore Generale della ASL, riguardante la Medicina Veterinaria e Sicurezza Alimentare nella valutazione dei DG delle ASL.>></p>	<p>Flussi LEA propedeutico alla valutazione dei DG (vedi allegati DGR 386-2015 e RA 200442 del 27.07.2017, RA 270687 del 23.10.2017, RA 298493 del 22.11.2017, RA 331277 del 29.12.2017, RA 106845 del 12.04.2018)</p>				
--	--	--	--	--	--

<p>8) Il processo di accorpamento delle ASL non ha dato evidenza di una sufficiente attenzione al rispetto degli obiettivi di funzionamento dei Servizi di SPVeSA. In particolare tale processo non è riuscito ad evitare, al momento, situazioni disfunzionali, quali ad esempio la duplicazione di Strutture Complesse (SC) nella ASL n. 1 (due SC di Area A e due SC di Area C) e ASL n. 2 (due SC di Area C e due di area A), e l'inquadramento, allo stato dei fatti, come "struttura semplice" anziché "complessa", del coesistente servizio di sanità animale della ASL n. 4 (inquadramento inadeguato e inappropriato e non aderente al dlgs 502/92, al Piano Sanitario Regionale 2008-2010 e all'atto aziendale)</p>	<p>Problema superato attraverso i seguenti provvedimenti: ASL AQ delibera n.1990 del 30.11.2016 ASL CH delibera n.1394 del 30.11.2016 ASL PE Delibera n.1038 del 30.11.2016 ASL TE Delibera n.0460 del 14.04.2016 (che si allegano)</p>	<p>X</p>			<p>La riorganizzazione delle Aziende sanitarie regionali ha garantito il superamento delle criticità evidenziate nel precedente audit di sistema nel rispetto dell'organizzazione dei Servizi competenti in SPVeSA (SIAN, SSA, SIAOA, SIAPZ) dei Dipartimenti di Prevenzione in attuazione dell'art. 7 quater del DLvo 502/92.</p> <p>Pertanto la criticità è risolta.</p>
--	---	-----------------	--	--	--

<p>9) Non vi è evidenza di un sistema organico di obiettivi sanitari in grado di essere “ribaltati a cascata”, su tutti i livelli di responsabilità, ivi compresi i dirigenti sanitari con incarico di natura professionale</p>	<p>Il problema è stato risolto con il Decreto n.95 del 12.08.2016 (che sia allega)</p>	<p>/</p>	<p>/</p>	<p>/</p>	<p>Limitatamente all’assegnazione degli obiettivi ai DG delle ASL si rimanda al punto 2) delle Osservazioni; sebbene gli aspetti relativi al ribaltamento a cascata sulla dirigenza sanitaria aziendale non è stato oggetto del presente audit, in quanto i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL non sono stati coinvolti nell’audit.</p>
--	--	----------	----------	----------	--

<p>10) Nel perseguire l’attività di indirizzo e coordinamento in modo proattivo e continuativo, comunque necessario per soddisfare pienamente l’attuazione del Reg. 882/04, il Servizio di Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Regione è ostacolato dalla mancanza di un adeguato numero di personale di supporto. Non sembra prospettarsi una agevole soluzione a breve termine di tale carenza in quanto la criticità si inserisce nel contesto della Direzione Generale delle Politiche della salute a sua volta fortemente sotto organico (65 persone di ruolo e 25 a tempo determinato), a fronte della onerosità degli impegni sanitari istituzionali e della numerosità del personale dipendente dall’ente Regione (circa 1700 persone). Peraltro una quota eccessivamente alta (50%) degli Uffici della</p>	<p>Il problema è stato in parte risolto attraverso i 2 collaboratori dell’OEVR e con altri collaboratori esterni che vengono coinvolti nelle varie attività del Servizio veterinario regionale (vedi allegati Decreto commissariale n. 43 del 02.04.2015 Provvedimento attivazione OEVR e DGR 429 del 01.08.2017 Provvedimento di affidamento della manutenzione del SIVRA all’IZS)</p>			<p>X</p>	<p>L’attivazione dell’OEVR e la convenzione con l’IZS per altro personale tecnico amministrativo nonché il recente comando, seppur parziale, di un veterinario ASL, ha consentito negli ultimi anni di garantire una operatività adeguata al ruolo di autorità competente regionale.</p> <p>Attualmente il Servizio consta di 5 dipendenti regionali, (tra i quali tre veterinari, di cui uno dirigente del Servizio e due dell’area giuridico-amministrativa), supportato, tramite convenzioni di varia natura con enti esterni, da 1 veterinario in comando per 1 gg/sett, due esperti informatici, una unità dedicata al numero verde regionale per il randagismo, e due esperti tecnici dedicati all’OEVR.</p> <p>Di contro, nell’ultimo biennio si sono registrate dinamiche negative: infatti il pensionamento del medico referente per le attività dei SIAN, non sostituito e conseguente eliminazione dell’ufficio dall’articolazione organizzativa del Servizio, nonché l’acquisizione della nuova competenza di “Prevenzione ambientale” ha determinato un impatto eccessivo sul Servizio medesimo, ed in modo particolare sul referente regionale per i servizi aziendali di area SIAOA (ora referente per area SIAOA, SIAN e Prevenzione</p>
--	---	--	--	----------	--

<p>Direzione è priva di dirigente del Servizio o coperta da dirigenti in posizione di comando triennale non rinnovabile, con conseguente ridotta possibilità di perseguire politiche di lungo periodo (ad esempio proprio sulla dotazione di risorse degli Uffici della Direzione) ed in grado di riverberarsi positivamente su tutto il governo sanitario, ivi compresa la SPVeSA, oltre alla sistematica perdita, per la Regione, di dirigenti con competenze ed esperienza maturate nella Direzione regionale, che ritorna all'ente di provenienza a fine mandato</p>				<p>ambientale).</p> <p>Anche il contesto dipartimentale registra una ulteriore contrazione del personale complessivo (da 90 nel 2012 a 82 nel 2018), nonostante le varie iniziative adottate che hanno permesso di recuperare personale dalle sedi distaccate o da altri enti dimessi.</p> <p>Pertanto la criticità è confermata e si rimanda inoltre alle Nuove Osservazioni alle lettere a) e b)³</p>
---	--	--	--	--

