

REPUBBLICA ITALIANA



# Regione Emilia-Romagna

BOLLETTINO UFFICIALE

---

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA REGIONE - VIALE ALDO MORO 52 - BOLOGNA

---

**Parte seconda - N. 100**

Spedizione in abbonamento postale - Filiale di Bologna  
art. 2, comma 20/c - Legge 662/96

**Euro 1,64**

---

**Anno 37**

**5 ottobre 2006**

**N. 143**

---

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 luglio  
2006, n. 1051

**Linee di programmazione e finanziamento del Ser-  
vizio Sanitario regionale per l'anno 2006**

## DELIBERAZIONI REGIONALI

### DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

#### REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 luglio 2006, n. 1051

#### Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2006

##### LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamate:

- la Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Legge finanziaria 2005) che, all'articolo 1, comma 164, determina il livello complessivo della spesa sanitaria al cui finanziamento concorre lo Stato per gli anni 2005, 2006 e 2007 rispettivamente in 88.195 milioni di Euro, 89.960 e 91.759, fissando, quindi, nel 2% annuo il tasso di crescita della spesa;
- l'Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni 23 marzo 2005 (repertorio atti 2271);

richiamata altresì la Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Legge finanziaria 2006) che:

- conferma gli obblighi posti a carico delle Regioni con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, finalizzati a garantire l'equilibrio economico-finanziario, a mantenere i livelli essenziali di assistenza, a rispettare gli ulteriori adempimenti di carattere sanitario previsti dalla medesima intesa e a prevedere, ove si prospettassero situazioni di squilibrio nelle singole Aziende sanitarie, la contestuale presentazione di piani di rientro e il blocco automatico delle assunzioni di personale e dell'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a carattere sanitario;
- autorizza, a titolo di regolazione debitoria, la somma di 2 miliardi di Euro, quale concorso dello Stato al ripiano dei disavanzi del Servizio Sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004;
- incrementa di 1 miliardo di Euro il livello complessivo della spesa sanitaria al cui finanziamento concorre lo Stato, da destinarsi con criteri e modalità concessive alle Regioni ai fini del rientro strutturale dal disavanzo;

avuto presente come i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome abbiano più volte avuto modo di segnalare, durante la discussione della Legge finanziaria 2006, l'insufficienza delle risorse destinate alla sanità: 89,9 miliardi di Euro (90,9 comprendendo il miliardo di cui sopra) rispetto ad una spesa tendenziale quantificata in sede di DPEF in 95,6 miliardi; il problema della sottostima del finanziamento resta a tutt'oggi un problema aperto, che dovrà trovare una sua soluzione nell'ambito del nuovo patto tra il Governo e le Regioni sulla sanità, attualmente in discussione;

preso atto delle Intese raggiunte in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 28 marzo 2006 per la ripartizione tra le Regioni delle disponibilità finanziarie destinate al Servizio Sanitario nazionale, e in particolare:

- sulla base della proposta del Ministro della Salute, le complessive disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario nazionale per il 2006, pari a 89.960 milioni di Euro, vengono destinate: quanto a 87.683,725 milioni di Euro per il finanziamento indistinto dei livelli essenziali di assistenza; quanto a 1.526,765 milioni ad attività a destinazione vincolata, compresi gli obiettivi di PSN, a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della Legge 662/96; 474,510 milioni vengono destinati al finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie (Croce Rossa, Istituti Zooprofilattici, specializzandi); 275 milioni di Euro concorrono alla copertura degli oneri contrattuali, ai sensi dell'art. 3, comma 52 della Legge 350/03, cui si aggiungono ulteriori 213 stanziati per il medesimo titolo dalla finanziaria 2006;
- le risorse ripartite alla Regione Emilia-Romagna per il 2006

ammontano, al netto delle entrate proprie trattenute a livello centrale (172 milioni) a Euro 6.268.542.033,00 a finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, compresi 35.412.000,00 quale concorso alla copertura degli oneri contrattuali ex Legge 350/03 e 266/05;

- a titolo di regolazione debitoria per gli anni 2002, 2003 e 2004 il riparto in favore della Regione Emilia-Romagna ammonta a Euro 223.836.612,00, da destinarsi alla copertura del disavanzo regionale 2004;
- a finanziamento della spesa complessiva del Servizio Sanitario regionale concorrono inoltre il saldo attivo della mobilità inter-regionale, stimato, sulla base degli scambi registrati nell'ultimo anno, in 270,308 milioni di Euro e le entrate dirette delle Aziende sanitarie, valutabili nell'ordine di 400 milioni di Euro, tenuto conto sia dei ricavi e proventi di esercizio sia dei rimborsi e recuperi compensativi di voci di spesa;

considerato che:

- il volume di risorse destinate alla Regione Emilia-Romagna risulta analogo al livello di finanziamento registrato per il 2005, con una lieve flessione negativa; ciò, non solo in considerazione del modesto incremento che le risorse hanno avuto a livello nazionale rispetto all'anno precedente, ma anche per il sempre minor peso che, in sede di riparto tra le Regioni, viene riconosciuto al maggior bisogno assistenziale espresso dalla popolazione anziana: per il 2006 solo il 35% delle risorse viene ripartito tenendo conto dell'età dei pazienti da assistere; tenuto conto dell'incremento di popolazione che la Regione Emilia-Romagna registra da un anno all'altro, disporre dello stesso volume di risorse 2005 significa disporre, nel 2006, di una quota pro-capite inferiore per assistere la popolazione residente; di oltre 40.000 unità è stato l'aumento di popolazione da assistere tra il 2004 e il 2005, di oltre 70.000 se si tiene conto dei dati ISTAT;
- rispetto al 2005, anno per il quale il Servizio Sanitario regionale ha evidenziato una situazione di equilibrio economico-finanziario, la spesa sanitaria regionale 2006 registra il venir meno di risorse a copertura per complessivi 150 milioni circa – nel 2005 infatti si è avuto il concorso di risorse dai mezzi correnti del Bilancio regionale per 95 milioni e la destinazione della quota parte di ripiano dei disavanzi 2001, 2002 e 2003 da parte dello Stato, 56 milioni di Euro, a copertura della spesa 2005, stante l'avvenuto ripiano con mezzi regionali e aziendali del disavanzo degli esercizi interessati – cui si aggiunge il venir meno di operazioni a carattere straordinario che hanno inciso sul risultato di gestione del 2005 per circa 50 milioni di Euro;
- conseguentemente, la programmazione per il 2006 registra, già nella fase di avvio, una sofferenza finanziaria dell'ordine di 200 milioni di Euro;
- maggiori oneri ricadono sull'esercizio in relazione alla prevista applicazione, a pieno regime, del II biennio economico del contratto del personale dipendente (2004 e 2005) – Comparto e Dirigenza – e all'obbligo di provvedere ad un ulteriore accantonamento per far fronte ai rinnovi contrattuali 2006, in misura pari al tasso d'inflazione programmato; tali maggiori oneri sono quantificati nell'ordine di 75 milioni circa;

ritenuto, conseguentemente, di dover fornire indirizzi alle Aziende sanitarie affinché la programmazione economico-finanziaria 2006 sia improntata nel rigoroso rispetto dei seguenti elementi:

- per quanto riguarda la gestione delle risorse umane, il governo degli organici e della spesa per il personale dovranno tener conto dei limiti alle assunzioni a tempo indeterminato e del limite di spesa fissati, rispettivamente, dalla Legge finanziaria 2005 (Legge 311/04, articolo 1, commi 98 e 107) e dalla Legge finanziaria 2006 (Legge 266/05, articolo 1, commi 198 – 200), oltre che delle limitazioni poste dall'articolo 6, comma 2 della citata Intesa 23 marzo 2006, che prevede il blocco automatico delle assunzioni di personale in caso di squilibrio economico-finanziario dell'azienda;
- per la spesa farmaceutica territoriale, comprensiva cioè della spesa convenzionata e di quella riferita alla distribuzione di-

- retta, le aziende dovranno assumere come vincolo di spesa da inserire nei bilanci preventivi un valore coerente con il tetto di spesa regionale del 13% fissato dalla Legge 405/01, incrementato del valore corrispondente al 40% dello sfioramento previsto per l'andamento in corso d'anno della spesa convenzionata; ciò, in ottemperanza al disposto dell'articolo 48 della Legge 326/03, che prevede il recupero della restante quota di sfondamento della spesa con misure messe a punto dall'AIFA, ancorchè destinate a produrre i loro effetti in termini di contenimento della spesa anche nel corso del 2007, dovranno concorrere a ripianare l'eccedenza di spesa che presumibilmente si registrerà nel corso del 2006;
- per l'acquisto e la produzione di prestazioni sanitarie all'interno del Servizio Sanitario regionale, nessun incremento tariffario verrà disposto per il 2006; per quanto riguarda la mobilità inter-regionale specifiche indicazioni verranno fornite con separato provvedimento;
  - per quanto riguarda la spesa per beni e servizi, le aziende dovranno rigorosamente attenersi alle disposizioni della Finanziaria 2005 in tema di limite di crescita annuo al 2%; le azioni di Area vasta, l'adesione alle iniziative promosse dall'Agenzia regionale Intercent-ER costituiscono elementi di rafforzamento delle azioni aziendali in tema di contenimento di tale categoria di spesa;
  - per quanto riguarda, infine, i rinnovi contrattuali del personale dipendente, le aziende dovranno necessariamente prevedere gli oneri correlati alla piena applicazione dei contratti riferiti al 2° biennio economico (2004 e 2005), nella misura del 5,07% del monte salari 2003 (Comparto e Dirigenza), nonché costituire apposito accantonamento per il rinnovo 2006 del contratto, nella misura dell'1,7% del monte salari 2005 del personale dipendente; ciò, in ottemperanza al DL 2003/2005, convertito, con modificazioni, dalla Legge 248/05;
  - per quanto riguarda l'avvio delle azioni inerenti la non autosufficienza, si confermano in questa sede le linee di indirizzo, ivi compreso l'incremento dei finanziamenti, impartite con nota prot. n. 11488 del 20 marzo 2006 alle Direzioni aziendali dai due Assessori, Politiche per la salute e Politiche sociali, già oggetto di accordo con gli Enti locali all'interno della cabina di regia regionale, finalizzate alla sperimentazione delle condizioni di fattibilità del fondo regionale per la non autosufficienza;

ritenuto, altresì, pur in un quadro di estrema difficoltà finanziaria, di assicurare continuità alle linee di sviluppo e di qualificazione dell'assistenza che caratterizzano il Servizio Sanitario regionale, a garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e di approvare, a tal fine, le principali indicazioni e i più rilevanti obiettivi per l'esercizio in corso, contenuti nel documento "Linee di programmazione e obiettivi alle Aziende sanitarie - anno 2006", Allegato B) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento; in particolare, si richiama le azioni in tema di contenimento dei tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale, la realizzazione del programma di assistenza odontoiatrica di cui alla deliberazione della Giunta regionale 2678/04, gli impegni per il sostegno a ricerca e innovazione;

ravvisata l'opportunità di definire il quadro delle risorse finanziarie a disposizione del Servizio Sanitario regionale, complessivamente pari a 6.363,542 milioni di Euro (6.268,542 milioni derivanti dal riparto per livelli di assistenza di cui all'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006 di cui sopra e 95 milioni stimati in pari valore rispetto al 2005, a valere sugli accantonamenti a destinazione vincolata, per la parte riferita al perseguimento degli obiettivi di PSN) nel modo seguente :

- 1) quanto a 6.144,179 milioni a finanziamento dei livelli di assistenza, nel modo seguente:
  - 5.740 tra le Aziende USL sulla base dei parametri di ponderazione della popolazione di cui alla relazione allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale - Allegato A; per il riparto vengono assunti i dati di popolazione all'1/1/2005, ultimi disponibili, vengono altresì assunti i dati dei consumi sanitari per tipologia di prestazione/servi-

zio, per classe d'età e sesso, la cui sistematica rilevazione ha consentito l'affinamento di criteri e parametri; una quota parte di tali risorse - 183,446 milioni, pari al 3,2%, viene destinata all'avvio del Fondo regionale per la non autosufficienza di cui all'articolo 51 della L.R. 27/04;

- 27,824 vengono destinati all'assegno di cura, al fine di sostenere il mantenimento a domicilio dell'anziano non autosufficiente e per i soggetti con disabilità gravissima acquisita (di cui alla deliberazione di questa Giunta 2068/04); tali risorse confluiscono nel FRNA di cui sopra;
  - 10,000 per far fronte all'adeguamento del riparto a quota capitaria, sulla base della consistenza effettiva della popolazione all'1/1/2006;
  - 16,000 per assistenza termale;
  - 43,300 per assistenza ai pazienti dimessi dagli ex OO.PP.;
  - 46,105 per il finanziamento dell'ARPA; si conferma il medesimo livello di finanziamento ordinario 2005, stante la mancata crescita delle risorse complessive regionali rispetto all'anno precedente; a tale finanziamento si aggiunge il contributo per i maggiori oneri contrattuali del personale dipendente;
  - 200,000 quale contributo per i maggiori oneri contrattuali e a parziale finanziamento dell'istituto di esclusività di rapporto del personale dirigente (82,633); detto importo comprende anche 35,412 milioni quale contributo ex Leggi finanziarie (350/03 e 266/05);
  - 20 a finanziamento del progetto "Emergenza e 118";
  - 10 a finanziamento del progetto "Sangue ed emoderivati";
  - 6,200 a finanziamento del progetto "Trapianti e medicina rigenerativa";
  - 12,000 per altre funzioni sovra-aziendali;
  - 1,550 per il programma di interventi sanitari a carattere umanitario;
  - 1,200 per assistenza farmaceutica nelle carceri;
  - 10,000 vengono accantonati a finanziamento degli obiettivi specifici di produzione di interesse regionale;
- 2) quanto a 75,210 milioni di Euro, a finanziamento del sistema integrato SSR - Università, di cui:
    - 52 a titolo di integrazione tariffaria per l'impatto che ricerca e didattica hanno sui costi di produzione delle Aziende Ospedaliere-Universitarie; si è provveduto in tal modo ad adeguare tale contributo all'8% del fatturato delle Aziende per prestazioni di degenza infra-regionale; quota-parte di tale contributo, 10 milioni, sono vincolati a specifici progetti di eccellenza;
    - 9,660 a finanziamento dell'estensione dei benefici contrattuali dell'esclusività di rapporto al personale universitario e al personale dipendente dagli Istituti Ortopedici Rizzoli, in continuità rispetto agli anni precedenti;
    - 13,550 per i corsi universitari delle professioni sanitarie;
  - 3) quanto a 29,700 milioni di Euro, a finanziamento di strutture, funzioni e attività a valenza regionale, di cui:
    - 3,700 per il finanziamento dell'Agenzia sanitaria regionale;
    - 22,000 per obiettivi e progetti per l'innovazione;
    - 4,000 per altre funzioni a gestione accentrata regionale (sistemi informativi, materiale di consumo, ecc.);
  - 4) 80 milioni di Euro vengono destinati al finanziamento del fondo di riserva e di specificità aziendali non riflesse dai criteri di finanziamento e a sostegno dei piani di rientro delle aziende in situazione di squilibrio economico-finanziario;
  - 5) 34,453 milioni vengono accantonati per fronte a diverse esigenze quali: sostegno finanziario al Piano regionale per il contenimento delle liste d'attesa; differenziale tariffario sulla mobilità inter-regionale; emergenza aviaria; altre esigenze che si dovessero manifestare in corso d'anno, per le quali questa Giunta dovesse riconoscere una copertura finanziaria specifica;
- ribadito infine che:
- 1) le Aziende USL sono le uniche titolari del fondo di finanziamento;
  - 2) le Aziende Ospedaliere e Ospedaliere-Universitarie sono finanziate direttamente dalla Regione soltanto per quanto at-

tiene l'assegnazione alle stesse di quote a titolo di integrazione tariffaria per maggiori oneri sostenuti in relazione alla presenza della componente universitaria o per l'applicazione di specifici istituti contrattuali, nonché per partecipazione a progetti specifici o per funzioni svolte;

- 3) le prestazioni ambulatoriali e di degenza che le Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie erogheranno nel corso dell'anno ai cittadini costituiranno, valorizzate in base alle tariffe vigenti e ai piani di committenza, il "fatturato" effettivo;
- 4) anche alle Aziende USL si applica il sistema di scambi legato alla mobilità per prestazioni sia ambulatoriali che di degenza;
- 5) i rapporti tra le Aziende sanitarie della Regione relativi ai flussi di mobilità sanitaria vengono regolati sulla base delle specifiche direttive e circolari emesse in materia;

acquisito il parere favorevole espresso dalla Commissione assembleare Politiche per la salute e Politiche sociali espresso nella seduta pomeridiana del 19 luglio 2006;

richiamata la propria deliberazione n. 447 del 24 marzo 2003, avente titolo: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali";

dato atto, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. 43/01 e della propria deliberazione 447/03, del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore generale alla Sanità e Politiche sociali, dott. Leonida Grisendi;

su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute;

a voti unanimi e palesi, delibera:

1) di dare atto che, per quanto nelle premesse esposto e che qui integralmente si richiama, le risorse previste per l'anno 2006 a finanziamento del Servizio Sanitario regionale ammontano a complessivi 6.363,542 milioni di Euro; 6.268,542 derivanti dal riparto per livelli di assistenza di cui all'Intesa Stato-Regioni 28 marzo 2006 (comprensivi di 35,412 milioni quale quota-parte del finanziamento disposto ai sensi, dalle Leggi 350/03 e 266/05, a parziale copertura dei maggiori oneri contrattuali per il personale dipendente) e 95 stimati, in pari valore rispetto al 2005, a valere sugli accantonamenti destinati al finanziamento degli obiettivi prioritari di PSN;

2) di dare espressamente atto, per le motivazioni in premessa esposte e qui integralmente richiamate, della assoluta insufficienza delle risorse per la copertura della spesa sanitaria regionale 2006 e della conseguente impossibilità di formulare un quadro di programmazione 2006 in equilibrio economico-finanziario, così come l'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 impone, assumendo la garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza come impegno inderogabile per il Servizio Sanitario regionale;

3) di fornire indirizzi alle Aziende sanitarie affinché la programmazione economico-finanziaria 2006 sia improntata nel rigoroso rispetto dei seguenti elementi, già esplicitati in premessa e di seguito riportati:

- per quanto riguarda la gestione delle risorse umane, il governo degli organici e della spesa per il personale dovranno tener conto dei limiti alle assunzioni a tempo indeterminato e del limite di spesa fissati, rispettivamente, dalla Legge finanziaria 2005 (Legge 311/04, articolo 1, commi 98 e 107) e dalla Legge finanziaria 2006 (Legge 266/05, articolo 1, commi 198 – 200), oltre che delle limitazioni poste dall'articolo 6, comma 2 della citata Intesa 23 marzo 2006, che prevede il blocco automatico delle assunzioni di personale in caso di squilibrio economico-finanziario dell'azienda;
- per la spesa farmaceutica territoriale, comprensiva cioè della spesa convenzionata e di quella riferita alla distribuzione diretta, le aziende dovranno assumere come vincolo di spesa da inserire nei bilanci preventivi un valore coerente con il tetto di spesa regionale del 13% fissato dalla Legge 405/01, incrementato del valore corrispondente al 40% dello sfioramento previsto per l'andamento in corso d'anno della spesa convenzionata; ciò, in ottemperanza al disposto dell'articolo

48 della Legge 326/03, che prevede il recupero della restante quota di sfioramento della spesa con misure messe a punto dall'AIFA, ancorché destinate a produrre i loro effetti in termini di contenimento della spesa anche nel corso del 2007, dovranno concorrere a ripianare l'eccedenza di spesa che presumibilmente si registrerà nel corso del 2006;

- per l'acquisto e la produzione di prestazioni sanitarie all'interno del Servizio Sanitario regionale, nessun incremento tariffario verrà disposto per il 2006; per quanto riguarda la mobilità inter-regionale specifiche indicazioni verranno fornite con separato provvedimento;
- per quanto riguarda la spesa per beni e servizi, le aziende dovranno rigorosamente attenersi alle disposizioni della Finanziaria 2005 in tema di limite di crescita annuo al 2%; le azioni di Area vasta, l'adesione alle iniziative promosse dall'Agenzia regionale Intercent-ER costituiscono elementi di rafforzamento delle azioni aziendali in tema di contenimento di tale categoria di spesa;
- per quanto riguarda, infine, i rinnovi contrattuali del personale dipendente, le aziende dovranno necessariamente prevedere gli oneri correlati alla piena applicazione dei contratti riferiti al II biennio economico (2004 e 2005), nella misura del 5,07% del monte salari 2003 (Comparto e Dirigenza), nonché costituire apposito accantonamento per il rinnovo 2006 del contratto, nella misura dell'1,7% del monte salari 2005 del personale dipendente; ciò, in ottemperanza al DL 2003/2005, convertito, con modificazioni, dalla Legge 248/05;
- per quanto riguarda l'avvio delle azioni inerenti la non autosufficienza, si confermano in questa sede le linee di indirizzo, ivi compreso l'incremento dei finanziamenti, impartite con nota prot. n. 11488 del 20 marzo 2006 alle Direzioni aziendali dai due Assessori, Politiche per la salute e Politiche sociali, già oggetto di accordo con gli Enti locali all'interno della cabina di regia regionale, finalizzate alla sperimentazione delle condizioni di fattibilità del fondo regionale per la non autosufficienza;

4) di impegnare tutte le Direzioni aziendali alla formulazione di programmi di contenimento e razionalizzazione dei costi, al fine di contenere lo squilibrio economico-finanziario prospettato per l'anno in corso; detti programmi, le cui ricadute devono già essere riflesse nel bilancio economico preventivo aziendale, devono considerarsi aggiuntive rispetto ai Piani di rientro cui alcune Direzioni generali già sono tenute in virtù della deliberazione di conferimento dell'incarico;

5) di provvedere al finanziamento delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2006 destinando le complessive risorse a finanziamento: dei livelli di assistenza; del sistema integrato SSR-Università; delle funzioni regionali; del Fondo di riserva e ad accantonamento così come rappresentato a Tabella 1, parte integrante del presente provvedimento;

6) di ripartire pertanto:

- alle Aziende USL la somma di 5.740 milioni di Euro a finanziamento dei livelli di assistenza, sulla base dei parametri di ponderazione della popolazione, come illustrato nel documento "Criteri di finanziamento delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna – anno 2006" di cui all'Allegato A) al presente provvedimento; una quota parte di tali risorse – 183,446 milioni, pari al 3,2%, viene destinata all'avvio del Fondo regionale per la non autosufficienza di cui all'articolo 51 della L.R. 27/04; il riparto in capo alle singole Aziende viene indicato alle Tavole 2 e 3, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
- alle Aziende USL la somma di 27,824 milioni di Euro, al fine di sostenere il mantenimento a domicilio dell'anziano non autosufficiente e per i soggetti con disabilità gravissima acquisita (di cui alla deliberazione di questa Giunta 2068/04); tali risorse confluiscono nel FRNA di cui sopra, la cui composizione viene rappresentata alla Tabella 4, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- alle Aziende USL, Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie, agli Istituti Ortopedici Rizzoli e all'ARPA la somma di 200,000 milioni di Euro, di cui 117,367 quale contributo per



i rinnovi contrattuali del personale dipendente (compresi 35,412 messi a disposizione dalle Leggi finanziarie 2004 e 2006) e 82,633 a parziale finanziamento dell'istituto di esclusività di rapporto del personale dirigente dipendente, in continuità rispetto agli esercizi precedenti, così come analiticamente riportato alla Tabella 5, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

– all'Agenzia regionale per la Prevenzione ambientale la somma di 46,105 milioni di Euro;

