

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno martedì 28 **del mese di** giugno
dell' anno 2016 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Caselli Simona	Assessore
4) Corsini Andrea	Assessore
5) Gazzolo Paola	Assessore
6) Petitti Emma	Assessore
7) Venturi Sergio	Assessore

Presiede la Vicepresidente Gualmini Elisabetta
attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore Venturi Sergio

Oggetto: LINEE DI PROGRAMMAZIONE E DI FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE E DEGLI ENTI DEL SERVIZIO
SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2016

Cod.documento GPG/2016/1021

Num. Reg. Proposta: GPG/2016/1021

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- l'Intesa rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di approvazione del nuovo Patto per la Salute 2014-2016, ed, in particolare, l'articolo 1 che definisce il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per il triennio 2014-2016;
- la Legge 23 dicembre 2014, n. 190 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)", che detta disposizioni rilevanti ai fini del concorso delle regioni agli obiettivi di finanza pubblica e della determinazione del livello di finanziamento del SSN;
- l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano repertorio n. 113/CSR del 2 luglio 2015, che individua le misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa del Servizio Sanitario Nazionale, a compensazione della riduzione del livello di finanziamento del SSN operata a decorrere dal 2015;
- il Decreto Legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2015, n. 125, che, tra l'altro, agli articoli da 9 a 9-octies detta disposizioni in tema di sanità e applica le disposizioni in attuazione delle Intese sancite dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 26 febbraio 2015 e in data 2 luglio 2015;
- il Decreto del Ministero della Salute 9 ottobre 2015 "Rimborso alle Regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi";
- la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)", che ridetermina il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale dell'anno 2016 in 111 miliardi di euro,

aumentati di 2 milioni di euro per l'erogazione delle cure termali con un incremento pari all'1,086% rispetto al livello di finanziamento del 2015;

Visti:

- l'articolo 1, comma 796, lettera g) della Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) e successive disposizioni di proroga, e l'articolo 11, comma 6 del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122, che prevedono il versamento a favore delle Regioni del pay-back a carico delle aziende farmaceutiche;
- il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, che, tra l'altro, all'articolo 15 definisce l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica di cui all'articolo 5 del Decreto Legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e successive modificazioni, e definisce le modalità per l'assegnazione da parte delle aziende farmaceutiche alle Regioni delle somme dovute a titolo di ripiano dello sfondamento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera;
- il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale in data 4 giugno 2015;
- il Decreto Legge 13 novembre 2015, n. 179 "Disposizioni urgenti in materia di contabilità all'equilibrio della finanza pubblica delle Regioni";
- la Legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- il Decreto 9 dicembre 2015 "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario Nazionale (pubblicato in G.U. il 20/1/2016);
- il D.P.C.M. 24 dicembre 2015 "Individuazione delle categorie merceologiche ai sensi dell'articolo 9, comma 3 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89,

- unitamente all'elenco concernente gli oneri informativi”;
- lo schema di Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante “Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria”;

Richiamati inoltre:

- il Decreto Legislativo n. 68 del 6 maggio 2011 recante "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", il cui Capo IV disciplina la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario;
- il Decreto legislativo n. 118 del 23 giugno 2011 e successive modifiche ed integrazioni, recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", e, in particolare, l'articolo 25 che prevede che i Bilanci preventivi economici annuali degli Enti del Servizio Sanitario siano predisposti in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e siano corredati, tra l'altro, dal Piano triennale degli investimenti;

Preso atto delle proposte del Ministero della Salute di deliberazione CIPE, approvate in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 14 aprile 2016, concernenti:

- il riparto alle Regioni delle risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2016 (Intesa Rep. Atti n. 62/CSR) che assegna alla Regione Emilia-Romagna euro 7.857.213.559,00 per il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza,
- il riparto della quota di Fondo Sanitario Nazionale vincolata al perseguimento degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale (Intesa Rep. Atti n. 64/CSR) che assegna alla Regione Emilia-Romagna euro 76.662.703 a tale titolo;

Atteso che a tutt'oggi il quadro nazionale di riferimento per la programmazione sanitaria dell'anno 2016 mantiene ancora margini di incertezza in relazione alla effettiva

quantificazione economica dell'impatto, sul SSN, dello schema di DPCM di aggiornamento dei nuovi livelli essenziali di assistenza cui la Legge di stabilità per il 2016 (commi 553-554-555 Legge 208/2015) finalizza l'importo di 800 milioni di euro a valere sulle complessive risorse finanziarie per il 2016;

Valutata comunque l'inderogabilità di completare la programmazione sanitaria regionale per l'anno 2016 formalizzando alle Direzioni aziendali le indicazioni ed i riferimenti necessari per attuare le politiche regionali e per assicurare un efficace governo delle risorse disponibili;

Accertato che questa Giunta ha designato i Direttori Generali delle Aziende sanitarie, provvedendo contestualmente ad assegnare gli obiettivi di mandato che:

- sono stati formulati sulla base del Programma di mandato di questa Giunta Regionale per la decima legislatura, che contiene le fondamentali linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale;
- sono distinti, coerentemente con la normativa statale vigente, in obiettivi di salute ed assistenziali ed in obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi;
- costituiscono indicazioni di carattere strategico che verranno riprese ed ampliate dalla programmazione annuale delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, che ne fissa i contenuti di dettaglio;
- le misure e le modalità di attuazione sono verificati da questa Giunta regionale, nella consapevolezza che il mancato conseguimento di alcuni obiettivi prioritari comporta la risoluzione del rapporto contrattuale del Direttore Generale;

Dato atto che tra gli obiettivi prioritari che comportano la risoluzione del rapporto contrattuale del Direttore Generale figura la sostenibilità ed il governo dei servizi e l'impegno al raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari annualmente definiti dalla programmazione sanitaria regionale, al rispetto del vincolo di bilancio assegnato ed al concorso al pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale;

Valutata pertanto l'esigenza di impegnare le Direzioni delle Aziende sanitarie regionali:

- nella predisposizione degli strumenti di programmazione aziendale dell'anno 2016 coerenti con i documenti

"Finanziamento del Servizio Sanitario regionale e delle Aziende per l'anno 2016" e "Il quadro degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2016", rispettivamente Allegato A e Allegato B parti integranti della presente deliberazione, che rappresentano il quadro degli obiettivi cui sono impegnate le Direzioni aziendali nell'anno 2016, rispetto ai quali saranno operate le valutazioni e assunti i conseguenti provvedimenti a livello regionale;

- nel complessivo governo dell'Azienda sanitaria e nel raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di mandato;

Accertato che il pareggio del bilancio 2016 costituisce la condizione per garantire l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza, il consolidamento dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, un governo flessibile del personale, l'impiego di risorse correnti in conto esercizio a finanziamento degli investimenti;

Richiamata la propria deliberazione n. 705/2015, con la quale, al fine di rafforzare i principi di imparzialità, trasparenza e terzietà dei processi di valutazione dei Direttori generali delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale, sono state ampliate le competenze dell'Organismo indipendente di valutazione per gli enti e le aziende del Servizio sanitario regionale (OIV-SSR), già definite con DGR 334/2014, includendo anche "la valutazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali, ivi compresa quella relativa ai Direttori generali delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale" e specificando che l'istruttoria del processo di valutazione rimane in carico alla competente Direzione Generale;

Visto l'articolo 1, commi 567-568 della Legge 23 dicembre 2014, n. 190, che prevede, tra l'altro:

- che l'accertamento da parte della Regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il Direttore Generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso;
- che la verifica del conseguimento, da parte dei Direttori Generali, degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce adempimento ai fini

dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario ed è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;

Richiamato l'articolo 1, commi da 521 a 547 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che "disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio Sanitario Regionale" e in particolare:

- il comma 522 in tema di trasparenza dei dati di bilancio degli enti del SSN e di monitoraggio delle attività assistenziali;
- il comma 524 e segg. Relativi all'obbligo per le Regioni di individuare, entro il 30 giugno di ciascun anno, le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS che presentano predefiniti scostamenti tra costi e ricavi o registrano il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, tali da rendere obbligatorio l'avvio di uno specifico Piano di rientro aziendale;
- i commi 538-540 in tema di rischio sanitario;
- il comma 541 che prevede in capo alle regioni l'obbligo di adottare il provvedimento generale di programmazione per la riduzione dei posti letto ospedalieri accreditati, in attuazione del DM 70/2015 e di predisporre un Piano per il fabbisogno di personale per garantire il rispetto delle disposizioni europee in tema di orario di lavoro del personale dipendente;

Richiamati inoltre, sempre con riferimento all'articolo 1 della legge 208/2015:

- i commi 548-550 in materia di acquisizione di beni e servizi, che disciplinano l'obbligo, in capo alle aziende sanitarie, di approvvigionarsi esclusivamente attraverso le centrali regionali di committenza o Consip per le categorie merceologiche individuate da apposito DPCM;
- il comma 551 che prevede che le Regioni adottino provvedimenti per garantire che le aziende sanitarie non istituiscano unità organizzative di valutazione delle tecnologie ovvero sopprimano quelle esistenti, ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale;

- il comma 574 di disciplina dell'obbligo di mantenere, a decorrere dal 2014, un volume di spesa per acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera da soggetti privati accreditati pari ad una riduzione del 2% rispetto a quella consuntivata nel 2011, ricomprendendo nel vincolo la spesa sostenuta a favore di cittadini residenti al di fuori del territorio regionale;

Viste le proprie deliberazioni:

- n. 1056 "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie" del 27 luglio 2015;
- n. 2040 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal D.M. salute 70/2015" del 10 dicembre 2015;
- n. 273 "Approvazione sistema di remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati provvisoriamente e/o definitivamente" del 29 febbraio 2016;

Richiamate:

- la Legge Regionale 7 novembre 2012, n. 13 "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario Regionale" e ss.mm., nonché il Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie;
- la propria deliberazione n. 1889 del 24 novembre 2015 con la quale la fase sperimentale regionale è stata prorogata fino al 31/12/2016 e sono state ammesse alla fase sperimentale regionale, a decorrere dal 1/12/2015 l'Azienda Usl di Piacenza, l'Azienda Usl di Parma, l'Azienda Usl di Reggio Emilia, l'Azienda Usl di Modena, l'Azienda Osp.-Univ. di Parma e l'Azienda Osp.-Univ. di Modena ed è stata confermata la partecipazione alla fase sperimentale delle Aziende già precedentemente ammesse: Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda Osp.-Univ. di Bologna, Azienda Usl della Romagna, Azienda Usl di Imola, Montecatone Rehabilitation Institute s.p.a.;
- la propria deliberazione n. 603 del 28/04/2016 con la quale l'Azienda Usl di Bologna è stata ammessa alla fase sperimentale regionale, a decorrere dal 01/05/2016;

Considerato che per le Aziende ammesse alla fase sperimentale è necessario disporre di un accantonamento al Fondo risarcimento danni da responsabilità civile di cui

all'art. 48 della citata L.R. n. 28/2013, per far fronte ai sinistri oltre la soglia di 250.000 euro e che per le Aziende che non hanno ancora aderito alla sperimentazione si prevede un contributo regionale pari al costo delle relative polizze relative all'anno 2016;

Ravvisata l'opportunità di definire la programmazione ed il finanziamento del SSR per l'anno 2016, tenuto conto della normativa precedentemente richiamata, sulla base di un volume complessivo di risorse pari a **8.019,876 milioni di euro**, determinato dalle risorse di seguito elencate:

- **7.857,213 milioni** di euro che costituiscono, per la nostra Regione, la quota di finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, come deriva dalla citata Intesa del 14/4/2016 (Rep. Atti n. 62) in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;
- **76,663 milioni** di euro che costituiscono la quota di competenza regionale derivante dal riparto tra le Regioni del finanziamento vincolato alla realizzazione degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, come deriva dalla citata Intesa del 14/4/2016 (Rep. Atti n. 64) in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;
- **36 milioni** di euro che costituiscono la quota di competenza regionale derivante dal riparto tra le Regioni del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di medicinali innovativi istituito dalla Legge n. 190/2014, che per il 2016 è pari a 500 milioni, quantificata, in questa sede, nella stessa misura del 2015;
- **25 milioni** di euro che costituiscono il pay-back di competenza dell'anno 2016, sulla base dell'andamento degli anni precedenti e della previsione del costo 2016 della spesa farmaceutica regionale;

e non considerando, in questa sede, la stima del ripiano dell'eventuale sfondamento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera dell'anno 2016;

Richiamate:

- la Legge Regionale 29 dicembre 2015, n. 22, "Disposizioni collegate alla legge regionale di stabilità per il 2016";
- la Legge Regionale 29 dicembre 2015, n. 23, "Disposizioni per la formazione del Bilancio di

previsione 2016-2018 (Legge di stabilità regionale 2016);

- la Legge Regionale 29 dicembre 2015, n. 24, "Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna 2016-2018";

che stanziavano complessivi 25 milioni di euro per far fronte agli emolumenti a favore dei soggetti che hanno subito danni da trasfusione (ex legge 210/1992) e a ripiano degli ammortamenti delle aziende sanitarie per il periodo 2001-2011;

Ritenuto, alla luce di quanto sopra rappresentato, che la programmazione sanitaria regionale dell'anno 2016 possa essere impostata sulla base di un volume complessivo di risorse pari a **8.019,876 milioni di euro** e che si proceda, in questa sede, al riparto delle risorse disponibili tra le diverse linee di finanziamento;

Considerato che per definire il complessivo livello delle risorse a disposizione del Servizio sanitario regionale per il 2016 è necessario tenere anche conto di:

- 333 milioni quale acconto per la remunerazione delle prestazioni rese in regime di mobilità interregionale, nonché della regolazione della mobilità internazionale;
- 410 milioni circa di entrate dirette delle Aziende sanitarie, a fronte di prestazioni rese, comprensive del gettito assicurato dalle misure regionali di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie di cui all'Accordo fra la Regione Emilia-Romagna, il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze siglato in data 28 dicembre 2011 ai sensi dell'art. 1, lettera p-bis della Legge n. 296/2006;

risorse che, pur concorrendo alla copertura della complessiva spesa sanitaria regionale, dovranno essere contabilizzate nei bilanci aziendali in relazione alle prestazioni e servizi effettivamente resi in corso d'anno;

Vista la Legge Regionale n. 29 del 23 dicembre 2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale" che all'articolo 3, comma 2 stabilisce che le Aziende USL siano finanziate dalla Regione in relazione ai livelli essenziali di assistenza, secondo criteri di equità e trasparenza, in base alla popolazione residente nel proprio ambito territoriale, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi;

Dato atto dell'avvio, da parte della Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare, di un percorso di semplificazione dei criteri di finanziamento a favore delle Aziende USL che tiene conto, da un lato dell'esigenza di una maggiore aderenza dei criteri regionali ai criteri adottati a livello nazionale per il riparto del fabbisogno tra le regioni e dall'altro della effettiva consistenza della popolazione residente nei diversi ambiti aziendali, oltre che delle sue caratteristiche;

Ritenuto che il percorso di semplificazione dei criteri di finanziamento debba completarsi con una revisione e qualificazione del finanziamento alle aziende ospedaliere e IRCCS, che tenga conto della necessità di qualificare e quantificare le principali funzioni svolte, da riconoscere con remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale, ai sensi dell'articolo 8-sexies del dlgs 502/1992 e s.m. e i., all'interno del limite massimo stabilito dal DM 18 ottobre 2012;

Atteso che qualora le risorse considerate ai fini della programmazione e del finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016 si discostassero dalle risorse effettivamente disponibili, questa Giunta provvederà, con successivo atto deliberativo, a rivedere la programmazione ed a rideterminare il finanziamento delle Aziende sanitarie regionali;

Dato atto che, alla luce del livello effettivo delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale per il 2016, questa Giunta si riserva di definire eventuali ulteriori politiche di sistema e/o ulteriori manovre di razionalizzazione e di contenimento della spesa sanitaria regionale, necessarie per garantire l'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale;

Visto il parere espresso dalla Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche sociali nella seduta del 28 giugno 2016, ai sensi dell'articolo 6, comma 2 della richiamata Legge Regionale n. 29/2004;

Visti:

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e successive modifiche ed integrazioni;

- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche ed integrazioni;
- la L.R. 30 luglio 2015, n. 13 recante "Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su Città Metropolitana di Bologna, Province, comuni e loro Unioni", che all'art. 16, comma 1, prevede che l'A.R.P.A.E dell'Emilia-Romagna sia ridenominata "Agenzia Regionale per la Prevenzione, l'Ambiente e l'Energia";
- la propria deliberazione n. 628 del 29/5/2015 recante "Riorganizzazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali";
- la propria deliberazione n. 2189 del 21/12/2015 ad oggetto "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della macchina amministrativa regionale";
- la propria deliberazione n. 270 del 29/2/2016 "Attuazione prima fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 recante "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali fra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modifiche;
- la propria deliberazione n. 1621 dell'8 novembre 2013, "Indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33";
- la propria deliberazione n. 57 del 26 gennaio 2015 "Programma per la trasparenza e l'integrità. Approvazione aggiornamento per il triennio 2015-2017";

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

1. di determinare il volume complessivo di risorse a finanziamento della spesa corrente del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016, per le considerazioni in premessa esposte e qui richiamate, in **8.019,876** milioni di euro;

2. di destinare le risorse complessivamente disponibili, come di seguito riportato:

- **7.396,382** milioni di euro vengono destinati al finanziamento dei Livelli di assistenza; il riparto tra le Aziende sanitarie avviene: a quota capitaria, per funzioni e progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento; nella cifra di cui sopra sono ricompresi 317,500 milioni di euro che costituiscono la quota a finanziamento del FRNA a carico del FSR, comprensiva di 5,400 milioni di euro a finanziamento degli interventi di cui alla deliberazione di questa Giunta n. 273/2016; sono inoltre compresi euro **51.432.350,00** a finanziamento dell'ARPAE (Agenzia per la Prevenzione, l'Ambiente e l'Energia dell'Emilia-Romagna);

- **68,750** milioni di euro sono riservati al finanziamento del Sistema integrato Servizio Sanitario Regionale - Università;

- **33,699** milioni di euro sono destinati al finanziamento delle strutture e delle funzioni regionali e dell'innovazione;

- **78,980** milioni di euro finanziano l'integrazione alla quota capitaria delle Aziende Usl e garantiscono il sostegno ai piani di riorganizzazione ed all'equilibrio economico-finanziario aziendale;

- **143,476** milioni di euro finanziano la qualificazione dell'assistenza ospedaliera delle Aziende Ospedaliere e IRCCS, e garantiscono il sostegno ai piani di riorganizzazione ed all'equilibrio economico-finanziario aziendale;

- **113,194** milioni di euro sono destinati ad una pluralità di interventi, tra i quali il finanziamento degli indennizzi agli emotrasfusi ai sensi della Legge n. 210/1992, il sostegno dell'attività di ricerca degli IRCCS regionali, il finanziamento dei costi per i fattori della coagulazione del sangue per il trattamento di pazienti emofilici, il sostegno all'equilibrio finanziario delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per ammortamenti non sterilizzati relativi agli anni 2001-2011, il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2016 relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009;

- **185,395** milioni di euro comprendono:

- **76,000** milioni di euro che costituiscono il Fondo regionale a finanziamento dei costi per l'acquisizione dei medicinali innovativi; tali finanziamenti costituiscono budget di programmazione per le aziende sanitarie e vengono ripartiti alle aziende sanitarie in relazione ai trattamenti attesi per l'esercizio e limite di spesa a carico del Fondo sanitario regionale; le eventuali eccedenze verranno assorbite dai bilanci aziendali;

- **50,000** milioni di euro costituiscono il Fondo risarcimento danni da responsabilità civile per far fronte ai risarcimenti assicurativi di seconda fascia (sinistri oltre la soglia di 250.000 euro) per le Aziende partecipanti al "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie" e per riconoscere alle Aziende non partecipanti nel 2016 al Programma sopra citato la copertura dei costi 2016 della polizza di assicurazione (Azienda Usl di Ferrara, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, e per l'Azienda Usl di Bologna il periodo da gennaio ad aprile 2016);

- **59,395** milioni di euro (valore definito dalla Intesa Rep. Atti n. 62/CSR del 14/04/2016) accantonati a livello regionale quale quota spettante alla Regione Emilia-Romagna in relazione all'erogazione dei nuovi LEA, sull'importo di 800 milioni di euro che verranno erogati alle regioni a seguito dell'emanazione del DPCM di definizione e aggiornamento dei LEA c. 553, 554, 555 della Legge di stabilità 2016)

come analiticamente rappresentato nella Tabella 1, Allegato parte integrante del presente provvedimento;

3. di definire in questa sede un primo provvedimento di riparto delle risorse a favore delle Aziende ed Enti del SSR, con le modalità e secondo gli importi definiti nel documento Allegato A "Finanziamento del Servizio Sanitario regionale e delle Aziende per l'anno 2016" parte integrante della presente deliberazione, Tabelle A1 e A2;
4. di disporre che i documenti "Finanziamento del Servizio Sanitario regionale e delle Aziende per l'anno 2016" e "Il quadro degli obiettivi della programmazione

sanitaria regionale 2016", rispettivamente Allegato A e Allegato B, parti integranti della presente deliberazione, rappresentano il quadro degli obiettivi cui sono impegnate le Direzioni aziendali nell'anno 2016, rispetto ai quali saranno operate le valutazioni e assunti i conseguenti provvedimenti a livello regionale; a tali obiettivi è correlata la corresponsione dei compensi aggiuntivi di cui all'articolo 1, comma 5, al DPCM 15 luglio 1995, n. 502, previsti dai contratti stipulati con i singoli Direttori Generali delle Aziende sanitarie e dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli;

5. di vincolare in questa sede una quota pari al 30% dei compensi aggiuntivi al governo delle liste di attesa, una quota pari al 20% al complessivo governo aziendale ed una quota pari al 50% ai restanti obiettivi, demandando alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare la determinazione dei criteri e delle modalità operative con le quali verrà effettuata la valutazione dei Direttori Generali, alla luce delle disposizioni contenute nella propria deliberazione n. 705/2015 di ampliamento delle funzioni attribuite all'Organismo Indipendente di Valutazione per il SSR;
6. di dare atto che il rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato costituisce obiettivo prioritario ai fini dell'accesso al sistema premiante e che il mancato conseguimento del pareggio di bilancio comporta la risoluzione del rapporto contrattuale del Direttore Generale;
7. di stabilire che le Direzioni delle Aziende sanitarie regionali predispongano il Bilancio preventivo economico dell'anno 2016, integrato dal Piano degli investimenti 2016-2018, secondo quanto previsto dall'articolo 25 del D.Lgs. n. 118/2011 e nel rispetto delle linee di indirizzo definite nei documenti richiamati al precedente punto 5;
8. di definire che la verifica dell'andamento della gestione aziendale, rispetto all'obiettivo economico finanziario assegnato, debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo le verifiche straordinarie che saranno definite dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare; ove necessario, le Aziende sanitarie dovranno predisporre

azioni di rientro, da realizzarsi, entro la chiusura dell'esercizio;

9. di dare atto che per quanto concerne gli adempimenti richiesti dal D.Lgs. n. 33/2013, si rinvia a quanto espressamente indicato nella deliberazione della Giunta Regionale n. 66/2016;
10. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione.