<p>11) nel corso dell'audit sono state evidenziate uplicazioni di alimentazione dei sistemi informativi (SIVRA, BDN, ecc) a carico dei Servizi aziendali (ivi compresi i sistemi informativi gestionali aziendali), nonché discrepanze tra i dati delle ASL e quelli presenti in SIVRA e BDN</p>	<p>La situazione ad oggi è migliorata, le ASL, dopo aver ricevuto ulteriore formazione, utilizzano di più il sistema regionale SIVRA. Le discrepanze sono diminuite grazie all'allineamento SIVRA-BDN (vedi allegati note formazione SIVRA RA/77617 del 12.04.2016, RA/37201 del 13.09.2016 e RA/10189 del 20.01.2017)</p>	/	/	<p>La Regione ha preso in carico l'adeguamento dei sistemi informatici regionale pertinenti la SPVeSA. Attualmente, sulla base del rapporto di collaborazione instaurato con l'IZS di riferimento, è in corso la migrazione dei dati dal sistema SIVRA, ancora in uso, al SINVSA. Inoltre la Regione ha organizzato numerose iniziative formative finalizzate all'utilizzo dei sistemi informatici da parte delle proprie ASL oltre ad una attività formativa specifica per l'alimentazione della BDN ai fini della condizionalità.</p> <p>In ogni caso le criticità a livello aziendale riportate nel presente punto 11) non sono state oggetto del presente audit, in quanto i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL non sono stati coinvolti nell'audit.</p>
--	--	---	---	---

³ La Regione, con nota n. RA/306689/DPF011/AGP.20 del 06/11/2018 ha comunicato che: << La soluzione della criticità sfugge alla competenza del Servizio che può solo segnalare ai livelli gerarchici superiori le difficoltà operative in carenza di nuove assegnazioni di personale. Entro 60 gg. sarà rinnovata la richiesta di nuove assegnazioni di personale alle competenti strutture regionali>>

<p>12) Vi è evidenza delle difficoltà nei processi di governo del SSR generate dalle criticità dell'azione di supporto tra la Regione e l'IZS di riferimento, nel decennio trascorso, alle attività di sviluppo dei sistemi informativi e di supporto tecnico-scientifico caratterizzante il compito istituzionale di un OEVR, come tra l'altro rilevato durante gli audit di settore sulle emergenze epidemiche, alimentazione animale e anemia infettiva degli equidi citati in premessa (audit 2, 3 e 4). Nell'ultimo anno vi è evidenza di una ripresa delle attività di relazione, proficua per il sistema sanitario regionale.</p>	<p>Il problema è stato superato soprattutto grazie all'attivazione dell'OEVR (vedi allegato Decreto commissariale n. 43 del 02.04.2015)</p>	<p>X</p>			<p>La ripresa di rapporti operativi con l'IZS di riferimento si è concretizzata con l'attivazione dell'OEVR sancita dal DCA 43/2015, il supporto allo sviluppo del sistema informativo regionale, l'attività formativa commissionata dalla Regione mirata alla soddisfare le esigenze rappresentate dalla medesima, ha consentito di superare le criticità evidenziate.</p> <p>Nello specifico l'OEVR consente, tra l'altro, di processare i dati sanitari prodotti dai servizi delle ASL, monitorare i risultati dell'andamento dei piani di sorveglianza in sanità animale, nonché fornire il supporto per la verifica in SPVeSA dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza monitorati dal tavolo LEA, oltre a offrire consulenza tecnico scientifica per la stesura dei piani di controllo.</p> <p>Pertanto la criticità è risolta.</p>
<p>13) la categorizzazione del rischio delle imprese alimentari riconosciute risulta essere stata applicata dalle ASL in modo disomogeneo (strumenti di valutazione differenti e frequenze diverse per la medesima categoria di rischio e tipologia di stabilimento).</p>	<p>Il problema è stato risolto con le programmazioni annuali con cui la frequenza è stata standardizzata per la medesima categoria di rischio (vedi allegato Programmazione 2018)</p>	<p>/</p>	<p>/</p>	<p>/</p>	<p>Si rimanda a quanto detto al punto 14).</p> <p>In ogni caso le criticità a livello aziendale riportate nel presente punto non sono state oggetto dell'audit, in quanto i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL non sono stati coinvolti nell'audit.</p>

