

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Emilia-Romagna

BOLLETTINO UFFICIALE

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

Parte seconda - N. 78

Euro 2,46

Anno 40

8 giugno 2009

N. 101

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 maggio
2009, n. 602

**Linee di programmazione e finanziamento delle
Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno
2009**

DELIBERAZIONI REGIONALI

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 maggio 2009, n. 602

Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2009

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- il Patto sulla salute, sul quale è stata sancita Intesa in sede di Conferenza Stato/Regioni in data 5 ottobre 2006 (rep. n. 2648), che ha ridefinito lo scenario di finanziamento del Servizio Sanitario nazionale per il triennio 2007-2009, e ha delineato il quadro normativo e programmatico all'interno del quale Governo e Regioni hanno assunto i rispettivi impegni;
- la Legge 6 agosto 2008, n. 133 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria" che, all'articolo 79, comma 1, definisce il quadro finanziario triennale 2009-2011 per la sanità;

considerato che per il 2009:

- il livello complessivo di finanziamento nazionale del sistema sanitario resta definito in 102.683 milioni di Euro, importo stabilito dal Patto per la salute e aggiornato con le Leggi finanziarie per il 2007 e per il 2008, comprensivo pertanto di 398 milioni quale copertura di maggiori oneri per l'applicazione dei contratti al personale dipendente; a tale importo si aggiunge, per le Regioni interessate dai Piani di rientro dal disavanzo, il Fondo transitorio istituito ai sensi dalla Legge finanziaria 2007 (Legge 27 dicembre 2006, n. 296, articolo 1, comma 796, lettera b) per un valore di 700 milioni;
- restano validi i criteri di riparto delle risorse tra le Regioni, adeguati esclusivamente a seguito di variazioni nella numerosità della popolazione residente in ciascuna regione;

preso atto delle ulteriori integrazioni di risorse:

- 834 milioni di Euro quale compensazione per la mancata applicazione, anche per il 2009, della quota fissa di 10 Euro sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: 400 milioni previsti dall'articolo 61, comma 19 della citata Legge 133/08 e 434 milioni previsti dall'articolo 1, comma 5 del decreto-legge 154/08, convertito in Legge 189/08;
- 184 milioni di Euro a copertura dei maggiori oneri relativi all'applicazione dei rinnovi delle convenzioni nazionali, previsti dall'articolo 79, comma 2 della citata Legge 133/08;

preso atto che i valori di finanziamento complessivamente definiti per i tre anni 2009, 2010 e 2011 sono, rispettivamente:

- 104.401 milioni per il 2009, definiti come sopra illustrato;
- 104.414 milioni per il 2010 (103.945 milioni previsti dall'articolo 79, comma 1 della Legge 133/08, cui se ne aggiungono 400 a finanziamento parziale dell'abolizione della quota fissa sulle prestazioni di assistenza specialistica e 69 per i rinnovi delle convenzioni), con un aumento dello 0,01% rispetto al 2009;
- 106.734 milioni per il 2011 (106.265 milioni previsti dall'articolo 79, comma 1 della Legge 133/08, cui se ne aggiungono 400 a finanziamento parziale dell'abolizione della quota fissa e 69 per i rinnovi delle convenzioni), con un aumento del 2,22% rispetto al 2010;

considerato pertanto che, se per il 2009 è ancora possibile individuare obiettivi di equilibrio economico-finanziario, rispetto dei Livelli essenziali di assistenza e processi di qualificazione dei servizi, il quadro finanziario definito per gli anni 2010

e 2011 desta preoccupazioni. La stessa Conferenza delle Regioni ha denunciato l'insufficienza dei finanziamenti programmati con la citata Legge 133/08; con l'Accordo sancito in data 1 ottobre 2008, in occasione dell'Intesa sul disegno di legge di delega in materia di federalismo fiscale, Governo e Regioni hanno concordato di avviare il tavolo per la definizione del nuovo Patto per la Salute 2010-2012, il quale dovrà stabilire le regole e i fabbisogni condivisi per il prossimo triennio;

preso altresì atto che per il 2009 restano confermati tutti gli adempimenti posti in capo alle Regioni per l'accesso pieno alle risorse finanziarie ripartite, stabiliti con l'Intesa 23 marzo 2005 e ripresi integralmente dal Patto per la Salute del 2006, ivi compreso l'obbligo di garantire al Servizio Sanitario regionale l'equilibrio economico-finanziario sia in sede previsionale che in corso d'anno;

ritenuto, alla luce del quadro finanziario 2009, di impostare la programmazione finanziaria regionale 2009, in continuità gli anni 2007 e 2008, ponendosi come obiettivo l'equilibrio economico-finanziario;

dato atto che il finanziamento del Servizio Sanitario regionale può contare, per il 2009, su complessivi 7.469,006 milioni di Euro, derivanti:

- quanto a 7.355,523 milioni, dal riparto approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 26/02/2009 (7.247,404 a finanziamento dei LEA, 61,878 a compensazione della mancata applicazione, per il 2009, della quota fissa di 10 Euro sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, 33,045 quale integrazione a norma dell'articolo 3, comma 139, della Legge 244/07 per la copertura dei maggiori oneri per l'applicazione dei rinnovi contrattuali al personale dipendente, 13,196 quale integrazione a norma dell'articolo 79, comma 2, della Legge 133/08 per la copertura dei maggiori oneri per l'applicazione dei rinnovi delle convenzioni al personale convenzionato);
- quanto a 113,483 milioni, quale riparto, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 26/2/2009, a favore della nostra Regione, delle risorse di FSN accantonate per il finanziamento degli obiettivi di carattere prioritario a livello nazionale;

dato altresì atto che le risorse aggiuntive rispetto al 2008 ammontano a 276 milioni, che rappresentano un incremento percentuale pari al 3,8;

considerato che a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario concorrono le risorse stanziate sul Bilancio regionale 2009-2011 e provenienti dalle ricadute sul bilancio regionale della manovra tributaria varata a fine 2006 dall'Assemblea legislativa regionale (L.R. 19/06), per un ammontare massimo di 150 milioni di Euro annui (lo stanziamento 2009 assicura l'equilibrio regionale per il 2008, mentre lo stanziamento 2010 garantisce il medesimo equilibrio per il 2009);

considerato, altresì, che 100 milioni concorrono alla copertura del fabbisogno finanziario connesso all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni extra-LEA previste dagli atti di programmazione regionale, mentre 50 alimentano il FRNA e si aggiungono, come per il 2008, alla quota consolidata a carico della Sanità, pari a 211,270 milioni e alle risorse direttamente attribuite dal Bilancio regionale (60 milioni), che portano il FRNA ad un ammontare complessivo pari a 321,270 milioni;

ritenuto, conseguentemente, di impostare la programmazione finanziaria per il 2009 su un livello complessivo di risorse pari a 7.619,006 milioni di Euro, di cui:

- 7.245,950 milioni vengono destinati al finanziamento dei livelli di assistenza (con un aumento, rispetto al 2008, di 367 milioni); il riparto tra le aziende avviene a quota capitaria, per progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento; di questi, 211,270 milioni costituiscono la quota consolidata a finanziamento del FRNA; vengono previsti 20 milioni a sostegno delle funzioni di alta specialità svolte dalle Aziende ospedaliere, ospedaliero-universitarie e IOR, al fine anche di evita-

re che il mancato aggiornamento dei tariffari nazionali e delle prestazioni ricomprese nel DPCM dei LEA del 2001 orientino la produzione verso modalità non appropriate;

- 99,960 milioni sono riservati al finanziamento del Sistema integrato SSR-Università;
- 44,975 milioni sono trattenuti a finanziamento delle strutture e dei progetti regionali (ICT il più rilevante);
- 149,150 milioni costituiscono il finanziamento a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario complessivo: 96,150 milioni a favore delle Aziende USL e 53 milioni a favore delle Aziende ospedaliere; per il 2009 tale finanziamento ingloba il fondo a sostegno dei Piani di rientro dal deficit strutturale, presente fino al 2008;
- 50 milioni vengono confermati ad ulteriore finanziamento del FRNA;
- 28,971 milioni sono riservati al finanziamento di prestazioni extra-LEA, dei Piani aziendali per il contenimento delle liste d'attesa, a sostegno della ricerca degli IRCCS regionali e a riserva;

considerato altresì che per definire il complessivo livello delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario regionale per il 2009 si aggiungono:

- 328 milioni quale acconto per la remunerazione delle prestazioni rese in regime di mobilità interregionale,
- 400 milioni circa di entrate dirette delle Aziende sanitarie, a fronte di prestazioni rese,

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

ritenuto che l'equilibrio economico-finanziario costituisca vincolo e obiettivo sia per il Servizio Sanitario regionale che per le singole aziende e rappresenti anche condizione per garantire un governo flessibile del personale e assicurare lo sviluppo dell'area della integrazione socio-sanitaria;

valutata l'esigenza di impegnare le Direzioni delle Aziende sanitarie regionali alla predisposizione degli strumenti di programmazione economico-finanziaria per il 2009 nel rigoroso rispetto delle linee di indirizzo definite in allegato al presente provvedimento;

ritenuto altresì che la verifica dell'andamento della gestione aziendale rispetto all'obiettivo assegnato debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo verifica straordinaria entro il mese di settembre;

richiamata la L.R. 29/04 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario regionale" che all'articolo 3, comma 2 stabilisce che le Aziende USL siano finanziate dalla Regione in relazione ai livelli essenziali di assistenza, secondo criteri di equità e trasparenza, in base alla popolazione residente nel proprio ambito territoriale, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi;

acquisita la relazione "Criteri di finanziamento delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna - Anno 2009", allegata parte integrante del presente provvedimento;

richiamata la deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 175 del 22 maggio 2008 di approvazione del Piano sociale e sanitario 2008-2010;

ritenuto di formulare per il 2009 linee di indirizzo e programmazione per le Aziende sanitarie secondo i contenuti di cui al documento "Linee di programmazione per il 2009", allegato parte integrante del presente provvedimento, dando atto che il documento costituisce il quadro degli obiettivi per il Servizio Sanitario regionale per l'anno in corso, coerenti con le prospettive strategiche delineate nel PSSR;

visto il parere favorevole espresso dalla Commissione assembleare Politiche per la salute e Politiche sociali nella seduta del 29 aprile 2009;

richiamate le proprie deliberazioni di seguito indicate:

- n. 1057 del 24/7/2006, "Prima fase di riordino delle strutture

organizzative della Giunta regionale. Indirizzi in merito alla modalità di integrazione interdirezionale e di gestione delle funzioni trasversali";

- n. 1150 del 31/7/2006, "Approvazione degli atti di conferimento degli incarichi di livello dirigenziale (decorrenza 1/8/2006)";
- n. 1663 del 27/11/2006, "Modifiche all'assetto delle Direzioni generali della Giunta e del Gabinetto del Presidente";
- n. 2416 del 29/12/2008, "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/08. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/07";

dato atto del parere allegato;

su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute;

a voti unanimi e palesi, delibera:

1) di dare atto che le risorse a finanziamento del Servizio Sanitario regionale per il 2009 ammontano a complessivi 7.469,006 milioni di Euro, di cui:

- a) 7.355,523 milioni derivanti dal riparto approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 26/2/2009 (7.247,404 a finanziamento dei LEA, 61,878 a compensazione della mancata applicazione, per il 2009, della quota fissa di 10 Euro sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, 33,045 quale integrazione a norma dell'articolo 3, comma 139, della Legge 244/07 per la copertura dei maggiori oneri per l'applicazione dei rinnovi contrattuali al personale dipendente, 13,196 quale integrazione a norma dell'articolo 79, comma 2, della Legge 133/08 per la copertura dei maggiori oneri per l'applicazione dei rinnovi delle convenzioni al personale convenzionato);
- b) 113,483 milioni derivanti dal riparto, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 26/2/2009, delle risorse di FSN accantonate per il finanziamento degli obiettivi di carattere prioritario a livello nazionale;

2) di quantificare in 150 milioni di Euro il fabbisogno residuo a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario regionale per il 2009, da finanziarsi a carico del Bilancio regionale 2010, con le risorse derivanti dalla manovra fiscale in premessa illustrata e qui integralmente richiamata, dando espressamente atto che dei suddetti 150 milioni di Euro, 100 concorrono alla copertura del fabbisogno finanziario connesso all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni extra-LEA previste dagli atti di programmazione regionale, mentre 50 alimentano il FRNA e si aggiungono, come per il 2008, alla quota consolidata a carico della Sanità, pari a 211,270 milioni e alle risorse direttamente attribuite dal bilancio regionale (60 milioni), che portano il FRNA ad un ammontare complessivo pari a 321,270 milioni;

3) di destinare le complessive risorse, pari a 7.619,006 milioni così come analiticamente rappresentato in Tavola 1, allegata parte integrante del presente provvedimento, e di seguito sintetizzato:

- 7.245,950 milioni vengono destinati al finanziamento dei Livelli di assistenza (con un aumento, rispetto al 2008, di 367 milioni); il riparto tra le aziende avviene a quota capitaria, per progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento; di questi, 211,270 milioni costituiscono la quota consolidata a finanziamento del FRNA; vengono previsti 20 milioni a sostegno delle funzioni di alta specialità svolte dalle Aziende ospedaliere, ospedaliero universitarie e IOR, al fine anche di evitare che il mancato aggiornamento dei tariffari nazionali e delle prestazioni ricomprese nel DPCM dei LEA del 2001 orientino la produzione verso modalità non appropriate;
- 99,960 milioni sono riservati al finanziamento del Sistema integrato SSR-Università;
- 44,975 milioni sono trattenuti a finanziamento delle strutture e dei progetti regionali (ICT il più rilevante);
- 149,150 milioni costituiscono il finanziamento a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario complessivo: 96,150

milioni a favore delle Aziende USL e 53 milioni a favore delle Aziende ospedaliere; per il 2009 tale finanziamento ingloba il fondo a sostegno dei Piani di rientro dal deficit strutturale, presente fino al 2008;

- 50 milioni vengono confermati ad ulteriore finanziamento del FRNA;
- 28,971 milioni sono riservati al finanziamento di prestazioni extra-LEA, dei Piani aziendali per il contenimento delle liste d'attesa, a sostegno della ricerca degli IRCCS regionali e a riserva;

4) di provvedere al finanziamento per livelli di assistenza e a quota capitaria delle Aziende USL secondo i criteri e i contenuti illustrati nel documento "Criteri di finanziamento delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna - Anno 2009", allegato parte integrante del presente provvedimento (Allegato A) per un ammontare pari a 6.617,820 milioni di Euro; il riparto alle Aziende è riportato nelle Tavole A 1 e A 2, allegate al presente provvedimento, parti integranti del medesimo;

5) di allegare le "Linee di programmazione per il 2009", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato B), quale strumento utile alla predisposizione dei preventivi aziendali, e di indirizzo rispetto alla più complessiva gestione aziendale;

6) di impegnare le Direzioni aziendali al rispetto dell'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario, sia in fase previsionale che a consuntivo, dando atto che l'Allegato B) de-

finisce, azienda per azienda, il contributo specifico regionale a garanzia di tale equilibrio;

7) di disporre che il documento "Linee di programmazione per il 2009" di cui al punto precedente costituisca il quadro degli obiettivi cui impegnare le Direzioni aziendali, obiettivi rispetto ai quali saranno operate le valutazioni e assunti i conseguenti provvedimenti a livello regionale;

8) di stabilire che ciascuna azienda è chiamata a contribuire anche al raggiungimento degli obiettivi d'area vasta, obiettivi da considerare integrativi di quelli individuati dalla programmazione regionale, tenuto conto che l'integrazione interaziendale attraverso aree vaste, così come prevista anche dal Piano sociale e sanitario 2008-2010, costituisce una effettiva area di azione per raggiungere ulteriori obiettivi di efficienza nel SSR, non solo nel campo delle funzioni amministrative e tecniche di supporto alla funzione sanitaria, ma anche nel campo della organizzazione e della gestione dei servizi sanitari;

9) di definire che la verifica dell'andamento della gestione aziendale rispetto all'obiettivo economico finanziario assegnato debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo verifica straordinaria entro il mese di settembre, e che dell'esito delle verifiche debbano essere informate le Conferenze territoriali sociali e sanitarie;

10) di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino ufficiale della Regione.

(segue allegato fotografato)

TAVOLA 1

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE - ANNO 2009

RISORSE PROGRAMMABILI (compresi 150 mln da Bilancio regionale)		7.619.006
1 FINANZIAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	7.245.950	
<i>di cui</i>		
Risorse ripartite a quota capitaria		6.617.820
Accantonamento per adeguamento popolazione all'1/1/2009		10.000
ARPA		51.600
Piano attuativo Salute mentale e Superamento ex OO.PP.		41.000
FRNA quota "storica"		211.270
Assistenza termale		18.110
Oneri vari personale dipendente (esclusività,...)		200.000
Progetti e funzioni sovra-aziendali - specificità aziendali:		96.150
<i>Emergenza 118</i>		23.700
<i>Progetto sangue ed emoderivati</i>		11.850
<i>Trapianti e medicina rigenerativa</i>		5.900
<i>Altre funzioni sovra-aziendali</i>		19.250
<i>Specificità aziendali</i>		15.450
<i>Contributo Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-universitarie, IRCCS funzioni</i>		20.000
2 FINANZIAMENTO SISTEMA INTEGRATO SSR - UNIVERSITA'	99.960	
Integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica		46.000
Integrazione per progetti di ricerca		10.000
Altro :		43.960
<i>Contributo per trascinamento arretrati contratto</i>		19.000
<i>Esclusività di rapporto del personale universitario (compreso personale II.OO.RR.)</i>		9.660
<i>Corsi universitari delle professioni sanitarie</i>		15.300
3 FINANZIAMENTO STRUTTURE e FUNZIONI REGIONALI, INNOVAZ	44.975	
Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale		4.275
Obiettivi e progetti per l'innovazione...		34.500
Altro (sistemi informativi, materiali di consumo)		6.200
5 GARANZIA EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	149.150	
di cui Aziende USL		96.150
di cui Aziende Ospedaliere e IOR		53.000
6 ULTERIORE CONTRIBUTO AL FRNA	50.000	
7 ALTRO	28.971	
Altro extra-lea (Interventi umanitari, Area dipendenze, integrazione sanità penitenziaria)		6.400
Da ripartire (liste d'attesa - Ricerca IRCCS -FRNA psichiatria, acc. riserva)		22.571

valori x 1000



ALLEGATO A

Criteri di Finanziamento delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna Anno 2009

L'allocazione delle risorse finanziarie alle Aziende Usl del Servizio 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 geografiche¹.

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

Per l'assegnazione 2009, si evidenziano i seguenti elementi:

1) Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) in attuazione dell'art. 51 della Legge Regionale 27/2004 è a regime. 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. Dal 2009 al FRNA confluiscono ulteriori risorse, a finanziamento degli interventi per soggetti disabili, per un volume pari a 93 milioni di euro: tale contributo viene estrapolato dal livello residuale, denominato "altro";

2) I criteri sono stati applicati alla popolazione residente in ciascuna Usl all'1/1/2008. Si assiste ormai da diversi anni ad un aumento della popolazione regionale complessiva, strettamente connessa all'immigrazione, che non interessa in modo omogeneo tutti gli ambiti territoriali. Anche per quest'anno è comunque prevista la verifica della popolazione residente all'1/1/2009 ed una eventuale revisione del finanziamento;

3) come ciascun anno, sono stati aggiornati i dati relativi all' utilizzo dei diversi servizi che stanno alla base del sistema di ponderazione, ma non sono cambiati i criteri. Nella definizione delle percentuali di assorbimento delle risorse si è privilegiato, in alcuni casi, di tenere conto dei livelli di spesa programmati, in altri è la percentuale di risorse dedicate ad avere la funzione di indirizzo alle Aziende USL. Sostanzialmente le quote attribuite a ciascun livello sono rimaste invariate ad eccezione del livello "farmaceutica territoriale" il cui peso è coerente agli obiettivi di spesa definiti a livello nazionale, del livello "ADI e hospice", incrementato per lo sviluppo delle cure palliative, e il livello "altro" che è stato incrementato in quanto contribuisce ad alimentare il FRNA per la parte riferita alle disabilità.

¹ Il riparto alle Aziende USL delle risorse a quota capitolaria ponderata non esaurisce il finanziamento delle prestazioni ricomprese nei livelli di assistenza ; a tale finanziamento concorrono anche le risorse attribuite con parametri non strettamente correlati alla numerosità della popolazione residente, nonché le entrate dirette delle aziende sanitarie

Di seguito sono illustrate, per ciascun livello essenziale di assistenza, le modifiche introdotte per l'anno 2009.

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

Complessivamente, tenendo conto della quota destinata all'Arpa, il 1° livello di assistenza assorbe il **5,24%** delle risorse assegnate.

I criteri di riparto tra le Aziende 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'1/1/2008 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 2007, 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 2006-2007, 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) che quest'anno sono state aggiornate, e l'igiene degli alimenti (55%) distribuita in base alla popolazione residente all'1/1/2008 ed integrata con le stesse modalità descritte per la funzione di igiene pubblica.

2° Livello: Assistenza Distrettuale (50,5%)

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** (14,5% del totale complessivo). 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 2008 di tutte le Aziende territoriali della Regione, rilevati dal flusso informativo regionale "assistenza farmaceutica territoriale".
- **Medici di medicina generale** (7,1% del totale complessivo). Comprende i costi delle convenzioni con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, nonché quelli relativi alla continuità assistenziale: il rinnovo della convenzione ha determinato l'incremento di risorse dedicate. Come per gli anni precedenti, data la scarsa flessibilità di questa voce di spesa, sono stati utilizzati come criteri di assegnazione i costi stimati.
- **Assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale** (15,0 % del totale complessivo). Il sistema di pesi, specifico per sesso ed età, è stato costruito sulla base dei consumi di specialistica ambulatoriale osservati nel 2007 in tutte le Aziende Sanitarie della Regione. La popolazione residente all'1/1/2008 è stata corretta tenendo conto della presenza di studenti, imputati al 25%.
- **Salute mentale** (3,6% del totale complessivo). 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. L'assistenza psichiatrica per adulti, che assorbe il 3,0 % 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 pazienti dimessi ex OO.PP. e progetto autismo" e quelle ricomprese nel livello "Assistenza Ospedaliera" (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), superano il 5%.
- **Dipendenze patologiche** (1,2% del totale complessivo). Il criterio di assegnazione è invariato: la popolazione residente in età 15-54 anni è stata corretta con la prevalenza della tossicodipendenza nei diversi ambiti territoriali.

- **Assistenza domiciliare e hospice** - (2,50% del totale complessivo). La quota assegnata è aumentata dello 0,28 % rispetto al 2008. Come risulta dalla rilevazione del flusso ADI, l'assistenza domiciliare copre, per gli over 80 anni , oltre 170 persone ogni 1000 abitanti; pertanto 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** (4,5 % del totale complessivo,). La quota assegnata è aumentata dello 0,05 % rispetto al 2008. Come gli anni scorsi, la quota è ripartita sulla base della distribuzione della popolazione ultra 75 enne. Questo livello comprende anche l'assistenza protesica nelle strutture residenziali e semiresidenziali.
- **Altre funzioni assistenziali** (2,10 %, del totale complessivo) La quota assegnata è aumentata dello 0,55 % rispetto al 2008 in relazione alla costituzione del FRNA per le disabilità e del conseguente contributo da parte del Fondo Sanitario Regionale. Il contributo all'FRNA rappresenta l'1,4% sulla quota complessiva. Inoltre, come gli anni scorsi, all'interno di questa funzione sono stati evidenziati 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 0,2% delle risorse complessive e distribuite in base alla frequenza dei bambini in età 0-4 anni. La restante quota residuale è stata attribuita in base alla numerosità della popolazione di età inferiore ai 65 anni .

3° Livello: Assistenza ospedaliera (45%)

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 2007, comprensivi della mobilità passiva extraregionale (ricoveri effettuati dai cittadini dell'Emilia-Romagna in altre Regioni). Per la degenza ordinaria, che rappresenta il 90% del livello, l'utilizzazione specifica per sesso ed età ha tenuto conto anche dei "grandi vecchi", ossia gli ultra 85-enni.

All'utilizzo dei servizi è stato applicato 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 2005-2007.

TAVOLA A1
Finanziamento 2009
Coefficienti di assorbimento 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)	ADI e HOSPICE (6)	Residenzi ale e semi (7)	Altro (8)	Contributo al FRNA disabili	(9)	
Piacenza	0,324	0,992	0,452	1,006	0,232	0,073	0,176	0,321	0,044	0,091	3,124	6,834
Parma	0,519	1,451	0,736	1,498	0,357	0,123	0,254	0,463	0,069	0,140	4,545	10,155
Reggio Emilia	0,599	1,601	0,816	1,704	0,443	0,116	0,267	0,475	0,089	0,170	5,090	11,370
Modena	0,722	2,198	1,144	2,312	0,582	0,161	0,368	0,652	0,114	0,225	6,849	15,329
Bologna	0,787	2,938	1,407	3,007	0,693	0,291	0,518	0,942	0,133	0,272	9,062	20,049
Imola	0,117	0,434	0,239	0,448	0,107	0,039	0,075	0,136	0,021	0,041	1,334	2,992
Ferrara	0,335	1,307	0,607	1,313	0,290	0,092	0,231	0,417	0,053	0,116	4,044	8,804
Ravenna	0,370	1,333	0,579	1,359	0,314	0,116	0,236	0,430	0,060	0,123	4,065	8,984
Forlì	0,216	0,635	0,316	0,650	0,152	0,045	0,112	0,204	0,029	0,059	1,944	4,363
Cesena	0,213	0,652	0,325	0,687	0,172	0,050	0,107	0,187	0,033	0,067	2,012	4,506
Rimini	0,297	0,96	0,479	1,015	0,258	0,094	0,157	0,274	0,050	0,100	2,931	6,613
TOTALE REGIONE	4,50	14,50	7,10	15,00	3,60	1,20	2,50	4,50	2,10		45,00	100,00
Totale comprensivo di ARPA	5,24											
Quote livelli di assistenza 2008	4,60	15,30	7,23	15,00	3,64	1,01	2,22	4,45	1,55		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, fatta sulla base della distribuzione 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, € 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 la prevalenza della tossicodipendenza ed alcol dipendenza.