TABELLA 1

(valori/1000)

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE		PROGRAMMAZIONE 2016
RISORSE DISPONIBILI		8.019.876
1 FINANZIAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA		7.396.382
<i>di cui</i>		
Risorse ripartite a quota capitaria		7.004.078
ARPAE		51.432
Piano attuativo Salute mentale e Superamento ex OO.PP.		38.000
FRNA quota "storica" aggiornata ex DGR 273/2016		224.108
Progetti e funzioni sovra-aziendali - specificità aziendali:		78.763
<i>Emergenza 118</i>		33.100
<i>Progetto sangue ed emoderivati</i>		8.850
<i>Trapianti e medicina rigenerativa</i>		7.200
<i>Altre funzioni sovra-aziendali</i>		29.613
2 FINANZIAMENTO SISTEMA INTEGRATO SSR - UNIVERSITA'		68.750
Integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica Aosp/Univ. e IOR		47.250
Integrazione per progetti di ricerca (Programma Regione/Università)		5.000
Corsi universitari delle professioni sanitarie		16.500
3 FINANZIAMENTO STRUTTURE e FUNZIONI REGIONALI, INNOVAZIONE		33.699
Agenzia sanitaria e sociale regionale		2.538
Obiettivi e progetti per l'innovazione...		11.661
Altro (sistemi informativi, materiali di consumo, ICT....)		19.500
4 AZIENDE USL - integrazione alla quota capitaria		78.980
5 AZIENDE OSPEDALIERE - QUALIFICAZIONE E INTEGRAZIONE FIN.		143.476
Aziende Ospedaliere - integrazione		88.374
Qualificazione attività di eccellenza Aosp e IOR		50.308
IRCCS IOR e IRST - Integrazione alla produzione per le Ausl		4.794
6 ALTRO		113.194
Altro (Interventi umanitari, Area dipendenze) e integr. Sanità penit.		9.550
Ricerca IRCCS + PRIER		5.250
Fattori della coagulazione del sangue		26.330
Legge 210/1992 Indennizzi a emotrasfusi		20.000
Quota annuale ammortamenti non sterilizzati anni 2001-2011		5.000
Finanziamento ammortamenti non sterilizzati ante 31/12/2009		47.064
7 ALTRI FONDI		185.395
Fondo regionale Gestione sinistri		50.000
Fondo Farmaci innovativi		76.000
Accantonamento DPCM LEA		59.395

ALLEGATO A

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E DELLE AZIENDE PER
L'ANNO 2016

1. Il quadro finanziario nazionale e la legge di stabilità 2016

La legge di stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato") ha quantificato in 111 miliardi di euro il livello di fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Nazionale per il 2016, con un aumento pari all'1,08 rispetto al finanziamento del 2015.

Nel mese di febbraio la Conferenza delle Regioni ha trovato al suo interno l'accordo per la suddivisione delle risorse corrispondenti al fabbisogno standard (la cosiddetta quota indistinta), alla quota premiale e al sostegno degli obiettivi di Piano sanitario nazionale. In data 14 aprile sono state sancite le relative intese in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (rispettivamente a Repertorio nn. 62, 63 e 64). L'aver ripartito le risorse nella prima parte dell'anno dà certezza ai bilanci e spazio alla programmazione regionale.

Nella tabella seguente il confronto tra 2016 e 2015.

valori in milioni di euro	anno 2015	anno 2016
risorse complessive	109.715	111.002
di cui:		
fabbisogno standard	106.932	108.193
quota premiale	274	277
obiettivi prioritari	888	931

All'interno del valore complessivo di 111 miliardi:

- una quota pari a 800 milioni di euro è finalizzata a dare copertura finanziaria ai maggiori oneri connessi alla revisione del DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza del 2001, revisione che la legge di stabilità aveva previsto da adottarsi entro 60 gg dalla sua entrata in vigore (29 febbraio 2016);
- è ricompreso il Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di farmaci innovativi, istituito con la legge di stabilità 2015 (Legge 190/2014, articolo 1, comma 593) in misura pari al 2015 – 500 milioni di euro – ma dal 2016 a totale carico delle risorse vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale.

Le principali disposizioni della legge di stabilità 2016 che hanno ricaduta immediata sul SSR e cui Regione e Aziende sono chiamate ad ottemperare sono previste all'articolo 1, commi da 521 a 547 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che "disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio Sanitario Nazionale" e in particolare:

- il comma 522 in tema di trasparenza dei dati di bilancio degli enti del SSN e di monitoraggio delle attività assistenziali: entro 60 gg dalla data di approvazione, gli enti del SSN devono pubblicare integralmente sui loro siti internet il bilancio d'esercizio ed entro il 30 giugno di ciascun anno gli esiti di uno specifico sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità; il sistema di monitoraggio è già stato predisposto in maniera omogenea a livello regionale – denominato "**Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale**" *SIVER*, i cui riferimenti ed indicazioni sono stati trasmessi alle Direzioni aziendali con nota PG/2016/0353901 del 16/05/2016 della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare;
- il comma 524 e segg. relativi all'obbligo per le Regioni di individuare, entro il 30 giugno di ciascun anno, le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS che presentano pre-definiti scostamenti tra costi e ricavi o registrano il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, tali da rendere obbligatorio l'avvio di uno specifico Piano di rientro aziendale; il Decreto Ministeriale di fissazione della metodologia è in corso di pubblicazione; dal 2017 l'obbligo di adozione dei Piani di rientro verrà esteso anche ai Presidi ospedalieri di pertinenza delle aziende USL;
- i commi 538-540 in tema di rischio sanitario;
- il comma 541 che prevede in capo alle regioni l'obbligo di adottare il provvedimento generale di programmazione per la riduzione dei posti letto ospedalieri accreditati, in attuazione del DM 70/2015 e di predisporre un Piano per il fabbisogno di personale per garantire il rispetto delle disposizioni europee in tema di orario di lavoro del personale dipendente;

Ulteriori disposizioni da richiamare, sempre con riferimento all'articolo 1 della legge 208/2015 sono:

- i commi 548-550 in materia di acquisizione di beni e servizi, che disciplinano l'obbligo, in capo alle aziende sanitarie, di approvvigionarsi esclusivamente attraverso le centrali regionali di committenza o Consip per le categorie merceologiche individuate da apposito DPCM; l'allegato B alla delibera di Programmazione annuale fornisce le indicazioni specifiche alle Aziende sanitarie regionali;
- il comma 551 che prevede che le Regioni adottino provvedimenti per garantire che le aziende sanitarie non istituiscano unità organizzative di valutazione delle tecnologie ovvero sopprimano quelle esistenti, ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale;
- il comma 574 di disciplina dell'obbligo di mantenere, a decorrere dal 2014, un volume di spesa per acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ed ospedaliera da soggetti privati accreditati pari ad una riduzione del 2% rispetto a quella consuntivata nel 2011, ricomprendendo nel vincolo la spesa sostenuta a favore di cittadini residenti al di fuori del territorio regionale; sarà pertanto necessario integrare lo schema di accordo con la ospedalità privata con un budget specifico relativo alle prestazioni per l'attività extra-regionale.

In tema di gestione delle risorse umane si segnalano:

- il comma 224 in tema di limitazioni alle assunzioni di personale, con riferimento alla dirigenza SPTA delle Aziende sanitarie
- il comma 397 che prevede la ricollocazione, tramite trasferimento presso le Aziende e gli Enti del SSN, del personale appartenente alla Croce Rossa Italiana, inquadrato a tempo indeterminato nei ruoli di autista soccorritore e autista soccorritore senior, limitatamente a coloro che abbiano prestato servizio in attività convenzionate con gli enti medesimi per un periodo non inferiore a cinque anni.
- i commi 469 e 470 sui rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato che stabiliscono che per le amministrazioni diverse dall'amministrazione statale gli oneri per i rinnovi contrattuali per il triennio 2016-2018 sono posti a carico dei rispettivi bilanci; entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di stabilità sono fissati i criteri di determinazione dei predetti oneri

2. Le risorse a disposizione del SSR

Per il 2016 può essere previsto il livello di risorse di cui il Servizio Sanitario regionale dispone, pari a 8.019,876 milioni di euro, determinato nel modo seguente:

- 7.857,213 milioni di euro che costituiscono, per la nostra Regione, la quota di finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, come deriva dalla citata Intesa del 14/4/2016 (Rep. Atti n. 62/CSR);
- 76,663 milioni di euro che costituiscono la quota di competenza regionale derivante dal riparto tra le Regioni del finanziamento vincolato alla realizzazione degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, come deriva dalla citata Intesa del 14/4/2016 (Rep. Atti n. 64/CSR);
- 36 milioni di euro che costituiscono la quota di competenza regionale derivante dal riparto tra le Regioni del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di medicinali innovativi istituito dalla Legge n. 190/2014, quantificata, in questa sede, nella stessa misura del 2015;
- 25 milioni di euro che costituiscono il pay-back di competenza dell'anno 2016, sulla base dell'andamento degli anni precedenti e della previsione del costo 2016 della spesa farmaceutica regionale; in questa sede non viene previsto alcun ripiano dell'eventuale sfondamento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera dell'anno 2016, le cui modalità devono essere indicate dal tavolo sulla governance sulla farmaceutica, istituito tra Governo e Regioni (la quantificazione a livello nazionale – AIFA - , peraltro oggetto di contenzioso, è ferma all'anno 2014)
- 25 milioni di euro stanziati dalle Leggi regionali di approvazione del Bilancio 2016 per far fronte agli emolumenti a favore dei soggetti che hanno subito danni da trasfusione (ex legge 210/1992) e a ripiano ammortamenti delle aziende sanitarie periodo 2001-2011;

Di seguito il riepilogo, a confronto con l'anno 2015

	anno 2015	anno 2016	var.
FSR indistinto	7.765,841	7.857,213	91,372
FSR vincolato per Obiettivi di PSN	73,056	76,663	3,607
finanziamenti vincolati c. 561 L.190/2015	10,127	-	- 10,127
Fondo farmaci innovativi	36,054	36,000	-0,054
Totale risorse nazionali	7.885,078	7.969,876	84,798
risorse regionali	50,000	25,000	-25,000
pay-back farmaceutico	33,944	25,000	-8,944
Totale risorse disponibili	7.969,022	8.019,876	50,854

A fronte di un riparto delle risorse nazionali che segna + 95 milioni (comprensivi di 10 milioni fino allo scorso anno ripartiti a parte), l'aumento effettivo di risorse a disposizione del SSR risulta pari a 50 milioni, principalmente a causa di una riduzione del finanziamento a carico del bilancio regionale.

Inoltre, della somma complessiva di 8,019 miliardi, 60 milioni circa (quota parte regionale degli 800 milioni destinati a finanziare i nuovi LEA) debbono essere accantonati in attesa del DPCM di aggiornamento dei LEA e pertanto al momento non se ne tiene conto nel riparto del finanziamento alle aziende sanitarie

3. Il riparto a favore delle Aziende Sanitarie

Per il finanziamento 2016 la Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare ha avviato un percorso di semplificazione dei criteri di finanziamento a favore delle Aziende USL che tiene conto, da un lato dell'esigenza di una maggiore aderenza dei criteri regionali ai criteri adottati a livello nazionale per il riparto del fabbisogno tra le regioni e dall'altro della effettiva consistenza della popolazione residente nei diversi ambiti aziendali, oltre che delle sue caratteristiche.

Il percorso di semplificazione dei criteri di finanziamento deve completarsi nel 2017 con una revisione e qualificazione del finanziamento alle aziende ospedaliere e IRCCS, che tenga conto della necessità di qualificare e quantificare le principali funzioni svolte, da riconoscere con remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale, ai sensi dell'articolo 8-sexies del dlgs 502/1992 e s.m. e i., all'interno del limite massimo stabilito dal DM 18 ottobre 2012.

3.1 Il finanziamento a quota capitaria alle Aziende USL

I criteri di finanziamento 2016 sono stati definiti in un'ottica di semplificazione rispetto all'impianto utilizzato negli anni scorsi, e di coerenza con i criteri adottati a livello nazionale per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale.

Nella Regione Emilia Romagna il modello di finanziamento delle Aziende sanitarie si basa sul finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, sull'applicazione del sistema tariffario, sul finanziamento delle funzioni e su finanziamenti integrativi a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario.

Obiettivo del modello è l'equità distributiva; il suo metodo è la trasparenza dei criteri empirici utilizzati per determinare la quota capitaria ponderata di finanziamento per ciascuna Azienda USL.

Il riparto a quota capitaria ponderata è stato determinato sulla base di un volume complessivo di risorse pari a **7,002 miliardi di euro** (tab. A1): rispetto al 2015 è stato ridotto di circa il 50% il fondo di riequilibrio delle Aziende USL e ciò ha comportato un incremento pari a 70 mln di € delle risorse messe a disposizione per il riparto a quota capitaria, che passano da 6,932 miliardi nel 2015 a 7,002 miliardi nel 2016.

Per quanto riguarda la popolazione utilizzata per il riparto a quanto capitaria, dopo oltre 15 anni di costante incremento, nel 2014 si è registrata una diminuzione della popolazione residente di oltre 18.000 persone (-0,4%) con una leggera ripresa nel 2015 (+ 4.333 persone pari a +0,1%), che però posiziona

tutte le Aziende USL a valori inferiori al 2013, tranne Bologna che vede aumentare la popolazione di 1.323 persone rispetto al 2013. Si è pertanto deciso di utilizzare la popolazione residente all'1.1.2013 dando in questo modo stabilità ad uno degli elementi che maggiormente impatta nei criteri di allocazione delle risorse.

È stata prevista una quota di finanziamento aggiuntiva (pari a 2,078 milioni €) per l'unica AUSL con popolazione crescente dal 1.1.2013 al 1.1.2015 (ultimo dato disponibile), ossia AUSL Bologna (+1.323 residenti):

Tab. 1 - Popolazione residente nella Regione Emilia-Romagna (all'1.1.13 e 1.1.15)

AZIENDE USL	01/01/2013	01/01/2015	Differenze in v. a. 2015-2013	Differenze % 2015-2013
PIACENZA	290.966	288.620	-2.346	-0,8%
PARMA	447.251	445.451	-1.800	-0,4%
REGGIO EMILIA	535.869	534.086	-1.783	-0,3%
MODENA	706.417	703.114	-3.303	-0,5%
BOLOGNA	870.507	871.830	1.323	0,2%
IMOLA	133.408	133.302	-106	-0,1%
FERRARA	358.116	354.673	-3.443	-1,0%
ROMAGNA	1.128.570	1.126.039	-2.531	-0,2%
REGIONE E-R	4.471.104	4.457.115	-13.989	-0,3%

Ad esito del processo di concertazione con le aziende sanitarie, in cui si è verificato, per ciascuna azienda, la compatibilità di bilancio con il livello di finanziamento proposto è stato determinato in via definitiva il riparto delle risorse da assegnare alle Aziende USL, come illustrato in Tabella A2. Tali risorse sono comprensive dei fondi a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario che traggono origine sia dall'esigenza di sostenere le Aziende con difficoltà nel conseguimento dell'equilibrio, sia di garantire un passaggio graduale verso nuovi sistemi di finanziamento.

Anche per il 2016 le voci di finanziamento alle aziende USL sono comprensive di una quota, spettante anche alle Aziende Ospedaliere ed Ospedaliero-Universitarie, a copertura di costi fissi, per lo più riferiti al fattore personale, che vengono trattenute dal finanziamento per livelli delle Aziende USL in misura analoga al 2015 (Tabella A2) e vincolate alle Aziende Ospedaliere (Tabella A3). Il criterio utilizzato è l'indice di dipendenza delle strutture ospedaliere dalla popolazione residente nei diversi ambiti territoriali.

In tabella A2 sono altresì evidenziati i finanziamenti riconosciuti alle Aziende USL a copertura degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2016, relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009 (dal 2009 i bilanci aziendali devono farsi carico anche della politica degli investimenti e quindi della copertura degli ammortamenti)

Di seguito sono illustrati i criteri utilizzati per la definizione delle risorse per ciascun livello essenziale di assistenza, di cui alla Tabella A1.

1° Livello: Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (rappresenta il 4,5% dei livelli di assistenza)

Nel 2015, il lavoro di revisione dei criteri di finanziamento ha evidenziato che c'è distanza tra il livello di finanziamento (5% delle risorse) ed il livello dei costi; si sono pertanto applicati i criteri specifici del livello prevenzione al 70% delle risorse assegnate, mentre il restante 30% è stato assegnato sulla base della popolazione residente. Complessivamente, tenendo conto della quota destinata ad Arpae, il 1° livello di assistenza assorbe il 5,20% delle risorse assegnate.

Le quote di assorbimento per ciascuna delle funzioni riportate di seguito sul totale del livello prevenzione, sono state definite sulla base dei costi del personale e di seguito si esplicitano i criteri.

§ *Igiene pubblica*: assorbe il 44% delle risorse del primo livello.

L'assegnazione tra le diverse aziende ha tenuto conto della popolazione residente all'1/1/2013, integrata con una stima dei flussi turistici e della presenza di studenti universitari fuori-sede.

- § *Sicurezza e igiene del lavoro*: assorbe il 18% delle risorse del primo livello. I criteri hanno tenuto conto del numero delle unità locali da controllare e del relativo numero di addetti.
- § *Verifiche di sicurezza*: assorbe il 6,5% delle risorse del livello, distribuite in base al numero degli impianti da verificare.
- § *Veterinaria*: assorbe il 31,5% delle risorse del 1° livello. All'interno di questa funzione è stata distinta la Sanità Pubblica (pari al 45% della veterinaria), assegnata in base al numero di Unità Bovine Equivalenti (UBE), e l'igiene degli alimenti (55%) distribuita in base alla popolazione residente all'1/1/2013 ed integrata con le stesse modalità descritte per la funzione di igiene pubblica.

2° Livello: Assistenza Distrettuale (rappresenta il 50,5% dei livelli di assistenza)
--

Il livello è ulteriormente suddiviso per specifiche funzioni, per ciascuna delle quali sono stati elaborati criteri puntuali, che tengono conto degli indirizzi della programmazione regionale.

- § *Assistenza farmaceutica* (14% del totale complessivo). La ponderazione della popolazione è avvenuta sulla base dei consumi farmaceutici osservati (dati 1° semestre 2015) per genere e per fascia di età; le fasce di età sono state omogeneizzate a quelle utilizzate per il sub-livello specialistica ambulatoriale; la classe degli over 75 è stata ulteriormente disaggregata per apprezzare i consumi della fascia 74-84 ed over 85, dato l'aumento di consistenza dei consumi di questa fascia di età .
- § *Medici di medicina generale* (7% del totale complessivo). Finanzia i costi delle convenzioni con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, nonché quelli relativi alla continuità assistenziale. Per l'assegnazione si è tenuto conto dei costi sostenuti relativamente alle sole voci fisse e variabili previste dall'accordo collettivo nazionale.
- § *Assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale* (14,7% del totale complessivo). Anche per questo livello di assistenza, come per la farmaceutica, dato l'aumento di consistenza e di consumi degli anziani, i pesi sono stati calcolati con la classe degli over 75 disaggregata (74-84 ed over 85). I consumi si riferiscono all'anno 2014 – flusso regionale ASA.
- § *Salute mentale* (3,6% del totale complessivo). Per il livello salute mentale si è mantenuto il livello di finanziamento degli scorsi anni (3,6%) ma distribuito sulla base della popolazione residente e non limitatamente alla popolazione target (0-18 e 18-64) anche in considerazione dell'andamento delle patologie psichiatriche tra gli anziani. Queste risorse non esauriscono il finanziamento dell'assistenza psichiatrica in quanto non comprendono quella di tipo ospedaliero ed i progetti speciali : complessivamente le risorse destinate a questo livello superano il 5%.
- § *Dipendenze patologiche* (1,2% del totale complessivo). Si è utilizzata la popolazione residente corretta con la prevalenza di fumo, alcool, tossicodipendenza e ludopatia, superando anche in questo caso il concetto di popolazione target, vista l'evoluzione delle diverse forme di dipendenze; la popolazione è stata corretta con la prevalenza della tossicodipendenza e della alcol dipendenza. Per la prevalenza sono stati utilizzati i dati del sistema informativo SIDER , anno 2014.

Nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, il riparto del finanziamento indistinto dei Livelli Essenziali di Assistenza per l'anno 2016, approvato con l'Intesa Stato-Regioni per il 2016 (Rep. Atti n. 62/CSR), individua, in ossequio al comma 133 della Legge 190/2014 (legge di stabilità 2015) 50 milioni di euro da destinare alla prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo e comprende, per la Regione Emilia-Romagna una quota pari ad euro 3.712.211,00; al fine di dare evidenza alla prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo, nell'ambito dell'assegnazione sopra citata di 7.004,078 milioni di euro, si ritiene di esplicitare per ogni Azienda Usl la quota parte di finanziamento, calcolata sulla base della popolazione residente di età maggiore/uguale ai 18 anni, dando atto che non si tratta di una assegnazione aggiuntiva, ma di una esplicitazione del sub-livello "Dipendenze patologiche".

Tab. II- Risorse destinate alle dipendenze del gioco d'azzardo già comprese nel riparto a quota capitaria

Aziende	ANNO 2016
Azienda UsI Piacenza	243.620
Azienda UsI Parma	372.330
Azienda UsI Reggio Emilia	434.119
Azienda UsI Modena	579.191
Azienda UsI Bologna	729.320
Azienda UsI Imola	109.967
Azienda UsI Ferrara	306.841
Azienda UsI Romagna	936.824
TOTALE EURO	3.712.211

- § *Assistenza domiciliare e hospice* (3,2% del totale complessivo). Il criterio di riparto alle aziende delle risorse per questa funzione prevede che il 25% venga assegnato sulla base della distribuzione della popolazione residente di età 45–74 anni, ed il restante 75% in base alla distribuzione degli ultra 75-enni.
- § *Assistenza sanitaria residenziale e semiresidenziale* (3,3% del totale complessivo). La quota è ripartita sulla base della distribuzione della popolazione ultra 75 enne. Questo livello comprende anche l'assistenza protesica nelle strutture residenziali e semiresidenziali.
- § *Altre funzioni assistenziali* (2,17% del totale complessivo) Dato il carattere "residuale" di questo livello le risorse vengono assegnate sulla base della popolazione residente.
- § *Contributo al FRNA – disabili* (1,33 del totale complessivo). Si tratta di una quota di FSN che alimenta il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

3° Livello: Assistenza ospedaliera (rappresenta il 45% dei livelli di assistenza)

Per il riparto delle risorse tra le aziende si è utilizzata la popolazione residente, ponderata sulla base dei dati di consumo osservati per età e genere, in regime ordinario e day hospital - dati SDO 2014 - con la disaggregazione, come già fatto negli anni precedenti, della fascia di età over 75 in 74-84 ed over 85); all'utilizzo dei servizi è stata applicata, per la sola degenza ordinaria, una correzione con un indicatore proxy del bisogno, rappresentato dalla radice cubica del tasso standardizzato di mortalità (SMR) relativo alla popolazione di età inferiore ai 75 anni e riferito all'ultimo triennio osservato (2011-2013).

Se si tiene conto delle ulteriori risorse con le quali il FSR contribuisce ad alimentare il FRNA per l'area anziani, il livello dell'assistenza ospedaliera scende al 44%, valore previsto quale indicatore di programmazione nazionale.

3.2 Il finanziamento alle Aziende Ospedaliere e agli IRCCS

Per il riparto delle risorse alle Aziende Ospedaliere e agli IRCCS si sono confermati i criteri adottati negli anni scorsi, pur nella consapevolezza di dover procedere nel corso del 2016 ad una revisione e qualificazione del finanziamento alle aziende ospedaliere e IRCCS, che tenga conto della necessità di qualificare e quantificare le principali funzioni svolte, da riconoscere con remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale, ai sensi dell'articolo 8-sexies del dlgs 502/1992 e s.m. e i., all'interno del limite massimo stabilito dal DM 18 ottobre 2012.