7) di ripartire altresì in questa sede il Fondo di riserva, per le specificità aziendali e a sostegno delle aziende in situazioni di deficit strutturale, al fine di consentire alle medesime aziende di formulare in maniera certa le previsioni per il corrente esercizio; le risorse vengono ripartite in continuità rispetto all'anno 2005: 5,681 milioni all'Azienda USL di Rimini, per specificità aziendali (fenomeno turistico, presenza della comunità S. Patriignano e di Istituti di riabilitazione ex art. 26/833); 6,869 milioni all'Azienda USL di Ferrara, a fronte degli oneri relativi alla definizione dell'assetto della rete ospedaliera ferrarese, come da protocollo siglato in data 16 marzo 2001; 9,350 milioni a Piacenza, a titolo sia di fondo di sostegno sia quale riconoscimento delle specificità legate al fenomeno della mobilità sanitaria inter-regionale; 19,000 milioni all'Azienda USL di Bologna quale sostegno finanziario ai processi di riassetto strutturale e organizzativo e 14,750 a Ravenna quale fondo di sostegno e per le specificità connesse alla più elevata prevalenza nel territorio ravennate di casi di AIDS rispetto alla media regionale; 9,350 milioni vengono assegnati all'Azienda USL di Ferrara a titolo sia di fondo di sostegno sia quale riconoscimento delle specificità connesse alla forte presenza nel territorio ferrarese di soggetti talassemici (valutate, queste ultime, per un importo di circa 1,5 milioni); 2,5 milioni vengono destinate all'Azienda USL di Parma ad integrazione dell'assegnazione a quota capitaria, per la parte riferita all'assistenza "dipendenze patologiche";

8) di riservare a successivi e separati provvedimenti il riparto e l'assegnazione delle restanti risorse, pari a 282,113 milioni di Euro;

9) di riservarsi di verificare a settembre le dinamiche della popolazione, al fine di apportare le necessarie rettifiche al presente provvedimento, a fronte della consistenza effettiva della popolazione all'1/1/2006;

10) pur in un quadro di estrema difficoltà finanziaria, di assicurare continuità alle linee di sviluppo e di qualificazione dell'assistenza che caratterizzano il Servizio Sanitario regionale e di approvare, a tal fine, le principali indicazioni e i più rilevanti obiettivi per l'esercizio in corso, contenuti nel documento "Linee di programmazione e obiettivi alle Aziende sanitarie – anno 2006", Allegato B) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento; in particolare, si richiamano le azioni in tema di contenimento dei tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale, la realizzazione del programma di assistenza odontoiatrica di cui alla deliberazione della Giunta regionale 2678/04, gli impegni per il sostegno a ricerca e innovazione;

11) di disporre che il documento "Linee di programmazione e obiettivi alle Aziende sanitarie – anno 2006" di cui al punto precedente costituisca il quadro degli obiettivi cui correlare la corresponsione ai Direttori generali delle Aziende sanitarie dei compensi aggiuntivi previsti dai relativi contratti in essere;

12) di avvalersi del nucleo costituito congiuntamente dalle due Direzioni generali Sanità e Politiche sociali e Risorse finanziarie e strumentali, di cui alla deliberazione di questa Giunta 1334/05 per il monitoraggio in corso d'anno della situazione economico-finanziaria del Servizio Sanitario regionale;

13) di pubblicare il presente provvedimento, completo di tutti gli allegati, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

*(segue allegato fotografato)*

TABELLA 1 FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2006

(importi in migliaia di euro)		Previsione 2006
<b>1</b>	<b>FINANZIAMENTO DEI LIVELLI DI ASSISTENZA</b>	<b>6.144.179</b>
	Oneri contrattuali personale dipendente	200.000
	Risorse distribuite a quota capitaria	5.740.000
	Assegno di cura anziani e gravissime disabilità acquisite <i>Avvio Fondo Regionale per la non autosufficienza</i>	27.824
	Adeguamento dei finanziamenti alla popolazione all'1° gennaio	211.270
	Assistenza termale	10.000
	Assistenza ai pazienti dimessi dagli ex OO.PP	16.000
	ARPA	43.300
		46.105
	<b>Progetti e funzioni sovra-aziendali:</b>	
	Emergenza 118	20.000
	Progetto sangue ed emoderivati	10.000
	Trapianti e medicina rigenerativa	6.200
	Altre funzioni sovra-aziendali	12.000
	Interventi sanitari a carattere umanitario	1.550
	Assistenza farmaceutica nelle carceri	1.200
	Obiettivi specifici ex Accordo Ospedali privati accreditati	10.000
<b>2</b>	<b>FINANZIAMENTO SISTEMA INTEGRATO SSR - UNIVERSITA'</b>	<b>75.210</b>
	Integrazione tariffaria per impatto di ricerca e didattica	42.000
	Integrazione tariffaria su progetti di ricerca	10.000
	Esclusività di rapporto del personale universitario (compreso personale II.OO.RR.)	9.660
	Corsi universitari delle professioni sanitarie	13.550
<b>3</b>	<b>FINANZIAMENTO STRUTTURE e FUNZIONI REGIONALI, INNOVAZIONE</b>	<b>29.700</b>
	Agenzia Sanitaria Regionale	3.700
	Obiettivi e progetti per l'innovazione...	22.000
	Altro (sistemi informativi, materiali di consumo ....)	4.000
<b>4</b>	<b>FONDO DI RISERVA:</b>	<b>80.000</b>
	specificità aziendali e Fondo di sostegno	
<b>5</b>	<b>ACCANTONAMENTO</b>	<b>34.453</b>
<b>TOTALE FINANZIAMENTO SSR</b>		<b>6.363.542</b>

Tabella 2  
Finanziamento 2006  
Coefficienti di assorbimento per livelli di assistenza

Coefficiente di assorbimento per livello di assistenza													
Aziende USL	Previdenza collettiva	Assistenza distrettuale								Ospedalliera		TOTALE	
		(1)	Farmaceutica territoriale	MMG (2)	Specialistica (3)	Salute Mentale (4)	Dipendenze patologiche (5)	Rete cure paliative - ADI e HOSPICE (6)	Residenziale e semi Avvio FRNA (7)	Residenzi ale e semi (8)	Altro (9)		(10)
Piacenza	0,319		1,017	0,378	1,008	0,232	0,052	0,156	0,253	0,302	0,095	3,078	6,889
Parma	0,501		1,486	0,606	1,499	0,356	0,078	0,226	0,355	0,440	0,147	4,490	10,183
Reggio Emilia	0,578		1,623	0,725	1,688	0,434	0,127	0,236	0,379	0,449	0,188	4,915	11,341
Modena	0,729		2,242	0,958	2,318	0,585	0,134	0,323	0,450	0,607	0,248	6,677	15,270
Bologna	0,806		3,019	1,199	3,033	0,701	0,218	0,459	0,578	0,883	0,291	8,919	20,106
Imola	0,115		0,444	0,181	0,448	0,107	0,047	0,066	0,106	0,126	0,045	1,304	2,991
Ferrara	0,352		1,342	0,504	1,323	0,294	0,082	0,203	0,280	0,386	0,115	3,996	8,878
Ravenna	0,377		1,356	0,502	1,348	0,310	0,084	0,206	0,322	0,399	0,128	3,954	8,987
Forlì	0,208		0,651	0,257	0,650	0,152	0,045	0,100	0,165	0,194	0,063	1,918	4,403
Cesena	0,210		0,658	0,272	0,682	0,172	0,036	0,093	0,150	0,172	0,072	1,918	4,435
Rimini	0,304		0,961	0,417	1,004	0,256	0,097	0,134	0,158	0,247	0,108	2,830	6,518
TOTALE REGIONE	4,50		14,80	6,00	15,00	3,60	1,00	2,20	3,2	4,20	1,50	44,00	100,00
Totale comprensivo di ARPA													
Quote livelli di assistenza 2005	4,50		14,30	5,90	13,80	3,60	1,00	2,00	7,20		2,70	45,00	100,00

(1) I criteri adottati sono specifici per funzione: la funzione igiene pubblica tiene conto della popolazione residente integrata con i flussi turistici e gli studenti; per la funzione veterinaria si è utilizzata l'attività pesata. Per la funzione sicurezza e igiene del lavoro sono state considerate unità produttive e addetti; per le verifiche di sicurezza si è tenuto conto degli impianti da verificare.

(2) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente e dei costi, tiene conto anche della previsione di maggiori oneri dovuti al rinnovo delle convenzioni.

(3) La popolazione è stata corretta tenendo conto degli studenti imputati al 25%.

(4) L'assegnazione è stata fatta sulla base della pop. residente di età 18 - 64 anni; per la neuropsichiatria infantile si è tenuto conto della pop. < 18 aa. Non comprende i finanziamenti per l'ex O.P. finanziato ad hoc, e l'assistenza ospedaliera (SPDC e case di cura private) ricompresa nello specifico livello: considerando anche queste voci le quote destinate alla salute mentale si attestano attorno al 5%.

(5) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15 - 54 anni corretta con l'incidenza della tossicodipendenza.

(6) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 45-74 e oltre i 75 anni.

(7) L'FRNA è alimentata dalle quote dell'assistenza residenziale evidenziate in questa colonna (si devono poi aggiungere le risorse destinate all'assegno di cura per anziani e per disabili).

(8) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione ultra 75-enni.

(9) Comprende l'attività dei consultori familiari, l'emergenza extraospedaliera, l'handicap: l'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione di età < 65 anni, delle donne in età feconda e dei bambini di età 0-4.

(10) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato, e day hospital. Per la degenza in regime ordinario sono stati considerati i consumi anche degli ultra 85 -enni.

Tabella 3  
Finanziamento 2006  
Assegnazione per livelli di assistenza

Aziende USL	Prevenzione collettiva	Assistenza distrettuale								Ospedaliera		TOTALE	
		(1)	Farmaceutica territoriale	MMG (2)	Specialistica (3)	Salute mentale (4)	Dipendenze Patologiche (5)	Rete cure palliative -AdL e HOSPICE (6)	Residenziale e semi		Altro (9)		(10)
									Quota per FRNA (7)	Quota per livello (8)			
Piacenza	18.311.155	58.393.678	21.708.988	57.832.909	13.305.843	2.985.402	8.930.473	14.510.703	17.308.878	5.440.522	176.685.558	395.404.109	
Parma	28.742.587	85.281.602	34.768.036	86.063.410	20.436.367	4.465.559	12.995.034	20.379.906	25.229.491	8.442.988	257.728.893	584.532.663	
Reggio Emilia	33.199.596	93.177.836	41.627.835	96.871.371	24.903.435	7.275.350	13.523.235	21.775.948	25.744.870	10.781.343	282.099.633	660.980.455	
Modena	41.827.797	128.691.221	54.972.909	133.043.754	33.597.045	7.676.748	18.523.781	25.829.904	34.852.885	14.224.055	383.264.450	876.504.349	
Bologna	46.271.181	173.311.880	68.829.931	174.067.575	40.258.009	12.493.531	26.329.066	33.164.788	50.691.818	16.713.577	511.942.774	1.154.074.131	
Imola	6.619.218	25.503.764	10.398.541	25.707.153	6.153.488	2.709.441	3.791.215	6.107.008	7.259.254	2.590.804	74.852.000	171.691.865	
Ferrara	20.227.960	77.048.352	28.952.146	75.926.379	16.872.770	4.691.346	11.634.301	15.068.743	22.163.903	6.614.977	229.389.310	509.580.188	
Ravenna	21.661.695	77.823.178	28.639.133	77.393.599	17.803.569	4.841.871	11.825.732	18.475.541	22.877.062	7.342.097	226.975.065	515.858.541	
Forlì	11.936.215	37.365.804	14.739.251	37.308.817	8.703.336	2.609.091	5.725.808	9.481.840	11.120.670	3.605.356	110.112.181	252.711.370	
Cesena	12.074.652	37.746.359	15.610.223	39.154.394	9.891.309	2.057.168	5.310.051	8.588.176	9.860.216	4.140.915	110.119.496	254.552.959	
Rimini	17.425.943	55.186.325	23.953.007	57.629.639	14.715.859	5.594.493	7.691.304	9.074.024	14.204.571	6.203.365	162.430.841	374.109.370	
TOTALE REGIONE	258.300.000	849.520.000	344.400.000	861.000.000	206.640.000	57.400.000	126.280.000	183.446.581	241.313.419	86.100.000	2.525.600.000	5.740.000.000	
Totale comprensivo di ARPA	304.405.000					Assegno di cura anziani		24.087.500					
						Assegno di cura disabili		3.735.775					
						FRNA		211.269.856					



Tabella 4  
Finanziamento 2006: Avvio FRNA - LIVELLO ASSISTENZA residenziale e semiresidenziale

Aziende USL	% di ultra 75	Assegno di cura anziani (1)	FRNA dal livello residenziale - Area integrazione socio-sanitaria (2)	Assegno di cura gravissime disabilità (3)	Assegnazione FRNA 2006 Totale (4)	Quota restante livello Residenziale - Area sanitaria (5)	Totale livello assistenza residenziale e semi (6)
Piacenza	7,17	1.727.743	14.510.703	360.985	16.599.431	17.308.878	31.819.581
Parma	10,46	2.518.365	20.379.906	461.725	23.359.996	25.229.491	45.609.397
Reggio Emilia	10,67	2.569.810	21.775.948	461.725	24.807.483	25.744.870	47.520.818
Modena	14,44	3.478.936	25.829.904	419.750	29.728.590	34.852.685	60.682.589
Bologna	21,01	5.059.972	33.164.788	461.725	38.686.485	50.691.818	83.856.606
Imola	3,01	724.607	6.107.008	83.950	6.915.564	7.259.254	13.366.262
Ferrara	9,18	2.212.364	16.058.743	495.305	18.766.412	22.163.903	38.222.647
Ravenna	9,48	2.283.550	18.475.541	209.875	20.968.966	22.877.062	41.352.603
Forlì	4,61	1.110.047	9.481.840	260.245	10.852.132	11.120.670	20.602.510
Cesena	4,09	984.230	8.588.176	268.640	9.841.047	9.860.216	18.448.393
Rimini	5,89	1.417.876	9.074.024	251.850	10.743.750	14.204.571	23.278.595
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>100,00</b>	<b>24.087.500</b>	<b>183.446.581</b>	<b>3.735.775</b>	<b>211.269.856</b>	<b>241.313.419</b>	<b>424.760.000</b>

(4) All'avvio del FRNA contribuiscono le risorse destinate all'assegno di cura per anziani (1), per gravissime disabilità (3), e quota parte delle risorse del livello assistenza residenziale e semiresidenziale (2).

(6) La quota assegnata al livello assistenza residenziale e semiresidenziale è il 7,4% delle risorse destinate ai livelli essenziali di assistenza ed allocate per quota capitaria pesata. Una parte di risorse di questo livello - 3,2% - alimenta il FRNA (2) ed è assegnato con criteri specifici, la rimanente quota - 4,2% - (5) è assegnata, come gli anni scorsi, sulla base della popolazione ultra 75 enne.

Tabella 5

Contributo per oneri contrattuali

<b>Aziende</b>	<b>Contributo esclusività di rapporto 2006</b>	<b>Rinnovi contrattuali pers. dip.</b>	<b>FINANZIAMENTO 2006</b>
<b>Aziende USL</b>			
Piacenza	4.886.000	6.837.676	11.723.676
Parma	4.104.282	4.842.460	8.946.742
Reggio Emilia	5.403.768	7.081.256	12.485.024
Modena	8.604.017	10.925.993	19.530.010
Bologna	12.730.745	16.791.575	29.522.319
Imola	2.448.987	3.522.417	5.971.405
Ferrara	4.185.179	6.415.441	10.600.620
Ravenna	8.157.995	9.731.538	17.889.534
Forlì	3.456.663	4.985.627	8.442.290
Cesena	3.715.834	4.944.458	8.660.292
Rimini	4.436.302	5.953.165	10.389.467
<b>Totale Aziende USL</b>	<b>62.129.773</b>	<b>82.031.606</b>	<b>144.161.379</b>
<b>Aziende Ospedaliere</b>			
Parma	3.765.402	6.432.130	10.197.532
Reggio Emilia	3.634.648	4.708.434	8.343.082
Modena	2.949.299	5.045.749	7.995.048
Bologna	6.327.750	9.874.841	16.202.592
Ferrara	3.826.128	4.884.955	8.711.083
<b>Totale Aziende Ospedaliere</b>	<b>20.503.227</b>	<b>30.946.110</b>	<b>51.449.337</b>
Istituti Ortopedici Rizzoli	-	2.309.516	2.309.516
ARPA	-	2.079.768	2.079.768
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>82.633.000</b>	<b>117.367.000</b>	<b>200.000.000</b>

## **ALLEGATO A**

### **Criteri di Finanziamento delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna Anno 2006**

L'allocazione delle risorse finanziarie alle Aziende USL del Sistema sanitario regionale, secondo quanto ribadito anche dalla Legge regionale 29 del 23 dicembre 2004, all'art.3 comma 2, viene effettuata in base alla numerosità della loro popolazione, ponderata sulla base di criteri espliciti e predefiniti, che tengono conto delle differenze delle caratteristiche socio-demografiche e di bisogno sanitario esistenti fra le diverse aree geografiche.

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 USL.

Per l'assegnazione 2006, si evidenzia:

- 1) L'avvio della costituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) in attuazione dell'art. 51 della Legge Regionale 27/2004. Per la sua costituzione sono confluite le risorse sanitarie dell'assegno di cura per anziani, quello per le grandi disabilità acquisite, e parte delle risorse dedicate all'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani.
- 2) i criteri sono stati applicati alla popolazione residente in ciascuna USL all'1/1/2005. Si assiste ormai da diversi anni ad un aumento della popolazione regionale complessiva, strettamente connessa all'immigrazione, che non interessa tutti gli ambiti territoriali e viceversa, alla riduzione della popolazione residente in taluni ambiti. Anche quest'anno è comunque prevista la verifica della popolazione residente all'1/1/2006 ed una eventuale revisione del finanziamento;
- 3) come ciascun anno, sono stati aggiornati i dati relativi alla utilizzazione dei diversi servizi che stanno alla base del sistema di ponderazione, ma non sono cambiati i criteri. Le quote assegnate a ciascun livello di assistenza sono state modificate in relazione alla programmazione regionale – farmaceutica e specialistica, l'area delle cure palliative e la residenzialità per anziani- . Di seguito sono illustrate, per ciascun livello essenziale di assistenza, le modifiche introdotte per l'anno 2006.

### **1° Livello: Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro ( 4,5% )**

La quota assegnata a questo livello non subisce, in percentuale, variazioni rispetto agli anni precedenti. Complessivamente, e tenendo conto della quota destinata all'Arpa, il 1° livello di assistenza assorbe il **5,26%** delle risorse assegnate.

I criteri non hanno subito variazioni, ma sono state aggiornate le basi informative utilizzate relative all'ultimo anno disponibile. Le quote d'assorbimento di ciascuna delle funzioni individuate, riportate di seguito, sono state stimate sulla base dei costi del personale.

- *Igiene pubblica*: assorbe il 44% delle risorse del primo livello.  
L'assegnazione tra le diverse aziende ha tenuto conto della popolazione residente all'1/1/2005 integrata con una stima dei flussi turistici e della presenza di studenti universitari fuori-sede. In particolare sulla base dei dati forniti dall'Assessorato al Turismo relativi all'anno 2004, sono stati considerati i flussi turistici dell'Appennino emiliano-romagnolo, della riviera e dei capoluoghi di provincia. La numerosità della presenza turistica e la sua durata è stata espressa in numero di persone-anno equivalenti. Per gli iscritti all'Università residenti fuori provincia, sono stati utilizzati i dati forniti dall'Assessorato alla Formazione ed Università relativi all'anno accademico 2004-2005, anch'essi rapportati a persone-anno equivalenti.
- *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'1/1/2005 ed integrata con le stesse modalità descritte per la funzione di igiene pubblica.

### **2° Livello: Assistenza Distrettuale (51,5%)**

A questo livello sono state assegnate il 51,5% delle risorse disponibili per l'attribuzione con quota capitaria pesata, un punto percentuale in più rispetto al 2005. 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* (14,8% del totale complessivo, con un incremento dello 0,5% rispetto al 2005). Le risorse sono state ripartite per quota capitaria pesata. Il sistema di pesi è stato costruito utilizzando i consumi farmaceutici specifici per sesso ed età



relativi al 1° semestre 2005 di tutte le Aziende territoriali della Regione, rilevati dal flusso informativo regionale "assistenza farmaceutica territoriale". Il volume delle risorse dedicate al livello è coerente con il tetto di spesa del 13% previsto dalla L. 405/2001.

- *Medici di medicina generale* (6,0% del totale complessivo, percentualmente di poco superiore al 2005). Comprende i costi delle convenzioni con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, nonché quelli relativi alla continuità assistenziale (guardia medica). Come per gli anni precedenti, data la scarsa flessibilità di questa voce di spesa, sono stati utilizzati come criteri di assegnazione i costi stimati relativi alle quote previste dalla convenzione, che comprendono anche gli eventuali ulteriori costi per i cittadini presenti non residenti (studenti, stranieri, ecc.).
- *Assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale* (15 %, +1,2 rispetto al 2005). Il sistema di pesi, specifico per sesso ed età, è stato costruito sulla base dei consumi di specialistica ambulatoriale osservati nel 2004 in tutte le Aziende Sanitarie della Regione. La popolazione residente all'1/1/2005 è stata corretta tenendo conto della presenza di studenti, imputati al 25%.
- *Salute mentale* (3,6%, come per il 2005). Le risorse relative alla funzione di neuropsichiatria infantile rappresentano lo 0,6% del complesso (il 17% di questa funzione) e sono state assegnate sulla base della distribuzione della popolazione di età inferiore ai 18 anni. La assistenza psichiatrica per adulti che assorbe il 3% delle disponibilità, è stata invece assegnata in base alla popolazione residente di età 18-64. Queste risorse non esauriscono il finanziamento dell'assistenza psichiatrica in quanto non comprendono quella di tipo ospedaliero e i progetti speciali. Le risorse complessivamente destinate all'assistenza psichiatrica, considerando anche quelle relative al progetto "Assistenza ai dimessi ex OO.PP." e quelle ricomprese nel livello "Assistenza Ospedaliera" (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), superano il 5%.
- *Dipendenze patologiche* (1%, nessuna variazione rispetto al 2005). Il criterio di assegnazione è dato dalla popolazione residente in età 15-54 anni corretta con l'incidenza della tossicodipendenza nei diversi ambiti territoriali – il target di popolazione è aumentato da 44 anni a 54 anni: questa è un'indicazione dell'OMS.
- *Rete delle cure palliative - assistenza domiciliare e hospice* - (2,2%, +0,2 rispetto al 2005). Questo anno si è voluto evidenziare l'hospice, visto lo sviluppo che ha avuto la rete nel corso del 2005 con un ampliamento programmato anche per il 2006. Dal momento che oltre 150 persone ogni 1000, di età oltre gli 80 anni, sono state assistite a domicilio nel corso del 2005, il criterio di riparto alle aziende delle risorse per questa funzione prevede che, il 25% viene 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* (7,4%, + 0,2 % rispetto al 2005). L'avvio del FRNA ha comportato che parte della quota di questo livello – 3,2 % -

alimenti il FRNA, assegnato con criteri specifici destinati a riequilibrare il livello di sviluppo della rete dei servizi tra le Aziende USL (si rinvia alla sezione del presente documento dedicata all'avvio del fondo). La restante quota del livello – 4,2 % - è assegnata, come gli anni scorsi, sulla base della distribuzione della popolazione ultra 75 enne. Questo livello comprende anche l'assistenza protesica nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

- *Altre funzioni assistenziali* (1,5%, con una diminuzione dell' 1,2% rispetto al 2005)  
Il trasferimento dell'assistenza protesica in strutture residenziali nello specifico livello ha consentito una diminuzione della quota di questo livello. L' 1,5% delle risorse complessivamente disponibili è stato ripartito per ulteriori funzioni assistenziali del livello assistenza distrettuale. All'interno di questa funzione, sono stati evidenziati in particolare i programmi "salute donna" e "salute infanzia". Le risorse destinate a "salute donna" corrispondono allo 0,3% delle risorse complessivamente disponibili a livello regionale, e sono state assegnate in base alla numerosità delle donne in età feconda (da 14 a 49 anni). Al programma "salute infanzia" è assegnato lo 0,4% delle risorse complessive e distribuite in base alla frequenza dei bambini in età 0-4 anni. La restante quota residuale 0,8% è stata attribuita in base alla numerosità della popolazione di età inferiore ai 65 anni.