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

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

(8) Comprende tra l'altro l'attività dei consultori familiari, l'emergenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2005-2007, e day hospital.

(9) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2005-2007, e day hospital.

TAVOLA A2
Finanziamento 2009
Assegnazione risorse 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)	ADI e HOSPICE (6)	Residenziale e semi (7)	Altro (8)	Contributo FRNA disabili	(9)	
Piacenza	21.434.507	65.620.077	29.880.693	66.598.450	15.364.986	4.841.291	11.620.294	21.227.277	2.903.347	6.029.198	206.744.035	452.264.154
Parma	34.376.439	96.003.955	48.699.253	99.152.014	23.618.448	8.151.426	16.822.343	30.646.583	4.553.307	9.258.209	300.756.382	672.038.359
Reggio Emilia	39.670.574	105.941.136	53.990.081	112.799.952	29.303.895	7.678.031	17.650.890	31.417.198	5.884.065	11.234.674	336.876.036	752.446.533
Modena	47.786.830	145.481.081	75.730.093	153.032.813	38.535.758	10.661.605	24.360.039	43.157.496	7.534.109	14.914.648	453.243.588	1.014.438.061
Bologna	52.056.556	194.441.717	93.141.559	198.969.718	45.856.298	19.251.928	34.282.092	62.323.499	8.787.817	17.984.657	599.733.675	1.326.829.515
Imola	7.736.900	28.753.387	15.833.382	29.635.532	7.086.547	2.577.418	4.987.245	9.003.516	1.372.475	2.741.794	88.303.575	198.031.771
Ferrara	22.177.503	86.509.305	40.142.088	86.916.442	19.193.118	6.107.970	15.275.210	27.569.610	3.485.297	7.688.062	267.595.471	582.660.075
Ravenna	24.502.711	88.228.081	38.304.517	89.905.978	20.774.765	7.649.938	15.588.460	28.434.113	3.976.219	8.145.426	269.043.665	594.553.873
Forlì	14.312.425	42.033.038	20.924.278	42.994.612	10.043.670	2.973.791	7.412.841	13.527.222	1.942.012	3.934.702	128.625.472	288.724.063
Cesena	14.118.864	43.167.332	21.495.347	45.467.437	11.388.256	3.315.523	7.072.386	12.376.177	2.208.654	4.434.251	133.157.675	298.201.903
Rimini	19.628.590	63.404.791	31.723.929	67.200.052	17.075.778	6.204.919	10.373.699	18.119.210	3.326.919	6.634.378	193.939.427	437.631.692
TOTALE REGIONE	297.801.900	959.583.900	469.865.220	992.673.000	238.241.520	79.413.840	165.445.500	297.801.900	45.974.220	93.000.000	2.978.019.000	6.617.820.000
Totale comprensivo di ARPA	349.801.900											

(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, fatta sulla base della distribuzione 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 la prevalenza della tossicodipendenza ed alcolodipendenza.

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

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

(8) Comprende tra l'altro l'attività dei consultori familiari, l'emergenza extraospedaliera; 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 .

(9) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2005-2007, e day hospital .



ALLEGATO B

Linee di programmazione per il 2009

Indice

1. Programmazione economico-finanziaria e obiettivi 2009 delle Aziende sanitarie regionali
 - 1.1 Il quadro finanziario
 - 1.2 Il vincolo dell'equilibrio di bilancio in capo alle aziende
 - 1.3 I preventivi aziendali per il 2009
 - 1.4 Il piano degli investimenti 2009
 - 1.5 Il quadro degli adempimenti del SSR
2. Politiche delle risorse umane per l'anno 2009
3. Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica
 - 3.1 Assistenza farmaceutica ospedaliera
 - 3.2 Assistenza farmaceutica convenzionata
4. Politiche d'acquisto di beni e servizi; interventi d'Area Vasta e tramite Intercent-ER
5. Politiche per l'uso razionale dell'energia e il rispetto ambientale
6. Sanità pubblica
 - 6.1 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie
 - 6.2 Sicurezza sul lavoro
 - 6.3 Programmi di screening oncologici
 - 6.4 Programmi di promozione della salute. Piano Regionale della Prevenzione
 - 6.5 Sanità Pubblica Veterinaria
7. Salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri
8. Le cure primarie
 - 8.1 La governance
 - 8.2 Sviluppo organizzativo del Dipartimento Cure Primarie
 - 8.3 Attività assistenziale erogata nel DCP, dai Nuclei di Cure Primarie
 - 8.4 Altri Programmi Assistenziali che vedono coinvolto il DCP
 - 8.5 Consultori familiari
 - 8.6 Sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali
 - 8.7 Sistema dei controlli delle attività erogate in ambito distrettuale
9. L'integrazione socio sanitaria
10. L'assistenza ospedaliera
11. Il Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa
12. La gestione del rischio
13. Ricerca, Innovazione e Formazione
14. Comunicazione e partecipazione

- 15. Accreditamento
- 16. Diversità ed equità
- 17. Obiettivi inerenti i Progetti/Servizi ICT per il 2009
- 18. Sistema informativo regionale e debiti informativi delle aziende
- 19. Modalità di rendicontazione e valutazione dei risultati

Appendice : I principali provvedimenti regionali assunti nel corso del 2008 e nei primi mesi del 2009 rilevanti ai fini della programmazione.

1. Programmazione economico-finanziaria e obiettivi 2009 delle Aziende sanitarie regionali

1.1 Il quadro finanziario

Il Governo ha anticipato all'estate, contestualmente all'approvazione del Dpef 2009-2013, la manovra finanziaria per il triennio 2009-2011, in via ordinaria riservata alla Legge Finanziaria.

IL decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 e la successiva legge di conversione 6 agosto 2008, n.133, definiscono anche per la sanità il quadro finanziario triennale 2009-2011.

Per il 2009, anno già ricompreso nel Patto per la Salute oggetto di intesa Stato-Regioni ad ottobre 2006 col precedente Governo, viene sostanzialmente confermato il finanziamento, già previsto e aggiornato nelle precedenti leggi finanziarie, in 102.683 milioni di euro.

A tale importo si aggiungono:

- 834 milioni di euro quale compensazione per la mancata applicazione, anche per il 2009, della quota fissa di 10 euro sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: 400 milioni previsti dall'articolo 61, comma 19, della citata legge 133/2008 e 434 previsti dall'articolo 1, comma 5 del decreto-legge 154/2008, convertito in legge 189/2008;
- 184 milioni di euro a copertura dei maggiori oneri relativi all'applicazione dei rinnovi delle convenzioni nazionali, previsti dall'articolo 79, comma 2 della citata legge 133/2008.

Per quanto riguarda gli anni 2010 e 2011 la Conferenza delle Regioni ha denunciato l'insufficienza dei finanziamenti; con l'accordo sancito in data 1° ottobre 2008 Governo e Regioni hanno concordato di avviare il tavolo per la definizione del nuovo Patto per la Salute 2010-2012. Il Patto, si legge, "dovrà stabilire le regole e i fabbisogni condivisi, nel rispetto dei vincoli generali previsti dal Patto europeo di stabilità e crescita".

I valori di finanziamento definiti per il 2010 e per il 2011, sono, rispettivamente: 103.945 milioni, cui se ne aggiungono 400 a finanziamento parziale dell'abolizione della quota fissa sulle prestazioni di assistenza specialistica; 106.265 milioni, cui se ne aggiungono 400 a finanziamento parziale dell'abolizione della quota fissa. A decorrere dal 2010, a copertura dei maggiori oneri di rinnovo delle convenzioni nazionali, la legge 133 eleva ulteriormente il finanziamento di 69 milioni.

La programmazione finanziaria regionale 2009 viene impostata in continuità con i due esercizi precedenti ponendosi l'obiettivo, per il terzo anno consecutivo, dell'equilibrio di bilancio per tutte le Aziende del Servizio sanitario regionale.

La manovra finanziaria per il 2009 e il bilancio pluriennale 2009-2011, approvati il 17 dicembre 2008 dall'Assemblea Legislativa, confermano il sostegno finanziario per sanità e politiche per la non autosufficienza.

Il finanziamento del Servizio sanitario regionale può contare, per il 2009, sulle seguenti risorse, già oggetto di Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni:

- 7.356 milioni a finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, comprensivi della integrazione a compensazione della mancata applicazione, per il 2009, della quota fissa di 10 euro sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (61,877

milioni), del finanziamento dei maggiori oneri contrattuali per il personale dipendente (33 milioni) e convenzionato (13 milioni);

- 113 milioni, quale riparto delle risorse di FSN accantonate per il finanziamento degli obiettivi di carattere prioritario a livello nazionale.

La garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale viene data dalle risorse stanziare sul Bilancio regionale 2009-2011 e provenienti dalle ricadute sul bilancio regionale della manovra tributaria varata a fine 2006 dall'Assemblea Legislativa regionale (LR 19/2006), per un ammontare massimo di 150 milioni di euro annui (lo stanziamento 2009 assicura l'equilibrio regionale per il 2008, mentre lo stanziamento 2010 garantisce il medesimo equilibrio per il 2009). Di questi, 100 milioni sono a garanzia del fabbisogno finanziario connesso all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, mentre 50 milioni alimentano il FRNA e si aggiungono, come per il 2007 e il 2008, alla quota consolidata a carico della sanità, pari a 211,270 milioni ed alle risorse direttamente attribuite dal Bilancio regionale – 60 milioni per il 2009, a fronte di 50 milioni degli anni precedenti, che portano il FRNA a disporre di 321,270 milioni.

La programmazione 2009 ha pertanto come riferimento un volume complessivo di risorse pari a 7.619 milioni di euro, con un aumento di 276 milioni rispetto al 2008 (+3,76%), di cui:

- 7.245,950 milioni vengono destinati al finanziamento dei Livelli di assistenza (+367,180 milioni rispetto al 2008); il riparto a quota capitaria beneficia di 340 milioni in più rispetto al 2008 (in relazione anche alla riduzione del Fondo a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario).
Inoltre, vengono previsti 20 milioni a sostegno delle funzioni di alta specialità svolte dalle aziende ospedaliere, ospedaliero universitarie e IOR, al fine anche di evitare che il mancato aggiornamento dei tariffari nazionali e delle prestazioni ricomprese nel DPCM dei LEA del 2001 orientino la produzione verso modalità non appropriate;
- 99,960 milioni sono riservati al finanziamento del Sistema integrato SSR-Università;
- 44,975 milioni sono trattenuti a finanziamento delle strutture e dei progetti regionali (ICT il più rilevante);
- 149,150 milioni costituiscono l'accantonamento a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario complessivo regionale, con una riduzione di circa 85 milioni rispetto al 2008; la riduzione viene operata, quanto a 100 milioni sulle aziende USL, mentre aumenta a favore delle aziende ospedaliere;
- 50 milioni vengono confermati ad ulteriore finanziamento del FRNA;
- vengono accantonati 6,4 milioni ad integrazione del finanziamento nazionale per il trasferimento alle regioni delle funzioni di sanità penitenziaria e per interventi umanitari e sulle dipendenze patologiche, e 22,571 milioni per il finanziamento dei piani aziendali di contenimento delle liste d'attesa, della ricerca degli IRCCS regionali e per una valutazione circa l'inclusione di alcune funzioni di psichiatria nel FRNA.

Per quanto riguarda il riparto a quota capitaria, analiticamente commentato nell'allegato A, si segnala:

- l'aggiornamento della consistenza della popolazione all'1/1/2008;
- l'aggiornamento della base dati riferita ai consumi rilevati;
- una ridefinizione, per alcuni sub-livelli di assistenza, della percentuale di risorse dedicate;
- l'evidenziazione, nel sub-livello residuale dell'Assistenza distrettuale (il sub-livello "altro"), della quota riferita all'assistenza a favore di persone disabili, che confluisce, a partire dal 2009, al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (in coerenza con quanto stabilito nel programma approvato con la DGR 1230/2008).

L'equilibrio economico-finanziario costituisce vincolo e obiettivo sia per il Servizio sanitario regionale che per le singole aziende.

1.2 Il vincolo dell'equilibrio di bilancio in capo alle aziende

Il Bilancio economico preventivo 2009 dovrà rappresentare, per tutte le Aziende, una situazione di equilibrio economico-finanziario.

Per il 2009 la condizione di equilibrio viene definita a partire dal risultato di esercizio, al netto delle sole quote di ammortamento per beni mobili ed immobili già presenti in inventario al 31/12/2007 e non coperti da finanziamento pubblico.

All'interno dell'equilibrio dovranno pertanto essere ricomprese le quote di ammortamento dei beni ad utilità pluriennale che sono entrati in produzione nel corso del 2008 e quelle riferite ai beni che entreranno nel ciclo produttivo nel corso del 2009. L'impegno ad assorbire, all'interno del vincolo di bilancio, le quote di ammortamento dei nuovi investimenti, pur non costituendo obbligo rispetto alle regole tuttora vigenti a livello nazionale, è stato introdotto dal 2008 all'interno della nostra Regione al fine di sostenere la politica degli investimenti aziendali.

Di seguito viene indicato, per ciascuna azienda, il livello di risorse a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e a sostegno dei processi di qualificazione definiti a livello regionale e locale, a valere sull'accantonamento complessivo, come sopra definito, pari a 149,150 milioni di euro. Gli importi sono stati definiti e concordati con le Aziende a seguito degli incontri di concertazione avvenuti nei mesi di febbraio e di marzo.

Dal 2009 il Fondo di garanzia dell'equilibrio economico-finanziario ingloba il Fondo a sostegno dei piani di rientro dal deficit strutturale; per il confronto anche il 2008 viene calcolato in maniera omogenea. Le aziende USL che beneficiano del riequilibrio in misura superiore alla propria quota di accesso alle risorse distribuite per quota capitaria (Piacenza, Bologna, Ferrara e Ravenna) ricevono dal riequilibrio una quota che, sommata al riparto per quota capitaria, determina un aumento rispetto al 2008 pari al 3%, rispetto ad incremento medio regionale di risorse pari al 3,7%.

Azienda USL di Piacenza

A garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e a sostegno dei processi di qualificazione definiti a livello regionale e locale si prevede un contributo pari a 10 milioni di euro (a fronte di 20,700 per il 2008); l'incremento di risorse rispetto al 2008 risulta pari al 3%.

Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Parma

Non si prevedono contributi aggiuntivi per l'azienda territoriale che registra, in relazione alla diminuzione delle risorse destinate al riequilibrio finanziario, un aumento, rispetto al 2008, del 4,8%.

L'Azienda ospedaliero-universitaria beneficia di 3,8 milioni di euro a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario; a sostegno delle funzioni di alta specialità riceve 3,6 milioni di euro.

Aziende USL e Ospedaliera di Reggio Emilia

Non si prevedono contributi aggiuntivi per l'azienda territoriale che registra, in relazione alla diminuzione delle risorse destinate al riequilibrio finanziario, un aumento, rispetto al 2008, del 5%.

L'Azienda ospedaliera beneficia di 3,750 milioni di euro a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario; a sostegno delle funzioni di alta specialità riceve 1,450 milioni di euro.

Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Modena

A garanzia dell'equilibrio economico-finanziario si prevede un contributo pari a 10,5 milioni per l'azienda territoriale che registra un incremento di risorse, rispetto al 2008, del 3,6%; la quota assegnata è leggermente inferiore alla propria quota di accesso alle risorse distribuite per quota capitaria.

L'Azienda ospedaliero-universitaria beneficia di 4,460 milioni di euro a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario; a sostegno delle funzioni di alta specialità riceve 2,5 milioni di euro.

Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Bologna

A garanzia dell'equilibrio economico-finanziario si prevede un contributo pari a 37,8 milioni di euro (a fronte di 62 per il 2008); l'incremento di risorse rispetto al 2008 risulta pari al 3%. L'Azienda ospedaliero-universitaria beneficia di 20,690 milioni di euro a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario; a sostegno delle funzioni di alta specialità riceve 6,850 milioni di euro.

Azienda USL di Imola

A garanzia dell'equilibrio economico-finanziario si prevede un contributo pari a 2,4 milioni; l'incremento di risorse rispetto al 2008 è del 3,6%; la quota assegnata è allineata alla quota di accesso alle risorse distribuite per quota capitaria.

Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

A garanzia dell'equilibrio economico-finanziario si prevede un contributo pari a 16,2 milioni di euro (a fronte di 26,510 per il 2008); l'incremento di risorse rispetto al 2008 risulta pari al 3%.

L'Azienda ospedaliero-universitaria beneficia di 16,300 milioni di euro a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario. a sostegno delle funzioni di alta specialità riceve 2,1 milioni di euro.

Azienda USL di Ravenna

A garanzia dell'equilibrio economico-finanziario si prevede un contributo pari a 12,3 milioni di euro (a fronte di 25,140 per il 2008); l'incremento di risorse rispetto al 2008 risulta pari al 3%.

Azienda USL di Forlì

A garanzia dell'equilibrio economico-finanziario si prevede un contributo pari a 3,5 milioni; l'incremento di risorse rispetto al 2008 è del 3,6%; la quota assegnata è allineata alla quota di accesso alle risorse distribuite per quota capitaria.

Azienda USL di Cesena

A garanzia dell'equilibrio economico-finanziario si prevede un contributo pari a 3,450 milioni; l'incremento di risorse rispetto al 2008 è del 4,6%; la quota assegnata è allineata alla quota di accesso alle risorse distribuite per quota capitaria.

Azienda USL di Rimini

Non si prevedono contributi aggiuntivi per l'azienda di Rimini, che registra, in relazione alla diminuzione delle risorse destinate al riequilibrio finanziario, un aumento, rispetto al 2008, del 5,2%.

Istituto Ortopedico Rizzoli

A garanzia dell'equilibrio economico-finanziario si prevede un contributo di 4 milioni, mentre il contributo per funzioni e specificità assistenziali resta definito in 4,5 milioni, per un totale di 8,5 milioni di euro. A seguito dell'approvazione dell'accordo di fornitura introdotto dalla legge 133/2008 tra IOR e Regione, in corso di definizione, l'entità delle due componenti del contributo (Equilibrio/Specificità-funzioni) potrà subire modifiche, fermo restando il valore complessivo.

A sostegno delle funzioni di alta specialità per il 2009 riceve 3,5 milioni di euro.

Le Direzioni aziendali per il 2009 saranno impegnate:

- al rispetto dell'obiettivo economico-finanziario così come definito al punto precedente;
- ad un monitoraggio trimestrale in via ordinaria e ad una verifica straordinaria nel mese di settembre;
- alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;
- in presenza di certificazione di non coerenza, alla presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo;
- all'assunzione di oneri a carico dei bilanci aziendali entro limiti compatibili con l'obiettivo assegnato, dando tempestiva e motivata comunicazione alla Regione in caso di spese eccedenti tale limite.

Il mancato rispetto degli impegni di cui sopra è motivo di decadenza dei Direttori Generali, ai sensi dell'articolo 6 dell'Intesa.

Della verifica straordinaria dovranno essere informate le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali.

Il rispetto del vincolo di bilancio costituisce, per il 2009, pre-requisito per le Direzioni aziendali ai fini dell'accesso al compenso aggiuntivo annuo previsto nei rispettivi contratti.

1.3 I preventivi aziendali per il 2009

La predisposizione dei preventivi economici per il 2009 dovrà essere impostata coerentemente con i vincoli di bilancio assegnati.

Gli strumenti di programmazione dovranno essere trasmessi al controllo della Giunta entro il termine del 15 maggio.

Si richiamano alcuni elementi di attenzione:

Beni e servizi (con esclusione dei farmaci): si conferma anche per l'esercizio 2009 la necessità di contenerne l'aumento entro limiti coerenti con il complessivo vincolo di bilancio.

Spesa farmaceutica: per l'anno 2009 il Servizio regionale Politica del Farmaco ha provveduto a formulare obiettivi di spesa specifici per ciascuna azienda, con riferimento sia alla spesa territoriale che alla spesa ospedaliera; per quanto riguarda invece i livelli medi regionali attesi, si formulano le seguenti considerazioni:

a. per la spesa territoriale

comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, sia della distribuzione diretta di medicinali di classe "A", inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, il Ministero della Salute ai sensi della L. 222 del 29 novembre 2007 ha fornito indicazioni per ogni regione ponendo nuovamente a riferimento il tetto al 14% della spesa sanitaria.

Riguardo a questo obiettivo, la spesa territoriale della nostra regione è intorno al 12,6% per l'anno 2008; la stima dell'incremento tendenziale per il 2009 porta ad un tetto comunque inferiore al 14%. Per il 2009 è prevedibile un incremento del 3,5%, a meno di interventi nazionali specifici sui farmaci equivalenti.

b. per la spesa ospedaliera

la spesa, comprensiva degli utilizzi nei presidi ospedalieri e della distribuzione diretta dei farmaci che hanno il vincolo della erogazione all'interno di queste stesse strutture, è interamente a carico della Regione.

Lai chiusura del 2008 ha evidenziato un incremento dell'11% rispetto al 2007. Per il 2009 è prevedibile un incremento dell'8%.

Si ribadisce la necessità di formulare progetti riguardanti la prescrizione e il corretto utilizzo dei farmaci equivalenti sia come singole molecole sia nel contesto delle categorie di appartenenza. Poiché non vi sono per il 2009 scadenze di brevetto per molecole di particolare significato economico, i farmaci generici già in commercio dovranno costituire una sostanziale quota dei farmaci prescritti.

Deve inoltre essere implementata da parte di tutte le Aziende USL la distribuzione dei farmaci tramite le farmacie convenzionate per conto delle Aziende sanitarie.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera, le aree di maggiore criticità economica e di appropriatezza d'uso permangono le specialistiche ed in particolare oncologia, reumatologia, ematologia, diabetologia, infettivologia, le patologie che prevedono l'impiego di farmaci da anticorpi monoclonali, malattie rare, ecc.

Anche per il 2009 è necessaria una progettualità che coinvolga ed impegni i clinici in generale ed in particolare i professionisti che appartengono ai centri regionali autorizzati alla prescrizione di farmaci che richiedono la predisposizione di piano terapeutico e/o monitoraggio in corso di trattamento.

Si rinvia al capitolo 3. Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica per le linee di indirizzo specifiche.

Accantonamenti per rinnovi contrattuali personale dipendente: l'accantonamento viene definito nella misura del 3,2% del Monte salari 2007 (1,7% corrispondente al tasso d'inflazione programmato per il 2008 e 1,5% corrispondente al tasso di inflazione programmato per il 2009).

Assistenza termale: dovrà essere previsto l'incremento derivante dagli accordi regionali in materia, rispetto al quale viene assicurato un coerente livello di finanziamento.

Accantonamenti per rinnovo convenzioni: le aziende dovranno procedere ad un ulteriore accantonamento dell'1,5%, corrispondente al tasso di inflazione programmato per il 2009. Non si prevede in questa sede di disporre accantonamenti ulteriori in relazione all'effettivo andamento del rinnovo convenzionale, in quanto il volume degli accantonamenti effettuati dalle aziende al 31 dicembre 2008 garantisce di far fronte alle ricadute degli aumenti convenzionali.

Tariffe prestazioni di degenza e Accordi di fornitura:

Allo stato attuale non è possibile ipotizzare alcun adeguamento tariffario a livello regionale per il 2009, in considerazione sia dell'imminente approvazione delle nuove tariffe nazionali, sia delle disposizioni contenute nel DM 18 dicembre 2008 di aggiornamento, a decorrere dal 1° gennaio 2009, del sistema di classificazione ICD IX CM 2007 e dei pesi-DRG.

La programmazione economica pluriennale, stante il quadro di incertezza sul volume delle risorse per il prossimo triennio e l'assenza, ad oggi, di un nuovo Patto per la Salute 2010-2012, dovrà essere impostata tenendo conto, sia per il FSR che per il volume dei costi, del tasso d'inflazione programmata di cui al DPEF 2009-2013.

La programmazione dei costi dovrà tener conto, in particolare, della necessità di effettuare gli specifici accantonamenti per i rinnovi dei contratti del personale e delle convenzioni.

Per i restanti fattori della produzione le aziende dovranno indicare le ricadute delle azioni attivate per il perseguimento/mantenimento dell'equilibrio di bilancio. Al pari della programmazione annuale, la programmazione pluriennale dovrà tener conto della ricaduta sul bilancio dei nuovi investimenti.

La programmazione pluriennale degli investimenti, parte integrante degli strumenti di programmazione pluriennale, dovrà essere redatta secondo gli schemi predisposti per le fasi di verifica infra-annuale e concertazione e dovrà avere a riferimento i soli investimenti la cui copertura finanziaria risulti assicurata con risorse dedicate.

1.4 Il Piano degli investimenti 2009

La programmazione degli investimenti per l'anno 2009 prevede gli adempimenti di seguito elencati rispetto ai quali le Aziende dovranno indirizzare la programmazione e le conseguenti azioni relativamente agli investimenti in conto capitale.

Programma investimenti straordinari in sanità (ex art. 20 L. 67/88)

- sottoscrizione Accordo di Programma IV fase, 1° stralcio per un importo complessivo di 201 milioni di euro (163,5 milioni di euro Stato, 8,6 milioni di euro Regione e 28,8 milioni di euro Aziende);

- avvio progettazione interventi Accordo di Programma IV fase, 1° stralcio e relativa ammissione a finanziamento dei progetti;
- ripartizione finanziamenti Accordo di Programma IV fase, 2° stralcio (importo 208 milioni di euro Stato, 11 milioni di euro Regione);
- predisposizione Documento Programmatico relativo all'Accordo di Programma IV fase, 2° stralcio.

Programma Regionale Investimenti in Sanità VI aggiornamento

- ripartizione finanziamenti previsti dalle legge di assestamento del bilancio regionale 2008 e dalla legge finanziaria regionale anno 2009.