In analogia a quanto effettuato per le aziende USL, ad esito del processo di concertazione con le aziende sanitarie, in cui si è verificato, per ciascuna azienda, la compatibilità di bilancio con il livello di finanziamento proposto è stato determinato in via definitiva il riparto delle risorse da assegnare alle Aziende USL, come illustrato in Tabella A3. Tali risorse sono comprensive dei fondi a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario che traggono origine sia dall'esigenza di sostenere le Aziende con difficoltà nel conseguimento dell'equilibrio, sia di garantire un passaggio graduale verso nuovi sistemi di finanziamento.

Una quota del finanziamento vincolato alle Aziende Ospedaliere e all'IRCCS Rizzoli e a carico del FSR è stata qualificata come attività di eccellenza nella stessa misura del 2015.

In analogia agli anni precedenti, inoltre, il finanziamento del sistema integrato SSR-Università assicura un sostegno finanziario in presenza di tariffe non sufficientemente commisurate al costo di produzione, laddove i progetti di ricerca e la didattica rappresentano una funzione fondamentale al pari di quella assistenziale e di formazione continua.

In tabella A3 sono altresì evidenziati i finanziamenti riconosciuti alle Aziende per gli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2016 relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009.

3.3 Temi rilevanti nel 2016

Viene costituito anche per l'anno 2016 un **fondo per fronteggiare l'acquisto dei farmaci innovativi** (epatite c e innovativi oncologici), che viene ripartito fra le aziende sulla base dei trattamenti attesi, come di seguito evidenziato (criteri di riparto sono evidenziati nella sezione 2.7 dell'Allegato B)

Tab. III - Ripartizione Fondo 2016 Per Farmaci Innovativi (Lista 2015 + Hcv)

	<i>Ripartizione fondo per farmaci innovativi - escluso HCV</i>	<i>Ripartizione fondo per FARMACI HCV</i>	<i>Totale ripartizione fondo 2016</i>
AUSL PC	€ 530.000	€ 3.567.000	€ 4.097.000
AUSL PR	€ 630.000	€ 4.352.000	€ 4.982.000
AOSP PR	€ 1.700.000	€ 50.000	€ 1.750.000
AUSL RE	€ 1.545.000	€ 7.189.000	€ 8.734.000
AOSP RE	€ 1.035.000		€ 1.035.000
AUSL MO	€ 2.105.000	€ 9.362.000	€ 11.467.000
AOSP MO	€ 1.695.000		€ 1.695.000
AUSL BO	€ 1.405.000	€ 2.062.000	€ 3.467.000
AOSP BO	€ 3.740.000	€ 14.768.000	€ 18.508.000
IOR			€ -
Ausl Imola	€ 268.000	€ 724.000	€ 992.000
AUSL FE	€ 230.000		€ 230.000
AOSP FE	€ 1.385.000	€ 2.731.000	€ 4.116.000
AUSL ROMAGNA	€ 3.482.000	€ 9.195.000	€ 12.677.000
IRST	€ 2.250.000		€ 2.250.000
RER	€ 22.000.000	€ 54.000.000	€ 76.000.000

Con riferimento alla **gestione dei sinistri**, dal 2016 aumenta considerevolmente il numero di aziende che ha aderito al Programma sperimentale di gestione diretta dei sinistri; restano nella formula della copertura assicurativa solo le due Aziende di Ferrara (USL e Ospedaliera) e l'IRCCS Rizzoli.

Il Programma prevede che per i sinistri entro la soglia di 250 mila euro le Aziende provvedono direttamente con risorse del proprio bilancio a corrispondere i risarcimenti, mentre per i sinistri oltre la soglia di 250 mila euro le Aziende sanitarie provvedono alla liquidazione dei risarcimenti mediante l'utilizzo di un fondo regionale istituito ad hoc. Fino al 2015 il fondo regionale veniva annualmente istituito tramite una trattenuta a carico delle singole aziende partecipanti alla sperimentazione; dal 2016 il fondo viene costituito direttamente a valere sulle risorse del FSR ed è pari a 50 milioni di euro.

In considerazione del fatto che la franchigia a carico di dette aziende risulta uguale alla 1° fascia di valore dei sinistri che sono a carico delle Aziende che partecipano al programma sperimentale e che per la 2° fascia i risarcimenti sono assicurati dalla costituzione di un Fondo regionale ad hoc per il Programma, si ritiene che alle aziende ancora in copertura assicurativa vada riconosciuto un finanziamento a copertura del costo della polizza assicurativa.

Tab. IV - Riparto da fondo risarcimento danni per responsabilità civile per aziende a gestione assicurativa

Aziende sanitarie	Costo polizza 2016
Az. Usl Bologna	2.373.140,00
Az. Usl Ferrara	2.122.513,00
Az.Osp.Univ. Ferrara	2.350.000,00
Istituto Ortopedico Rizzoli	2.053.337,00
Totale	8.898.990,00

Con riferimento ai Fattori della Coagulazione della sangue, l'accantonamento per rimborso alle Aziende per fattori della coagulazione è stato integrato di 4 milioni di euro rispetto al consuntivo 2015 per includere nel finanziamento anche le Aziende Usl di Parma e di Reggio Emilia (per le quali si stima un valore pari a 2 milioni di euro ciascuna) al fine di garantire equità di accesso al fondo. Il riparto avverrà a consuntivo sulla base del costo effettivo sostenuto per il trattamento dei pazienti.

Dal 2016 si ritiene di poter iniziare, sin dalla fase di programmazione, a riconoscere in capo alle Aziende le funzioni dalle stesse esercitate in relazione ai processi di integrazione sovra-aziendale di funzioni tecniche, amministrative e professionali. Per quanto riguarda l'Area metropolitana di Bologna, viene riconosciuto un finanziamento aggiuntivo all'Azienda USL di Bologna (capofila) in relazione alla funzione "Sviluppo dei processi di integrazione dei Servizi delle Aziende metropolitane e di Area Vasta", con contestuale trattenuta di pari importo alle Aziende Ospedaliero Universitaria di Bologna e Istituto Ortopedico Rizzoli, per le funzioni che gli stessi hanno delegato all'Azienda territoriale, **a valere sui finanziamenti per la qualificazione dell'attività di eccellenza**. Le cifre sono state comunicate dalle Aziende medesime. Detti importi devono essere contabilizzati rispettivamente per l'azienda Usl (+1.409.810 euro) quale finanziamento a funzione, aggiuntivo rispetto alla quota capitaria (Tabella A"), per l'azienda ospedaliero universitaria di Bologna (-1.182.418) e per l'Istituto Ortopedico Rizzoli (-227.392) in diminuzione finanziamenti per la qualificazione dell'attività di eccellenza (Tabella A3).

4. Le indicazioni per la predisposizione dei bilanci economici preventivi 2016

I Bilanci preventivi economici dovranno essere predisposti in base alle disposizioni dell'art. 25 del D.lgs n. 118/2011 e in coerenza con i contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo definite, nonché degli obiettivi economici assegnati.

I finanziamenti assegnati alle Aziende sanitarie sono riportati nelle tabelle A2 e A3 parte integranti dell'Allegato A del presente provvedimento, ed in particolare:

§ nella tabella A2 per le Aziende USL;

§ nella tabella A3 per le Aziende Ospedaliere, le Ospedaliero-Universitarie e IRCCS.

Le tabelle tengono conto di quanto comunicato ad ogni singola Azienda attraverso specifica nota della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare riguardante gli esiti della concertazione 2016.

I Bilanci Preventivi Economici 2016 dovranno assicurare una situazione di pareggio civilistico, comprensivo anche degli ammortamenti non sterilizzati, di competenza dell'esercizio 2016, riferiti a tutti i beni ad utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva. A tal fine viene assegnato il finanziamento relativo agli ammortamenti non sterilizzati delle immobilizzazioni entrate in produzione fino al 31/12/2009, pari a complessivi 47,064 milioni, sulla base dei dati comunicati dalle Aziende sanitarie in sede di Concertazione Regione-Aziende 2016.

In relazione al finanziamento dei Farmaci Innovativi (Epatite C e oncologici innovativi), il limite aziendale all'utilizzo del fondo regionale a copertura dei costi di tali farmaci pari a 76 milioni è quello anticipato ad ogni singola azienda attraverso specifica nota della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare riguardante gli esiti della concertazione 2016 (Vedi Tab. III sez. 3.3 "*Ripartizione Fondo 2016 Per Farmaci Innovativi*"). Eventuali ulteriori costi sostenuti saranno a carico del bilancio aziendale.

Relativamente al tema degli investimenti, in fase di programmazione non è possibile prevedere alcun finanziamento dedicato da parte della Regione; le Aziende, pertanto, potranno utilizzare quota parte delle risorse correnti assegnate attraverso la rettifica di contributi in conto esercizio, solo nel caso in cui tali rettifiche non compromettano il pareggio di bilancio.

Per quanto riguarda la valorizzazione delle prestazioni in mobilità infra-regionale le Aziende dovranno prevedere:

- § per la mobilità extra-provinciale relativa all'attività di degenza e di specialistica ambulatoriale i valori risultanti dalle matrici di mobilità 2014, salvo accordi consensuali fra le Aziende;
- § per la mobilità prodotta dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie/IOR la valorizzazione economica dovrà fare riferimento alla DGR n. 525/2013.

Per quanto riguarda la valorizzazione delle prestazioni in mobilità extra-regionale le Aziende dovranno prevedere:

- § relativamente all'attività prodotta da strutture pubbliche, i valori riportati nel bilancio d'esercizio 2015;
- § relativamente all'acquisto di prestazioni da strutture private accreditate, l'applicazione di quanto previsto dalla L. 135/2012 e dall'art. 1, comma 574 della L. 208/2015 (Legge di stabilità 2016).

Con riferimento alle prestazioni acquistate da strutture private accreditate per cittadini residenti, le Aziende Usl, nelle more della definizione del nuovo accordo AIOP, dovranno prevedere importi entro il limite massimo di quanto contabilizzato nei bilanci d'esercizio 2011 decurtati del 2%.

In relazione agli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente (triennio 2016 – 2018) e agli oneri derivanti dalla corresponsione dei miglioramenti economici di cui all'art. 1, comma 469 L. 208/2015 (Legge di stabilità 2016), la Regione provvederà ad effettuare specifico accantonamento sul bilancio della GSA. Le Aziende, pertanto, non dovranno procedere, in questa sede, ad effettuare alcun accantonamento.

L'accantonamento al Fondo risarcimento danni da responsabilità civile, effettuato a livello regionale sul bilancio della GSA, dovrà far fronte alla copertura dei costi derivanti da risarcimenti assicurativi di seconda fascia (sinistri oltre la soglia di 250.000 euro) per le Aziende partecipanti al "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie".

Alle Aziende non partecipanti nel 2016 al Programma sopra citato (Azienda Usl di Ferrara, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, e per l'Azienda Usl di Bologna periodo da gennaio ad aprile 2016) viene assegnato un finanziamento a copertura del costo della polizza assicurativa (Vedi Tab. IV - *Riparto da fondo risarcimento danni per responsabilità civile per aziende a gestione*)

Le Aziende dovranno porre particolare attenzione alla corretta contabilizzazione degli scambi di prestazioni e di servizi infra aziendali indispensabile per assicurare la necessaria equivalenza delle rilevazioni contabili in sede di redazione del Bilancio preventivo economico consolidato regionale.

Le indicazioni contabili, le tempistiche di redazione dei bilanci preventivi economici e le modalità di invio verranno definite con apposita lettera della Direzione Generale.

Tabella A1 – Finanziamento 2016: assegnazione risorse per Livello di Assistenza

Aziende USL	Prevenzione collettiva	Assistenza distrettuale									Assistenza Ospedaliera	TOTALE
		Farmaceutica territoriale	MMG	Specialistica	Salute Mentale	Dipendenze patologiche	ADI e HOSPICE	Residenziale e semires.	Altro	Contributo Al FRNA disabili		
Piacenza	€ 21.336.685	€ 66.001.114	€ 31.358.653	€ 68.233.154	€ 16.404.088	€ 5.774.592	€ 15.417.023	€ 16.099.912	€ 9.870.748	€ 6.015.753	€ 213.537.188	€ 470.048.909
Parma	€ 34.973.603	€ 97.148.565	€ 49.407.806	€ 102.188.927	€ 25.215.127	€ 8.774.313	€ 22.171.164	€ 22.900.075	€ 15.172.570	€ 9.410.537	€ 315.630.424	€ 702.993.109
Reggio Emilia	€ 40.837.683	€ 108.546.332	€ 57.805.537	€ 117.174.933	€ 30.211.234	€ 9.009.282	€ 23.938.171	€ 24.247.548	€ 18.178.852	€ 11.348.709	€ 354.193.226	€ 795.491.509
Modena	€ 49.639.393	€ 148.557.667	€ 80.150.281	€ 158.396.961	€ 39.826.393	€ 12.355.100	€ 33.154.876	€ 33.684.661	€ 23.964.533	€ 14.899.678	€ 479.501.660	€ 1.074.131.201
Bologna	€ 57.166.188	€ 197.012.294	€ 95.039.059	€ 204.426.785	€ 49.077.463	€ 16.744.485	€ 45.788.007	€ 47.747.663	€ 29.531.132	€ 18.002.569	€ 630.093.855	€ 1.390.629.499
Imola	€ 8.453.902	€ 29.371.282	€ 15.084.842	€ 30.789.190	€ 7.521.279	€ 2.614.271	€ 6.761.073	€ 6.982.443	€ 4.525.741	€ 2.765.785	€ 94.420.551	€ 209.290.359
Ferrara	€ 23.589.614	€ 86.334.787	€ 38.776.756	€ 88.044.746	€ 20.189.872	€ 6.312.003	€ 20.352.852	€ 21.224.672	€ 12.148.749	€ 7.347.665	€ 276.888.834	€ 601.210.549
Romagna	€ 79.092.932	€ 247.307.960	€ 122.517.066	€ 260.039.303	€ 63.626.544	€ 22.439.955	€ 56.480.834	€ 58.179.028	€ 38.285.676	€ 23.601.305	€ 786.634.261	€ 1.758.204.865
TOTALE REGIONE	€ 315.090.000	€ 980.280.000	€ 490.140.000	€ 1.029.294.000	€ 252.072.000	€ 84.024.000	€ 224.064.000	€ 231.066.000	€ 151.678.000	€ 93.392.000	€ 3.150.900.000	€ 7.002.000.000
Totale comprensivo di ARPA	€ 366.522.350											
Quote livelli di assistenza	4,50	14,00	7,00	14,70	3,60	1,20	3,20	3,30	2,17	1,33	45,00	100,00
Totale comprensivo di ARPA	5,20											

Tabella A2- Aziende USL

Aziende USL	Finanziamento 2016 ripartito a quota capitaria	quota di accesso al finanziamento 2016	Agg. Quota per integrazione pop (solo ad AUSL con pop crescente da 1.1.13 a 1.1.15)	Finanziamento 2016 ripartito a quota capitaria (con agg. Pop)	Integrazione alla quota capitaria 2016 a garanzia equilibrio economico-finanziario	Totale FINANZ. 2016 (inclusa integraz. Quota cap)	Indice dipendenza delle strutture dalla popolazione (invariato rispetto agli anni precedenti)	Finanziamento vincolato alle Aosp e Aosp-Univ.	Finanziamento 2016 Aziende USL al netto del finanziamento vincolato alle Aosp e Aosp-Univ. 2016	Finanziamento 2016 Ammortamenti non sterilizzati ante 31.12.2009
	A	B	C	D=A+C	E	F=D+E	G	H	I=F-H	L
Piacenza	€ 470.048.909	6,71%		€ 470.048.909	€ 10.461.976	€ 480.510.885	1,65	€ 1.115.174	€ 479.395.711	€ 1.570.000
Parma	€ 702.993.109	10,04%		€ 702.993.109		€ 702.993.109	19,46	€ 13.172.995	€ 689.820.114	€ 1.579.000
Reggio Emilia	€ 795.491.509	11,36%		€ 795.491.509		€ 795.491.509	19,10	€ 12.929.687	€ 782.561.822	€ 1.559.000
Modena	€ 1.074.131.201	15,34%		€ 1.074.131.201	€ 8.965.632	€ 1.083.096.833	14,49	€ 9.811.492	€ 1.073.285.341	€ 2.075.877
Bologna	€ 1.390.629.499	19,86%	€ 2.078.395	€ 1.392.707.894	€ 30.021.761	€ 1.422.729.655	25,56	€ 17.300.818	€ 1.405.428.837	€ 10.399.000
Imola	€ 209.290.359	2,99%		€ 209.290.359	€ 4.152.010	€ 213.442.369	1,31	€ 887.504	€ 212.554.865	€ 1.020.369
Ferrara	€ 601.210.549	8,59%		€ 601.210.549	€ 18.878.225	€ 620.088.775	13,31	€ 9.011.325	€ 611.077.450	€ 2.462.000
Romagna	€ 1.758.204.865	25,11%		€ 1.758.204.865	€ 6.500.000	€ 1.764.704.865	5,11	€ 3.461.371	€ 1.761.243.494	€ 11.430.000
Totale Aziende USL	€ 7.002.000.000	100,00%	€ 2.078.395	€ 7.004.078.395	€ 78.979.605	€ 7.083.058.000	100,00	€ 67.690.366	€ 7.015.367.634	€ 32.095.246

Tabella A3- Aziende Ospedaliere /Ospedaliero-Universitarie/IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli e IRCCS IRST Meldola

Aziende	Finanziamento a carico Aziende USL della Regione	Integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica	Qualificazione dell'attività di eccellenza	Integraz.a sostegno piani di riorganizzazione e a garanzia equilibrio economico finanziario	Totale Finanziamento 2016	Finanziamento 2016 Ammortamenti non sterilizzati ante 31.12.2009
	A	B	C	D	E=A+B+C+D	F
Aosp-Univ. Parma	€ 15.978.550	€ 8.967.772	€ 9.525.438	€ 10.931.600	€ 45.403.360	€ 3.499.911
Aosp Reggio Emilia	€ 12.939.272		€ 4.951.773	€ 6.570.000	€ 24.461.045	€ 2.952.000
Aosp-Univ. Modena	€ 9.832.123	€ 11.427.551	€ 4.511.903	€ 9.279.000	€ 35.050.577	€ 3.989.100
Aosp-Univ. Bologna	€ 19.772.356	€ 16.261.412	€ 16.565.661	€ 10.940.000	€ 63.539.429	€ 4.100.349
Aosp-Univ. Ferrara	€ 9.168.065	€ 7.730.471	€ 5.707.224	€ 48.000.000	€ 70.605.760	€ 140.575
Totale Aziende Ospedaliere	€ 67.690.366	€ 44.387.206	€ 41.261.999	€ 85.720.600	€ 239.060.171	€ 14.681.935
	Integrazione alla Produzione per Aziende USL					
IRCCS Ist. Ort. Rizzoli	€ 3.260.019	€ 2.862.794	€ 9.045.659	€ 2.653.000	€ 17.821.472	€ 287.098
IRCCS IRST Meldola	€ 1.533.597					
Totale IRCCS	€ 4.793.616					
Totale		€ 47.250.000	€ 50.307.658	€ 88.373.600	€ 258.415.240	€ 14.969.033

ALLEGATO B

GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE 2016

<i>Premessa</i>	<i>pag. 3</i>
<i>1 – Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</i>	<i>pag. 4</i>
1.1. Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018	pag. 4
1.2 Sanità Pubblica	pag. 4
1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi	pag. 5
1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni	pag. 5
1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	pag. 6
1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	pag. 6
<i>2 – Assistenza territoriale</i>	<i>pag. 7</i>
2.1 Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	pag. 7
2.2 Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza	pag. 8
2.2.1 Ospedali di Comunità	pag. 9
2.3 Cure Primarie	pag. 9
2.3.1 Cure palliative	pag. 9
2.3.2 Continuità assistenziale – dimissioni protette	pag. 10
2.3.3 Percorso nascita	pag. 10
2.3.4 Salute riproduttiva	pag. 11
2.3.5 Promozione della salute in adolescenza	pag. 11
2.3.6 Percorso IVG	pag. 11
2.3.7 Procreazione Medicalmente Assistita	pag. 12
2.3.8 Contrasto alla violenza	pag. 12
2.3.9 Assistenza pediatrica	pag. 12
2.3.10 Formazione specifica in medicina generale	pag. 13
2.3.11 Valutazione e qualità delle cure primarie	pag. 13
2.4 Salute Mentale, Dipendenze Patologiche	pag. 14
2.4.1 Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018	pag. 14
2.4.2 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale	pag. 15
2.4.3 Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia	pag. 15

2.5 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	pag. 16
2.6 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	pag. 17
2.7 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici	pag. 18
2.7.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2016	pag. 18
2.7.2 Assistenza farmaceutica convenzionata	pag. 18
2.7.3 Acquisto ospedaliero di farmaci	pag. 19
2.7.4 Adozione di strumenti di governo clinico	pag. 20
2.7.5 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici	pag. 21
2.7.6. Attuazione della LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"	pag. 22
<i>3 – Assistenza ospedaliera</i>	<i>pag. 24</i>
3.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	pag. 24
3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	pag. 24
3.3 Attività trasfusionale	pag. 27
3.4 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	pag. 28
3.5 Sicurezza delle cure	pag. 29
3.6 118 e Centrali Operative	pag. 30
<i>4 – Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa</i>	<i>pag. 32</i>
4.1 Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA	pag. 32
4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	pag. 32
4.1.2 Il miglioramento del sistema informativo contabile	pag. 33
4.1.3 Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie	pag.33
4.1.4 Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	pag. 34
4.2 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	pag. 34
4.3 Il governo delle risorse umane	pag. 36
4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri	pag. 39
4.5 Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti	pag. 40
4.6 Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	pag. 43
<i>5 – Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</i>	<i>pag. 45</i>

Premessa

Il Programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale, approvato il 26 gennaio 2015, contiene le fondamentali linee di indirizzo anche per il Servizio sanitario regionale, a partire dalle quali sono stati formulati dalla Giunta regionale gli obiettivi di mandato alle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie.

Il Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2016 ulteriormente specifica gli obiettivi che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con il Programma di mandato; il DEFR declina le principali politiche di sviluppo dell'area dell'Assistenza territoriale, i principali strumenti e modalità di attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, gli obiettivi in tema di assistenza ospedaliera connessi all'attuazione del Regolamento di riordino ospedaliero. Gli altri temi rafforzati mediante individuazione di obiettivi specifici sono il consolidamento dei servizi e delle prestazioni del Fondo regionale per la non autosufficienza, la valorizzazione del capitale umano e professionale, la gestione del patrimonio e delle attrezzature, la realizzazione di piattaforme logistiche ed informatiche più forti, l'individuazione di ambiti territoriali ottimali per il governo e la gestione dei servizi sanitari, una nuova struttura di governance e nuovi modelli organizzativi delle Aziende sanitarie, il completamento del percorso regionale della certificabilità ed una maggiore efficienza finanziaria del SSR.

Gli obiettivi di mandato costituiscono per le Direzioni aziendali indicazioni di carattere strategico, vevolevoli per l'intero arco temporale dell'incarico, di cui occorre fissarne, tramite la programmazione regionale annuale, i contenuti di dettaglio e le modalità di concreta attuazione. Gli obiettivi annuali di programmazione sono pertanto strettamente correlati agli obiettivi di mandato, di cui ne costituiscono una specificazione e maggior puntualizzazione.

Nel 2016, visto lo sviluppo del *Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale (SIVER)* e la particolare importanza assegnata al *Ciclo di gestione della performance* (come evidenziato dalla recente delibera n.3 dell'OIV-RER "Aggiornamento delle linee guida sul sistema di misurazione e valutazione della performance"), si è ritenuto opportuno enucleare gli obiettivi della programmazione annuale sulla base delle quattro principali dimensioni di analisi presenti in SIVER (vale a dire, i tre livelli essenziali di assistenza e l'area economico-finanziaria e dell'efficienza operativa) consentendo in tal modo di mettere in relazione in maniera più stringente, attraverso l'individuazione di specifici indicatori per ogni obiettivo indicato, il sistema di programmazione al successivo sistema di misurazione e valutazione della performance.