<p>14) Non sono state date istruzioni circa il rispetto delle frequenze minime raccomandate per le imprese alimentari registrate, e dell'attività di campionamento, previste dal DPR 14 luglio 1995, come evidenzia il relativo indicatore della griglia LEA (28,2%, 35,5% e 35,7% rispettivamente nel 2009, 2010 e 2011). Inoltre non sono stati previsti indirizzi per la gestione uniforme delle categorizzazione del rischio e dei relativi controlli ufficiali, per tali imprese</p>	<p>Il problema è stato risolto con le programmazioni annuali (vedi allegato programmazione 2018)</p>		<p>X</p>	<p>Il PRIC 2015-2018 è stato aggiornato adeguandolo alle frequenze stabilite dall'Intesa CSR 212/2016 per i controlli ufficiali sugli OSA.</p> <p>In ogni caso l'attività di audit su OSA risulta essere programmata in modo incoerente tra le varie sezioni sia del PRIC che del Programma annuale dei controlli 2017 e 2018, nei quali vengono definiti livelli minimi di controllo discordanti (per i medesimi audit vengono stabiliti valori assoluti in una sezione e frequenze minime in altra sezione).</p> <p>Il PRIC inoltre, pur riportando le indicazioni nazionali relative alle frequenze dei controlli ufficiali, non ha fatto altrettanto relativamente allo strumento di categorizzazione del rischio degli stabilimenti riconosciuti, sebbene uno strumento di categorizzazione viene utilizzato dalle ASL e la categoria di rischio attribuita alle imprese alimentari viene registrata sul sistema informatico regionale (SIVRA).</p> <p>Tuttavia non è stato prodotto un indirizzo regionale in grado di garantire l'uniformità della categorizzazione del rischio tra le varie ASL.</p> <p>Pertanto la criticità è in via di risoluzione.⁴</p>
<p>15) Non è stata definita una istruzione inerente l'obbligo di attuare la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali prevista dall'art. 8.3 del Reg. 882/04.</p>	<p>L'istruzione è stata data con la DGR 276/2010 e con le programmazioni annuali che prevedono l'esecuzione di audit interni (vedi allegati Delibera audit 276_2010 e Programmazione regione</p>		<p>X</p>	<p>Ad integrazione degli aspetti di ordine generale riportate al punto 3) circa la corretta classificazione delle attività di audit ed altre verifiche dei controlli ufficiali eseguiti, si evidenzia quanto segue: la Regione non ha adeguato il proprio sistema di verifica dell'efficacia a quanto previsto dall'articolo 8(3) del Reg. 882/2004 e dal capitolo 8 dell'Intesa CSR 212/2016 (il quale esplicita le istruzioni nazionali per l'organizzazione di un sistema di verifica dell'efficacia</p>

⁴ La Regione, con nota n. RA/306689/DPF011/AGP.20 del 06/11/2018 ha comunicato che: << *La imponente produzione di documenti di programmazione ha consentito di adempiere a questa attività.*>> **Nota degli auditor:** la documentazione fornita dalla Regione a supporto della comunicazione, corrisponde a quella già esaminata nel corso di audit. Pertanto la valutazione effettuata nel corso dell'audit resta confermata.

	2018)				<p>dei controlli ufficiali da eseguire “a priori”, “in tempo reale” ed “a posteriori”).</p> <p>Infatti gli “audit interni di supervisione”, presentati dalla Regione quali strumenti per soddisfare questo requisito, se appartenenti al sistema di audit art. 4(6) lasciano insoddisfatto l’art. 8(3). Viceversa se costituiscono la verifica dell’efficacia ai sensi del citato art. 8(3) sarebbero idonei a soddisfarlo solo se eseguiti da soggetti indipendenti, diversi dal responsabile di servizio (formale responsabile delle procedure).</p> <p>Viceversa per le verifiche prescritte dall’art. 8 (3) – non definite “audit” dal Regolamento – non è richiesta l’indipendenza e devono essere svolte direttamente dalla direzione dell’AC o chi da essa delegato, e dovrebbero riguardare i controlli ufficiali eseguiti e non anche gli altri criteri operativi delle AC.</p> <p>Nulla vieta ovviamente di eseguire tali verifiche (indipendentemente dal problema nominale) con tecniche di audit.</p> <p>Pertanto la criticità è confermata.⁵</p>
--	-------	--	--	--	---

16) La partecipazione agli incontri fuori sede da parte dei referenti del Servizio di Veterinaria e Sicurezza Alimentare si è progressivamente ridotta, anche a seguito della riduzione delle risorse umane a	Quando è possibile si usa la videoconferenza, in alternativa si ricorre comunque alla partecipazione fisica agli incontri fuori sede (vedi allegato			X	<p>Nel corso dell’audit è emerso che la partecipazione alle riunioni fuori sede è condizionata dalla mancanza di tempo disponibile</p> <p>Il disallineamento registrato rispetto agli indirizzi nazionali, in particolare in merito al sistema di audit e alla verifica dell’efficacia, come evidenziato ai punti 3)</p>
--	---	--	--	----------	--

⁵ La Regione, con nota n. RA/306689/DPF011/AGP.20 del 06/11/2018 ha precisato che: << Il sistema di verifica dell’efficacia dei controlli ufficiali viene assicurato mediante audit interni effettuati dall’autorità competente e non da soggetti esterni.>> **Nota degli auditor:** quanto affermato dalla Regione era stato già acquisito e valutato nel corso dell’audit. L’attuale precisazione della Regione non dà evidenza della presa in carico della criticità emersa nel corso dell’audit, poiché non fornisce assicurazione circa una prospettiva di adeguamento del sistema regionale di verifica dell’efficacia al capitolo 8 dell’Intesa CSR 212/2016,

supporto dell'ufficio regionale.	Comunicazione riunione- videoconferenza)				e 15) della “Nota degli Auditor” fornisce evidenza che la mancata partecipazione fisica alle riunioni presso il ministero salute costituisce una criticità da superare. Pertanto la criticità è confermata ⁶
----------------------------------	---	--	--	--	--

17) La DGR 276/2010, nel prevedere il sistema di audit regionale per la SPVeSA , risulta non pienamente coerente con l'attività messa in pratica (es. variabilità di interpretazione degli audit interni di supervisione). Inoltre alcuni passaggi della Delibera fanno riferimento agli “audit interni del sistema di gestione della qualità (SGQ)” delle ASL. Sebbene gli sforzi verso la certificazione ISO 9001 da parte delle AC siano da considerare un elemento di forte stimolo al processo di miglioramento, va rilevato che la certificazione delle AC non è un obbligo previsto dal Reg. 882/04 e inoltre un orientamento in tal senso è risultato non rispondere alle attuali intenzioni dell'autorità regionale competente, come	Per il Servizio veterinario regionale così come per le ASL gli audit interni sono strumenti per verificare l'efficacia dei controlli ufficiali (vedi allegati Rapporto audit interno ASLTE_C e Rapporto audit interno ASLAQ_SIAN)				La documentazione esaminata in corso di audit ha consentito di apprezzare l'attività di audit, anche quantitativamente significativa, fino ad ora svolta sulla base di quanto disposto dalla DGR 276/2010. Infatti si sono evidenziati sensibili progressi nel SSR relativamente all'approccio sistematico alla organizzazione dei controlli ufficiali nonché un miglioramento complessivo della professionalità, dell'organicità e coerenza del sistema di SPVeSA, aperto alla cultura della verifica. X Tuttavia alla luce di quanto espresso nelle “Note degli Auditor” ai punti 3), 15), 18) la Criticità è confermata ⁷
--	---	--	--	--	---