### **3° Livello: Assistenza ospedaliera ( 44% )**

A questo livello, sono state assegnate il 44,0 % delle risorse complessive ( un punto percentuale meno del 2005). La ponderazione della popolazione è stata effettuata sulla base della utilizzazione dei servizi ospedalieri specifici, per sesso ed età, distinti in degenza ordinaria e day-hospital, con riferimento ai ricoveri osservati nel 2004, comprensivi della mobilità passiva extraregionale (ricoveri effettuati dai cittadini dell'Emilia-Romagna in altre Regioni). Per la degenza ordinaria, l'utilizzazione specifica per sesso ed età ha tenuto conto anche dei "grandi vecchi", ossia gli ultra 85-enni.

Alla utilizzazione dei servizi ospedalieri è stata applicata una correzione con un indicatore proxy del bisogno, applicato alla sola degenza ordinaria, rappresentato dalla radice cubica del tasso standardizzato di mortalità (SMR) relativo alla popolazione di età inferiore ai 75 anni e riferito al triennio 2000-2002.

## **AVVIO DELLA SPERIMENTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI FATTIBILITÀ DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

La L.R. 2/2003 ha previsto la costituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza, più precisamente delineata con l'art. 51 della L.R. n.27 del 23 dicembre 2004.

Da alcuni anni la Regione è impegnata per creare le condizioni per attuare quanto indicato dalla legislazione regionale malgrado le difficoltà ed i limiti rappresentati dalla mancata approvazione di un fondo nazionale per la non autosufficienza e dal blocco dell'autonomia impositiva per le Regioni.

La Regione in accordo con gli Enti locali, pur perdurando il blocco all'autonomia impositiva, intende proseguire nel percorso di costruzione delle condizioni organizzative e gestionali necessarie affinché la disponibilità futura di un aumento significativo di risorse da assegnare al Fondo regionale per la non autosufficienza sia utilizzata in modo ottimale ed efficace.

La disponibilità di maggiori risorse conseguente all'auspicato completo sviluppo del FRNA potrà così avvalersi di strumenti e percorsi già sperimentati e consolidati.

Nel corso del 2006 pertanto la Regione e gli Enti locali sono impegnati a proseguire e consolidare il percorso avviato nel 2004-2005 attraverso:

- a) l'avvio di sperimentazioni di modelli gestionali in ambito distrettuale frutto della collaborazione tra Comuni (attraverso il Comitato di distretto) e Direzione distrettuale, sperimentazioni monitorate dalla Regione;
- b) l'avvio della sperimentazione delle condizioni di fattibilità della costituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza, a partire dalle risorse disponibili.

Viene quindi costituito un fondo di risorse con destinazione vincolata alla rete dei servizi per i non autosufficienti, a partire dalle risorse sino ad oggi utilizzate, a valere sul Fondo sanitario regionale.

A livello distrettuale tale Fondo sarà coordinato con le risorse del Fondo Sociale regionale destinate agli assegni di cura per anziani.

### **Cosa è compreso nella prima assegnazione del FRNA**

In attesa di una più precisa definizione delle prestazioni da assicurare mediante il FRNA, in questa prima fase si ritiene opportuno limitare il riparto delle risorse 2006 su base aziendale e sulla base della popolazione residente =>75 anni a:

- Gli oneri a rilievo sanitario (ORS) per strutture e servizi per anziani non autosufficienti: case protette/rsa, centri diurni, assistenza domiciliare, piani sostegno personalizzato (spesa 2005 su base annua 174,5 milioni).
- Le risorse del fondo sanitario per l'assegno di cura per anziani (23,5 milioni nel 2005).
- Le risorse per l'assegno **di cura per i soggetti con disabilità gravissima acquisita** (solo assegno di cura non parte residenziale) di cui alla Deliberazione Giunta Regionale n. 2068/2004. L'assegnazione di queste risorse avviene sulla base dei casi effettivamente rilevati zona per zona, con attento monitoraggio regionale nel corso del 2006 e verifica delle situazioni per addivenire poi ad una progressiva assegnazione sulla base di parametri omogenei di classificazione. Al momento non si dispone ancora di dati omogenei per quanto riguarda la residenzialità per i soggetti con disabilità gravissima acquisita. Pertanto nel 2006 si valuterà più attentamente la problematica relativa alla parte residenziale prevista dalla Delibera GR 2068/2004, con l'obiettivo di far confluire anche questo tipo di intervento nel fondo a partire dal 2007.

Il fondo regionale così determinato si prevede di 211 milioni di euro per il 2006.

La spesa aggiuntiva rispetto alla spesa tendenziale annua a fine 2005 è di circa 9,2 milioni di euro, per circa 4,9 destinati ad un aumento generalizzato (aumento dell'inflazione programmata, aumento situazioni di gravità degli anziani assistiti) (2,5%) e per 4,3 destinati a garantire gradualità nel processo di riequilibrio nella assegnazione delle risorse e nello sviluppo della rete dei servizi.

Si richiama la necessità che l'utilizzo delle risorse promuova sviluppo ed articolazione equilibrata della rete dei servizi che assicuri l'innovazione ed il sostegno della domiciliarità, anche attraverso la qualificazione e lo sviluppo dell'assistenza domiciliare e l'emersione, la qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari ed il sostegno alle famiglie.

Ad ogni territorio viene assicurato l'insieme di risorse necessarie per oneri a rilievo sanitario ed assegno di cura per anziani su base annuale per il livello dei servizi presenti al 31.12.2005 maggiorato del 2,5%, tenendo conto dello sviluppo dei servizi già definito per il 2006 negli ambiti degli strumenti istituzionali della programmazione territoriale, con aggiunta delle risorse per l'assegno di cura per disabili gravissimi in base agli effettivi casi rilevati.

I territori che oggi spendono meno risorse in rapporto alla popolazione anziana residente, con spesa pro capite al di sotto della media regionale, ricevono una quota aggiuntiva di risorse finalizzata al riequilibrio, previa presentazione in Regione di un programma di sviluppo che illustri il tipo di utilizzo delle maggiori risorse. Tale quota sarà comunque correlata alle effettive possibilità di sviluppo dei servizi. I territori che ricevono una quota aggiuntiva nel 2006 nella predisposizione del programma da presentare in



Regione sono tenuti ad assicurare adeguato sviluppo per gli interventi di sostegno della domiciliarità. Tutti gli altri territori, a partire da quanto potrà essere realizzato nel corso del 2006, sono tenuti a dare attuazione a questa priorità ed in ogni caso utilizzano in tal senso le risorse aggiuntive che dovessero rendersi disponibili in corso d'anno.

**Cosa non è compreso nella prima assegnazione**

- Le prestazioni sanitarie per CP/RSA, CD e tutta l'attività sanitari dell'ADI.
- Gli interventi residenziali e semiresidenziali per disabili.



## **Allegato B**

### **LINEE DI PROGRAMMAZIONE E OBIETTIVI ALLE AZIENDE SANITARIE**

**- Anno 2006 -**

## Indice

### **AREA SANITA'**

#### **I. FARMACEUTICA**

- 1) Assistenza farmaceutica
- 2) Accordi di distribuzione tramite le farmacie convenzionate
- 3) Prontuario terapeutico regionale
- 4) Formazione ai farmacisti convenzionati
- 5) Formazione ai Medici di Medicina Generale
- 6) Prevenzione cardiovascolare
- 7) Regolamento per l'informazione scientifica
- 8) Sicurezza nell'uso dei farmaci

#### **II. SPECIALISTICA - LISTE DI ATTESA**

- 1) Assistenza specialistica ambulatoriale: programmazione del settore e governo tempi di attesa
- 2) Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e day service ambulatoriale (DSA)

#### **III. SVILUPPO DEL RUOLO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

- 1) Progetto Sole
- 2) Nuclei Cure Primarie
- 3) Appropriatezza prescrittiva

#### **IV. SANITA' PUBBLICA**

- 1) Screening oncologici
- 2) Prevenzione delle malattie infettive
- 3) Sicurezza nelle strutture sanitarie e iter autorizzativo
- 4) Piano regionale della prevenzione
- 5) Sicurezza sul lavoro

#### **V. VETERINARIA**

- 1) Sicurezza alimentare
- 2) Sanità pubblica veterinaria

#### **VI. OSPEDALIERA**

##### **• Obiettivi di sistema**

- 1) Reti hub and spoke
  - 1.1. Verifica del funzionamento delle reti attivate
  - 1.2. Completamento delle reti programmate
- 2) Miglioramento della appropriatezza
- 3) Governo delle liste d'attesa
- 4) Accreditamento

##### **• Obiettivi specifici aziendali o provinciali di area vasta**

- 1) Reti Hub & Spoke
- 2) Garanzia della erogazione dei LEA attraverso una rete coerente con gli standard dotazionali e di utilizzo nazionali.
- 3) Miglioramento della appropriatezza
- 4) Sistema di emergenza-urgenza territoriale
- 5) Procurement di organi e tessuti

## 6) Sistema sangue

## VII. SALUTE MENTALE

## VIII. SISTEMA INFORMATIVO

- **Obiettivi 2006:**
  - 1) Progetti ICT infrastrutturali
  - 2) Progetti legati al monitoraggio della spesa sanitaria (art. 50)
  - 3) Progetti legati alla programmazione della Direzione generale sanità e politiche sociali
  - 4) obiettivi intesa del 23 marzo 2005
- **Piano Telematico Regionale:**
  - 1) Servizi per la sanità
    - 1.1 Rete telematica tra servizi ospedalieri e territoriali
    - 1.2 Servizi di prenotazione
    - 1.3 Sistemi di interscambio e standard dati sanitari
    - 1.4 Percorsi terapeutici integrati

## IX. MOBILITA'

## X. PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE - DISTRETTO

- 1) Percorso nascita
- 2) La celiachia
- 3) La gestione integrata del paziente diabetico
- 4) Il programma di assistenza sanitaria a favore dei soggetti portatori di stomie e incontinenti gravi
- 5) La nutrizione artificiale
- 6) La prevenzione cardiovascolare
- 7) Investimenti

## INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA

## XI. L'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA A LIVELLO DISTRETTUALE

## XII. I PROGRAMMI DI ASSISTENZA INTEGRATA

## XIII. ANZIANI

- Area Anziani

## XIV. TOSSICODIPENDENTI

- Dipendenze

## XV. ASSISTENZA ODONTOIATRICA

- Programma aziendale dell'assistenza odontoiatrica

## XVI. GRAVI CEREBROLESII

- 1) L'attuazione della rete integrata per le persone con gravissime disabilità acquisite
- 2) Gravi disabilità acquisite (Delibera GR 2068/2004)
- 3) Disabili adulti



**XVII. CONSULTORI FAMILIARI (C.F.) E PEDIATRIA DISTRETTUALE**

- Facilitazione dell'accesso e integrazione sociale e sanitaria

**MANOVRA ECONOMICA****XVIII. PERSONALE**

- **Obiettivi di programmazione alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2006 inerenti la gestione delle risorse umane.**
  - 1) Premessa
  - 2) Obiettivi di governo degli organici e della spesa per il personale
  - 3) La gestione degli istituti contrattuali e degli strumenti di sviluppo

**XIX. BENI E SERVIZI****XX. AREA VASTA****OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI**

## PREMESSA

Il presente documento, allegato al provvedimento di riparto alle Aziende sanitarie del Fondo Sanitario Regionale, contiene le principali indicazioni e i più rilevanti obiettivi di programmazione per il 2006.

La Giunta della Regione Emilia-Romagna, all'inizio dell'anno ha emanato alle Aziende Sanitarie la direttiva per l'adozione dell'Atto Aziendale. Tale direttiva, necessaria al fine di adeguare le strutture organizzative delle aziende alla Legge Regionale 29 del 2004, intende garantire un profilo omogeneo alla struttura e al funzionamento delle Aziende Sanitarie, nel rispetto delle funzioni proprie alle loro diverse forme, tenendo conto delle peculiarità locali e salvaguardando l'espressione dell'autonomia su cui si basa la responsabilità di ciascuna Azienda. Ha riservato una particolare attenzione ad individuare le competenze ed i poteri che le Aziende devono attribuire ai loro organi al fine di permettere un efficace esercizio delle funzioni distinguendo tra assetti organizzativi ed articolazioni di Governo all'interno delle Aziende.

Gli obiettivi a cui le Aziende dovranno tendere nell'attuazione della Direttiva sono:

- Partecipazione dei cittadini, degli utenti e degli operatori;
- Trasparenza gestionale;
- Integrazione istituzionale, finanziaria, organizzativa e professionale;
- Organizzazione dell'Azienda articolata in Distretti e con una struttura organizzativa basata sulla forma dipartimentale;
- Istituzione del Collegio di Direzione come organo dell'Azienda e del Collegio delle Professioni Sanitarie;
- La gestione del rischio professionale come sistema integrato a livello aziendale;
- Sviluppo della funzione di ricerca e dell'innovazione tecnologico-organizzativa;
- Riorganizzazione delle attività distrettuali con particolare riferimento ai Dipartimenti di Cure Primarie ed ai Nuclei di Cure Primarie;
- Costituzione dei Comitati di Dipartimento in grado di garantire la partecipazione degli operatori ai processi di programmazione delle attività nonché del suo assetto organizzativo-gestionale.

Gli indirizzi e gli obiettivi per il 2006, contenuti nel presente documento si inseriscono in tale quadro e esprimono la scelta, effettuata dalla Giunta Regionale, di dare continuità alle linee di sviluppo e di qualificazione dell'assistenza che caratterizzano il Servizio Sanitario Regionale, pur in uno scenario economico-finanziario di estrema difficoltà.

Il documento è articolato in sezioni:

- Area sanità
- Area della Integrazione Socio-sanitaria
- Manovra economica

L'ultima sezione, "Obiettivi dei direttori generali", sintetizza le principali linee di impostazione dei bilanci per il 2006.

## **AREA SANITA'**

### **I. FARMACEUTICA**

#### **1) Assistenza farmaceutica**

A seguito del completo recepimento da parte delle strutture assistenziali della Regione della legge 405/2001 e della DGR 539/2002 è ormai consolidato il fatto che per assistenza farmaceutica devono intendersi le 3 forme distributive tra loro complementari: assistenza territoriale erogata tramite le farmacie convenzionate, distribuzione diretta al cittadino dalle strutture assistenziali e sanitarie e somministrazione ed erogazione in regime di ricovero.

Per il rispetto dei tetti imposti dalla legge 405/2001 la spesa farmaceutica territoriale si compone della spesa convenzionata e della quota di farmaci di classe A che viene erogata direttamente dalle strutture del Servizio sanitario regionale (SSR) o dalle farmacie convenzionate a seguito degli accordi di distribuzione per conto.

Nel 2005 la spesa farmaceutica regionale netta convenzionata è stata pari a 778.666.778 milioni di (-3,07% rispetto al 2004), mentre la spesa per farmaci direttamente distribuiti di fascia A è stata di 127 milioni di euro e la spesa in regime di ricovero è stata di 277 milioni di euro.

A seguito delle azioni condotte dalle Aziende sanitarie la spesa farmaceutica territoriale ha superato i 900 milioni di euro ed ha raggiunto il 14 % della spesa sanitaria complessiva .

Il consumo dei farmaci equivalenti nella nostra regione nell'anno 2005 assorbe il 25,6% delle DDD totali (flusso informativo AFT), con un incremento del + 15,2% rispetto all'anno 2004 (in termini di spesa l'incremento è pari a +14,8%).

Nell'ambito della lista di trasparenza, tuttavia, la quota di utilizzo dei farmaci generici sul totale dei principi attivi genericabili è pari al 24% in termini di consumo e del 22,5% in termini di spesa.

Il quadro normativo vigente nel 2005 si conferma nel 2006 in quanto l'Agenzia Italiana del Farmaco, istituzionalmente preposta alla valutazione dell'andamento della spesa farmaceutica e all'adozione delle misure di ripiano, con la Determinazione 30.12.2005 ha introdotto una manovra di rientro dal disavanzo 2005 i cui effetti tuttavia appaiono insufficienti, come dimostra l'incremento nazionale della spesa farmaceutica netta convenzionata del primo trimestre 2006 pari a +12,5%. Nello stesso periodo la spesa farmaceutica netta convenzionata della Regione Emilia-Romagna ha registrato un incremento di +8,03%.

Si ritiene pertanto di confermare una politica di distribuzione diretta che garantisca il contenimento della spesa farmaceutica territoriale e la sua qualificazione attraverso la presa in carico del paziente complesso ed il controllo dell'appropriatezza prescrittiva in particolare rispetto all'utilizzo dei farmaci equivalenti e al ricorso a farmaci che sono commercializzati al fine di contrastare il mercato e lo sviluppo dei farmaci generici.

#### **2) Accordi di distribuzione tramite le farmacie convenzionate**

E' stata avviata la trattativa nazionale che riguarda l'Accordo collettivo nazionale per la convenzione fra le farmacie ed il servizio sanitario nazionale. In questo contesto la Regione Emilia-Romagna ritiene di coinvolgere le farmacie nelle azioni di contenimento della spesa come previsto dalla legge 405/2001, nel rispetto dei tetti di spesa previsti per l'assistenza farmaceutica territoriale anche tramite la stipula di accordi per la distribuzione dei medicinali. Tali accordi saranno oggetto di un provvedimento regionale specifico a cui le Aziende USL si dovranno attenere.

### **3) Prontuario terapeutico regionale**

Nel corso del 2005 è stato condotto un importante lavoro di revisione ed aggiornamento del prontuario terapeutico regionale (PTR) tramite la condivisione con le Commissioni terapeutiche provinciali (CTP) e locali.

I principi ispiratori della nuova versione tengono conto dell'esigenza di promuovere appropriatezza prescrittiva, sicurezza ed economicità degli interventi, favorendo l'uniformità a livello regionale delle scelte attinenti l'uso dei farmaci, a tutela dell'equità del servizio reso ai cittadini.

Il farmaci riportati nel PTR rispondono alla richiesta di assistenza ospedaliera in regime di degenza ed anche alle esigenze della continuità ospedale – territorio.

Per il 2006 l'elenco dei farmaci per la continuità ospedale - territorio (PHT) nazionale sarà uno strumento di riferimento per le Aziende sanitarie nell'organizzazione della distribuzione diretta delle terapie domiciliari per la cura di patologie che richiedono controlli ricorrenti, ad esclusione dei casi complessi in cui sia necessaria una assistenza farmaceutica volta ad assicurare attenzione alla compliance, alla sicurezza della terapia ed alle interazioni fra farmaci in un processo di presa in carico dei pazienti.

Le CTP assumono il ruolo di garanti dell'applicazione degli strumenti offerti per la promozione dell'appropriatezza e delle selezioni dei farmaci che costituiscono i Prontuari terapeutici provinciali (PTP), principalmente basati sull'analisi di prove di efficacia su end-point clinici rilevanti e di confronto diretto.

Con un successivo atto saranno definiti i principi su cui fondare la costruzione del sistema di selezione dei farmaci da utilizzare all'interno delle strutture del SSR. Tale sistema basato su criteri trasparenti ha l'obiettivo di garantire l'omogeneità delle procedure regionali e l'ottimizzazione delle risorse. Le Aziende sanitarie saranno chiamate a dare attuazione a tale atto per quanto di competenza.

### **4) Formazione ai farmacisti convenzionati**

Nel 2006 le aziende USL garantiscono il supporto scientifico per l'allestimento di corsi ECM rivolti a farmacisti convenzionati.

Le aziende sanitarie in particolare le aziende USL orientano la loro offerta formativa ai temi dell'integrazione fra farmacie convenzionate e SSR con l'obiettivo di valorizzare il ruolo professionale del farmacista convenzionato in tema di educazione sanitaria e corretta assunzione del farmaco e sicurezza. Con riferimento ai contenuti dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 i temi da privilegiare devono essere collegati al Piano regionale della prevenzione (progetto cuore, diabete, obesità, adozione di corretti stili di vita, adesione alla terapia).

### **5) Formazione ai Medici di Medicina Generale**

Per quanto riguarda gli argomenti prioritari verso i quali orientare la formazione dei Medici di Medicina Generale si ritiene opportuno fornire un elenco di temi che rappresentano per la Regione progetti di livello nazionale e rientrano fra gli obiettivi strategici dell'Assessorato Politiche per la Salute. Su tali temi si chiede alle Aziende USL di sostenere e orientare la comunicazione, l'informazione e la formazione rivolta ai Medici di Medicina Generale. Essi sono:

- il piano regionale della prevenzione: obesità, diabete, diffusione delle carte del rischio cardiovascolare, prevenzione delle recidive in soggetti con pregressi accidenti cardiocerebrovascolari, promozione di corretti stili di vita come alimentazione, attività sportiva, disassuefazione al fumo
- disturbi del comportamento alimentare



- prevenzione alcologica, alcolismo
- reperimento delle informazioni scientifiche da fonti telematiche accreditate

## **6) Prevenzione cardiovascolare**

La Regione Emilia-Romagna, a partire dall'anno 2005, ha recepito e dato applicazione ai contenuti dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, anche in riferimento alla prevenzione cardiovascolare. Il relativo programma (di dimensione triennale) prevede una serie di interventi che interessano l'operatività dei diversi attori del SSR, tra i quali i farmacisti dipendenti dal SSN ed i farmacisti convenzionati, coinvolti sia nella prevenzione primaria sia nella prevenzione delle recidive in pazienti ad alto rischio con pregressi accidenti cardiovascolari.

Le azioni definite per l'anno 2006, che investono l'area della politica del farmaco sono:

- partecipazione alla definizione di strumenti per il controllo dei fattori di rischio nell'errore di terapia, adeguati ad un utilizzo compliant da parte del paziente e nei momenti di relazione del paziente stesso con il medico o il farmacista
- collaborazione nell'azione di counseling e di rinforzo sui corretti stili di vita
- monitoraggio della compliance alla terapia nel paziente ad alto rischio cardiovascolare
- promozione dell'appropriatezza prescrittiva di statine ad alte dosi, sulla base di specifiche indicazioni regionali
- partecipazione a specifici momenti formativi strutturati in collaborazione con la Regione.

## **7) L'informazione scientifica**

È compito del SSR orientare l'attività dei propri professionisti verso una medicina basata su scelte appropriate che assicurino al sistema la maggiore efficienza ed efficacia possibile. I medici hanno il dovere di governare la domanda di prestazioni inappropriate proveniente dai cittadini, dall'industria, dai sistemi di comunicazione di massa e, talora, dagli stessi medici. Essi hanno il dovere di non indurla e di farsi essi stessi promotori di valutazioni indipendenti sulla validità e appropriatezza delle cure.

La costruzione di un rapporto collaborativo fra Industria e SSR deve partire dalla consapevolezza che la ricerca e l'informazione trasparenti e orientate alla tutela della salute dei cittadini sono valori primari in contrapposizione alla mera strategia di marketing. Motivo di particolare preoccupazione sono le prescrizioni inappropriate conseguenti ad una formazione/informazione professionale inadeguata e incompleta ed un aggiornamento spesso proveniente dall'industria. Nella consapevolezza che i livelli istituzionali devono promuovere un'informazione scientifica basata sul confronto professionale e in grado di sviluppare e diffondere comportamenti appropriati attraverso un processo di coinvolgimento trasversale delle diverse professionalità sanitarie, il SSR deve fornire ai medici gli strumenti per valutare oggettivamente il valore di un farmaco, con particolare riferimento alla capacità di bilanciare correttamente i vantaggi e la sicurezza al momento dell'immissione in commercio del farmaco stesso. Un'informazione scientifica così condotta necessita di un'organizzazione che tenga conto delle singole realtà territoriali e aziendali, rispettando il contesto in cui i professionisti si trovano ad operare e associando a valutazioni di carattere puramente clinico valutazioni di carattere economico in termini di impatto sulle risorse a disposizione.