Eventuali ulteriori finanziamenti necessari per la realizzazione di interventi tuttora in fase di progettazione dovranno trovare copertura finanziaria qualificata attraverso mutui, alienazioni immobiliari o altri strumenti finanziari previsti dalla normativa vigente in materia di appalti di lavori pubblici.

Attuazione programmi di edilizia sanitaria

Nel corso del 2009 per gli investimenti assume particolare rilievo perseguire l'obiettivo del rispetto dei tempi relativamente a :

- Accordo di Programma integrativo 2007;
- Programma odontoiatria con il completamento della 2° fase;
- Programma odontoiatria con ammissione a finanziamento degli interventi della 3° fase;
- Hospice 2° fase con il completamento degli interventi.

Per l'anno 2009 ulteriore obiettivo è la prosecuzione del processo di acquisizione di una migliore conoscenza del patrimonio immobiliare sanitario regionale allo scopo di ottimizzare l'uso delle risorse finanziarie per la realizzazione dei nuovi interventi (strutture, impianti, apparecchiature ed arredi) e per la manutenzione ordinaria e straordinaria del patrimonio immobiliare stesso.

Prosegue, pertanto, il progetto di raccolta sistematica di indicatori geometrici, funzionali ed economici caratterizzanti, anche sotto il profilo dell'adequazione normativa, le strutture sanitarie.

Le Aziende sanitarie, attraverso i propri Servizi Tecnici, dovranno garantire:

- un contributo alla definizione degli indicatori sopra richiamati;
- il flusso informativo, secondo format predefiniti dal competente Servizio regionale, dei dati necessari allo sviluppo e al completamento del progetto.

1.5 Il quadro degli adempimenti del SSR

Il Patto per la salute 2007-2009 ha confermato in capo alle Regioni tutti gli adempimenti già previsti per l'accesso pieno alle risorse finanziarie annualmente ripartite, stabiliti con l'Intesa 23 marzo 2005 e ulteriormente adeguati con le Leggi finanziarie successive. Pertanto, in caso di mancato adempimento, alla regione viene precluso l'accesso alla quota di finanziamento integrale; a tal fine e a garanzia degli obblighi regionali viene trattenuto a livello centrale il 3% delle risorse annualmente ripartite.

Si riepilogano sinteticamente i principali adempimenti regionali, che vedono coinvolte anche le Aziende sanitarie:

- a) Mantenere la stabilità e l'equilibrio di gestione del Servizio sanitario regionale, tramite misure di governo e contenimento della spesa.
- b) Adempiere alle disposizioni in materia di acquisto di beni e servizi.
- c) Adempiere:
- agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio al Sistema Informativo Sanitario dei modelli CE, SP, CP ed LA;
 - agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12/12/2001.
- d) Adeguarsi alle prescrizioni del patto di stabilità interno.
- e) Mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei L.E.A.
- f) Adottare provvedimenti in base agli indicatori di utilizzo delle strutture sanitarie, che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie con una possibile compatibilità di variazione in incremento non superiore al 5%.
- g) Adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che soddisfino il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse.
- h) Attuare, nel proprio territorio, le adeguate iniziative per il contenimento delle liste d'attesa definendo, sulla base dei reali bisogni e con la collaborazione degli attori del sistema, i percorsi diagnostici più adeguati e gestire correttamente la domanda di prestazioni sanitarie.
- i) Adottare i provvedimenti diretti a prevedere la decadenza automatica dei Direttori Generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie.
- j) Attivare sul proprio territorio il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere nonché la trasmissione telematica al Ministero dell'Economia e delle Finanze di copia dei dati.
- k) Adottare tutti i provvedimenti affinché le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS comunichino immediatamente al Ministero dell'Economia e delle Finanze, in via telematica, i dati relativi ai ricettari consegnati ai loro specialisti.
- l) Ripianare in percentuale il superamento del tetto per la spesa farmaceutica territoriale e integralmente il superamento di quella ospedaliera, attraverso l'adozione di specifiche misure in materia di farmaceutica ed alla predisposizione di piani di contenimento della spesa; in materia è intervenuta la Legge 29 novembre 2007 n. 222.
- m) Garantire il conferimento dei dati all'NSIS nei tempi e nei modi stabiliti.
- n) Adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle aziende sanitarie.
- o) Adottare misure specifiche dirette a prevedere che, ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore Generale delle Aziende Sanitarie, il mancato rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi ricompresi nell'NSIS costituisce grave inadempienza.
- p) Obbligo di trasmettere i dati relativi al flusso informativo sui dispositivi medici.
- q) Obbligo di trasmettere i dati relativi al flusso informativo sui farmaci introdotto con la citata Legge 222/2007.

- r) Adottare provvedimenti che promuovano il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, in linea con quanto definito dall'Intesa 23 marzo 2005.
- s) Assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera.
- t) Promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero, che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione.
- u) Obbligo di costituire gli accantonamenti per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato, ai sensi della Legge 2 dicembre 2005, n. 248.
- v) Contenere la spesa per il personale.
- x) Adottare piani di riorganizzazione della rete laboratoristica, pubblica e privata accreditata.

2. Politiche delle risorse umane per l'anno 2009

Per l'anno 2009 gli obiettivi sulla gestione delle risorse umane degli enti ed aziende del SSR, dovranno orientarsi su alcune direttrici determinate in gran parte dai contenuti del quadro normativo nazionale e regionale 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;
- le disposizioni di legge e contrattuali in materia di trasformazione delle posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato;
- il governo della contrattazione integrativa aziendale.

Allo stato attuale il quadro normativo nazionale di riferimento per la definizione delle politiche delle risorse umane nell'ambito del SSR, risente della non ancora avvenuta stipulazione dell'intesa fra lo Stato e le regioni prevista dall'art. 79 del D.L. n. 112/2008 convertito con modificazioni con la L. n. 133/2008, nell'ambito della quale, ai sensi della lett. b) comma 1-bis, saranno fissati obiettivi di "riduzione delle spese del personale" degli enti del Servizio sanitario nazionale, anche attraverso: 1) la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e conseguente ridimensionamento dei fondi per la contrattazione integrativa; 2) la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del comparto del SSN.

Nelle more di tale intesa, la normativa sulla base della quale articolare gli obiettivi generali per l'esercizio 2009 rimane sostanzialmente quella definita dalla legge finanziaria 2007 (legge n. 296/2006). Essa infatti, in coerenza con gli intenti espressi nel Patto per la salute sottoscritto in data 28 settembre 2006 tra il Governo e le Regioni, aveva delineato un quadro di obiettivi e di vincoli riferiti al triennio 2007/2009, il quale non è stato modificato dalla Legge Finanziaria per il 2008 (L. n. 244 del 2007), né, salvo quanto sopra evidenziato, lo risulta dai disegni di legge collegati alla manovra finanziaria nazionale per il 2009.

Per quanto riguarda **le politiche di gestione degli organici e governo della spesa del personale** rimane pertanto largamente confermato quanto già fissato con la DGR n. 602 del 2008, assumendo quale obiettivo di riferimento del sistema in stretta connessione con il mantenimento dell'equilibrio economico complessivo del SSR - pena il ricadere nell'obbligo di riduzione fino alla concorrenza della spesa del 2004 ridotta dell'1,4% - l'obiettivo di mantenere la spesa complessiva per le risorse umane nel 2008 nel limite della spesa dell'esercizio 2006 (secondo quanto stabilito in sede di Bilancio di previsione per il 2007); ciò al netto delle spese derivanti dai rinnovi contrattuali, secondo quanto previsto dall'art. 1, comma 199, della legge n. 266/2005.

Per "spesa complessiva per le risorse umane" si dovrà intendere l'aggregato di spesa costituito dal costo del personale con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato ed a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile (partite IVA, lavoro interinale, ...), o con convenzioni.

Questo tipo di impostazione nella determinazione dell'aggregato di riferimento è funzionale all'adozione di scelte gestionali rivolte al complesso della forza lavoro aziendale ed al perseguimento di politiche di stabilizzazione coerenti con gli obiettivi di spesa.

La fissazione dell'obiettivo per ciascuna Azienda coerentemente con l'obiettivo di sistema del mantenimento della spesa dall'esercizio 2006 all'esercizio 2009, tenendo conto dei trend di cessazione del personale e delle risultanze di spesa per le Aziende che nell'esercizio 2008 si siano potute avvalere della medesima opportunità fissata al successivo punto 1., consentirà il perseguimento delle seguenti politiche di gestione degli organici:

- a) Copertura del turn-over nel limite massimo del 50% della spesa corrispondente al personale cessato ed in coerenza con l'obiettivo di bilancio fissato all'azienda;
- b) Utilizzo delle risorse derivanti dai risparmi connessi alla parziale non copertura del turn-over, per il sostegno alle politiche stabilizzazione in rapporti di lavoro a tempo indeterminato delle posizioni già ricoperte da personale precario occupato in attività istituzionali, secondo quanto previsto dai protocolli e direttive regionali.

In relazione al non derogabile obiettivo di sistema di assicurare l'equilibrio economico le singole Aziende articoleranno gli obiettivi sopra richiamati secondo i seguenti criteri:

1. le Aziende che presentano l'equilibrio di bilancio, opereranno nell'ambito della spesa per risorse umane, individuando autonomamente lo specifico obiettivo, anche in deroga con quanto previsto al punto a), ferma restando la stretta e necessaria coerenza con il richiamato obiettivo del pareggio e con l'attuazione di quanto previsto al punto b). In caso di verifica infrannuale negativa rispetto al perseguimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio l'azienda sarà tenuta ad adottare le misure di cui al punto 2;
2. le restanti Aziende che raggiungono l'equilibrio di bilancio in virtù di risorse aggiuntive regionali, definiranno lo specifico obiettivo nel limite massimo di quanto previsto dal punto a), secondo una modulazione nella copertura del turn-over che, ferma restando l'attuazione di quanto previsto al punto b), garantisca il raggiungimento dell'obiettivo complessivo di bilancio aziendale fissato dalla Regione. In caso di verifica infrannuale negativa rispetto al perseguimento dell'obiettivo di bilancio l'Azienda sarà tenuta ad adottare ulteriori misure di contenimento della spesa per risorse umane, ivi compreso il blocco del turn-over e dell'attivazione di nuovi rapporti di lavoro autonomo;
3. ogni Azienda dovrà inoltre procedere, fatte salve le misure legate ai processi di stabilizzazione del lavoro precario, alla corrispondente riduzione dei contratti di lavoro autonomo stipulati ai sensi del comma 6 dell'art. 7 del D.Lgs. n. 165 del 2001 e s.m.i. e della relativa spesa. Tale riduzione di spesa non potrà in ogni caso risultare inferiore ad una percentuale della spesa prevista per l'anno 2008, che sarà definita a seguito del processo di concertazione.

Le politiche per la trasformazione delle posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato, dovranno essere perseguite predisponendo tempestivamente, ove non ancora provveduto, i piani pluriennali previsti dagli indirizzi regionali contenuti nei protocolli già sottoscritti con le OO.SS. (personale del comparto: protocollo regionale del 4 maggio 2007, trasmesso alle Aziende con nota PG 168512 del 25 giugno 2007; personale delle aree della dirigenza: protocolli del 30 luglio 2007, trasmessi con nota PG 209145 dell'8 agosto 2007) - oltre a quelli sottoscritti a seguito delle integrazioni di cui alla Finanziaria 2008 - e dandovi attuazione sulla base di tempi certi, che ne consentano il completamento non oltre l'anno 2010 secondo quanto definito nei rispettivi piani per le stabilizzazioni.

In stretta coerenza con l'attuazione delle suddette politiche ed in ottemperanza alle indicazioni costantemente impartite dalla programmazione regionale negli ultimi anni e dirette a favorire il ricorso agli istituti propri del lavoro subordinato per il reperimento e l'impiego delle professionalità necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali, con il conseguente contenimento del ricorso a contratti di collaborazione professionale, ovvero ad altre forme di esternalizzazione di servizi, le Aziende dovranno:

- ridurre l'utilizzo dei contratti di lavoro precari in modo corrispondente rispetto alle stabilizzazioni operate;
- limitare fortemente la nuova attivazione di forme di lavoro flessibile, ricorrendovi esclusivamente per le finalità e secondo le modalità previste dall'art. 7, comma 6 coerentemente con le direttive regionali di cui alla DGR n. 556/2008, e dall'art. 36 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i, e comunque secondo criteri di utilizzo delle risorse tali da non ostacolare le prioritarie politiche di stabilizzazione. Le Aziende, al fine di consentire su tale materia lo svolgimento dell'attività di vigilanza e verifica da parte della Regione, sono tenute a trasmettere al competente Servizio della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e secondo le modalità tecniche dallo stesso Servizio definite, attraverso la compilazione di appositi modelli di rilevazione, periodiche informazioni riguardanti l'attivazione dei rapporti di lavoro autonomo ai sensi del suddetto art. 7, comma 6;
- assumere come prioritario, al fine di ridurre il ricorso a forme improprie di rapporti di lavoro precari, l'utilizzo per lo svolgimento dell'attività di specialistica ambulatoriale o delle altre aree professionali degli strumenti contrattuali previsti dall'ACN del 23 marzo 2005, anche provvedendo, secondo il principio dell'invarianza della spesa già erogata per le medesime finalità prestazionali, alla graduale sostituzione dei rapporti non conformi con quelli previsti dal citato ACN;
- limitare il ricorso ad altre forme di esternalizzazione di servizi per lo svolgimento di attività istituzionali connesse all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e ricorrendovi comunque nel rigoroso rispetto della disciplina legislativa vigente, con particolare riguardo alle disposizioni che individuano quali necessari elementi distintivi del contratto di appalto rispetto alla somministrazione di lavoro: a) l'organizzazione dei mezzi necessari da parte dell'appaltatore; b) l'esercizio da parte del medesimo del potere organizzativo e direttivo nei confronti dei lavoratori utilizzati nell'appalto; c) l'assunzione da parte dell'appaltatore del rischio d'impresa. Ne consegue che la ricerca di lavoratori, da utilizzare sotto la direzione ed il controllo della struttura aziendale, al fine di integrare il personale esistente in organico potrà essere realizzata, ove non si reputi possibile od opportuno il ricorso agli istituti contrattuali propri del lavoro subordinato, esclusivamente tramite la somministrazione di lavoro a tempo determinato, secondo la disciplina di tale forma di prestazione lavorativa.

L'illegittimo ricorso all'utilizzo del lavoro flessibile e delle esternalizzazioni di servizi da parte delle Aziende del SSR, si configura quale violazione di legge ai sensi e per gli effetti dell'art. 3-bis, comma 7 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. relativamente ai casi di risoluzione del rapporto di lavoro dei Direttori Generali.

Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, le Aziende dovranno proseguire nell'attuazione delle linee generali di indirizzo regionale di cui alle DGR n. 30 del 2004, n. 1113 del 2006 e n. 1134 del 2006, nonché di quelle che saranno emanate in attuazione dei CCNL per il quadriennio 2006-2009. Particolare attenzione dovrà inoltre essere assicurata ai seguenti obiettivi:

- Tempestività e concentrazione delle fasi di contrattazione aziendale, previa definizione degli obiettivi aziendali da perseguire tramite gli strumenti contrattuali e delle relative risorse disponibili nell'ambito dei fondi contrattuali. A tale riguardo, con particolare riferimento alle Aree della dirigenza, dovranno altresì essere attuati gli obblighi informativi fissati dai CCNL nei confronti della Regione relativamente alla consistenza dei fondi contrattuali;
- Puntuale evidenziazione, anche ai fini delle necessarie verifiche regionali, dei costi derivanti dalla sottoscrizione dei contratti integrativi aziendali;
- Contenimento degli incrementi dei fondi contrattuali a seguito degli incrementi degli organici, da operarsi esclusivamente nei casi e secondo le modalità stabilite nelle linee di indirizzo regionali;
- Definizione dei percorsi di carriera giuridica ed economica del personale dirigente e del comparto, strettamente connessi a sistemi di valutazione della produttività, delle competenze e dei risultati raggiunti, superando logiche di automatismo e riconoscimento generalizzato e non selettivo.

Nel corso del 2009, secondo le tempistiche fissate dalla competente struttura regionale, dovrà essere proseguita l'alimentazione della banca dati del personale del SSR, tenuto conto che le informazioni in essa contenute rappresentano il punto di riferimento per ogni verifica e valutazione regionale in merito alla quantità, alla qualità ed ai costi degli organici aziendali. Le Aziende dovranno altresì garantire eventuali ulteriori flussi informativi necessari all'attività di coordinamento delle politiche del personale del SSR da parte della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.

Libera Professione Intramoenia

Per l'anno 2009 le Aziende dovranno procedere all'attuazione dei Piani aziendali approvati dalla Regione con DGR n. 883/2008 e già operativi a seguito del silenzio-assenso (art. 1, comma 6 della L. n. 120/2007) del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, applicando le misure in essi previste.

Per quanto riguarda il tema della c.d. intramoenia allargata, ed in relazione alla proroga al 31 gennaio 2010 prevista dall'art. 1-bis del D.L. n. 154/2008 convertito con modificazioni con la L. n. 189/2008, le Aziende fino a tale data potranno mantenere, secondo quanto già previsto con la DGR n. 200/2008 (punto 8. del dispositivo), le autorizzazioni in essere all'attività intramoenia in studi privati, ma non potranno rilasciarne di nuove.

A seguito dell'entrata in vigore della sopra citata L. n. 189/2008 sarà altresì prevista la riapertura dei termini scaduti al 30/11/2008 per l'opzione fra i due regimi di disciplina della libera professione.

3. Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

Premessa

La spesa territoriale delle regioni, comprensiva dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, della distribuzione diretta di medicinali di classe "A", inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, non superando per l'anno 2008 presumibilmente il tetto del 14% del finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale, non beneficerà nel 2009 di ripiani da parte dell'Industria farmaceutica e della filiera della distribuzione.

La spesa ospedaliera nel 2009 non deve confrontarsi con un tetto specifico; l'eventuale incremento è recuperato interamente a carico delle regioni attraverso misure di contenimento di voci del Servizio Sanitario Regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale.

3.1 Assistenza farmaceutica ospedaliera

La spesa farmaceutica ospedaliera 2008 è di circa 366 milioni di euro, con un incremento dell' 11% rispetto all'anno precedente, attribuibile in gran parte a prescrizioni di farmaci specialistici usati internamente alle strutture ospedaliere o forniti a pazienti cronici presi in carico dalle Aziende.

Le categorie di farmaci che hanno avuto il maggiore incremento di spesa e ai quali devono essere rivolti gli obiettivi 2009 per un uso appropriato delle risorse sono: ANTINEOPLASTICI, IMMUNOMODULATORI, ANTIRETROVIRALI, EMATOLOGICI, BIOLOGICI derivanti da anticorpi monoclonali prescritti da diversi specialisti.

Particolarmente critica risulta la spesa per farmaci cosiddetti innovativi.

Altra categoria di farmaci a cui dovrà essere prestata particolare attenzione sul versante dell'appropriatezza d'uso è rappresentata dagli antibiotici sistemici. A supporto di questo obiettivo sarà messo a disposizione un rapporto sui consumi osservati negli ultimi anni nella realtà regionale.

I flussi regionali (AFO) Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e (FED) Flusso Erogazione Diretta, unitamente ai dati del monitoraggio periodico sull'andamento della spesa farmaceutica forniti dal Servizio Politica del Farmaco, permettono un raffronto di consumi e spesa tra le Aziende sanitarie e costituiscono uno stimolo per le azioni di miglioramento nelle singole realtà locali.

L'analisi dell'andamento dei consumi delle diverse categorie e/o di singoli farmaci evidenzia la necessità di interventi regionali che, in alcune aree, saranno effettuati in collaborazione con la Commissione regionale del farmaco. Tali interventi tuttavia potranno garantire il contenimento della spesa solo se sostenuti da un forte impegno dei clinici che effettuano la diagnosi e la cura negli ambiti di assistenza; il loro ruolo è imprescindibile per la realizzazione di un efficace governo dell'uso dei farmaci. Da parte delle Aziende sanitarie vanno pertanto individuati, condivisi e assegnati a Dipartimenti e Unità Operative specifici obiettivi in funzione delle singole situazioni dettagliatamente analizzate, prevedendo apporti concreti e misurabili da parte dei professionisti.

Allo scopo è richiesta la strutturazione di una *MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ* delle diverse azioni che compongono il processo per la gestione del budget farmaceutico.

Linee di indirizzo per obiettivi che dovranno trovare applicazione nelle Aziende:

A. Appropriatelyzza d'uso nella prescrizione di farmaci specialistici da parte di Centri autorizzati e monitoraggio economico

Si ribadisce l'obiettivo dell'applicazione integrale e coerente del sistema regionale, che si avvale della rete dei Centri autorizzati alla prescrizione di farmaci specialistici, per la garanzia di appropriatezza nell'uso ed il loro monitoraggio economico. Non appare infatti ancora pienamente realizzata, a distanza di oltre dieci anni, una puntuale coerenza tra protocolli e prescrizioni.

Gli specialisti appartenenti ai centri, che vengono designati come tali in funzione di specifiche prerogative di conoscenza, competenza e soprattutto di una migliore capacità critica di valutazione delle offerte terapeutiche disponibili, sono tenuti a stilare protocolli e piani terapeutici e ad effettuare usi in conformità alle migliori evidenze scientifiche e trasferibilità nella pratica clinica, agli indirizzi della Commissione regionale del farmaco nonché delle Commissioni provinciali, che ne integrano le modalità di utilizzo nell'ambito locale.

Il sistema di governo clinico locale ha il compito di stimolare e contribuire a periodici *audit multidisciplinari*, volti a verificare la congruità degli usi dei farmaci nell'ambito delle Unità Operative e dei Dipartimenti. Detti incontri costituiscono momenti di condivisione, di valutazione professionale di competenza, di responsabilizzazione riguardo agli esiti, di collaborazione alla definizione di azioni conseguenti.

Strumenti culturali utili a supporto: schede e Note AIFA come vincolo all'erogazione, schede e raccomandazioni prodotte dalla CRF e dalle CPF; strumenti economici: budget negoziato per Dipartimento e per Unità Operativa, dati di contabilità analitica dei sistemi informativi aziendali, ecc.

B. Uso razionale dei farmaci potenzialmente innovativi

I prodotti di nuova commercializzazione con pretese di forte innovatività, non possono essere prescritti sulla base di burocratici processi registrativi o di ammissione alla rimborsabilità, ma con modalità strutturate nelle quali siano considerate condizioni di impiego, criteri di eleggibilità dei pazienti al trattamento, benefici ottenuti per end-point clinici rilevanti, e monitoraggio ai fini del riesame della posizione del farmaco in terapia.

Sul presupposto che l'innovazione commerciale, *farmacologica* o *tecnica* non è necessariamente reale innovazione terapeutica, l'AIFA ha stabilito un'*ammissione condizionata alla rimborsabilità*. I clinici sono chiamati a partecipare a programmi di monitoraggio AIFA o a studi clinici volti a definire un più preciso ruolo in terapia dei medicinali (es. verifica di benefici aggiuntivi, effettivi ambiti di utilizzo, ecc.) per dimostrare se i risultati attesi siano raggiunti, concorrendo in tal modo ad una trasparente ed oggettiva applicazione del *payment by results* (sistema di riconoscimento della rimborsabilità a fronte di risultati clinici oggettivi).

Tra gli strumenti utili vedasi i CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DEL GRADO DI INNOVAZIONE TERAPEUTICA DEI NUOVI FARMACI, documento approvato dall'AIFA il 10 luglio 2007, peraltro sistematicamente utilizzato anche dalla Commissione Regionale del Farmaco.

Per quanto riguarda il prontuario vincolante regionale, rimane confermata la necessità della massima adesione e del costante monitoraggio.

Nella sperimentazione clinica indipendente, volta a studiare i farmaci potenzialmente innovativi, le risorse del SSR vanno finalizzate, piuttosto che all'efficacia e all'innovatività di singoli farmaci, all'individuazione di strategie terapeutiche, prevedendo anche ricerche di esito e di tipo farmacoepidemiologico.

C. Centralizzazione delle strutture e delle attività dei laboratori per l'allestimento di farmaci antitumorali

L'area dell'onco-ematologia si presenta come particolarmente critica sia per gli aspetti economici legati ai farmaci, sia per il governo delle risorse organizzative. Un ausilio concreto lo si ritrova nel Prov. 5 agosto 1999 emanato dalla Conferenza Stato-Regioni DOCUMENTO DI LINEE GUIDA PER LA SICUREZZA E LA SALUTE DEI LAVORATORI ESPOSTI A CHEMIOTERAPICI ANTITUMORALI IN AMBIENTE SANITARIO la cui piena attuazione non è, di fatto, stata realizzata in tutte le Aziende della regione. Le disomogeneità sono evidenti, così come sono manifeste le ricadute in termini di sicurezza e di economicità laddove si è proceduto, di concerto tra farmacisti e oncologi, alla realizzazione dei laboratori per l'allestimento dei farmaci antitumorali dettagliatamente disciplinati dalla norma citata.

Nell'ambito della rete oncologica regionale la rete delle farmacie oncologiche, nelle quali o sotto la supervisione delle quali devono essere istituite specifiche *UNITÀ FARMACI ANTITUMORALI*, ha lo scopo di garantire una maggior sicurezza per il paziente e per gli operatori, un supporto qualificato e costante per lo specialista, l'ottimizzazione e l'equità di utilizzo delle risorse destinate alle terapie antitumorali.

Il percorso per la strutturazione dei laboratori può seguire le realizzazioni già presenti nella nostra regione e prevede: l'adozione di un programma informatizzato per l'allestimento dei farmaci mediante il quale venga gestito tutto il processo terapeutico, la standardizzazione di criteri tecnici ed organizzativi, il monitoraggio dell'uso dei protocolli definiti e dei nuovi prodotti, modalità per evidenziare le interazioni e le tossicità dei medicinali manipolati.