⁶ La Regione, con nota n. RA/306689/DPF011/AGP.20 del 06/11/2018 ha comunicato che: << La criticità è stata determinata nel tempo dalla progressiva riduzione delle risorse economiche sulle missioni, delle risorse strumentali (auto di servizio) e delle risorse di personale di tutto il Dipartimento. La soluzione della criticità sfugge alla competenza del Servizio. La criticità è in fase di risoluzione poiché vi è stata l'assegnazione di un ulteriore automezzo e delle risorse per il suo uso>>

⁷ La Regione, con nota n. RA/306689/DPF011/AGP.20 del 06/11/2018 ha comunicato che: <<Per il Servizio veterinario regionale così come per le ASL gli audit interni sono strumenti per verificare l'efficacia dei controlli ufficiali [.....]. Entro 180 gg. il Servizio proporrà alla Giunta Regionale una revisione della DGR 276/2010 che tenga conto anche della soluzione di tale criticità>>

emerso nel corso dell'audit					
-----------------------------	--	--	--	--	--

<p>18) Nel prevedere i criteri per l'effettuazione degli audit da parte della Regione presso le strutture dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, è previsto, come requisito di indipendenza, che l'auditor: <i>“non deve avere compiti o responsabilità dirette nell'area sottoposta a verifica”</i>. Ciò pregiudica la possibilità di svolgere tale attività da parte del personale regionale.</p>	<p>La continua evoluzione del sistema di verifica dell'audit ha permesso al Responsabile d'Ufficio della Regione di controllare in modo approfondito le attività delle ASL nel medesimo settore grazie alla composizione di equipe multidisciplinari e con componenti di ASL e/o IZS. Tale impostazione ha consentito di verificare meglio gli standard di funzionamento dei Servizi delle ASL e di motivare ulteriormente gli stessi Auditors (vedi allegato Piano di audit del 25.06.2018)</p>		<p>X</p>	<p>Le misure adottate dalla Regione per garantire l'indipendenza degli auditor e/o per mitigare le minacce alla loro indipendenza (presenza di auditor appartenenti ad altri enti e /o utilizzo di esperti tecnici) sono più che apprezzabili e condivisibili.</p> <p>Tuttavia il permanere della frase nel testo della procedura di audit obbliga la Regione ad ottemperare alla prescrizione che essa stessa si è data, ostacolando di fatto la partecipazione del personale dell'ente regionale (che invece, per il sistema nazionale di audit è auspicabile).</p> <p>Qualora la Regione non ritenga però che tale prescrizione sia da intendersi in modo letterale, come emerso nel corso del presente audit, è opportuno che lo chiarisca nella procedura medesima in modo da rendere coerente le proprie attività con quelle definite nella citata procedura e con gli indirizzi nazionali.</p> <p>Pertanto la criticità è confermata.⁸</p>
---	--	--	-----------------	--

⁸ Si veda la nota a piè di pagina n.7

<p>19) La programmazione annuale dei Servizi [dei Dipartimenti di prevenzione] aziendali non è risultata supportata, tranne in alcuni Servizi, da un adeguato grado di analiticità che consenta di definire con chiarezza il vincolo normativo, e dunque “chi fa che cosa” e “quando”, nonché delle azioni correttive finalizzate a risolvere eventuali scostamenti rispetto ai vincoli normativi. Il processo di programmazione annuale svolto dai Servizi dipartimentali è elaborato generalmente per linee di attività e basate sullo storico. Non si è avuta evidenza di documenti di programmazione di sintesi dove poter evincere, contestualmente, il complesso delle attività che i singoli Servizi prevedono di svolgere e la ripartizione del case mix delle attività sui singoli operatori sanitari.</p>	<p>Il problema è stato superato con le programmazioni annuali regionali sulla base delle quali le ASL redigono la loro programmazione (vedi allegato Programmazione regione 2017 e Programmazione ASL CH attività SIAOA anno 2017)</p>	/	/	/	<p>Le criticità a livello aziendale riportate nel presente punto non sono state oggetto dell’audit, in quanto i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL non sono stati coinvolti nell’audit.</p> <p>Tuttavia si apprezzano le iniziative messe in campo dalla Regione a supporto della pianificazione aziendale quali, ad esempio: gli indirizzi contenuti nel PRIC, gli indirizzi alla programmazione strategica aziendale e il relativo processo di valutazione regionale, nonché l’Intervento 11 del PO 2013-2015 che sancisce, tra l’altro, l’obbligo di trasmettere alla Regione la programmazione aziendale.⁹</p>
--	--	---	---	---	--

<p>20) Criticità sono state evidenziate nell’attuazione delle Profilassi di Stato per la eradicazione della tubercolosi (TBC) e brucellosi (BRC) bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina come evidenziato dalla Griglia LEA nel corso degli anni di rilevazione (TBC: 83,9%, 81,8%, 89% e 88,7% di aziende controllate</p>	<p>La situazione ad oggi è migliorata (vedi allegati Relazione tecnica risanamento anno 2017-2018)</p>	/	/	/	<p>Le criticità a livello aziendale, nonché quelle di natura strettamente di settore, riportate nel presente punto non sono state oggetto dell’audit, in quanto i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL non sono stati coinvolti nell’audit.</p> <p>Tuttavia si apprezzano le iniziative poste in campo della Regione (assegnazione di obiettivi di eradicazione ai DG aziendali, reclutamento ad hoc di veterinari con contratto ACN presso la ASL 1 “Avezzano-Sulmona-</p>
---	--	---	---	---	--