L'indipendenza delle scelte fa parte di un valore etico irrinunciabile nel pubblico interesse. La promozione di questa consapevolezza va attuata gradualmente con l'adozione di regole efficaci, condivise dai professionisti, sostenute dall'organizzazione e rese note ai

cittadini non solo con dichiarazioni d'intenti ma con l'applicazione di stili di lavoro che valorizzino la priorità del rapporto medico-paziente.

La promozione di comportamenti indipendenti dall'industria e appropriati è alla base della politica prescrittiva da promuovere nei prossimi anni.

La sfida, e contemporaneamente l'occasione di rinnovamento che si pone come obiettivo per le aziende sanitarie a partire dall'anno 2006, è quella di qualificare la formazione e l'informazione scientifica in un progetto comune tra i professionisti sanitari, in particolare medici e farmacisti dipendenti e convenzionati, in cui i rispettivi interessi siano posti a confronto in incontri multidisciplinari all'interno delle strutture sanitarie in tempi e spazi appositamente dedicati. In tale caso gli incontri hanno anche i requisiti per l'accreditamento ai fini della formazione professionale.

Si riconoscono, all'interno del SSR, figure chiave da coinvolgere come soggetti principali qualificati a promuovere ed a partecipare ad incontri/confronti di informazione scientifica che rimane quindi una competenza prioritariamente attribuita al SSR e non deve essere delegata agli informatori scientifici dell'industria farmaceutica. Le figure maggiormente competenti in tali progetti e da investire in questa attività sono: i componenti delle Commissioni terapeutiche provinciali e i componenti delle Commissioni aziendali per la sperimentazione in medicina generale, i responsabili aziendali della farmacovigilanza, i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, animatori di formazione, i farmacisti clinici impegnati nei progetti locali di informazione indipendente.

Al fine di limitare l'influenza dell'industria sulla scelta del farmaco si ribadisce la necessità della prescrizione tramite principio attivo non solo nei consigli di terapia ma anche nella compilazione delle ricette.

#### **8) Sicurezza nell'uso dei farmaci**

L'Agenzia sanitaria regionale ed il Servizio Politica del farmaco hanno collaborato alla elaborazione di:

- un Rapporto sulle "Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci"
- una procedura per la gestione clinica dei farmaci
- una procedura per il corretto uso delle soluzioni di potassio concentrato.

Obiettivi per le Aziende sanitarie nell'anno 2006 sono:

- valutazione dell'impatto a livello locale (anche per aree specialistiche o per settori di attività) dell'acquisizione di tecnologie informatizzate nell'uso dei farmaci, verso la costruzione di un sistema orientato alla dose unitaria o personalizzata per il paziente, mirata alla somministrazione del farmaco giusto al paziente giusto. Tale valutazione dovrà essere condotta in considerazione delle dotazioni attuali di tipo strutturale e informatiche e non escludendo la possibilità di integrazioni funzionali tra aziende con l'acquisizione degli elementi individuati nel processo sopra descritto tramite procedura di gara;
- adattamento a livello locale della procedura per la gestione clinica dei farmaci, al fine di sviluppare procedure di estensione tale da coprire tutti gli aspetti rilevanti nel percorso del farmaco, tenendo conto delle necessità e dei contesti organizzativi locali;
- adattamento a livello locale della raccomandazione per la corretta gestione delle soluzioni concentrate di potassio.

## **II. SPECIALISTICA - LISTE DI ATTESA**

### **1) Assistenza specialistica ambulatoriale: programmazione del settore e governo tempi di attesa**

Nel corso del 2005 le Aziende USL hanno definito, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di riferimento e previo parere dei Comitati di distretto e delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, il "Programma triennale dell'assistenza specialistica ambulatoriale" per il triennio 2006-2008, con particolare riferimento alla ridefinizione della struttura dell'offerta sulla base del fabbisogno, individuato attraverso un'analisi della domanda che contenesse valutazioni sulla situazione dei tempi di attesa, la dotazione di strutture eroganti, il livello dei consumi e le sedi di fruizione.

Sul governo dei tempi di attesa il 28 marzo 2006 è stata sancita l'Intesa Stato-Regioni sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, finalizzata a condividere un percorso per il governo delle liste di attesa per garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari sulla base di criteri sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema. Il monitoraggio periodico dei tempi di attesa per un gruppo predeterminato di prestazioni, nelle quali sono naturalmente incluse tutte quelle previste dall'Accordo Stato-Regioni del luglio 2002, è stato condotto secondo criteri e modalità poi precisati nella circolare regionale n. 1 del 4 gennaio 2006.

In questo contesto le Aziende sono chiamate a realizzare per l'anno 2006:

- le azioni di contenimento dei tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale secondo i criteri e gli standard indicati nel Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa;
- l'adozione del Programma attuativo aziendale, secondo le indicazioni del Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa e l'iter concordato con il livello nazionale;
- con riferimento al Piano sopra citato va perseguita in via prioritaria la programmazione e la gestione complessiva dell'offerta nell'ambito del sistema CUP, con particolare attenzione alla gestione separata per primi accessi e controlli/prestazioni programmate;
- la valutazione e l'eventuale rimodulazione del fabbisogno individuato con il Programma triennale della specialistica, adottato dalle Aziende sanitarie nel corso del 2005, in funzione del Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa.

### **2) Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e day service ambulatoriale (DSA)**

Con DGR 2142/2000 è stato sancito il diritto del cittadino all'accesso facilitato che vedeva le Aziende impegnate a realizzare la prenotazione diretta, da parte del servizio, delle prestazioni diagnostico terapeutiche successive alla visita specialistica, effettuate nella stessa struttura, utilizzando anche, sulla base di quanto concordato con i professionisti, l'apposita modulistica di richiesta/referto predisposta secondo i requisiti indicati nella DGR citata e reso compatibile con il sistema informatizzato di prenotazione e di rilevazione dell'attività (flusso informativo ASA). Il diritto del cittadino all'accesso facilitato deve essere comunque garantito, anche utilizzando modelli cartacei nel caso l'informatizzazione dei servizi ambulatoriali non sia ancora completa.

I percorsi debbono essere quindi parte integrante degli accordi di fornitura interaziendali e oggetto di valutazione congiunta tra Direttori di Distretto e Responsabili di Presidio Ospedaliero, con conseguente relazione al Comitato di distretto ed alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Per quanto riguarda la casistica di pazienti con problematiche complesse e in fase acuta è stato delineato un modello organizzativo/erogativo denominato Day service Ambulatoriale



(DSA) e disciplinato con la Circolare 8/2004. Il monitoraggio dell'applicazione della direttiva è stato curato da un specifico gruppo che ha proceduto alla precisazione ed integrazione delle caratteristiche di tale modello organizzativo con la finalità di individuare modalità omogenee nella definizione dei percorsi e di uniformare la raccolta delle informazioni con l'obiettivo di garantire l'equità di trattamento dei pazienti nelle diverse Aziende Sanitarie.

In questo contesto le Aziende sono chiamate a:

- potenziare il processo di semplificazione dell'accesso ai percorsi di approfondimento diagnostico dell'assistenza specialistica ambulatoriale, ponendo particolare attenzione al riassetto complessivo dell'attività stessa in un'ottica di continuità assistenziale, valutando le attività delle Aziende sulla base delle prescrizioni e della tipologia del medico prescrittore
- programmare i volumi di prestazioni destinati alle diverse modalità erogative (percorsi diagnostico terapeutici per la semplificazione dell'accesso e di DSA);
- consolidare le attività di day service ambulatoriale, anche riconvertendo l'attività di day hospital medico non oncologico;
- garantire l'erogazione dell'assistenza, per gli episodi di day service ambulatoriale, secondo gli standard previsti dalla Circolare 8 e precisati dal Gruppo di monitoraggio, anche in relazione ai criteri di rilevazione del flusso informativo ASA;
- nelle Aziende Usl di Forlì, Parma e nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara avviare una specifica sperimentazione ai fini di precisare alcune variabili in funzione dell'analisi dell'attività di DSA nel flusso informativo ASA.

### III. SVILUPPO DEL RUOLO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

#### 1) Progetto Sole

Nell'ambito del Piano Telematico Regionale è prevista l'implementazione del Progetto SOLE – Sanità On LinE della durata complessiva di cinque anni (2002-2007) come indicato nella DGR 1686/2002 e che prevede il coinvolgimento di tutte le aziende sanitarie. Tale Progetto sostiene un forte obiettivo di "innovazione tecnologica" e una significativa condivisione dei nuovi scenari tra gli attori coinvolti in merito alla "cooperazione applicativa".

In particolare per il 2006 le aziende si devono impegnare a:

- formare gli operatori coinvolti (MMG, operatori CUP, programmatori, ecc...)
- far utilizzare in maniera sistematica i servizi applicativi realizzati in SOLE a tutti gli operatori interessati
- supportare l'allacciamento a SOLE dei MMG
- individuare il referente aziendale per il Catalogo SOLE
- adottare in azienda il Catalogo SOLE prevedendo l'allineamento dello stesso con il Catalogo Aziendale che deve rispettare le indicazioni regionali
- diffondere l'utilizzo del Catalogo SOLE per le prescrizioni degli specialisti e supportare i MMG/PLS al suo corretto impiego
- implementare lo sviluppo e l'utilizzo della refertazione informatizzata in tutte le discipline specialistiche
- implementare lo sviluppo della lettera di dimissione informatizzata
- Effettuare l'analisi informatica/informativa delle linee guida per la gestione integrata, finalizzata allo scambio bidirezionale MMG - CD dei dati inerenti le variabili monitorate

e il referto nelle seguenti Aziende: Ausl Rimini, Ausl Ravenna, Ausl Ferrara, Ausl Reggio Emilia, Ausl Modena.

## **2) Nuclei Cure Primarie**

### **Piena integrazione della medicina generale e sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie (NCP).**

Coerentemente con la Legge n. 29/2004, l'assistenza distrettuale ha nel Dipartimento delle cure primarie la forma organizzativa specifica, nel Nucleo di cure primarie l'unità operativa fondamentale, nei medici di medicina generale (MMG) e nei pediatri di libera scelta (PLS) i suoi principali protagonisti. Al fine di perseguire l'evoluzione dei NCP, gli obiettivi per le Aziende sanitarie per l'anno 2006 sono:

- avviare il percorso, tenuto conto delle caratteristiche dei territori, di progressiva caratterizzazione dei NCP come sede di riferimento, che favorisca l'integrazione tra MMG, PLS, servizio infermieristico, assistenza ostetrica, servizi di base dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e di Salute mentale;
- rafforzare il sistema di relazioni ed il ruolo del Coordinatore di NCP.

## **3) Appropriatezza prescrittiva**

Attuazione dell'Accordo Regionale con i MMG con particolare riferimento all'appropriatezza prescrittiva.

# **IV. SANITA' PUBBLICA**

Gli obiettivi alle Aziende sono articolati in cinque aree di attività che rappresentano le priorità di Sanità Pubblica regionali.

## **1) Screening oncologici**

Garantire il rispetto della progressione delle chiamate dei tre programmi di screening oncologici attivi, curando il mantenimento dei livelli di adesione raggiunti e favorendo la partecipazione dei gruppi di popolazione più svantaggiata;

assicurare la continuità dei percorsi diagnostico-terapeutici conseguenti alla positività del test di screening, monitorando l'andamento dei tempi intercorrenti fra le diverse fasi del percorso diagnostico-terapeutico, al fine di raggiungere gli "standard desiderabili" definiti a livello regionale;

ridurre l'incidenza di casi di tumore mammario benigno identificati in corso di intervento chirurgico migliorando la diagnostica pre-intervento;

garantire la partecipazione alle iniziative di controllo di qualità, adottando le eventuali misure correttive necessarie;

per quanto riguarda i tumori colorettali, avviare gli interventi sulla familiarità (per il 2006 l'obiettivo riguarda i familiari di primo grado delle persone a cui viene diagnosticato un tumore del colon-retto all'interno del programma di screening o in età inferiore a 50 anni).

## **2) Prevenzione delle malattie infettive**

- assicurare la sorveglianza delle malattie infettive e gli interventi di controllo conseguenti, partecipando anche al sistema regionale di sorveglianza rapida di eventi epidemici e di eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale ed al sistema di sorveglianza regionale dell'antibioticoresistenza basato sui dati di laboratorio, coi laboratori ospedalieri selezionati dal programma regionale;

- garantire il mantenimento dei livelli già raggiunti di copertura vaccinale per l'infanzia e migliorare le coperture vaccinali nei gruppi a rischio, compresi gli operatori di assistenza;
- garantire il corretto funzionamento dell'anagrafe vaccinale informatizzata, in modo da rispondere compiutamente alle informazioni richieste a livello regionale;
- assicurare lo sviluppo di adeguati programmi per la gestione del rischio, con particolare riferimento alla prevenzione e alla protezione dal rischio biologico e al miglioramento della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, in una visione integrata rispetto all'utenza, ai professionisti e all'organizzazione. Per quanto concerne la sorveglianza e controllo del rischio infettivo nelle strutture sanitarie, garantire la partecipazione ai sistemi regionali di sorveglianza delle infezioni in reparti a rischio (chirurgia, terapia intensiva) ed alle iniziative regionali di formazione per la prevenzione del rischio infettivo (endoscopia, pratiche infermieristiche in terapia intensiva).

### **3) Sicurezza nelle strutture sanitarie e iter autorizzativo**

garantire, compatibilmente con le risorse economiche e tenuto conto del progresso tecnico, la prosecuzione del programma di adeguamento delle strutture aziendali a destinazione sanitaria a quanto previsto dalla L.R. 34/98 e successiva delibera di Giunta regionale 327/04;

garantire il rispetto dei tempi previsti dalla programmazione regionale per il percorso di rilascio delle autorizzazioni alle strutture sanitarie pubbliche e private e ai professionisti del territorio di competenza di ciascuna Azienda Unità sanitaria locale.

### **4) Piano regionale della prevenzione**

collaborare al raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano regionale della Prevenzione, in particolare:

prevenzione dell'obesità e la promozione di stili di vita sani;

prevenzione delle complicanze del diabete;

prevenzione delle recidive a seguito di eventi ischemici coronarici e diffusione dell'uso della carta del rischio cardiovascolare;

incidenti stradali, domestici e infortuni sul lavoro.

### **5) Sicurezza sul lavoro**

Garantire le attività di vigilanza ed assistenza finalizzate alla riduzione degli infortuni sul lavoro con particolare riferimento al comparto edilizio e ad altri comparti di particolare rilevanza locale

## **V. VETERINARIA**

Gli obiettivi alle Aziende sono articolati in due aree di attività - la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria - che rappresentano gli ambiti di priorità regionale

### **1) Sicurezza alimentare**

- Facilitare la partecipazione del personale al progetto regionale "Sviluppo competenze valutative sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare secondo criteri di gestione e di assicurazione della qualità" garantendo il livello di attività standard del SIAN e dell'Area dipartimentale di sanità pubblica veterinaria
- Programmare il percorso di ricaduta formativa e operativa sugli operatori del SIAN e dell'Area dipartimentale di sanità pubblica veterinaria da parte del personale che



partecipa al progetto regionale "Sviluppo competenze valutative sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare secondo criteri di gestione e di assicurazione della qualità"

- Definire le procedure aziendali per la gestione del sistema di allerta sugli alimenti e sui mangimi secondo i criteri contenuti nelle linee guida regionali
- Rispettare i tempi e le procedure di campionamento dei piani di monitoraggio e controllo nazionali e regionali
- Programmare un sistema di verifica della produzione primaria di alimenti non di origine animale sul rispetto di quanto stabilito dall'allegato I del regolamento 852/2004/CE

## 2) Sanità pubblica veterinaria

- Aggiornare i piani operativi per la gestione delle emergenze epidemiche veterinarie
- Implementare e aggiornare l'anagrafe zootecnica, in particolare per i settori avicolo, ovi-caprino e suinicolo
- Definire un sistema di verifica dello stato di applicazione delle disposizioni contenute nella L.R. 5/2005 e successive deliberazioni

## VI. OSPEDALIERA

### • Obiettivi di sistema

Gli obiettivi di sistema per il 2006 sono riconducibili alle seguenti aree:

- Reti hub and spoke : verifica del funzionamento delle reti attivate e completamento delle reti programmate
- Garanzia delle erogazioni dei LEA attraverso una rete coerente con gli standard nazionali di dotazione e di utilizzo
- Miglioramento della appropriatezza
- Governo delle liste di attesa
- Accreditamento

### 1. Reti hub and spoke

#### 1.1. Verifica del funzionamento delle reti attivate

a) *Progetto RIPO (Registro Regionale Implantologia Protesica Ortopedica):*

- Rispetto del Debito informativo verso il RIPO e incremento della percentuale di adesione aziendale verso il valore medio regionale per le aziende al di sotto di tale valore (95% per gli interventi di artroprotesi d'anca e 90% per gli interventi di artroprotesi di ginocchio) e incremento tendenziale verso il 100% per le aziende con percentuale di adesione superiore al valore medio regionale.
- Fornire i dati aziendali finalizzati al flusso annuale specifico per la rilevazione dei costi della protesica ortopedica (anca, ginocchio), da estrarre periodicamente dal database degli ordini aziendali, ed inviato al Gruppo regionale Tecnologie Sanitarie da parte dei referenti aziendali (farmacisti e/o provveditori) secondo le indicazioni regionali.

b) *Programma Stroke Care - La gestione integrata del paziente con ictus*

- Adozione aziendale del "Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza al paziente con Ictus nella fase acuta e nella fase post-ospedaliera – Programma Stroke Care".
- Definizione di un gruppo di lavoro aziendale, attribuzione di obiettivi per le Direzioni Dipartimentali e di Distretto;
- Definizione della rete di emergenza-urgenza provinciale di riferimento per il paziente con ictus cerebrale; definizione dei protocolli di centralizzazione diretta e

implementazione di scale validate per il riconoscimento precoce dei pazienti con ictus;

- definizione in ambito provinciale degli stabilimenti in possesso dei requisiti essenziali e di quelli in possesso dei requisiti addizionali. In particolare, per entrambe le tipologie di stabilimenti ospedalieri, definizione di un'area di degenza dedicata per la gestione della fase acuta del paziente con ictus, con posti letto dedicati e risorse adeguate di personale specificamente formato; con la definizione di un team aziendale multidisciplinare e multiprofessionale che si riunisca in modo periodico (almeno settimanalmente) per la discussione dei casi clinici; con garanzia sia della presa in carico riabilitativa entro 48 ore dall'ingresso in ospedale sia della continuità assistenziale attraverso l'elaborazione di piani di dimissione individuali da parte del team aziendale multidisciplinare, previa valutazione del fabbisogno assistenziale nella fase post-ospedaliera (a cura del case manager ospedaliero in stretta collaborazione con i case manager individuati dai servizi distrettuali).
- Definizione di percorsi dedicati nella fase post-ospedaliera (fase degli esiti) con il coinvolgimento dei servizi distrettuali e dei servizi sociali dei comuni.
- Implementazione del set di indicatori previsto dal documento di indirizzo al fine di attivare Audit aziendali e di monitorare l'adesione alle indicazioni regionali.

*c) Progetto GRACER:*

- Rispetto del debito informativo verso il Registro Regionale Gravi Cerebrolesioni Acquisite presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara;
- Al fine di consentire la attivazione precoce dei servizi territoriali in vista di un possibile fabbisogno in fase extra-ospedaliera, le strutture riabilitative di tipo intensivo (HUB, H/S, Spoke O) sono tenute a segnalare tempestivamente ai referenti territoriali competenti (Spoke T) la avvenuta presa in carico del paziente; inviando al referente territoriale, entro 10 giorni dalla presa in carico, la segnalazione relativa e le indicazioni del progetto riabilitativo in atto;
- Le strutture riabilitative di tipo HUB e H/S dovranno adempiere alla raccolta degli indicatori previsti dalla DGR n. 327/2004 in riferimento alle Unità per le Gravi Cerebrolesioni;
- Le strutture riabilitative di tipo Spoke O dovranno adempiere alla raccolta degli indicatori previsti dalla DGR n. 327/2004 in riferimento alle Unità Operative di Riabilitazione Intensiva;

*d) Reti Hub & Spoke*

Si pone l'obiettivo della verifica del funzionamento delle reti attivate attraverso la valutazione di indicatori specifici che vengono attribuiti alle aziende interessate (riportati nel successivo paragrafo "obiettivi specifici aziendali o provinciali o di area vasta").

*e) Diffusione delle cure palliative: gli hospice e la rete*

1. Le Aziende USL dovranno individuare il Responsabile della Rete delle cure palliative, quale figura di coordinamento aziendale per il funzionamento della rete e al contempo consolidare i percorsi di continuità assistenziale con le cure palliative domiciliari, con le strutture ospedaliere e con le strutture della rete socio-assistenziale.
2. Le Aziende sono inoltre tenute a rispettare il debito informativo previsto dall'allegato alla DGR 589/2002 e ad esplicitare le procedure avviate in merito alla distribuzione in hospice e a livello domiciliare dei farmaci antalgici.

*f) Ospedale senza dolore*

Continua la diffusione delle Linee guida "Ospedale senza dolore" con lo scopo di promuovere le conoscenze e diffondere buone pratiche cliniche per prevenire e controllare il dolore acuto e cronico.

Con riferimento al percorso formativo regionale, dedicato al *Sollievo dal dolore in età pediatrica*, completato nel 2005, alle Raccomandazioni/Linee guida regionali per il trattamento del dolore da procedure invasive in oncoematologia pediatrica e alle Raccomandazioni per il dolore oncologico, già diffuse tramite i Comitati aziendali ospedale senza dolore (COSD), le Aziende proseguono la formazione su temi specifici, al fine di supportare il trattamento del dolore secondo i principi della buona pratica clinica e secondo criteri di sicurezza per il paziente.

Per il 2006 si indicano, in sintesi, le azioni necessarie all'attiva prosecuzione del progetto:

- consolidare i percorsi di trattamento del Dolore Post-operatorio (DPO) ed estenderli alle U.O. di Chirurgia generale e specialistica per giungere, al 31.12.2006, ad una copertura del 90% delle U.O. che trattano il DPO;
- attivare e/o consolidare percorsi di trattamento del dolore pediatrico con attenzione particolare all' oncoematologia pediatrica;
- elaborare percorsi clinico organizzativi di trattamento del dolore oncologico, con attenzione all'integrazione con la rete degli Hospice;
- Aggiornare l'informazione al cittadino sulla terapia del dolore e sui percorsi di accesso ai servizi assistenziali dedicati;
- Aderire al progetto regionale di potenziamento del parto in analgesia.

**1.2. Completamento delle reti programmate***a) Malattie Rare*

Migliorare l'efficienza complessiva della Rete per le Malattie rare, e nella fattispecie:

- istituire ed utilizzare percorsi d'accesso per i pazienti affetti da malattia rara, sia per la prima visita sia per il follow up, identificando, dove possibile, percorsi di day service;
- formulare la diagnosi corretta utilizzando la modulistica prevista; per ciascun paziente predisposizione di:
  - o certificazione di diagnosi;
  - o scheda per la prescrizione dei farmaci;
  - o piano terapeutico personalizzato;
- garantire la presa in carico complessiva del paziente, secondo le indicazioni dettate dalla Circolare n. 18/2004;
- seguire i protocolli clinici, se esistenti, e predisporli, in accordo con gli altri centri di riferimento, laddove non esistano;
- seguire le corrette procedure per la richiesta di erogazione in esenzione alla partecipazione al costo di farmaci non appartenenti ai LEA.