La centralizzazione, per quanto possibile rispetto alla produzione e utile dal punto di vista logistico-organizzativo, può essere anche di ambito provinciale e di area vasta.

Laddove sia fattibile, con le medesime modalità organizzative, possono essere realizzati allestimenti centralizzati di farmaci biologici, al fine di realizzare significative riduzione degli scarti.

3.2 Assistenza farmaceutica convenzionata

La spesa farmaceutica convenzionata nell'anno 2008 è stata di ca 766 milioni di euro, con un decremento di circa il 3% rispetto all'anno precedente attribuibile per la maggior parte ai farmaci equivalenti di largo impiego immessi sul mercato.

La spesa territoriale per il 2009 ha una previsione di incremento di ca il 3,5%, a meno di interventi centrali di significativo impatto economico.

Linee di indirizzo per obiettivi che dovranno trovare applicazione nelle Aziende:

A. Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto

La prescrizione di farmaci con brevetto scaduto costituisce, specie in carenza di risorse, uno strumento di qualificante contributo alla sostenibilità economica del sistema sanitario nazionale. Per tanto è determinante che le Aziende sanitarie, nelle forme e con gli strumenti ritenuti più idonei individuino interventi specifici ed incisivi affinché la prescrizione del farmaco generico-equivalente diventi prassi condivisa e abituale, a partire dalla dimissione ospedaliera.

In tutte le Aziende della regione vi sono ampi margini per la prescrizione dei farmaci equivalenti: le scelte vanno ragionevolmente orientate nell'ambito della categoria terapeutica del farmaco con brevetto scaduto, effettuando una valutazione costo/beneficio. Allo scopo i Responsabili dei Dipartimenti, delle cure primarie e le Direzioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali hanno il compito di fornire ai clinici con tempestività gli

aggiornamenti periodici dei prodotti equivalenti immessi in commercio, di evidenziare il valore della prescrizione del farmaco con brevetto scaduto, di sensibilizzare i clinici all'interno dei Dipartimenti e i MMG all'interno dei Nuclei, mediante interventi informativi. Hanno inoltre il compito di monitorare e segnalare usi distorti dei farmaci equivalenti quale l'incremento e/o l'uso concomitante dei farmaci equivalenti e degli analoghi di marca più recenti e costosi.

B. Appropriatezza prescrittiva

Per la farmaceutica convenzionata e per l'intero sistema di governo della farmaceutica sono determinanti gli obiettivi che vedono l'impegno dei medici convenzionati e l'attività di Commissioni locali nell'incremento dell'appropriatezza prescrittiva e la corretta prescrizione a seguito di piano terapeutico stilato dallo specialista. Al raggiungimento di tali obiettivi vanno collegati gli istituti contrattuali riferiti alla parte variabile delle competenze, da correlare specificamente al raggiungimento dei risultati prefissati e al rispetto delle norme che regolano la convenzione.

I Responsabili dei Dipartimenti delle cure primarie hanno il compito di stimolare e di contribuire a periodici *audit* clinici collegiali nell'ambito del nucleo di appartenenza, condotti dai responsabili medesimi unitamente al Referente del Nucleo e a farmacisti, volti a verificare la congruità degli usi dei farmaci nell'ambito dei Nuclei. Detti incontri costituiscono momenti di condivisione, di valutazione professionale di competenza, di responsabilizzazione riguardo agli esiti, di collaborazione alla definizione di azioni conseguenti.

Distribuzione diretta

L'acquisto diretto da parte delle Aziende sanitarie, ai sensi della L. 405/2001, declinata nella DGR 539/2002 ha consentito alla Regione Emilia-Romagna, sino ad oggi, il governo della spesa farmaceutica senza imposizione di ticket ai cittadini.

I volumi di distribuzione diretta complessivamente raggiunti nel 2008 per le tre fattispecie previste dalla norma citata si stimano quale obiettivo coerente e necessario anche per il 2009. Detti volumi riguardano: medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente, medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, medicinali prescritti alla dimissione da ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.

Considerato che l'acquisto diretto non è in contrasto con l'obiettivo prioritario di facilitare l'accesso per i pazienti, le Aziende sanitarie svilupperanno la distribuzione tramite le farmacie convenzionate in tutte quelle situazioni nelle quali la distribuzione diretta interna non rappresenta un valore aggiunto in termini assistenziali e/o di facilità di accesso.

Valutato altresì il confronto in corso con le Associazioni delle farmacie territoriali, la Regione Emilia-Romagna si riserva di fornire ulteriori e specifiche indicazioni in merito all'argomento.

Dispositivi Medici (DM)

La Regione, in applicazione alle indicazioni del Ministero della Salute, ha recentemente definito il "Sistema regionale dei Dispositivi Medici" (D.G.R. n.1523 del 29/09/08) al fine di creare un sistema omogeneo, e coerente, monitorare i consumi e la spesa, sviluppare la vigilanza, migliorare l'appropriatezza d'uso dei DM, presso le Aziende sanitarie. Per l'anno 2009, le Aziende sanitarie dovranno inserire nelle anagrafiche delle referenze dei DM

gestiti, la Classificazione Nazionale (CND), trasmettere i dati secondo il tracciato definito dalla regione e allegato alla nota della Direzione generale PG/2008 n.37596 del 3/06/2008. Inoltre entro il 30 settembre 2009 dovranno essere nominate le Commissioni aziendali dei Dispositivi Medici.

4. Politiche d'acquisto di beni e servizi: interventi d'Area Vasta e tramite Intercent-ER

Per quanto riguarda l'adesione alle convenzioni Intercent-ER, nel corso del 2008 tutte le aree vaste raggiungono - e in taluni casi superano ampiamente - l'obiettivo di ampliamento del volume degli acquisti centralizzato, fissato nel 20% della spesa complessiva.

La programmazione degli acquisti centralizzati è già stata effettuata a valere per il biennio 2008 e 2009.

Si ritiene fin da ora di definire quale obiettivo perseguibile per il 2009 il raggiungimento di una percentuale di "committenza" nei confronti di Intercent-ER pari al 25% del complessivo volume di acquisti.

Nel corso del 2009 saranno sviluppati a livello regionale, con il coinvolgimento di un campione di aziende due progetti:

1. il progetto "Carta di approvvigionamento", per valutare l'introduzione di una carta di pagamento da utilizzare per acquisti di beni e servizi di importo limitato (inferiori a 5.000 euro);
2. il progetto "Fatturazione elettronica", rispetto al quale la sanità viene coinvolta nella definizione di un complessivo modello regionale di gestione della fatturazione elettronica.

5. Politiche per l'uso razionale dell'energia e il rispetto ambientale

Si richiamano:

- il Piano energetico regionale approvato con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa 14 novembre 2007, n. 141;
- l'Atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici approvato con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 156 del 25 marzo 2008;

Le Aziende dovranno privilegiare soluzioni progettuali, costruttive e gestionali che siano allineate con il "Protocollo di Kyoto" e la "Dichiarazione di Johannesburg", relativamente alle politiche energetiche ed ambientali, proseguendo nello sviluppo dei progetti previsti dal Programma regionale "Il sistema sanitario regionale per uno sviluppo sostenibile":

- Qualificazione dei consumi energetici ed innovazione tecnologica nelle aziende sanitarie;
- Miglioramento continuo del processo di gestione ambientale in particolare in materia di trattamento dei rifiuti sanitari con riduzione delle quantità prodotte.

Nel corso del 2009 in tema di politiche energetiche per le Aziende dovrà assumere particolare rilievo il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- gara regionale, tramite l'Agenzia Regionale Intercent-ER, per la fornitura di energia elettrica;
- proseguimento con iniziative informative/formative della campagna di sensibilizzazione, informazione ed orientamento rivolta agli operatori delle Aziende sanitarie per l'uso razionale dell'energia;
- monitoraggio quali/quantitativo sull'uso dell'energia elettrica e termica;
- preferenza alla produzione/utilizzo di energia, compatibilmente con la fattibilità tecnico-economica, da fonti rinnovabili, cogenerazione/trigenerazione o sistemi tecnologici innovativi;
- applicazione dell'atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici (DGR 1730/2007).

Per le politiche ambientali gli obiettivi da perseguire nel corso del 2009 sono i seguenti:

- continuare le iniziative finalizzate al miglioramento della gestione ambientale con particolare riferimento alla produzione di rifiuti pericolosi;
- redazione o aggiornamento del piano della mobilità aziendale.

Le Aziende inoltre dovranno:

- garantire, nei tempi previsti, le risposte alle richieste regionali di dati relativi alla gestione ambientale;
- rendicontare nel Bilancio di Missione l'impegno aziendale per le politiche per l'uso razionale dell'energia e il rispetto ambientale.

6. Sanità Pubblica

Nel corso del 2009 le Aziende sono tenute a perseguire gli obiettivi di seguito riportati, per specifico ambito.

6.1 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie

a. Sistemi di sorveglianza

- assicurare la partecipazione all'aggiornamento del sistema informativo delle malattie infettive, anche attraverso l'implementazione del programma informatico in corso di sperimentazione a livello nazionale.
- assicurare la sorveglianza delle malattie infettive e gli interventi di controllo conseguenti, anche attraverso adeguate modalità organizzative per far fronte a situazioni di emergenza, come previsto dall'allegato 1 alla DGR n. 1095/2007, e per garantire la realizzazione delle attività di competenza aziendale nell'ambito dei piani di risposta ad emergenze infettive.

In particolare, garantire:

- i. la piena partecipazione di ciascuna Azienda al sistema regionale di segnalazione rapida di eventi epidemici e di eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale, attraverso un'attenta valutazione della operatività dei modelli definiti in ciascuna realtà locale per assicurare l'integrazione delle attività di sorveglianza e controllo tra strutture sanitarie ospedaliere e territorio;
 - ii. la partecipazione ai sistemi di sorveglianza regionali basati sui dati di laboratorio (antibiotico-resistenza, malattie invasive batteriche);
- partecipare al sistema regionale di sorveglianza sulle nuove diagnosi di positività da HIV.

b. Preparazione emergenze

Con riferimento al Piano regionale per la Pandemia influenzale e al programma regionale elaborato nell'ambito del Progetto "Interfaccia CCM-Regioni", è necessario dar corso alle soluzioni organizzative ed alle azioni in essi previste e per le quali le Aziende Usl hanno ricevuto apposito finanziamento regionale.

c. Programmi di controllo specifici

c.1) malattie trasmesse da vettori (in particolare Chikungunya, Dengue e West Nile Disease)

Assicurare la sorveglianza e il controllo delle malattie trasmesse da *Aedes albopictus* (Chikungunya e Dengue), e *Culex* (West Nile Disease), attraverso:

- sorveglianza sanitaria e controllo della trasmissione delle malattie, secondo quanto contenuto nelle specifiche direttive regionali;
- supporto alle attività di sorveglianza entomologica e lotta all'insetto vettore, secondo quanto contenuto nelle specifiche direttive regionali;
- partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza delle zoonosi, con particolare riferimento alla leishmaniosi.

c.2) legionellosi

- assicurare l'implementazione delle linee guida regionali sulla legionellosi.

c.3) TBC

- assicurare l'implementazione delle nuove linee guida nazionali sulla tubercolosi.

c.4) Infezioni trasmesse per via parenterale

- attivare, a livello di Area Vasta, i corsi di formazione rivolti ai tatuatori e piercer, come previsto dalla DGR 465/2007.

d. Vaccinazioni

- **Sviluppare le anagrafi vaccinali**, secondo le indicazioni fornite al fine di assicurare maggiore omogeneità e tempestività nella raccolta dei dati.
- **Mantenere e consolidare i livelli di copertura raggiunti per tutte le vaccinazioni previste dal calendario regionale**, con una particolare attenzione ai gruppi svantaggiati ed alla riduzione delle disuguaglianze.
- **Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita**: Come previsto anche nel "WHO European Region strategic plan 2005-2010" che pone l'obiettivo di eliminare il morbillo e la rosolia congenita entro il 2010, permane l'impegno a raggiungere una copertura >95% con la vaccinazione MPR sia con la prima dose al 24° mese, sia con la seconda dose a 5-6 anni, entrambe necessarie per eliminare il morbillo. Occorre inoltre aumentare gli sforzi e i progetti per vaccinare contro la rosolia le donne in età fertile, affinché il numero delle donne ancora suscettibili per la rosolia in questa fascia di età sia contenuto al di sotto del 5%, obiettivo necessario per prevenire la rosolia congenita. (Ricordiamo che, durante la recente epidemia di morbillo e di rosolia che ha interessato anche la nostra regione, la maggior parte dei casi di rosolia, 452 su 490, si è concentrata nella fascia di età dei giovani adulti e quindi nell'età fertile e abbiamo dovuto prendere atto di tre casi di rosolia in gravidanza). Anche in questi casi occorre prestare grande attenzione a raggiungere le persone svantaggiate, in particolare le donne straniere.
- **Campagna vaccinazione contro l'HPV**: nel corso del 2009 dovranno essere chiamate attivamente le ragazze nate nel 1998 oltre a completare, nelle Aziende che ancora non l'hanno fatto, la chiamata delle nate nel 1997. Deve inoltre essere garantita la gratuità alle ragazze del 1996 e la possibilità di accedere agli ambulatori del SSR con pagamento di un prezzo agevolato alle giovani nate dal 1995 al 1991. Si ricorda che l'obiettivo nazionale è raggiungere una copertura >95%, con tre dosi di vaccino, entro i cinque anni dall'inizio del programma di vaccinazione. Alla luce dei risultati preliminari, si raccomanda un maggior impegno per informare le famiglie e i MMG, e nel contempo per monitorare eventuali reazioni avverse al vaccino.
- **Vaccinazione antivaricella**: nel 2009 inizierà l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro la varicella agli adolescenti suscettibili. Si coglierà l'occasione del richiamo difterite-tetano e vaccinazione anti-meningococco C in età adolescenziale, per offrire tale vaccinazione a coloro che non hanno memoria di aver contratto la malattia.
- **Vaccinazione anti meningococco C negli adolescenti**: mentre le coperture nei primi due anni di vita sono più che soddisfacenti, a 16 anni la vaccinazione contro il meningococco C si attesta su valori del 66-68%. Occorre aumentare l'impegno per raggiungere questa fascia di età e aumentare le coperture vaccinali, anche in previsione dell'anticipazione delle vaccinazioni attualmente eseguite nel sedicesimo anno a 14 anni a partire dal 2010: nel corso del 2009 e del 2010 occorrerà pertanto attuare un piano speciale di recupero delle coorti 1994 e 1995.

- **Vaccinazione antiinfluenzale delle categorie a rischio:** permane l'obiettivo di vaccinare oltre il 75% della popolazione al di sopra dei 65 anni di età, ma vanno intensificati gli sforzi per aumentare la copertura vaccinale nei soggetti a maggior rischio di complicanze per patologia come previsto nella circolare regionale.
- **Vaccinazioni del personale sanitario e di assistenza:** occorre promuovere maggiormente le vaccinazioni del personale di assistenza nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali e migliorare l'adesione ai programmi vaccinali di questo personale, attraverso apposite iniziative che coinvolgano anche i Medici competenti.
- **Formazione** del personale sul miglioramento della qualità delle vaccinazioni e della sorveglianza delle malattie infettive

6.2 Sicurezza sul lavoro

Il tema della sicurezza sul lavoro è stato portato all'attenzione generale dai drammatici episodi avvenuti negli ultimi anni che hanno accelerato interventi normativi già in corso di elaborazione: il DPCM 17 dicembre 2007, che ha reso esecutivo l'accordo sottoscritto dal Governo e dalle Regioni il 1° Agosto 2007 concernente il "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro", il DPCM 21 dicembre 2007 di istituzione dei Comitati regionali di coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza e il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 che riordina in un unico testo normativo tutta la complessa materia relativa alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.

Le norme di recente emanazione confermano che la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori è una specifica competenza del Servizio Sanitario Nazionale, secondo l'impostazione della legge 833/78. Le Regioni e le Province autonome, in attuazione delle norme vigenti, devono promuovere modalità innovative di lavoro, sperimentando forme strutturate di collaborazione con le altre Amministrazioni pubbliche competenti in materia e adeguare, migliorandola, la qualità degli interventi di prevenzione sia come metodologia di intervento, sia come copertura quantitativa. Pertanto gli obiettivi per l'anno 2009 consistono in:

- a. **garantire le attività di vigilanza ed assistenza** finalizzate alla riduzione degli infortuni sul lavoro, assicurando il raggiungimento degli obiettivi fissati dal DPCM 17 dicembre 2007. Le Regioni e le Province autonome hanno modificato il precedente target di riferimento dell'attività di ispezione che si riferiva a tutte le aziende presenti nell'anagrafe ISTAT, ritenendo più congruo, rispetto al campo di applicazione della normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, utilizzare le posizioni assicurative territoriali elaborate dall'INAIL e riferite alle aziende che occupano almeno un dipendente o un socio lavoratore, indipendentemente dalla tipologia di rapporto di lavoro. Questa scelta ha determinato una sensibile riduzione della numerosità del denominatore utilizzato storicamente per misurare l'attività. In ragione di questa scelta si è reso necessario ricalcolare l'obiettivo 2009 secondo i nuovi parametri, peraltro ancora oggetto di ulteriore revisione. Si ritiene pertanto congruo e coerente con le indicazioni del DPCM 17 dicembre 2007, un obiettivo minimo di copertura dell'attività di vigilanza per l'anno 2009 pari al 9%, delle aziende, utilizzando al denominatore della frazione il numero di aziende - aventi le caratteristiche sopraindicate - che verrà fornito dal Sistema informativo nazionale per la

prevenzione nei luoghi di lavoro (art. 8 D.Lgs 81/08). Si prevede fin d'ora che tale parametro potrà essere portato, per l'anno 2010, al 10%.

- b. **garantire le attività previste dal Piano regionale edilizia 2009 – 2011**, in attuazione del relativo Piano nazionale, ai sensi del DPCM 17 dicembre 2007. L'attività di vigilanza prevista è da ricomprendersi nell'ambito delle attività di cui al punto precedente.
- c. **istituire e garantire il funzionamento degli Organismi provinciali** – Sezioni permanenti, nonché garantire le opportune collaborazioni con le Conferenze territoriali socio-sanitarie nell'ambito di attività volte a specifici piani e programmi di promozione della salute e della sicurezza dei lavoratori, così come previsto dalla DGR 963 del 23 giugno 2008.
- d. **assicurare almeno il mantenimento dei livelli di attività preesistenti delle Unità Operative Impiantistiche Antinfortunistiche**, indirizzando l'attività stessa verso i settori a maggior rischio infortunistico e garantendo le azioni necessarie alla realizzazione degli interventi relativi al Piano regionale edilizia 2009 – 2011.
- e. **garantire le attività previste nell'ambito del piano regionale Grandi opere**, assicurando mantenimento del livello di presidio attuale sulle infrastrutture in corso di realizzazione e l'avvio delle attività sulle nuove (lavori per il raddoppio della linea ferroviaria Pontremolese e la realizzazione della 3° corsia autostradale Rimini - Pesaro).

Al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi sopra declinati in relazione alle attività di vigilanza, le Aziende Usl dovranno presentare, entro il 31 maggio 2009, per una specifica valutazione da parte della Regione, un'integrazione al programma già predisposto, che assuma come vincoli gli obiettivi sopra riportati per il 2009 e ne declini modalità operative, tempi e misure organizzative necessarie.

- f. Inoltre, considerato che **la sicurezza nelle strutture sanitarie** continua ad essere un tema centrale ai fini del mantenimento dei complessivi livelli di qualità del Servizio Sanitario Regionale, occorrerà:
 - assicurare il controllo delle strutture sanitarie pubbliche e private esistenti, finalizzato alla tutela della salute e della sicurezza dei pazienti e dei lavoratori;
 - garantire il rispetto delle procedure e dei tempi previsti dalla normativa e dalla programmazione regionale per il rilascio delle autorizzazioni alle strutture sanitarie pubbliche e private ed ai professionisti del territorio di competenza di ciascuna Azienda Unità sanitaria locale;
 - assicurare l'attività di competenza in ordine all'aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie autorizzate.

6.3 Programmi di screening oncologici

- a. dovrà essere garantito 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;
- b. dovrà essere garantita la ***gestione dei flussi informativi*** sia a livello regionale che all'Osservatorio Nazionale Screening mediante gli strumenti informativi disponibili, per le necessarie valutazioni del programma regionale e dei programmi aziendali attraverso gli indicatori dati;
- c. dovrà essere curata la ***continuità e l'integrazione multidisciplinare dei percorsi diagnostico-terapeutici*** conseguenti alla positività del test di screening, e dovrà essere attentamente monitorato l'andamento dei tempi intercorrenti fra le diverse fasi del percorso diagnostico-terapeutico, al fine di raggiungere gli "standard desiderabili" definiti a livello regionale;
- d. dovrà essere garantita la ***partecipazione alle iniziative di controllo di qualità***, adottando le eventuali misure correttive necessarie delle criticità evidenziate;
- e. per quanto riguarda i tumori colon-rettali, dovranno essere garantiti gli ***interventi sulla familiarità***;
- f. dovrà essere assicurata la gestione dei ***registri tumori di popolazione*** attivati e la loro realizzazione nelle aree prive di registri tumori generali, la partecipazione ai progetti valutativi definiti a livello regionale, nonché l'attivazione del registro specializzato dei tumori in età pediatrica.

6.4 Programmi di promozione della salute. Piano Regionale della Prevenzione

a. Sviluppo dell'epidemiologia per la sanità pubblica

Nel 2009 verrà sviluppato un programma di rafforzamento delle capacità epidemiologiche delle strutture di sanità pubblica, sia a livello di Area Vasta sia a livello aziendale. I DSP dovranno partecipare alla fase di elaborazione del progetto e alle sue fasi realizzative, continuando nel frattempo a supportare l'attività delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie e dei Comitati di Distretto, come previsto dal sistema di governance in attuazione del Piano sociale e sanitario regionale.

b. Sistema di sorveglianza sui comportamenti riferiti

Dovranno essere garantite le attività riguardanti il sistema di sorveglianza PASSI, ormai a regime, e, in collaborazione con i Servizi sociali, la partecipazione alla fase sperimentale del sistema PASSI d'argento, riguardante le persone di età superiore ai 65 anni.

c. Supporto ai programmi di promozione di stili di vita sani

Con riferimento al ruolo che i DSP hanno nello sviluppo di programmi di promozione della salute, andranno rafforzate le azioni di coordinamento dei diversi interventi creando sinergie tra i diversi progetti; inoltre dovranno essere assicurati il monitoraggio e la verifica dell'efficacia degli interventi realizzati, nonché la partecipazione al progetto di valutazione dell'uso del DVD "Paesaggi di prevenzione" in ambito scolastico.

d. Prevenzione degli incidenti domestici

- dovrà essere assicurato, per i progetti attivi nei rispettivi territori, il coordinamento delle azioni che coinvolgono diverse strutture aziendali ed il collegamento con il terzo settore ed i servizi educativi;
- dovrà essere completato, nelle realtà campione, il primo round del progetto di prevenzione indirizzato ai nuovi nati legato al percorso vaccinale (P2) e valutate le modalità di prosecuzione dello stesso;
- dovrà essere assicurata, nelle realtà campione, l'effettuazione di tutti gli accessi domiciliari previsti dal progetto di riduzione del rischio di caduta dell'anziano fragile (P1);
- dovrà essere garantita l'effettuazione degli interventi concordati con i servizi educativi (P4);
- dovranno essere definite ed effettuate a livello territoriale gli interventi di formazione dei volontari ed il numero di iniziative di presentazione del progetto (P3-P5);
- dovrà diventare operativo l'inserimento dei PS di Fidenza e di Bologna nella rete di sorveglianza nazionale SINIACA (S2).

e. Prevenzione degli incidenti stradali

- Miglioramento del sistema di raccolta dei dati sanitari relativi alle persone coinvolte in incidenti del traffico secondo il progetto Ministeriale.
- Sviluppo presso almeno una realtà territoriale per AUSL dell'intervento di promozione dell'utilizzo dei dispositivi dei bambini/ragazzi studiato e modellizzato con l'Obiettivo di Prevenzione B del Piano Regionale Incidenti Stradali 2006-2008.
- Adozione del Protocollo d'intesa tra AUSL e FF.OO. studiato dall'Ausl di Cesena, per regolamentare i rapporti tra dipartimenti dell'AUSL e FF.OO.
- Formazione del personale sulle Linee Guida relative alla valutazione della sicurezza stradale in ogni Progetto di Pianificazione Territoriale messo a punto per l'Obiettivo di Prevenzione F del Piano Regionale Incidenti Stradali 2006-2008.

f. Promozione dell'attività fisica

- Consolidamento del ruolo, nell'ambito dei Dipartimenti di Sanità pubblica, dei Servizi di Medicina dello sport e promozione dell'attività fisica, per svilupparne l'attività a supporto dei programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e nei gruppi a rischio, nonché per attivare programmi sperimentali di prescrizione dell'attività motoria nelle realtà territoriali coinvolte dallo specifico programma regionale in materia;
- Individuazione del Referente aziendale della promozione della attività fisica.
- Formazione di un gruppo di lavoro aziendale sulle metodologie di Promozione della Salute.
- Censimento degli interventi esistenti sul territorio provinciale utilizzando le schede di censimento studiate dal Progetto CCM-RER "Promozione della attività fisica – Azioni per una vita in salute".
- Sviluppo presso almeno una realtà territoriale per AUSL dell'intervento di promozione dell'attività fisica nei bambini denominato "Pedibus" (o incremento del numero di Pedibus esistenti) studiato e modellizzato dal Progetto CCM-RER "Promozione dell'attività fisica – Azioni per una vita in salute".

- Sviluppo presso almeno una realtà territoriale per AUSL dell'intervento di promozione dell'attività fisica negli anziani denominato "Gruppi di Cammino" (o incremento del numero di Gruppi di Cammino esistenti) studiato e modellizzato dal Progetto CCM-RER "Promozione della attività fisica – Azioni per una vita in salute".

g. Prevenzione cardiovascolare

Il Piano regionale della prevenzione ha tra i propri ambiti di intervento la prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria.

