

ALLEGATO B

GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE 2018

<i>Premessa</i>	<i>pag. 4</i>
1 – Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	pag. 5
1.1. Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018	pag. 5
1.2 Sanità Pubblica	pag. 5
1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi	pag. 5
1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive,	pag. 6
1.2.3 Piano di Prevenzione Vaccinale 2017-2019	pag. 7
1.2.4 Programmi di screening oncologici	pag. 8
1.2.5 Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	pag. 8
1.2.6 Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assist.e sociosan.-	pag. 9
1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	pag. 10
1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	pag. 11
2 – Assistenza territoriale	pag. 13
2.1 Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	pag. 13
2.2 Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa	pag. 14
2.3 Ospedali di Comunità	pag. 16
2.4 Assistenza Protesica	pag. 16
2.5 Cure palliative	pag. 16
2.6 Continuità assistenziale – dimissioni protette	pag. 17
2.7 Materno Infantile-percorso Nascita	pag. 17
2.7.1 Salute riproduttiva	pag. 19
2.7.2 Percorso IVG	pag. 19
2.7.3 Procreazione Medicalmente Assistita	pag. 19
2.8 Contrasto alla violenza di genere	pag. 20
2.9 Salute in età pediatrica e adolescenziale	pag. 20
2.9.1 Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti	pag. 20
2.9.2. Lotta all'antibioticoresistenza	pag. 21
2.9.3 Promozione all'allattamento	pag. 22
2.9.4 Promozione della salute in adolescenza	pag. 22
2.10 Formazione specifica in medicina generale	pag. 23
2.11 Salute Mentale, Dipendenze Patologiche	pag. 23
2.11.1 Progetto regionale adolescenza	pag. 23
2.11.2 Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018	pag. 23

2.11.3 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti salute mentale	pag. 24
2.11.4 Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia	pag. 24
2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	pag. 24
2.13 Progetto regionale demenze	pag. 26
2.14 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	pag. 27
2.15 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici	pag. 27
2.15.1 Obiettivi di spesa farmaceutica RER per l'anno 2018	pag. 27
2.15.2 Governo della spesa farmaceutica	pag. 28
2.15.3 Rimodulazione canali distributivi-Intesa distribuzione per conto	pag. 31
2.15.4 Adozione di strumenti di governo clinico	pag. 31
2.15.5 Attività di informazione scientifica nell'ambito del SSR	pag. 32
2.15.6. Farmacovigilanza	pag. 32
2.15.7 Dispositivi medici	pag. 32
2.16 Acquisto SSN dei dispositivi medici	pag. 33
2.17 Attuazione della LR n. 2/2016	pag. 33
2.18 Iniziative di Health Literacy	pag. 34

3 – Assistenza ospedaliera pag. 35

3.1 Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	pag. 35
3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	pag. 36
3.2.1 Appropriatelyzza ed utilizzo efficiente risorsa posto letto	pag. 36
3.2.2 Reti di rilievo regionale	pag. 37
3.2.3 Emergenza Ospedaliera	pag. 40
3.2.4 Centrali Operative e 118	pag. 41
3.2.5 Attività Trasfusionale	pag. 41
3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	pag. 42
3.2.7 Volumi-esiti	pag. 43
3.3 Screening oftalmologico neonatale	pag. 44
3.4 Sicurezza delle cure	pag. 44
3.5 Accredimento	pag. 46
3.6 Lesioni da pressione	pag. 46

4 – Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa pag. 48

4.1 Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA	pag. 47
4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	pag. 47
4.1.2 Il miglioramento del sistema informativo contabile	pag. 48
4.1.3 Attuazione Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci	pag. 49

4.1.4 Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	pag. 50
4.2 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	pag. 52
4.3 Il governo delle risorse umane	pag. 54
4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri	pag. 57
4.5. Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	pag. 58
4.6 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	pag. 59
4.7 Disposizione anticipate di volontà di trattamento	pag. 59
4.8 Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti	pag. 60
4.9 Sistema Informativo	pag. 63
4.10 La gestione del patrimonio immobiliare.	pag. 65
4.10.1 Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale	pag. 66
4.10.2 Tecnologie biomediche	pag. 67

5 – Le attività presidiate dall’Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale pag. 68

Premessa

In analogia agli anni precedenti, gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2018 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFER) che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale.

Oltre a tali indirizzi si pongono per il Sistema sanitario Regionale ulteriori obiettivi da perseguire nel 2018, derivanti dal nuovo **Piano Sociale e Sanitario Regionale**.

Nel luglio 2017 è stato infatti approvato il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017 - 2019 (Deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 120/2017) ed i relativi strumenti attuativi (DGR 1423/2017)

Il Piano viene attuato con la definizione di specifici interventi da realizzare da parte del sistema Regione-Enti locali nell'ambito dei programmi regionali e della programmazione distrettuale. Tali interventi sono descritti da schede che individuano gli obiettivi e le azioni da sviluppare nell'arco di vigenza del Piano, con particolare attenzione agli aspetti di integrazione e trasversalità, e dettagliano destinatari e indicatori per la misurazione del risultato.

Il Piano prevede il raccordo con i diversi strumenti di programmazione, tra i quali il Piano Regionale per la prevenzione, il Programma annuale di riparto del Fondo Regionale per la Non autosufficienza, le linee di programmazione regionale integrata dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari, previste dalla L.R. 14/2015 e le linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale.

Pertanto, le azioni previste nelle schede attuative del Piano che coinvolgono le Aziende sanitarie sono da considerarsi obiettivi della programmazione sanitaria per l'anno 2018, e verranno esplicitamente richiamati nella successiva trattazione per livelli di assistenza.

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

1.1. Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018 rappresenta la cornice strategica per raggiungere a livello regionale e aziendale gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale; nel biennio 2016-17 le Aziende Sanitarie hanno attuato le azioni previste nei 68 progetti del PRP, in una logica di integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali.

Nel 2018 si provvederà, in accordo con la programmazione anche locale delle Aziende Sanitarie, alla rimodulazione del PRP, estesa anche al 2019, sulla base dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2017.

Nel 2018 le Aziende Sanitarie si impegnano a continuare a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali Setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità - programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), secondo una programmazione ispirata ai principi condivisi di equità, integrazione e partecipazione e garantendo attività programmate e cronogramma.

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

➤ Indicatori e target:

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

Nel 2018 le Aziende Usl si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella, secondo quanto indicato nella programmazione aziendale; per ogni singolo indicatore lo standard si considera raggiunto se il valore osservato non si discosta di più del 20% rispetto al valore atteso. In sintesi:

- % indicatori sentinella con valore conseguito $\geq 80\%$; obiettivo: $\geq 95\%$.

Anche le Aziende Ospedaliere partecipano all'implementazione del PRP, attuando le azioni di competenza previste e collaborando in tal modo con le Aziende Usl al raggiungimento degli indicatori.

- rispetto degli indicatori assegnati alle Aziende ospedaliere nei progetti del PRP; obiettivo $\geq 95\%$.

1.2 Sanità Pubblica

I Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP), oltre ad assicurare il coordinamento dell'attuazione del PRP e l'apporto alla sua attuazione, per quanto di specifica competenza, dovranno garantire le attività istituzionalmente dovute, l'attività di vigilanza e controllo in coerenza con la DGR 200/2013 e con gli altri atti regionali di indirizzo emanati in materia, la gestione delle emergenze di specifica competenza e il contributo di sanità pubblica in tutte le emergenze che lo richiedano, cooperando con altri Enti.

Particolare attenzione dovrà essere posta alle seguenti aree di attività.

1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi

Il PRP ribadisce il ruolo essenziale, al fine del monitoraggio e della valutazione dei risultati, della disponibilità dei dati derivati dai sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli e valorizzandoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment). A livello regionale sono già presenti numerosi sistemi informativi e banche dati aggiornate. E' essenziale che questo patrimonio informativo sia

mantenuto e implementato in una visione unitaria, anche a supporto dei programmi di sanità pubblica, oltre che ai fini della descrizione e valutazione dell'assistenza.

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

Va completato il *Registro* regionale dei tumori, dando piena attuazione a quanto previsto nel PRP e assicurando la copertura dell'intero territorio regionale.

Le Aziende USL assicurano inoltre l'aggiornamento dell'anagrafe dei medici abilitati al rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica e l'adozione del "Portale della Medicina dello Sport" regionale per il rilascio delle certificazioni sportive.

➤ *Indicatori e target:*

- completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2018) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003; obiettivo: $\geq 95\%$ al marzo 2019;
- realizzazione delle interviste PASSI programmate; obiettivo: Rapporto interviste PASSI realizzate/interviste PASSI programmate $\geq 95\%$ al febbraio 2019;
- avvio del registro tumori nell'Ausl di Bologna.

1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

Oltre alle azioni e agli obiettivi contenuti nel PRP, va assicurata un'efficace *azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie*, attuando i piani regionali specifici di controllo o di eliminazione e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale adeguate.

Va particolarmente presidiata la tempestività e completezza delle segnalazioni da parte dei clinici al Dipartimento di Sanità Pubblica al fine di consentire l'adozione delle necessarie misure di profilassi e controllo a tutela della collettività che in alcuni casi, come le malattie trasmesse da vettori, richiedono l'attivazione tempestiva dei Comuni per le misure di loro competenza.

Va rafforzata l'attività di sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradicazione di specifiche malattie infettive, quali il morbillo, la rosolia congenita e la poliomielite (segnalazione al Centro regionale di riferimento dei casi di paralisi flaccida acuta (PFA) in minori di 15 anni).

Per quanto riguarda la gestione del sistema informativo delle malattie infettive deve essere monitorata la qualità dei dati inseriti nell'applicativo SMI al fine di perseguire un miglioramento costante.

Vanno promossi e attuati interventi informativi/comunicativi/educativi, in particolare per le malattie infettive la cui trasmissione è fortemente influenzata dai comportamenti individuali.

Va predisposto/aggiornato il protocollo riguardante i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST), tenendo conto di un approccio multidisciplinare e della rete delle competenze aziendali e/o interaziendali assicurando la segnalazione da parte dei clinici, al DSP competente, di tutti i casi diagnosticati di malattia sessualmente trasmessa.

Va migliorata la capacità diagnostica per le malattie invasive batteriche (MIB): in ciascun ambito provinciale o sovra-provinciale deve essere garantita la disponibilità diretta o *in service* di accertamenti di biologia molecolare, da considerarsi come prima scelta diagnostica allorché si abbia il sospetto di una MIB da meningococco.