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

1.1. Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018 rappresenta il quadro di riferimento per i prossimi anni dei programmi e delle azioni da attuare per raggiungere gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale. In questa cornice strategica, le Aziende Sanitarie a partire dal 2016 sono chiamate a iniziare a dare attuazione ai Piani di Attuazione Locale (PLA) recentemente approvati, declinando a livello aziendale obiettivi e azioni, in una logica di profonda integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali.

Le Aziende nel 2016 si impegnano a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali Setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità -programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), ispirando la propria programmazione ai principi condivisi di equità, integrazione e partecipazione e garantendo attività programmate e cronogramma.

In questo contesto organizzativo, oltre alla realizzazione delle azioni previste nei PLA, le Aziende si impegnano a garantire il presidio e il monitoraggio di tutto il percorso dei Piani, con un coordinamento delle diverse strutture organizzative locali e regionali, consolidando e sviluppando sistemi informativi, registri e sorveglianze indicate nel PRP.

Ø *Indicatore e target:*

Il PRP individua per ogni progetto una serie di indicatori rilevanti ("indicatori sentinella"), condivisi con il livello nazionale, per monitorare le azioni che rappresentano il "core" del piano.

Nel 2016 le Aziende si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella, secondo quanto indicato nei rispettivi PLA aziendali; per ogni singolo indicatore lo standard si considera raggiunto, se il valore osservato non si discosta di più del 5% rispetto al valore atteso.

1.2 Sanità Pubblica

I Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP), oltre ad assicurare il coordinamento dell'attuazione del PRP e l'apporto alla sua attuazione, per quanto di specifica competenza, e le attività istituzionalmente dovute in coerenza con le indicazioni regionali fornite nei vari ambiti, dovranno garantire:

§ il proseguimento e l'implementazione, in materia di vigilanza e controllo, del percorso di attuazione della DGR 200/2013 e degli altri atti regionali di indirizzo emanati in materia (Circolare Regionale n. 10/2014, recenti indicazioni per attività delle UOIA ecc.) mantenendo i livelli di copertura di vigilanza consolidati. Va assicurata inoltre un'omogenea e trasparente programmazione dell'attività di vigilanza secondo criteri di rischio, la socializzazione dei risultati, l'utilizzo degli strumenti definiti a livello regionale al fine di perseguire modalità omogenee di intervento sul territorio regionale, l'integrazione professionale e tra Servizi come indicato nella DGR 200/2013;

§ lo sviluppo, l'integrazione e la gestione, in ogni Azienda USL, dei sistemi informativi aziendali e regionali relativi alla rilevazione delle attività di prevenzione, vigilanza e controllo, realizzate negli ambienti di vita e di lavoro e in tutti gli ambiti di competenza del DSP, a supporto della pianificazione delle attività del sistema regionale della prevenzione e quale strumento per la valutazione della qualità dell'azione e dei risultati conseguiti;

§ la gestione efficace delle emergenze di specifica competenza e il contributo di sanità pubblica in tutte le emergenze che lo richiedano cooperando con altri Servizi sanitari o altri Enti.

Ø *Indicatore e target:*

- o % aziende con dipendenti ispezionate; obiettivo: $\geq 9\%$

- o evidenza sul sito dei documenti di programmazione e rendicontazione dell'attività di vigilanza e controllo e degli strumenti utilizzati

1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi

Il PRP riconosce l'importanza fondamentale, nel monitoraggio e nella valutazione dei risultati, dell'uso dei sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli e valorizzandoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment). A livello regionale sono presenti numerosi sistemi informativi e sono disponibili numerose banche dati complete e costantemente aggiornate. E' essenziale che questo patrimonio informativo sia mantenuto e ulteriormente sviluppato con una visione unitaria, anche a supporto dei programmi di sanità pubblica oltre che ai fini della descrizione e valutazione dell'assistenza.

In particolare le Aziende si impegnano a garantire, con l'adeguata qualità della compilazione e tempestività della trasmissione delle informazioni, *l'alimentazione dei sistemi informativi elencati nel PRP*. Tra le sorveglianze da consolidare si richiamano il *Sistema di Sorveglianza degli stili di vita (PASSI, OKkio alla salute)* e il *Registro regionale di mortalità*; tra le sorveglianze di cui migliorare la gestione e uniformare l'informatizzazione si citano gli *screening oncologici* e le *vaccinazioni* mentre sono da sviluppare e potenziare il *Registro regionale dei tumori* e il *Sistema PASSI d'Argento*.

Nell'ottica di perseguire una maggiore efficienza si pone l'obiettivo di riorganizzare su base regionale una rete di epidemiologia che consenta di ottimizzare le competenze epidemiologiche specializzate su ambiti definiti che nel tempo si sono sviluppate in alcune strutture e che possono fungere da riferimento regionale. I DSP sono tenuti a partecipare al lavoro di progettazione di questa riorganizzazione, contribuendo alla definizione delle attività epidemiologiche di base, da assicurare in tutte le AUSL, e di quelle specialistiche a valenza regionale con funzioni di supporto tecnico e coordinamento.

Ø Indicatore e target:

- o Completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2016) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003; obiettivo: $\geq 95\%$ al marzo 2017

1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni

Il PRP comprende già obiettivi e azioni relative a tali ambiti. Si sottolinea la necessità di assicurare un'efficace *azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive*, attuando i piani regionali specifici di controllo, con particolare riferimento alle malattie trasmesse da vettori, e garantendo tempestive, procedure operative e integrazione professionale adeguate.

Si evidenzia la necessità di rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale regionale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, nonché l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti con patologie croniche.

Inoltre dovrà essere completata l'attuazione dei *piani aziendali di razionalizzazione della rete ambulatoriale vaccinale*, secondo le indicazioni già fornite, dando altresì continuità ai percorsi finalizzati all'autonomia professionale delle assistenti sanitarie e infermieri professionali, adeguatamente formati come previsto dalla DGR 1600/2013.

Ø Indicatori e target:

- o n° ambulatori che erogano meno di 500 dosi vaccinali/anno ancora attivi; obiettivo: nessun ambulatorio o significativa riduzione del n° rispetto al 2015
- o copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza: obiettivo $>95\%$

- o copertura vaccinale per le vaccinazioni raccomandate nell'infanzia e adolescenza: obiettivo >95%
- o copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età >= 65 anni: obiettivo >= 75%

1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

Oltre a realizzare, registrare e rendicontare tutte le attività comprese nelle normative specifiche e nei piani nazionali e regionali in vigore, nonché attuare quanto previsto nel PRP come indicato in premessa, nel corso del 2016 occorrerà perseguire i seguenti obiettivi:

- § Attivazione, in via sperimentale, del *Piano Regionale Integrato delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale*, anche attraverso l'adeguamento del piano delle attività 2016 dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione e Veterinario.
- § Adeguamento ai criteri definiti al Capitolo 1, colonna ACL (Autorità Competente Locale) dell'Accordo Stato Regioni di recepimento delle "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle regioni e province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria" del 7.2.2013, recepito con DGR 1510/2013 per l'anno 2016.
- § Realizzazione delle azioni finalizzate al mantenimento della qualifica di *ufficialmente indenne del territorio* della Regione Emilia-Romagna per quanto riguarda tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina e leucosi bovina enzootica.
- § Attività di controllo sul benessere animale e farmacovigilanza in allevamento secondo gli standards definiti a livello regionale.

∅ Indicatori e target:

- o % allevamenti controllati per malattie infettive (indicatore LEA); obiettivo: >=98%
- o PRI - Piano Regionale Alimenti; obiettivo: >=95% del programmato
- o % allevamenti controllati per benessere animale sul totale allevamenti; obiettivo: >= 10 o 15% secondo le specie
- o % allevamenti controllati per farmacovigilanza sul totale degli allevamenti; obiettivo: >= 33%

1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno:

- § Assicurare, perseguendo modalità uniformi attraverso il *coordinamento dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendale e dei medici competenti*, l'attuazione ed il puntuale aggiornamento delle misure individuate per garantire i livelli di tutela della salute e della sicurezza in relazione alle trasformazioni aziendali e all'evoluzione normativa;
- § Aggiornare le *procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori*, individuare modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi;
- § Promuovere la *cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive*, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità di formazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo.
- § *Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino* attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni.

∅ Indicatore e target:

- o copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari; obiettivo: >=34%

2. Assistenza Territoriale

2.1 Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

La Regione Emilia-Romagna, nel perseguire gli obiettivi indicati nella X legislatura, ha raggiunto risultati significativi per il contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso. Le azioni principali messe in campo hanno riguardato una diversa organizzazione dell'accesso alle visite e agli esami diagnostici, un aumento dell'offerta, anche attraverso ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato, una maggiore appropriatezza nella gestione delle prime visite, più personale per affrontare le criticità, un'estensione degli orari di attività nelle giornate feriali e l'apertura di sabato e domenica degli ambulatori per le prestazioni più critiche (di cui alla DGR 1056/15)

La delibera "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" (DGR 377/2016) ha disciplinato le modalità operative per la corretta applicazione delle modalità dell'obbligo di disdetta. In collaborazione con l'Osservatorio regionale dei tempi di attesa e con il CCRQ, sono state definite specifiche indicazioni operative per rendere uniformi l'applicazione in tutto il territorio regionale (Circolare 4 - 20 aprile 2016).

Per l'anno 2016 assumeranno carattere prioritario:

§ Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro gli obiettivi ed individuazione di nuove prestazioni da monitorare in caso di criticità

Ø *Indicatore e target:*

- Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte MAPS); obiettivo: $\geq 90\%$

§ Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative

Ø *Indicatori e target:*

- numero di disdette; obiettivo: incremento rispetto al 2015
- numero di abbandoni; obiettivo: riduzione rispetto al 2015

§ Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa mediante attività di formazione/informazione rivolta a medici prescrittori (MMG/PLS e specialisti). Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni sottoposte a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza (decreto 9/12/15 ed eventuali nuovi LEA) e delle prestazioni di diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità (DGR 704/2013).

Ø *Indicatori:*

- Prescrizioni delle prestazioni soggette a condizioni di erogabilità nel 2016: riduzione $\geq 10\%$ rispetto al 2015
- Analisi delle prescrizioni (RM muscolo scheletriche e TC osteoarticolari e nuovi LEA se definitivi) distinte per tipologia di prescrittore e azioni per la riduzione dell'inappropriatezza per almeno il 50% delle prescrizioni effettuate
- Indice di consumo di TC e RM osteoarticolari nell'anno 2015 rispetto al 2012 (analisi dati ASA): riduzione $\geq 20\%$

§ Prescrizioni e Prenotazione dei controlli: spetta allo specialista, che ha in carico il paziente, prescrivere le prestazioni senza rinviare il paziente al medico di medicina generale. Anche le prenotazioni dei controlli devono essere effettuate da parte dello specialista o struttura (UO/Ambulatoriale) che ha in carico il cittadino.

- *Indicatore e target:*
 - numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (verifiche a livello regionale sulla banca dati del prescritto SOLE/DEMATERIALIZZATA); obiettivo: incremento rispetto al 2015;
- § Presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute attraverso il monitoraggio delle modalità organizzative e di accesso dei percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica.
 - *Indicatore e target:*
 - % prenotazioni per pazienti affetti da patologie croniche, effettuate direttamente all'interno delle Case della Salute rispetto al totale prenotazioni per le stesse patologie croniche; obiettivo: incremento rispetto al 2015;
- § Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità (DM 9 dicembre 2015)
 - *Indicatori e target:*
 - Evidenza della capacità del sistema informativo aziendale di rendicontare distintamente le prestazioni senza condizioni di erogabilità da quelle con condizioni di erogabilità (obiettivo = sì)

2.2 Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza

Le Aziende USL dovranno proseguire nello sviluppo delle Case della Salute ed in particolare garantire l'implementazione di interventi di medicina di iniziativa, anche in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.

Rispetto alla **prevenzione primaria**, e con riferimento al progetto regionale "Lettura integrata del rischio cardiovascolare":

- § le Ausl di Imola e della Romagna (ambiti di Cesena, Ravenna e Rimini) dovranno garantire, nelle Case della Salute in cui è già attivo il progetto, la fase di rivalutazione ad un anno delle persone target (m. 45 anni e f. 55 anni);
- § le Ausl di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara, Romagna (ambito di Forlì), dovranno assicurare il completamento della chiamata attiva da parte dell'Infermiere delle persone target nell'ambito delle Case della Salute già individuate.
 - *Indicatori e target:*
 - Rispetto degli indicatori concordati per il 2016 nel Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.

Rispetto alla **gestione integrata delle patologie croniche**, tutte le Ausl dovranno garantire all'interno delle Case della Salute:

- § l'attivazione degli ambulatori infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche, in particolare diabete mellito tipo 2, BPCO e scompenso cardiaco, rafforzando l'integrazione tra ospedale e territorio
- § l'impiego degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente (Questionario PACIC) che dell'equipe (Questionario ACIC).
 - *Indicatori e target:*
 - evidenza dell'attivazione degli ambulatori infermieristici di gestione integrata della cronicità e dei percorsi attivati attraverso sistema informativo delle Cure Primarie – (obiettivo: attivazione di almeno un percorso in tutte le Case della Salute medie e grandi dell'Azienda)
 - impiego degli strumenti PACIC e ACIC ; obiettivo: utilizzo in ≥ 2 Case della Salute.

Rispetto alla **presa in carico della fragilità**, e con riferimento al progetto regionale "Profili di rischio di Fragilità\Rischio di Ospedalizzazione":

- § le Ausl di Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna e Romagna (ambiti di Ravenna, Forlì e Rimini) dovranno proseguire il progetto già avviato, con rivalutazione ad un anno degli interventi realizzati;
- § le Ausl di Piacenza, Imola, Ferrara e Romagna (ambito di Cesena) dovranno avviare il progetto in almeno 1 Casa della Salute, con il supporto del Servizio Assistenza Territoriale.

Ø *Indicatori e target:*

- Garantire il rispetto degli indicatori concordati per il 2016 nel Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.

2.2.1 Ospedali di Comunità

Le Aziende US,L in accordo con le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali, dovranno proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, valorizzando i percorsi di riconversione. Tali strutture che rappresentano un valido strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure, devono rispettare i principi contenuti nel DM 2.4.2015 n. 70 e della DGR 2040\2015.

Ø *Indicatori e target:*

- Evidenza di una analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come ospedali di comunità. In particolare per le Aziende USL di Bologna, Piacenza e della Romagna, che presentano una numerosità sopra la media di stabilimenti con tali caratteristiche
- Degenza media in Ospedale di Comunità (media regionale 20.48) : target: 20 giorni
- Corretta alimentazione del Flusso Informativo SIRCO (N° di schede scartate sul totale delle schede inviate): assenza di scarti per target 100% completezza corretta alimentazione

2.3 Cure Primarie

2.3.1 Cure palliative

La DGR 560/2015 «Riorganizzazione della rete locale di cure palliative» individua le modalità di riorganizzazione della rete locale delle cure palliative, armonizzando e integrando i modelli già in atto nelle aziende del territorio regionale con le modalità organizzative individuate nell'Intesa Stato-Regioni del luglio 2012. Tra i principali obiettivi della Delibera vi è quello di omogeneizzare sul territorio il modello organizzativo della rete locale di cure palliative. L'organizzazione a rete ha una valenza funzionale in riferimento all'operare di diverse strutture ed equipe, che perseguono interessi comuni attraverso l'adozione di modalità operative per rispondere al bisogno del malato e della famiglia. La rete è garante dell'equità all'accesso alle cure palliative, dell'integrazione tra i nodi e le loro equipe, della presa in carico integrata in relazione alle necessità del malato, della sua famiglia e del percorso di continuità di cura.

Le aziende, nel corso del 2015, hanno avuto come obiettivo quello di avviare la riorganizzazione delle reti locali di cure palliative così come descritto dalla D.G.R. 560/2015 e di attivare percorsi formativi per i professionisti non dedicati alle cure palliative così da garantire un approccio palliativo.

Per proseguire il lavoro avviato nelle aziende, nel 2016 dovranno essere definite nella loro struttura organizzativa le reti (con i nodi e le équipe) e il loro coordinamento, i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure. Dovranno essere anche definiti percorsi formativi rivolti ai professionisti della rete.

Inoltre, al fine di poter dare una lettura sempre più precisa del funzionamento delle strutture e delle reti di cure palliative e per rispondere al meglio agli adempimenti LEA, dovrà essere posta particolare attenzione alla qualità dei dati che confluiscono nei flussi informativi ADI e Hospice e agli indicatori del DM n. 43/07 e dovranno essere messe in atto le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi individuati nello stesso DM, rappresentativi della capacità di presa in carico della rete di cure palliative e oggetto di verifica LEA.

Ø *Indicatori e target*

- Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa – Obiettivo: $\geq 80\%$
- Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale ai 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica – Obiettivo: $\leq 20\%$
- Numero deceduti per tumore assistiti dalla Rete Cure Palliative/numero deceduti per tumore (standard di riferimento $\geq 65\%$)

2.3.2 Continuità assistenziale – dimissioni protette

Allo scopo di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati è necessario migliorare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera. La continuità ospedale-territorio, in particolare la dimissione protetta, è ormai da diversi anni obiettivo delle politiche sanitarie di questa Regione e in collaborazione con i professionisti delle Aziende sanitarie sono stati individuati modelli organizzativi che hanno dimostrato la loro efficacia, non solo attraverso i dati di letteratura, ma anche attraverso le sperimentazioni avviate in alcune realtà del territorio regionale. Tali modelli organizzativi andranno implementati nelle aziende prevedendo in particolare: la definizione di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali, l'individuazione del responsabile (case manager) del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, l'individuazione tempestiva, all'ammissione in ospedale, dei pazienti che presentano caratteristiche tali da richiedere, alla dimissione, percorsi e risorse a livello territoriale e la conseguente attivazione del percorso di dimissione protetta. L'individuazione del case manager appare fondamentale in quanto diventa il garante della continuità del percorso assistenziale e di tutte le procedure utili a prendere in carico il paziente sul territorio assumendo un ruolo centrale già durante il ricovero ospedaliero.

Ø *Indicatore e target:*

- Numero di dimissioni con attivazione ADI entro 3 giorni dalla dimissione/Totale dimissioni – obiettivo: $\geq 50\%$

2.3.3 Percorso nascita

Nel corso del 2016 andranno rivalutate le caratteristiche e le prassi della rete assistenziale (hub & spoke, servizi ospedalieri e territoriali, area sociale) monitorando in particolare le connessioni fra i distinti nodi della rete.

Dovrà inoltre essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. A tal proposito si richiede la partecipazione attiva ai percorsi di formazione regionale e ai lavori dei gruppi della commissione nascita. Andrà confermata o aumentata la percentuale di gravide in carico ai consultori famigliari.

Particolare attenzione dovrà essere inoltre posta nel promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità.

Andrà garantita un'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2015 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA 2016).

Ø *Indicatori e target:*

- Percentuale di ricoveri per parto in punti nascita >500 parti/anno (per Azienda): obiettivo 100%
- Indice di dispersione della casistica in stabilimenti < 500 parti/anno (per Azienda): obiettivo 0%
- Percentuale di tagli cesarei primari: obiettivo per Hub <25%; per Spoke < 15%
- Numero gravide assistite dai consultori familiari/totale parti \geq 46% (media regionale 2015)
- % di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/tot. parti di nullipare \geq 55%. (media regionale 2015)
- % di donne straniere nullipare che hanno partecipato ai corsi/totale dei parti di donne straniere nullipare \geq 22,5% (media regionale 2015)
- Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson – obiettivo:
 - § Hub: \leq 9% (valore medio del 2015)
 - § Spoke: \leq 6,5% (valore medio gli spoke con numero parti >1.000)
- Percentuale di parti elettivi (IIb e IVb) – obiettivo: per Spoke con numero parti < 1.000 = 0 parti in classe IIb e IVb di Robson

2.3.4 Salute riproduttiva

Favorire l'accesso ai consultori familiari degli adolescenti (età 14-19 anni), ed in particolare di quelli di origine straniera, e garantire l'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (età 20-35 anni) per la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale, family planning).

Ø *Indicatori e target:*

- Percentuale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/pop - obiettivo: incremento \geq 5% rispetto al 2015
- Progettazione di uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti

2.3.5 Promozione della salute in adolescenza

Aumentare gli interventi di promozione alla salute e alla sessualità rivolti agli adolescenti per incrementare del 5% i ragazzi coinvolti sulla popolazione target rispetto al 2015.

Ø *Indicatori e target:*

- Percentuale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità su popolazione target (14-19 anni) - obiettivo: incremento \geq 5% rispetto al 2015

2.3.6 Percorso IVG

Nel 2016 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento, principalmente per le IVG chirurgiche.

Ø *Indicatori e target:*

- Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche - obiettivo \leq 25%

2.3.7 Procreazione Medicalmente Assistita

Nel 2016 andrà garantita la applicazione delle DD.GG.RR. n. 927/2013 e n. 1487/2014 e la partecipazione ai lavori regionali di implementazione della direttiva, in particolare:

- § aderendo al percorso per la conferma dell'autorizzazione regionale alle attività di PMA di II/III livello, in collaborazione con il Centro nazionale trapianti;
- § implementando il sistema informativo della donazione, con l'inserimento dei dati relativi ai gameti ricevuti da donatori (donazione oblativa, da egg-sharing o da banche estere) e a quelli utilizzati per cicli di PMA eterologa;
- § partecipando al gruppo di lavoro per la realizzazione della lista di attesa unica regionale;
- § avviando una attività di promozione della donazione, coordinando gli interventi aziendali con le campagne regionali;

Ø *Indicatori e target:*

- o Visita di verifica dei requisiti delle DGR 927/13 e 1487/14 nei Centri di PMA di II/III livello
- o Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati – obiettivo: $\geq 90\%$

2.3.8 Contrasto alla violenza

Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti (DGR 1677/2013) e dei quaderni correlati attraverso la compilazione della check-list predisposta dal gruppo di coordinamento regionale. Accompagnare e sostenere l'implementazione delle linee d'indirizzo con un programma formativo locale specifico e garantendo la partecipazione dei professionisti ad eventi formativi regionali. Individuare le buone pratiche locali per la prevenzione del maltrattamento e abuso a bambini e adolescenti e collaborare con il gruppo di coordinamento regionale alla realizzazione di nuovi quaderni per implementare interventi di prevenzione e cura.

Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio allontanamento (DGR 1102/2014).

Ø *Indicatori e target:*

- o compilazione della check-list regionale
- o numero eventi formativi realizzati - obiettivo: ≥ 1 per Azienda sanitaria
- o raccolta buone prassi locali sulla prevenzione del maltrattamento/abuso sui minori - obiettivo: ≥ 1 per Azienda sanitaria

2.3.9 Assistenza pediatrica

Lotta all'antibioticoresistenza

Distribuzione ai pediatri di libera scelta dei test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica (100 RAD per PLS/anno in media, da modulare sulla base del numero di assistiti per PLS) coprendo nel 2016 almeno il 10% degli assistiti; promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite, vincolando l'erogazione dell'incentivo previsto, al raggiungimento dello obiettivo minimo di compilazione (> 50 cartelle anno/PLS). Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica con due obiettivi:

- § Ridurre il tasso di prescrizioni di antibiotici
- § Ridurre il tasso di prescrizione di amoxicillina clavulanato rispetto a quella di amoxicillina

Ø *Indicatori e target:*

- o Tasso di prescrizioni di antibiotici

- Obiettivo (Piacenza, Modena, Bologna, ambiti di Forlì e Rimini): riduzione \geq 10% rispetto al 2015
- Obiettivo (Parma, Reggio Emilia, Imola, Ferrara, ambiti di Ravenna e Cesena): riduzione rispetto al 2015
- o Percentuale prescrizione di amoxicillina clavulanato/amoxicillina
 - Obiettivo (Piacenza, Modena, Bologna, ambiti di Forlì e Rimini): riduzione \geq 10% rispetto al 2015
 - Obiettivo (Parma, Reggio Emilia, Imola, Ferrara, ambiti di Ravenna e Cesena): riduzione rispetto al 2015

Allattamento

Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento contenuto nell'anagrafe vaccinale regionale riducendo la quota di dati mancanti al di sotto del 10% per le aziende che hanno avuto problemi nel 2015 (Piacenza, Modena, Cesena). Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare. L'efficacia degli interventi verrà misurata a circa tre e cinque mesi di età del bambino.