Nell'ambito della prevenzione primaria gli obiettivi sono:

- consolidare il Progetto per la riduzione del rischio cardiovascolare attraverso la diffusione e applicazione della carta del rischio cardiovascolare agli assistiti in carico ai Medici di Medicina Generale (MMG) di età compresa fra 35-69 ;
- attivare, in specifiche situazioni in cui questi programmi sono già stati avviati, progetti di "prescrizione e somministrazione" dell'attività fisica a persone che presentano fattori di rischio o sono affette da condizioni patologiche sensibili all'esercizio fisico.

Nell'ambito della prevenzione secondaria, mirata alla prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto incidenti cardiovascolari, occorrerà:

- mettere a regime percorsi integrati e facilitati ospedale-territorio attraverso una lettera di dimissione condivisa con le strutture ospedaliere e i Dipartimenti di Cure Primarie;
- sperimentare in alcune realtà, anche in questo campo, la prescrizione dell'attività fisica con indicazioni riguardanti la scelta del tipo di esercizio e le sua intensità

h. Altri programmi

Piano Ambiente Costruito

- Contributo alla sperimentazione e messa a punto definitiva delle Linee Guida previste all'Obiettivo A e B del Piano regionale Ambiente Costruito 2006-2008.
- Formazione del personale sulle Linee Guida di cui sopra.
- Contributo alla stesura delle Linee Guida previste all'Obiettivo C del Piano regionale Ambiente Costruito 2006-2008.

6.5 Sanità Pubblica Veterinaria

Il presente documento riguarda l'attività svolta dalle Aree dipartimentali di Sanità Pubblica Veterinaria e dai Servizi igiene alimenti e nutrizione dei Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Emilia-Romagna.

Gli obiettivi 2009 ricalcano sostanzialmente quelli del 2008. Sono stati aggiunti indicatori per il controllo dei selvatici, dei cani con aggressività non controllata, della qualità dei campioni conferiti al laboratorio, dell'attività svolta a favore dei malati di celiachia e dell'organizzazione del personale.

Nei mesi di novembre e dicembre il documento con il dettaglio degli obiettivi è stato discusso e condiviso con i responsabili dei Servizi interessati e i Direttori dei DSP in sede di Conferenza Regione-AUSL sulla sicurezza alimentare. Questo al fine di fornire indicazioni in tempo utile per le consultazioni aziendali di budget 2009.

Gli obiettivi riportati nel seguente documento devono intendersi unicamente come gli argomenti su cui si intende prestare particolare attenzione nell'anno 2009. Resta inteso che i Servizi igiene alimenti e nutrizione e veterinario sono tenuti a svolgere tutte le attività previste dalle normative vigenti e dai piani nazionali e regionali approvati.

Inoltre si ritiene doveroso ricordare che la pianificazione delle attività aziendali può comprendere anche la realizzazione di programmi finalizzati alle esigenze territoriali. Al riguardo va tenuto presente che le emergenze sanitarie sono ormai una variabile costante, anche se non quantificabile e prevedibile e che la corretta gestione delle emergenze non consente di ridurre l'entità delle attività da svolgere per la realizzazione dei piani nazionali e regionali.

E' necessario quindi pianificare le attività aziendali non riconducibili alla attuazione di normative cogenti o di piani regionali, quantificandone la realizzazione e attribuendo diversi livelli di priorità in modo da consentire la corretta gestione dell'emergenza tramite una riprogrammazione in corso d'anno.

Infine si fa presente che il numero di prestazioni erogate in un anno rappresenta una variabile e non un valore costante. Infatti dipende dalla categorizzazione del rischio e dalle indicazioni fornite dalle linee guida regionali.

1) Anagrafe zootecnica:

- attuazione dei controlli su almeno il 5% degli allevamenti bovini di cui al Reg. 1082/2003,
- attuazione dei controlli su almeno il 3% degli allevamenti ovicapri di cui al Reg. CE 1505/2006,
- attuazione dei controlli su almeno l' 1% degli allevamenti suini di cui al decreto legislativo 196/99 e succ. modifiche, secondo le indicazioni di cui alla nota DGSA.II/ 12882 del 29 ottobre 2007,
- corretta identificazione e registrazione di almeno il 99% degli orientamenti produttivi, nonché relativo aggiornamento degli allevamenti registrati in Banca Dati Nazionale,
- registrazione in Banca Dati Nazionale delle coordinate geografiche di almeno il 98% degli allevamenti di bovini, suini, ovi-capri, avicoli, equidi con la sola esclusione di quelli per l'autoconsumo.

2) Controllo selvatici (nota prot. n. 173942 del 16.07.2008)

Trasmissione entro il 31 marzo 2009 del verbale e del programma operativo di cui all'allegato 5.

3) Cani con aggressività non controllata (DGR N. 647/2007)

Realizzazione al 95%.

4) Farmacosorveglianza (D.Lgs 193/2006)

- Attuazione dei controlli su almeno il 98% degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3,
- Attuazione dei controlli su almeno il 98% degli operatori controllabili in base all'art. 71 comma 3, anche in collaborazione con altri Servizi aziendali (limitatamente alle farmacie può essere prevista una percentuale inferiore in base alla valutazione del rischio effettuata dal Servizio).

5) Piani sorveglianza e monitoraggio:

- Piano campionamento sugli alimenti per controlli microbiologici: almeno il 90% di congruità al piano. La valutazione del livello di raggiungimento dell'obiettivo assegnato terrà conto della valenza biennale del piano.
- Piano fitosanitari: almeno il 95% di congruità al piano.
- PNR e PRR: almeno il 95% di congruità al piano.
- PNAA e PRAA: almeno il 95% di congruità al piano.
- Piano micotossine: almeno il 95% di congruità al piano.
- Piano OGM: almeno il 95% di congruità al piano.
- Piano monitoraggio requisiti latte alla produzione: almeno il 95% di congruità al piano. Per conformità si intende: periodo di prelievo, corretta identificazione nel verbale di prelievo della tipologia del piano a cui il campione fa riferimento (finalità diagnostiche), numero di unità campionarie e aliquote, ecc.
- Piano acque destinate al consumo umano: almeno il 95% di congruità al piano di cui al D.Lgs 31/2001 e D.Lgs 27/2002 e circolari regionali n. 2/1999 e 9/2004.
- Piani di sorveglianza malattie infettive degli animali: attuazione di almeno il 98% dei controlli previsti dai piani BRC/LBE/TBC bovina, BRC ovis-caprina, BT, BSE-sorveglianza attiva in azienda, MVS/PSC, Influenza Aviaria, WND, salmonella in pollame e suini.

6) Benessere animale

Trasporti

- Controllo (documentale e strutturale) al macello del 10% dei mezzi in applicazione del Reg. CE 1/2005.
- Controllo al macello del 3% delle partite di animali in arrivo per lunghi viaggi in applicazione del Reg. CE 1/2005 e rendicontazione sulla scheda benessere trasporto.
- Controllo al macello del 2% delle partite di animali in arrivo per brevi viaggi in applicazione del Reg. CE 1/2005, effettuando non più di due interventi per ciascun automezzo nel corso dell'anno, e rendicontazione sulla scheda benessere trasporto.

Macello

Verifica annuale dell'attuazione delle procedure per la corretta applicazione del D.Lgs 333/1998 in tutti i macelli e rendicontazione sulla scheda protezione degli animali al macello.

7) Qualificazione del personale

Raggiungimento della qualifica di "ispettore qualificato" per il 98% del personale addetto al controllo ufficiale nel settore della sicurezza alimentare.

Partecipazione al corso regionale di formazione per auditor qualificati di un numero di operatori pari ai posti messi a disposizione per ogni AUSL.

Realizzazione della quota di audit di qualificazione che in base al progetto del corso devono essere realizzati presso le singole AUSL.

8) Manuale della qualità dei SIAN-SVET

Mantenimento/revisione almeno per le parti 4, 5, 6 e 10.

9) Audit

Audit su OSA: per ogni operatore addetto al controllo ufficiale esecuzione di almeno un numero di audit sufficiente al mantenimento della qualifica (4 audit in 3 anni).

Audit interni: pianificare e realizzare un piano di supervisioni/audit interni.

10) Sistema informativo

Registrazione dell'attività svolta e delle non conformità riscontrate sugli appositi modelli regionali per l'area dell'igiene degli alimenti, della sanità animale e dell'igiene degli allevamenti.

11)Qualità dei campioni

Pianificazione di un sistema interno per migliorare la qualità dei campioni e dei relativi verbali di conferimento e individuazione dei criteri di valutazione.

12)Organizzazione del personale

Pianificazione e realizzazione di un sistema di rotazione del personale.

13)Piano della prevenzione "Sorveglianza e prevenzione obesità"

Realizzazione del 95% delle attività previste.

14)Zoonosi

Attuazione del piano regionale di sorveglianza malattie trasmesse da insetti vettori.

15) Piano di attuazione della Legge 123/2005 "Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia"

Realizzazione del 100% delle attività previste dal piano regionale per i SIAN.

7. Salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri

Tutti gli obiettivi relativi all'area Salute Mentale, Dipendenze Patologiche per il triennio, corredate dagli attori da coinvolgere e dalle scadenze previste, sono elencati nel Piano Attuativo approvato con DGR 313/2009 che costituisce lo schema di riferimento per le attività aziendali in questa area, soggette a specifica verifica con riferimento alla valutazione annuale del Direttore Generale. Le innovazioni in esso previste saranno in parte supportate finanziariamente dalla Regione, secondo modalità attualmente allo studio che comporteranno l'attivazione di progettualità da parte delle aziende ed erogazione dei finanziamenti sulla base di accurati monitoraggi da parte della Regione.

Rivestono importanza strategica particolare e vengono qui richiamate le seguenti azioni:

1. Realizzazione delle azioni previste dai programmi speciali già deliberati ed avviati:
 - a. Programma Leggieri, che prevede la formalizzazione di una collaborazione stabile e regolare tra ciascun Nucleo delle Cure Primarie ed uno specialista psichiatra;
 - b. Programma Autismo (DGR 318/2008) con il completamento dei team *hub* (Reggio Emilia, Bologna e Rimini) e *spoke* (le altre aziende) sia per quanto riguarda le dotazioni previste e finanziate, sia per quanto riguarda i protocolli di intervento e la formazione sul campo;
 - c. Programma regionale dipendenze patologiche (DGR n. 698/2008), che dettaglia puntualmente gli obiettivi, le azioni, gli indicatori da produrre ed i tempi per la loro realizzazione. Partecipazione attiva alla fase di monitoraggio regionale del Programma, attraverso la produzione della documentazione entro i tempi previsti;
 - d. Per l'avvio del Programma Regionale Disturbi del Comportamento Alimentare 2009-2011, definire e formalizzare il Percorso DCA aziendale, concordato con le realtà ospedaliere di riferimento (Aziende ospedaliere-universitarie e/o privato competente in DCA), previa ricognizione delle risorse professionali già esistenti, individuazione ed attivazione del team multi-professionale ed inter-disciplinare, della sede di riferimento.
2. Completamento nei territori di Bologna, Ferrara, Modena e Parma dei Dipartimenti Assistenziali Integrati Salute Mentale e Dipendenze Patologiche con l'Università, secondo quanto previsto dalle indicazioni sull'Atto Aziendale (DGR 2011/2007).
3. Avvio del sistema di integrazione socio-sanitaria, nelle sue componenti territoriale e residenziale, di concerto con gli Enti Locali, in tutte le fasi di programmazione, finanziamento e gestione.
4. Adeguamento delle procedure integrate con la Medicina legale per il rilascio delle certificazioni di disabilità e per l'integrazione scolastica delle persone con disabilità ai sensi della LR 4/2008.
5. Attuazione della DGR 2234/2008 relativa agli interventi socio-sanitari di strada.

6. Applicazione della DGR 170/2009 sugli accertamenti di tossicodipendenza nei lavoratori delle professioni a rischio.

Per quanto attiene alla Salute nelle Carceri tutte le aziende sede di uno o più istituti penitenziari, completata la fase di assunzione di responsabilità amministrativa sul personale transitato ai sensi del DPCM 1.4.2008, dovranno elaborare un programma assistenziale aziendale sulla base di una accurata ricognizione dei bisogni di salute della popolazione ivi reclusa e di una programmazione basata sulle linee guida contenute nel DPCM stesso e sulla DGR 314/2009 sui modelli organizzativi per la sanità penitenziaria. Per l'Azienda Usl di Reggio Emilia è necessario adottare un Piano specifico per le esigenze dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario rientrato nella propria competenza per quanto attiene alla gestione sanitaria. Per l'Azienda Usl di Parma è necessario adottare un Piano specifico per le esigenze del Centro Clinico rientrato nella propria competenza per quanto attiene alla gestione sanitaria.

8. Le cure primarie

8.1 La governance

Il Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 individua nell'integrazione istituzionale un elemento essenziale per lo sviluppo delle politiche di programmazione relative agli ambiti assistenziali rivolti al cittadino (sociale, sociosanitario e sanitario).

Diventa quindi importante che le AUSL, per le loro competenze, si rendano parti attive nel percorso di realizzazione della programmazione integrata; ogni Azienda dovrà quindi, per il 2009, dare evidenza dell'attivazione di un percorso formativo sul modello di governance regionale e sugli strumenti di programmazione, rivolto ai dirigenti medici delle Cure Primarie, ai coordinatori di Nucleo di Cure Primarie, ai referenti distrettuali e di dipartimento per la medicina generale, ai responsabili Unità Pediatriche di Cure Primarie nonché al Collegio di Direzione.

Le aziende, in relazione alle tematiche di interesse, avvieranno e completeranno un percorso formativo per tutti i collaboratori interessati. La valutazione avrà a riferimento il numero di eventi organizzati e la percentuale di partecipanti sul totale del target.

Nei paragrafi che seguono, vengono puntualmente indicati gli obiettivi e i risultati attesi ed individuati gli indicatori per la valutazione del loro raggiungimento.

8.2 Sviluppo Organizzativo del Dipartimento Cure Primarie

Il significativo aumento dell'aspettativa di vita e quindi di gruppi di cittadini affetti da patologie croniche, ha determinato un forte aumento della domanda di salute con notevoli conseguenze in termini di sostenibilità economica ed organizzativa. Sino ad ora la risposta a tale mutata domanda ha portato allo sviluppo di aree e dipartimenti con forte impronta specialistica, autoreferenziate, con gravi inefficienze dal punto di vista della comunicazione e integrazione tra i settori. Questa mancanza di coordinamento è responsabile di un disagio per il cittadino e di uno spreco di risorse anche economiche.

Il problema va affrontato e risolto nel momento di contatto/ingresso del cittadino con il Servizio Sanitario, al fine di valutare quali professionisti/risorse coinvolgere nel percorso di cura (presa in carico). Sempre a questo livello deve essere possibile valutare gli esiti dei percorsi di cura, al fine di migliorare i percorsi assistenziali. Da questo punto di vista le cure primarie, rappresentando il sistema di cure erogate vicino ai luoghi di vita delle persone, costituiscono la forma principale di assistenza sanitaria e quella sulla quale si appoggia e attraverso la quale viene indicata la necessità di assistenza specialistica.

Per la sua collocazione e specificità il Dipartimento delle Cure Primarie rappresenta, all'interno delle Aziende Sanitarie territoriali, il punto di riferimento per l'erogazione delle cure nonché per l'integrazione con i servizi sociali, anche al fine di affrontare in modo efficace le problematiche connesse all'aumento della popolazione anziana e delle patologie croniche.

La DGR n. 2011 del 20 dicembre 2007 ("Direttiva alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'Atto aziendale di cui all'art. 3, comma 4, della L.R. 29/2004: indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di Cure Primarie, di Salute Mentale e Dipendenze

Patologiche e di Sanità Pubblica”) ha introdotto una profonda riorganizzazione del Dipartimento di Cure Primarie: vengono infatti disegnati nuovi ruoli, sia per i professionisti dipendenti che per i professionisti convenzionati, che sono chiamati ad assumere responsabilità in ordine alla pianificazione delle attività ed all’orientamento professionale dei loro colleghi.

Nell’ambito del percorso di riorganizzazione del Dipartimento, per il 2009 le Aziende si impegnano a perseguire le seguenti attività:

Applicazione delibera sulle linee di indirizzo (DGR 2011/2007)

Risultati attesi: completamento riorganizzazione del Dipartimento Cure Primarie.

Indicatori:

- organigramma con indicazione delle funzioni
- istituzione delle Unità Pediatriche delle Cure Primarie (UPCP) e nomina dei coordinatori.

Avvio del percorso di accreditamento del Dipartimento Cure Primarie

Risultati attesi: collaborazione alla definizione dei requisiti ed eventuale avvio percorsi sperimentali.

Accordo Regionale con i PLS (DGR 17/2009)

Risultati attesi: individuazione degli obiettivi condivisi e delle aree prioritarie di intervento per gli accordi aziendali.

Indicatori:

- attuazione dei progetti organizzativi definiti nell’Accordo Regionale
- definizione di protocolli e/o progetti aziendali.

Percorso di ridefinizione dei NCP nell’azienda

Risultati attesi: completamento del percorso di progettazione dell’attività dei NCP avviato nel 2008 ai sensi della DGR 840/2008. Particolare interesse riveste l’individuazione delle sedi di Nucleo presso le quali viene svolta attività di tipo assistenziale con particolare riferimento ai percorsi di presa in carico integrata delle patologie croniche.

Indicatori: numero sedi di Nucleo presso le quali viene svolta attività assistenziale sul totale delle sedi di Nucleo.

Censimento strutture e risorse umane destinate ai Nuclei di Cure Primarie

Indicatori: completamento del questionario di rilevazione delle caratteristiche dei NCP somministrato all’interno del percorso di monitoraggio dell’Accordo Integrativo Regionale.

8.3 Attività assistenziale erogata nel DCP, dai Nuclei di Cure Primarie

Ampliamento fascia oraria

Tra gli obiettivi significativi previsti dall'Accordo Regionale per la Medicina Generale (DGR 1398/2006) si evidenzia l'importanza dell'ampliamento della fascia di orario di accesso dei cittadini presso le sedi di NCP per l'attività di medicina generale. Obiettivo regionale per il 2009 è la progressiva estensione dell'ampliamento degli orari di apertura presso le sedi di NCP, o in alternativa, presso le sedi delle medicine di gruppo sede di Nucleo, secondo modalità di libero accesso per tutti gli assistiti di quel Nucleo .

Risultati attesi: Estensione della fascia oraria di apertura delle sedi dei NCP o delle Medicine di Gruppo sede di NCP per almeno 9 ore al giorno suddivise tra mattina e pomeriggio con adeguata informazione agli assistiti

Indicatori: Numero di ore aggiuntive rispetto alla sesta presso le sedi di Nucleo o Medicina di Gruppo compensate ai sensi dell'Accordo Integrativo Regionale

Continuità assistenziale

La riorganizzazione della rete territoriale per la gestione della continuità assistenziale, mirata a promuovere un utilizzo appropriato delle risorse ospedaliere di emergenza-urgenza, rappresenta un obiettivo prioritario della Regione per il 2009. A tal fine le Aziende verranno coinvolte in un percorso di rilevazione dei volumi di attività e di analisi dei modelli organizzativi territoriali per la gestione appropriata della casistica ad urgenza differibile.

Risultati attesi: Avvio di un percorso interno di analisi dei percorsi assistenziali esistenti e di verifica dell'attività erogata sia nell'ambito delle sedi di continuità assistenziale che presso eventuali punti di primo soccorso gestiti dalla medicina generale.

Indicatori: Analisi delle sedi di guardia medica e della dotazione strutturale.

Assistenza al malato oncologico e Rete delle Cure Palliative

Nel corso del 2009 sarà attivato un percorso di formazione/laboratorio destinato alle Aziende USL sull'organizzazione della rete delle cure palliative.

Risultati attesi: partecipazione delle Aziende al percorso formativo.

Indicatori: presentazione, in area vasta, del modello organizzativo adottato e dei principali dati di attività.

Programmi di prevenzione del Rischio Cardiovascolare Globale

La sperimentazione avviata nel 2006 del progetto regionale di medicina preventiva per la riduzione del rischio cardiovascolare ha prodotto nelle 5 Aziende USL coinvolte risultati importanti (Nota PG/2008/280799 del 24 novembre 2008) che confermano la necessità di proseguire ed estendere ulteriormente il processo avviato nei Distretti di tutte le Aziende sanitarie.

Per il 2009 le Aziende dovranno avviare il percorso secondo le modalità stabilite nel Progetto di cui sopra.

Indicatori: gli indicatori sono quelli individuati nell'ambito del progetto regionale.

Programma "Leggieri"

La gestione integrata a livello di Nucleo di Cure Primarie dei pazienti affetti da disturbi di ansia o depressione lieve rappresenta da tempo, in molte Aziende, una modalità condivisa di presa in carico ed assistenza territoriale di queste patologie. In particolare nel corso del 2008 è stato completato un percorso di formazione in ambito di Area Vasta, gestito congiuntamente dai Servizi Assistenza Distrettuale e Salute Mentale della Regione mirato a fornire agli operatori delle Cure Primarie e dei Dipartimenti di Salute Mentale coinvolti (MMG, psichiatri, medici delle cure primarie) gli strumenti necessari per una implementazione efficace di questo programma.

Risultati attesi: Le Aziende sono tenute ad avviare sistematicamente il programma rendicontando al contempo le attività svolte nel suo ambito.

Indicatori: Numero delle sedi di NCP o Medicine di Gruppo presso le quali il programma è stato avviato e numero di pazienti presi in carico.

8.4 Altri Programmi Assistenziali che vedono coinvolto il DCP

Gestione integrata del paziente diabetico

La gestione integrata del paziente diabetico rappresenta, da tempo, in tutte le Aziende, un percorso consolidato di assistenza territoriale per questa patologia. Un'analisi delle banche dati regionali condotta congiuntamente dal Servizio Assistenza Distrettuale e dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale ha permesso di individuare una serie di criticità assistenziali rispetto alle quali le Aziende sono tenute ad intraprendere azioni di miglioramento. Il gruppo di coordinamento regionale, nell'ambito dell'intervento regionale di formazione sul campo svolto nelle tre Aree Vaste, ha individuato azioni di miglioramento e di sviluppo della gestione integrata e una serie di indicatori di monitoraggio che si ritiene debbano diventare oggetto di rilevazione sistematica da parte delle Aziende.

Risultati attesi: le Aziende devono:

- avviare percorsi di miglioramento interno rispetto alle criticità evidenziate
- progettare ed avviare il registro aziendale di tutti i pazienti diabetici
- rilevare e monitorare gli indicatori identificati dal gruppo di lavoro regionale.

Indicatori:

- costruzione registro aziendale dei pazienti diabetici
- numero dei pazienti in gestione integrata per MMG
- numero diabetici assistiti dalla Struttura Diabetologica (SD)

- numero di determinazioni di emoglobina glicosilata e di determinazioni di microalbuminuria per paziente diabetico assistito in gestione integrata
- media dei valori delle emoglobine glicosilate per i diversi setting assistenziali (GI, pz. in carico alla SD).

Percorso nascita

La continuità e l'appropriatezza degli interventi nell'assistenza alla gravidanza, al parto ed al puerperio sono tra gli obiettivi prioritari del S.S.R. ed il complesso delle azioni realizzate, in applicazione delle leggi regionali in materia (Progetto obiettivo nazionale materno infantile, Programma regionale di riorganizzazione dei Consultori Familiari, Piano Sanitario Regionale 1999-2001 e Piano Sociale e Sanitario 2008-2010), permettono di articolare su obiettivi specifici gli interventi di miglioramento da parte delle Aziende sanitarie. Nell'ambito dei gruppi di lavoro multidisciplinari della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica sul Percorso Nascita sono state individuate le priorità per la qualità dell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio sulle quali impegnare il S.S.R per il triennio 2008-2010. Tali priorità sono state fatte proprie dalla Regione in un'apposita direttiva sul Programma percorso nascita approvata con delibera 533/2008.

Risultati attesi:

- individuazione del referente aziendale (o provinciale in caso di presenza di Azienda Ospedaliera) per l'applicazione della direttiva sul Percorso Nascita (DGR 533/2008);
- applicazione dei piani provinciali definiti ai sensi della DGR 840/2008 anche ai fini dell'attività di verifica prevista dalla Commissione nascita.

Dimissione protetta

Negli ultimi anni il tema delle dimissioni protette ha acquisito un'importanza crescente che suggerisce una maggiore attenzione al tema dell'integrazione ospedale-territorio. Nel 2009 le Aziende sono tenute a potenziare ulteriormente questa modalità assistenziale ed in particolare a:

Risultati attesi: individuare un case-manager ospedaliero e territoriale per la presa in carico del percorso di dimissione.

Indicatori: reportistica periodica sull'attività di dimissione protetta con evidenza dei seguenti elementi:

- percentuale di casi presi in carico rispetto al totale dei casi segnalati
- tipologia di percorsi attivati (ADI, Assistenza residenziale, assistenza domiciliare solo sociale).

Programma di assistenza odontoiatrica

Le attività realizzate nei primi tre anni di vita del programma (DGR 2678/2004) hanno portato ad importanti risultati, in primis come standardizzazione dell'offerta di cure

odontoiatriche, che si presentava storicamente disomogenea sia in termini di strutture erogatrici, che di attività erogata (tipologia e volumi).

Superate le iniziali criticità, legate alla difficoltà di raggiungere i nuovi destinatari del programma (in maggior parte persone con caratteristiche socio-economiche disagiate che non consideravano prioritaria la salute del cavo orale), proprio nei confronti degli utenti più disagiati sono stati raggiunti i migliori risultati, con una copertura che ha raggiunto il 75% dei vulnerabili attesi nella fascia di reddito <7.500 euro ISEE, rispetto ad un 39% rilevato per la generalità degli utenti attesi.