Vanno mantenute le azioni per dare piena attuazione alle indicazioni della DGR n.828/2017 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi". In tale ambito è necessario promuovere anche la corretta applicazione delle stesse da parte dei

gestori di impianti e di strutture a rischio, realizzando adeguate azioni di formazione e informazione, e collaborare con i Comuni alla mappatura delle torri di raffreddamento e dei condensatori evaporativi esistenti sul territorio di competenza.

➤ *Indicatori e target:*

- n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata (periodo di attività del vettore): valore ottimale = 100%; valore accettabile = > 90%.
- schede di casi di malattie infettive, inserite nell'applicativo SMI, incomplete al consolidamento (dopo sei mesi dall'inserimento) / n. totale di schede di casi di malattie infettive inserite nell'applicativo SMI: valore ottimale = 100%; valore accettabile = > 95%.

1.2.3 Piano di prevenzione vaccinale 2017-19 e legge 119/2017 inerente disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale

La Regione Emilia-Romagna ha recepito il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV 2017-19) e ha adottato un piano di implementazione graduale del calendario vaccinale in esso proposto che deve essere attuato dalle Ausl. In particolare, considerato l'impatto del nuovo calendario, per alcune vaccinazioni è stata garantita l'offerta attiva e gratuita a partire dal 2017, mentre per altre l'offerta sarà implementata nel corso del 2018, fermo restando che i vaccini previsti nel nuovo PNPV 2017-19 sono comunque tutti ricompresi nei nuovi LEA e rappresentano un diritto esigibile da parte del cittadino per le tipologie di vaccino e le fasce di età previste dal piano stesso.

Le Aziende Usl hanno quindi già implementato nel 2017, e dovranno consolidare nel 2018, l'offerta attiva delle seguenti nuove vaccinazioni:

- contro il meningococco B ai nuovi nati;
- contro la varicella in età pediatrica;
- contro il Papillomavirus HPV, avvio chiamata attiva della coorte dei maschi nati nel 2006;
- contro lo pneumococco alla coorte dei 65enni;
- contro il rotavirus ai neonati con fattori di rischio;
- contro la pertosse agli adulti e alle donne in gravidanza.

Nel corso del 2018 dovranno inoltre garantire:

- l'estensione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il rotavirus a tutti i nuovi nati (a partire dai nati dal 1-1-2018);
- l'introduzione della quinta dose di vaccino antipoliomielite nell'adolescente, a partire dalla coorte dei nati nel 2005;
- l'avvio dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'herpes Zoster ai 65enni.

Inoltre deve essere data piena attuazione a quanto previsto dalla legge nazionale 119/2017 e dalla Circolare regionale n. 13 del 22-12-2017 che fornisce indicazioni in particolare relativamente alla gestione degli inadempienti e ai recuperi vaccinali.

È necessario rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti in funzione dell'età avanzata o con patologie croniche. Per quanto riguarda gli operatori sanitari occorre far riferimento a quanto indicato nel paragrafo "Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie".

➤ *Indicatori e target:*

- copertura per le 10 vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia (valutate al 24° mese): obiettivo >95%;
- copertura vaccinale per la vaccinazione contro il meningococco B al 1° anno: obiettivo >75%;
- copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV: ragazze della coorte di nascita 2006: >75%, ragazzi della coorte di nascita 2006: >60%;
- copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età ≥ 65 anni: obiettivo ≥ 75%,
- copertura vaccinale antipneumococco nella popolazione di età ≥ 65 anni: obiettivo ≥ 55%.

1.2.4 Programmi di screening oncologici

Relativamente ai tre programmi di screening oncologici è necessario consolidare i percorsi attivi ormai da diversi anni nelle Aziende Sanitarie regionali, con l'obiettivo di mantenere i livelli di copertura raccomandati nella popolazione target, assicurando il rispetto degli specifici protocolli e garantendo il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso e degli standard di performance, con particolare attenzione alla progressione delle chiamate al test HPV e al percorso per il rischio eredo-familiare del tumore della mammella.

➤ Indicatori e target:

- Per lo screening cervicale: Percentuale di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale) ; valore ottimale ≥ 60%; valore accettabile ≥50 %
- Per lo screening mammografico: Percentuale di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale ≥ 70%; valore accettabile ≥ 60%
- Per lo screening coloretale: Percentuale di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale ≥60 %; valore accettabile ≥ 50%.

1.2.5 Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

Vanno mantenute le azioni in materia di vigilanza e controllo, in attuazione della DGR n. 200/2013 e degli altri atti di indirizzo regionali (Circolare Regionale n. 10/2014, indicazioni per attività delle Unità Impiantistiche antinfortunistiche (UOIA), ecc.), assicurando un'omogenea e trasparente programmazione secondo criteri di rischio, la socializzazione dei risultati, l'utilizzo degli strumenti definiti a livello regionale al fine di perseguire modalità omogenee di intervento e l'integrazione tra le Unità Operative.

In tale ambito si evidenziano i seguenti obiettivi:

- utilizzo, nell'attività di vigilanza, degli strumenti definiti a livello regionale per il controllo nei luoghi di lavoro;
- utilizzo, nell'attività di vigilanza, degli strumenti definiti a livello regionale per il controllo delle strutture ricettive, scolastiche e degli impianti natatori.

Si pone in evidenza che a livello nazionale è stato ricalcolato il numero di aziende da sottoporre annualmente a vigilanza al fine di includere nei controlli anche i lavoratori autonomi. Tale modifica, apportata per rendere coerente l'attività di vigilanza con il campo di applicazione del decreto legislativo 81/08, ha incrementato il denominatore dell'indicatore. Si ritiene comunque di mantenere la percentuale di copertura dei controlli al 9%: modulandone la valutazione a livello locale sulla base degli impatti della modifica succitata. È quindi previsto un livello di copertura pari

al 9%, di cui tendenzialmente il 10% è assicurato dalle UOIA, la restante quota dalle Unità Operative di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.

Accanto all'attività di vigilanza vanno mantenuti interventi diretti alla promozione della salute nei luoghi di lavoro, secondo quanto previsto dal PRP, finalizzati al miglioramento globale del contesto lavorativo e all'invecchiamento attivo dei lavoratori, consapevoli che le basi per una popolazione in buona salute sono da porre prima dell'età anziana. Strategica quindi nei luoghi di lavoro la prevenzione delle principali malattie croniche non trasmissibili (MCNT), la promozione delle vaccinazioni e degli screening di comprovata efficacia, oltre che del programma Guadagnare Salute (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica). In questo contesto si ritiene centrale il ruolo del medico competente quale figura privilegiata a collaborare con le aziende per l'attuazione di programmi volontari di promozione della salute.

Con la DGR n. 1945 del 04/12/2017 è stato approvato il nuovo Piano amianto della Regione Emilia-Romagna. In particolare, è previsto:

- il mantenimento del Centro Operativo Regionale (COR) mesoteliomi e l'istituzione del COR lavoratori ex-esposti ad amianto collocati presso l'Azienda USL di Reggio Emilia;
- la realizzazione di un programma regionale di assistenza informativa e sanitaria dedicata ai lavoratori ex-esposti ad amianto presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica;
- la presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma con definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) secondo le indicazioni regionali;
- l'implementazione delle attività di vigilanza e controllo nei cantieri di bonifica di Materiali Contendenti Amianto (MCA);
- interventi integrati tra Aziende USL, ARPAE e le Amministrazioni comunali per promuovere le bonifiche ed i controlli secondo criteri di priorità.

➤ *Indicatori e target:*

- % aziende con dipendenti ispezionate; obiettivo: $\geq 9\%$;
- n. cantieri di rimozione amianto controllati sui piani di rimozione amianto presentati (art. 256 D. Lgs. 81/08): $\geq 15\%$;
- evidenza di attivazione di un ambulatorio diretto alla sorveglianza degli ex esposti ad amianto in ogni DSP;
- n. aziende del territorio partecipanti al progetto di promozione della salute nei luoghi di lavoro: $\Rightarrow 80\%$ di quanto previsto dal PRP;
- riguardo alla presa in carico del paziente con mesotelioma si rinvia al paragrafo 3.15 Centri di riferimento regionali.

1.2.6 Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio sanitaria

Con la DGR n. 1943 del 04/12/2017, recante i requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie, è stato avviato il complessivo processo di revisione delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie.

I DSP devono assicurare:

- il funzionamento delle previste Commissioni dipartimentali e l'osservanza dei tempi previsti dal procedimento;
- l'aggiornamento per quanto di competenza dell'anagrafe delle strutture autorizzate;
- la vigilanza di almeno il 50% delle strutture per anziani e disabili con massimo 6 posti letto, in collaborazione con i Comuni e i Dipartimenti di Cure Primarie, al fine di garantire il controllo di tutte le strutture esistenti nel biennio 2017-2018;
- l'assistenza diretta alla corretta applicazione dei requisiti autorizzatori.

➤ *Indicatori e target:*

- implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie: target 100% delle strutture autorizzate/anno;
- % case famiglia controllate nel biennio 2017-2018: >=100%.

1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

Oltre a realizzare, registrare e rendicontare tutte le attività comprese nelle normative specifiche e nei piani nazionali e regionali in vigore, nonché attuare quanto previsto nel PRP come indicato in premessa, nel corso del 2018 occorrerà perseguire gli obiettivi definiti di seguito. Viene definito un obiettivo generale di attuazione di quanto previsto dal Piano Regionale Integrato (PRI). Vengono inoltre fissati obiettivi specifici su alcune attività comprese all'interno del piano, ma che richiedono una particolare attenzione in quanto negli anni precedenti hanno presentato criticità per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Ministero della Salute relativi agli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e che devono essere valutate secondo indicatori coerenti con quelli del sistema di valutazione nazionale.

1.3.1 Piano Regionale Integrato

La Regione Emilia-Romagna con DGR n. 1500 del 10/10/2017 ha approvato il Piano Regionale Integrato che comprende in un unico documento la programmazione regionale in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Il PRI individua per ogni piano specifico una serie di indicatori condivisi con tutte le AUSL per monitorare le azioni previste nel piano stesso. Tra tutti gli indicatori previsti ne sono stati individuati un gruppo, da considerare "sentinella" per il 2018, scelti tra quelli che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali per la valutazione degli adempimenti LEA e tra quelli che riguardano attività indicate come prioritarie dal Ministero della Salute per il 2018.

Nel 2018 le Aziende Usl si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori.

➤ *Indicatori e target:*

- % indicatori "sentinella" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano; obiettivo: 100% - Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo), sistema regionale ORSA e rendicontazioni annuali dalle AUSL;
- % della totalità di indicatori con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano; obiettivo 80% - Fonte dati: sistema regionale ORSA e rendicontazioni annuali dalle AUSL.