Ø Indicatori e target:

- o Percentuale allattamento completo a 3 mesi/lattanti a 3 mesi:
 - Obiettivo: allattamento completo $>$ 52%
 - Obiettivo: quota di non allattamento $<$ 23%
- o Percentuale allattamento a 5 mesi/lattanti a 5 mesi
 - Obiettivo: allattamento completo $>$ 33%
 - Obiettivo: quota di non allattamento $<$ 32%

2.3.10 Formazione specifica in medicina generale

Per tutte le Aziende Sanitarie sedi di attività didattiche pratiche: prosecuzione delle attività per favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al corso facilitando il loro inserimento nei diversi reparti e unità operative. Proseguire, inoltre, nell'individuazione della rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche attraverso:

- § La formalizzazione di un percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliera e territoriali);
- § La definizione di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale.

Ø Indicatore e target:

- o evidenza di percorsi formalizzati tramite documento di sintesi sulle azioni intraprese;

Per le Aziende Sanitarie sede anche di attività didattica teorica: mettere a disposizione spazi idonei per lo svolgimento delle attività teoriche previste dal percorso formativo per consentire il regolare svolgimento della programmazione dell'attività didattica teorica.

Ø Indicatore e target:

- o documento di sintesi sull'attività seminariale svolta.

2.3.11 Valutazione e qualità delle cure primarie

Le Aziende dovranno continuare a diffondere gli strumenti informatici per la promozione della qualità dell'assistenza a livello territoriale: tutti gli strumenti infatti hanno lo scopo di favorire il confronto tra professionisti delle cure primarie, tra professionisti territoriali e specialisti ospedalieri e tra Aziende. Di seguito gli obiettivi per ciascuna Azienda USL

Profili di NCP

I profili dei NCP rappresentano uno strumento che deve progressivamente diventare, in tutte le Aziende, non solo modalità comune e condivisa di confronto e crescita professionale, ma anche strumento per supportare la gestione delle patologie croniche

Ø Indicatore e target:

- o progettazione di percorsi di miglioramento (da documentare nel questionario on-line sui NCP) nei NCP aziendali (obiettivo $\geq 10\%$ dei NCP aziendali)

Profili dei Pediatri di libera scelta

Le Aziende devono impegnarsi a garantire la massima diffusione dei dati a tutti i pediatri, sostenendoli nella organizzazione di eventi formativi e nello sviluppo di progetti di miglioramento che scaturiscano dalla lettura dei dati

Ø Indicatori e target:

- o organizzazione, per le Aziende che non lo hanno fatto nel 2015, di un incontro di presentazione dei profili a tutti i pediatri di libera scelta dell'Azienda
- o progettazione di percorsi di miglioramento (obiettivo ≥ 1)

Osservatorio Cure Primarie

L' Osservatorio Regionale sulle Cure Primarie consente di raccogliere in maniera sistematica informazioni sulle scelte organizzative che le Aziende hanno compiuto relativamente all'assetto delle cure territoriali e disporre di un set informativo relativo ad ogni aspetto del sistema delle Cure. Dal 2016, l'Osservatorio è significativamente più semplice per la parte relativa ai NCP, mentre è stato integrato con numerose informazioni relative alle Case della Salute

Tutte le Aziende territoriali devono contribuire alla corretta compilazione dei dati richiesti sia relativamente all'attività dei NCP che alla organizzazione delle Case della Salute.

2.4 Salute Mentale, Dipendenze Patologiche

Le Aziende sanitarie devono garantire i servizi di salute mentale e dipendenze patologiche rispettando gli obiettivi previsti dalla normativa regionale e nazionale e monitorati attraverso gli indicatori di SIVER.

Particolare attenzione dovrà essere posta alle seguenti aree di attività.

2.4.1 Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018

Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DGR 212/2016) e in particolare:

§ garantire l'applicazione del protocollo diagnostico a tutti i nuovi casi 0-17 anni

Ø Indicatore e target:

- o n. protocolli applicati su nuovi casi 0 -17 (obiettivo = 100%)

§ facilitare l'accesso ai Servizi dedicati ai Disturbi dello Spettro Autistico (centri spoke o servizi territoriali) per i bambini nella fascia 0-3 anni con sospetto di disturbo dello spettro autistico , (CHAT positiva o dubbia al bilancio di salute dal 20° al 24° mese) al fine di una diagnosi precoce e l'avvio tempestivo del trattamento

Ø Indicatore e target:

- o n. bambini con sospetto disturbo dello spettro autistico che accede ai servizi entro 30 gg. sul totale (obiettivo = 100%)
- § effettuare la rivalutazione funzionale al 16° anno di età: pianificazione delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta
- Ø *Indicatore e target:*
- o n. rivalutazioni per minori con diagnosi dello spettro autistico al 16° anno sul totale dei sedicenni con diagnosi dello spettro autistico (obiettivo = 100%)

2.4.2 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale

Le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015) identificano nel Budget di salute lo strumento integrato, socio-sanitario, a sostegno del progetto di cura personalizzato per persone affette da disturbi mentali gravi, attivabile dai Centri di Salute Mentale in collaborazione con i Servizi Sociali in alternativa, o in superamento, di trattamenti residenziali non appropriati. Le linee di indirizzo individuano gli elementi che qualificano il modello, la procedura di percorso, la valutazione multidimensionale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute.

Per quanto concerne le AUSL, si definiscono i seguenti obiettivi:

- § Definire annualmente le risorse che l'Azienda mette a disposizione del DSM-DP per l'attivazione di Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati da realizzare con il Budget di salute –
- Ø *Indicatore e target:*
- o evidenza della definizione (target = sì)
- § Promuovere azioni di formazione e aggiornamento del proprio personale, anche attraverso progetti condivisi con Enti Locali e Terzo settore, con particolare rilievo alla fase di valutazione condivisa, al lavoro con la famiglia, alla definizione del progetto, realizzazione e valutazione degli esiti
- Ø *Indicatore e target:*
- o evidenza di eventi formativi (target >= 1)
- § Consolidare l'attività delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), composta dall'Azienda UsI e dai Servizi sociali, per l'accesso al budget di salute –
- Ø *Indicatore e target:*
- o n. valutazioni UVM/n. progetti attivati (obiettivo = 100%)

2.4.3 Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia

La chiusura degli OPG italiani è disposta dalla legge 9/2012, e successive modificazioni, al 31.3.2015. La Regione ha predisposto un programma per raggiungere tale risultato e per garantire l'assistenza alle persone con misure di sicurezza. Sono attive le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) presso l'AusI di Bologna, per Avec e Romagna, e presso l'AusI di Parma, per Aven.

Per tutte le AusI: presidiare attentamente, in raccordo con le AUSL sede di REMS, le presenze di propri residenti in dette strutture, favorendone le dimissioni attraverso la messa a punto di progetti terapeutico-riabilitativi individuali da definirsi entro un mese dall'ammissione nelle REMS.

- Ø *Indicatore e target*
- o numero di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro quarantacinque giorni dall'ammissione nella REMS/numero residenti ammessi nelle REMS (obiettivo 100%).

2.5 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

La programmazione 2016 del FRNA sarà approvata da questa Giunta con separato atto deliberativo.

A livello locale la programmazione e gestione del FRNA dovrà avvenire in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze, definito in 400 milioni a livello nazionale e 30,888 milioni a livello regionale.

Le Aziende UsI dovranno assicurare:

- § il monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo del FRNA, FNA e FSR per i servizi socio-sanitari accreditati, garantendo l'omogenea e corretta applicazione del sistema di remunerazione regionale (DGR 273/2016) nei contratti di servizio conseguenti al completamento del processo di accreditamento definitivo. In particolare dovrà essere assicurata la completa attuazione delle indicazioni regionali nell'utilizzo di tutte le risorse (assegnate nel 2016 e trascinate da anni precedenti);
- § in collaborazione con gli Enti Locali, il consolidamento e lo sviluppo di interventi e di azioni a bassa soglia per anziani e disabili in particolare per le persone affette da demenze e loro familiari (caffè alzheimer, meeting centers, gruppi auto aiuto) ed il contrasto dell'isolamento e della solitudine;
- § la qualificata partecipazione e sostegno agli organismi di verifica e controllo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in materia di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento socio-sanitario;
- § la fornitura e/o il rimborso delle attività sanitarie ai servizi socio-sanitari accreditati favorendo l'esercizio della responsabilità gestionale unitaria del soggetto gestore del servizio accreditato anche per queste attività;
- § l'attuazione e la collaborazione per l'aggiornamento a livello regionale del programma gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/2004), degli interventi socio-sanitari per le persone con SLA (DGR 1762/11 e DGR 169/13) e del progetto regionale demenze (DGR 2581/1999);
- § la partecipazione, in collaborazione con i Comuni, alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore delle persone con grave disabilità nell'ambito del FRNA (DGR 1230/08) e FNA, con particolare riferimento ai programmi e sperimentazioni sul Dopo di Noi e Vita Indipendente;
- § l'attiva partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti in attuazione della LR 2/2014.
- § percorsi di accesso, presa in carico e continuità assistenziale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e nell'assistenza specialistica, con particolare attenzione ai bisogni delle persone con disabilità intellettiva, relazionale e problemi comportamentali che necessitano di un approccio dedicato.
- § in collaborazione con gli Enti Locali una presa in carico unitaria della persona con disabilità e della sua famiglia secondo l'approccio del progetto di vita indicato anche dalla Legge 328/00 e dalla LR 2/03 per le persone con disabilità grave, favorendo l'utilizzo di tutte le risorse disponibili per l'autonomia della persona con disabilità, non solo da parte della rete dei servizi, ma anche della famiglia e delle reti informali di cura ed in particolare attraverso progetti per la vita indipendente, il dopo di noi, servizi innovativi e a minore intensità assistenziale.

Ø *Indicatori e target:*

- o Corretto utilizzo del FNA e rispetto del limite % di utilizzo delle risorse per le persone con disabilità gravissime – Target: si
- o Adeguata offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo – Target: $\geq 1,5\%$ del totale delle giornate annue in CRA
- o Presenza programma aziendale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e nell'assistenza specialistica - Target : si

- Presenza di programmi di ambito distrettuale di continuità assistenziale nei servizi per disabili minori e adulti in collaborazione con Enti locali e Associazioni delle persone con disabilità e di sperimentazione di attività innovative e a bassa soglia per anziani e disabili– Target : $\geq 50\%$ del numero dei distretti

2.6 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari

Case di promozione e tutela della salute in carcere

La "Casa di promozione e tutela della salute in carcere" è un presidio della Azienda USL, sede di accesso ed erogazione dei servizi sanitari, strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso, nella fase di accoglienza dei detenuti, attraverso la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze (DGR 588/2014 "Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari").

Per il 2016, si segnalano gli obiettivi, concordati con i responsabili di programma salute nelle carceri, riferiti a:

Aspetti organizzativi:

§ Carta servizi: tutte le Aziende USL devono averla specifica per la sanità penitenziaria.

Target: Si

§ Protocollo prevenzione rischio suicidario

§ Valutazione incompatibilità salute/detenzione

Ø *Indicatori e target:*

- Definizione della Carte dei servizi per la sanità penitenziaria - Target: si
- Sottoscrizione del protocollo per il rischio suicidario – target: si
- % di detenuti valutata dal collegio medico-legale sul totale dei detenuti che fanno domanda di incompatibilità col regime detentivo – target: 100%

Prevenzione e promozione della salute:

§ Effettuazione screening HIV

§ Offerta screening oncologici: alla popolazione femminile devono essere offerti gli screening per la prevenzione dei tumori della mammella e del collo dell'utero, secondo le modalità generali previste dai programmi regionali; a tutta la popolazione detenuta ≥ 50 anni va offerto lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto.

§ Pianificazione dell'attività di promozione della salute in collaborazione col promotore di salute

§ PAI (Piano Assistenziale Individuale)

Ø *Indicatori e target*

- n. nuove persone detenute nell'anno per ≥ 14 giorni screenate per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti per ≥ 14 giorni – target: $\geq 80\%$
- n. persone detenute ≥ 50 anni alle quali è stato offerto lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto/n. persone detenute ≥ 50 anni presenti – target: $\geq 90\%$
- n. di interventi info-educativi realizzati – target: ≥ 2 anno
- attivazione gruppi tra pari – target: si
- effettuazione del PAI – target: $\geq 80\%$ dei pazienti con patologie croniche

Per l'anno 2016, dovrà essere inoltre posta particolare attenzione alla qualità dei dati inseriti nella cartella clinica unica regionale SISP (Sistema Informativo Sanità Penitenziaria), soprattutto in vista dell'attivazione del nuovo flusso informativo regionale SISP-ER.

2.7 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.7.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2016

Per l'anno 2016, viene definito un obiettivo di spesa **farmaceutica convenzionata** netta pari a 501.200.000,00 €, con riduzione del 4,6% rispetto all'anno 2015, corrispondente ad una spesa farmaceutica convenzionata procapite di 112,55 €.

L'incremento di spesa per l'**acquisto ospedaliero di farmaci**, rispetto al 2015, dovrà non superare un incremento del 5,9% (spesa prevista per l'anno 2016 di 804.590.000,00 €). L'obiettivo non comprende i nuovi farmaci per l'epatite C, per i quali è stata accantonata a livello regionale una quota di 54 milioni € in relazione alla riduzione del prezzo unitario per trattamento rispetto all'anno 2015. L'obiettivo di spesa per l'acquisto ospedaliero comprende invece una quota di 22 milioni di € per i farmaci della "lista innovativi 2015".¹

Tabella 1 - Ripartizione Fondo 2016 Per Farmaci Innovativi (Lista 2015 + Hcv)

	<i>Ripartizione fondo per farmaci innovativi - escluso HCV</i>	<i>Ripartizione fondo per FARMACI HCV</i>	<i>Totale ripartizione fondo 2016</i>
AUSL PC	€ 530.000	€ 3.567.000	€ 4.097.000
AUSL PR	€ 630.000	€ 4.352.000	€ 4.982.000
AOSP PR	€ 1.700.000	€ 50.000	€ 1.750.000
AUSL RE	€ 1.545.000	€ 7.189.000	€ 8.734.000
AOSP RE	€ 1.035.000		€ 1.035.000
AUSL MO	€ 2.105.000	€ 9.362.000	€ 11.467.000
AOSP MO	€ 1.695.000		€ 1.695.000
AUSL BO	€ 1.405.000	€ 2.062.000	€ 3.467.000
AOSP BO	€ 3.740.000	€ 14.768.000	€ 18.508.000
IOR			€ -
Ausl Imola	€ 268.000	€ 724.000	€ 992.000
AUSL FE	€ 230.000		€ 230.000
AOSP FE	€ 1.385.000	€ 2.731.000	€ 4.116.000
AUSL ROMAGNA	€ 3.482.000	€ 9.195.000	€ 12.677.000
IRST	€ 2.250.000		€ 2.250.000
RER	€ 22.000.000	€ 54.000.000	€ 76.000.000

Ø Gli obiettivi di seguito descritti e i rispettivi indicatori saranno valutati anche utilizzando gli indicatori del sistema SivER.

2.7.2 Assistenza farmaceutica convenzionata

L'aumento del ricorso ai farmaci generici e la rivalutazione delle terapie croniche, impiegando il prontuario terapeutico regionale come principale strumento di indirizzo alla pratica clinica per un uso appropriato dei farmaci, possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo fissato a livello regionale.

¹ La lista comprende: dolutegravir, ivacaftor, collagenasi sino al 13 marzo 2016, ipilimumab fino all'8 marzo 2016, brentuximab vedotin, pertuzumab, trastuzumab emtansine, crizotinib, abiraterone sino al 5 aprile 2016, pomalidomide, radio 223 ra-dicloruro.

É richiesto un aumento del ricorso a farmaci generici di 6 punti percentuali rispetto al 2015 in tutti i territori regionali. Si chiede inoltre di promuovere la prescrizione, tra i farmaci privi di copertura brevettuale, dei cosiddetti "generici puri", in quanto tale azione conduce al contenimento della quota di compartecipazione alla spesa che ricade sui cittadini.

Sono richiesti alle Aziende sanitarie specifici impegni per un uso appropriato di alcune classi di farmaci; in particolare si chiede:

- § il contenimento del consumo dei farmaci inibitori della pompa protonica, pari ad almeno il 16% delle DDD prescritte nell'anno 2015 e la riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno
- § la riduzione dei consumi dei Sartani con copertura brevettuale con l'obiettivo di giungere al termine dell'anno 2016 ad un ricorso al farmaco generico pari al 98% dei consumi della specifica classe terapeutica
- § il contenimento dell'uso delle statine quando la prescrizione in prevenzione primaria inizia ad una età maggiore di 80 anni
- § il contenimento del ricorso a farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2 entro i valori raccomandati nel Documento del Prontuario terapeutico regionale n. PTR 173 e suoi aggiornamenti;
- § Il contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO) a valori non superiori a quelli osservati nell'anno 2015
- § l'uso appropriato della Vitamina D, riservando il trattamento ai pazienti con valori ematici della vitamina giudicati carenti e limitando l'esecuzione del dosaggio ematico della vitamina ai soli casi previsti. In particolare viene richiesto di giungere nel corso dell'anno alla pressoché totale riduzione della prescrizione dell'associazione irrazionale tra bifosfonati e vitamina D. Per sostenere tali azioni si chiede di diffondere, anche tramite momenti formativi, il documento regionale "Pacchetto informativo "Vitamina D per la pratica. Dagli studi recenti più smentite che conferme";
- § uso appropriato degli antibiotici sistemici, con particolare riferimento a quelli ad ampio spettro d'azione o gravati da elevate resistenze, tra i quali penicilline associate a inibitori delle betalattamasi, fluorochinoloni, e per l'età pediatrica anche cefalosporine e macrolidi.

2.7.3 Acquisto ospedaliero di farmaci

Tale ambito riguarda l'impiego di farmaci in regime di degenza/ambulatoriale e in tutte le forme di erogazione diretta, inclusa la DPC.

Possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo fissato per l'acquisto ospedaliero dei farmaci le seguenti azioni:

- § adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate concordate con i clinici nel gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di verso e forza delle raccomandazioni, tenuto conto di controindicazioni specifiche del singolo farmaco, la scelta del trattamento dovrà considerare i farmaci a minor costo di acquisto;
- § adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso con i seguenti obiettivi di impiego del biosimilare sul totale delle prescrizioni:
 - o epoetine il 60%
 - o ormone della crescita la prescrizione del farmaco vincitore della gara regionale nei nuovi trattamenti e il rispetto del risultato della gara per l'80% del fabbisogno al termine della validità della stessa
 - o anti TNF alfa, la prescrizione del biosimilare dell'infliximab e dell'etanercept nei nuovi pazienti e raggiungimento del 30% del consumo di biosimilare sulla prescrizione complessiva delle due molecole
 - o insulina glargine, la prescrizione del biosimilare in tutti i nuovi pazienti e globalmente nel 50% dei trattati;

- o introduzione nella pratica clinica della follitropina biosimilare disponibile in attesa del completamento dell'offerta terapeutica.
- § aumento del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV; le singole realtà dovranno avviare un approfondimento sulla variabilità prescrittiva e mettere a punto con i professionisti approcci prescrittivi condivisi; le Aziende sanitarie dovranno consolidare la rilevazione dei dati attraverso la corretta compilazione del flusso dell'erogazione diretta FED (atteso circa il 95% di compilazione del flag HIV), fornendo inoltre i dati relativi alla soppressione virologica nel singolo paziente;
- § per i nuovi farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica si conferma, anche per l'anno 2016, che l'utilizzo dovrà avvenire secondo i criteri e le priorità definiti circa mensilmente dal gruppo di lavoro regionale e confermati dalla Commissione regionale del Farmaco (Doc. PTR n° 229), privilegiando, fra gli schemi terapeutici disponibili, quelli che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità, in funzione delle condizioni contrattuali al momento in vigore e distribuendo le risorse fra le Aziende sulla base delle priorità definite;
- § tra i farmaci impiegati nel trattamento della degenerazione maculare legata all'età, utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza sono dotati del minore costo per terapia con allineamento alla media regionale per le realtà con maggior spesa per trattamento;
- § perseguire l'uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche;
- § rispetto degli esiti delle gare regionali per i farmaci.

2.7.4 Adozione di strumenti di governo clinico

Al fine di contenere fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale, occorre utilizzare, per la continuità ospedale/territorio (dimissione, distribuzione diretta e per conto, visita specialistica ambulatoriale) esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario della propria Area Vasta.

Per il monitoraggio del rispetto delle linee guida regionali e della prescrizione, è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori:

- § dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. Per i nuovi antivirali per l'epatite C la percentuale di compilazione dovrà essere del 100%.
- § dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, anche al fine della gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...); la % dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 90% dei trattamenti chiusi.
- § del data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario
- § della prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici necessaria per alimentare il nuovo data base oncologico regionale.

È necessario sostenere le attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta, quale strumento per promuovere la diffusione, la conoscenza, l'applicazione, la realizzazione di audit clinici ed il monitoraggio delle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario terapeutico regionale e per favorire il confronto fra gli specialisti prescrittori sulle raccomandazioni prodotte.

Al fine di consentire l'applicazione delle raccomandazioni regionali che prevedono l'utilizzo del farmaco con migliore rapporto costo-beneficio, le commissioni del farmaco di area vasta, in collaborazione con i servizi/dipartimenti farmaceutici e le direzioni aziendali, debbono comunicare tempestivamente ai clinici le variazioni del prezzo dei farmaci.

Occorre promuovere l'applicazione delle raccomandazioni regionali e nazionali sulla qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche in ambito sanitario e socio-sanitario e negli istituti penitenziari della Regione affinché i temi della sicurezza nell'uso dei farmaci diventino componenti delle attività nella pratica professionale. Si prevede il consolidamento dell'applicazione della raccomandazione regionale sulla ricognizione/riconciliazione delle terapie farmacologiche in ambito ospedaliero e l'estensione dell'applicazione nel contesto territoriale in cui c'è prescrizione farmacologica - ad esempio presso ospedali di comunità, residenze socio-sanitarie, ambulatori dei medici di medicina

generale e dei pediatri di libera scelta, case della salute – al fine di consentire al medico prescrittore una conoscenza puntuale della terapia farmacologica corrente del paziente, poter fare sintesi sulle prescrizioni provenienti da diversi professionisti e sui trattamenti di automedicazione, e rivedere i trattamenti farmacologici protratti, evitando duplicazioni, e associazioni farmacologiche a rischio.

L'implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza nell'uso dei farmaci è oggetto di valutazione rispetto agli adempimenti LEA; l'applicazione di tali raccomandazioni dovrà essere promossa anche tramite la realizzazione di progetti di audit clinici.

Dovranno proseguire le attività di vigilanza sull'uso dei farmaci e dei dispositivi medici e la realizzazione dei progetti regionali di farmacovigilanza in alcune aree critiche d'impiego dei farmaci, quali popolazione anziana e pediatrica, onco-ematologica, medicina d'urgenza, vaccini. Dovrà inoltre essere promossa la segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigiFarmaco".