**2. Garanzia della erogazione dei LEA attraverso una rete coerente con gli standard nazionali di dotazione e di utilizzo**

La erogazione dei LEA avviene attraverso una rete coerente con gli standard dotazionali e di utilizzo stabiliti a livello nazionale dalla intesa 23/03/2005 e confermati dalla legge Finanziaria 2006.

Tali standard prevedono per il 2007 un tasso di ospedalizzazione non superiore a 180/1000 abitanti (di cui 20% DH) ed una dotazione di posti letto non superiore a 4,5/1000 abitanti, compresa lungodegenza e riabilitazione. La Regione Emilia Romagna, peraltro



con DGR 2272 del 27 settembre 1996 ha indicato la dotazione di Lungodegenza post acuzie e Riabilitazione nel range 0,7-1/1000 abitanti.

Obiettivo generale di tutte le province è il rispetto di tali parametri dotazionali. Per il 2006 si pone l'obiettivo per le province ancora non adeguate a tali standard ad avvicinarvisi.

Negli obiettivi specifici di azienda, o di Provincia ove presenti più Aziende, vengono precisati gli obiettivi per le aziende che nel 2006 dovranno avvicinarsi ai parametri nazionali.

### **3. Miglioramento della appropriatezza**

#### *a) Rimodulazione dell'attività del pronto soccorso e continuità assistenziale*

Nel corso del 2006 le Aziende dovranno proseguire il monitoraggio degli accessi in pronto soccorso per codice colore sviluppando contemporaneamente iniziative atte a ridurre l'accesso di codici bianchi al pronto soccorso. Particolare attenzione dovrà essere posta alla integrazione dei servizi ed alla continuità assistenziale alla luce dello sviluppo dei Nuclei delle Cure Primarie come previsto dall'accordo regionale con i medici di Medicina Generale.

Operativamente le Aziende hanno l'obiettivo di:

- Utilizzare omogenee modalità di classificazione del triage infermieristico secondo le indicazioni dell'apposito gruppo di lavoro;
- Utilizzare omogenee modalità di classificazione del codice bianco in uscita secondo le indicazioni dell'apposito gruppo di lavoro;
- Mettere in atto azioni per ridurre nel 2006 rispetto al 2005 i tassi di accesso al PS sulla popolazione di riferimento provinciale;
- Mettere in atto azioni per ridurre tassi di Ricoveri su Accessi;
- Partecipare al monitoraggio delle misure alternative al PS attraverso la definizione di una scheda omogenea di raccolta dati.

Per quanto riguarda l'attività di OBI (DGR n. 24/2005 " Approvazione Linee Guida Regionali per la funzione di Osservazione Breve Intensiva (OBI) - Determinazione della Tariffa di Remunerazione dell'Attività e Definizione degli Adempimenti correlati ai Flussi Informativi") gli Obiettivi 2006 sono così articolati:

- Rispetto dei contenuti dell'allegato tecnico "Linee di indirizzo regionali sulle attività di Osservazione Breve Intensiva" della DGR n. 24/2005 in relazione **a)** al debito informativo (invio delle informazioni da ciascuna Azienda entro il 30 agosto per il primo semestre di ciascun anno ed entro il 28 febbraio dell'anno successivo per il secondo semestre al Servizio Presidi Ospedalieri della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali); **b)** alla modalità di compilazione dei campi relativi al flusso Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA).

#### *b) Appropriato utilizzo di lungodegenza , riabilitazione intensiva ed estensiva , post-acuzie*

Le aziende dovranno partecipare al monitoraggio continuo dell'utilizzo di lungodegenza, riabilitazione intensiva ed estensiva, post-acuzie secondo le modalità definite dall'apposito gruppo di lavoro verificando l'integrazione e la continuità assistenziale con le strutture residenziali.

#### *c) Contenimento dei principali DRG potenzialmente inappropriati*

Per quanto riguarda i DRG a maggior rischio di inappropriatezza indicati nell'"Atlante dell'appropriatezza" presentato il 16 settembre 2005 (DRG 40, 42, 55, 161,

162, 182, 183, 232) l'obiettivo consiste nella riduzione tra 2005 e 2006 dei ricoveri in degenza ordinaria.

- d) Per quanto riguarda i **contratti di fornitura** tra Aziende USL e Aziende Ospedaliere/Ospedaliero-Universitarie/IRCCS/Case di Cura dovranno essere previste esplicitamente modalità di verifica della appropriatezza.

#### **4. Governo delle liste d'attesa**

Per il 2006 si pone l'obiettivo del rispetto dei parametri già indicati dall'Intesa Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 riguardo a cataratta e protesi d'anca (per entrambe 90% entro 180 giorni e 50% entro 90 giorni), coronarografia (90% entro 120 giorni e 50% entro 60 giorni), intervento chirurgico per cancro colon-retto, mammella, polmone (100% entro 30 giorni dal momento dell'indicazione all'intervento), chemioterapia e radioterapia (100% entro 30 giorni dal momento indicato dallo specialista).

Inoltre, a seguito del piano regionale liste d'attesa del 2006, ogni Azienda dovrà attivare un proprio piano aziendale per il rispetto di quanto indicato dal piano regionale.

#### **5. Accredimento**

A seguito della determina n. 10.256 del 26 luglio 2004, con la quale il Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali ha individuato le strutture che costituiscono le priorità per i percorsi di verifica per l'accredimento istituzionale per il triennio 2004/2006, dal settembre 2004 sono stati attivati i percorsi di accreditamento istituzionale che, proseguiti nel corso del 2005, devono essere completati nel 2006 in tutte le Aziende secondo le priorità individuate nella citata determina.

Nei documenti dei requisiti specifici per l'accredimento delle strutture sanitarie, All. 3 alla Delibera della Giunta Regionale n. 327 del 23 febbraio 2004, "Applicazione della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti", è richiesto di rilevare e monitorare alcuni indicatori riguardanti l'attività di sala operatoria: in relazione a ciò, è previsto che la raccolta e l'elaborazione di questi dati sia informatizzata.

Le Aziende pertanto devono implementare l'informatizzazione del registro di sala operatoria.

### **• Obiettivi specifici aziendali o provinciali di area vasta**

#### **1) Reti Hub & Spoke**

##### *Malattie emorragiche congenite*

Le Aziende interessate quali Hub (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma) e quali Spoke (Piacenza – Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia - Aziende Ospedaliero-Universitarie di Modena, Bologna e Ferrara – Ravenna – Cesena) devono rispettare gli obiettivi previsti dal Documento di Programmazione triennale 2006 – 2008 per l'anno 2006.

##### *Anemie emolitiche ereditarie*

Le Aziende interessate quali Hub (Azienda Ospedaliero -Universitaria di Ferrara) e Spoke (Piacenza – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma – Azienda Ospedaliera di Reggio



Emilia – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena – Ravenna - Cesena – Rimini) devono rispettare gli obiettivi previsti dalla delibera di Giunta 1708 del 2.11.2005.

Sono in procinto di essere costituite le Reti Hub & Spoke per:

*Sindrome di Marfan*

Le Aziende interessate quali Hub (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna) e Spoke devono rispettare quanto previsto nella delibera di identificazione della relativa Rete.

*Glicogenosi*

Le Aziende interessate quali Hub (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna) e Spoke (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena) devono rispettare quanto previsto nella delibera di identificazione della relativa Rete.

*Fibrosi Cistica*

Le Aziende interessate quali Hub (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma – Cesena) e Spoke (Piacenza - Reggio Emilia –Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Ferrara - Ravenna) devono rispettare quanto previsto nella delibera di identificazione della relativa Rete.

*LES*

Le Aziende interessate quali Hub (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara) e Spoke devono rispettare quanto previsto nella delibera di identificazione della relativa Rete.

**2) Garanzia della erogazione dei LEA attraverso una rete coerente con gli standard nazionali di dotazione e di utilizzo.**

Si indicano di seguito agli obiettivi per le Province o le Aziende che nel 2006 dovranno tendere ad adeguarsi agli standard nazionali in modo da raggiungerli entro il 2007.

*a)Tasso di ospedalizzazione (T.O.)*

- Provincia di Ferrara (obiettivo comune di AUSL e Azienda Ospedaliero-Universitaria): per il 2006 T.O. standardizzato totale non superiore a 200/1000 abitanti
- Azienda USL di Piacenza: T.O. standardizzato totale non superiore a 195/1000 abitanti

*b)Dotazione di posti letto*

- Provincia di Parma. La dotazione di posti letto di lungodegenza-riabilitazione - cod.56-60- (obiettivo comune di Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL) al 31/12/2006 dovrà avvicinarsi alla dotazione di 1 PL/1000 abitanti.
- Azienda USL di Piacenza. La dotazione di posti letto di lungodegenza-riabilitazione (cod.56-60) dovrà avvicinarsi alla dotazione di 1 PL/1000 abitanti
- Aziende USL di Reggio Emilia e di Cesena. La dotazione di posti letto di lungodegenza-riabilitazione dovrà aumentare nel 2006 rispetto al 2005.

**3) Miglioramento della appropriatezza**

Oltre agli obiettivi generali si pongono i seguenti obiettivi specifici

- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. Contenimento del tasso di tagli cesarei al valore massimo registrato nel 2005 tra le Aziende Ospedaliero-Universitarie, pari al 35%.

- Aziende USL di Rimini e di Piacenza. Riduzione del tasso di tagli cesarei rispetto al 2005.
- Aziende USL di Parma e di Bologna. Verifica del rispetto dei criteri di accreditamento (DGR 327/2004) ove previsto che strutture al di sotto di 500 parti/anno non superino il 10% di tagli cesarei.
- Le Aziende USL di Ravenna, Cesena, Rimini nei confronti della regione Marche, la Azienda USL di Ferrara nei confronti della Regione Veneto, le Aziende USL di Parma e di Piacenza nei confronti della Regione Lombardia devono rendere operativi gli accordi interregionali (dopo la loro definizione) nei confronti delle strutture erogative del territorio di competenza sia pubbliche sia private.

#### **4) Sistema di emergenza-urgenza territoriale**

Per le Aziende USL di Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini si pone l'obiettivo di operare in maniera coordinata come Area Vasta Romagna. In particolare si pone l'obiettivo di unificare il sistema di gestione delle chiamate di emergenza -118 tra le Aziende USL di Ravenna e di Forlì. Per le Aziende USL di Cesena e di Rimini si pone l'obiettivo di predisporre progetti esecutivi per la unificazione del sistema di gestione delle chiamate di emergenza-118.

#### **5) Procurement di organi e tessuti**

Gli obiettivi generali e specifici di pertinenza del sistema trapianti sono contenuti nell'apposito atto.

#### **6) Sistema sangue**

Per gli obiettivi generali e specifici di pertinenza del sistema sangue si fa riferimento al Piano sangue e plasma 2005-2007 .

#### **• Governo Clinico**

La LR 29 del 23/12/2004 ha stabilito il principio generale della integrazione di assistenza, ricerca e formazione, dimensioni esplicitamente riconosciute come parte integrante dei compiti istituzionale del SSR in tutte le sue articolazioni. Lo stesso atto legislativo ha individuato nel Collegio di Direzione l'organo aziendale con compiti di proposta relativamente allo sviluppo strategico delle aziende sanitarie sul terreno della innovazione clinica-organizzativa, della ricerca, della formazione e del mantenimento e miglioramento della qualità dell'assistenza, con particolare riferimento alla gestione del rischio clinico. La conseguente delibera xxx del xx con la quale sono stati indicati gli indirizzi per gli atti aziendali ha avviato nelle aziende sanitarie la fase di istituzione dei Collegi di Direzione, di definizione degli assetti dipartimentali e di individuazione della infrastruttura dedicata al governo delle attività di ricerca e formazione.

In questo contesto, il SSR ha già da tempo avviato, attraverso le iniziative coordinate dalla Agenzia Sanitaria Regionale, una serie articolata di progetti di valutazione di innovazioni clinico-organizzative e di valutazione della qualità dell'assistenza, progetti che vedono la partecipazione attiva di tutte le aziende sanitarie ed IRCCS della Regione. Queste iniziative, oltre a fornire le basi empiriche per la valutazione di impatto sul sistema assistenziale di specifiche tecnologie ed interventi, offrono anche concretamente l'opportunità per costruire a livello regionale l'infrastruttura necessaria per affrontare, a livello di sistema ed aziendale, il tema del governo delle innovazioni e rappresentano quindi uno degli elementi essenziali per mettere i Collegi di Direzione in condizione di poter esercitare il proprio ruolo propositivo. In particolare, la costruzione di database clinici dedicati (registri) a specifici interventi/servizi o di patologia e l'aggregazione di network

clinici a carattere multidisciplinare e sovra-aziendale sono alcuni degli aspetti strategicamente più rilevanti per rendere possibili attività di ricerca ed innovazione nel SSR.

In questo quadro generale lo sviluppo del sistema sanitario è anche strettamente legato alla promozione, in integrazione alle attività di ricerca, della formazione e della formazione permanente. Questo processo, che va realizzato anche in collaborazione con le Università della Regione secondo il principio di leale collaborazione e nel rispetto delle reciproche autonomie, dovrebbe avvenire in un contesto in cui:

- ☐ si condividano un insieme di valori e di competenze di fondo;
- ☐ sia effettivo l'impegno a creare condizioni di lavoro adatte allo sviluppo delle competenze, sia in funzione della carriera individuale che dell'organizzazione;
- ☐ esistano le possibilità di accedere alla formazione in modo aperto e flessibile e senza discriminazioni;
- ☐ l'apprendimento sia riconosciuto, valutato e accreditato e sia condiviso tra gruppi e professioni diversi;
- ☐ la pianificazione e la valutazione della formazione faccia parte integrante dello sviluppo delle organizzazioni;
- ☐ vi sia possibilità di accedere alle necessarie risorse informative;
- ☐ le infrastrutture dedicate siano competenti, accessibili e davvero in grado di supportare l'apprendimento.

A partire da queste premesse, al fine di sostenere e rendere ulteriormente pervasivi all'intero sistema questi processi virtuosi già avviati, appare rilevante che nel corso del 2006 le aziende sanitarie regionali, attraverso il coordinamento e con il supporto della Agenzia sanitaria regionale, curino i seguenti aspetti:

- il mantenimento/consolidamento dei database clinici già operativi (emodinamica, cardiocirurgia, GRACER, sepsi, interventi di protesi d'anca) e la loro costruzione ex novo negli ambiti individuati come rilevanti (ad esempio traumi, pazienti oncologici sottoposti a trattamenti chemioterapici), prestando attenzione ai problemi posti dalla integrazione di questi nuovi strumenti nel contesto dei sistemi informativi aziendali ;
- la partecipazione ai progetti di identificazione e successiva valutazione della innovazione clinica ed organizzativa in corso di realizzazione in ambito cardiovascolare, oncologico, sulla prevenzione monitoraggio e controllo delle infezioni nelle strutture sanitarie ospedaliere e sull'impatto della diagnostica ad alto costo;
- il lavoro, già avviato nel contesto del PRIER, di censimento e monitoraggio delle attività di ricerca clinica in corso e di progressiva capacità di indirizzo per una ricerca realmente rilevante per i bisogni conoscitivi ed operativi del SSR;
- l'organizzazione al proprio interno delle competenze e responsabilità relative al processo di individuazione e valutazione delle innovazioni tecnologiche ed organizzative e di valutazione delle loro ricadute sui servizi, individuando le eventuali necessità formative e sfruttando, ove opportuno, le potenzialità sinergiche offerte dalle aree vaste;
- il radicamento nei contesti dipartimentali delle attività finalizzate al monitoraggio ed al controllo del rischio clinico, dando a queste iniziative il necessario carattere di sistematicità e continuità.



Per quanto riguarda in particolare la formazione e la formazione permanente, lo scenario nelle Aziende sanitarie, e in quelle Ospedaliero-universitarie in modo particolare, è effettivamente caratterizzato da elementi diversi che vanno orientati in modo coordinato. Il ruolo del Collegio di direzione è centrale in questo contesto. Occorre sviluppare adeguate competenze e strette relazioni con le articolazioni organizzative e con le componenti professionali e si pongono i seguenti obiettivi:

- sviluppare un'area di competenze prossima alle funzioni di direzione complessiva dell'Azienda, in grado di sostenere in modo integrato e collaborativo il processo attraverso gli esperti del governo clinico, della formazione, della ricerca, dello sviluppo organizzativo, dell'accesso alla documentazione scientifica.;
- costruire una rete capillare di operatori, in grado di sostenere le diverse attività didattiche e di ricerca, sia quelle universitarie sia quelle per la formazione continua, con azioni di orientamento, animazione, tutoraggio, insegnamento;
- collaborare per ai programmi di monitoraggio, valutazione e proposta degli Osservatori regionali per le Scuole di specializzazione in medicina e per le Professioni sanitarie operanti presso l'Agenzia sanitaria regionale.

## VII. SALUTE MENTALE

Le innovazioni richieste dalla legge regionale 29 del 23/12/2004, i successivi atti di indirizzo per la organizzazione del Servizio Sanitario Regionale e la costruzione del Piano Sociale e Sanitario costituiscono una grande opportunità per i Dipartimenti di Salute Mentale che nel corso del 2006 saranno chiamati a ridefinire la loro missione e la loro organizzazione complessiva. Più in generale si deve avviare una fase di programmazione che nel giro di un anno porti le varie componenti del processo di salute mentale (professionisti, direzioni aziendali, associazioni di utenti e familiari, università, privato sociale ed imprenditoriale) a condividere una proposta di modello e di contenuti che abbia respiro strategico e che garantisca un consolidamento delle pratiche psichiatriche sulla utenza tradizionale ed una maggiore apertura alle nuove fasce di popolazione che presentano bisogni di salute mentale. Questo sforzo prenderà forma nella preparazione e realizzazione della II Conferenza di Organizzazione sulla Salute Mentale alla quale tutte le Aziende nelle varie articolazioni interessate sono chiamate a dare il loro importante contributo. Gli obiettivi qui posti sono tasselli di una costruzione più ampia che nell'anno in corso troverà la sua completa declinazione.

### Obiettivi comuni a tutte le Aziende USL

1. Partecipare al percorso regionale di riconversione dei posti letto dell'ospedalità privata (attuazione della delibera 327/2004). In particolare ogni Azienda USL dovrà definire il proprio fabbisogno di posti letto residenziali da commissionare conseguentemente ai soggetti privati.
2. Revisione completa a livello aziendale e di Area Vasta del fabbisogno dei posti letto in strutture residenziali psichiatriche (pubblici e privati) di tipo sanitario e socio-assistenziale. In particolare vanno definiti fabbisogni complessivi e per tipologia di struttura, fornitori privati che garantiscano qualità ed appropriatezza, perseguendo la massima integrazione nell'offerta del servizio pubblico.
3. Realizzazione del Programma regionale "Giuseppe Leggieri", riguardante il trattamento integrato del paziente con disturbi mentali nella Medicina Generale. In particolare vanno previste iniziative di formazione sul campo volte a consolidare la

collaborazione in piccoli gruppi (ad es. MMG operanti in uno o due NCP con il personale del DSM [psichiatri ed infermieri] di riferimento territoriale).

4. Applicazione delle linee guida regionali in tema di collaborazione tra Neuropsichiatria Infantile e Pediatria di Base, secondo quanto previsto dall'elaborato dell'apposito progetto regionale.
5. Completamento della messa a regime della raccolta dati del Sistema Informativo Regionale per la Salute Mentale.
6. Partecipazione dei professionisti delle UO di Psichiatria e NPIA alla preparazione ed alla realizzazione della II Conferenza di Organizzazione sulla Salute Mentale.

Per le Aziende USL di Parma, Modena e Ravenna

1. Codificare le attività di Day Hospital Psichiatrico come attività territoriali, in analogia ed omogeneità con quanto già fatto dalle restanti Aziende.

Per l'Azienda USL di Forlì

1. Avviare la residenza Sanitaria per pazienti in carico ai DSM dell'Area Vasta Romagna e delle AUSL Bologna ed Imola, provenienti dagli OPG, secondo il progetto presentato dalla stessa Azienda.

## VIII. SISTEMA INFORMATIVO

La Direzione sanità e politiche sociali si è dotata da anni, gradualmente, di un sistema informativo in grado di supportare le attività di programmazione, di valutazione e di regolazione del sistema. Il sistema informativo delle politiche sanitarie e sociali, alimentato dalla aziende sanitarie e da altri enti che partecipano alla gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari, si fonda sulla centralità del cittadino e sulle sue necessità assistenziali e cerca di soddisfare le esigenze informative, epidemiologiche, amministrative e di monitoraggio relativamente ai principali settori di attività, con particolare riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). I flussi informativi sono governati da un rigoroso rispetto della normativa a tutela della privacy e il recente "Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di titolarità della Giunta regionale e delle agenzie, istituti ed enti che fanno riferimento all'amministrazione regionale", approvato dall'Assemblea Legislativa il 24 aprile 2006, ne sancisce scopi e modalità. Il costante sviluppo di questo sistema informativo va di pari passo con le evoluzioni e i cambiamenti che caratterizzano il sistema assistenziale. Nel 2005 è stata posta una particolare attenzione all'area dell'integrazione socio-sanitaria, settore dove alcuni strumenti di intervento sono in via di ridefinizione e sul quale occorrerà lavorare ancora. Per il 2006 si impongono anche delle priorità dettate dagli impegni presi con le istituzioni centrali.

### • Obiettivi 2006

Per inquadrare gli obiettivi conviene collocarli all'interno del quadro progettuale complessivo del sistema che in sintesi si articola lungo quattro filoni di interesse:

#### 1) Progetti ICT infrastrutturali

E' in corso di elaborazione il terzo Piano Telematico Regionale con una sezione dedicata alla sanità sotto riportata, e comprenderà progetti pluriennali di innovazione. Questi progetti non sono traducibili al momento in obiettivi specifici per il 2006, ma richiederanno una forte collaborazione da parte delle Aziende. Citiamo ad esempio il Progetto SOLE e le



relative attività previste anche dal recente Accordo Regionale con i medici di medicina generale.

## **2) Progetti legati al monitoraggio della spesa sanitaria (art. 50)**

Terminata la distribuzione della nuova Tessera Sanitaria inizia la fase di rilevazione della spesa farmaceutica e della spesa per le prestazioni ambulatoriali. La messa a regime di queste rilevazioni richiederà un impegno delle Aziende sia per la predisposizione dei vari flussi informativi per i quali la Regione farà da collettore verso il Ministero dell'Economia e Finanza sia per la revisione di alcune modalità operative nella raccolta delle informazioni. In particolare si rendono necessarie alcune attività propedeutiche al buon funzionamento di tutto il sistema:

- (i) utilizzo della nuova Tessera Sanitaria nelle fasi di accettazione dei pazienti;
- (ii) utilizzo nei sistemi informativi aziendali del codice fiscale validato dal Ministero dell'Economia e Finanze come unico identificativo delle persone, compresi i medici, con l'ovvia eccezione degli stranieri temporaneamente presenti per i quali proseguirà l'utilizzo del codice STP;
- (iii) rilevazione accurata presso i punti CUP, i punti di accesso diretto e in generale tutti i punti di accesso alle prestazioni ambulatoriali del codice a barre della prescrizione.