1.3.2 Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina e brucellosi ovis-caprina e anagrafe ovis-caprine

Nel 2018 le Aziende Usl, oltre ad attuare quanto previsto nel piano regionale integrato per i piani specifici per il controllo della brucellosi bovina e della brucellosi ovis-caprina, dovranno registrare i relativi dati dei controlli ufficiali eseguiti nel sistema nazionale SANAN (indicatore LEA 2017).

Le Aziende Usl dovranno inoltre attuare nelle aziende zootecniche ovis-caprine le ispezioni per anagrafe ovis-caprina registrandole sul portale nazionale VETINFO, applicativo "controlli".

➤ *Indicatori e target:*

- % degli allevamenti controllati sul totale degli allevamenti soggetti a controllo nell'anno; obiettivo 100% - Fonte dati sistema: SEER dell'IZSLER;
- % dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN; obiettivo 80% - Fonte dati: sistema SISVET di VETINFO;

- % aziende controllate nell'anno sul totale delle aziende soggette a controllo; obiettivo 3% - Fonte dati: portale nazionale VETINFO "Statistiche".

1.3.3 Realizzazione dei controlli sui contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari)

Nel 2018 dovranno essere attuati i controlli per la ricerca di residui negli alimenti di origine vegetale, rispettando la programmazione del Piano regionale per la ricerca dei fitosanitari.

➤ *Indicatore e target:*

- % campioni analizzati per il piano regionale fitosanitari, per ciascuna categoria di alimenti, sul totale dei campioni previsti dal piano regionale per quella categoria; obiettivo 100% - Fonte dati: sistema nazionale NSIS.

1.3.4 Adeguamento dei sistemi informativi gestionali per la trasmissione dei dati al sistema regionale ORSA

L'integrazione dei Servizi Veterinari al sistema regionale ORSA è stata avviata in tutte le AUSL ma vi sono criticità rilevanti nella qualità dei dati che arrivano a livello regionale. Allo scopo di superare tali criticità sono state definite alcune regole per l'informatizzazione dei dati in corso di formalizzazione e divulgazione alle AUSL. L'integrazione dei SIAN è prevista per quest'anno.

Nel 2018 le AUSL dovranno garantire che i dati presenti in ORSA possano soddisfare il debito informativo delle AUSL verso la Regione, così come definito dalle reportistiche annuali SISVET e SIAN.

➤ *Indicatore e target:*

- Idoneità dei dati AUSL, presenti nel sistema regionale ORSA, di rendicontazione annuale dell'attività di vigilanza nelle strutture registrate e riconosciute.

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

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

- aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuando modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi;
- promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità di formazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo;
- ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso:
 - una puntuale valutazione del rischio delle indicazioni regionali in materia;
 - l'offerta attiva delle vaccinazioni.
- raccogliere sistematicamente i dati relativi alle segnalazioni di molestie ed aggressioni a carico del personale elaborando analisi e proposte per la riduzione del fenomeno.

➤ *Indicatori e target:*

- copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari; obiettivo: $\geq 34\%$, o comunque con evidenza di incremento rispetto all'anno precedente o mantenimento per chi ha già conseguito il 34% di copertura;
- operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio $\geq 95\%$;
- realizzazione di programmi di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie, attuati attraverso i medici competenti e gli strumenti messi a punto a livello regionale: % schede individuali dei lavoratori compilate dai medici competenti: $\Rightarrow 5\%$ dei lavoratori per ogni Azienda Sanitaria.

- produzione documento di sintesi aziendale su dati relativi a molestie ed aggressioni al personale sanitario, comprensivo di analisi e proposte per la riduzione del fenomeno.

2. Assistenza Territoriale

2.1 Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

(coerenza con scheda 32, PSSR 2017 – 2019)

Le Aziende sanitarie (ciascuna Azienda USL in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS) devono rafforzare l'impegno di garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per mezzo dell'utilizzo sistematico degli strumenti indicati a livello regionale (DGR 1056/15). Un obiettivo fondamentale per il 2018 è la continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, ovvero l'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al medico di medicina generale.

Per il 2018 è previsto il monitoraggio del miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva (corretta indicazione sul quesito diagnostico, nota per condizione/indicazione e classe di priorità) per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, anche in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 ("Nuovi LEA") coerentemente con le indicazioni ministeriali.

Con la delibera "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" (DGR n. 377 del 22 marzo 2016) sono state disciplinate le modalità operative per la corretta applicazione dell'obbligo di disdetta da parte dei cittadini che non intendono o non possono usufruire della prenotazione, in modo da liberare dei posti nelle agende di prenotazione.

Le Aziende sanitarie hanno avviato diverse azioni per favorire sia la prenotazione che la disdetta, attraverso l'attivazione di un numero verde gratuito in ogni Provincia, lo sviluppo di alcune funzionalità presso le farmacie, gli sportelli Cup e il sito web www.cupweb.it (anche App "ER Salute" per smartphone e tablet), il potenziamento del servizio di recall (telefonata o sms) per ricordare al cittadino l'avvicinarsi di un appuntamento. Le Aziende USL (in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS) sono tenute a monitorare le indicazioni normative sull'obbligo di disdetta.

Tutte le Aziende sanitarie hanno reso prenotabili on line sul CUPWEB regionale tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa (come da DGR 1056/15) ed altre dichiarate dall'Azienda. È importante potenziare sempre più l'utilizzo di tale modalità di prenotazione, ampliando il catalogo di prestazioni prenotabili e garantendo che l'offerta delle prestazioni prenotabili on-line sia la medesima di quella a sportello.

A questo fine le Aziende USL, in collaborazione con le Aziende Ospedaliere, e l'eventuale IRCCS di riferimento, oltre alle prestazioni monitorate per i tempi di attesa, dovranno rendere disponibile, per la prenotazione on-line, almeno tutti i primi accessi (classe di priorità D della ricetta) per le restanti visite e prestazioni di diagnostica strumentali.

Pertanto, per l'anno 2018, si considerano i seguenti obiettivi:

- Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte cruscotto regionale)	▪ $\geq 90\%$

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

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente	▪ <valore 2017
▪ Prescrizioni e prenotazione dei controlli – promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente.	
<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Numero di prescrizioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%) (fonte ASA/ARMP/DEMA)	▪ >valore 2017
Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate di prenotazione sul sistema CUP (fonte ASA/ARMP/DEMA)	▪ >valore 2017
▪ Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale	
<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB/Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP (%)	▪ >= 80%

2.2 Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa

(coerenza con scheda 1, PSSR 2017 – 2019)

Nell'ambito delle politiche di sviluppo di modelli organizzativi e di strumenti orientati alla prossimità e alla domiciliarità, le Case della Salute assumono un particolare rilievo nel favorire la realizzazione di un modello integrato e multidisciplinare dell'ambito sanitario e sociale con la valorizzazione delle professioni sanitarie e il coinvolgimento del volontariato.

Come previsto dal nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, le Case della Salute possono essere sedi di integrazione sociale e sanitaria nelle aree previste dalla DGR 2128/2016, sulla base delle scelte della programmazione locale.

Per il 2018, si definiscono i seguenti obiettivi:

- Prosecuzione della attivazione delle Case della Salute programmate e individuazione di nuove progettualità, a livello locale, in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie
- Consolidamento della implementazione dei contenuti della DGR 2128/2016, con particolare riferimento da un lato al ruolo dei professionisti coinvolti nel coordinamento, dall'altro alla valorizzazione dell'integrazione tra i professionisti, nell'ambito delle Case della Salute, realizzando gli ambulatori infermieristici per la gestione delle cronicità

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Numero Case della Salute con referente organizzativo/Numero delle Case delle Salute attive (%) (Fonte: Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie)	▪ 100%
Numero Case della Salute hub con board gestionale-organizzativo/Numero delle Case delle Salute hub attive (%) (Fonte: Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie)	▪ 100%

Attivazione Case della Salute programmate per il 2018	▪ 100%
Realizzazione degli ambulatori infermieristici (garanzia nelle Case della Salute Hub)	▪ 2018>2017

Per la **gestione integrata delle patologie croniche**, dovranno:

- Consolidare in tutte le Aziende Sanitarie i percorsi integrati di assistenza ai cittadini affetti da Diabete Mellito e Scopenso Cardiaco. Per il 2018, particolare attenzione andrà posta al percorso di presa in carico integrata della BPCO nelle Case della Salute\NCP, con il coinvolgimento anche degli Pneumologi ospedalieri (Azienda USL/Azienda ospedaliera) con l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per ricoveri inappropriati attraverso l'utilizzo di tutte le risorse dell'assistenza territoriale come, per esempio, gli ambulatori infermieristici, Ospedali di Comunità, Assistenza Domiciliare.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO (Fonte: Profili NCP)	▪ <valore 2017
Aderenza aziendale alla terapia farmacologica per i pazienti affetti da BPCO (Fonte: Profili NCP)	▪ >valore 2017

- garantire la presa in carico della **fragilità\multimorbilità** nell'ambulatorio infermieristico della cronicità, attraverso lo strumento regionale dei "Profili di Rischio (**Risk-ER**)", nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Aziende di Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna e Romagna (ambiti di Ravenna, Forlì e Rimini): rivalutazione del piano assistenziale dei pazienti fragili, precedentemente presi in carico, alla luce dei nuovi profili di RiskER relativi al rischio 2018 trasmessi dalla Regione	▪ Si
Aziende di Reggio Emilia, Modena, Bologna e Romagna (ambiti di Ravenna, Forlì e Rimini): incremento dell'utilizzo dei profili di rischio	▪ + 2 Case della Salute rispetto al 2017
Aziende di Imola e Romagna (ambito di Cesena): avvio dell'utilizzo dei Profili di Rischio con il supporto del Servizio Assistenza Territoriale	▪ >= 2 Case della Salute
Aziende di Piacenza e Ferrara: avvio dell'utilizzo dei Profili di Rischio con il supporto del Servizio Assistenza Territoriale	▪ >= 2 Case della Salute
utilizzo dei questionari di valutazione per la soddisfazione dei pazienti (PACIC) e dei professionisti (ACIC)	▪ Si

Sistema informativo Case della Salute

Il Sistema informativo Case della Salute consente di raccogliere in maniera sistematica informazioni sull'organizzazione delle Case della Salute e sui servizi in esse attivi.

Tutte le Aziende territoriali devono contribuire alla corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti nonché comunicare formalmente in Regione l'attivazione di nuove Case della Salute, anche al fine di attribuire il codice regionale.