Nel 2008, con l'avvio del nuovo programma regionale di assistenza odontoiatrica (DGR 374/2008), oltre ai parametri che caratterizzavano alcune condizioni di vulnerabilità sono state anche modificate le regole di inserimento dati nel flusso ASA. Contestualmente è stato superato il monitoraggio attraverso la scheda ad hoc, sostituito da quello attraverso il flusso ASA.

Gli obiettivi per il 2009 rappresentano una sostanziale continuità a quelli già assegnati nel 2008. In particolare dovranno essere portati a regime i percorsi finalizzati al trattamento delle condizioni di vulnerabilità socio-sanitarie con una corretta rilevazione delle attività mediante il flusso ASA (circolare 2/2008).

Risultati attesi:

- raggiungimento da parte di tutte le Aziende della copertura del 75% dei vulnerabili attesi (ISEE < 8.000 euro)
- corretto orientamento delle cure alla popolazione destinataria del programma.

Indicatori

- numero utenti non vulnerabili che ricevono trattamenti di conservativa, protesica ed ortodonzia non superiore al 30% del totale degli utenti
- corretta e completa rilevazione dell'attività tramite il flusso ASA per il 2009.

Fornitura protesi e ausili.

Nel corso del 2009 verrà istituito un gruppo di lavoro regionale per la revisione del percorso assistenziale e delle modalità di monitoraggio dell'attività. Le Aziende sono pertanto chiamate a fornire una partecipazione attiva sia alla fase di rilevazione iniziale che ai successivi momenti di verifica.

8.5 Consulori familiari

Dall'istituzione, nel 1975, dei Consulori familiari, il quadro socio-economico nazionale ha sperimentato numerosi e sostanziali cambiamenti che hanno inevitabilmente avuto significative ripercussioni anche sull'assetto di questi servizi e sulla tipologia di assistenza da essi erogata. L'aumento del benessere economico della popolazione ha progressivamente portato le donne in età fertile a soddisfare la propria domanda di prestazioni ostetrico-ginecologiche presso erogatori privati, di fatto lasciando ai Consulori la responsabilità per l'assistenza alle fasce economicamente più deboli ed in particolare alle cittadine provenienti da nuovi paesi della Comunità e paesi extra-comunitari. E' opportuno ripensare, all'interno di ogni singola Azienda, al ruolo ed alla organizzazione dei

Consultori familiari, ponendosi l'obiettivo, accanto alla garanzia di equità di accesso e di accoglienza/presa in carico delle fasce di popolazione più svantaggiate, di riqualificare l'offerta nei confronti anche di quelle fasce di popolazione che negli anni si sono progressivamente sempre più rivolte ad erogatori privati.

Risultati attesi:

- Analisi strutturale, organizzativa ed assistenziale dei Consultori familiari con particolare riferimento al tema dell'accoglienza alla donna e dei percorsi personalizzati.
- Attivazione di percorsi per una aumentata visibilità dell'offerta consultoriale
- Garantire la presenza di uno spazio giovani con attività consultoriale in ogni distretto
- Revisione delle aree di attività e dei percorsi di accesso diversificati per modalità di prenotazione e di libero accesso a carico dell'ostetrica al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi del PdZ
- Sperimentazione della figura di ostetrica di nucleo con particolare riferimento alle tematiche relative a counseling contraccettivo e gravidanza fisiologica
- Avvio di una rilevazione strutturata ed informatizzata dei dati di attività partecipando ai momenti di coordinamento di verifica regionale (integrazione, psicologo, IVG e ritorni)
- Applicazione, per le parti di competenza, della DGR n. 1690/2008 "Linee di indirizzo per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza nell'ambito dei Piani di Zona per il benessere sociale", anche ai fini dell'attività di verifica prevista dal gruppo di coordinamento regionale
- Applicazione, per le parti di competenza, della DGR n. 533/2008 "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita", anche ai fini dell'attività di verifica prevista dalla Commissione nascita.

Indicatori:

- Individuazione dei referenti e rendicontazione per l'applicazione della DGR 1690/2008
- Rendicontazione dello stato di attuazione della DGR 533/2008, come da richieste della Commissione nascita
- N. gravide in carico /n. nati vivi
- N. donne/soggetti coinvolte nel corso di preparazione alla nascita/nati vivi
- Presenza di uno spazio giovani con attività consultoriale per ogni distretto.
- N. utenti che accedono per contraccezione /popolazione di età 14-19 anni

- N. ragazzi coinvolti in iniziative educative su socio- affettività/ popolazione di età 14-19 anni
- Rendicontazione dello stato di attuazione del programma aziendale dell'assistenza alle coppie infertili.

8.6 Sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali

La gestione delle malattie croniche è caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine dei pazienti: la sfida maggiore è pertanto rappresentata dalla capacità di presidiare la continuità delle cure nel rispetto della qualità delle relazioni tra servizi, utenti e professionisti. In questa logica si è inserito lo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie, dove le modalità assistenziali tendono all'integrazione delle professionalità attraverso la costruzione di un sistema di relazioni cliniche, assistenziali ed organizzative che valorizzano il contributo dei diversi professionisti. In tale prospettiva trovano spazio le professioni sanitarie assistenziali (infermieri, terapisti della riabilitazione, ostetriche) che attuano la loro funzione nei diversi setting assistenziali. La molteplicità dei bisogni assistenziali coniugata ai diversi professionisti coinvolti richiede che i modelli organizzativi e assistenziali debbano essere delineati in modo da trarre vantaggio dalle diverse responsabilità professionali, dalle loro interazioni e dall'individuazione, durante il processo assistenziale, della figura professionale che più opportunamente assicura la sintesi (responsabile del caso – case-manager). Mentre per i processi clinici, o per le fasi cliniche di percorsi assistenziali complessi, la figura d'elezione è quella medica, le esperienze realizzate in questi anni, sottolineano le opportunità connesse all'allargamento delle competenze dei diversi professionisti assistenziali, soprattutto degli infermieri, che sono tra i professionisti numericamente più consistenti e più vicini, per la loro natura professionale, ai bisogni dei singoli e della popolazione. L'esperienza maturata in Emilia Romagna, ha permesso alle professioni sanitarie di acquisire una significativa visibilità e autorevolezza, sia sotto il profilo delle competenze gestionali, sia sotto il profilo delle competenze clinico assistenziali. Il percorso in atto di sviluppo delle cure primarie, anche alla luce dell'evoluzione del quadro epidemiologico verso un significativo incremento della cronicità e della non autosufficienza, rende assolutamente necessaria una ridefinizione dei modelli assistenziali sviluppando maggiormente gli interventi di self-care, disease e case management. Nel 2008 è stato predisposto un documento regionale di indirizzo per lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali nei Dipartimenti di Cure Primarie. Tale documento, condiviso con le Direzioni sanitarie delle Aziende USL, sarà di indirizzo per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali.

Risultati attesi: le Aziende sono tenute ad avviare percorsi di ridefinizione delle responsabilità nei processi assistenziali, in particolare per quanto riguarda le attività di accesso e la gestione delle patologie croniche.

Indicatori: numero e tipologia di percorsi attivati.

8.7 Sistema dei controlli delle attività erogate in ambito distrettuale

Nel corso del 2008, al fine di migliorare nelle Aziende USL l'efficacia dell'attività dei controlli, è stato istituito un gruppo di lavoro regionale per l'aggiornamento della funzione di controllo delle prestazioni sanitarie. Le aree che coinvolgono il servizio Assistenza Distrettuale riguardano:

- Prestazioni e servizi resi dai MMG, Continuità Assistenziale e dai PLS
- Prestazioni termali
- Appropriatelyzza organizzativa ricovero – ambulatoriale

Risultati attesi: attivazione delle procedure per l'esecuzione dell'attività di controllo in ambito aziendale sulle diverse aree sulla base delle indicazioni che verranno fornite dal gruppo di lavoro regionale

Indicatori: report periodici.

9. L'integrazione socio-sanitaria

L'area dell'integrazione socio-sanitaria vede le Aziende impegnate a:

- Assicurare la partecipazione qualificata ed il sostegno agli strumenti tecnici del governo del sistema di livello intermedio (Ufficio di supporto) e distrettuale (Ufficio di Piano) ed al processo di elaborazione, condivisione, approvazione ed attuazione dei nuovi Piani di Zona per la salute ed il benessere sociale 2009-2011.
- Contribuire, in collaborazione con i Comuni, all'avvio ed all'implementazione del sistema di accreditamento dei servizi sociosanitari, assicurando il supporto tecnico a tutto il processo in particolare per quanto riguarda la definizione degli assetti dei servizi sanitari, nella prospettiva dell'integrazione sociosanitaria.
- Partecipare all'attuazione degli obiettivi degli indirizzi regionali relativi al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, migliorando l'implementazione degli strumenti di governo, monitoraggio e valutazione degli interventi e di gestione integrata delle risorse.
- Assicurare l'attuazione degli indirizzi regionali per l'inserimento nel FRNA degli interventi per l'area disabili adulti previsti dalla DGR 1230/2008, in particolare per quanto riguarda lo sviluppo integrato ed equilibrato della rete per i disabili, con particolare riferimento al potenziamento degli interventi di sostegno al domicilio (assistenza domiciliare, sostegno educativo, assegno di cura, emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari).
- Assicurare gli interventi sanitari e l'integrazione degli stessi con gli interventi sociali per le persone adulte con gravissima disabilità acquisita, dando completa attuazione, nell'ambito degli interventi del FRNA, al programma previsto dalla DGR 2068/2004 sia per quanto riguarda gli interventi di sostegno al domicilio (assegno di cura e assistenza domiciliare) sia per quanto riguarda le soluzioni residenziali assicurando la completa attuazione delle indicazioni contenute nella DGR 840/2008 e l'appropriata fornitura di apparecchi comunicatori secondo le specifiche indicazioni regionali.
- Assicurare l'attuazione delle prossime indicazioni regionali in materia di integrazione socio-sanitaria in materia di salute mentale, in particolare partecipando alla costruzione di percorsi condivisi con i Comuni per la valutazione e la presa in carico dei casi e la gestione degli interventi integrati, in particolare per le attività territoriali e per le soluzioni residenziali socio-sanitarie.
- Assicurare una qualificata partecipazione all'analisi dei sistemi informativi in area sociale e socio-sanitaria al fine di costruire progressivamente un sistema informativo integrato.

Per dimissioni protette e per semplificazione e integrazione dei percorsi per fornitura di presidi e ausili verranno ripresi e aggiornati gli obiettivi già formulati per le AUSL nel 2008.

10. Assistenza Ospedaliera

La riflessione condotta nel corso del 2008 sull'evoluzione del Servizio sanitario regionale ha evidenziato che mentre si procede nella riorganizzazione e nello sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale, è necessario ripensare alcune funzioni e modalità di funzionamento degli ospedali che siano in coerenza con le modificazioni realizzate e auspiccate del processo assistenziale.

La riorganizzazione ospedaliera, infatti, così come evidenziato dal Piano Sociale e Sanitario Regionale, si è, nel corso dell'ultimo decennio, basata sostanzialmente su due direttrici:

1. collaborazione non competitiva tra nodi della rete, stabilendo compiti e ruoli delle diverse unità operative lungo i percorsi diagnostico-terapeutici individuati anche a seguito dell'implementazione di processi assistenziali innovativi
2. selezione dei servizi che potevano essere erogati in un setting organizzativo più appropriato della degenza ordinaria.

Tali modificazioni si sono basate sull'assetto strutturale preesistente che ha variato i suoi comportamenti in modo da consentire il riorientamento dei servizi ospedalieri interessati. I tempi sono dunque maturi per avviare una riflessione sulla struttura ospedaliera a partire dalle funzioni che hanno maggiormente supportato le innovazioni produttive, in modo da favorire parallelamente lo sviluppo e la responsabilizzazione professionale, l'adeguamento delle dotazioni strutturali e degli assetti organizzativi ai nuovi ruoli e la personalizzazione dell'assistenza.

Le funzioni maggiormente interessate sono:

1. UTIC non sede di emodinamica. Le informazioni regionali rese disponibili dall'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale possono essere declinate a livello locale analizzando i comportamenti adottati dalla rete cardiologica in modo da consentire una ridefinizione del ruolo delle UTIC non sede di emodinamica alla luce dei cambiamenti nei loro profili di attività osservati nel corso degli ultimi anni, e pianificando la sua attuazione.
2. Lo stesso lavoro deve essere svolto per le chirurgie generali. In questo ambito sono evidenziabili tre aspetti specifici:
 - a. la concentrazione della casistica più complessa o delle procedure più sofisticate in genere in ospedali con un service-mix che consente l'attivazione programmata o estemporanea di competenze accessorie;
 - b. la ripartizione delle funzioni e dei ruoli delle diverse unità operative rispetto ai percorsi stabiliti nella rete dell'emergenza;
 - c. la diffusione di tecniche e percorsi terapeutici che hanno reso possibile la minimizzazione del contatto tra pazienti e struttura.

Lungo questi tre assi si sono disegnati dei profili di attività delle diverse unità operative che nonostante ciò mantengono assetti organizzativi non sempre prontamente adeguati alle modificazioni presentate dai diversi processi assistenziali. Obiettivo dell'analisi è l'individuazione delle eventuali opportune

riorganizzazioni, secondo l'articolazione delle funzioni stabilite a livello locale o di Area Vasta.

3. Pronto Soccorso. Tra gli obiettivi del 2008 era incluso il "miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei servizi di emergenza", che prevedeva una riconduzione dell'integrazione dei medici di continuità assistenziale all'interno dei nuclei delle cure primarie, ove opportuno e possibile. La valutazione delle esperienze realizzate sarà utilizzata per la costruzione di criteri e strumenti per la gestione degli accordi con i medici di medicina generale. Assieme a tale indirizzo generale, vanno implementate le linee di riorganizzazione del processo assistenziale garantite dal pronto soccorso, le modalità di relazione tra il pronto soccorso e i reparti di degenza, e rese uniformi le modalità di approvvigionamento dei medici secondo le linee descritte nella lettera ecc.
4. Terapie Intensive. Promuovere l'innovazione nei modelli organizzativi e assistenziali dei servizi di cure intensive per rispondere ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari anche attraverso l'umanizzazione delle modalità di assistenza e la necessaria attenzione agli aspetti relazionali, sostenendo attivamente il progetto regionale di sperimentazione del modello assistenziale "terapie intensive aperte" e valutazione della sua applicabilità nei contesti assistenziali del SSR, cui partecipano le terapie intensive delle seguenti aziende: Azienda USL di Cesena, Azienda USL di Forlì, AOU Ferrara, Il.OO.Rizzoli, AOU Bologna, Azienda USL di Bologna, AOU Modena, Azienda USL di Piacenza, AOU Parma.
5. Programma Stroke Care. Promuovere l'implementazione e la diffusione delle aree di degenza dedicate per l'assistenza del paziente con ictus in accordo alle indicazioni contenute nella D.G.R. n. 1720/2007, "Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus. Programma Stroke Care". Definizione delle "Reti Stroke" provinciali, specificando esattamente i presidi ospedalieri in possesso dei requisiti essenziali e quelli con requisiti addizionali, questi ultimi di importante riferimento per i Servizi 118 al fine della erogazione della terapia trombolitica e.v. e/o delle altre terapie innovative (trombolisi intra-arteriosa, trombectomia, stenting carotideo, endoarteriectomia carotidea). Potenziamento degli interventi utili a favorire un più diffuso accesso alla terapia trombolitica e.v. oltre che la partecipazione agli studi clinici controllati sulle altre terapie innovative. Promuovere percorsi integrati fra ospedale e territorio attraverso modalità di continuità di cura. Partecipazione al "Progetto Stroke Care: un Programma Nazionale di Audit Clinico-Organizzativo nell'ambito del Programma Strategico coordinato dalla Regione Emilia-Romagna "Nuove conoscenze e problematiche assistenziali nell'ictus cerebrale", finanziato dal Ministero della Salute (<http://www.saluter.it/stroke/>).
6. Altri specifici ambiti di intervento. Condurre, sulla base delle indicazioni formulate dalle commissioni professionali regionali, oltre che da gruppi di lavoro avviati a livello regionale, iniziative di valutazione della qualità dell'assistenza sulla base di un esame della documentazione clinica di specifiche categorie di pazienti in aree assistenziali di particolare rilevanza, quali la cardiologia e cardiocirurgia, l'oncologia, la reumatologia. Tali iniziative di audit clinico avranno come obiettivo la valutazione della appropriatezza clinica ed organizzativa dell'assistenza erogata,

attraverso l'esame delle modalità di impiego di specifici interventi, di farmaci di particolare rilevanza, dei percorsi assistenziali dei pazienti.

L'accento messo dalla LR 29/2004, dalla direttiva sull'atto aziendale, dal Piano Sociale e Sanitario sulla valorizzazione e lo sviluppo delle competenze del personale, non può limitarsi al coinvolgimento organizzativo dei professionisti, senza che la struttura delle responsabilità del processo diagnostico terapeutico ne sia coerentemente ridisegnata.

La responsabilità del direttore di un'équipe professionale è primariamente quella dell'orientamento dei comportamenti professionali dei collaboratori, e della facilitazione dell'assunzione di responsabilità via via crescenti e coerenti con le competenze acquisite e con l'insieme del processo assistenziale. Dunque la personalizzazione dell'assistenza, qui intesa nei termini dell'affidamento della responsabilità clinica per la durata della degenza o di fasi specifiche della degenza a un medico identificato costituisce un elemento rilevante nel processo di sviluppo professionale di un medico e elemento altrettanto rilevante nel miglioramento della qualità percepita dal paziente. Il gruppo di lavoro sul miglioramento della fase diagnostica in chirurgia, istituito dopo il caso del Sant'Orsola, ha peraltro identificato in questa specifica forma di responsabilizzazione uno strumento che minimizza gli errori di inadeguata valutazione di elementi clinici contrastanti, riconoscendo ad essa un ruolo di miglioramento della qualità dell'assistenza anche dal punto di vista più strettamente tecnico-professionale.

Per il 2009 si prevede l'implementazione di tre esperienze che rispondano a queste esigenze, pianificate, realizzate e valutate con la collaborazione della Regione, in modo da fornire suggerimenti utili per le forme di estensione successiva di queste esperienze.

Continuità ospedale- territorio

Nel capitolo del presente documento, che tratta gli obiettivi dei dipartimenti di cure primarie viene richiesta l'identificazione di un case-manager per la presa in carico del percorso di dimissione. Tale attività va integrata con l'analisi della casistica cronica ad elevato consumo di risorse di ricovero, in modo da favorire le iniziative di riconduzione della complessiva assistenza prestata a questi pazienti sotto la guida del Nucleo delle Cure Primarie.

Accordi di fornitura

Anche a seguito della legge 133 del 2008, la regione sta predisponendo un accordo per la fornitura di prestazioni ospedaliere con il Rizzoli per la parte di produzione a più alta complessità, mentre la regolazione della produzione di più comune diffusione resta regolata dagli accordi interaziendali redatti in coerenza con i principi del citato provvedimento.

Si conferma che lo strumento indispensabile al governo non competitivo della produzione ospedaliera risieda negli accordi di fornitura tra le aziende, quando gli scambi siano di natura non occasionale e implicino una integrazione quantitativa o qualitativa di rilievo per l'assicurazione del livello di assistenza ospedaliera per l'Azienda Usl di riferimento, secondo le regole presenti nella nostra regione. In assenza di tali accordi valgono i volumi di produzione riconosciuti per il 2007, quale tetto massimo di remunerazione.

Nel corso del 2009 sarà messo a punto un provvedimento per consentire la negoziazione locale della produzione assicurata dagli ospedali privati di alta specialità nell'ambito dell'accordo regionale per l'alta specialità. Le aziende sono tenute a predisporre gli atti istruttori per la negoziazione degli accordi locali per l'anno 2010.

Attività di controllo sulle cartelle cliniche

Si ribadisce che, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 79, comma 1-septies del D.L.112/2008 convertito con la L.133/2008 le Aziende, al fine di prevenire comportamenti opportunistici e di incrementare il livello di appropriatezza delle attività ospedaliere, devono sottoporre a controllo, per ciascun erogatore, compresi pertanto gli erogatori interni, un minimo del 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera. I contenuti dei controlli si devono prioritariamente attenere a quanto previsto dall'allegato 7 della DGR 2126/2005, avendo come riferimento per la compilazione della SDO la revisione 2007 delle "Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera" e le successive integrazioni. È in corso di elaborazione, da parte del gruppo regionale di cui alla determina n. 13491 del 3/11/2008, la revisione e l'aggiornamento del citato allegato 7, che pertanto manterrà la propria validità fino alla pubblicazione delle nuove indicazioni regionali.

A livello locale le Aziende possono individuare, sulla base di specifiche criticità, ulteriori tipologie di casistica e di fenomeni da sottoporre a controllo.

Si ribadisce che l'attività di controllo deve essere effettuata sia per l'attività erogata a favore dei propri residenti sia per quella erogata a cittadini provenienti da altre regioni.

Le Aziende inviano le risultanze dei controlli, da cui evincere anche il raggiungimento dell'obiettivo quantitativo minimo sopra richiamato, entro il 30 aprile dell'anno successivo (controlli 2008 entro il 30 aprile 2009) al Servizio Presidi Ospedalieri della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.

11. Il piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa

Il "Piano Regionale sul contenimento dei Tempi di attesa" (DGR 1532/2006 e DGR 73/2007) delinea gli obiettivi per la gestione delle liste di attesa dell'assistenza specialistica ambulatoriale per il rispetto dei Tempi di Attesa indicati dal Piano nazionale e per garantire l'equità di accesso.

Le aziende sanitarie sono tenute, nel corso del 2009, a proseguire nelle azioni intraprese, dando inoltre puntuale attuazione ai criteri di predisposizione dei piani di produzione aziendali e di monitoraggio che verranno stabiliti nello specifico provvedimento regionale in corso di adozione.

A sostegno dei piani di produzione aziendali viene previsto un finanziamento pari a complessivi 10 milioni di euro, da ripartirsi tra le aziende usl sulla base della quota di accesso alle risorse destinate al finanziamento del livello di assistenza "Specialistica". L'erogazione delle risorse alle aziende avverrà solo a seguito del positivo riscontro del piano di produzione da parte del tavolo di coordinamento regionale per la prima tranche, e a seguito della positiva verifica di raggiungimento degli obiettivi prefissati per la seconda tranche.

12. La gestione del rischio

La sicurezza delle strutture, delle attrezzature, dei processi clinici assistenziali rappresenta la condizione essenziale per l'erogazione di servizi sanitari qualificati.

La garanzia della sicurezza alle persone che condividono lo spazio di vita e di lavoro in cui vengono erogate le cure e l'assistenza è responsabilità primaria delle Aziende sanitarie.

La gestione dei rischi di diversa natura, cui i diversi ambiti assistenziali possono esporre le persone, è funzionale alla realizzazione di condizioni di sicurezza e si esplicita nelle attività cliniche, gestionali e amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre il rischio di eventi avversi e di danni per i pazienti, gli operatori ed i visitatori, nonché il rischio di una perdita di fiducia e di un danno economico per l'organizzazione sanitaria.

Il Servizio Sanitario Regionale si costituisce come luogo di attenzione concreta e specifica alla sicurezza e favorisce lo sviluppo di una cultura professionale positiva, orientata all'apprendimento dall'errore, alla prevenzione degli incidenti, all'adozione di buone pratiche tecnico professionali nei vari ambiti di espressione del rischio clinico, pone obiettivi alle aziende e attiva azioni di verifica miranti a documentarne i comportamenti organizzativi adottati.

Tale attenzione si esplica altresì nel farsi carico responsabilmente delle conseguenze indesiderate dell'attività sanitaria, integrando le funzioni di prevenzione con quelle di riparazione anche attraverso la presa in carico e di risarcimento del danno.

Gli obiettivi fondamentali della gestione del rischio rimangono quelli già esplicitati nel 2008, pure attraverso le indicazioni alle Aziende del 27 maggio 2008, contestualizzati tuttavia in funzione degli sviluppi realizzati a livello aziendale.

1) Attuazione delle linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di Gestione del Rischio per la prevenzione degli errori clinici, organizzativi e gestionali e, di conseguenza, degli eventi avversi. Ogni Azienda dovrà:

- formulare/aggiornare il piano-programma aziendale di gestione del rischio sotto la responsabilità della direzione sanitaria aziendale, previa definizione e coinvolgimento di tutte le funzioni coinvolte, al fine di garantire un approccio multidimensionale alla complessità del sistema pur all'interno di una visione unitaria;
- effettuare una valutazione del sistema aziendale di gestione del rischio anche tramite le apposite liste di verifica, somministrate nel corso dell'accreditamento (da parte delle aziende che non l'hanno già effettuato nel 2008), inclusa la gestione del rischio infettivo, al fine di individuare aree di criticità e conseguenti priorità di intervento;
- sviluppare un report aziendale 2008 sui problemi emersi, sulle iniziative adottate e sui risultati raggiunti;
- il piano-programma e il report aziendale dovranno includere una sezione specificamente dedicata alle attività programmate e/o già messe in atto inerenti il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA);
- promuovere lo sviluppo di un sistema informativo per la rilevazione trasversale delle attività aziendali che faciliti l'individuazione di dati (indicatori di esito) di interesse per la gestione del rischio: le attività di identificazione e mappatura dei rischi devono essere corroborate da adeguati flussi informativi intra-aziendali relativi ai principali indicatori di esito inerenti la qualità delle cure e dell'assistenza sanitaria;
- estendere l'implementazione dei sistemi di segnalazione spontanea degli eventi avversi e dei near miss, e dello studio dei processi, al fine di utilizzare le informazioni ottenute per il miglioramento delle prestazioni clinico-assistenziali, da attuare in stretta collaborazione con i professionisti di volta in volta coinvolti;
- favorire l'estensione ed il consolidamento in ciascuna Azienda dei sistemi regionali di sorveglianza delle ICA (Sistema di segnalazione rapida di epidemie e degli eventi sentinella, sorveglianza in chirurgia-SiChER, sorveglianza in terapia intensiva-SITIER), interfacciandosi attivamente con le articolazioni coinvolte e monitorando i flussi informativi. In particolare, le Aziende si dovranno dotare di sistemi di laboratorio in grado di garantire la ricerca attiva di epidemie ed eventi sentinella (frequenza minima attesa 1 epidemia/10.000 ricoveri);
- partecipare ai gruppi di lavoro regionali dedicati agli approfondimenti nell'utilizzo degli strumenti;
- sviluppare progetti di miglioramento della sicurezza inerenti ciascuno dei seguenti ambiti: corretta gestione della documentazione sanitaria, inclusa la verifica dell'avvenuta informazione del/della paziente al trattamento sanitario e acquisizione dell'adesione alle cure (c.d. "consenso informato"); appropriatezza della profilassi antibiotica ed antitromboembolica perioperatoria; gestione della terapia farmacologica in ambito ospedaliero, ambulatoriale, di assistenza domiciliare e residenziale, anche rispetto alla continuità assistenziale ospedale/territorio;
- sviluppare procedure aziendali sulla corretta identificazione del/della paziente che prevedano anche, laddove opportuni, l'adozione di supporti a tecnologia semplice quali i braccialetti identificativi;
- contribuire alla realizzazione degli obiettivi della ricerca finalizzata ed, in particolare, definire la procedura di gestione della crisi aziendale derivante dal verificarsi di un evento avverso (comunicazione interna, informazione e sostegno al/paziente, comunicazione istituzionale pubblica);
- garantire in ogni Azienda programmi di formazione sulla Gestione del rischio compreso il rischio infettivo che coinvolgano capillarmente anche i nuovi assunti.