### **Obiettivi 2006**

- garantire la completezza e la tempestività dei flussi informativi per il monitoraggio della spesa attuata dal Ministero dell'economia e finanza:
  - anagrafe assistiti
  - anagrafe esenzioni
  - anagrafe medici prescrittori
  - attribuzione ricettari
- migliorare la rilevazione del codice a barre delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale fino a raggiungere entro l'anno la completezza necessaria
- garantire in ogni caso, anche in presenza di modulistica specifica per la semplificazione degli accessi, la corretta rilevazione del medico prescrittore

## **3) Progetti legati alla programmazione della Direzione generale sanità e politiche sociali**

Oltre al mantenimento e al continuo miglioramento degli strumenti informativi che consentono le attività di programmazione e di indirizzo proprie della direzione, si rende necessario approfondire la conoscenza strutturata di nuove attività da poco iniziate, come lo screening del colon retto, o che stanno subendo profonde trasformazioni come l'erogazione diretta di farmaci e gli accordi stipulati con regioni limitrofe relativi alla mobilità interregionale – più interessate da ciò sono le Aziende "confinanti". Per favorire la conoscenza e la condivisione della struttura dell'offerta di servizi sul territorio regionale occorre implementare anche l'anagrafe delle strutture autorizzate da collegare con il sistema dell'accreditamento in modo da automatizzare e velocizzare alcune fasi dell'intero processo che attualmente vengono svolte manualmente. L'anagrafe delle strutture permetterà anche di concentrare a livello regionale e condividere con tutto il sistema informazioni non facilmente reperibili a causa delle varie competenze coinvolte.

### **Obiettivi 2006**

- mettere a regime la rilevazione già iniziata in modo sperimentale dello screening del colon retto

- attivare il nuovo flusso informativo previsto dalla Circolare n. 4 del 16 maggio 2006 "Specifiche per il flusso informativo e la rilevazione dei farmaci a erogazione diretta (FED)"
- migliorare la qualità dei dati – completezza e tempestività- rilevati con il flusso ASA con particolare attenzione alle variabili necessarie per valutare i Tempi di attesa effettivi
- alimentare la costruzione dell'anagrafe delle strutture autorizzate (obiettivo specifico dei Dipartimenti di sanità pubblica) e accreditate

#### **4) obiettivi intesa del 23 marzo 2005**

L'intesa 23 marzo 2005, sottoscritta in sede di Conferenza Stato-Regioni prevista dall'articolo 1, comma 173 della Finanziaria 2005 ha ribadito l'obbligatorietà dei debiti informativi, di cui ai decreti ministeriali 16 febbraio 2001, 28 maggio 2001, 29 aprile 2003 e 18 giugno 2004 (modelli CE, SP, LA, CP) prevedendo che il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi, ricompresi nel nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), costituisce grave inadempienza.

Le Aziende sanitarie devono garantire accuratezza e attendibilità delle rilevazioni nel rispetto delle scadenze stabilite e nell'osservanza delle linee guida predefinite, assicurando e in alcuni casi recuperando tempestività nell'invio dei dati in regione e nell'inserimento nel NSIS.

Per la Contabilità Analitica, le Aziende devono adottare misure specifiche atte a consentire l'allineamento degli strumenti di rilevazione contabile e di analisi economiche, con l'applicazione, nel corso del 2006, del nuovo Piano dei Fattori Produttivi regionale.

Il D.M. 12/12/2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" ha individuato il set di indicatori per il monitoraggio dei Livelli Essenziali d'Assistenza: per il calcolo di tali indicatori il Ministero della Salute si avvale dei dati dei Flussi Ministeriali (D.M. 23/12/1996). Si richiama l'attenzione sulla necessità di garantire la qualità di tali rilevazioni con particolare riferimento anche ai dati prodotti dalle strutture private, essendo tale rilevazione oggetto del monitoraggio nazionale.

Il Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, d'altro canto, garantirà la compilazione dei dati con le rilevazioni regionali, ed una revisione con le Aziende delle modalità di gestione dei rapporti con il Ministero della Salute

### **• PIANO TELEMATICO REGIONALE**

#### **1) Servizi per la sanità**

L'utilizzo delle tecnologie in un settore come quello della Sanità non è qualcosa di nuovo, le AUSL e gli Ospedali sono infatti tra le Pubbliche Amministrazioni quelle più all'avanguardia in termini di dotazione di strumenti informatici ed utilizzo di sistemi informativi. La vera innovazione sta nel valore aggiunto che è ottenibile connettendo le diverse strutture operanti in regione per condividere un comune patrimonio di conoscenza. Rendere accessibile l'insieme delle informazioni sanitarie del singolo cittadino emiliano-romagnolo, senza che questi debba aver cura di raccogliere, conservare ed organizzare nel corso della propria vita ogni singolo referto, prescrizione, analisi, è il principale obiettivo delle azioni di *e-health* che la Regione persegue. Per realizzare questo sono indispensabili alcuni pre-requisiti: prima di tutto una rete geografica, in secondo luogo uno strumento di autenticazione che garantisca l'identità di chi accede ai dati sanitari ed infine,

ove necessario, la disponibilità di data center per l'archiviazione delle informazioni. Soddisfatto il requisito infrastrutturale, nelle sue parti essenziali, è possibile implementare una rete di servizi (SOLE) che permette la continuità dei processi assistenziali potendo contare su di un sistema di identificazione univoca degli assistiti e sulla disponibilità di documenti clinici scambiabili in quanto conformi agli standard di archiviazione ed interscambio dati. Il quadro si completa con la disponibilità di un sistema di prenotazione diffuso sul territorio potenzialmente in futuro accessibile dal singolo cittadino.

### **1.1 Rete telematica tra servizi ospedalieri e territoriali**

- *Sole: completamento infrastrutture*

Sole (Sanità On LinE) è un Progetto interamente finanziato dalla Regione Emilia-Romagna per la realizzazione di una rete telematica di collegamento tra i servizi ospedalieri e i servizi territoriali, che agevola la comunicazione tra gli operatori sanitari e, di conseguenza, agevola l'erogazione dei servizi con importanti e positive ricadute sulla continuità assistenziale e sulla semplificazione dell'accesso ai servizi per il cittadino.

L'attuale fase di realizzazione del progetto prevede il completamento della connessione in rete delle strutture AUSL e ospedaliere e dei medici di medicina generale che operano sul territorio della regione (anche attraverso sinergie con la rete LEPIDA), con l'obiettivo di portare a regime i flussi di interscambio dati necessari a garantire la continuità del processo assistenziale e la comunicazione tra Medici di Medicina generale e specialisti ospedalieri, fornisce inoltre elementi di facilitazione per il miglioramento del sistema di prenotazione delle visite specialistiche. SOLE è coerente al modello architetturale IBSE del MIT ed alla impostazione del FASP prevista nell'ambito del Progetto Mattoni dell'NSIS.

- *Sole: supporto ai nuclei cure primarie*

Nel processo di implementazione del sistema SOLE chiave sarà la disponibilità e l'utilizzo di postazioni informatiche presso gli studi dei medici. In questo ambito sarà di importanza strategica assicurare sistemi informatici che garantiscano la sicurezza dei dati gestiti dai medici e dispieghino strumenti di archiviazione e storage che ne garantiscano l'integrità. Con il fine di offrire questo genere di servizi e supportare il sistema SOLE la Regione Emilia-Romagna valuterà tutte le possibili soluzioni tecnologiche utili a ottimizzare la continuità operativa delle postazioni dei Medici di Medicina Generale distribuite su tutto il territorio regionale.

Il completamento della informatizzazione secondo standard di output condiviso sia degli ambiti ambulatoriali delle aziende sanitarie sia degli studi medici dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PDS), in coerenza ed integrazione con il sistema SOLE, permetteranno la realizzazione dell'Indice regionale degli eventi clinici (IREC) attraverso il quale l'insieme delle strutture ospedaliere e sanitarie (es. Pronto soccorso) nonché i singoli MMG e PDS potranno accedere alla cartella clinica del paziente integrata nelle sue varie parti dai contributi dei diversi soggetti che hanno interagito con il soggetto nel tempo. La disponibilità di strutture di data center con parametri di servizio compatibili con le esigenze del settore sanitario potrà essere condizione necessaria di garanzia di business continuità per la realizzazione dell'IREC.



- *Sistemi informativi amministrativi in area vasta ed integrazione con INTERCENT - ER*

Lo sviluppo delle aree vaste<sup>1</sup> è tale per cui gli ambiti ICT di area tecnica e amministrativa evolveranno verso modelli e sistemi omogenei in relazione ai modelli organizzativi uniformi adottati. In tal senso la Regione Emilia-Romagna si prefigge di sviluppare uno studio per definire i livelli di omogeneizzazione dei sistemi, di ottimizzazione della gestione degli stessi, di integrazione e/o interfacciamento.

Sempre sul fronte dell'integrazione tra sistemi si opererà per favorire l'interoperabilità tra la piattaforma INTERCENT-ER e le procedure amministrative utilizzate nelle Aziende Sanitarie. L'obiettivo è quello di massimizzare i vantaggi derivanti da INTERCENT-ER, ed a tal fine si procederà allo sviluppo di componenti software per l'integrazione della piattaforma di e-procurement regionale con i sistemi contabili delle Aziende Sanitarie. Lo sviluppo delle componenti software farà uso di un modello architetturale di cooperazione applicativa in grado di impattare in modo minimo sui sistemi informativi esistenti e garantire elevata sicurezza nelle transazioni.

### **1.2 Servizi di prenotazione**

- *Monitoraggio liste di attesa: CUP federato regionale*

La regione ha avviato un progetto finalizzato alla realizzazione di un portale in grado di erogare servizi di prenotazione relativamente ad una serie di articolate prestazioni sanitarie e rivolto ad una pluralità di soggetti. Le prestazioni oggetto di prenotazione non saranno limitate alle visite specialistiche ambulatoriali ma riguarderanno anche la richiesta di ricoveri e altri servizi sanitari, accessibili sia da utenti del SSN che da operatori della sanità. Lo sviluppo di tale sistema richiede la realizzazione di una complessa infrastruttura di interoperabilità con i sistemi informative delle diverse aziende sanitarie. Il progetto è co-finanziato dal Ministero dell'innovazione tecnologica.

### **1.3 Sistemi di interscambio e standard dati sanitari**

- *Sistema di interscambio dati clinici*

Con la disponibilità della rete LEPIDA che raggiungerà, nel prossimo futuro, tutte le AUSL e gli Ospedali regionali e il progressivo dispiegamento della rete SOLE risulterà sempre più critico ed importante poter condividere e interscambiare dati tra le diverse strutture sanitarie, singoli laboratori, studi medici, ecc.

In particolare l'obiettivo progettuale importante è rappresentato dallo studio e la progettazione esecutiva di un sistema complessivo che garantisca la possibilità di rendere disponibili e utilizzabili "in tempo reale" direttamente presso i punti di diagnosi e/o cura e ai medici coinvolti nel processo clinico le immagini diagnostiche rilevanti unitamente ai dati ad esse associati indipendentemente dalla tempistica e dalla localizzazione del processo medesimo. Tale set informativo potrà essere di supporto al miglioramento del servizio erogato, alla relativa ottimizzazione dei processi nonché supportare la ricerca e la formazione.

A questo fine sarà indispensabile attivare un'insieme di azioni volte alla definizione di standard comuni che traccino singoli classi di dati clinici. Questo risultato dovrà essere perseguito attraverso la collaborazione delle società fornitrici di strumentazioni e sistemi software affinché sia plausibile attendersi risultati positivi.

---

<sup>1</sup> Le aziende sanitarie della regione sono attualmente organizzate in tre comparti territoriali denominati "area vasta" con l'obiettivo di una organizzazione più razionale di competenze, strutture e servizi sul territorio.

- **Standard di protocollo clinico**

L'individuazione, partendo da linee guida clinicamente condivise, di formati di memorizzazione elettronica (dataset) aventi per oggetto i risultati di esami specifici e la cronologia di specifiche azioni terapeutiche risulta indispensabile per poter condividere le informazioni cliniche dei pazienti tra i professionisti sanitari e, in fase di sintesi, operare attività di analisi e studio finalizzate alla prevenzione ed al miglioramento nell'assistenza sanitaria a pazienti affetti da patologie specifiche (come diabete, ipertensione, soggetti in terapia anticoagulante, ecc). In particolare il panorama regionale è caratterizzato da sistemi clinici e apparecchiature medicali che pur ricoprendo appieno il loro ruolo in ambito locale non applicano i medesimi standard di protocollo clinico impedendo così una semplice condivisione del dato per via telematica. Scenario analogo risulta individuabile negli studi dei medici di base i quali spesso utilizzano cartelle cliniche diverse che non sempre registrano sottoinsiemi omogenei di informazioni cliniche. L'individuazione di tracciati e dataset clinici standard all'interno del sistema sanitario regionale potrà permettere una migliore integrazione del processo di cura e la creazione di team di monitoraggio dell'evoluzione di specifiche patologie.

Un primo progetto, peraltro già proposto per co-finanziamento al MIT, è finalizzato ad attivare un programma di prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino, aumentando la compliance del paziente, come indicato nel punto 2.1.3 del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007. In particolare, il progetto è indirizzato a fornire criteri clinici e organizzativi per rendere omogeneo sul territorio regionale l'approccio clinico-assistenziale e terapeutico al paziente diabetico e per monitorare la qualità dell'assistenza, secondo le strategie individuate per prevenzione, diagnosi, trattamento e follow-up e per l'integrazione professionale tra centro diabetologico e medico di medicina generale. In questo modo viene dato maggior risalto alla funzione del medico di medicina generale affinché riesca a controllare efficacemente i parametri clinici primari dei propri pazienti affetti da patologie croniche coinvolgendoli attivamente nel programma terapeutico. A questa prima esperienza si conta di affiancare nel corso del triennio a venire altre attività di standardizzazione che avranno quale oggetto diverse altre patologie.

#### **1.4 Percorsi terapeutici integrati**

- **Network Assistenziale Ospedaliero Regionale**

La Regione Emilia Romagna, con delibera 1267 del 22 luglio 2002, ha provveduto ad emanare le linee guida per l'organizzazione delle aree di attività, a livello regionale, secondo il modello "Hub & Spoke". Tale modello prevede la concentrazione della produzione dell'assistenza di maggiore complessità in Centri di Eccellenza (Hub) ai quali afferiscono centri periferici funzionalmente sotto-ordinati (Spoke), i quali garantiscono direttamente solo le prestazioni che si collocano al di sotto della soglia di complessità per essi specificamente prevista.

La Regione Emilia-Romagna, con l'obiettivo di creare una rete multidisciplinare di servizi tra i diversi Presidi Ospedalieri Regionali, che consenta di proporre e gestire percorsi terapeutici integrati, contrastandone l'eventuale frammentazione e consentendo da un lato la continuità terapeutica e dall'altro la tempestività d'intervento, si propone la realizzazione di una piattaforma integrata di comunicazione tra i diversi centri, fondata sull'utilizzo dell'infrastruttura di rete regionale LEPIDA. Saranno definiti specifici tipi di applicazioni multilivello per patologia e tipologia di assistenza, mediante un'implementazione modulare che possa crescere nel tempo.



## IX. MOBILITA'

### **Mobilità sanitaria interregionale**

La commissione salute del 7 dicembre scorso ha individuato negli Accordi bilaterali tra regioni confinanti lo strumento per il governo della mobilità sanitaria interregionale. Sono in corso le procedure tra regioni per la stipula di tali accordi.

#### Obiettivi 2006

- le Aziende USL dell'Area vasta Romagna, Area vasta Emilia Nord e Area vasta Centro: contribuire a monitorare gli accordi per la mobilità interregionale con le regioni limitrofe

## X. PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE - DISTRETTO

### **1) Percorso Nascita: I percorsi integrati ospedale - territorio**

I lavori del Programma regionale di riorganizzazione dei consultori familiari, condotti in 5 aziende sanitarie nel periodo 2001-2004, hanno portato tra l'altro, relativamente al percorso nascita in attuazione anche della L.R. n. 26/1998 "Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e a domicilio", all'elaborazione di:

- Una **linea guida** basata su prove di efficacia **sulla sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto**, con l'obiettivo di assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi, riducendo la variabilità nelle decisioni cliniche e valorizzando la funzione delle ostetriche nell'assistenza al travaglio nelle gravidanze a basso rischio.
- **Strumenti** per facilitare il cambiamento delle pratiche assistenziali **per la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno**, finalizzati ai gruppi multidisciplinari attivati a livello distrettuale e aziendale per definire le criticità nella prosecuzione dell'allattamento al seno, scegliere le raccomandazioni più adeguate per le criticità individuate, analizzare i fattori di ostacolo e individuare azioni e strumenti per superarli e per valutare i risultati.
- **Linee d'indirizzo per l'assistenza ostetrica alla gravidanza a basso rischio**, accordo tra professionisti (ginecologi e ostetriche) di consenso in merito alle procedure, le indagini strumentali, gli esami di laboratorio necessari e utili a garantire un buon livello di qualità nell'assistenza ostetrica alla gravidanza a basso rischio.

La **Commissione consultiva tecnico - scientifica** di cui alla L.R. 26/1998, ha focalizzato l'attenzione sulle azioni necessarie per aumentare la qualità dell'assistenza alla gravidanza e al parto in relazione a tempestività di accesso, continuità dell'assistenza, appropriatezza delle procedure e gradimento espresso dalle donne sull'intero percorso, attivando nel 2° semestre 2005 appositi gruppi di lavoro che, partendo dalle esperienze già realizzate all'interno del Programma regionale di riorganizzazione dei consultori familiari, coinvolgono le altre aziende sanitarie.

In questo contesto le Aziende sono chiamate a:

- Promuovere modalità di assistenza ostetrica di base applicabile alle gravide a basso rischio e individuare, nelle situazioni di rischio, programmi assistenziali differenziati, delineando il ruolo dell'ostetrica nel contesto di un lavoro di squadra;
- Garantire per il parto a domicilio la rete dell'assistenza al parto e al neonato e promuovere l'adozione della cartella ostetrica regionale "parto a domicilio". Partecipare all'"Osservatorio sul parto a domicilio" per la valutazione della qualità dell'assistenza ed il monitoraggio del numero dei parti;

- Partecipare alla rilevazione regionale tramite questionari sull'attività svolta dalle Aziende su due problematiche specifiche: "il controllo del dolore in sala parto"; "iniziative in atto dedicate alla depressione materna in epoca perinatale";
- Partecipare alla ricerca sulla qualità percepita dall'utenza nel percorso nascita;
- Per l'Ausl di Piacenza: coordinare le attività legate alla ricerca sulla qualità percepita dall'utenza nel percorso nascita con l'individuazione delle criticità e dei punti di forza mediante focus group;
- Per le AUSL di Modena, Bologna, Forlì, Cesena, Rimini e per l'Azienda ospedaliera di Bologna, implementare, in almeno un punto nascita, la linea guida basata su prove di efficacia sulla sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto, valorizzando la funzione delle ostetriche nell'assistenza al travaglio nelle gravidanze a basso rischio;
- Per le AUSL di Piacenza, Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Forlì e per le Aziende Ospedaliere di Reggio Emilia e di Ferrara, partecipare al Piano di Prevenzione attiva 2006-2008, progetto su "Sorveglianza e prevenzione dell'obesità" relativamente alla *promozione dell'allattamento al seno* attivando in questa prima fase, almeno in un distretto, un gruppo multidisciplinare per l'implementazione degli strumenti per facilitare il cambiamento delle pratiche assistenziali per la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno.

Inoltre, a seguito dell'esperienza realizzata dal gruppo di lavoro "Progetto Incident Reporting in Ostetricia", avviato con l'Agenzia Sanitaria Regionale il 13 dicembre 2004 nell'incontro con i Referenti Aziendali di Risk Management, i Referenti Medici e le Referenti Ostetriche, che ha comportato la sperimentazione di un sistema di Incident Reporting nell'assistenza al travaglio-parto, e l'avvio di interventi formativi nella maggior parte delle Aziende della Regione, obiettivo per l'anno 2006 delle Aziende Sanitarie è:

- l'avvio di un processo di gestione del rischio clinico in Ostetricia-Ginecologia (con incident reporting o altri metodi).

### **La celiachia**

Nel luglio 2005 la legge 123 ha definito la celiachia come malattia sociale. Questo implica l'impegno per il SSR di facilitare l'accesso dei pazienti agli alimenti dietetici, al fine di uniformare i suoi stili di vita a quelli della popolazione generale

In accordo con l'Associazione celiachia regione Emilia-Romagna si ritiene di attivare la sperimentazione di un sistema innovativo di distribuzione degli alimenti specifici per celiaci assieme ad alcuni componenti della grande distribuzione, con l'obiettivo di valutare:

- il gradimento dell'iniziativa da parte dei cittadini celiaci
- il livello di adesione a questa nuova opportunità di fornitura
- la capacità dell'offerta da parte della grande distribuzione rispetto all'elenco regionale degli alimenti consentiti
- l'impatto che le Aziende USL devono sostenere per la gestione amministrativa del sistema proposto

Il progetto prevede l'avvio della distribuzione nel mese di ottobre 2006 presso alcune aziende sanitarie della regione e l'estensione ad altre ASL nel corso dell'anno 2007.

Obiettivo per le Aziende USL è la partecipazione al progetto regionale secondo i contenuti del documento tecnico condiviso.

### **2) La gestione integrata del paziente diabetico**

Le aziende stanno perseguendo l'attuazione delle "Linee guida clinico - organizzative per il management del diabete mellito", che sono il contenuto del *progetto "Gestione integrata del diabete per la prevenzione delle complicanze" inserito nel Piano regionale della prevenzione per il triennio 2005-2007*. L'assistenza integrata al diabetico, prevista dalle

linee guida, contempla l'apporto di un ampio numero di figure assistenziali ed il lavoro interdisciplinare in team. La partecipazione del MMG, come punto di riferimento clinico per il paziente e per la sua famiglia nella rete della continuità assistenziale, è condizione indispensabile per garantire equità di accesso e continuità delle cure in stretta integrazione con i medici diabetologi, componenti della rete per il livello specialistico, e con gli infermieri ospedalieri e distrettuali componenti del team.

Obiettivi delle Aziende per il 2006 sono:

- Raccolta dati omogenea dei pazienti in gestione integrata da CD e MMG, secondo l'elenco minimo di dati concordato;
- Presso Centri Diabetologici (CD): individuare i pazienti eleggibili per la gestione integrata e le modalità per il passaggio graduale ai MMG;
- Sulla base dell'esperienza realizzata, mettere a punto i percorsi clinici, organizzativi e di comunicazione tra CD e MMG;
- Partecipare alla rilevazione dei bisogni formativi per la formazione regionale sulla gestione integrata, programmata per l'anno 2007.

### **3) Il Programma di assistenza sanitaria a favore dei soggetti portatori di stomie e incontinenti gravi.**

L'approccio assistenziale integrato alle persone rappresenta condizione essenziale per assicurare la presa in carico del malato nella sua globalità, ivi compresi gli aspetti psicologici e relazionali, l'equità di accesso ai servizi sanitari e la continuità di cura. In tale contesto si collocano tipicamente le problematiche dell'assistenza sanitaria ai soggetti portatori di stomie e alle persone con incontinenza fecale e urinaria grave, secondo quanto previsto dalla DGR n. 319 del 14 febbraio 2005.

Al fine di implementare progressivamente quanto previsto dalla DGR n. 319/2005, gli obiettivi per le Aziende sanitarie per l'anno 2006 sono:

individuazione di una figura con funzioni di coordinamento, al fine di strutturare i percorsi integrati previsti;

attivazione di gruppi di lavoro costituiti dai principali professionisti coinvolti, con la partecipazione di rappresentanti delle associazioni dei malati impegnate in modo specifico sul tema.

### **4) La nutrizione artificiale**

La Regione Emilia-Romagna ha emanato nel 2004 la Circolare 4 relativa alle linee di indirizzo atte a predisporre indicazioni operative per la gestione integrata, ospedale territorio, della nutrizione artificiale nonché ad offrire indicazioni su percorsi specifici di formazione tesi a migliorare la cura e l'assistenza dei pazienti, adulti e pediatrici, in nutrizione artificiale.

I "team nutrizionali aziendali", descritti dalla circolare, sono stati individuati dalle Aziende sanitarie ed hanno funzioni e responsabilità che si articolano su due livelli: uno di indirizzo, coordinamento e monitoraggio dell'attività nutrizionale, l'altro di attività specialistica clinico-assistenziale.