2.3 Ospedali di Comunità

(coerenza con scheda 3, PSSR 2017 – 2019)

Le Aziende USL\AOSP, in accordo con le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali, devono proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, valorizzando i percorsi di riconversione in coerenza con le indicazioni del DM/2015 n. 70, nella DGR 2040\2015 e del nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019.

Dall'analisi di dati del flusso SIRCO emerge che i pazienti ricoverati previa valutazione multidimensionale e definizione del PAI, mostrano un più significativo miglioramento nelle ADL. E' opportuno quindi che nella fase di ingresso venga effettuata la valutazione multidimensionale con definizione del PAI.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Ospedali di Comunità	▪ Si
Degenza media in Ospedale di Comunità (Fonte: banca dati SIRCO)	▪ <= 20 giorni (DM 70/2015)
Percentuale di ricovero con accesso previa valutazione multidimensionale	▪ >= 90%

2.4 Assistenza protesica

Il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art.1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" ha introdotto importanti novità e cambiamenti per l'assistenza protesica. Particolare attenzione viene posta all'appropriatezza prescrittiva, per la quale il DPCM prevede lo sviluppo di diverse modalità e strumenti; fra questi l'individuazione di medici specialisti in possesso di specifiche competenze per la prescrizione di protesi, ortesi e ausili tecnologici. Nel 2017 le Aziende USL hanno individuato competenze, caratteristiche e modalità organizzative per la definizione di un albo aziendale (o interaziendale, nei territori dove insistono le Aziende Ospedaliere) di medici specialisti prescrittori di protesi, ortesi e ausili. Nel 2018 dovrà essere completata la formulazione degli albi dei prescrittori.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
predisposizione documento formalizzato a livello aziendale/interaziendale	▪ Si

2.5 Cure palliative

(coerenza con scheda 7, PSSR 2017 – 2019)

Con le DGR 560/2015 «Riorganizzazione della rete locale di cure palliative» e DGR 1770/2016 "Requisiti specifici per l'accreditamento della rete locale di cure palliative", le Aziende sanitarie del territorio regionale hanno attivato gli strumenti necessari per la rimodulazione delle reti locali di cure palliative. Per proseguire il lavoro avviato, le Aziende dovranno, nel 2018, completare, nella loro struttura organizzativa, le reti (con i nodi e le équipes) e il loro coordinamento, i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure. In particolare dovrà essere completata la riorganizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) così come previsto dalla DGR 560/2017 e DPCM 12 Gennaio 2017.

Dovranno essere attivati a livello locale i percorsi di formazione per gli operatori che operano nelle strutture che si interfacciano e interagiscono con la rete di cure palliative. In particolare, per le strutture residenziali per anziani, sarà necessario sviluppare una conoscenza diffusa delle Cure Palliative formando le figure sanitarie e socio-sanitarie maggiormente coinvolte nell'assistenza e nell'organizzazione (DGR 1423/2017 "Attuazione del piano sociale e sanitario 2017-2019).

Approvazione delle schede attuative d'intervento e di Indirizzi per l'elaborazione dei piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale).

Al fine di sviluppare la cultura delle cure palliative e la comunicazione verso i cittadini informandoli sulle caratteristiche, le modalità e i criteri di accesso alla rete sarà necessario, nel 2018, completare e aggiornare, in coerenza con la riorganizzazione, i siti aziendali dedicati alla RLCP.

Inoltre, allo scopo di poter dare una lettura sempre più precisa del funzionamento delle strutture e delle reti di cure palliative e per rispondere al meglio agli adempimenti LEA, dovrà essere posta particolare attenzione alla qualità dei dati che confluiscono nei flussi informativi ADI e Hospice.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore – valore standard 45% (Fonte: InSider)	▪ $\geq 45\%$
Formalizzazione delle Unità di cure palliative domiciliari di base e specialistiche (UCPD) come previsto dalla DGR 560/2017 e DPCM 12 Gennaio 2017	▪ Si
Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati di tumore/deceduti per causa di tumore.	▪ Incremento 5% rispetto al 2017

2.6 Continuità assistenziale – dimissioni protette

(coerenza con scheda 3, PSSR 2017 – 2019)

Al fine di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati, è necessario potenziare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera. L'obiettivo della continuità assistenziale, ovvero la prosecuzione del trattamento nel luogo di cura più appropriato, secondo la complessità e i bisogni del paziente, ha visto il costante impegno di Regione e professionisti delle Aziende sanitarie che insieme hanno individuato e applicato modelli organizzativi che hanno dimostrato la loro efficacia. Sulla base delle esperienze fatte in questi anni è necessario, nel 2018, continuare ad implementare modelli organizzativi quali il case manager del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, le centrali operative/PUA riferimento per le diverse tipologie di dimissioni complesse. In tale contesto assume rilievo la tempestiva segnalazione, entro 72 ore dalla ammissione, ai servizi territoriali competenti dei pazienti che necessiteranno di dimissione protetta. In tale ambito si richiama la necessità che le aziende si dotino di meccanismi che permettano un monitoraggio anche per questo parametro.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
N. Prese In Carico (PIC) entro 24 ore dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (Fonte: InSIDER)	▪ $\geq 45\%$
N. segnalazioni entro 72 ore dalla ammissione/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (Fonte: rilevazione campionaria nell'ambito dei controlli sulle cartelle cliniche)	▪ $\geq 45\%$

2.7 Materno-Infantile – Percorso Nascita

(coerenza con schede 15, 16, 17, 18, 25, PSSR 2017 – 2019)

Nel corso del 2018 andrà monitorata l'applicazione dei protocolli STAM e STEN attivati.

Dovrà essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica nella fisiologia e percorsi integrati sulla patologia. Per sostenere e promuovere

attivamente la *health literacy*, andrà incoraggiata l'adozione generalizzata della cartella regionale sulla gravidanza e l'utilizzo dello strumento "Scheda scelta del parto" per migliorare le competenze delle donne e la loro capacità di partecipare al proprio percorso assistenziale. La "Scheda scelta del parto" è inoltre uno strumento importante, in associazione con l'ambulatorio della gravidanza a termine, della continuità assistenziale ospedale-territorio. La continuità assistenziale dovrà essere migliorata anche alla dimissione, promuovendo la definizione di protocolli integrati (per la fisiologia e per la patologia) per la dimissione madre bambino.

A seguito dell'approvazione dei nuovi LEA, deve essere garantito l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva a tutte le donne che lo richiedono.

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

Andrà garantita un'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalle "Linee guida alle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna per il controllo del dolore in travaglio di parto" (DGR 1921/07), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2017 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIB e IVb, V di Robson (questionario LEA).

Dal 2017 è in atto la riorganizzazione dei punti nascita sulla base delle indicazioni dell'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 e del Protocollo metodologico per la richiesta di deroga del Ministero della Salute del 2015. Tale riorganizzazione ha portato al superamento di 4 punti nascita che avevano nel 2016 un numero di parti significativamente inferiore ai 500/anno e alla concessione di deroga temporanea per altri 3 punti nascita. Le Aziende USL di Parma, Reggio Emilia, Modena e Ferrara, interessate al processo di riorganizzazione, nei distretti dove è avvenuto il superamento, dovranno mettere in atto tutte le azioni necessarie a garantire la qualità e la sicurezza del percorso nascita e la erogazione in condizioni di prossimità delle prestazioni legate alle fasi pre e post parto. Le Aziende USL di Reggio Emilia, Modena e Ferrara dovranno inoltre garantire la realizzazione delle condizioni necessarie per il mantenimento dell'apertura dei punti nascita in deroga, riferendo trimestralmente alla Direzione generale regionale sanità e politiche sociali lo stato di avanzamento di tali adeguamenti.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Numero gravide residenti assistite dai consultori familiari/Totale parti di residenti (%) (Fonte: banca dati CEDAP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ $\geq 47\%$ (media 2016)
Numero donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/Numero parti di nullipare residenti (%) (Fonte: banca dati CEDAP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ $\geq 56\%$ (media 2016)
Percentuale di tagli cesarei primari (Fonte: banca dati CEDAP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hub $< 25\%$ ▪ Spoke $< 15\%$
Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson (Fonte: banca dati CEDAP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hub $\leq 9\%$ (media 2016) ▪ Spoke $\leq 7\%$ (media 2016 per spoke con numero parti ≥ 1.000)
Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN (Fonte: banca dati CEDAP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ $< 8\%$

Percentuale di bambini per cui è stato scelto il pediatra entro 2 gg dalla nascita (Fonte: Anagrafica regionale assistiti)	▪ $\geq 50\%$
Evidenza delle azioni introdotte per la qualità e sicurezza del percorso nascita nei distretti dove è avvenuto il superamento di punti nascita	▪ Si
Evidenza della realizzazione delle condizioni necessarie per il mantenimento dell'apertura dei punti nascita in deroga	▪ Si

2.7.1 Salute riproduttiva

Potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali, favorendo l'accesso ai consultori familiari degli adolescenti (età 14-19 anni), ed in particolare di quelli di origine straniera, e garantendo l'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (età 20-34 anni) per la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale, family planning), come previsto anche dalle schede attuative d'intervento n. 17 e 18 del Piano Sanitario e Sociale regionale 2017-2019.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/popolazione residente di età 14-19 anni (%) (Fonte: Sistema informativo SICO)	▪ $\geq 7\%$
Apertura a livello aziendale Spazio Giovani Adulti (Fonte: Anagrafe regionale strutture sanitarie e socio-sanitarie)	▪ ≥ 1
Numero Spazi Giovani nei Distretti (Fonte: Anagrafe regionale strutture sanitarie e socio-sanitarie)	▪ ≥ 1

2.7.2 Percorso IVG

Nel 2018 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e intervento chirurgico.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Donne (residenti e non residenti) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/Totale IVG chirurgiche (%) (Fonte: rilevazione IVG)	▪ $\leq 25\%$
IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (%) (Fonte: rilevazione IVG)	▪ $\geq 27\%$