2) Gestione dei danni provocati in corso di assistenza sanitaria nei diversi contesti di cura (ospedale, assistenza ambulatoriale, distrettuale, domiciliare, residenziale).

Obiettivi specifici delle Aziende sono:

- favorire la ricomposizione dei rapporti con le persone danneggiate anche attraverso percorsi di ascolto e mediazione del conflitto, monitorando qualità, efficacia e frequenza delle azioni svolte secondo il modello di rilevazione concordato con gli addetti all'attività;
- migliorare i processi di interazione, di collaborazione e sinergia fra tutti i servizi coinvolti nella gestione del rischio, complessivamente inteso (sicurezza delle strutture, delle apparecchiature, dei lavoratori e dei pazienti anche rispetto alle attività assistenziali) e tutti i professionisti; implementando processi comunicativi corretti sia all'interno, sia all'esterno;
- continuare a sviluppare competenze aziendali specifiche in ambito legale e medico-legale al fine di far fronte alle necessità di gestione/cogestione assicurativa del contenzioso e di supportare i professionisti per le problematiche medico-legali inerenti la loro attività con funzioni di consulenza continuativa e strutturata;
- analizzare i reclami per ottenere una visione d'insieme del "percepito" del cittadino focalizzando l'attenzione anche su problematiche di non stretta pertinenza tecnico-professionale, ma fondamentali per il miglioramento di determinati "approcci" assistenziali (relazionali e/o organizzativi), fonte di eventi avversi e frequentemente di contenzioso;
- descrivere adeguatamente le condizioni dell'Azienda rispetto ai danni ed agli eventi avversi derivanti dall'attività sanitaria, costruendo una mappatura della sinistrosità quanto a frequenza, gravità e luogo di occorrenza, con caratteristiche di esaustività della rilevazione e di confrontabilità su tutto il territorio regionale, assicurata con l'obbligo dell'immissione dei dati nel software regionale per la gestione del contenzioso, già fornito in versione revisionata, che renda disponibili i dati anche a livello regionale almeno per gli anni 2009, 2008, 2007;
- prevedere nel piano di formazione aziendale occasioni di formazione sul sistema di gestione del rischio rivolte ai Direttori di Dipartimento (Collegio di Direzione) ed ai Direttori di struttura complessa; momenti di formazione sugli aspetti medico-legali, legali e assicurativi, nonché programmi di formazione destinati agli operatori, in particolare quelli di nuova assunzione;
- elaborare ed implementare procedure per la gestione della crisi aziendale in caso di occorrenza di eventi avversi a forte impatto di danno e/o di rilievo mediatico significativo. L'attività che parte dall'analisi di casi critici dovrà individuare gli elementi da mettere sotto controllo per garantire una buona comunicazione con il/la paziente ed i suoi cari, i protagonisti interni all'Azienda ed i mezzi di comunicazione di massa. Il progetto si iscrive anche nel programma di Ricerca finalizzata 2008 "Apprendimento organizzativo nella gestione del rischio".

13. Ricerca, Innovazione e Formazione

Il 2009 vede confermati gli obiettivi già assegnati alle Aziende su questi temi, in particolare per quanto attiene la necessità di vedere ulteriormente consolidata la capacità del Servizio Sanitario Regionale di governare i processi di innovazione tecnologica, clinica ed organizzativa che lo attraversano, di acquisire il pieno governo delle attività di ricerca realizzate nelle aziende sanitarie e di considerare la formazione continua professionale come uno strumento decisivo anche per raggiungere questi due obiettivi.

L'innovazione tecnologica e clinico-organizzativa

Per quanto riguarda i processi di innovazione tecnologica, viene ribadito che l'acquisizione di alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche, quelle cioè caratterizzate da elevati costi di investimento e/o manutenzione, dovrà essere preceduta da una valutazione regionale di piani di adozione elaborati dalle Aziende sanitarie a livello di Area Vasta, ai fini di una verifica complessiva del fabbisogno, delle implicazioni cliniche, organizzative ed economiche, oltre che delle possibili ricadute sul versante della ricerca e della formazione professionale.

Anche i processi aziendali di adozione di nuove tecnologie di relativo minore impatto a livello di sistema, ma comunque con rilevanti implicazioni cliniche ed organizzative nei contesti assistenziali, dovrebbero essere accompagnati, a livello locale, da un'attenta analisi delle loro ricadute, attraverso l'elaborazione di piani aziendali di adozione promossi dai Collegi di Direzione aziendali.

A questo scopo, come concordato con le Direzioni aziendali, le iniziative aziendali di adozione di nuove tecnologie devono essere precocemente segnalate all'Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI) coordinato dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, affinché sia possibile esercitare, laddove necessario, un'azione di supporto tecnico alla elaborazione dei piani di adozione.

Oltre che sul piano meramente tecnologico, il Servizio Sanitario Regionale è attraversato anche da rilevanti iniziative di innovazione clinico-organizzativa, in cui l'elemento chiave del cambiamento è rappresentato non tanto dall'adozione di una tecnologia diagnostica o terapeutica, ma da un significativo mutamento introdotto nei contesti clinico-assistenziali sul piano della organizzazione dei servizi, dei ruoli professionali, dei percorsi e dei processi assistenziali dei pazienti.

Queste iniziative rappresentano un patrimonio di esperienze che il SSR deve poter conoscere e valorizzare opportunamente.

A questo scopo nell'ambito dell'ORI, nel corso del 2009, in collaborazione con le Aziende sanitarie, verrà avviato un percorso finalizzato a consentire l'individuazione di rilevanti iniziative di innovazione clinico-organizzativa in alcuni ambiti di particolare rilievo, quali la gestione della cronicità nell'ambito dei Distretti, programmi di implementazione di linee-guida, la gestione clinico-organizzativa delle liste di attesa.

Sempre al fine di favorire la conoscenza e la valorizzazione delle iniziative di innovazione clinico-organizzativa adottate nell'ambito delle aree sopra citate, si richiamano le Aziende alla necessità che esse siano opportunamente rendicontate nel Bilancio di Missione aziendale.

Obiettivi per le Aziende sono:

- partecipare alle diverse articolazioni delle attività dell'ORI, con particolare

riferimento a:

- a) segnalazione dell'adozione di tecnologie innovative;
 - b) elaborazione di piani aziendali o di Area Vasta per la loro adozione;
 - c) progetti collaborativi sulla implementazione delle raccomandazioni cliniche relative alla profilassi antitromboembolica e antibiotica in chirurgia e di censimento e valutazione delle iniziative aziendali per la realizzazione di programmi di disease e case management e per la gestione delle liste di attesa
- rendicontare attraverso il Bilancio di Missione, le rilevanti iniziative di innovazione tecnologica, clinica ed organizzativa avviate.

La Ricerca

La Regione Emilia-Romagna ha intrapreso un percorso teso a rendere strutturale e permanente la vocazione del proprio Servizio sanitario verso la ricerca e l'innovazione, come elemento fondante per una assistenza di elevata qualità.

A questo proposito si richiama l'attenzione delle Aziende sulla adozione degli strumenti funzionali a consentire la tracciabilità delle attività di ricerca condotte al proprio interno, con un monitoraggio dinamico e costantemente aggiornato dello stato di avanzamento dei singoli progetti e del relativo impiego delle risorse finanziarie, del personale, degli strumenti e delle competenze coinvolte.

La tracciabilità costituisce il primo fondamentale elemento per consentire una piena governance aziendale delle attività di ricerca e rappresenta, da questo punto di vista la fondamentale premessa alla realizzazione di quelle necessarie ulteriori azioni aziendali e regionali che saranno oggetto del documento "La Ricerca come attività istituzionale del Servizio Sanitario Regionale" elaborato in attuazione degli indirizzi del Piano Sociale e Sanitario e di prossima deliberazione.

L'adozione dell'anagrafe della ricerca, sulla base delle indicazioni espresse dal gruppo di lavoro regionale coordinato dall'Agenzia, rappresenta quindi il primo obiettivo assegnato alle Aziende.

E' inoltre essenziale che venga garantita la partecipazione aziendale ai progetti di ricerca condotti nell'ambito del PRIER.

In aggiunta, coerentemente con le indicazioni del Piano Sociale e Sanitario Regionale, le Aziende sanitarie anche per il 2009 dovrebbero proseguire nella loro azione di sostegno ai professionisti che contribuiscono ad alimentare i database clinici (registri) presenti a livello regionale. Questi ultimi si sono rivelati strumenti preziosi per l'acquisizione di informazioni rilevanti sui processi assistenziali e sui loro esiti, per la valutazione della qualità dell'assistenza e dell'impatto di tecnologie ed interventi. Questi strumenti rappresentano un esempio di effettiva integrazione tra assistenza, ricerca e formazione, offrendo l'opportunità di sostenere contemporaneamente e sinergicamente tutte queste funzioni.

Le informazioni rese disponibili da questi registri dovrebbero trovare, a livello aziendale, opportunità di utilizzo anche a sostegno del ruolo propositivo che i Collegi di Direzione

dovrebbero acquisire per quanto riguarda lo sviluppo strategico delle organizzazioni sanitarie.

Obiettivi per le Aziende sono pertanto:

- adottare l'anagrafe aziendale delle attività di ricerca;
- garantire la partecipazione alle iniziative regionali di ricerca avviate nel PRIER;
- garantire la partecipazione aziendale alle attività dei registri operanti a livello regionale, qui di seguito riportati con il dettaglio degli obiettivi assegnati alle Aziende che direttamente vi partecipano:

- Registro pazienti con traumi gravi: soddisfare il debito informativo concordato, al fine di rendere possibile nel corso del 2008 la produzione del primo report di attività di questo registro.

Aziende partecipanti: Azienda USL di Bologna, Azienda USL di Cesena, Azienda USL di Piacenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Azienda USL di Forlì, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

- Registro pazienti con gravi cerebrolesioni (GRACER): soddisfare il debito informativo concordato.

Aziende partecipanti: tutte le Aziende regionali.

- Registro protesi d'anca (RIPO) e spalla: soddisfare il debito informativo concordato.

Aziende partecipanti: IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli e tutte le Aziende regionali.

- Registro impianti defibrillatori e pacemaker: soddisfare il debito informativo concordato, al fine di realizzare il consueto report di attività e rendere possibile un'analisi dei determinanti dell'impiego dei defibrillatori impiantabili e del loro impatto clinico.

Aziende partecipanti: Azienda USL di Piacenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Azienda USL di Parma, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda USL di Modena, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda USL di Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda USL di Imola, Azienda USL di Ferrara, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Azienda USL di Ravenna, Azienda USL di Cesena, Azienda USL di Forlì, Azienda USL di Rimini.

- Registro regionale interventi cardiocirurgici: soddisfare il debito informativo concordato.

Aziende partecipanti: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

- Registro angioplastiche coronariche (REAL): soddisfare il debito informativo concordato; in aggiunta verrà avviato un progetto dedicato al monitoraggio delle

trombosi ischemiche e delle modalità di trattamento farmacologico impiegato per la loro prevenzione.

Aziende partecipanti: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda USL di Piacenza, Azienda USL di Modena, Azienda USL di Bologna, Azienda USL di Ravenna, Azienda USL di Forlì, Azienda USL di Rimini, Salus Hospital di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

- Registro sepsi in terapia intensiva: soddisfare il debito informativo concordato; in particolare, va garantita la partecipazione al Progetto Laser "Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna", per quanto concerne l'attuazione a livello aziendale del percorso formativo definito a livello regionale e la partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni, in particolare di sepsi, in terapia intensiva.

Aziende partecipanti: tutte le Aziende sanitarie regionali.

- Registro Tomografia Computerizzata Multistrato Cardiaca: soddisfare il debito informativo concordato, al fine di rendere possibile in corso d'anno la produzione del primo report di attività di questo registro ed il monitoraggio dell'appropriatezza d'uso della tecnologia.

Aziende partecipanti: Azienda USL di Parma, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda USL di Modena, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda USL di Ferrara, Azienda USL di Ravenna.

La Formazione

Su questo tema l'impegno delle singole Aziende sanitarie e dell'insieme del SSR si basa sulle seguenti premesse:

- la necessità di considerare la formazione continua del personale come uno strumento decisivo nel processo di costante adeguamento dei servizi alle innovazioni tecnologiche, cliniche ed organizzative introdotte, oltre che nello sviluppo della capacità di fare ricerca utile ai bisogni conoscitivi di operatori e servizi;
- l'opportunità di ottimizzare gli investimenti per l'accesso alla documentazione scientifica, valorizzando l'integrazione con le funzioni di formazione e di sviluppo dell'e-learning;
- le caratteristiche del nuovo programma nazionale di Educazione Continua in Medicina attualmente in fase di avvio, che prevede sostanziali novità a livello aziendale in particolare per quanto riguarda l'accreditamento istituzionale (il governo della formazione diventa un elemento dell'accreditamento aziendale), l'accreditamento delle aziende come provider ECM e lo sviluppo delle capacità di programmazione e valutazione in particolare attraverso la sperimentazione e diffusione dei Dossier formativi individuali e di gruppo;

- l'impegno a sviluppare la collaborazione con il sistema regionale delle Università per la formazione delle professioni e le scuole di specializzazione medica;
- il ruolo dei Collegi di Direzione, con funzione di indirizzo e coordinamento delle diverse attività di formazione che si realizzano nell'Azienda.

Obiettivi per le Aziende per il 2009 sono:

- procedere all'accreditamento istituzionale alla luce delle indicazioni regionali;
- procedere all'accreditamento delle aziende come provider ECM al fine di rendersi autonome anche dal punto di vista della gestione dei crediti formativi per il personale;
- mantenere la collaborazione con l'ASSR per la valutazione della qualità della formazione;
- avviare la realizzazione di programmi di information literacy per promuovere l'uso della documentazione scientifica;
- avviare la realizzazione degli Accordi applicativi locali del Protocollo d'intesa Regione-Università per le scuole di specializzazione medica;
- valorizzare il ruolo di tutor didattico nelle sue varie forme relative ai corsi e ai master per le professioni, alle scuole di specializzazione medica, alla formazione continua dei MMG e degli altri operatori.

14. Comunicazione e partecipazione

La comunicazione come strategia al servizio delle politiche socio-sanitarie, nel più ampio contesto delle politiche pubbliche, è considerata essenziale e decisiva e gode di una attenzione crescente, anche se risente ancora di un approccio fondato su punti di vista parziali e di una prospettiva incerta. Il Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna assegna alle Aziende sanitarie della Regione e al sistema dei servizi sociali lo sviluppo di un insieme coordinato di competenze e funzioni mirate alla comunicazione, in grado di coinvolgere tutti i livelli delle organizzazioni. In questa direzione va anche tutto l'impegno sviluppatosi nel corso degli ultimi anni, che spazia dalla necessità di promuovere l'appropriatezza alla necessità di investire nell'empowerment delle comunità, dalla valorizzazione della percezione dei cittadini, della valutazione dei servizi da parte degli stessi e della partecipazione nelle scelte di programmazione sociale e sanitaria al rafforzamento degli strumenti di rendicontazione, come i Bilanci di Missione.

Come sempre nelle politiche pubbliche il successo è strettamente legato al rapporto di fiducia con i principali stakeholders e, quindi, alla credibilità e al consenso. E' questa una delle ragioni per cui ciò che ruota intorno alla dimensione strategica della comunicazione è strettamente correlato alle questioni che riguardano la partecipazione e, più in generale, la governance.

Una comunicazione efficace da parte delle Aziende sanitarie può rilanciare la capacità del Servizio sanitario di confrontarsi con il proprio ambiente sociale, affinando la capacità di

comprendere profili e politiche delle materie sociali che incidono sulla vita quotidiana dei cittadini. Un modo per guardare al capitale sociale come elemento imprescindibile in prospettiva strategica e per fare della qualità sociale il progetto e il criterio fondamentale per la scelta e la valutazione delle politiche che si mettono in campo.

Ci sono ampi margini, dunque, per ridefinire lo spazio, e il potenziale di comunicazione di una Azienda sanitaria e la metodologia per sviluppare quell'insieme coordinato di competenze e funzioni mirate, che deve coinvolgere tutti i livelli delle organizzazioni e al quale fa riferimento l'ultimo Piano Sociale e Sanitario regionale.

Il lavoro che si sta sviluppando in tutta la Regione per l'affinamento della metodologia dei Bilanci di Missione rappresenta un importante punto di riferimento di una tradizione consolidata di attenzione per lo sviluppo di percorsi trasparenti e condivisi e per l'allargamento degli spazi di governance del sistema e tutte le Aziende devono mantenere il loro impegno.

Su questi terreni, tuttavia, potranno innestarsi anche nuove elaborazioni, interventi, sperimentazioni in grado di misurarsi con maggiore efficacia con la necessità di orientare sempre più il sistema al perseguimento di obiettivi di salute, quindi ad una maggiore attenzione per i determinanti di salute e per i fattori all'origine di diseguità. Lo sviluppo di un tale processo dovrà necessariamente passare attraverso fasi di studio della fattibilità e si dovrà basare anche su esperienze pilota che ne orientino priorità e impegni. L'Ausl di Bologna, per la sua rilevanza regionale e per il patrimonio esistente, e ovviamente altre, possono rappresentare un laboratorio e ricercare occasioni per valorizzare la qualità dei servizi offerti ma anche per rafforzare il senso di fiducia dei cittadini nei confronti delle politiche sanitarie e la dimensione collettiva della responsabilità nei confronti dei beni comuni sperimentando strumenti, percorsi, processi da mettere a disposizione, successivamente, dell'intera comunità regionale con la finalità in particolare di:

- focalizzare le potenzialità comunicative di un'Azienda sanitaria e gli obiettivi prioritari verso i pubblici esterni e interni;
- disegnare una strategia e un percorso operativo e valutarne la fattibilità;
- definire i metodi, le tecniche e competenze necessarie al raggiungimento degli obiettivi;
- sviluppare analisi finalizzate a descrivere le disuguaglianze nella salute esistenti nelle comunità e l'impatto che le diverse politiche, comprese quelle di carattere assistenziale, determinano sui determinanti della salute.

15. Accredimento

Il processo di accreditamento istituzionale è, nella nostra regione, a regime dal settembre 2004 e l'esperienza del processo di verifica è ampiamente diffuso in tutte le Aziende sanitarie.

Gli obiettivi per l'anno tengono conto delle priorità già espresse dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e delle evidenze raccolte nelle visite di verifica relativamente ad aree di debolezza evidenziate.

Nel corso del prossimo anno:

- dovrà essere completato l'accreditamento delle strutture private ambulatoriali che possiedono contratti di fornitura nei confronti delle aziende che dovranno pertanto procedere alla verifica della loro funzionalità alla programmazione regionale;
- dovrà inoltre essere mantenuta la vigilanza da parte delle Aziende sullo 'stato di accreditamento' mediante verifiche periodiche interne di parte 1° (auditing interno) nell'intervallo che intercorre fra due cicli di verifiche, portato a quattro anni dalla recente approvazione della L.R 4/2008;
- tali audit dovranno avere un mandato integrato agli obiettivi specifici aziendali, in particolare quelli che traducono indicazioni regionali in tema di percorsi clinico – assistenziali e di gestione del rischio;
- dovranno inoltre essere emendate le criticità emerse nel corso delle verifiche. In generale i sistemi aziendali presentano particolari debolezze in ordine alle attività di valutazione delle performance. Dovrà pertanto essere definito/consolidato con percorsi a valenza aziendale il piano di verifica periodica del livello dipartimentale o di struttura operativa complessa comprendente: a) valutazione del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici; b) valutazione dell'attività annuale; c) valutazione dell'attività annuale pianificata;
- dovranno inoltre essere completati i percorsi aziendali di accreditamento, già programmati in riferimento alle priorità di cui alla Determinazione DGPS9549/08, curando lo sviluppo organizzativo dei sistemi di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza, incluso l'adempimento del debito informativo regionale, evidenziando il contributo delle strutture complesse all'analisi del rischio nel contesto specifico;
- dovranno essere predisposti percorsi di inclusione delle attività di qualificazione dei servizi SIAN-VET in contesti di preparazione dei Dipartimenti di Sanità Pubblica alle procedure di accreditamento.

16. Diversità ed equità

Diversità ed equità: strategie integrate di diversity management e consolidamento delle azioni di ascolto ed empowerment dei cittadini.

Facendo riferimento al Piano Sociale e Sanitario della RER 2008–2010 in cui viene esplicitamente richiamata la necessità di orientare il sistema dei servizi a queste tematiche, si prevede che le Aziende sviluppino progetti ed effettuino azioni indirizzate ai seguenti obiettivi :

- A) raggiungimento di una crescente attenzione all'inclusione delle diversità (origine etnica, genere, orientamento sessuale, età, disabilità....) di cui sono portatori i cittadini che afferiscono ai servizi sanitari e sociali per ridurre forme discriminatorie aggravanti le situazioni di vulnerabilità sociale che li caratterizzano e a garantire nel contempo equità di accesso, equità nei percorsi assistenziali e di trattamento.

Tutte le aziende dovranno pertanto:

- - definire il proprio modello di gestione delle diversità, che tenga conto dell'integrazione fra aspetti sociali e sanitari e includerlo nel sistema organizzativo formale aziendale;
- - contribuire allo sviluppo ed alla sperimentazione di indicatori di equality assessment individuati in contesto regionale;
- - produrre progetti di diversity management (aziendali o di area vasta) relativi a problemi o target specifici (di popolazione e/o dipendenti) .

B) sviluppo di azioni per il miglioramento del rapporto di fiducia fra l'organizzazione sanitaria, i suoi servizi e gli utenti/cittadini nell'ottica dell' empowerment dei cittadini e della comunità alla definizione di politiche di salute e benessere e di politiche dei servizi quale garanzia di riconoscimento delle diversità nel rispetto dell'equità.

Dovranno inoltre essere rafforzate e migliorate le attenzioni e le modalità operative già in atto. In particolare ogni azienda (o Area Vasta) dovrà:

- - sviluppare e realizzare progetti di valutazione della qualità dei servizi percepita dai cittadini/utenti, utilizzando i metodi e gli strumenti allo scopo forniti;
- - mettere a punto progetti o sperimentazione di modalità e tecniche per il coinvolgimento attivo dei cittadini nell'analisi dei servizi erogati e per il loro miglioramento;
- - mettere a punto un report relativo alla valutazione "dalla parte dei cittadini" che integri le informazioni acquisite dalle varie fonti (gestione delle segnalazioni, ricerche ad hoc, verifiche attive....) e preveda anche gli opportuni riferimenti al report della gestione del rischio.

17. Obiettivi inerenti i Progetti/Servizi ICT per il 2009

Negli ultimi anni, con particolare evidenza nel corso del 2008, si è provveduto a strutturare una rete informatica che, collegando la rete di offerta dei servizi territoriali e ospedalieri, permette la condivisione, tra i diversi soggetti coinvolti, delle informazioni sanitarie dei cittadini. Questa rete informatica e queste informazioni devono essere, nel rispetto della normativa della privacy, facilmente accessibili agli operatori del servizio, in particolare ogni qualvolta sia necessario erogare una prestazione sanitaria che rivesta carattere di urgenza, nei confronti degli assistiti della nostra regione.

Altro aspetto considerato strategico è la costruzione di una rete informativa integrata tra i servizi sanitari, sociosanitari e sociali. Questo obiettivo può essere realizzato soltanto attraverso un pieno coinvolgimento del sistema degli Enti Locali, anche al fine di costruire una efficace comunicazione tra i diversi punti di accesso del cittadino ai servizi e tra i diversi servizi per sostenere la continuità dei percorsi assistenziali. Nel 2009 la Regione si propone, in accordo con i Comuni, di definire le linee strategiche di questo sistema grazie anche alla rilevazione sui sistemi informativi attualmente in uso e sulle forme di integrazione già realizzate con i Comuni in ambito locale.

Nel 2009 vengono quindi individuate come priorità:

- implementazione del Fascicolo Sanitario Personale e del Patient Summary
- progettazione del Sistema Informativo Socio Sanitario.

Altro progetto di particolare interesse è quello del CUP Integratore, previsto all'interno dell'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006, inerente al piano di contenimento dei tempi di attesa, che prevedeva l'implementazione in ambito regionale di un sistema CUP integrato di prenotazione.