⁹ La Regione, con nota n. RA/306689/DPF011/AGP.20 del 06/11/2018 ha comunicato che: << La criticità è in via di risoluzione con la programmazione annuale.>>

rispettivamente negli anni di attività 2006, 2007, 2009 e 2010; nonché per le BRC 76,1%, 84%, 89,7%, 76,1 e 85,9 % rispettivamente per gli anni di attività 2006, 2007, 2009, 2010 e 2011), sebbene con un trend in miglioramento.					L'Aquila", nonché l'attivazione di verifiche trimestrali sull'attività svolta) che hanno consentito di registrare un netto miglioramento della percentuale di controlli ai fini delle Profilassi di Stato.
--	--	--	--	--	--

21) Di particolare gravità il deficit dell'attuazione delle suddette Profilassi di Stato da parte della ASL 1 "Avezzano-Sulmona-L'Aquila" (ad esempio, come rendicontato per l'anno di attività 2011, per la BRC ovicaprina, 66,7% di aziende controllate in media sul territorio aziendale, con il 95,6% per l'area della ex Sulmona-Avezzano, ma un minimo del 47,5% per l'area della ex ASL L'Aquila).	La situazione ad oggi è migliorata (vedi allegati Relazione tecnica risanamento anno 2017-2018)	/	/	/	Si rimanda a quanto esposto nelle "Note degli Auditor" al precedente punto 20) ¹⁰
--	---	---	---	---	--

22) Il sistema di assegnazione degli obiettivi [dei Dipartimenti di prevenzione] e di conseguente valutazione, laddove presente, è risultato privo di obiettivi operativi quantificati, non riuscendo quindi a responsabilizzare e motivare la dirigenza sanitaria verso la migliore definizione e perseguimento degli obiettivi medesimi.	Il problema è stato superato con la DGR n.386 del 20.05.2015 (vedi allegato DGR 386-2015)	/	/	/	Il sistema di valutazione della dirigenza dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL non è stato oggetto del presente audit, e pertanto questo aspetto non è stato verificato. In ogni caso si apprezza l'assegnazione ai DG degli obiettivi di SPVeSA come meglio esplicitato ai punti 2) e 6).
---	---	---	---	---	--

¹⁰ La Regione, con nota n. RA/306689/DPF011/AGP.20 del 06/11/2018 ha comunicato che: << La criticità è risolta >>

RACCOMANDAZIONI del Rapporto dell'audit di sistema del 4 - 7 dicembre 2012

TESTO del report	NUOVI DOCUMENTI PRODOTTI *	RISOLTA	IN VIA DI RISOLUZIONE	NON RISOLTA	NOTE DEGLI AUDITOR
<p>23) attivare l'OEVR al fine di garantire l'elaborazione e l'analisi dei dati epidemiologici e dei controlli ufficiali essenziali per la programmazione, l'indirizzo ed il coordinamento regionale, nonché di dare supporto al processo decisionale e al miglioramento dei sistemi informativi a disposizione del SSR, oltre a consentire una valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di sanità;³</p> <p>³La Regione con nota prot. n. RA/90922/DG21/AGP20 del 4/4/2013 si è impegnata a << <i>promuove la riattivazione dell'osservatorio epidemiologico regionale con le ASL, L'Istituto Zooprofilattico, l'Università di Teramo ecc, entro il 2013. La Regione considera che i primi report potranno essere operativi nel triennio.>></i></p>	<p>OEVR attivato con Decreto commissariale n.43 del 02.04.2015 (vedi allegato Decreto commissariale n_43_2015)</p>	<p>X</p>			<p>La raccomandazione, alla luce di quanto esposto alle Note degli auditor al punto 12) è risolta.</p>

<p>24) prevedere azioni incisive per l'attuazione delle Profilassi di Stato per l'ASL n. 1 "Avezzano-Sulmona-L'Aquila" (in considerazione del grave deficit di attuazione del Piano di controllo sulla BRC ovicaprina evidenziato dalla Griglia LEA), come ad esempio quelle già individuate dall'ordinanza del Ministro della salute del 9 agosto 2012 (recante Misure straordinarie di polizia veterinaria in materia, nelle regioni Calabria, Campania, Puglia e Sicilia), che prevedono l'obbligo di assegnazione ai direttori Generali dell'obiettivo di eradicare e di misurare tale obiettivo attraverso l'apposito sistema informativo SANAN;⁴</p> <p>⁴ La Regione con nota prot. n. RA/90922/DG21/AGP20 del 4/4/2013 si è impegnata a << <i>attivare riunioni con i servizi veterinari di sanità animale delle ASL in particolare con quelli dove si sono evidenziate le inadempienze.</i></p>	<p>Azioni previste con il PPRIC 2015-2018 e con riunioni che hanno coinvolto le ASL (vedi allegato nuovo PPRIC 2015-2018)</p>	<p>X*</p>		<p>La raccomandazione, alla luce di quanto esposto alle Note degli auditor al punto 20) e 21) è risolta per gli aspetti regionali.</p> <p>*La programmazione aziendale e/o di settore, invece, non è stata oggetto dell'audit.¹¹</p>
--	---	-----------	--	---

¹¹ Si veda la nota a piè di pagina n. 10

<p><i>Sono dunque in corso di approvazione (entro l'anno corrente) provvedimenti più stringenti, nell'ambito della sanità veterinaria, per sensibilizzare i Direttori Generali delle Aziende S.L. La Regione ritiene inoltre necessario potenziare il monitoraggio regionale sui controlli svolti nel corso dell'anno.>></i></p>					
--	--	--	--	--	--

<p>25) eseguire un'attività di verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali prevista dall'articolo 8 (3.a) del Reg. 882/04;⁵</p> <p>⁵ La Regione con nota prot. n. RA/90922/DG21/AGP20 del 4/4/2013 si è impegnata a << <i>attivare iniziative per la verifica dell'efficacia dei controlli previsti dall'art. 8 del Reg. 882/2004 entro l'anno corrente</i>>></p>	<p>Misure adottate con il Decreto commissariale n.55 del 10.06.2016 (vedi allegato Decreto 55)</p>			<p>X</p>	<p>Alla luce di quanto esposto al punto 15) delle Criticità la Raccomandazione è confermata¹²</p>
--	--	--	--	-----------------	--