2.7.3 Procreazione Medicalmente Assistita

Nel 2018 andrà monitorato il tempo di attesa per accedere alla PMA, sia omologa sia eterologa, al fine di un contenimento dei tempi di attesa ed una facilitazione dell'accesso. Andrà garantita la applicazione delle DGR n. 927/2013 e n. 1487/2014, implementando il sistema informativo della donazione, con l'inserimento dei dati relativi ai gameti ricevuti da donatori (donazione oblativa, da egg-sharing o da banche estere) e a quelli utilizzati per cicli di PMA eterologa e proseguendo l'attività di promozione della donazione, coordinando gli interventi aziendali con le campagne regionali. Nel 2018, al fine di implementare l'accesso alla PMA eterologa, le Aziende, dovranno aderire alle indicazioni regionali relative all'acquisizione di gameti dall'estero, tramite la stipula di specifici contratti con gli Istituti esteri individuati (determina dell'AUSL di Bologna n. 3109 del 18.10.2017), sulla base del fabbisogno del proprio centro PMA e della previsione economica aziendale per il 2018.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati (%) (Fonte: Sistema informativo della donazione)	▪ $\geq 90\%$

2.8 Contrasto alla violenza di genere

Le Aziende sanitarie dovranno promuovere e sostenere la formazione della rete ospedale-territorio (compresi i PS generali, pediatrici e ostetrici, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, consultori familiari, pediatrie di comunità, servizi sociali, centri antiviolenza e centri di accompagnamento al cambiamento per uomini che agiscono violenza - centri Liberiamoci Dalla Violenza, LDV) a contrasto della violenza di genere e domestica in gravidanza e della violenza che coinvolge bambini e adolescenti. In applicazione dell'Accordo sulle molestie e la violenza nei luoghi di lavoro, stipulato tra i Sindacati confederali e Confindustria, la Regione si è impegnata a sperimentare percorsi di ascolto e di supporto dedicati alle donne vittime di molestie sui luoghi di lavoro inviate dalle Consigliere di parità. La sperimentazione di tali percorsi è prevista presso alcuni consultori familiari delle Aziende nelle quali sono presenti i Centri "Liberiamoci dalla Violenza".

Per il 2018, si definiscono i seguenti obiettivi:

- mantenimento delle attività in essere dei centri LDV, anche attraverso la realizzazione di momenti specifici per la qualificazione e promozione del centro LDV e di formazione dei professionisti (per le Aziende Usl di Parma e Modena).
- A seguito dell'apertura dei nuovi centri LDV di Bologna e della Romagna, realizzazione di un percorso formativo per i professionisti aziendali (per le Aziende Usl di Bologna e della Romagna).
- Collaborazione alle iniziative messe in campo dal livello regionale in tema di molestie e violenza nei luoghi di lavoro attraverso la sperimentazione di percorsi di ascolto e supporto
- Realizzazione (compreso l'accreditamento ECM) ed erogazione degli eventi formativi di area Vasta del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere" (indicatore valido per le Aziende Usl di Piacenza, Ferrara e Romagna)

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Numero di partecipanti che hanno concluso le 20 ore della formazione in e-learning del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"/Numero totale iscritti alla formazione (%) (Fonte: piattaforma FAD Azienda USL Piacenza)	▪ $> 70\%$
Numero di uomini che hanno concluso il percorso di trattamento nel 2017 presso il centro LDV /Totale uomini ancora in trattamento nel 2017 nel centro LDV (indicatore valido per le Aziende Usl di Modena e Parma) (%) (Fonte: rendicontazione aziendale)	▪ $> 60\%$
Numero contatti al centro LDV (indicatore valido per le Aziende Usl di Bologna e Romagna) (Fonte: rendicontazione aziendale)	▪ > 80

2.9 Salute in età pediatrica e adolescenziale

2.9.1 Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti

Per il 2018, si definiscono i seguenti obiettivi:

- Accompagnare e sostenere l'implementazione delle linee d'indirizzo (DGR 1677/2013) anche attraverso un programma formativo locale specifico (comprendente il corso di formazione specifica in Medicina generale) e la partecipazione dei professionisti ad eventi formativi regionali. Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di

indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti e dei quaderni correlati (vedi Piano regionale della prevenzione 2015-18, progetto 3.7 - DGR 771/2015).

- Proseguire nella collaborazione con il gruppo di coordinamento regionale, e relativi sottogruppi, alla realizzazione di nuovi quaderni per implementare interventi di prevenzione e cura.
- Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio allontanamento (come da indicazioni della DGR 1102/2014 e del nuovo PSSR 2017-19, D.A. n. 120/2017 e DGR n. 1423/2017, scheda n. 37)

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Numero di bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso che hanno ricevuto un trattamento/Numero bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso ¹ (Fonte: flusso SISAMER)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ > 80%

2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza

Per il 2018, si definiscono i seguenti obiettivi:

- Distribuire ai pediatri di libera scelta (PLS) i test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica.
- Promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite
- Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica (età <14 anni, come rilevato tramite il flusso SIVER) con l'obiettivo di ridurre il tasso di prescrizione di antibiotici e di aumentare il rapporto fra le prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Numero di RAD per PLS distribuiti nell'anno (Fonte: rilevazione aziendale)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 100 (per PLS con almeno 800 assistiti) ▪ ≥ 50 per gli altri
Vincolo del 98% dell'incentivo al raggiungimento dello standard minimo di compilazione (> 50 schede anno/PLS)	Si
Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica (Fonte: InSider)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aziende USL con valore 2017 $\geq 850/1000$: < 850 prescrizioni/1000 ▪ Aziende con valore 2017 $< 850/1000$: mantenimento o ulteriore riduzione
Prescrizioni di amoxicillina/Prescrizioni amoxicillina-clavulanato (Fonte: InSider)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aziende USL con valore 2017 $\leq 1,5$: $> 1,5$ ▪ Aziende con valore 2017 $> 1,5$: mantenimento o ulteriore aumento

¹ In analogia con la scheda attuativa d'intervento n. 37 sull'accoglienza dei bambini con bisogni complessi nell'ambito della protezione /tutela (tra cui i bambini vittime di maltrattamento/abuso) del nuovo PSSR 2017-19 (DGR n. 1423/2017), con il termine "trattamento" si intendono la valutazione, il progetto di intervento e il sostegno psicologico condivisi dall'equipe/UVM minori

2.9.3 Promozione dell'Allattamento

Per il 2018, si definiscono i seguenti obiettivi:

- Migliorare la qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale regionale).
- Pianificare e implementare interventi di miglioramento, fra cui la formazione a cascata del personale secondo il modello regionale di allattamento in posizione semi-reclinata, con l'obiettivo di migliorare il sostegno alle donne che vogliono allattare e migliorare i tassi di prevalenza di allattamento.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite (%) (Fonte: flusso AVR)	<ul style="list-style-type: none">▪ Aziende USL con valore 2017 < 10%: mantenimento o ulteriore riduzione▪ Aziende con valore 2017 >= 10%: <10%
% allattamento completo a tre mesi e cinque mesi (Fonte: flusso AVR)	<ul style="list-style-type: none">▪ > valore 2017
% non allattamento a tre mesi e cinque mesi (Fonte: flusso AVR)	<ul style="list-style-type: none">▪ < valore 2017

2.9.4 Promozione della salute in adolescenza

Per il 2018, si definiscono i seguenti obiettivi:

- Garantire, a sostegno delle attività di *health literacy*, gli interventi di promozione alla salute, all'affettività e alla sessualità, previsti anche nel Piano regionale della prevenzione 2015-2018 nel setting "Scuola" e nel setting 4 "Comunità – Programmi per condizione".

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità/Popolazione popolazione target (14-19 anni) (Fonte: Rilevazione annuale del Servizio Assistenza territoriale)	<ul style="list-style-type: none">▪ >= 19%

2.10 Formazione specifica in medicina generale

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

- Relazione sul percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliere e territoriali)
- Monitoraggio della rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Documento di sintesi sulle azioni intraprese	<ul style="list-style-type: none">▪ Si
Relazione sul funzionamento della rete	<ul style="list-style-type: none">▪ Si

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

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Documento di sintesi sull'attività seminariale svolta	<ul style="list-style-type: none">▪ Si

2.11 Salute Mentale, Dipendenze Patologiche

(coerenza con schede 4, 17, PSSR 2017 – 2019)

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

Particolare attenzione dovrà essere posta alle seguenti aree di attività.

2.11.1 Progetto regionale "adolescenza" e "raccomandazioni sui percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e giovani"

Le Aziende sanitarie dovranno dare applicazione al progetto regionale "Adolescenza" (DGR 590/2013) e alle raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" di cui alla Circolare DG Cura della persona salute e welfare n. 1/2017, ed in particolare:

- Agevolare la creazione dei previsti coordinamenti socio-sanitari ed educativi sull'adolescenza, di livello distrettuale e in ambito CTSS (art. 21 LR 14/2008)

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero dei coordinamenti socio-sanitari istituiti a livello distrettuale (Fonte: rilevazione aziendale)	▪ =1

- Attivare, nell'ambito dei servizi territoriali, équipes funzionali per adolescenti con problemi psicopatologici, con l'apporto di professionisti dei Consulenti, dei Centri di salute mentale, della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dei Servizi per le dipendenze patologiche.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero di équipes funzionali attivate (Fonte: rilevazione aziendale)	▪ >= 1

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

Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (DGR 212/2016), come previsto nella sezione "articolazione degli impegni" per l'anno 2018, e in particolare:

- Garantire nella fascia di età 0–6 l'intervento abilitativo psicoeducativo-neuropsicologico (condotto dagli operatori opportunamente formati del Team ASD) per almeno 4 ore/settimana, da integrare con gli altri interventi negli ambiti di vita, condotti da altri operatori, opportunamente formati, appartenenti alle istituzioni che fanno parte del "Sistema Curante"

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero medio di ore settimanali per bambino (Fonte: rilevazione aziendale)	▪ >= 4

- Rivalutazione funzionale al 16° anno di età: consolidamento delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta, e in particolare ai Servizi di Salute Mentale adulti, Handicap adulti e Dipartimenti di Cure primarie

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero rivalutazioni funzionali nei bambini di età ≥16 anni/numero utenti con asd nella fascia di età ≥ 16 anni (%)(Fonte: rilevazione aziendale)	▪ = 100%

- Designazione, per ogni Azienda USL, di un referente dei Servizi di salute mentale adulti e utilizzo sperimentale del Protocollo Diagnostico per adulti

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Designazione del referente, che dovrà curare l'utilizzo sperimentale del	

Protocollo diagnostico per adulti (Fonte: rilevazione aziendale)	▪ Si
--	------

2.11.3 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale

Le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015) identificano nel Budget di salute lo strumento integrato, socio-sanitario, a sostegno del progetto di cura personalizzato per persone affette da disturbi mentali gravi, attivabile dai Centri di Salute Mentale in collaborazione con i Servizi Sociali in alternativa, o in superamento, di trattamenti residenziali non appropriati. Gli indirizzi regionali individuano gli elementi che qualificano lo strumento, la procedura di percorso, la valutazione sanitaria e sociale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute. Consolidare l'utilizzo del Budget di salute con gli elementi qualificanti previsti dalle linee di indirizzo è una delle azioni previste per l'attuazione del piano sociale e sanitario regionale (DGR 1423/2017).