PROGETTO SOLE

- Comunicazione dei nominativi di tutti i MMG e PLS per il completamento delle attivazioni nella rete SOLE.
- Comunicazione dei componenti dei Nuclei di Cure primarie con SW omogeneo per l'attivazione in rete orizzontale MMG/PLS.
- Comunicazione dei nominativi per cui deve essere attivata la Carta Operatore con firma digitale anche ai fini del processo di refertazione.
- Diffusione dell'utilizzo della funzionalità di prescrizione elettronica presso tutti gli ambulatori ai fini della D.G.R. 2002/2007 "Direttiva alle Aziende sanitarie per il rispetto dell'adempimento relativo alla sostituzione della modulistica 'deburo' per la specialistica ambulatoriale di cui alla DGR. 2035/2006" tramite il Catalogo regionale SOLE per almeno il 75%.
- Consolidamento funzionalità avviate:
 - *CUP e Accesso Diretto (laboratorio, ecc.):* prenotazione/accettazione, entro dicembre 2009, di almeno il 60% delle prescrizioni presenti sul repository SOLE;

- *Laboratorio*: allineamento delle modalità di refertazione al sistema di codifica previsto dal Catalogo regionale SOLE (es.: emocromo);
 - *Radiologia*: refertazione con l'utilizzo del Catalogo regionale SOLE del 60% in riferimento al Valore Nominale SOLE¹ per referti di radiologia;
 - *Specialistica*: refertazione con l'utilizzo del Catalogo regionale SOLE del 35% in riferimento al Valore Nominale SOLE dei referti di specialistica;
 - *Pronto Soccorso*: invio del 50% dei referti in riferimento al Valore Nominale SOLE dei Referti di PS;
 - *Ricoveri*: invio del 60% delle lettere di dimissione in riferimento al Valore Nominale SOLE delle LD;
 - *Catalogo regionale SOLE*: adeguamento ed allineamento del catalogo aziendale secondo indicazioni regionali e secondo gli eventuali aggiornamenti riguardanti il Catalogo regionale SOLE (Indicatore: % prestazioni del Catalogo aziendale allineate al Catalogo regionale SOLE e gestione delle tabelle di transcodifica in tutti gli applicativi interessati).
- Formazione
- Individuazione di almeno un tutor aziendale per lo sviluppo di un piano formativo rivolto ai MMG e PLS, in modalità e-learning utilizzando il catalogo dei corsi "SOLE" sulla piattaforma regionale "self".

Supporto al Piano Attuativo Regionale per il contenimento dei tempi d'attesa (SPARTA)

- Completamento dell'adeguamento dei sistemi CUP nel rispetto delle diverse fasi previste dalla Circolare 10/2007 (inserimento di tutta l'offerta nel sistema CUP provinciale, separazione prime visite e controlli, applicazione priorità/codice colori, gestione delle sospensioni temporanee di erogazione, gestione del profilo del prenotatore, rilevazione del bacino di riferimento, aumento della tipologia di prestazioni prenotabili telefonicamente e on-line, applicazione di criteri omogenei per il calcolo del ticket).
- Pagamento on-line: attivazione delle procedure di incasso nell'ambito dell'intera provincia tramite il sistema di pagamento on-line.
- Recepimento delle Linee Guida regionali per l'applicazione delle condizioni di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

Sistema integrato di gestione delle liste d'attesa per ricoveri ospedalieri (SIGLA)

- Completamento delle operazioni di avviamento dei moduli di connessione GLA, invio dei dati prospettici delle branche specialistiche numericamente più significative.

Integratore CUP

- Individuazione delle agende che entreranno nel CUP Integratore e relativa messa in esercizio. Indicatore: messa in esercizio del 10% delle agende rispetto al totale delle agende presenti nel sistema CUP provinciale.

¹ Il Valore Nominale SOLE è quello indicato nella Tabella dei Livelli di utilizzo dei Servizi SOLE 2009.

PACS federato

- Partecipazione all'analisi delle modalità di implementazione del sistema in ambito mammografico.

Nuova Anagrafe Regionale Assistiti (NAAR) e Anagrafe Regionale Medici Prescrittori e ricettari

- Garanzia della qualità dell'anagrafe: precisione e tempestività (Indicatori: numero di record formalmente errati o doppi; grado di recepimento nel sistema informativo aziendale del codice fiscale validato dal sistema TS; presenza dei dati dell'assistito relativi al comune di residenza, data di inizio residenza e cittadinanza).

Call center Numero Verde regionale

- Allineamento banca dati alle linee guida regionali con attenzione alle relative modifiche dipendenti dagli adeguamenti al Catalogo regionale SOLE.
- Mantenimento delle informazioni aziendali aggiornate anche in risposta ad eventuali segnalazioni di difformità.

Sistema di gestione compensi MMG/PLS

- Aggiornamento dell'anagrafica degli assistiti della procedura Compensi MMG/PLS e allineamento della stessa con la Nuova anagrafe Assistiti Regionale (Indicatori: correzione tempestiva degli errori; numero di differenze riscontrate tra i due sistemi a cadenza mensile).

Sistema di Monitoraggio dell'accesso alle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale (MAPS)

- Rispetto delle scadenze previste nell'invio e validazione dei dati sia del monitoraggio dei TDA che del monitoraggio delle sospensioni di erogazione (Indicatore: % di invii e validazioni effettuati entro le scadenze definite).
- Facilitazione da parte delle Aziende ospedaliere delle operazioni necessarie al reperimento dei dati relativi ai TDA richiesti dalle AUSL.

PROFILER

- Compilazione del 100% delle schede di monitoraggio semestrale sugli investimenti, in edilizia sanitaria, socio sanitaria ed ammodernamento tecnologico, finanziati Stato/Regione entro le date stabilite dal Servizio Strutture Sanitarie e Socio-sanitarie.
- Acquisizione dei dati del patrimonio immobiliare sanitario regionale utili all'ottimizzazione dell'uso delle risorse finanziarie per la realizzazione dei nuovi interventi (strutture, impianti, apparecchiature ed arredi) e per la manutenzione ordinaria e straordinaria del patrimonio immobiliare stesso.

Portale SISINFO

- Aggiornamento delle informazioni aziendali sui Sistemi Informativi/Progetti sul

portale SISINFO.

18. Sistema informativo regionale e debiti informativi delle Aziende

Il sistema informativo della sanità e politiche sociali ha realizzato nel 2008 la migrazione su nuove piattaforme tecnologiche delle banche dati sanitarie: la reingegnerizzazione è nata dall'esigenza di aumentare i servizi alle Aziende a supporto della gestione dei dati trasmessi alla Regione, cercando di garantire maggiore flessibilità nell'utilizzo delle funzioni a disposizione degli utenti, e potenziare così la capacità di analisi e lettura dei principali fenomeni sanitari. Gli obiettivi 2009 si delineano in un quadro di riferimento in continuità con il 2008 – il Piano Sociale e Sanitario, il Fondo regionale per la non autosufficienza, a cui si devono aggiungere alcuni impegni derivanti da vincoli nazionali. Infatti il 2008 si è chiuso con l'approvazione di alcuni decreti nazionali che impattano significativamente sulle attività del sistema informativo sanitario. Il D.M.18 dicembre 2008 introduce, a partire dal 1° gennaio 2009, l'aggiornamento del sistema di classificazione ICD IX CM 2007 e della versione 24° del grouper- DRG per la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), che contiene 54 nuovi DRG, ne revisiona 15 e ne elimina 24. Il decreto ha definito anche il sistema di pesi-DRG calcolato sulla base di un campione di ospedali italiani. L'aggiornamento consente una migliore lettura e valutazione della casistica ospedaliera, ma affinché il "vocabolario aggiornato" venga pienamente utilizzato, saranno necessarie azioni formative sia a livello regionale che a livello locale. Il 17 dicembre 2008 sono stati inoltre approvati tre decreti riguardanti l'istituzione di sistemi informativi nell'area dell'integrazione socio-sanitaria (residenze e semiresidenze per anziani e l'assistenza domiciliare) e nell'area dell'emergenza, 118 e Pronto Soccorso. Il quadro normativo delineato rafforza le linee di sviluppo già indicate per l'anno 2008 con le necessarie integrazioni.

Gli obiettivi 2009 sono di seguito indicati

Tessera Sanitaria e monitoraggio della spesa sanitaria (art. 50 legge 326/2003)

Alla luce delle nuove indicazioni formulate nel corso del 2008 con la circolare 9/2008 sulla gestione del flusso ASA di specialistica ambulatoriale e nella circolare 8/2008 sulla compilazione della ricetta, nel 2009 si sviluppa, in via sperimentale su tre aziende, il progetto sulla ricetta elettronica.

Si sottolinea che il monitoraggio della spesa ai sensi dell'art. 50 rientra tra gli adempimenti previsti ai fini dell'accesso a quote del Fondo Sanitario Nazionale.

Anagrafe degli assistiti

A luglio del corrente anno sarà a regime la nuova anagrafe assistiti che alimenterà sia la procedura di calcolo dei compensi dei medici di medicina generale – MMG – e pediatri di libera scelta – PLS –, che le procedure di validazione dei dati di attività in carico al sistema informativo – SDO, ASA, farmaceutica ecc. Si ricorda che il calcolo dei compensi ai MMG e ai PLS è svolta a livello regionale come garanzia per evitare il doppio pagamento sul medesimo assistito, ma è responsabilità dell'azienda la qualità dei dati necessari a tale funzione. Per garantire l'allineamento delle anagrafi aziendali con quella regionale occorre organizzare un back office con tali specifiche funzioni.

E' obiettivo delle Aziende USL garantire l'allineamento dell'Anagrafe aziendale con quella regionale, e con l'Anagrafe del Sistema TS.

Anagrafe dei medici prescrittori

E' obiettivo delle Aziende garantire la manutenzione di questo archivio che avrà un ruolo fondamentale nello sviluppo del progetto "ricetta elettronica". L'archivio andrà a regime a fine luglio 2009.

Anagrafe delle strutture autorizzate ed accreditate

Le Aziende sanitarie devono provvedere all'inserimento nell'anagrafe regionale - costituita in attuazione dell'art. 6 della L.R. 34/98 e confermato dalla L.R. 4/2008 - delle informazioni relative alle strutture sanitarie autorizzate ed al loro aggiornamento.

E' obiettivo delle Aziende USL – Dipartimenti di Sanità Pubblica garantire l'alimentazione continua e la qualità di tali informazioni con particolare riferimento alle informazioni sull'autorizzazione e sulle anagrafiche delle strutture che alimentano la validazione dei dati di attività e costituiscono debito informativo verso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Nel 2009 verrà resa disponibile anche la sezione sull'accreditamento.

Assistenza farmaceutica

Gli obiettivi individuati nell'ambito della sezione "Politiche del farmaco" sono perseguibili se contestualmente viene garantita la tempestività e la qualità dei dati a supporto delle valutazioni previste. Si fa riferimento ai flussi informativi denominati AFT, AFO, e FED, di cui alla circolare n° 1 del 10 gennaio 2009; in particolare per la rilevazione sui consumi della farmaceutica ospedaliera, il 6 marzo 2009 è stato pubblicato il D.M. del 4/2/2009 che istituisce il flusso dei dati dalle regioni verso il livello nazionale. Per rispondere a quanto previsto dal decreto occorre modificare parzialmente l'attuale flusso regionale. La circolare 1/2009 stabilisce che dal gennaio 2009 il flusso FED – erogazione diretta, viene utilizzato anche ai fini della mobilità infra ed extra regione (ex File F). Ciò rafforza l'obiettivo di garantire coerenza e qualità delle rilevazioni.

Sanità Pubblica

Coerentemente con gli obiettivi definiti nella specifica sezione relativamente ai sistemi di sorveglianza si richiama l'attenzione alla rilevazione dei laboratori di analisi chimiche e microbiologiche, che necessita ancora di attenzione ed integrazione in ambito aziendale, per raggiungere livelli di qualità accettabili. Inoltre è obiettivo delle Aziende impegnarsi nella reingegnerizzazione/costruzione del sistema informativo delle malattie infettive e dei sistemi di sorveglianza. Si richiama l'attenzione anche sul sistema di rilevazione degli screening il cui miglioramento è indispensabile per l'utilizzo ai fini del monitoraggio del programma regionale di screening.

Sistema informativo del 118 e Pronto Soccorso

Il decreto del 17/12/2008 pubblicato in G.U. il 13 gennaio 2009 sancisce la costruzione del sistema informativo nell'area dell'emergenza urgenza (118 e Pronto Soccorso). Sono già stati svolti incontri di confronto con le Aziende per la verifica dei contenuti del nuovo flusso. E' obiettivo delle Aziende mettere in atto tutte le azioni necessarie ad attivare la raccolta sistematica di dati in modo da avviare la trasmissione dati a partire da luglio 2009 secondo quanto sarà definito dalla circolare specifica.

Mobilità sanitaria

Nel 2008 è stata costituita la rete dei referenti aziendali per la mobilità internazionale e si è proceduto ad una formazione per l'uso dell'applicativo che permette la trasmissione dei dati in regione: è compito della regione inviarli al Ministero. Nel 2009 deve essere utilizzato secondo le scadenze previste dalla normativa di riferimento.

Nell'ambito della mobilità interregionale gli accordi con le Regioni di confine (Marche e Veneto e altri che eventualmente vengano conclusi), prevedono un impegno della Regione e di conseguenza delle Aziende Sanitarie a garanzia dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale mediante una attività di controllo che vede, nel gruppo regionale costituito con determina 13491/2008 un punto di riferimento per la messa a punto di regole comuni.

Integrazione socio-sanitaria

Oltre alle iniziative già in essere a supporto della gestione del FRNA, con il decreto nazionale approvato il 17 dicembre 2008 e pubblicato in G.U. il 9 gennaio 2009 si attiva nel 2009 la rilevazione sulle attività delle residenze e semiresidenze per anziani. Inoltre alla luce del decreto 17 dicembre 2008 sull'assistenza domiciliare occorre prevedere una revisione del flusso esistente in particolare per la rilevazione delle prestazioni a carico socio-assistenziale. Le Aziende sono chiamate a garantire lo sviluppo di queste attività per la parte di propria responsabilità.

Adempimenti (Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005)

Si riportano di seguito alcuni adempimenti alla cui verifica la regione è soggetta da parte del Livello nazionale, secondo quanto previsto dall'Intesa del 23 marzo 2005 e confermata dal Patto per la Salute 2006. Si tratta di elementi di valutazione che confluiscono nella "Scheda di verifica dell'erogazione dei LEA", di compilazione regionale e verifica ministeriale.

Le aziende sono tenute ad alimentare tempestivamente le banche dati interessate e ad assicurare completezza e qualità dei dati; ci si riferisce, in particolare a:

1. Modelli ministeriali NSIS, Specialistica ambulatoriale, Assistenza farmaceutica e distribuzione diretta dei farmaci, SDO, CEDAP, Osservatorio investimenti, malattie infettive/vaccinazioni, Sanità veterinaria e alimenti, Tossicodipendenza /alcooldipendenza, Indicatori D.M. 12/12/2001, Dispositivi medici.
2. Informazioni riferite al mantenimento dell'erogazione dei LEA, e precisamente:
 - indicatori sui vari livelli di assistenza: Prevenzione, Distrettuale, Distrettuale anziani, Distrettuale disabili, Distrettuale malati terminali, Distrettuale farmaceutica, Distrettuale salute mentale, Ospedaliera, Emergenza.
 - Verifiche sulle Procedure di accreditamento per tutte le tipologie di strutture
 - Verifiche sulla Riduzione delle aree di inappropriatezza per la specialistica ambulatoriale
 - Valutazione degli Strumenti di valutazione multidimensionale dell'anziano e del disabile
 - Valutazione sull'Attività di controllo sulle cartelle cliniche
 - Liste di attesa: Piani regionali sui Tempi d'attesa
 - Carta dei Servizi: aggiornamento della carte dei servizi nelle Aziende sanitarie.
3. Per l'Assistenza Ospedaliera: indicatori su posti letto/standard.

4. Per l'Assistenza Extraospedaliera: indicatori su: Cure domiciliari, Cure residenziali per anziani, Cure residenziali per disabili fisici, psichici e sensoriali stabilizzati, Cure a favore di pazienti con Alzheimer.

Nuovi schemi regionali di bilancio, Piano dei conti e Piano dei fattori produttivi

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 412/2009 è stato approvato il Regolamento regionale che sostituisce gli schemi obbligatori di bilancio (Stato patrimoniale e Conto economico) allegati al Regolamento regionale n. 61/1995.

I nuovi schemi di bilancio sono funzionali sia ad una corretta alimentazione dei nuovi modelli ministeriali CE ed SP, adottati con Decreto del Ministero della Salute del 13 novembre 2007, che alla gestione della contabilità separata ed a destinazione vincolata del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA).

Le esigenze emerse in sede nazionale e regionale e le modifiche apportate agli schemi obbligatori di bilancio hanno determinato la necessità di completare il processo di adeguamento dello schema di Piano dei conti regionale, che è stato approvato nella nuova formulazione con la deliberazione della Giunta Regionale n. 413/2009.

Le Aziende dovranno utilizzare i nuovi schemi regionali per la redazione del bilancio dell'esercizio 2008 e per la predisposizione degli Strumenti di Programmazione 2009-2011, assicurando la qualità dei dati economici e patrimoniali ed una corretta alimentazione dei modelli ministeriali CE ed SP; particolare attenzione dovrà essere posta nelle modalità di rappresentazione degli scambi di prestazioni e di servizi tra aziende sanitarie regionali, stante la necessità di assicurare l'equivalenza delle registrazioni contabili.

Le Aziende sono altresì tenute ad adeguare il Piano dei conti aziendale ai nuovi schemi approvati, provvedendo ad ulteriori articolazioni necessarie per soddisfare eventuali esigenze informative aggiuntive, in particolare quelle connesse agli obblighi informativi verso il Ministero della Salute ed alla gestione e rendicontazione del FRNA.

Le Aziende dovranno infine impegnarsi per assicurare una corretta applicazione delle Linee guida al Piano dei conti regionale e l'adeguamento del Piano dei fattori produttivi regionale, che saranno oggetto di specifiche circolari regionali.

Per la Contabilità analitica, le aziende devono garantire, nei tempi e con le modalità stabilite, l'alimentazione e l'allineamento dei modelli regionali e ministeriali (modello LA e modello CP), funzionali alle successive elaborazioni riferite ai costi per livello di assistenza.

Il "bilancio aggregato delle aziende sanitarie regionali"

Con determina n. 2245/2009 del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali è stato costituito un Gruppo di lavoro per la predisposizione del "bilancio aggregato delle aziende sanitarie regionali".

Il Gruppo di lavoro ha lo scopo di affinare ulteriormente i meccanismi e le modalità che garantiscono l'omogeneità dei sistemi contabili aziendali e l'uniformità nella predisposizione dei documenti contabili ufficiali- Bilancio d'esercizio e modelli ministeriali CE ed SP - tenuto conto, in particolare, degli aspetti amministrativi e contabili legati alle

nuove modalità di acquisto in Area Vasta, di gestione dei magazzini comuni, di svolgimento delle funzioni sovra aziendali e delle relazioni con le Sperimentazioni gestionali; Il Gruppo definirà il percorso metodologico per la predisposizione del bilancio aggregato del sistema sanitario regionale.

Questo percorso è funzionale allo svolgimento della procedura di consolidamento dei dati a livello regionale, prevista dalle linee guida ministeriali e che comporta l'elisione degli effetti economici e patrimoniali delle operazioni infra-aziendali.

Le Aziende sanitarie, anche in relazione alle specifiche tematiche che saranno affrontate, dovranno collaborare all'attività del Gruppo di lavoro, impegnandosi a condividere ed a recepire i documenti che saranno predisposti e diffusi; le Aziende dovranno inoltre adeguare i propri strumenti contabili e le modalità di rilevazione alle indicazioni che saranno fornite dal Gruppo di lavoro, con particolare riferimento alle esigenze di elisione delle partite economiche e patrimoniali riferite a prestazioni infra-aziendali.

19. Modalità di rendicontazione e valutazione dei risultati

Bilancio di Missione e Bilancio di Esercizio costituiscono, ai sensi dell'articolo 6 della Legge regionale 29/2004, i due strumenti attraverso i quali le Aziende rendono conto rispettivamente degli esiti dell'attività istituzionale (in rapporto agli obiettivi di salute assegnati dalla Regione e dalle Conferenze Territoriali Sanitarie e Sociali) e dei risultati della gestione economico-finanziaria.

Nella predisposizione del Bilancio di Missione 2009, le Aziende dovranno fare specifico riferimento alle attività svolte e ai risultati conseguiti rispetto alle linee di programmazione 2009, così come verrà indicato in un documento appositamente predisposto al fine di uniformare modalità e contenuti di rendicontazione. Allo stesso modo, Nota Integrativa e relazione del Direttore Generale, nei contenuti riformulati dall'articolo 16 della Legge regionale 4 del 2008, dovranno contenere le informazioni esplicative ed integrative richieste dal medesimo documento.

Il presente documento, contenente le Linee di programmazione per il 2009, unitamente alla correttezza e completezza delle suddette modalità di rendicontazione, costituisce il quadro di riferimento degli obiettivi cui correlare la corresponsione ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie dei compensi aggiuntivi previsti dai relativi contratti in essere, fermo restando che il rispetto del vincolo economico finanziario è requisito necessario per l'accesso alla valutazione medesima.

APPENDICE

I principali provvedimenti regionali assunti nel corso del 2008 e nei primi mesi del 2009 rilevanti ai fini della programmazione

- Deliberazione n. 200 del 18 febbraio 2008
Revisione dei piani aziendali per il superamento della fase transitoria dell'attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale. Attuazione dell' art. 8 comma 5 della legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29
- Legge Regionale n. 4 del 19 febbraio 2008
Disciplina degli accertamenti della disabilità - Ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale.
- Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 156 del 4 marzo 2008
Approvazione atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici.
- Deliberazione n. 318 del 17 marzo 2008
Programma regionale integrato per l' assistenza alle persone con disturbo dello spettro autistico 'PRI-A'.
- Deliberazione n. 374 del 27 marzo 2008
Revisione del programma 'Assistenza odontoiatrica nella Regione Emilia Romagna: programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione dei livelli aggiuntivi' di cui alla DGR 2678 del 2004.
- Deliberazione n. 533 del 21 aprile 2008
Direttiva alle aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita.
- Deliberazione n. 556 del 21 aprile 2008
Direttiva in materia di contratti di lavoro autonomo nella Regione Emilia Romagna.
- Deliberazione n. 602 del 28 aprile 2008
Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2008.
- Deliberazione n. 698 del 19 maggio 2008
Programma regionale 'Dipendenze Patologiche' - obiettivi per il triennio 2008-2010.
- Deliberazione n. 840 del 11 giugno 2008
Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l'assistenza al domicilio per le persone con gravissima disabilità nell' ambito del FRNA e della DGR 2068/2004.
- Deliberazione n. 883 del 11 giugno 2008
Approvazione dei piani aziendali in materia di attività libero professionale intramuraria redatti dalle Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna ai sensi della L.N. 120/07 e della deliberazione di Giunta n. 200/08.
- Deliberazione n. 963 del 23 giugno 2008
Istituzione del comitato regionale di coordinamento ai sensi del DPCM 21/12/07 'Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro'.
- Legge Regionale 25 luglio 2008, n. 13

Assestamento del bilancio di previsione della Regione Emilia Romagna per l'esercizio 2008 del bilancio pluriennale 2008–2010 a norma dell'art. 30 della legge regionale 15 novembre 2001, n. 40. Primo provvedimento generale di variazione.

- Deliberazione n. 1230 del 28 luglio 2008
Fondo Regionale per la Non Autosufficienza - programma 2008 e definizione interventi a favore delle persone adulte con disabilità.
 - Deliberazione n. 1523 del 29 settembre 2008
Definizione del sistema regionale dei dispositivi medici.
 - Deliberazione n. 1690 del 20 ottobre 2008
Linee di indirizzo per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza nell'ambito dei piani di zona per la salute e il benessere sociale.
 - Deliberazione n. 1863 del 10 novembre 2008
Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate delle RER applicabili e decorrere dall'1/01/2008.
 - Deliberazione n. 1864 del 10 novembre 2008
Delega della Giunta Regionale all'Assessore alle Politiche per la salute per la firma dell'accordo - contratto riguardante regolamentazione rapporti tra la RER e gli ospedali privati accreditati (Fascia A) per fornitura prestazioni ospedaliere di alta specialità anni 2007, 2008, 2009, 2010.
 - Legge Regionale 19 dicembre 2008, n. 22
Legge finanziaria regionale adottata a norma dell'art. 40 della legge regionale 15 novembre 2001, n. 40 in coincidenza con l'approvazione del bilancio di previsione della Regione Emilia Romagna per l'esercizio finanziario 2009 e del bilancio pluriennale 2009 – 2011.
 - Deliberazione n. 2234 del 22 dicembre 2008
Fondo sanitario 2008: ripartizione ed assegnazione di fondi a favore delle Aziende sanitarie e dell'ARPA.
 - Deliberazione n. 17 del 19 gennaio 2009
Accordo regionale in attuazione dell'accordo collettivo nazionale, reso esecutivo in data 15 dicembre 2005 mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.
 - Deliberazione n. 170 del 23 febbraio 2009
Accertamento assenza tossicodipendenza e assunzione sostanze in determinate categorie di lavoratori (Intesa Stato-Regioni 30/10/2007 e accordo Stato-Regioni 18/09/2008): indicazioni operative.
 - Deliberazione n. 313 del 23 marzo 2009
Piano attuativo Salute Mentale 2009-2011.
 - Deliberazione n. 314 del 23 marzo 2009
Provvedimenti in ordine alla definizione del modello organizzativo in materia di Sanità penitenziaria, alla istituzione dell'Osservatorio permanente e alla istituzione del Comitato di programma, ai sensi del DPCM 1.4.2008.
-

LIBRERIE CONVENZIONATE PER LA VENDITA AL PUBBLICO

Libreria di Palazzo Monsignani S.r.l. – Via Emilia n. 71/3 – 40026 Imola (BO)
Nuova Tipografia Delmaino S.n.c. – Via IV Novembre n. 160 – 29100 Piacenza

Libreria Incontri – Piazza Libertà n. 29 – 41049 Sassuolo (MO)
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/>
Indirizzo di posta certificata: bollettinoufficiale@postacert.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.