¹² La Regione, con nota n. RA/306689/DPF011/AGP.20 del 06/11/2018 ha comunicato che: <<Misure adottate con il Decreto commissariale n.55 del 10.06.2016 [...]>> **Nota degli auditor:** Il Decreto Commissariale citato dalla Regione è stato esaminato nel corso di audit. Le valutazioni degli auditor in merito al sistema di verifica dell'efficacia ai sensi dell'art. 8(3) del Reg. 882/04 sono riportate nei commenti ai punti 3), 15) e 16). Pertanto, la nota n. RA/306689/DPF011/AGP.20 della Regione non fornisce assicurazione circa una prospettiva di adeguamento del sistema regionale di verifica dell'efficacia al capitolo 8 dell'Intesa CSR 212/2016.

<p>26) garantire, in tempi ragionevoli, il completamento della categorizzazione del rischio delle imprese alimentari, per le finalità previste dall'art. 3 del Reg. 882/04, e l'uniformità dei controlli ufficiali mediante la definizione delle frequenze di controllo per i diversi livelli di rischio;⁶</p> <p>⁶ La Regione con nota prot. n. RA/90922/DG21/AGP20 del 4/4/2013 ha precisato che << <i>Il processo è concluso per le imprese alimentari riconosciute.</i> >> e si è impegnata a << <i>completare la categorizzazione delle attività registrate, vista l'ingente mole di lavoro, entro tre anni. Di provvedere a definire, con apposite linee guida, le frequenze di controllo in relazione al rischio.</i> Inoltre, per agevolare inizialmente il processo, la Regione individuerà, di default e per le imprese non ancora sottoposte a verifica da parte delle ASL, una classificazione del rischio che tenga conto del tipo di attività svolta dall'O.S.A.>></p>	<p>Il completamento è avvenuto (vedi allegato Programmazione regione 2018)</p>		<p>X</p>	<p>Si rimanda a quanto esposto nelle “Note degli auditor” al punto 14).</p> <p>Pertanto la Raccomandazione, seppur in via di risoluzione, è confermata¹³</p>
---	--	--	-----------------	---

¹³ La Regione, con nota n. RA/306689/DPF011/AGP.20 del 06/11/2018 ha comunicato che: << *Il completamento è avvenuto*>> **Nota degli auditor:** preso atto della comunicazione, la Regione però non ha fornito evidenza di aver prodotto un indirizzo regionale in grado di garantire l'uniformità della categorizzazione del rischio tra le varie ASL.

<p>27) adottare azioni opportune per la rimozione delle difficoltà operative relative alle risorse umane del Servizio di Sanità Veterinaria e sicurezza alimentare al fine di assicurare la rispondenza ai criteri operativi di cui all'art. 4 paragrafo 2, lettera c) del Reg. 882/04 necessaria per soddisfare il proprio ruolo di capofila del SSR;⁷</p> <p>⁷ La Regione con nota prot. n. RA/90922/DG21/AGP20 del 4/4/2013 ha espresso l'intenzione di << <i>prefiggersi il compito di rafforzare il servizio di Sanità Veterinaria e Sicurezza alimentare mediante la sostituzione del personale collocato in pensione (Due unità) nonostante le difficoltà per il reperimento di personale (blocco assunzioni, Piano di Rientro ecc)>>.</i></p>	<p>La carenza del personale è stata più volte segnalata con specifiche richieste all'ufficio del personale e alla direzione (vedi allegati RA 7065_2013 e RA 138781_2014)</p>			<p>X</p>	<p>Si rimanda a quanto esposto nelle “Note degli auditor” al punto 10).</p> <p>Pertanto la Raccomandazione è confermata.¹⁴</p>
--	---	--	--	-----------------	---

<p>28) rimuovere gli ostacoli alla partecipazione alle riunioni fuori sede al fine di assicurare un efficace coordinamento tra autorità</p>	<p>Quando è possibile si ricorre alla partecipazione fisica alle riunioni fuori sede, in alternativa si ricorre alla videoconferenza (vedi</p>			<p>X</p>	<p>Alla luce di quanto esposto al punto 16) delle Criticità la Raccomandazione è confermata.¹⁵</p>
--	--	--	--	-----------------	---

¹⁴ La Regione, con nota n. RA/306689/DPF011/AGP.20 del 06/11/2018 ha comunicato che: << *La carenza del personale è stata più volte segnalata con specifiche richieste all'ufficio del personale e alla direzione [...]. Entro 60 gg. sarà rinnovata la richiesta di personale alle competenti strutture regionali*>>

¹⁵ La Regione, con nota n. RA/306689/DPF011/AGP.20 del 06/11/2018 ha comunicato che: << *La criticità è in fase di completa risoluzione atteso che è aumentata la dotazione delle auto di servizio in dotazione al ns. Dipartimento. La procedura per la partecipazione alle riunioni fuori sede è stata pubblicata ed è operativa.*>>

<p>competenti in conformità a quanto previsto dall'art. 4, paragrafo 3, del regolamento 882/04.⁸</p> <p>⁸ La Regione con nota prot. n. RA/90922/DG21/AGP20 del 4/4/2013 si è impegnata a << potenziare lo strumento della Video conferenza consentirà la partecipazione attiva alle riunioni fuori sede.>> [nota degli auditor: pur apprezzando e ritenendo auspicabile il potenziamento della videoconferenza come illustrato dalla Regione, tale strumento non può del tutto soddisfare la doverosa attiva partecipazione della medesima nel processo decisionale all'interno del SSN.]</p>	<p>allegato Comunicazione riunione-videoconferenza)</p>				
---	---	--	--	--	--