Per le Aziende USL nel 2018 si definiscono i seguenti obiettivi:

- definire annualmente le risorse che l'Azienda USL mette a disposizione del DSM-DP per l'attivazione di progetti terapeutico riabilitativi personalizzati da realizzare con il Budget di salute.

<i>Indicatore</i> Evidenza della definizione risorse (Fonte: rendicontazione dei DSM-DP sul fondo regionale salute mentale)	<i>Target</i> ▪ Si
--	-----------------------

- evidenza di valutazione multidisciplinare e multiprofessionale Azienda Usi e Servizi Sociali degli Enti locali

<i>Indicatore</i> Nuovi progetti con Budget di salute attivati nell'anno dopo valutazione multidisciplinare e multiprofessionale Azienda USL e Servizi sociali degli Enti locali/Nuovi progetti con Budget di salute attivati nell'anno (Fonte: rendicontazione dei DSM-DP sul fondo regionale salute mentale)	<i>Target</i> ▪ $\geq 30\%$
---	--------------------------------

2.11.4 Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia

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

Tutte le Aziende USL, nel 2018, dovranno presidiare attentamente, in raccordo con le AUSL sede di REMS, le presenze di propri residenti in dette strutture, favorendone le dimissioni attraverso la messa a punto di progetti terapeutico-riabilitativi individuali da definirsi entro quarantacinque giorni dall'ammissione nelle REMS.

<i>Indicatore</i> Numero di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro quarantacinque giorni dall'ammissione nella REMS/Numero residenti ammessi nelle REMS (%) (Fonte: SMOP - Sistema informativo per il superamento degli OPG)	<i>Target</i> ▪ 100%
---	-------------------------

2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

(coerenza con schede 5, 6, 20, 21, PSSR 2017 – 2019)

I nuovi LEA riprendono indicazioni che nella nostra regione sono in atto da diversi anni, valorizzando una piena integrazione dell'ambito sociale e sanitario, non solamente attraverso il ruolo degli operatori ma anche attraverso la valorizzazione della figura del care-giver e dei cittadini

assistiti. Va perseguita quindi la completa attuazione di quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017 per l'area socio-sanitaria, in particolare per quanto riguarda le novità relative delle quote a carico del FSR previste al comma 4 dell'art. 22 (assistenza domiciliare socio-assistenziale post dimissione) e al comma 4 dell'articolo 34 (percentuale a carico del FSR tramite FRNA per laboratori protetti Centri occupazionali) e al ruolo del care-giver.

Va ribadito che, in collaborazione con gli Enti Locali, occorre assicurare una presa in carico unitaria della persona con disabilità e della sua famiglia secondo l'approccio del progetto di vita indicato anche dalla Legge 328/00, dalla LR 2/03 e dalla Legge 112/2016 per le persone con disabilità grave, favorendo l'utilizzo di tutte le risorse disponibili per l'autonomia della persona con disabilità, non solo da parte della rete dei servizi, ma anche della famiglia e delle reti informali di cura ed in particolare attraverso progetti per la vita indipendente, il dopo di noi, servizi innovativi e a minore intensità assistenziale.

La programmazione 2018 del FRNA sarà approvata da questa Giunta con separato atto deliberativo.

A livello locale la programmazione e gestione del FRNA dovrà avvenire in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze, in fase di definizione a livello nazionale per il 2018 e con le risorse della Legge 112/2016 ("Dopo di noi") (4 milioni per il 2018).

Le Aziende Usl dovranno assicurare:

- il monitoraggio tempestivo dell'utilizzo delle risorse del FRNA, FNA, Fondo del "Dopo di noi" e FSR per i servizi sociosanitari accreditati

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Rendicontazione dell'utilizzo delle risorse nel rispetto delle tempistiche regionali	• SI'

- la corretta applicazione del decreto Interministeriale di finanziamento del FNA che prevede l'utilizzo vincolato del 50% delle risorse per le persone con gravissima disabilità come individuate all'interno del decreto stesso. Ai fini della rendicontazione verso il ministero va garantita l'inserimento dei dati dei beneficiari nel casellario dell'assistenza, secondo quanto previsto dallo stesso decreto.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Utilizzo risorse FNA per disabili gravissimi	>= 50%

- la partecipazione e sostegno agli organismi di verifica e controllo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in materia di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento socio-sanitario. Dovrà essere assicurato il monitoraggio anche delle case famiglia sino a sei posti letto secondo le indicazioni regionali, in collaborazione con i Dipartimenti di Sanità Pubblica (vedi capitolo 1.2.6)
- il rafforzamento delle iniziative volte a prevenire episodi di abuso all'interno dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, anche valorizzando la relazione con i gestori, i MMG di riferimento, le associazioni di volontariato e le famiglie
- la qualificazione dell'offerta residenziale di accoglienza temporanea, garantendo il rispetto delle norme regionali (gratuità per i primi 30 giorni) nel caso di dimissioni ospedaliere protette e un'omogenea garanzia delle opportunità di accoglienza temporanea finalizzata al sollievo del caregiver (quote agevolate per i primi 30 giorni)

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
% giornate in accoglienza temporanea di sollievo/giornate annue in CRA (Fonte: flusso FAR)	▪ >= 2%

Realizzazione di iniziative specifiche di sensibilizzazione sul tema dell'abuso indirizzate ed aperte a gestori ed addetti (comprese strutture con meno di sei posti) , MMG, associazioni di volontariato, famiglie e caregiver	▪ SI
---	------

- la partecipazione, in collaborazione con i Comuni, alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore delle persone con grave disabilità nell'ambito del FRNA (DGR 1230/08), con particolare attenzione a quanto previsto dal nuovo Piano sociale e sanitario regionale e dal Programma regionale di cui alla DGR 733/2017 in merito alla attuazione della L. 112/2016 sul "Dopo di Noi" e al tema della Vita Indipendente;

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Definizione e attuazione dei programmi distrettuali per il "Dopo di Noi"	▪ SI

- l'attiva partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti in attuazione della LR 2/2014 (linee di indirizzo regionali approvate con DGR 858/2017) con particolare attenzione a quanto previsto dal nuovo Piano sociale e sanitario regionale e relativi indirizzi attuativi (DGR 1423/2017). In particolare, per il 2018, è prioritaria la realizzazione di almeno un'iniziativa di aggiornamento e sensibilizzazione rivolta agli operatori sanitari secondo le indicazioni regionali, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato in ogni distretto;

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Realizzazione iniziative formative sul tema del care-giver rivolte agli operatori sanitari in ogni distretto	▪ >=1

2.13 Il Piano regionale demenze (DGR 990/16)

(coerenza con scheda 28 PSSR 2017 – 2019)

Le Aziende USL dovranno dare piena applicazione a quanto previsto dal Piano regionale Demenze (DGR 990/16) ed all'implementazione dei PDTA locali, del tipo territorio-ospedale-territorio, così come previsto dalle linee di indirizzo nazionali (C.U. Stato Regioni del 26/10/2017). In particolare le Ausl dovranno garantire un percorso di presa in carico integrata e corretta gestione dei BPSD (disturbi psicologici e comportamentali associati alle demenze, spesso causa di precoce istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione), favorendo l'utilizzo di tutte le risorse dell'assistenza territoriale sanitaria, socio-sanitaria e sociale (come i MMG, CDCD, OsCo, Nuclei temporanei demenze, CD, Assistenza domiciliare, servizi a bassa soglia tipo ad esempio i Caffè Alzheimer ed i Centri d'incontro, formazione e sostegno dei caregiver), utilizzo anche mirato alla riduzione dei ricoveri inappropriati in ospedale.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Stesura ed Implementazione PDTA demenze a livello locale in applicazione PDTA regionale	▪ SI
Tasso di ospedalizzazione ordinario aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per Demenza (DRG 429)	▪ < valore 2016

2.14 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari

(coerenza con scheda 8, PSSR 2017 – 2019)

Case di promozione e tutela della salute in carcere

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

Per il 2018 le Aziende dovranno:

- Attivare la funzione del ritorno di tutti i referti specialistici (laboratorio, diagnostica e visite) nel sistema SISP tramite SOLE
- Effettuazione screening HIV
- In merito alla attuazione del nuovo Piano sociale e sanitario, di recente approvato (DGR 1423/17), programmazione e attivazione in carcere di gruppi di info/educazione alla salute, da effettuare in tutte le sezioni detentive sui temi di promozione e prevenzione sanitaria

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Attivazione della funzione del ritorno dei referti specialistici (Fonte: rendicontazione Aziendale)	▪ Si
Numero nuove persone detenute nell'anno per ≥ 14 giorni screenate per HIV/Numero nuovi ingressi nell'anno detenuti per ≥ 14 giorni (Fonte: SISPER)	▪ > 90%
Sezioni con attivazione di almeno un gruppo di info/educazione alla salute/Numero totale sezioni (%) (Fonte: rendicontazione Aziendale)	▪ 100%

2.15 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.15.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2018

Per l'anno 2018, viene definito un obiettivo di spesa **farmaceutica convenzionata** netta sostanzialmente allineato rispetto all'anno 2017 (491,4 milioni di euro nel 2017; **488,5 milioni di euro** nel 2018; variazione pari a -0,6%), ma con scostamenti differenziati a livello aziendale.

L'obiettivo è comprensivo delle ricadute dell'Intesa sottoscritta tra la Regione e le associazioni di categoria dei farmacisti convenzionati sull'attività di distribuzione per conto (DPC), cui le aziende Usl dovranno dare seguito nel corso del 2018.

Nell'anno 2018 si prevede che la spesa per l'**acquisto ospedaliero dei farmaci** - esclusa la spesa per i farmaci innovativi non oncologici e quella per i farmaci oncologici innovativi AIFA e oncologici ad alto costo - sia a livello regionale pari a circa **926,3 milioni di euro**, con un incremento medio regionale di **+6,5%** rispetto al precedente anno, ma con scostamenti differenziati a livello aziendale.

La spesa 2018 per i **Farmaci innovativi non oncologici AIFA** è stimata in circa **36 milioni di euro**.

La spesa nell'anno 2018 per i **Farmaci oncologici innovativi AIFA e oncologici ad alto costo** è stimata in un valore pari a **74,5 milioni di euro**, di cui 49,5 milioni di euro per i farmaci oncologici innovativi AIFA² e 25 milioni di euro per i farmaci oncologici ad alto costo³.