Per sostenere l'implementazione delle linee di indirizzo sono stati individuati tre livelli di formazione. Il terzo livello, organizzato dalla Regione nel 2005, ha visto quali destinatari i componenti dei Team Nutrizionali aziendali che hanno a loro volta il compito di realizzare i programmi di formazione di I e II livelli previsti dalla normativa regionale.

Al fine di implementare progressivamente quanto previsto dalla Circolare n. 4/2004, gli obiettivi per le Aziende sanitarie per l'anno 2006 sono:

l'attivazione dei programmi di formazione di I e II livello secondo quanto previsto.



### **5) La prevenzione cardiovascolare**

Il Piano regionale della prevenzione, a carattere pluriennale, ha la finalità di promuovere interventi su problemi di salute rilevanti, per i quali sia dimostrata l'efficacia di azioni di prevenzione o diagnosi precoce.

Tra gli ambiti di intervento previsti da realizzare in ambito distrettuale rientra la prevenzione delle malattie cardiovascolari, sia con riferimento alla diffusione della carta del rischio che alla prevenzione delle recidive a seguito di eventi ischemici coronarici.

Al fine di implementare le azioni previste dal Piano regionale della prevenzione, gli obiettivi per le Aziende sanitarie per l'anno 2006 sono:

per le Aziende AUSL di: Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna e Forlì, definire il progetto operativo, le modalità di reclutamento dei MMG e la realizzazione di uno specifico programma formativo, nell'ambito di una sperimentazione condotta nel setting assistenziale della medicina generale;

contribuire al raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano regionale della prevenzione per la prevenzione delle recidive, nell'ambito di percorsi integrati ospedale-territorio.

### **6) Investimenti**

Obiettivo: Realizzare gli interventi finanziati nell'ambito dei programmi regionali di investimento e, in particolare, L. 67/88 ex art. 20 Accordo di programma generale ed aggiuntivo 2004, DLgs 254/00 Libera Professione Intramuraria, L. 448/98 Area Metropolitana, L. 39/99 Hospice, Programma Regionale di cui Delibera di Consiglio n. 483 del 28 maggio 2003 e successive modificazioni ed integrazioni, nel rispetto dei termini indicati dalle Aziende per la loro realizzazione.

## **INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA**

### **XI. L'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA A LIVELLO DISTRETTUALE**

Coerentemente con il nuovo quadro legislativo delineato dalle Leggi n. 2/2003, n. 29/2004 e n. 27/2004 con particolare riferimento all'art.51, il tema dell'integrazione sociale e sanitaria assume rilevanza strategica e centralità nei processi programmatori e di governo del sistema, a livello aziendale, ma soprattutto distrettuale. Sul lato istituzionale il Distretto costituisce la sede delle relazioni tra attività aziendali ed Enti Locali, nel quale i Comitati di Distretto, cioè i Sindaci di quel territorio, sono chiamati a livelli di responsabilità sul piano della programmazione, al fine di prefigurare le aree di bisogno e delineare i processi per la costruzione delle priorità di intervento.

Al fine di realizzare l'integrazione sociale e sanitaria nelle sue diverse dimensioni: istituzionali ed organizzative, gli obiettivi per le Aziende sanitarie per l'anno 2006 sono:

- garantire la funzione di governo relativa alla programmazione distrettuale ed il processo di costruzione di organismi comuni;
- assicurare la funzione di gestione ed, in particolare, la sperimentazione del fondo regionale per la non autosufficienza.

### **XII. I PROGRAMMI DI ASSISTENZA INTEGRATA**

- **Il trattamento integrato del paziente con disturbi mentali nella medicina generale**

Il miglioramento dell'integrazione tra i sistemi delle cure primarie e della salute mentale



continua a rappresentare uno degli obiettivi strategici di questa regione, che vede nel Programma regionale "Giuseppe Leggieri" la sua concreta realizzazione.

Quale pre-condizione, è stata creata una rete che, in ambito aziendale, promuova l'applicazione degli strumenti e delle modalità d'integrazione tra Dipartimenti di Salute Mentale e Dipartimenti di cure primarie, attraverso l'individuazione di referenti di gruppi aziendali e distrettuali, formati dai professionisti coinvolti.

Nel corso del 2005 è stato realizzato, un Corso di formazione regionale rivolto ai professionisti delle Aziende USL, per assumere un ruolo di facilitatori e di promotori dell'implementazione, in ambito locale, del Programma regionale "Giuseppe Leggieri". Al fine di diffondere la cultura dell'integrazione su tale tematica, gli obiettivi per le Aziende sanitarie per l'anno 2006 sono:

realizzare iniziative formative rivolte a: medici di medicina generale, con riferimento ai Nuclei di cure primarie; psichiatri e infermieri che operano nei Dipartimenti di Salute Mentale; medici ed infermieri che operano nei Dipartimenti delle cure primarie.

### XIII. ANZIANI

#### • Area Anziani

Gli obiettivi principali per l'anno 2006 relativi alla rete dei servizi per anziani non autosufficienti sono contenuti nel documento condiviso in sede di Cabina di regia e riguardano:

- 1) Lo sviluppo di un qualificato sistema locale di governo condiviso Comuni/AUSL della rete dei servizi per la non autosufficienza; e la gestione comune dell'assegnazione vincolata;
- 2) L'avvio di un processo che promuova maggiore **equità** nello sviluppo e qualificazione della rete dei servizi anche mediante una assegnazione più equilibrata delle risorse, con l'intento di garantire in un triennio pari opportunità alla popolazione, attraverso uno sviluppo equilibrato della rete dei servizi ed una omogenea qualificazione degli stessi.
- 3) La promozione di maggiore **omogeneità** attraverso norme ed indicazioni regionali;
- 4) Il miglioramento dell'efficienza della gestione dei servizi.

Nel corso dell'anno le AUSL assicurano il consolidarsi di questi obiettivi, garantendo in particolare lo sviluppo di un sistema di governo locale condiviso, a partire dalla gestione delle risorse destinate alla non autosufficienza.

#### *Assegno di cura Anziani*

Le AUSL debbono garantire una corretta applicazione delle direttive regionali, in particolare per quanto riguarda:

- le modalità di definizione tempestiva delle risorse disponibili su base distrettuale garantendo un utilizzo congiunto e programmato delle risorse derivanti dal Fondo sanitario e di quelle derivanti dai Comuni. In particolare le AUSL debbono assicurare la chiara e tempestiva definizione del budget destinato in ogni distretto all'assegno di cura ed una gestione delle stesso che ne garantisca il costante controllo e pieno utilizzo;
- una maggiore garanzia di continuità degli interventi per i soggetti che mantengono le condizioni che hanno motivato l'intervento di sostegno economico
- un maggior utilizzo di assegni relativi al livello assistenziale più elevato (livello A);
- una corretta analisi e valutazione dei bisogni e conseguente elaborazioni di piani individualizzati di intervento sulla base delle risorse disponibili, nello spirito

dell'assegno di cura come una delle modalità di intervento della rete e non come prestazione economica a domanda;

- il sistema di monitoraggio su base distrettuale, garantendo tempestivamente la disponibilità di dati e di una relazione su base distrettuale in merito all'utilizzo dell'assegno di cura.

#### *Demenze*

Per quanto riguarda l'attuazione del Progetto demenze è necessario che le Ausl assicurino:

- una maggiore omogeneità nelle modalità di accesso, valutazione e presa in carico delle persone affette da demenza e dei loro familiari, anche in funzione della riduzione dei tempi di attesa per una prima visita nelle situazioni che presentano tempi più elevati della media regionale;
- un maggior impegno sul terreno dell'integrazione sociale e sanitaria, promuovendo una più piena corresponsabilità dei Comuni nella gestione complessiva del progetto;
- la qualificazione diffusa dei servizi, attraverso programmi di miglioramento condivisi ed adottati dagli Enti gestori;

## **XIV. TOSSICODIPENDENTI**

### **• Area dipendenze**

Negli ultimi anni il consumo di sostanze è cambiato: i consumi di eroina sono stabili e aumentano significativamente i consumi di cocaina. La variabile più significativa è rappresentata da policonsumatori, che assumono cocaina ed altri psicostimolanti assieme a cannabis ed alcol.

L'età di primo approccio alle sostanze e del consumo abituale si è abbassata a 16-17 anni per le sostanze ed a 13-14 anni per l'alcol.

I consumatori non hanno una adeguata conoscenza e consapevolezza dei rischi del policonsumo e del consumo continuativo e frequente; il rischio per la salute legato all'uso di alcolici viene sottovalutato.

E' prevedibile che questa nuova situazione avrà un impatto rilevante sul sistema, in particolare sul sistema sociosanitario.

E' necessario pertanto il massimo impegno nella riorganizzazione del sistema dei servizi, che dovrà essere in grado di entrare in "contatto con" e di fornire valutazioni accurate multiprofessionali e multidimensionali ed in contesti accoglienti, prevedendo percorsi di accoglienza e di cura differenziati per gruppi target, eliminando l'"effetto stigma" generato dall'attuale circuito assistenziale e superando le attuali difficoltà di accesso ai servizi sanitari da parte dei policonsumatori.

Le AUSL, nella logica dell'integrazione, dovranno impegnarsi, insieme ai Comuni e con la collaborazione del Privato sociale, ad organizzare e rendere stabili i servizi che lavorano nei luoghi di vita e di aggregazione (Unità di strada, Spazi Giovani) e potenziare l'offerta di ascolto e di consulenza dei familiari.

Relativamente ai Sert le Ausl dovranno riquilibrarne l'offerta, curandone gli aspetti strutturali, organizzando percorsi specifici per le terapie sostitutive, per i policonsumatori, per gli utenti cronici, per gli assuntori di cocaina e gli alcolodipendenti, e percorsi differenziati per giovani, per stranieri e per persone in situazione di marginalità, definendo le modalità di collegamento tra il Sert e i Medici di Medicina Generale e gli altri specialisti e dotando i Sert di infrastrutture informatiche che favoriscano la conoscenza e l'accesso ai dati.

Le AUSL inoltre dovranno: porre attenzione a strutturare percorsi di presa in carico integrata e di collaborazione tra Sert, Psichiatria, Servizi socio-sanitari e Pronto Soccorso; qualificare l'offerta di *assessment*, in particolare ai giovani, multiprofessionale e multidimensionale, da rendersi in più luoghi e da parte di agenzie diverse, che accrediti competenze pubbliche e del Privato sociale, laddove esistenti; organizzare attività di formazione comune degli operatori dei diversi servizi pubblici e del Privato sociale; valutare l'efficacia, la coerenza e gli esiti degli interventi di cura e riabilitazione e di riduzione del danno con un appropriato sistema di valutazione.

## **XV. ASSISTENZA ODONTOIATRICA**

### **• Programma aziendale dell'assistenza odontoiatrica**

In attuazione a quanto previsto dall'allegato 2B al DPCM 29.11.2001, la Giunta Regionale, con DGR 2678/04, ha approvato il "Programma Regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione dei livelli aggiuntivi relativamente all'assistenza odontoiatrica" individuando le prestazioni erogabili, le condizioni che danno titolo all'accesso nonché le forme e le modalità di partecipazione alla spesa da parte dei destinatari.

In particolare le Aziende sono chiamate alla realizzazione:

- dell'intero programma di assistenza odontoiatrica, per le tre tipologie di trattamento indicate, con anche forme di coinvolgimento attivo dei destinatari del programma (vulnerabilità sanitaria e sociale);
- dei programmi di prevenzione;
- dell'adeguamento del patrimonio tecnologico, con i conseguenti interventi strutturali e di manutenzione straordinaria;
- alla riorganizzazione delle attività assistenziali finalizzati al massimo utilizzo dei riuniti;
- di un programma di formazione professionale rivolta alla totalità dei professionisti.

Le Aziende sono inoltre tenute:

- a fornire i dati richiesti per il monitoraggio dell'attuazione delle fasi del programma di assistenza odontoiatrica;
- a garantire la tempestività e la completezza nell'invio dei dati per il flusso ASA, condizione necessaria per consentire la valutazione del biennio di sperimentazione ai fini dei necessari adeguamenti del programma.

## **XVI. GRAVI CELEBROLES**

### **1) L'attuazione della rete integrata per le persone con gravissime disabilità acquisite**

Il mantenimento della persona con gravi disabilità nel proprio ambiente familiare, rappresenta l'obiettivo principale della DGR 1068/04. Il programma di assistenza domiciliare integrata, insieme all'assistenza protesica, all'assistenza psicologica, all'assegno di cura e ai ricoveri di sollievo, è uno degli strumenti attivabili dall'equipe assistenziale multi-professionale che consente la permanenza al domicilio di una persona. Va sottolineato che la fattibilità dei progetti di assistenza domiciliare richiede una fortissima condivisione con la famiglia che deve essere costantemente supportata.

Al fine di implementare compiutamente le azioni previste dalla Delibera GR 2068/2004, gli obiettivi per le Aziende sanitarie per l'anno 2006 sono:

implementare e/o consolidare le cure domiciliari, anche attraverso l'utilizzo di strumenti che permettano l'integrazione fra i professionisti dell'area sanitaria e dell'area sociale;

prevedere l'integrazione delle équipes domiciliari con le competenze professionali richieste dal piano assistenziale personalizzato e utili a sostenere l'impegno assistenziale delle famiglie (ad esempio terapeuta della riabilitazione, psicologo, ecc).

## **2) Gravi disabilità acquisite (Delibera GR 2068/2004)**

Le AUSL sono tenute ad assicurare la completa implementazione di tutte le azioni previste dalla Delibera GR 2068/2004 ed in particolare:

- a) consolidare gli strumenti di integrazione e gestione dei percorsi a livello aziendale e distrettuale;
- b) a verificare il corretto e completo utilizzo dell'assegno di cura, evidenziando nel corso dell'anno tutte le situazioni per le quali ricorrono le condizioni previste dalla delibera regionale, utilizzando in modo omogeneo i criteri regionali;
- c) a censire in modo completo le situazioni che in base ai criteri della citata delibera necessitano di soluzioni residenziali e a garantire tali soluzioni in modo adeguato e provvisorio, nella consapevolezza che la definizione dei requisiti e degli standard regionali, prevista dalla delibera GR 2068/2004, comporterà un percorso di corretta individuazione ed adeguamento.

## **3) Disabili adulti**

Le AUSL in collaborazione con i Comuni devono garantire:

- a) uno sviluppo omogeneo ed equo della rete di servizi socio-sanitari diurni e residenziali per disabili adulti nei diversi ambiti distrettuali con particolare riferimento al coordinamento delle modalità di accesso, alla programmazione territoriale delle diverse tipologie di offerta ed al governo della spesa, anche assicurando l'utilizzo delle strutture diurne e residenziali ultimate nell'ambito dei programmi regionali di finanziamento in conto capitale;
- b) la partecipazione alle rilevazioni regionali su attività, spesa, tariffe e costi di gestione della rete dei servizi socio-sanitari per disabili adulti.

## **XVII. CONSULTORI FAMILIARI (C.F.) E PEDIATRIA TERRITORIALE:**

### **• Facilitazione dell'accesso e integrazione sociale e sanitaria**

Gli elementi distintivi dell'attività consultoriale, accessibilità, accoglienza, presa in carico complessiva, attenzione a gruppi di popolazione specifici quali adolescenti e donne immigrate, personalizzazione dell'assistenza, continuano ad essere la ragione stessa del servizio e vanno ribadite affinché il C.F. possa rispondere in modo appropriato ai bisogni sempre più complessi e diversificati presentati oggi dalle donne, dalle coppie, dalle famiglie e dai giovani. Nell'ambito del programma regionale per la riorganizzazione dei consultori familiari un punto di attenzione è stato promuovere, tra i professionisti dei consultori, competenze organizzative, relazionali e di governo clinico finalizzate ad una rimodulazione delle attività consultoriali che deve aderire ai cambiamenti in atto nel sistema sanitario e alle politiche di integrazione sociale e sanitaria .

Per la pediatria territoriale obiettivo già per gli anni precedenti è stata la promozione di specifici incontri periodici con i PLS, con il supporto della Pediatria di comunità, per la valutazione comune dei problemi di salute segnalati attraverso i bilanci di salute, il libretto di salute, la cartella clinica per i bambini affetti da patologia cronica, e per concordare gli interventi da attivare in ambito distrettuale, anche ai fini della ricerca attiva dei soggetti a



rischio, cui offrire interventi programmati (es. controlli periodici per bambini con svantaggio psico-sociale, offerta attiva delle vaccinazioni raccomandate).

La finalità è costruire legami funzionali stabili tra pediatri di libera scelta, pediatria di comunità e servizi ospedalieri e specialistici, in particolare la Neuropsichiatria infantile, per qualificare ulteriormente l'assistenza pediatrica distrettuale rivolta ai bambini con patologia cronica e a rischio psico-sociale, attivando percorsi di semplificazione e di integrazione tra i servizi territoriali ed ospedalieri di riferimento, nell'ottica della centralità del pediatra di famiglia.

Nell'ambito dell'organizzazione funzionale trasversale dell'UPD, o organismi simili di coordinamento per l'area pediatrica distrettuale, assume rilevanza la presa in carico del bambino e della sua famiglia da parte del personale tecnico e infermieristico attraverso piani di lavoro favorenti l'autonomia professionale nello svolgimento delle attività, in particolare di quella vaccinale, rivolte alla popolazione infantile.

Obiettivi delle Aziende sanitarie per il 2006 sono:

- portare il contributo agli Enti locali nella formulazione dei Piani di zona per individuare aree di intervento per la costruzione di percorsi assistenziali sociali e sanitari anche in collaborazione con le organizzazioni di volontariato, finalizzati a ridurre le condizioni di disuguaglianza nell'accesso ai servizi del percorso nascita; le fasce di popolazione cui rivolgere prioritaria attenzione sono le donne con gravidanze multiproblematiche, donne in condizioni di svantaggio sociale, le gravide adolescenti; le immigrate in condizioni di disagio;
- partecipare al corso di formazione regionale sulla contraccezione transculturale, programmato per ottobre 2006;
- strutturare l'accettazione consultoriale con modalità e su sedi predefinite a livello distrettuale, per garantire la prima accoglienza, da parte di personale sanitario addestrato a rilevare e a valutare il bisogno, per l'accesso al C.F. per l'IVG, e per il primo accesso per gravidanza, contraccezione, problematiche relazionali e sessuali, o comunque a fasce di popolazione svantaggiate;
- garantire la programmazione a CUP dell'attività degli ambulatori consultoriali inserendo, per rendere trasparenti le liste di attesa, tutte le prestazioni specialistiche offerte, individuando però volumi di offerta dedicati da gestire direttamente da parte del C.F secondo modalità differenziate, per assicurare la funzione di accoglienza come sopra indicato e la continuità dei percorsi consultoriali per i controlli e le prestazioni programmate;
- per l'AUSL di Modena: la sperimentazione di interventi formativi, di percorsi di integrazione per la contraccezione, le IVG, le gravidanze difficili e la progettazione di iniziative coordinate con le altre USL della regione per le attività di cui sopra; la manutenzione del sito [www.consultoriofamiliare.it](http://www.consultoriofamiliare.it);

Obiettivi delle Aziende Sanitarie per la pediatria distrettuale nel 2006 sono:

- attivare momenti di incontro-confronto tra Pediatri di Comunità e Pediatri di Libera Scelta per una condivisione delle informazioni risultanti dall'utilizzo degli strumenti adottati (bilanci di salute, libretto di salute, cartella clinica per i bambini con patologia cronica o in condizione di disagio psicosociale) al fine di meglio valutare i bisogni assistenziali, programmare adeguati e tempestivi interventi, controllare il percorso assistenziale per le patologie di più rilevante interesse sanitario e sociale;
- attivare piani personalizzati con l'individuazione dei percorsi assistenziali e delle figure professionali coinvolte per permettere il miglioramento della continuità assistenziale per i bambini affetti da patologie croniche e/o rare rilevanti ed accertate,

ivi compresi i soggetti con disturbi relazionali e/o che presentano situazioni familiari multiproblematiche e di svantaggio sociale, riconosciuti dai servizi aziendali;

- promuovere specifici incontri periodici con PLS, Pediatria di Comunità e gli altri professionisti coinvolti per confronti e verifiche dei piani personalizzati;
- predisposizione di modalità organizzative, metodologie di lavoro e strumenti per promuovere lo svolgimento in autonomia di almeno un'attività pediatrica distrettuale da parte dell'assistente sanitario/a e dell'infermiere/a dell'UPD, con particolare attenzione per l'attività vaccinale;
- per l'AUSL di Ravenna: elaborare ed avviare le prime fasi di realizzazione, nell'ambito del Programma regionale finalizzato alla salute del bambino e dell'adolescente, di uno specifico progetto di ricerca - intervento finalizzato a condividere, tra i professionisti e gli enti coinvolti, le diverse rappresentazioni della salute dei bambini e a costruire processi integrati di lavoro e/o strumenti che facilitino l'integrazione, prioritariamente per problemi/fasce di età individuati come rilevanti per il lavoro comune.

## **MANOVRA ECONOMICA**

### **XVIII. PERSONALE**

- **Obiettivi di programmazione alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2006 inerenti la gestione delle risorse umane.**

#### **1. Premessa**

Per l'anno 2006 gli obiettivi sulla gestione delle risorse umane degli enti ed aziende del SSR, dovranno orientarsi su alcune direttrici determinate in gran parte dall'evoluzione del quadro nazionale di riferimento.

In particolare ci si riferisce a:

- la normativa finanziaria diretta a garantire il concorso del SSN alle politiche di governo della spesa del personale;
- il pieno dispiegamento della normativa della contrattazione collettiva nazionale di comparto per il quadriennio 2002-2005 a seguito dell'entrata in vigore dei CCNL riferiti al biennio economico 2004-2005.

Il governo ed il coordinamento delle politiche attuative delle norme di fonte nazionale (legislative e contrattuali) costituiscono il fulcro degli obiettivi per gestione delle risorse umane per l'anno 2006

#### **2. Obiettivi di governo degli organici e della spesa per il personale**

*La legge finanziaria 2006 (l. n. 266/2005) ai commi 198-206, a titolo di concorso delle regioni e degli enti locali al raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, individua per gli enti e le aziende del SSN due diversi limiti alla spesa per le risorse umane.*

Limiti alle assunzioni di personale a tempo indeterminato (art. 1 comma 198).

Il primo limite discende dalla legge finanziaria 2005. All'art. 1, comma 198, della legge n. 266/2005 si afferma infatti che resta fermo il vincolo del conseguimento delle economie di cui all'articolo 1, commi 98 e 107, della legge n. 311/2004. Secondo queste disposizioni gli enti del SSN devono adottare misure di limitazione delle assunzioni di personale tali da garantire economie di spesa lorde non inferiori, per l'anno 2006, a 579 milioni di euro, secondo modalità di riparto, nonché criteri e limiti di gestione dell'obiettivo definiti con DPCM adottato previa intesa con le Regioni.

Il dato economico relativo al 2006 deve essere considerato nell'ambito del quadro complessivo delineato dalla normativa finanziaria, riferito al periodo 2005-2007.

Lo specifico DPCM per l'anno 2006 non risulta ancora adottato, tuttavia alcune indicazioni di principio sulle modalità di gestione dell'obiettivo sopra descritto possono essere desunte dal DPCM 15 febbraio 2006 relativo all'obiettivo per l'anno 2005. In particolare si dovrà tenere conto dell'indicazione secondo cui "ciascuna regione è tenuta ad adottare le misure necessarie a garantire le economie di spesa ad essa assegnate, (...) ferma restando l'esigenza di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario" (art. 7, comma 2).