NUOVE OSSERVAZIONI

- a) Le competenze in materia di Prevenzione ambientale affidate al Servizio di Sanità Veterinaria, Igiene e sicurezza degli Alimenti, disomogenee rispetto a quelle tipiche della SPVeSA e assorbenti una ingente quantità di tempo (circa 100 richieste di atti autorizzativi negli ultimi 6 mesi, oltre alla partecipazione a numerose conferenze di servizio, gestione del contenzioso e sopralluoghi), rischiano di ostacolare e distogliere il Servizio dal proprio ruolo di governance del SSR, qualora non si attivino soluzioni idonee per la corretta gestione di tutte le suddette competenze;
- b) Per quanto riguarda la struttura organizzativa dell'assessorato alla salute si registra la conferma del trend della perdita sistematica di dirigenti (4 Servizi su 14 sono infatti privi di Direttore), già evidenziata nel corso dell'audit di sistema del 2012. Ciò rischia, in prospettiva, di impattare anche sulla struttura competente in SPVeSA a causa di eventuali accorpamenti e aggregazioni di competenze disomogenee, come già avvenuto nel caso di quella della Prevenzione ambientale.
- c) Il PRIC riporta una descrizione dell'autorità competente regionale non aggiornata, fornendo una informazione non più adeguata rischiando di indurre in errore gli utenti.

NUOVE CRITICITÀ

- A) La DGR 276/2010 relativa al sistema di audit regionale non è stata aggiornata a seguito dell'audit ministeriale di sistema del 2012 e dei successivi Accordo CSR 46/2013 ed Intesa CSR 212/2016. Inoltre il rischio, paventato nel precedente rapporto di audit di sistema, di risultare confondente nell'uso dello strumento di audit e di disallineamento rispetto al sistema nazionale di audit e con le norme cogenti, si è palesato, come evidenziato al punto 3) delle Osservazioni.

OSSERVAZIONI, CRITICITÀ E RACCOMANDAZIONI DERIVANTI DALL'ESAME DEI PUNTI APPROFONDITI

Oltre alle “Nuove Osservazioni” e alle “Nuove Criticità” sopra esposte, si reitera:

- le Osservazioni riportate al **punto: -;**
- le Criticità riportate al **punto: 5), 10), 14), 15), 16), 17) e 18).**

Si reiterano le Raccomandazioni al **punto: 25), 26), 27) e 28).**

Si raccomanda inoltre:

- 1) di adeguare, alla luce di quanto evidenziato al punto A) delle Nuove Criticità, le istruzioni regionali relative al sistema di audit a quanto previsto dal quadro normativo cogente (Art. 4(6) del Reg. 882/04 e Accordo CSR 46/2013 ed Intesa CSR 212/2016, nonché art. 10 del Reg. 882/04 e art. 4 del Reg. 854/2004).¹⁶

¹⁶ Si veda la nota a piè di pagina n. 7

Il presente rapporto consta di 34 pagine e viene consegnato al “Dipartimento per la Salute e il Welfare” della Regione Abruzzo.

Pescara, 20/07/2018

LEGENDA:

AC – Autorità Competente
ACL – Autorità Competente Locale
ACR – Autorità Competente Regionale
ARPA – Agenzia Regionale Protezione Ambiente
ASL – Azienda Sanitaria Locale
ATS – Agenzia di Tutela della Salute
BDN – Banca Dati Nazionale
BDR – Banca Dati Regionale
CU – Controlli Ufficiali
DGR – Deliberazione della Giunta Regionale
DIPS - Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria
DPV - Dipartimento di Prevenzione Veterinaria
IZS – Istituto Zooprofilattico Sperimentale
LEA – Livelli Essenziali di Assistenza
MOCA – Materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti
MS – Ministero della salute
OSA/OSM – Operatore del Settore Alimentare/ Operatore del Settore dei Mangimi
PRI - Piano Regionale Integrato dei controlli ufficiali
PRP – Piano Regionale della Prevenzione
SC - Strutture Complesse
SIAN – Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
SIAOA – Servizio di Igiene Alimenti di Origine Animale (Area B)
SIAPZ – Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)
SOC – Struttura Operativa Complessa
SOS– Struttura Operativa Semplice
SSA – Servizio di Sanità Animale (Area A)
SPVeSA - Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza degli Alimenti
UO – Unità Organizzativa

ALLEGATO 1 – elenco dei documenti consultati

Organizzazione ACR

- DGR 265 del 22.5.2017 concernente assetto organizzativo del Dipartimento per la Salute e il Welfare
- nota RA 169901 del 13.6.2018 concernente aggiornamento risorse umane dedicate alla SPVeSA – anno 2018
- nota RA 138781 del 24.5.2014 – richiesta assegnazione nuova unità di personale
- nota RA 7065 del 10.1.2013 – carenza di organico del personale del Servizio
- elenco del personale del dipartimento per la salute e il welfare
- DCA n. 43 del 2/4/2015 – istituzione dell'OEVRA
- DGR 660 del 14.11.2017 relativa alla valutazione di impatto ambientale
- Sottoparere DGSAF- DGISAN rif 115/2015 concernente l'attivazione dell'OEVRA

Organizzazione SSR

- DGR 741 del 15.11.2016 – indirizzi regionali per la programmazione delle ASL per il triennio 2017-2019.
- DGR 695 del 24.1.2017 – indirizzi regionali per la programmazione delle ASL per il triennio 2018-2020.
- DCA 49 del 8.10.2012 – indirizzi per le dotazioni organiche delle ASL
- DCA 95 del 12.8.2016 relativo alla programmazione del triennio 2016-2018 di alcune ASL