² **Farmaci oncologici innovativi** (AIFA):

Gli obiettivi di seguito descritti saranno valutati utilizzando gli *indicatori del sistema SivER*.

2.15.2 Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

L'aumento del ricorso ai farmaci generici e la definizione di una strategia sulla gestione delle terapie croniche, anche sulla base del piano nazionale cronicità, impiegando altresì il prontuario terapeutico regionale come strumento di indirizzo alla pratica clinica per un uso appropriato dei farmaci, può contribuire al raggiungimento dell'obiettivo fissato a livello regionale. Si chiede inoltre di promuovere la prescrizione, tra i farmaci privi di copertura brevettuale, dei cosiddetti "generici puri", in quanto tale azione conduce al contenimento della quota di compartecipazione alla spesa che ricade sui cittadini.

Per il 2018 si chiede alle Aziende uno specifico impegno per un uso appropriato delle classi di farmaci; in particolare:

- contenimento del consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, fino ad un valore giornaliero non superiore a 48 DDD ogni 1000 abitanti e riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno, al netto della mobilità sanitaria
- promozione dell'uso appropriato delle risorse nella terapia topica della BPCO nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti. Ciò potrà avvenire tramite l'attivazione di un percorso che consenta un'accurata diagnosi e il rispetto delle scelte terapeutiche più appropriate, associato a meccanismi di acquisto e di distribuzione che consentano per ogni classe terapeutica (LABA, LAMA, LABA/LAMA, LABA/ICS, LABA/LAMA/ICS) di utilizzare il prodotto col miglior rapporto costo/beneficio. Tale percorso dovrà coinvolgere a livello locale reti multidisciplinari di professionisti (specialisti, MMG e farmacie di comunità)
- ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine (ad alta, a moderata e a bassa intensità d'azione in funzione della necessità clinica), associate o meno all'ezetimibe, in prevenzione primaria e secondaria e in relazione al target da raggiungere, anche al fine di identificare i soggetti che necessitano del trattamento con i nuovi anticorpi monoclonali ipolipemizzanti, in adesione alle indicazioni regionali sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione cardiovascolare (Doc. PTR 301, Documento regionale di indirizzo sul ruolo di alirocumab ed evolocumab nella prevenzione cardiovascolare - maggio 2017)
- adesione alle raccomandazioni formulate a livello regionale sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2 e rispetto del tasso di utilizzo atteso secondo le indicazioni contenute nel Documento del Prontuario terapeutico regionale n. PTR 173 e suoi aggiornamenti, tenendo in particolare considerazione i farmaci che hanno dimostrato di ridurre il rischio cardiovascolare in pazienti diabetici
- contenimento della spesa per i nuovi anticoagulanti orali (NAO) prescritti a pazienti di nuova diagnosi o in seguito a switch in modo tale da non superare complessivamente la quota derivante dalla riduzione dei prezzi in vigore dall'1.1.2018, ripartita in modo equo tra le singole realtà provinciali. La prescrizione dovrà avvenire considerando, nella scelta del farmaco, anche il rapporto costo/opportunità, nel rispetto delle raccomandazioni contenute nei documenti regionali Doc PTR 182 - Documento regionale di indirizzo sul ruolo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella prevenzione del cardioembolismo nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare e Doc PTR 303 - I nuovi anticoagulanti orali (NAO) nel trattamento del tromboembolismo venoso e nella prevenzione delle recidive.

-
- ibrutinib, idelalisib, nab paclitaxel, nivolumab, pembrolizumab, pomalidomide

³ **Farmaci oncologici ad alto costo:**

- oncologici innovativi AIFA dopo la data di scadenza dell'innovatività (idelalisib, nab paclitaxel e pomalidomide);
- ulteriori indicazioni terapeutiche di farmaci innovativi presenti in lista AIFA (innovatività potenziale o assenza di innovatività per ibrutinib, nivolumab, pembrolizumab);
- alcuni farmaci oncologici innovativi potenziali o non innovativi, ad alto potenziale di costo (daratumumab, carfilzomib, crizotinib, lenvatinib, palbociclib/ribociclib, osimertinib)

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK)	2,2 pazienti su 1000 residenti (+/- 0,5%)

- in relazione al farmaco sacubitril+valsartan per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica, la prescrizione dovrà avvenire da parte degli specialisti dei centri autorizzati, attraverso la compilazione del piano terapeutico AIFA. Nelle more dell'informatizzazione di tale piano, il prescrittore dovrà anticipare la registrazione della scheda anagrafica sulla piattaforma web di AIFA ricavandone il codice identificativo univoco del paziente; al momento della distribuzione del farmaco, dovrà essere presentato il piano terapeutico cartaceo contenente il codice identificativo del paziente e verificata l'eleggibilità al trattamento. I dati raccolti in modalità cartacea dovranno essere successivamente inseriti nella piattaforma AIFA quando attivata. Dovranno essere inoltre avviati specifici progetti locali di audit clinico nell'ambito delle U.O. coinvolte nella prescrizione.
- contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci. Una specifica attenzione deve essere riservata all'eccessivo ricorso ai fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico e, in particolare all'uso inappropriato di questi antibiotici in ambito territoriale per il trattamento delle infezioni non complicate delle basse vie urinarie nella fascia di popolazione costituita dalle donne di età 20-59 anni. Per quanto riguarda l'uso ospedaliero degli antibiotici risulta importante implementare nuove attività di *antimicrobial stewardship* e promuovere quelle già in essere al fine di favorire l'uso appropriato di questi farmaci e contenere la diffusione delle resistenze batteriche

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1.000 residenti (Fonte: InSIDER)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aziende USL con valore 2017 ≥ 16 DDD/1000 residenti: < 16 DDD/1.000 residenti ▪ Aziende con valore 2017 < 16 DDD/1.000 residenti: \leq valore 2017
Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti (Fonte: InSIDER)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aziende USL con valore 2017 $\geq 1,4$ DDD/1000 residenti: $< 1,4$ DDD/1.000 residenti ▪ Aziende con valore 2017 $< 1,4$ DDD/1.000 residenti: \leq valore 2017

- adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate dal gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità.
- Si dovranno infine adottare modelli organizzativi comuni e soluzioni condivise mirate ad ottimizzare gli allestimenti delle terapie antiblastiche – esempio con la programmazione di giorni di drug day, drug month, dose banding (aggiustamento della dose) – al fine di contenere le quote di scarto di produzione dei farmaci ad alto costo.
- adesione all'impiego dei farmaci biologici, in presenza di un biosimilare nella classe, secondo i seguenti obiettivi:
 - per le epoetine, impiego del biosimilare per il 90% del consumo complessivo delle epoetine ;

- per l'ormone della crescita, la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in accordo quadro, che riguarda l'80% del fabbisogno:
 - per i casi incidenti il risultato dovrà essere raggiunto entro il 2018
 - per i casi prevalenti entro il termine di validità della gara stessa
 - per gli anti TNF alfa:
 - per infliximab la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in accordo quadro e per le quote di fabbisogno previsto;
 - per etanercept la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in concorrenza, che riguarda il 60% del fabbisogno:
 - per i casi incidenti il risultato dovrà essere raggiunto entro il 2018
 - per i casi prevalenti entro il termine di validità della gara stessa
 - per la follitropina, il 60% del consumo totale della molecola dovrà essere rappresentato dal farmaco meno costoso
 - la prescrizione di rituximab endovena, per tutte le indicazioni registrate e gli eventuali ulteriori ambiti stabiliti da AIFA, dovrà essere nel rispetto dei risultati della gara di acquisto
- nell'ambito delle quattro insuline basali disponibili dovrà aumentare il ricorso a quelle con il migliore costo/beneficio; in particolare l'impiego delle insuline basali meno costose dovrà raggiungere almeno il 75% dei trattamenti complessivi con tali farmaci.
 - nell'ambito della terapia con farmaci antiretrovirali:
 - mantenimento di livelli di viremia <40 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% di fallimenti virologici/anno)
 - aumento per ogni singola realtà (>10%) del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV in seconda linea (indicatore: n° piani terapeutici con farmaco generico in seconda linea / totale piani terapeutici in seconda linea dell'ambito considerato) rispetto all'anno precedente.
 - per i farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica per l'anno 2018 la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale e pubblicati nell'aggiornamento più recente del Prontuario Regionale. Fra gli schemi terapeutici disponibili dovranno inoltre essere privilegiati quelli che, a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità;
 - tra i farmaci antiVEGF per uso intravitreale, compresi quelli che hanno indicazioni inserite nella legge 648/96, utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza presentano il minore costo per terapia, allineando la prescrizione alla media regionale;
 - adesione alle decisioni del gruppo di lavoro regionale "Appropriatezza terapeutica in emofilia e malattie emorragiche congenite ed acquisite" sull'uso dei fattori VIII e IX ricombinanti della coagulazione sia nella profilassi dei sanguinamenti (nei nuovi pazienti o nei soggetti già in trattamento che debbono essere sottoposti a switch prescrittivo quando clinicamente indicato) sia nell'uso "on demand";
 - promuovere la diffusione e garantire l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale sui farmaci neurologici (farmaci per il morbo di Parkinson e per la sclerosi multipla), utilizzando gli indicatori definiti nei relativi documenti regionali e loro aggiornamenti (Doc PTR n. 239 e 271);
 - partecipare al monitoraggio dell'impiego dei farmaci (percorso prescrittivo/erogativo) per i quali esistono alternative in preparazioni farmaceutiche allestite localmente, anche destinate alla cura di malattie rare, compilando adeguatamente il flusso informativo FED nel caso di erogazione di preparati galenici o magistrali;

- adesione agli esiti delle gare regionali per i farmaci.

2.15.3 Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci – Intesa sulla distribuzione per conto

Le Aziende sanitarie dovranno proseguire nell'applicazione dei contenuti dell'Intesa sull'attività di distribuzione per conto, recepita con DGR n. 327/2017: la rimodulazione dei canali distributivi per la fornitura dei farmaci - convenzionata, distribuzione per conto e distribuzione diretta - sarà valutata monitorando il trasferimento dei farmaci dalla presa in carico alla DPC e alla convenzionata, fino al raggiungimento della quota fissata a livello regionale e per ciascuna singola realtà.