#### Limite di spesa per le risorse umane (art. 1, commi 198-200).

Il secondo vincolo consiste nell'individuazione di un limite di spesa (per gli anni 2006, 2007 e 2008) riferito ad un aggregato economico comprendente:

- la spesa per il personale dipendente (derivante dai contratti di lavoro a tempo indeterminato e determinato, nonché dalle altre tipologie contrattuali rientranti nell'ambito del lavoro subordinato)
- la spesa derivante dai contratti di collaborazione coordinata e continuativa, dalle convenzioni o da altri rapporti di lavoro flessibile (si deve quindi ritenere che siano esclusi gli incarichi di studio e di consulenza, oggetto della specifica disciplina dettata per l'esercizio 2004 dal d.l. n. 168/2004 e per l'esercizio 2005 dalla l. n. 311/2004, art. 1 comma 11, e non riproposta per l'esercizio 2006 in ottemperanza della sentenza della Corte costituzionale n. 417/2005).

Nell'esercizio 2006 (e similmente per gli esercizi 2007 e 2008) la spesa lorda (con oneri riflessi e IRAP) riferita a questo aggregato non deve superare il corrispondente ammontare dell'anno 2004, diminuito dell'1%.

Non viene presa in considerazione a questo fine la spesa derivante dai rinnovi contrattuali. *Tenuto conto degli obiettivi nazionali come sopra definiti gli Enti e le Aziende del Sistema sanitario Regionale dovranno orientare per il 2006 le proprie azioni di gestione degli organici e delle assunzioni, nonché degli istituti contrattuali incidenti sulle dinamiche di costo del personale, nell'ottica di pervenire ad un obiettivo di riduzione della spesa coerente con l'obiettivo nazionale, secondo le indicazioni tecniche definite dalle competenti strutture regionali.*

In relazione alle concrete politiche che dovranno essere perseguite per garantire il raggiungimento degli obiettivi di riduzione e razionalizzazione della spesa si fissano gli indirizzi di seguito indicati.

#### **A. Definizione dei criteri di carattere generale per la copertura del turn over**

Il raggiungimento degli obiettivi comporta l'esigenza di procedere ad una rigorosa gestione del turn over del personale. Le assunzioni che potranno essere operate in corso d'anno secondo gli obiettivi ed i limiti fissati dalla normativa finanziaria nazionale, e fermo restando il rispetto di quanto successivamente previsto al punto 3, dovranno essere comunque prevalentemente orientate agli ambiti organizzativi e alle figure professionali direttamente interessate all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Ciò con particolare riferimento al personale infermieristico, alle altre figure professionali sanitarie del comparto e al personale dirigenziale medico e sanitario.

#### **B. Progetti di Area Vasta**

Dovranno essere sviluppati ed implementati i progetti già elaborati nell'ambito del SSR, diretti a favorire la concentrazione negli ambiti organizzativi sovraaziendali di Area Vasta di talune attività di carattere amministrativo, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia organizzativa e l'efficienza gestionale. Il più razionale impiego del personale potrà quindi



consentire di liberare risorse da impiegare in altri ambiti, con ciò sopperendo alla ridotta possibilità di procedere alla copertura del turn over per le figure professionali dei ruoli amministrativo e tecnico.

### ***C. Politiche di riduzione del lavoro atipico e di stabilizzazione***

In continuità con le politiche perseguite negli anni scorsi ed in coerenza con i principi sanciti dalla legge regionale n. 17/2005 "Norme per la promozione della qualità, sicurezza e regolarità del lavoro", è confermato il sostegno ai progetti di revisione dell'assetto organizzativo da parte degli enti e delle aziende del SSR diretti a favorire il ricorso agli istituti propri del lavoro subordinato per il reperimento e l'impiego delle professionalità necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali aventi carattere di continuità e stabilità, con il conseguente contenimento del ricorso a contratti di collaborazione professionale, ovvero ad altre forme di esternalizzazione di servizi (contratti di appalto di servizi, convenzioni con soggetti terzi, ecc.) al fine di circoscriverne in futuro l'utilizzo negli ambiti previsti dalla normativa. Essi dovranno rispettare il vincolo economico dell'invarianza della spesa e quindi del sostanziale equilibrio, a regime, tra i costi cessanti relativi al conferimento di incarichi professionali o all'acquisto di servizi e i costi emergenti nell'ambito della spesa per il personale dipendente.

In relazione alla concreta implementazione dei progetti di stabilizzazione, tanto di quelli già autorizzati quanto di quelli di nuova impostazione, dovrà essere assicurata una attuazione graduale e dovrà essere valutata l'opportunità di gestire la tempistica delle stabilizzazioni tenendo conto degli specifici obiettivi di spesa per l'anno 2006.

### ***3. Blocco delle assunzioni ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005***

Premesso quanto previsto in merito agli obiettivi fissati dalla normativa finanziaria si richiama la disposizione aggiuntiva all'art. 6, comma 2 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 applicativa dell'art.1, comma 173 della L. n. 311 del 2004 (Finanziaria 2005), la quale prevede che la certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio economico-finanziario della gestione, comporta automaticamente il blocco delle assunzioni del personale dell'Azienda e dell'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a carattere sanitario per l'esercizio in corso. Il blocco può essere superato esclusivamente per esigenze straordinarie a seguito di specifica e preventiva autorizzazione in deroga disposta dalla Giunta regionale.

### ***4. La gestione degli istituti contrattuali e degli strumenti di sviluppo***

Nell'anno 2006 vi sarà il pieno dispiegamento degli effetti dei CCNL relativi al quadriennio normativo 2002-2005 ed al biennio economico 2004-2005. Particolare importanza assume il completamento della contrattazione integrativa aziendale per il personale delle diverse aree, sulla base delle linee di indirizzo regionali.

L'applicazione degli istituti contrattuali e l'impiego delle relative risorse economiche dovranno essere inquadrati in un sistema di generale coerenza rispetto agli obiettivi del SSR, ed aziendali. Per quanto attiene alla programmazione regionale si fa in particolare riferimento agli obiettivi strategici del PSR, alle linee di indirizzo sulla contrattazione integrativa e agli obiettivi di governo e controllo della spesa per il personale descritti nella sezione precedente.

Coerentemente dovrà essere perseguito l'obiettivo della qualità della contrattazione integrativa aziendale, intesa come specifica attenzione agli effetti da essa prodotti sui sistemi professionali aziendali e sulle dinamiche di costo, al fine di garantire la compatibilità delle scelte effettuate con le risorse disponibili.



Dovrà quindi essere favorita la finalizzazione delle risorse economiche ad obiettivi di sviluppo e miglioramento oggettivamente individuati e riscontrabili nella loro realizzazione, attraverso un appropriato uso degli istituti contrattuali che tenda a superare logiche di automatismo e di distribuzione generalizzata. A questo fine dovranno essere valorizzati i sistemi di incentivazione del personale, tramite un tendenziale incremento delle quote di risorse assegnate sulla base di obiettivi e programmi formalmente definiti, ove la corresponsione della relativa quota di retribuzione premiante sia operata solo a seguito dell'effettiva verifica del conseguimento dei risultati conseguiti.

I diversi strumenti di gestione delle risorse umane dovranno inoltre essere orientati alla valorizzazione delle professionalità aziendali, assicurando una specifica focalizzazione nei confronti delle professionalità operanti nell'ambito delle attività assistenziali, al fine di garantire la piena implementazione delle nuove figure professionali quali l'operatore socio-sanitario, nonché lo sviluppo del sistema delle professioni sanitarie.

La formazione, anche con riferimento al sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM), sarà assunta come elemento strategico per lo sviluppo delle risorse professionali, del saper fare e dell'identità di ruolo all'interno dell'organizzazione, divenendo, quindi, strumento di rafforzamento dei processi di miglioramento organizzativo e di qualità dei servizi.

Al fine del positivo perseguimento degli obiettivi sin qui indicati le Aziende dovranno sviluppare adeguate modalità di tenuta ed elaborazione dei dati e delle informazioni inerenti la gestione delle risorse umane garantendo i necessari raccordi con il sistema informativo regionale.

## **XIX. ACQUISTO DI BENI E DI SERVIZI**

Le politiche delle Direzioni aziendali in materia di acquisto di beni e servizi dovranno conseguire l'obiettivo individuato a livello regionale del contenimento dell'incremento dei costi in misura complessivamente non superiore al 2% rispetto ai corrispondenti conti dell'esercizio 2005. Si tratta di un obiettivo particolarmente impegnativo tenuto conto che i costi di questo aggregato di spesa ha avuto nel tempo, ed anche negli anni più recenti, un andamento in crescita percentualmente più elevata.

Dovranno pertanto essere sviluppate a livello aziendale politiche che tendano a:

- Recuperare ulteriori margini di efficienza nelle politiche di acquisto e di gestione dei contratti di fornitura;
- Completare nell'anno 2006 la realizzazione concreta ed effettiva della struttura delle tre Aree Vaste (Emilia nord, Centro, Romagna) e sviluppare ulteriormente i processi di aggregazione della domanda, mettendo in rete i diversi gradi di specializzazione maturati dalle singole aziende ed ampliando la gamma dei beni e servizi acquisiti in forma associata;
- Dare maggiore impulso alle azioni dirette a fare di INTERCENT-ER sempre più lo strumento fondamentale a sostegno delle strategie di acquisto del servizio sanitario regionale. In particolare il 2006 dovrà vedere un forte impegno a consolidare le relazioni fra le Aziende Sanitarie Regionali ed INTERCENT-ER lungo le seguenti direttrici:
  - ampliamento delle iniziative comuni
  - ulteriore sviluppo dell'utilizzo dell'e-procurement da parte delle Aziende sanitarie, con una forte spinta all'adozione di nuovi strumenti quali mercato elettronico e gare telematiche;

- rafforzamento del ruolo della Regione Emilia-Romagna quale soggetto protagonista dell'innovazione tecnologica e amministrativa anche in ambito nazionale;
- Realizzare, in ambito assicurativo, azioni dirette a conseguire, attraverso una maggiore uniformità contrattuale a livello di tutte le Aziende sanitarie, una migliore copertura dei rischi, soprattutto nell'ambito della responsabilità civile verso terzi conseguente all'attività caratteristica delle Aziende, ed una minore onerosità delle polizze assicurative; in tale contesto, e con le sopraindicate finalità, le Aziende e la Direzione generale Sanità e Politiche sociali della Regione Emilia-Romagna svolgeranno un'azione congiunta volta ad individuare le migliori modalità di copertura del rischio alle più favorevoli condizioni economiche di mercato.

## **XX. AREE VASTE**

Il Progetto regionale di sviluppo delle Aree Vaste rappresenta uno strumento organizzativo per consolidare e sviluppare le rispettive prerogative di autonomia territoriale, nella programmazione come nella organizzazione dei servizi e delle funzioni ricomprese nella cosiddetta autosufficienza territoriale, nell'ambito di un quadro di coerenza sovra aziendale che possa conferire all'esercizio di tali prerogative la capacità di migliorare i servizi resi alla popolazione e la migliore sostenibilità economica evitando così i rischi di frammentazione, scarsa qualità e diseconomia connessi alla ricerca di autosufficienza locale. Tale progetto troverà sviluppo nella stesura del nuovo Piano Sociale Sanitario. Uno strumento con cui sviluppare e consolidare le relazioni riguardanti la programmazione, l'organizzazione e la governance delle funzioni e dei servizi sanitari il cui bacino di utenza ottimale ha dimensioni superiori a quelle della popolazione di una singola azienda e nei servizi amministrativi e tecnico-professionali con valenza logistica o di supporto. Il tutto nell'intento di migliorare la qualità e ridurre i costi di funzionamento per destinare la maggior parte delle risorse disponibili ai servizi di assistenza diretta.

Da queste considerazioni traggono origine le esperienze di "area vasta" già attive nel nostro SSR, ove si può rilevare come le aziende sanitarie si siano aggregate spontaneamente seguendo criteri geografici, storici e culturali. Ora con il presente Provvedimento vengono confermati i territori di area vasta come segue:

- Emilia Ovest, comprendente le aziende sanitarie delle province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena;
- Emilia centrale comprendente le aziende sanitarie delle province di Bologna e di Ferrara;
- Romagna comprendente le aziende sanitarie di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini.

L'esperienza delle aree vaste troveranno ulteriore sviluppo sulla base dei seguenti principi:

1. non ridondanza dei servizi per programmare la distribuzione di servizi a medio – alta complessità assistenziale e alta sofisticazione del sistema tecnico evitando una loro immotivata duplicazione;
2. inclusività dell'organizzazione della produzione di prestazioni e servizi per fare in modo tale da evitare lo spostamento di popolazioni significative ogni qual volta sia possibile erogare le prestazioni in condizioni di maggior prossimità nel rispetto dell'imperativo di qualità tecnica e della doverosa ricerca dell'efficienza d'uso delle risorse.
3. differenziazione nelle vocazioni distintive o di eccellenza dei servizi sanitari delle aziende sanitarie per guidare l'allocazione di risorse integrative, specifiche di terzo

livello o sperimentali, per realizzare una rete integrata di servizi la più completa possibile;

4. valorizzazione delle risorse professionali per favorire processi di rideterminazione dei ruoli e delle competenze che, quando giuridicamente possibile e tecnicamente auspicabile, producano quella sostituzione professionale capace di assicurare un miglior rendimento delle risorse nella produzione di servizi a livello di efficacia e di qualità comparabile a quella assicurata con modalità tradizionale.

L'attuazione di tali principi darà la possibilità di implementare le seguenti tematiche:

A) Ulteriori percorsi comuni nel capo degli acquisti anche attraverso l'Agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici INTERCENTER, costituita con DGR n. 2163/2004 in attuazione della LR n. 11/2004, si presenta come una opportunità da praticare con decisione e per volumi di acquisto in forte crescita rispetto a quelli fin qui conseguiti.

B) Processi di integrazione così definiti:

1. programmatico o di governo, concernente l'individuazione di funzioni/servizi con bacino di utenza sovra aziendale, la loro distribuzione e il loro sistema di governo. Programmazione dell'offerta dei servizi e governo della mobilità fra le Aziende;
2. organizzativo – gestionale, concernente l'individuazione delle migliori modalità d'uso delle risorse disponibili,
3. professionale, concernente l'individuazione e la promozione delle migliori pratiche assistenziali.

Gli oggetti del primo livello fanno riferimento alle linee strategiche per lo sviluppo dei servizi sanitari, il miglioramento delle condizioni di accessibilità ai servizi e alle tecnologie sanitarie nel rispetto di esplicite garanzie di cura, la definizione del tipo di governance dei servizi di Area Vasta, le relazioni con le Facoltà di Medicina e Chirurgia e il mondo dei fornitori di servizi sanitari o assistenziali "accreditati", la valorizzazione delle risorse immobiliari, tecnologiche e finanziarie a disposizione delle aziende sanitarie.

Il livello di governo e il livello organizzativo saranno assicurati da livelli di coordinamento che saranno successivamente definiti.

Il livello professionale è realizzato nell'ambito dei servizi secondo il modello delle **reti cliniche** integrate e trova nelle direzioni sanitarie delle aziende di Area Vasta gli interlocutori privilegiati.

L'attuazione dei provvedimenti che la Regione assumerà sarà compito delle AUSL.

### **OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI**

L'anno 2006 si pone come un anno di estrema sofferenza economico-finanziaria. Il finanziamento non subisce incrementi rispetto allo scorso esercizio, in controtendenza rispetto ad una popolazione in continua crescita.

Nel confermare quale obiettivo prioritario del Servizio sanitario regionale la garanzia dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, si chiamano le Aziende sanitarie ad una rigorosa programmazione e gestione delle risorse.



Si sintetizzano le principali aree di intervento, emerse a seguito degli incontri di concertazione Regione/Aziende, rispetto alle quali le Aziende impostano i propri bilanci.

Per quanto riguarda la gestione delle risorse umane, il governo degli organici e della spesa per il personale dovranno tener conto dei limiti alle assunzioni a tempo indeterminato e del limite di spesa fissati, rispettivamente, dalla Legge finanziaria 2005 (Legge 311/2004, articolo 1, commi 98 e 107) e dalla Legge finanziaria 2006 (Legge 266/2005, articolo 1, commi 198-200), oltre che delle limitazioni poste dall'articolo 6, comma 2 della citata Intesa 23 marzo 2006, che prevede il blocco automatico delle assunzioni di personale in caso di squilibrio economico-finanziario dell'azienda.

Per la spesa farmaceutica territoriale, comprensiva cioè della spesa convenzionata e di quella riferita alla distribuzione diretta, le aziende dovranno assumere come vincolo di spesa da inserire nei bilanci preventivi un valore coerente con il tetto di spesa regionale del 13% fissato dalla Legge 405/2001, incrementato del valore corrispondente al 40% dello sfioramento previsto per l'andamento in corso d'anno della spesa convenzionata; ciò, in ottemperanza al disposto dell'articolo 48 della Legge 326/2003, che prevede il recupero della restante quota di sfondamento della spesa con misure messe a punto dall'AIFA, ancorchè destinate a produrre i loro effetti in termini di contenimento della spesa anche nel corso del 2007, dovranno concorrere a ripianare l'eccedenza di spesa che presumibilmente si registrerà nel corso del 2006.

Per l'acquisto e la produzione di prestazioni sanitarie all'interno del servizio sanitario regionale, nessun incremento tariffario verrà disposto per il 2006.

Per quanto riguarda la spesa per beni e servizi, le aziende dovranno rigorosamente attenersi alla disposizioni della Finanziaria 2005 in tema di limite di crescita annuo al 2%; le azioni di Area vasta, l'adesione alle iniziative promosse dall'Agenzia regionale Intercent-ER costituiscono elementi di rafforzamento delle azioni aziendali in tema di contenimento di tale categoria di spesa.

Per quanto riguarda, infine, i rinnovi contrattuali del personale dipendente, le Aziende dovranno necessariamente prevedere gli oneri correlati alla piena applicazione dei contratti riferiti al 2° biennio economico (2004 e 2005), nella misura del 5,07% del Monte salari 2003 (comparto e dirigenza), nonché costituire apposito accantonamento per il rinnovo 2006 del contratto, nella misura dell'1,7% del monte salari 2005 del personale dipendente; ciò, in ottemperanza al DL 2003/2005, convertito, con modificazioni, dalla Legge 248/2005.

Per quanto riguarda l'avvio delle azioni inerenti la non autosufficienza, si rinvia alle Linee di indirizzo impartite con nota prot. n. 11488 del 20 marzo 2006 alle Direzioni aziendali dai due Assessori, Politiche per la salute e Politiche sociali, già oggetto di accordo con gli Enti Locali all'interno della Cabina di regia regionale, finalizzate alla sperimentazione delle condizioni di fattibilità del fondo regionale per la non autosufficienza.

Le previsioni di bilancio dovranno essere supportate da programmi di contenimento e razionalizzazione dei costi, al fine di contenere lo squilibrio economico-finanziario prospettato per l'anno in corso; detti programmi, le cui ricadute devono già essere riflesse nel bilancio economico preventivo aziendale, devono considerarsi aggiuntive rispetto ai Piani di rientro cui alcune Direzioni generali già sono tenute in virtù della deliberazione di conferimento dell'incarico.



La Giunta Regionale si esprimerà circa la coerenza dei preventivi aziendali alle linee di programmazione contenute nel presente provvedimento.

La coerenza rispetto alle presenti indicazioni dovrà essere certificata in sede di certificazioni trimestrali di accompagnamento ai conti economici trimestrali (CE) ai sensi dell'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. La mancata certificazione sarà valutata ai sensi dell'Intesa medesima.

---

---



## LIBRERIE CONVENZIONATE PER LA VENDITA AL PUBBLICO

**Edicola del Comunale** S.n.c. – Via Zamboni n. 26 – 40127 Bologna

**Libreria di Palazzo Monsignani** S.r.l. – Via Emilia n. 71/3 – 40026 Imola (BO)

**Libreria del professionista** – Via XXII Giugno n. 3 – 47900 Rimini

**Nuova Tipografia Delmaino** S.n.c. – Via IV Novembre n. 160 – 29100 Piacenza

**Libreria Bettini** S.n.c. – Via Vescovado n. 5 – 47023 Cesena

**Libreria Incontri** – Piazza Libertà n. 29 – 41049 Sassuolo (MO)

**Libreria Feltrinelli** – Via Repubblica n. 2 – 43100 Parma

**Edicola Libreria Cavalieri** – Piazza Mazzini n. 1/A – 44011 Argenta (FE)

A partire dall'1 gennaio 1996 tutti i Bollettini Ufficiali sono consultabili gratuitamente collegandosi al sito Internet della Regione Emilia-Romagna <http://www.regione.emilia-romagna.it/>

## MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI PUBBLICAZIONE DI ATTI

Le modalità per la pubblicazione degli atti per i quali è previsto il pagamento sono:

– Euro 2,07 per ogni riga di titolo in grassetto o in maiuscolo

– Euro 0,77 per ogni riga o frazione di riga (intendendo per riga la somma di n. 65 battute dattiloscritte)

gli Enti e le Amministrazioni interessati dovranno effettuare il versamento sul **c/c postale n. 239400** intestato al Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna – Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna e unire la ricevuta dell'avvenuto pagamento al testo del quale viene richiesta la pubblicazione.

**Avvertenza** – L'avviso di rettifica dà notizia dell'avvenuta correzione di errori materiali contenuti nel provvedimento inviato per la pubblicazione al Bollettino Ufficiale. L'errata-corrige rimedia, invece, ad errori verificatisi nella stampa del provvedimento nel Bollettino Ufficiale.

Il Bollettino Ufficiale si divide in 3 parti:

– Nella parte prima sono pubblicate: leggi e regolamenti della Regione Emilia-Romagna; circolari esplicative delle leggi regionali, nonché atti di organi della Regione contenenti indirizzi interessanti, con carattere di generalità, amministrazioni pubbliche, privati, categorie e soggetti; richieste di referendum regionali e proclamazione dei relativi risultati; dispositivi delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relativi a leggi della Regione Emilia-Romagna, a conflitti di attribuzione aventi come parte la Regione stessa, nonché ordinanze con cui organi giurisdizionali abbiano sollevato questioni di legittimità costituzionale di leggi regionali. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 18,08.**

– Nella parte seconda sono pubblicati: deliberazioni del Consiglio e della Giunta regionale (ove espressamente previsto da legge o da regolamento regionale); decreti del Presidente della Giunta regionale, atti di Enti locali, di enti pubblici e di altri enti o organi; su specifica determinazione del Presidente della Giunta regionale ovvero su deliberazione del Consiglio regionale, atti di organi statali che abbiano rilevanza per la Regione Emilia-Romagna, nonché comunicati o informazioni sull'attività degli organi regionali od ogni altro atto di cui sia prescritta in generale la pubblicazione. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 33,57.**

– Nella parte terza sono pubblicati: annunci legali; avvisi di pubblici concorsi; atti che possono essere pubblicati su determinazione del Presidente della Giunta regionale, a richiesta di enti o amministrazioni interessate; altri atti di particolare rilievo la cui pubblicazione non sia prescritta da legge o regolamento regionale. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 20,66.**

**L'abbonamento annuale cumulativo al Bollettino Ufficiale è fissato in Euro 72,30 - Il prezzo di ogni singolo Bollettino è fissato in Euro 0,41) per 16 pagine o frazione di sedicesimo.**

**L'abbonamento si effettua esclusivamente a mezzo di versamento sul c/c postale n. 239400 intestato a Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna (Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna) – Si declina ogni responsabilità derivante da disguidi e ritardi postali. Copie del Bollettino Ufficiale potranno comunque essere richieste avvalendosi del citato c/c postale.**

**La data di scadenza dell'abbonamento è riportata nel talloncino dell'indirizzo di spedizione. Al fine di evitare interruzioni nell'invio delle copie del Bollettino Ufficiale si consiglia di provvedere al rinnovo dell'abbonamento, effettuando il versamento del relativo importo, un mese prima della sua scadenza.**

In caso di mancata consegna inviare a Ufficio BO-CMP per la restituzione al mittente che si impegna a versare la dovuta tassa.