Documenti di pianificazione

- LR 5 del 10.3.2008 - Piano sanitario regionale 2008 – 2010
- DCA 84/2013 - Programma Operativo 2013-2015 della Regione Abruzzo
- DCA 55 del 10.6.2016 – Piano di Riqualficazione del Servizio Sanitario Abruzzese 2016-2018
- Programma di miglioramento e riqualficazione – Regione Abruzzo – per gli anni 2017-2018
- Sottoparere DGISAN-DGSAF rif 8/2018 – piano di Miglioramento e riqualficazione – Regione Abruzzo – per gli anni 2017-2018
- Nota RA 66507 del 7.3.2018 – piano di Miglioramento e riqualficazione – Regione Abruzzo – per gli anni 2017-2018
- DDG /21/91 del 30/6/2015 - Il Libro delle Regole – piano pluriennale regionale integrato dei controlli della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare della Regione Abruzzo 2015-2018
- DD DPF011/233 del 30/12/2016 - Programma Annuale dei controlli sanità Animale e Sicurezza degli Alimenti 2017
- DD DPF011/199 del 29/12/2017 - Programma Annuale dei controlli sanità Animale e Sicurezza degli Alimenti 2018
- Controlli sulla Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria – Report 2016
- Note RA 200442 del 27.07.2017, RA 270687 del 23.10.2017, RA 298493 del 22.11.2017, RA 331277 del 29.12.2017, RA 106845 del 12.04.2018 – relative a valutazione preliminare indicatori LEA

- Nota RA 101778 del 9/4/2018 e nota RA 91518 del 5/4/2017 relativa alla relazione tecnica sui programmi di eradicazione e sorveglianza BRC, TBC e LEB
- Nota RA 0323793 del 19.12.2017 relativo al monitoraggio ed audit sulla condizionalità
- DCA 65 del 29.6.2016 – Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018
- Piano di attività anno 2018 del Servizio di sanità veterinaria di igiene e sicurezza degli alimenti - del 30.1.2018
- Sottoparere DGISAN rif. 180/2017 concernente DCA 695/2017 sugli strumenti di programmazione delle ASL
- Sottoparere DGSAF rif 245/2014 su monitoraggio audit e condizionalità
- DD DPF 011/231 – recepimento Intesa CSR 212 del 10.11.2016
- DD DG 21/241 del 30.12.2013 – recepimento Accordo CSR 46/2013
- DGR 100 del 1.2.2008 – PRIC 2008-2010
- Nota RA 101743 del 9.4.2018 – piano di impegni per la Verifica Adempimenti LEA 2016
- Atto aziendale ASL AQ Delibera n.1990 del 30.11.2016
- Atto aziendale ASL CH Delibera n.1394 del 30.11.2016
- Atto aziendale ASL PE Delibera n.1038 del 30.11.2016
- Atto aziendale ASL TE Delibera n.0460 del 14.04.2016
- Nota ASL Pescara del 22.5.2014 – riadozione strumenti di programmazione anni 2014-2016

Sistema assegnazione obiettivi

- DGR 386 del 20.5.2015 – assegnazione degli obiettivi ai DG delle ASL
- Nota RA 2016 - Relazione ai fini della verifica del Direttore Generale di una ASL
- Nota ASL Pescara del 9.10.2017 – relazione per verifica obiettivi DG
- Nota RA Servizio assetti istituzionali -10.3.2016 – richiesta pareri per valutazione DG ASL

Sistemi informativi

- DGR 429 del 1/8/2017 relativo a Incarico all'IZS per la gestione e manutenzione del sistema informativo SIVRA

Corsi di formazione

- Nota RA 77617 del 12.4.2016, RA 10189 del 20.1.2017, RA/37201 del 13.09.2016 relative alla formazione su Nuovo Sistema SIVRA.2

Portali e siti

- Sito web istituzionale: <http://www.regione.abruzzo.it/>

Sistema di audit

- Documento di descrizione della organizzazione e gestione del sistema di audit sulle autorità competenti del 29.3.2018
- DGR 12 aprile 2010 n. 276 - Linee guida relative ai controlli ufficiali sulla filiera degli alimenti, formazione, standards, elenco e disciplina degli audit
- Programma regionale annuale di audit 2016
- Programma regionale annuale di audit 2017
- Programma regionale annuale di audit 2018
- Rapporto regionale di audit su Comune di Atri – canile rifugio - del 19/6/2017
- Rapporto regionale di audit su Comune di Sulmona – canile municipale - del 29/9/2017
- Rapporto regionale di audit su Comune di Chieti – canile - del 15/6/2017
- Rapporto regionale di audit su SIAPZ ASL Pescara del 19/12/2017
- Rapporto regionale di audit su ristorazione collettiva - ASL 1 del 20.12.2016
- Rapporto regionale di audit su MVS - ASL Lanciano Vasto Chieti del 17.11.2016
- Rapporto regionale di audit su caseificio - ASL Lanciano Vasto Chieti del 17.10.2016
- Rapporto regionale di audit su mercato ittico - ASL Pescara del 20.9.2016
- Rapporto regionale di audit su OSA - ASL Teramo del 15.7.2016
- Rapporto regionale di audit su PRAA - ASL Pescara del 19.12.2017
- Rapporto regionale di audit su organismo di formazione fitosanitari - del 23.5.2017
- Rapporto regionale di audit su organismo di formazione fitosanitari - del 18.5.2017
- Rapporto regionale di audit su ARTA - del 26.1.2016
- Nota RA 58762 del 28.2.2018 - rendicontazione attività di audit 2017
- Nota RA 49419 del 28.2.2017 - rendicontazione attività di audit 2016
- Piano di audit regionale del 8/6/2018, presso il canile rifugio di Pescara
- Rapporto di audit interno della ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila su SIAN del 28/9/2017
- Elenco regionale auditor, sezione A, B e C
- Rapporto di audit interno alla Regione del 6.12.2017
- Rapporto di audit interno alla Regione del 13.12.2017
- Rapporto di audit interno alla Regione del 20.12.2017
- Rapporto di audit interno alla ASL di Teramo del 29.12.2017
- Rapporto di audit interno alla ASL 1 del 28.9.2017
- Rapporto di audit interno alla ASL 1 del 11.12.2017
- Rapporto di audit interno alla ASL 2 del 21.12.2017
- Rapporto di audit interno alla ASL di Teramo del 18.12.2017