Al fine di sensibilizzare il personale sanitario sulla vigilanza dei dispositivi medici e sugli obblighi di segnalazione degli incidenti con dispositivi medici, le Aziende sanitarie devono programmare, per il 2016, attività di formazione su tale tema.

Deve essere realizzata la centralizzazione sovraziendale dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche nell'Azienda USL di Reggio Emilia e completata nell'Azienda USL di Modena.

Ø *Indicatore e target:*

- o % di ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco" sul totale delle segnalazioni aziendali; obiettivo: incremento rispetto al 2015.

2.7.5 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici

La Legge 125/2015 ha introdotto il meccanismo del *payback*, ossia la compartecipazione delle imprese fornitrici al ripiano dello sfioramento del tetto di spesa prefissato (pari al 4,4% del finanziamento statale del SSN nel 2015), in misura pari al 40% nel 2015, del 45% nel 2016 e del 50% a partire dal 2017.

La spesa regionale dei dispositivi medici rilevata nel flusso Di.Me. per l'anno 2015 è stata pari a circa 374 milioni di €, con un incremento del 3% rispetto all'anno precedente.

Il consumo dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN per il 2015, rilevato dal flusso Di.Me., ha rappresentato circa il 95% degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, superando ampiamente la soglia limite dell'indicatore LEA per la valutazione della qualità del flusso (65%). Appare tuttavia ancora critica la rilevazione nel flusso Di.Me. dei consumi dei dispositivi medici diagnostici in vitro e dei dispositivi per l'assistenza integrativa e protesica.

L'obiettivo del consolidamento del flusso informativo Di.Me. risulta essenziale per monitorare in modo più accurato i consumi dei dispositivi medici, controllare l'andamento della spesa rispetto al tetto prefissato e monitorare il grado di adesione delle Aziende sanitarie alle gare di acquisto centralizzate. In particolare si richiede di migliorare la completezza del flusso relativamente ai dispositivi medici diagnostici in vitro e ai dispositivi distribuiti sul territorio (assistenza integrativa e protesica).

Ø *Indicatore e target:*

- o Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico > 95%

Relativamente alla spesa per dispositivi medici, tutte le Aziende sanitarie hanno l'obiettivo di **non incrementare** la spesa rispetto al 2015.

Per perseguire l'obiettivo, le Aziende sanitarie devono dare applicazione alle raccomandazioni regionali prodotte dalla CRDM per l'uso appropriato di:

- § medicazioni avanzate per il trattamento di ferite, piaghe ulcere acute e croniche
- § dispositivi medici per elettrochirurgia a ultrasuoni e radiofrequenza

- § dispositivi taglienti e pungenti con meccanismi di sicurezza (NPDs)
- § terapia a pressione negativa.

Al fine di garantire l'uso appropriato dei dispositivi medici la Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM) produce raccomandazioni e documenti tecnici per l'utilizzo dei dispositivi ad alto costo sulla base delle migliori prove di efficacia e delle caratteristiche dei prodotti. Tali raccomandazioni, sviluppate in coerenza alla programmazione dell'Agenzia regionale per gli acquisti centralizzati (INTERCENT-ER), costituiscono la base per la definizione delle strategie regionali di approvvigionamento per tali dispositivi.

Inoltre, a tutte le aziende si richiede l'adesione alle gare centralizzate dei dispositivi medici di Intercent-ER.

Ø *Indicatori e target:*

Tutte le aziende dovranno porre particolare attenzione agli indicatori oggetto di valutazione nell'ambito del sistema regionale SIVE-ER e del progetto Bersaglio; per le aziende il cui valore 2015 è risultato superiore rispetto alla media regionale si chiede una riduzione della spesa:

- o Spesa generale dispositivi medici, in regime di ricovero, per dimesso corretto per complessità
- o Spesa guanti non chirurgici (CND T0102), in regime di ricovero, per giornata di degenza corretto per complessità
- o Spesa suture meccaniche (CND HO2), per dimesso chirurgico corretto per complessità
- o Spesa dispositivi per elettrochirurgia (CND K02), per dimesso chirurgico corretto per complessità
- o Spesa ospedaliera per siringhe, guanti e dispositivi per assorbimento, per punto DRG

A livello locale le richieste di introduzione dei nuovi dispositivi medici vengono valutate dalle Commissioni locali DM (CADM) che talora assumono decisioni discordanti determinando disomogeneità di utilizzo a livello regionale dello stesso dispositivo medico. Risulta pertanto opportuna l'integrazione delle Commissioni locali DM, che attualmente sono di livello aziendale (CADM), in Commissioni di Area Vasta, al fine di razionalizzare e rendere omogenee le loro attività in raccordo con le indicazioni della Commissione Regionale DM (CRDM).

Per le CADM delle aziende delle Aree Vaste Emilia Nord ed Emilia Centrale è necessario completare il processo di integrazione entro il 2016.

Inoltre, ai fini del confronto degli indicatori di spesa tra le aziende risulta necessaria la corretta attribuzione nel flusso Di.Me dei dispositivi per tipologia di erogazione (ricovero, ambulatoriale, territoriale).

2.7.6. Attuazione della LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"

L'art. 64 della LR 13/2015 prevede che l'Azienda USL supporti la Regione e i comuni per assicurare la migliore distribuzione degli esercizi farmaceutici sul territorio. La legge 2/2016 prevede, in particolare, che i Comuni ridisegnino la propria Pianta organica entro settembre 2016. Le aziende USL devono svolgere il controllo preventivo sui progetti di revisione presentati dai comuni, verificando la corretta applicazione dei criteri di revisione. Inoltre, in caso di inerzia dei Comuni, sono sempre i servizi farmaceutici delle Aziende USL a dover segnalare alla Regione le inadempienze dei comuni e a compiere l'attività istruttoria affinché la Regione possa eventualmente esercitare il potere sostitutivo necessario per completare la revisione delle piante organiche nell'intero territorio comunale.

Per il monitoraggio di tali attività verranno effettuate apposite ricognizioni al termine del mese di settembre (dopo la scadenza del termine per l'adozione dei provvedimenti di revisione delle Pianta organiche).

L'art. 12 della LR2/2016 dispone inoltre che ogni azienda USL attivi un portale informativo per fornire ai cittadini le informazioni relative al servizio farmaceutiche. Nel mese di settembre verrà effettuato apposito monitoraggio.

3. Assistenza Ospedaliera

3.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero

Ricoveri programmati

Nel corso del 2016 Il progetto regionale sulle modalità di gestione dell'accesso ai ricoveri programmati, coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, che fungerà da Azienda Pilota, assume carattere prioritario per questo Assessorato.

Il Progetto prevede fin da subito l'individuazione di un riferimento unico aziendale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato individuate come prioritarie a livello nazionale e regionale entro gli standards previsti dalla normativa. Il piano prevede l'informatizzazione completa delle agende di prenotazione, lo sviluppo di sistemi alert in caso di non rispetto dei tempi di attesa e la corretta e completa alimentazione di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa), strumento attraverso il quale la Regione monitorerà i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato. Le indicazioni regionali, che verranno fornite con apposita deliberazione, saranno in linea con la delibera 1056/2015 avente per oggetto: riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie.

Ø Indicatori e target:

1. Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda
 - o Per i tumori selezionati: 90% entro 30gg
 - o Per le protesi d'anca: 90% dei casi entro 180gg
 - o Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% entro la classe di priorità segnalata
2. Verifica di completezza archivio SIGLA per Azienda
 - o Confronto dei % volumi Sigla –SDO (obiettivo= 80% entro fine 2016)
 - o Riduzione della attesa media prospettica per le prestazioni oggetto di monitoraggio a seguito dei controlli di qualità.
3. Individuazione del Responsabile Unico Aziendale da parte del Direttore Sanitario per la gestione del Progetto SIGLA entro settembre 2016
4. Predisposizione e completamento del piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa (obiettivo monitorato in collaborazione con il servizio strutture e tecnologie in ambito sanitario, socio sanitario e sociale)

3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Nell'anno 2016 dovranno essere proseguite le azioni relative al completamento del *riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015*. Le Aziende sanitarie e le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali dovranno trasmettere a questo Assessorato i provvedimenti approvati relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016 ai fini della valutazione di congruità.

In particolare dovrà essere completato il percorso di riconversione atto a garantire la *dotazione massima di posti letto pubblici e privati accreditati al 31.12.2016*, come indicato nella DGR 2040/2015.

Ø Indicatori e target:

Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera entro Ottobre 2016

- o Raggiungimento obiettivi tabella 2.4 della DGR 2040 : Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima da raggiungere al 31.12.2016
- o Posti Letto Post-Acuti : Scostamenti rispetto alla tabella 2.1 della DGR 2040/2015

Nel corso dell'anno 2016 dovrà essere data piena applicazione ai contenuti della DGR n. 463/2016 "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei day hospital oncologici in Emilia-Romagna". Su questo tema le Aziende devono far pervenire entro Ottobre 2016 a questa Direzione Generale le modalità e i tempi di realizzazione dei provvedimenti attuativi della DGR 463/2016.

Ø *Indicatore e target:*

- o Relazione sulle modalità e i tempi di realizzazione dei provvedimenti attuativi della DGR 463/2016 entro Ottobre 2016.

Le Aziende inoltre devono perseguire il trasferimento in regime ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche relative a definite classi di patologie.

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, oltre al rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza di quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriata. In relazione ai DRG potenzialmente inappropriati, nell'ambito del controllo obbligatorio previsto dalla normativa, deve essere perseguito l'obiettivo di trasferimento della casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale) identificando gli elementi che eventualmente ne impediscono il trasferimento. In particolare si richiama l'attenzione sui seguenti DRG:

- ◆ DRG 008 C-Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC, con esclusione dei pazienti sottoposti a Gamma Knife;
- ◆ DRG 538 C-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC;
- ◆ DRG 266 C-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC.

In relazione alla erogazione delle prestazioni chirurgiche saranno definite indicazioni comuni sulle modalità di valutazione pre-operatoria dei pazienti eleggibili al ricovero programmato.

Sarà necessario portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015.

In particolare le Aziende devono completare il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali per tumore della mammella inferiore ai 150 casi, per colecistectomia inferiore ai 100 casi, per frattura di femore inferiore ai 75 casi, tenendo conto della accessibilità alle strutture ospedaliere.

Relativamente alla percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni dal ricovero, sul totale degli operati, le strutture che presentano una percentuale inferiore al 70% dovranno realizzare, nel secondo semestre di quest'anno, un miglioramento rispetto al dato 2015 pari ad almeno 5 punti percentuali. Per le Aziende che presentano una percentuale superiore al 70% si raccomanda il mantenimento dei livelli di performance raggiunti. Si precisa che le eventuali riduzioni rispetto al dato storico saranno oggetto di valutazione.

Per quanto riguarda invece la colecistectomia laparoscopica le Aziende devono rispettare il valore della degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nel 75% dei casi.

Ø *Indicatori e target:*

1. Rispetto di tutti gli indicatori sui volumi e sugli esiti del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015. In particolare

- Monitoraggio di indicatori di volume ed esito secondo le indicazioni della DGR 2040/2015 e DM 70/2015 per:

§ tumore della mammella:

- numero minimo di interventi per Unità Operativa ≥ 150 /anno

§ colecistectomia:

- numero minimo di interventi di colecistectomia per Unità Operativa ≥ 100 /anno
- colecistectomia laparoscopica : proporzione di casi con degenza postoperatoria ≤ 3 gg : $\geq 75\%$

§ frattura di femore:

- numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Unità Operativa ≥ 75 /anno
- interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore $\geq 70\%$ con superamento della soglia di 5 punti % per le aziende con valori inferiori alla soglia regionale. Per le UOC sopra soglia mantenimento del valore del 2015 ed eventuali penalizzazioni nel caso di riduzione rispetto al valore storico.

2. DRG ad alto rischio di inappropriatazza

- Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario $\leq 0,21$ (Griglia LEA)
- Rapporto tra i ricoveri erogati in day-hospital sul totale dei ricoveri (ordinari e day-hospital) per tutti i DRG ad alto rischio di inappropriatazza ed in particolare per i DRG 8, 538 e 266 < ai valori dell'anno 2015.

Per le reti Hub and Spoke tempo dipendenti (IMA, Traumi e Stroke) le Aziende devono migliorare le percentuali 2015 relative alla centralizzazione primaria sulle rispettive sedi HUB (Laboratori di Emodinamica, Trauma Center e le Stroke Unit).

Si raccomanda a tutte le Aziende il miglioramento delle performance per operatore e per struttura delle seguenti casistiche: tumore della mammella, PCTA, fratture di femore, numero di ictus previsti per Stroke Unit di 1° e 2° livello, numero di Traumi Gravi da centralizzare e tutti gli altri indicatori su volumi ed esiti del DM 70/2015 e della DGR 2040/2015.

Ø *Indicatori e target:*

Centralizzazione Primaria delle reti cliniche tempo dipendenti (IMA, Traumi, Stroke)

- Percentuale di Centralizzazione primaria sulle rispettive strutture ospedaliere HUB

§ Laboratori di Emodinamica = 75 % di cui almeno 45% di fast track;

§ Trauma Center = incremento del 5% sui centri HUB dei valori del 2015

- § Stroke Unit = 80% valore medio regionale 2015;
- Valutazione dei volumi previsti dal DM70 per
 - § IMA = 100 casi/anno
 - § Stroke di 2° livello = almeno 500 casi/anno
 - § Trauma Center = 240 traumi gravi/anno
- Per la rete Stroke relazione alle Aziende sui seguenti parametri: (% trombolisi ; % intra-arteriosa ; % riabilitazione codice 56 e 60; mortalità a 30 giorni per ogni Stroke Unit)
- Per la rete cardiologica e cardiocirurgica: Volumi ed esiti per interventi di:
 - § PCTA (Volumi=250/anno con 75 PTCA primarie; proporzione di PTCA primaria = 65%),
 - § By Pass isolati (Volumi=200/anno; mortalità a 30 gg= 3%),
 - § Valvole isolate (mortalità a 30 gg= 4%)

Per la rete dell'emergenza ospedaliera le Aziende devono predisporre un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso secondo le direttive che verranno fornite in corso d'anno con apposita delibera regionale

Ø *Indicatore e target:*

- Le Aziende devono predisporre un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso
- Le Aziende devono contribuire a migliorare il flusso ed uniformare il flusso di Pronto Soccorso (EMUR)

Le Aziende devono dare seguito alla attuazione del protocollo di intesa con il Ministero della Difesa finalizzato a "sviluppare e rafforzare sinergie tra il servizio sanitario regionale ed il servizio sanitario degli enti militari facenti capo al comando con le forze operative terrestri" sulla base della DRG 936/2015 Novembre 2015. Le Aziende sanitarie interessate (Bologna e Romagna) dovranno adottare specifiche convenzioni con i singoli reparti militari provvedendo all'inserimento nei percorsi formativi nell'ambito della emergenza-urgenza.

Entro fine 2016 dovrà essere attivata in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n.1603/2013 (indicatore LEA). Per quanto riguarda l'attivazione di STEN si richiama quanto contenuto nella suddetta DGR che prevede 1 STEN per provincia, 1 STEN per le province di Parma e Piacenza, 1 STEN per le province di Bologna e Ferrara ed 1 STEN unico per l'Azienda USL della Romagna. Per l'attivazione di STAM si richiamano i contenuti della suddetta DGR che prevede: "*L'organizzazione deve contare su una rete informatica accessibile a tutti i reparti di Area Vasta che consenta l'individuazione in tempo reale dei posti letto disponibili sia di Ostetricia che di Terapia Intensiva Neonatale*".

Ø *Indicatori e target:*

- Entro fine 2016 dovrà essere deliberata in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA).

3.3 Attività trasfusionale

Nel corso dell'anno 2015 l'attività dei servizi trasfusionali è stata oggetto indicazioni normative importanti che impongono una revisione sia dei modelli organizzativi di tali servizi che dei percorsi clinico assistenziali nonché delle sinergie con le associazioni donatori.

Il quadro normativo cui si fa riferimento è il seguente: DM 70/2015, Delibera 2040/2015 ed il SM 2/11/2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"

In particolare il DM 2/11/2015 focalizza l'attenzione in modo puntuale su elementi relativi alla sicurezza del paziente, con particolare riferimento a strumenti organizzativi ed informatici che riducano il rischio di errore ABO.

E' mandatario poi continuare a garantire autosufficienza su scala regionale, in stretta e fattiva collaborazione con le associazioni donatori, per soddisfare il fabbisogno di emocomponenti.

E' necessaria inoltre l'implementazione del registro dei donatori di midollo osseo azzerando le liste di attesa presso i servizi trasfusionali in collaborazione con ADMO (associazione donatori di midollo osseo). Per garantire tale obiettivo è necessario incrementare i prelievi salivari che saranno effettuati presso l'Azienda Ospedaliera Sant Orsola Malpighi. Per quanto attiene alle tipizzazioni su sangue le stesse dovranno essere effettuate entro 15 gg dal prelievo

Ø *Indicatori e target:*

- o aumentare il livello di sorveglianza ed attenzione alle procedure per evitare situazioni di errore ABO e per un livello di sicurezza maggiore del paziente, applicare pertanto quanto previsto dal DM 2/11/2015: il braccialetto identificativo del paziente
- o garantire il livello di autosufficienza regionale e garantire, mediante un'attività di programmazione, coordinamento, indirizzo e verifica del sistema sangue regionale e locale. Per le strutture sanitarie pubbliche e private attraverso la donazione volontaria, non remunerata, periodica e responsabile e attraverso l'estensione generalizzata dell'accesso alla donazione su prenotazione
- o smaltire le liste di attesa presenti in Regione con il prelievo salivare da inviare al Laboratorio di Immunogenetica di Bologna AOSP ed evitare la perdita dei donatori.
- o effettuare i prelievi di sangue che persistono nelle diverse sedi dell' Area Vasta Nord; è necessario pertanto che siano tipizzati entro e non oltre 15 giorni. In caso di impossibilità dei Laboratori di Immunogenetica saranno inviati a Bologna AOSP.

3.4 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

Poiché il processo della donazione degli organi, dei tessuti e delle cellule è ritenuto di primaria importanza per i risvolti clinici, etici e sociali che tale attività ingenera ed è base imprescindibile per il mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica, nell'ottica di un sempre crescente miglioramento dell'attività di donazione di organi e tessuti, si è ritenuto, nell'ambito del riordino ospedaliero, di porre per tutti i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dell'Emilia - Romagna i seguenti obiettivi per l'anno 2016 in continuità con quanto richiesto per lo scorso anno:

- § Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) di un report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alle Donazioni;
- § Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) del percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi al fine di valutarne la migliore scelta terapeutica possibile, il decorso clinico, ma anche la possibile evoluzione verso la morte encefalica con conseguente accesso rapido e preferenziale al reparto di Terapia Intensiva per un eventuale successivo avvio del processo di donazione degli organi e dei tessuti;
- § Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna);

§ Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) pari ad almeno il 2% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 15 e i 78 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna).

Ø *Indicatori e target:*

- Report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alla Donazioni da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER)
- Report con percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER)
 - morte encefalica con conseguente accesso rapido e preferenziale al reparto di Terapia Intensiva per un eventuale successivo avvio del processo di donazione degli organi e dei tessuti;
- Numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi (dell'anno 2015) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni, oppure mantenimento dei valori 2015 qualora i centri superino il 16%;
- Numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) pari ad almeno il 2% dei decessi (dell'anno 2015) con età compresa tra i 15 e i 78 anni.

Per le Direzioni delle Aziende sede di attività di trapianto di organi solidi è prioritaria per il 2016 la realizzazione del dipartimento regionale trapianto organi solidi al fine di promuovere e valorizzare le donazioni orientando l'utilizzo degli organi al massimo beneficio per i pazienti, superando logiche di singola azienda sede di attività.

3.5 Sicurezza delle cure

Nel 2016 deve essere garantita *l'applicazione delle linee di indirizzo per la elaborazione del piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio*, con la produzione di relativi piani-programma approvati dalle Direzioni Aziendali.

Deve essere assolto il debito informativo rispetto agli *eventi sentinella*, garantendo una tempestiva e puntuale segnalazione alla Regione e il monitoraggio delle relative azioni di miglioramento successive. In coerenza con gli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera del DM 70\2015 e in applicazione della Legge di stabilità 2016 deve essere promosso e valorizzato il sistema di *segnalazione degli eventi avversi e dei quasi-eventi* (incident reporting).

Sempre in attuazione degli standard ospedalieri, deve essere consolidato l'utilizzo dello strumento della *check list in tutte le Sale Operatorie* e in tutte le unità operative che effettuano attività chirurgica. A tal proposito deve essere garantito il relativo *flusso informativo verso la Regione (SOSnet)* e promosse attività di osservazione diretta dell'uso della check list.

Il DM 70\2015 prevede altresì la garanzia di un *sistema di identificazione del paziente* e la presenza in tutte le strutture della *scheda unica di terapia*. Occorre continuare l'attività di *implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure*, promuovendo la verifica dell'applicazione delle stesse e aderire al monitoraggio regionale specifico. La verifica della adesione ai contenuti delle raccomandazioni viene effettuata anche in occasione delle *visite per la sicurezza* (Progetto VISITARE).

Le Aziende devono recepire le *Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente preso in carico da strutture sanitarie* e attivare il percorso organizzativo per rendere

operativo il monitoraggio di due indicatori di esito (lesioni da pressione e cadute), secondo le modalità definite a livello regionale. Sempre in tema di raccomandazioni dovrà essere assicurata l'applicazione delle azioni per la *prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO*, tenendo conto degli obblighi connessi al Decreto 2 novembre 2015.

Ø *Indicatori e target:*

1. Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure

- o Indicatore: presenza di piano programma deliberato. Standard: sì/no

2. Eventi sentinella

- o Indicatore: Segnalazione alla Regione degli eventi; Standard: evidenza di segnalazione e di azioni di miglioramento.

3. Check list Sala Operatoria

- o Indicatore: assolvimento del debito informativo assolto; standard: sì/no

4. Raccomandazioni per la sicurezza delle cure

- o Indicatore: implementazione delle raccomandazioni ministeriali;
- o indicatore: presenza di specifico documento aziende per ciascuna raccomandazione: sì/no.

5. Prevenzione e gestione delle cadute

- o Indicatore: aggiornamento delle procedure aziendali sulle cadute in base alle linee di indirizzo; standard: sì/no;

3.6 – 118 e Centrali Operative

Nel 2015, conclusa la fase di concentrazione delle attività delle centrali operative 118, si è attivata la funzione tecnologica che consentirà alle singole centrali di ricevere le chiamate di emergenza e di gestire l'invio dei mezzi di soccorso indipendentemente dal territorio da cui originano le chiamate stesse o dove sono collocati i mezzi di soccorso. Nello stesso anno sono stati attivati i percorsi di formazione del personale di centrale che nel 2016 dovrà garantire che le singole centrali siano in grado di assicurare continuità e rapidità di risposta del sistema 118 anche nel caso di interruzione al funzionamento di una delle tre centrali o in caso di eccesso di chiamate in un singolo territorio.

Nel 2015 sono state completamente unificate le modalità di ricezione e gestione informatizzata (classificazione eventi, modalità di intervista, risposta, ecc) per tutto il territorio regionale, attraverso l'unificazione dell'algoritmo informatizzato di gestione delle chiamate delle tre centrali operative 118.

A fine 2015 è stato attivato dal Servizio Assistenza Ospedaliera della regione un percorso di valutazione e confronto dei protocolli infermieristici avanzati in uso presso i singoli Servizi di Emergenza Territoriale al fine di adottare nel corso del 2016 specifiche linee guida regionali di armonizzazione dei suddetti protocolli.

A conclusione di tale percorso, la Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare ha trasmesso con nota PG/2016/0336654 del 09/05/2016 le linee guida regionali approvate da specifico gruppo di validazione istituito ai sensi della determina n° 5358 del 6 aprile 2016 e della D.G.R. 508 del 11 aprile 2016.

Entro la fine del 2016 le Aziende territoriali devono assicurare che i protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico adottati ai sensi dell'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118, tenuto conto del contesto di riferimento, vengano rivalutati, aggiornati e completati in conformità con le indicazioni contenute nella citata nota PG/2016/0336654 del 09/05/2016.

Entro la fine del 2016 l'Azienda USL di Bologna, l'Azienda USL della Romagna e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma devono garantire la completa attivazione della funzione di interoperabilità della centrale 118 con le altre due, con particolare riferimento alla capacità degli operatori di ricevere e gestire le chiamate da territori diversi da quello di competenza (vicariamento della centrale in caso di disaster recovery o di eccesso di chiamate).

In relazione al servizio di elisoccorso sanitario regionale e alla relativa operatività attualmente garantita solo in orario diurno, sono in atto approfondimenti finalizzati a verificare l'estensione notturna dell'orario di funzionamento della base di Bologna. In tale ambito l'Azienda USL di Bologna, che gestisce centralmente i contratti di fornitura del servizio di elisoccorso (aeronautici, antincendio, qualità e Soccorso Alpino) dovrà garantire il necessario supporto tecnico e amministrativo. Le Aziende sanitarie individuate come sedi degli eventuali siti di atterraggio/decollo notturni dovranno a loro volta garantire lo specifico supporto tecnico e amministrativo per la loro realizzazione.

Ø *Indicatori e target:*

Obiettivo per Aziende Territoriali:

L'Azienda dovrà assicurare che i protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico adottati ai sensi dell'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118 vengano rivalutati, aggiornati e completati in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016.

Indicatore:

- o Entro il 31/12/16 tutti i protocolli dovranno essere stati effettivamente adottati sulla base delle linee guida regionali e i relativi provvedimenti dovranno essere trasmessi ai competenti uffici regionali

Obiettivo per Aziende USL di Bologna e Romagna e AOU di Parma

L'Azienda dovrà garantire la completa attivazione della funzione di interoperabilità della centrale 118 con le altre due, con particolare riferimento alla capacità degli operatori di ricevere e gestire le chiamate da territori diversi da quello di competenza (vicariamento della centrale in caso di disaster recovery o di eccesso di chiamate).

Indicatore

- o Effettiva messa in funzione entro il 2016 di tale capacità.

4. Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

4.1. Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA

Gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali impegnano le stesse a raggiungere il pareggio di bilancio: il mancato conseguimento di questo obiettivo comporta la risoluzione del rapporto contrattuale.

Si riprendono pertanto anche per 2016 gli impegni delle Direzioni aziendali:

- § costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica che sarà definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare le CTSS devono essere informate degli esiti delle verifiche straordinarie;
- § presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;
- § in presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.

A livello regionale sarà valutata sia la capacità della Direzione Generale di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato, sia la capacità di perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato.

Il mancato rispetto degli impegni di cui sopra comporta l'applicazione delle disposizioni contenute nell'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Le Aziende sanitarie sono tenute ad applicare la normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico.

4.1.1. Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2016 proseguirà l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria) e a medio lungo termine (mutui).

Le Aziende sanitarie sono tenute all'applicazione dell'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.

Ø *Indicatore e target:*

- o Indice di tempestività dei pagamenti; target: 60 giorni

A conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali, le Direzioni aziendali dovranno aderire secondo il calendario programmato.

4.1.2. Il miglioramento del sistema informativo contabile

Nel corso del 2016 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:

§ un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);

Ø *Indicatore e target:*

- o Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio. Target: 90% del livello di coerenza

§ la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;

§ il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;

§ la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA.

Nel corso del 2016 dovrà essere assicurata, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali che costituisce non solo uno strumento di scambio di informazioni ma anche di controllo e verifica dei dati contabili inseriti propri e delle altre Aziende. La corretta alimentazione della Piattaforma web è necessaria per assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale.

Ø *Indicatore e target:*

- o Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite. Target: 100%

Per quanto riguarda la contabilità analitica, le Aziende USL devono garantire nel 2016, anche mediante l'aggiornamento del piano dei centri di costo/responsabilità aziendale, la corretta rilevazione dei dati economici delle prestazioni e dei servizi erogati nell'ambito delle Case della Salute (di cui alla DGR 291/2010), nel rispetto delle Linee guida COAN regionali in modo da consentire analisi e valutazioni circa le risorse impiegate nell'ambito di tali strutture.

Sulla base di quanto stabilito dall'art. 535 della Legge di Stabilità 2016 (Applicazione, a decorrere dal 2017, delle disposizioni di cui ai commi da 521 a 547 – Piani di rientro – ai Presidi a gestione diretta delle Aziende Usl) e in vista della proposta ministeriale di un nuovo modello CP (Conto economico del Presidio) per la rilevazione dei costi e dei ricavi dei presidi ospedalieri utile alla determinazione dello scostamento gestionale previsto dalla Legge di Stabilità, si invitano le Aziende a prestare particolare attenzione nel 2016 all'alimentazione della contabilità analitica anche per ciò che riguarda la rilevazione dei ricavi a livello di presidio ospedaliero.

4.1.3. Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie

Le Aziende sanitarie nel corso del 2016 sono chiamate ad assicurare la complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, " Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni inviate in corso d'anno dalla Direzione Generale regionale. In particolare:

In continuità con gli esercizi precedenti, le Aziende sanitarie e la GSA, sono tenute:

- § a recepire ed applicare le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali, tempo per tempo disponibili;
- § a redigere, adeguare e formalizzare le procedure amministrativo-contabili ed i regolamenti aziendali coerentemente con i requisiti minimi comuni definiti dalle Linee guida regionali;
- § ad implementare, applicare e verificare le procedure amministrativo-contabili aziendali delle aree oggetto delle Linee guida regionali;
- § a procedere al progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico-contabili, migliorando ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzando ed uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno;
- § ad assicurare la partecipazione dei collaboratori individuati dal Gruppo di progetto ai Gruppi di lavoro operativi che saranno attivati nel corso del 2016;
- § ad aderire alle attività formative organizzate a livello regionale.

In particolare nel corso del 2016 saranno attivate le prime "Revisioni Limitate", ossia verifiche da parte dei Collegi Sindacali e dal livello regionale sullo stato di attuazione del PAC da parte delle Aziende. Tali verifiche avranno per oggetto in primis le seguenti aree:

- § Area del Patrimonio Netto;
- § Area del Ciclo del Magazzino;
- § Area delle Immobilizzazioni Immateriali e Materiali.

Alle Revisioni limitate operate dai Collegi Sindacali seguiranno verifiche sul campo da parte di un Nucleo appositamente definito dal livello regionale.

Ø *Indicatore e target:*

- o Implementazione Adempimenti 2016 con riferimento alle aree : I) Ricognizione regolamenti; II) Regolamento Budget; III) Procedure rilievi Revisori e Regione; IV) Area Immobilizzazioni (materiali e immateriali); V) Area Rimanenze; VI) Area Patrimonio Netto; VII) Area Crediti-Ricavi; VIII) Area Disponibilità liquide; IX) Area Debiti-Costi; X) Revisioni Limitate; Target: raggiungimento 100% adempimenti

4.1.4. Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile

Nel corso del 2016 saranno ultimate le attività necessarie per la definizione delle caratteristiche tecniche e funzionali del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile, per la predisposizione del capitolato di gara per l'individuazione del sistema informativo e l'avvio della gara.

Le Aziende sanitarie sono impegnate nell'assicurare al livello regionale la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per la definizione delle nuove soluzioni applicative.

4.2. Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Con la pubblicazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 dicembre 2015 è diventata operativa a tutti gli effetti la normativa sui Soggetti Aggregatori, introdotta dal Decreto Legge n. 66/2014 e s.m.i. E' quindi diventato obbligatorio per le aziende sanitarie approvvigionarsi dai Soggetti Aggregatori per le categorie di beni e servizi previste dal sopracitato DPCM. In particolare, il DPCM individua 19 categorie merceologiche, che comprendono i principali beni acquistati in ambito sanitario (farmaci, vaccini, medicazioni, stent, pacemaker e defibrillatori, ausili per incontinenti, aghi e siringhe), i servizi a maggiore impatto economico nella sanità (pulizie in ambito sanitario, lavanolo, ristorazione, manutenzione apparecchiature elettromedicali, rifiuti), infine i servizi per la gestione degli immobili, trasversali a tutte le Amministrazioni (manutenzioni, pulizie, vigilanza, ecc.).

Inoltre la legge di stabilità per il 2016 ha previsto rilevanti novità per gli approvvigionamenti di beni e servizi ICT. In particolare: l'obbligatorietà per tutte le pubbliche amministrazioni di acquisire beni e servizi ricorrendo alle iniziative dei Soggetti Aggregatori, laddove presenti; la definizione da parte dell'Agenzia per l'Italia Digitale del Piano triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione, in cui sono riportate le principali acquisizioni di beni e servizi in ambito ICT; la riduzione entro il 2018 del 50% delle spese in ambito ICT che non vengono effettuate tramite i soggetti aggregatori. Tali norme comporteranno certamente un aumento dell'attività dei Soggetti Aggregatori nel settore dell'ICT.

Diviene quindi sempre più centrale il ruolo dell'Agenzia Intercent-ER per l'acquisizione dei beni e servizi necessari al sistema sanitario regionale e, quindi, risulta necessario rafforzare il livello di integrazione fra l'Agenzia, le Aree Vaste e le Aziende Sanitarie.

Altrettanto importante sarà nel 2016 implementare la collaborazione fra Aziende Sanitarie e Intercent-ER per completare il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti. Nel 2015 è entrato a pieno regime il Sistema Regionale per la dematerializzazione del Ciclo passivo degli acquisti SICIPa-ER, relativo alla gestione della fattura elettronica (attiva e passiva) e, conformemente a quanto previsto dal Capo VI bis della legge regionale n. 11 del 24 maggio 2004 e s.m.i., la Giunta Regionale con la Delibera n. 287/2015, ha approvato la direttiva inerente ai tempi ed alle modalità di utilizzo del SICIPa-ER per la gestione degli altri documenti del processo di procurement attraverso il Nodo Telematico di Interscambio NoTI-ER.

La Delibera prevede, in particolare:

- § L'obbligo, a partire dal 31 gennaio 2016, per le Aziende Sanitarie di inserire nelle procedure di gara per l'acquisizione di beni e servizi clausole che prevedano l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER;
- § L'obbligo, a partire dal 30 giugno 2016, per le Aziende e gli Enti del sistema sanitario regionale di emettere esclusivamente ordini elettronici attraverso il NoTI-ER e documenti di trasporto, indirizzati ad altre Aziende e Enti del sistema sanitario regionale, esclusivamente in forma elettronica.

Accanto all'implementazione di un sistema informativo amministrativo-contabile unico per tutte le Aziende Sanitarie (la cui acquisizione verrà gestita con una procedura di gara di Intercent-ER da espletarsi nel 2016), la dematerializzazione del ciclo degli acquisti costituisce un tassello fondamentale per rendere più efficienti e trasparenti le procedure amministrative legate agli approvvigionamenti e realizzare efficaci strumenti di governo della spesa.

Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie

La D.G.R. 1501/2015 "*Approvazione dello schema di convenzione per l'assegnazione temporanea di personale finalizzata alla realizzazione della riorganizzazione degli acquisti*" – prevede la sperimentazione di una nuova forma di collaborazione funzionale attraverso il coinvolgimento di personale qualificato appartenente alle Aziende Sanitarie nelle attività di centralizzazione degli acquisti gestite a livello regionale da Intercent-ER. L'approccio perseguito è orientato a valorizzare il capitale umano già disponibile presso le Aziende Sanitarie e a generare valore per l'intero sistema regionale degli acquisti attraverso la condivisione di specificità e competenze.

Tale modello organizzativo è stato attivato in forma sperimentale nel 2016 e dovrà essere integrato e perfezionato anche alla luce del recepimento delle nuove direttive europee sugli acquisti e del conseguente riordino della disciplina nazionale vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture.

Nel 2016 si procederà quindi al consolidamento e all'evoluzione del modello, con l'obiettivo di operare una piena centralizzazione delle procedure per l'affidamento di servizi e l'acquisizione di beni necessari alle aziende del SSR.

Dematerializzazione del processo di ciclo passivo

Nel 2016 si prevede di portare a pieno regime il Sistema regionale per la dematerializzazione del ciclo passivo (SiCiPa-ER) attraverso la gestione, oltre che della fattura, anche dell'ordine e del documento di trasporto.

In ottemperanza alla Delibera di Giunta n. 287/2015, con apposita circolare della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare è stata già comunicata alle Aziende Sanitarie la clausola da inserire nelle procedure di gara al fine di rendere obbligatorio l'utilizzo dell'ordine e del documento di trasporto elettronici.

A partire dal 30 giugno p.v. le Aziende dovranno, quindi, trasmettere ordini esclusivamente in modalità elettronica attraverso il NoTI-ER; le Aziende sono, pertanto, chiamate ad adeguare, con il supporto dell'Agenzia Intercent-ER, i propri sistemi, processi e procedure in modo da poter conseguire la piena dematerializzazione della gestione contrattuale.

Sviluppo dell'e-procurement

L'Agenzia Intercent-ER ha completato l'implementazione della nuova piattaforma di e-procurement; oltre alle procedure sotto soglia tramite il mercato elettronico regionale, il sistema consente anche la gestione di procedure di gara a rilevanza comunitaria. Inoltre le nuove Direttive europee in materia di appalti, recepite in Italia con il D.Lgs. 50/2016 (Nuovo Codice dei Contratti), promuovono la progressiva informatizzazione delle procedure di acquisto. In particolare il DLgs 50/2016 prevede l'obbligatorietà a partire dal 18 ottobre 2018 per tutte le pubbliche amministrazioni di utilizzare piattaforme di e-procurement per l'espletamento delle procedure di gara.

La normativa comunitaria e quella nazionale sono perfettamente coerenti con la legge regionale n. 11/2014 e s.m.i. che stabilisce l'obbligo per le Aziende del sistema sanitario regionale di utilizzare la piattaforma di e-procurement sviluppata dall'Agenzia Intercent-ER per lo svolgimento delle procedure di acquisto. Le tempistiche e le modalità di applicazione di tale obbligo, secondo la legge regionale, devono essere oggetto di una specifica deliberazione della Giunta Regionale che verrà emanata nel 2016 e che prevederà l'anticipazione dell'obbligo nazionale di almeno un anno.

Al contempo è necessario che le Aziende sperimentino già nel 2016 l'utilizzo del sistema; pertanto si prevede che ciascuna Azienda Sanitaria effettui entro la fine dell'anno almeno una procedura di gara utilizzando la piattaforma di e-procurement regionale.

Ø Indicatore e target:

- Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno il 78% del totale degli acquisti di beni e servizi
- Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2016 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie
- Implementazione dell'Ordine Elettronico
- Effettuazione di almeno una procedura di gara utilizzando la piattaforma di e-procurement regionale

4.3. Il governo delle risorse umane

La copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende è condizionata all'approvazione, da parte della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, del Piano Aziendale annuale di Assunzione, con la definizione della percentuale specifica di copertura, sia del turn over del personale dedicato all'assistenza, sia degli obiettivi di costo complessivo delle risorse umane.

Nei Piani di Assunzione e nelle proprie dotazioni organiche, sottoposti alle valutazioni regionali, le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture Complesse, siano coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015.

Nella programmazione dei fabbisogni e in sede di redazione dei Piani di Assunzione 2016, gli Enti del Servizio Sanitario dovranno inoltre considerare il disposto dell'art. 1, comma 397, della Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016), che prevede la ricollocazione, tramite trasferimento presso le Aziende e gli Enti del SSN, del personale appartenente alla Croce Rossa Italiana, inquadrato a tempo indeterminato nei ruoli di autista soccorritore e autista soccorritore senior, limitatamente a coloro che abbiano prestato servizio in attività convenzionate con gli enti medesimi per un periodo non inferiore a cinque anni.

Contestualmente all'approvazione dei Piani di Assunzione, la Regione procede al controllo, previsto dalla Legge, degli atti deliberativi di adeguamento delle dotazioni organiche.

Per quanto riguarda il personale dipendente di profilo amministrativo, tecnico e professionale (dirigenza e comparto), permane per il 2016 il blocco del turn over, fatte salve specifiche autorizzazioni in deroga e adeguamento alle disposizioni introdotte dall'art. 1, comma 224, della Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016). Nel corso dell'anno sarà comunque necessario valutare la dinamiche di turnover al fine di garantire le necessarie sostenibilità e il regolare svolgimento delle attività istituzionali nel medio/lungo termine, anche in ragione del mutato quadro organizzativo e tecnologico.

La Legge di Stabilità 2016, in seguito all'entrata in vigore delle disposizioni contenute nell'art. 14 della Legge 161/2014 in materia di orario di lavoro, riposi giornalieri e settimanali, ha inoltre introdotto una serie di norme (art. 1, commi 541-544), per far fronte ad eventuali criticità gestionali che potrebbero riflettersi negativamente sull'erogazione dei servizi o dei livelli essenziali di assistenza, sollecitando oltremodo una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili. Le Direzioni Generali delle Aziende del SSR, sono quindi impegnate a mettere in atto tutte le azioni concordate e programmate con la Regione, al fine di garantire la continuità assistenziale nel rispetto della qualità delle prestazioni e dei vincoli di spesa previsti dalle normative vigenti.

Ancora in relazione ai contenuti della Legge di Stabilità 2016, in particolare nell'ambito dell'attività di programmazione rivolta al superamento delle criticità organizzative derivanti dall'applicazione della Legge 161/2014, la Regione Emilia-Romagna è impegnata attivamente all'interno di Tavoli di Lavoro nazionali, al fine di definire metodologie di calcolo dei fabbisogni effettivi di personale impiegato nelle strutture sanitarie, inquadrato sia nei ruoli della Dirigenza che del Comparto.

Ø *Indicatori e target:*

- Rispetto del Piano di Assunzione, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati.
- Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti.

Preme sottolineare la rilevanza della prosecuzione e conclusione dei processi di integrazione di attività tecnico-amministrative e di supporto tra Aziende, sia a livello provinciale che di Area Vasta, impegno caratterizzante degli obiettivi di mandato dei Direttori Generali, al fine di migliorare l'efficienza gestionale e giungere all'adeguata ridefinizione del fabbisogno di risorse umane, con conseguente razionalizzazione della spesa.

In analogia con le politiche di comune condivisione degli obiettivi, le Direzioni degli Enti dovranno inoltre garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di supporto al progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), al fine del rispetto delle scadenze individuate nel cronoprogramma. L'elevato grado di complessità del progetto, richiederà un alto livello di attenzione e la piena disponibilità da parte delle Aziende durante tutte le fasi di implementazione del progetto GRU.

Sempre in ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, si ritiene necessario un impegno collettivo al fine di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale. Attraverso l'attivazione di Tavoli di confronto a livello regionale, provinciale o di Area Vasta, per le materie la cui specificità lo consenta, si cercherà di stabilire, ad esempio, criteri omogenei di interpretazione normativa, analisi e definizione di politiche del personale, anche di livello sindacale, gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale e qualsiasi altro argomento che interessi e coinvolga il Sistema sanitario regionale nel suo complesso.

Relativamente alle relazioni con le organizzazioni sindacali, dovranno essere sviluppate politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. A tal fine occorre dare maggiore impulso e sostegno ai processi di innovazione con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla razionalizzazione della spesa e alla lotta agli sprechi. Tali specifiche progettualità, in coerenza a quanto stabilito dall'art. 16 D.L. 98/2011 e dall'art. 30, comma 2, lettera b) del CCNL Sanità 2002/2005, potranno permettere il recupero di risorse e una sempre più puntuale programmazione finanziaria da finalizzare sia ai contratti integrativi di secondo livello, sia ad investimenti in tecnologia e risorse umane, il tutto nell'obiettivo di offrire servizi sempre migliori per i cittadini.

Ø *Indicatori e target:*

- Rispetto tempi e modalità dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione.
- Numero processi completati sul totale processi avviati.
- Rispetto delle scadenze individuate nel cronoprogramma del GRU
- Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva.

Per quanto riguarda i processi di stabilizzazione a tempo indeterminato, nel 2016 andranno completati gli obiettivi già previsti dalla DGR 1735/2014. Sarà tuttavia possibile pianificare, in coerenza con il Piano di Assunzioni e il risultato di Bilancio aziendale, nel caso l'iniziativa sia ritenuta strategicamente favorevole, la copertura di posti vacanti con il personale che attualmente li ricopre, sia della Dirigenza che del Comparto, a condizione che l'operazione non pregiudichi l'equilibrio del sistema

La progressione delle politiche di stabilizzazione del personale a tempo determinato, dovrà inoltre indurre la limitazione del ricorso al lavoro atipico e alla spesa ad esso collegata, eventuali attivazioni di tali contratti dovranno, in ogni caso, essere disposti in coerenza con la normativa vigente.

Il contenimento del costo del personale è, in sintesi, un obiettivo prioritario delle Aziende sanitarie regionali, deve essere perseguito principalmente attraverso lo sviluppo dei processi di riorganizzazione gestionale e la recente normativa sulla revisione delle reti ospedaliere, con conseguente riduzione delle risorse umane impiegate, tra cui gli incarichi di Struttura Complessa e dei fondi per il finanziamento del salario accessorio (DL 78/2015, art. 9 quinquies), anche in coerenza con quanto disposto dall'art. 1, comma 236, della Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016).

Le Aziende sanitarie devono, con propri atti di indirizzo, tenuto anche conto delle disposizioni che stabiliscono a loro carico divieti o limitazioni alle assunzioni di personale, garantire nei confronti delle proprie Società Partecipate l'applicazione di specifici criteri e modalità di attuazione del principio di contenimento dei costi delle risorse umane.

Al fine di favorire il ricambio generazionale nelle organizzazioni aziendali e di limitare il costo del personale, le Aziende applicano le facoltà riconosciute alle Amministrazioni Pubbliche sulla

risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro, secondo quanto previsto dalla circolare regionale in materia.

Ø *Indicatori e target:*

- Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati e della normativa nazionale sul ricorso al lavoro flessibile.
- Rispetto delle previsioni di bilancio e più generalmente garantire il contenimento della spesa del personale rispetto all'anno precedente

4.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Dal 2016 un numero crescente di Aziende sono state inserite nel Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013; restano nella formula della copertura assicurativa solo le due Aziende di Ferrara (USL e Ospedaliera) e l'IRCCS Rizzoli.

Risulta fondamentale che le Aziende inserite nel Programma sviluppino azioni rivolte sia alla piena attuazione del Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri dotandosi, se necessario, anche di ulteriori risorse specialistiche, sia alla conclusione dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale.

La tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di valutazione risulta fondamentale alla riuscita del Programma. A tal fine, il Nucleo regionale sta predisponendo nuove Linee di indirizzo per la definizione delle procedure, in cui vengono indicati requisiti di processo e organizzativi minimi che tutte le aziende dovranno essere in grado di garantire. E' inoltre indispensabile che le Aziende sanitarie sperimentatrici si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014; attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione.

Ø *Indicatore e target:*

- Rispetto dei tempi di processo;

Per Aziende non in sperimentazione, in previsione della progressiva adesione di tutte le Aziende sanitarie al Programma regionale, la Direzione aziendale dovrà assicurare azioni coerenti con le finalità del Programma. A tal fine saranno valutati la sussistenza di adeguati assetti organizzativi e la presenza di risorse che possano garantire nel tempo la concreta attuazione del suddetto Programma. Anche in questo caso la tempistica di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione.

Ø *Indicatore e target:*

- Rispetto dei tempi di processo ;

E' disponibile per tutte le Aziende sanitarie un sistema di reportistica che rappresenta il ritorno informativo del sistema "gestione dei sinistri" . IL database regionale è stato aggiornato nel 2013 in occasione dell'avvio della sperimentazione sulla gestione diretta dei sinistri. L'alimentazione del data base costituisce sia adempimento per le aziende sia lo strumento che permette il monitoraggio dell'effettiva implementazione del percorso di gestione dei sinistri

Ø *Indicatore e target:*

- grado di completezza del database regionale target: 100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo

4.5. Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

Nel mandato della attuale legislatura, il potenziamento delle piattaforme logistiche ed informatiche rientra tra gli obiettivi considerati prioritari per garantire un servizio sanitario di qualità e in continua evoluzione.

Piattaforme Logistiche

Nel corso del 2016 il livello regionale avvierà una ricognizione delle principali piattaforme logistiche del Servizio sanitario regionale con l'obiettivo di definire indicatori che permettano un confronto comparativo sistematico tra le piattaforme logistiche stesse in termini sia di economicità sia di efficacia delle soluzioni. Le Aziende sanitarie saranno chiamante a collaborare fornendo il supporto professionale necessario e le informazioni richieste.

Information Communication Tecnology (ICT)

La programmazione del 2016 prevede la conclusione della fase di realizzazione del nuovo software GRU (Gestione Risorse Umane) con la relativa fase di collaudo in vista della messa in produzione presso le prime aziende sanitarie per il 2017. Le aziende entro il 31/12/2016 dovranno garantire il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo per le attività a loro associate con particolare attenzione alla restituzione delle voci di configurazione per la definizione dei dizionari unici.

Ø Indicatore e target

- o % avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo. Target : 100%

Il progetto relativo alla realizzazione di un software unico per la gestione dell'area amministrativa contabile (GAAC) concluderà la fase di definizione del capitolato di gara con la relativa pubblicazione.

Le Aziende dovranno garantire la loro collaborazione attraverso i propri professionisti presenti nei gruppi di lavoro.

Ø Indicatore e target

- o % conclusione del capitolato di gara. Target : 100%

La Regione Emilia-Romagna prosegue con la realizzazione della nuova Scheda Sanitaria Individuale (SSI) terminando la fase di sperimentazione da parte dei MMG ed iniziando la fase di diffusione su tutti i medici convenzionati.

La diffusione della SSI su tutto il territorio regionale costituisce un obiettivo strategico e prioritario di legislatura che impegna, accanto ai servizi regionali di riferimento (Servizio Assistenza Territoriale e Servizio Strutture e Tecnologie in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale), tutte le Aziende e la società CUP2000 sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività operative di formazione, conversione dati e affiancamento ai professionisti medici. Particolare impegno è richiesto ai Dipartimenti Cure Primarie che dovranno contribuire a raggiungere l'obiettivo regionale curando, in particolar modo, le relazioni con i rispettivi Nuclei di Cure Primarie.

L'obiettivo di copertura sarà almeno il 50% entro il 31/12/2016; in tal modo si potrà dare avvio alla manutenzione dello stesso applicativo riducendo i costi di manutenzione complessiva.

Ø Indicatore e target

- o % MMG con installazione SSI/MMG convenzionati. Target : >= 50%

Per quanto riguarda il sistema di Anagrafe Regionale Assistiti (ARA), applicativo unico regionale per le funzioni di medicina di base, le Aziende devono migrare o integrare, nella misura del 100%, i vari applicativi aziendali Anagrafi Assistiti rispettando la pianificazione concordata con nota

regionale del 1 marzo 2016 PG/2016/0136021. Il successo del progetto sarà possibile solo se ciascuna azienda metterà in campo tutte le azioni già definite e calendarizzate necessarie a ciascuna attivazione

Ø *Indicatore e target*

- Rispetto tempistiche come da pianificazione definita. Target :100%

Nel corso del 2016 verrà aggiudicato il bando del software unico per il sistema trasfusionale regionale. Le Aziende devono garantire il massimo supporto nella fase di adesione alla convenzione rispettando le tempistiche concordate.

Ø *Indicatore e target*

- Rispetto delle tempistiche relative all'adesione al bando come da pianificazione definita nel progetto. Target : adesione secondo scadenze prestabilite.

L'adempimento al D.Lgs. 179/2012 relativo alla dematerializzazione delle prescrizioni continua nella pianificazione 2016 con il completamento dell'attivazione dei medici specialisti, sia per prescrizione specialistica che farmaceutica. Le Aziende entro la fine del 2016 devono concludere l'adeguamento di tutti i software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente.

Ø *Indicatore e target*

- % adeguamento dei software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente. Target : 100%

Le funzionalità e il consolidamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), quale strumento di comunicazione online con i cittadini per la consegna dei referti, per il pagamento e la prenotazione telematica, vedranno nel corso del 2016 il recepimento del DPCM 178/2015, in particolare saranno recepiti i nuovi consensi circa l'alimentazione e consultazione dei documenti sanitari che popolano il FSE: l'accesso da parte del delegato, previa autorizzazione da parte del titolare del FSE per un arco di tempo predefinito e l'accesso assistito alle funzionalità del FSE.

Le attività di diffusione del Fascicolo continuano attraverso accordi con le associazioni dei donatori di sangue e la possibilità dell'utilizzo dell'identità digitale previo accordi con Poste Italiane, Federa e SPID. Le Aziende entro il 31/12/2016 devono adattare i loro software all'utilizzo dei nuovi consensi e collaborare alla promozione di azioni rivolte alla diffusione del FSE. Inoltre devono garantire l'offerta di documenti sanitari e di prestazioni prenotabili online nel FSE in modo da corrispondere per tipologia ad un livello regionale minimo, sulla base delle indicazioni fornite dai competenti servizi regionali. Le agende di prenotazione online devono essere le medesime disponibili agli sportelli tradizionali garantendo così al cittadino la possibilità di utilizzare in pieno le funzionalità offerte dai vari canali multimediali (APP, CUPWEB, FSE, ...).

Ø *Indicatore e target*

- % adeguamento dei software aziendali all'utilizzo dei nuovi consensi. Target : 100%
- % offerta di documenti sanitari disponibili su FSE come da specifiche fornite dai servizi regionali competenti . Target : 100%
- % offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti. Target : 100%

La fase di dematerializzazione delle fatture continua anche per il 2016 con l'attuazione del decreto

legge n.55 del 3 aprile 2013 e decreto legge n.66 del 24 aprile 2014. Sarà fornito alle aziende il supporto necessario per gli adeguamenti normativi relativamente alla fase 2 sulla dematerializzazione ordini e sui Documenti di Trasporto. Le Aziende nel rispetto delle tempistiche richieste da Intercenter devono completare la fase 2 entro il 31/12/2016.

Ø *Indicatore e target*

- o rispetto delle tempistiche richieste da Intercenter relative alla fase 2. Target : rispetto scadenze prestabilite.

La programmazione del 2016 prevede il perfezionamento del Sistema SIGLA - Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa per i ricoveri programmati – con l'obiettivo di realizzare un sistema di gestione delle liste di attesa dei ricoveri come indicato nel paragrafo 3.1.

Sistema informativo regionale

Il Servizio sistema informativo della sanità e politiche sociali (Siseps) mediante una attenta gestione di policy, processi e standard di gestione dei dati ha realizzato nel tempo e messo a disposizione, con la collaborazione delle Aziende Sanitarie, il datawarehouse regionale, seguendo sia le priorità indicate dalla programmazione regionale sia gli obblighi derivanti dal livello nazionale - Ministero dell'Economia e Finanze – Sistema TS, Ministero della Salute NSIS, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali.

Il datawarehouse regionale costituisce il punto di riferimento per l'alimentazione del sistema di business intelligence che, mediante strumenti facilmente accessibili, mette a disposizione dati ed informazioni per svolgere le funzioni decisionali e di controllo, sia a livello regionale che aziendale.

L'obiettivo 2015, già obiettivo di mandato viene mantenuto e rafforzato anche alla luce degli adempimenti LEA che introdurranno, dal 2017, la "funzione cancello" sugli obblighi informativi, come prerequisito alla valutazione di tutti gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) da cui deriverà la griglia LEA .

Obiettivo: Garantire il mantenimento, miglioramento e lo sviluppo del patrimonio informativo che è oggetto di adempimento verso NSIS e Sistema TS.

La Direzione Generale deve impegnarsi a consolidare e favorire tutte le attività finalizzate alla raccolta, in maniera standardizzata e uniforme, delle informazioni relative alla salute della popolazione e al ricorso ai servizi sanitari, garantendo la trasmissione di dati attendibili in conformità a quanto previsto da circolari e documenti tecnici.

Il principale fine è di alimentare il sistema regionale, supportare le funzioni di programmazione e governo regionale oltreché essere la base per il processo di accountability attraverso:

- § maggior utilizzo degli strumenti di valutazione (quali ad esempio SIV-ER) e miglioramento della qualità dei dati che alimentano gli indicatori per la valutazione, in particolare per le aree di priorità della programmazione regionale.
- § Revisione di alcuni processi di gestione dei flussi informativi alla luce degli adempimenti LEA che prevede la "funzione cancello" sugli obblighi informativi; In particolare la Regione monitorerà l'invio dei dati in relazione alla "competenza del periodo di riferimento", che gradualmente dovrà raggiungere il 100% quale indicatore di tempestività e completezza
- § gestione della mobilità interregionale e internazionale

Si aggiungono inoltre alcune priorità che derivano da modifiche delle norme nazionali, come l'implementazione della nuova SDO, che si modifica per decreto nazionale a partire dal 2017, e che sarà l'occasione per reingegnerizzare i processi di gestione del flusso e ritorno informativo, primo esempio di un percorso che progressivamente coinvolgerà altri flussi.

Per l'anagrafe delle strutture sanitarie e socio-sanitarie autorizzate ed accreditate sarà rivolta una particolare attenzione, alla luce della revisione in atto sulla normativa su autorizzazione ed accreditamento.

Ø *Indicatore e target:*

Per la valutazione degli obiettivi saranno monitorate tempestività e completezza delle rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e Sistema TS: SDO, ASA, PS, CEDAP, AFO, FED, DIME, Hospice, ADI, FAR, Salute mentale adulti e neuropsichiatria infantile, Dipendenze patologiche e SIRCO. Inoltre sul flusso PS e 118 sarà richiesto il miglioramento della qualità del dato.

- o Indicatore di tempestività; target: 90% nel 2016 e 100% nel 2017

4.6. Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche

Piano investimenti

Le Aziende, esclusivamente con riferimento all'esercizio 2016, potranno finanziare lavori e piani di fornitura con fondi in conto esercizio solamente se rispettano la condizione di previsione di bilancio in pareggio.

Relativamente agli interventi finanziati con l'art. 20 L.67/88, stante la sottoscrizione dell'Accordo di Programma Addendum, nel corso del 2016 le Aziende sanitarie, al fine di rispettare la tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 e 311 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 e nel rispetto del Disciplinare di Giunta (deliberazione n. 708 del 15 giugno 2015), , devono avviare la predisposizione dei progetti e/o i piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art.20 L.67/88).

Ø *Indicatore e target*

- o Avvio predisposizione progetti e/o i piani di fornitura. *Target* : 100%

Le Aziende sanitarie inoltre devono presentare, nel corso del 2016, le richieste di liquidazione di interventi rientranti in programmi di investimento approvati dal 2003 al 2011, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo.

Ø *Indicatore e target*

- o Richieste di liquidazione relativamente ai lavori già terminati. *Target* : 75% richieste liquidazione sul totale interventi terminati.

Gestione del Patrimonio immobiliare

Obiettivo del livello regionale è la costituzione di uno o più fondi immobiliari per la gestione e la valorizzazione del patrimonio immobiliare non più utilizzato a fini istituzionali dalle Aziende sanitarie. Le Aziende dovranno fornire ai competenti Servizi regionali tutte le informazioni tecnico e giuridico amministrative necessarie per la costituzione dei richiamati fondi immobiliari.

Gli obiettivi relativi alla gestione del patrimonio immobiliare aziendale precipuamente relativi alla prevenzione incendi e sismica prevedono:

- § la programmazione e realizzazione degli interventi di adeguamento edilizio ed impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015);

§ il completamento, qualora non già fatto, della valutazione della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali (componenti architettoniche, arredi, impianti) e la conseguente programmazione degli interventi di mitigazione del rischio in conformità alle indicazioni fornite dal Gruppo Regionale di gestione del rischio sismico nelle strutture sanitarie;

Ø *Indicatori e target*

- o Segnalazione certificata (SCIA) attestante il rispetto dei requisiti di sicurezza antincendio (ex art.1, lett. b) DM 19 marzo 2015). *Target*: Presentazione SCIA competente Comando VVF
- o Valutazione vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali e programmazione interventi. *Target*: Predisposizione report

Inoltre la regione Emilia-Romagna parteciperà al progetto del Ministero della Salute *"Analisi del fabbisogno nazionale in tema di prevenzione antiincendio e di prevenzione sismica"* attraverso la collaborazione (6 gg/mese) di un professionista con competenze in materia di edilizia sanitaria ed adeguata esperienza tecnico gestionali in strutture ospedaliere di rilevanti dimensioni.

Manutenzione

Le Aziende, nelle more dell'effettuazione delle gare di manutenzione ordinaria che effettuerà il soggetto aggregatore Intercent-er, dovranno allineare il costo/mq della manutenzione ordinaria alla media regionale (ovvero mantenimento al precedente livello, se inferiore), nella logica di garantire omogenei standard qualitativi e di sicurezza. Inoltre le Aziende dovranno fornire le informazioni per il perseguimento degli obiettivi previsti nel progetto promosso da AGENAS "Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN";

Ø *Indicatori e target*

- o Allineamento del costo della manutenzione ordinaria (€/mq) alla media regionale. *Target*: Scostamenti non superiori al 10% della media regionale.

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) ed alla corretta gestione ambientale, in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e di mobilità sostenibile.

Ø *Indicatori e target*

- o Monitoraggio dei consumi energia elettrica e termica e delle azioni per l'uso razionale dell'energia. *Target*: Predisposizione schede di monitoraggio
- o Monitoraggio produzione rifiuti sanitari e azioni di mobilità sostenibile. *Target*: Predisposizione schede di monitoraggio

Tecnologie biomediche

Le Aziende sanitarie devono garantire il flusso informativo, relativo al parco tecnologico installato e alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione, al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB). In particolare qualora le Aziende sanitarie o gli IRCCS sostituiscano o acquisiscano tecnologie biomediche e software medicaldevice (inclusi quelli utilizzati ai fini di ricerca) aventi i seguenti requisiti:

§ "grandi" apparecchiature (TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari, ...) oggetto del flusso ministeriale istituito con decreto del 22 aprile 2014;

§ di rilevante impatto economico riferite a tecnologia singola o sistema che realizza la medesima funzione (di importo superiore alla soglia comunitaria europea);

§ innovative (non presenti sul territorio nazionale e regionale);

Le Aziende sanitarie devono massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative.

Ø *Indicatori e target*

- trasmissione flusso informativo parco tecnologico installato. *Target:* Trasmissione secondo scadenze prestabilite
- Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB. *Target:* 100% delle tecnologie.
- Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici. *Target:* Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite.

5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Gli ambiti prioritari di attività che richiedono un impegno specifico da parte delle Aziende nel 2016 sono:

- § Il sostegno alle attività di ricerca,
- § il contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza,
- § il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento,
- § la promozione di politiche di equità e partecipazione,
- § la formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.

Gli obiettivi da raggiungere nel 2016 vengono indicati di seguito.

Sostegno alle attività di ricerca

L'Agenzia Sanitaria e Sociale ha attivato nel 2007 l'Anagrafe Regionale della ricerca (AReR) con l'obiettivo di monitorare le attività di ricerca sanitaria in corso nelle Aziende sanitarie e gli IRCCS del Servizio Sanitario Regionale, anche allo scopo di orientare il programma regionale di ricerca. Il grado di partecipazione deve essere mantenuto e migliorato nelle Aziende ove non ancora soddisfacente. Nel 2016 le Aziende dovranno assicurare la puntuale alimentazione dell'anagrafe della ricerca per consentire di continuare a documentare l'attività di ricerca.

Ø *Indicatori e target:*

- le Aziende dovranno assicurare l'accesso regolare all'applicativo; target: almeno un accesso a trimestre
- le Aziende dovranno assicurare l'inserimento dei progetti di ricerca nell'ArER; target: il numero di schede inserite dovrà essere in linea con quello degli anni precedenti (media dei 4 anni precedenti).

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Il problema dell'antibioticoresistenza, legato sia all'uso non responsabile di antibiotici che alla trasmissione di infezioni in ambito assistenziale, richiede attenzione continua e interventi mirati. In particolare, bisogna promuovere, nel rispetto degli assetti organizzativi proposti dalle linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo DGR 318/2013, l'implementazione delle attività specifiche contemplate nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2018. Gli elementi a cui dare priorità sono:

- § sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SChER), dell'antibioticoresistenza (sistema LAB) e degli eventi epidemici (sistema SMI),

Ø *Indicatori e target:*

- Partecipazione al sistema di sorveglianza SICHER calcolato come % di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza (il valore di copertura è stato calcolato considerando, per ciascuna Azienda, le tre categorie di intervento con il maggior numero di interventi sorvegliati); Target: 75% di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza;
 - Partecipazione al flusso "Laboratori - LAB" del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali (riferito alle aziende che hanno un laboratorio che effettua e referta esami di batteriologia); Target: invio quadrimestrale dei file nel rispetto della normativa e delle specifiche tecniche vigenti in termini di completezza e qualità dei dati.
- § sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MAppER,
- ∅ *Indicatori e target:*
- Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario; Target: 20 litri per 1000 giornate di degenza.
- § stretto monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi, osservato nel corso del 2015 e nella prima parte del 2016.
- ∅ *Indicatori e target:*
- Partecipazione al sistema di sorveglianza dei CPE con caricamento dei file mensili di sintesi sul sito sharepoint "ER-ReCI (Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni)"; Target: caricamento del file mensile con i dati CPE nel rispetto delle modalità fissate (caricamento del file da effettuare mensilmente anche in assenza di casi - "zero reporting").
 - Partecipazione al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE con compilazione delle relative schede sul sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive e Alert); Target: compilazione di una scheda per ciascuna batteriemia da CPE diagnosticata in ospedale, in altra struttura di ricovero o in ambito territoriale nell'area di competenza dell'azienda sanitaria (invio dei dati da effettuare nel rispetto delle indicazioni ministeriali "Circolare del Ministero della Salute DGPRE 0004968-P-26/02/2013" e delle modalità di invio dati definite nel sistema SMI).

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Le attività che richiedono un impegno delle Aziende Sanitarie per promuovere e sostenere il processo di accreditamento sono:

- § Partecipare al processo di revisione del modello di accreditamento, come previsto dalla DGR 1604 del 2015, attraverso un percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012, valutandone il grado di adesione mediante autovalutazioni ed audit interni.
- ∅ *Indicatori e target:*
- produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione. Target: Si
- § Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento, svolta tramite i valutatori inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della stessa ASSR, appartenenti alle Strutture sanitarie, garantendo la loro partecipazione sia alle visite di verifica, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze.
- ∅ *Indicatori e target:*
- numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati (target 70%);

- o numero di valutatori partecipanti alle attività formative/numero di valutatori convocati (target 90%).

Promozione di politiche di equità e partecipazione

La Regione Emilia-Romagna, attraverso in particolare il lavoro dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, ha in questi anni sviluppato metodologie e strumenti per supportare il sistema dei servizi all'ascolto e al coinvolgimento dei cittadini e delle comunità. In ogni area vasta sono presenti competenze professionali in grado di utilizzare sia strumenti quantitativi (questionari) sia strumenti qualitativi (focus group e etnografia), oltre che aver prodotto linee guida ed indicazioni metodologiche.

Inoltre è attivo dal 2012 un percorso strutturato per l'innovazione nel campo dei processi partecipativi (Community Lab) che ha prodotto le Linee guida "La programmazione locale partecipata per la salute e il benessere sociale " e ha coinvolto diversi territori regionali (e Case della Salute) nella sperimentazione di azioni basate sul coinvolgimento attivo delle comunità per l'individuazione delle priorità e nella co-progettazione partecipata.

Dai risultati dell'ultimo monitoraggio delle Case della Salute emerge come la collaborazione con le associazioni di volontariato (es. AVIS, AUSER) sia presente in più del 70% delle 79 CdS funzionanti, e riguardi principalmente attività di informazione e orientamento alle persone che accedono alla Casa della Salute.

Nel 2016 le Aziende dovranno assicurare la partecipazione al percorso regionale per l'utilizzo degli strumenti *equity oriented* da utilizzare nei setting previsti dai Piani Locali Attuativi riferiti al Piano regionale della Prevenzione.

Ø *Indicatori e target:*

- o partecipazione di un gruppo di operatori definito in Azienda alla giornata di formazione per area vasta sull'applicazione dell'Equality Impact Assessment (EqIA) nel Piano Regionale della Prevenzione e partecipazione all'incontro di follow-up concordato localmente. Target: Sì
- o valutazione tramite EqIA su almeno 1 progetto specifico per ciascuna delle schede del PRP individuate in accordo con il Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, ovvero schede 2.8 - 4.1 - 6.6 (o in alternativa 3.1). Target: Sì

Nelle Case della Salute gli obiettivi per le Aziende per promuovere lo sviluppo dell'empowerment sono:

§ la valutazione di specifici percorsi socio-assistenziali in relazione alle dimensioni di qualità salienti nelle CdS e rispetto a specifiche tipologie di utenza (pazienti cronici, utenti ambulatoriali, utenti salute mentale...), tramite indagini multimetodo e strumenti di rilevazione disponibili a livello regionale (rif. lett. prot. PG n.505543 del 22 Dicembre 2014, All.1 "Programma per l'ascolto e il coinvolgimento del cittadino")/aziendale;

Ø *Indicatori e target:*

- o Valutazione di almeno 1 percorso socio-assistenziale. Target: Sì
- o Valutazione di almeno 1 percorso socio-assistenziale tramite indagine che preveda l'utilizzo di strumenti quantitativi e/o qualitativi Target: Sì

§ la valutazione del grado di empowerment dell'utente e delle persone di riferimento rispetto alle pratiche clinico-assistenziali messe in atto per potenziare le capacità e la padronanza nell'affrontare la condizione di malattia, in particolare nella cronicità (es. "paziente esperto"; gruppi di auto-mutuo-aiuto) partecipando ad almeno due incontri del gruppo di lavoro regionale;

Ø *Indicatori e target:*

- o Partecipazione ad almeno due incontri del gruppo di lavoro regionale. Target: Sì

§ la partecipazione di almeno una CdS per Azienda al percorso di progettazione partecipata (metodo 'Community Lab') finalizzato all'analisi dei bisogni e all'individuazione delle priorità di intervento per la programmazione e il miglioramento dei servizi.

Ø *Indicatori e target:*

- o Partecipazione di almeno una CdS per Azienda al percorso di progettazione partecipata (metodo 'Community Lab'). Target: Sì

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

I processi di cambiamento attivati dal sistema ECM e il lavoro dell'Osservatorio regionale della formazione continua in sanità (ORFoCS), orientano l'azione formativa verso lo sviluppo di competenze professionali (dossier formativi individuali e di gruppo), la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e la valutazione di efficacia delle azioni formative quale contributo al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento organizzativi.

Gli obiettivi per il 2016 in ciascuna Azienda sono la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione.

Ø *Indicatori e target:*

- o progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo; target: almeno 2.
- o progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative. Target: almeno 1.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2016/1021

data 10/06/2016

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

omissis

L'assessore Segretario: Venturi Sergio

Il Responsabile del Servizio

Affari della Presidenza