2.15.4 Adozione di strumenti di governo clinico

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

Al fine di consentire la programmazione e il governo della spesa, è rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori:

- del 100% dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. In particolare, per i farmaci antivirali per l'epatite C, per le Aziende che hanno già raggiunto il 100% di compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi l'obiettivo è rappresentato dal mantenimento di tale valore, mentre per le rimanenti Aziende dovrà essere raggiunto l'obiettivo del 100% di compilazione del follow up;
- dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, compresi quelli relativi ai farmaci innovativi che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back; al fine della gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...) la percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 95% dei trattamenti chiusi;
- del data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario;
- della prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici, al fine di una corretta e completa alimentazione del database oncologico regionale, rendendo possibile il monitoraggio sia dei farmaci oncologici parenterali sia di quelli orali. I dati conferiti nel data base oncologico dovranno riguardare il 100% dei trattamenti iniettabili somministrati, mentre per le terapie orali ad alto costo si chiede una copertura del data base pari ad almeno il 50% dei trattamenti erogati. Inoltre, in linea con quanto già indicato nella circolare reg.le n.17/2016, è necessario provvedere alla compilazione di tutti i campi previsti dal tracciato del data base oncologico, con particolare riferimento a istotipo, stadio di malattia, identificazione di markers specifici per la scelta terapeutica.

È necessario sostenere le attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta e la partecipazione alle riunioni mensili del Coordinamento regionale, quali strumenti per promuovere la diffusione, la conoscenza, l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario terapeutico regionale fra i professionisti, attraverso un confronto diretto a livello locale sulle raccomandazioni prodotte.

Promuovere l'applicazione delle raccomandazioni regionali e nazionali sulla qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche in ambito sanitario e socio-sanitario e negli istituti penitenziari della Regione affinché i temi della sicurezza nell'uso dei farmaci diventino componenti delle attività nella pratica professionale. Si prevede il consolidamento dell'applicazione della raccomandazione regionale sulla ricognizione/riconciliazione delle terapie farmacologiche in ambito ospedaliero e l'estensione dell'applicazione nel contesto territoriale in cui c'è prescrizione farmacologica - ad esempio presso ospedali di comunità, residenze socio-sanitarie, ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, case della salute - al fine di consentire al medico prescrittore una conoscenza puntuale della terapia farmacologica corrente del paziente, poter fare sintesi sulle prescrizioni provenienti da diversi professionisti e sui trattamenti di automedicazione, e

rivedere i trattamenti farmacologici protratti, evitando duplicazioni, e associazioni farmacologiche a rischio.

2.15.5 Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale

Con l'adozione della Deliberazione di Giunta regionale n.2309/2016 sono stati definiti gli indirizzi e le direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco. Sulla base delle disposizioni regionali in materia, le Aziende Sanitarie hanno provveduto alla trasmissione e diffusione della delibera regionale ed emanato delle proprie regolamentazioni. Gli avanzamenti degli indirizzi regionali sull'informazione scientifica prevedono l'applicazione dei principi di trasparenza e di tracciabilità anche alle altre figure professionali per il settore del farmaco, diverse dagli informatori, che accedono alle strutture del SSR, al settore dei dispositivi medici e in generale a qualsiasi ulteriore tipo di informazione scientifica nell'ambito del SSR.

Le Aziende Sanitarie quindi dovranno aggiornare le disposizioni già emanate a livello locale, in accordo con gli avanzamenti regionali in materia condivisi con le associazioni di categoria, nonché mettere a punto misure di trasparenza volte a tracciare i contatti tra i professionisti e i soggetti incaricati dalle aziende farmaceutiche e dei dispositivi medici, quali ad esempio, l'istituzione di un registro che attesti l'accesso all'interno delle strutture SSR, l'interlocutore/i e la motivazione.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Adozione di strumenti di trasparenza in materia di svolgimento dell'attività di informazione scientifica (Fonte: rilevazione aziendale)	▪ Si

2.15.6 Farmacovigilanza

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

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco"/Numero totale delle segnalazioni aziendali (%) (Fonte: Rete nazionale farmacovigilanza)	▪ > valore 2017

2.15.7 Dispositivi medici

Al fine di migliorare la sensibilizzazione del personale sanitario verso il tema della sicurezza dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti, le Aziende sanitarie devono programmare, nel biennio 2017-2018, almeno un evento formativo obbligatorio, residenziale o a distanza, rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici. Al fine di coinvolgere progressivamente tutti i professionisti interessati permettendo loro di rispondere all'obbligo di frequenza il corso potrà essere articolato in più edizioni e nel biennio 2017-2018 dovrà aver concluso il corso almeno il 50% degli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018 di ciascuna azienda sanitaria (Fonte: rilevazione aziendale)	▪ >= 1 evento
Numero operatori che hanno partecipato all'evento formativo (nel biennio 2017-2018)/Numero totale degli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici (Fonte: rilevazione aziendale)	▪ >= 50%

2.16 Acquisto SSN dei dispositivi medici

Al fine di garantire l'uso appropriato dei dispositivi medici tutte le Aziende sono tenute a vigilare affinché le Commissioni Dispositivi Medici di Area Vasta segnalino, utilizzando l'apposita piattaforma, alla Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM) l'introduzione di ogni nuovo dispositivo a potenziale innovazione tecnologica. La CRDM esprime pareri di valutazione HTA, avvalendosi dei supporti metodologici garantito dal livello regionale, su tali e raccomandazioni per l'utilizzo dei dispositivi ad alto costo sulla base delle migliori prove di efficacia e delle caratteristiche dei prodotti. Tali indicazioni, sviluppate in coerenza alla programmazione dell'Agenzia regionale per gli acquisti centralizzati (INTERCENT-ER), costituiscono la base per la definizione delle strategie regionali di approvvigionamento per tali dispositivi. Tutte le Aziende sanitarie devono dare applicazione ai pareri di valutazione espressi e alle indicazioni regionali di utilizzo prodotte dalla CRDM.

Le Commissioni di Area Vasta sui Dispositivi Medici, che hanno concluso i loro percorsi di integrazione nell'anno 2017 (AVEN e AVEC), dovranno ulteriormente consolidare i loro percorsi organizzativi; al fine di uniformare a livello regionale le modalità di gestione delle richieste di acquisizione e valutazione dei nuovi dispositivi medici, si rende necessario che tutte le Aziende utilizzino esclusivamente l'applicativo web "Gestione richieste di valutazione dei dispositivi medici" che consente di condividere a diversi livelli le informazioni relative alle richieste valutate, ai pareri espressi e alle relative motivazioni.

La spesa regionale dei dispositivi medici è rilevata nel flusso DiMe la cui completezza, valutata rispetto al valore rendicontato nei conti economici dedicati (al netto della spesa per le attrezzature sanitarie), è negli anni incrementata e a livello regionale assestata su valori superiori al 95%. Permanendo alcune situazioni aziendali che non raggiungono tale soglia, si rinnova anche per il 2018 l'obiettivo del 95% di copertura; si rinnova inoltre l'obiettivo per i dispositivi medici diagnostici in vitro per il quale la soglia da raggiungere per tutte le aziende è del 25%.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico (Fonte:flusso DIME e conto economico)	▪ $\geq 95\%$
Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico (Fonte:flusso DIME e conto economico)	▪ $\geq 25\%$

Al fine di supportare le aziende sanitarie nel miglioramento della rilevazione dei consumi dei dispositivi medici la regione ha avviato un percorso di condivisione per la revisione della circolare che norma l'invio dei dati del flusso DiMe. Per l'anno 2018 si chiede alle aziende sanitarie di applicare le nuove modalità con particolare attenzione relativamente a: distribuzione di dispositivi sul territorio per l'assistenza protesica e integrativa; corretta allocazione dei consumi per reale setting di utilizzo; omogeneizzazione dell'invio dei consumi rispetto all'attività.

Si chiede alle aziende sanitarie di proseguire anche per l'anno 2018 la partecipazione al percorso avviato a fine 2017 per la definizione di indicatori di spesa e consumo dei dispositivi medici, che consentano un'efficace lettura del dato del flusso DiMe, al fine di garantire a tutti i livelli decisionali (aziendali e regionali) strumenti per la valutazione dei costi d'acquisto dei dispositivi medici anche in relazione alla casistica trattata.

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

Gli obiettivi per il 2018 sono i seguenti:

- le aziende Usl devono intervenire nel procedimento, di responsabilità comunale, di revisione delle Piantine organiche delle farmacie del proprio territorio e, esprimendo o meno la propria approvazione relativa ai progetti presentati dai comuni e vigilando sull'intero procedimento,

in modo da consentire alla Regione l'esercizio dell'eventuale potere sostitutivo (art. 4, L. 2/2016).

- le Aziende USL devono supportare la regione nel procedimento volto all'istituzione delle farmacie nei luoghi ad alto transito (art. 7, comma 2, L. 2/2016)
- le Aziende USL devono curare l'istruttoria dei provvedimenti comunali di autorizzazione all'apertura di tutte le nuove farmacie assegnate attraverso il concorso straordinario bandito ai sensi dell'art. 11 DL 1/2012 (art. 11, comma 1, lettera f), L. 2/2016)
- le Aziende USL devono provvedere all'erogazione dei contributi regionali concessi alle farmacie rurali e all'istruttoria delle relative domande (art. 21 comma 2, L. 2/2016)

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Controllo dei progetti di revisione delle piante organiche comunali (Fonte: rilevazione regionale)	▪ Si
Effettiva liquidazione entro il 31/12/2018 dei contributi concessi alle farmacie rurali ex art.21 comma 2 LR 2/2016 (Fonte: rilevazione regionale)	▪ Si

2.18 Iniziative di Health Literacy

(coerenza scheda n.27 PSSR 2017-2019)

Facendo riferimento alla Scheda n. 27 "Capirsi fa bene alla salute" (Schede attuative d'intervento in allegato alla Deliberazione di Giunta regionale n.1423 del 2 ottobre 2017), nel corso del 2018 dovrà proseguire ed essere ulteriormente sviluppata l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione in materia di HL e per il monitoraggio degli interventi, al fine di consentire a livello locale di:

- investire in modo diffuso e capillare sulla formazione dei professionisti (formazione tra pari) riguardo all'HL, in particolare sviluppando semplici tecniche e pratiche, che permettono di verificare che il paziente abbia compreso ciò che gli è stato detto: la formazione coinvolgerà figure sia sanitarie che amministrative e prevedrà strumenti di valutazione d'impatto;
- produrre/rivedere materiale informativo in modalità partecipata con il contributo di pazienti e familiari,
- favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie, con particolare attenzione all'accesso al sistema dei servizi di emergenza-urgenza;

A tal fine sarà necessario:

- costituire un gruppo di lavoro composto da due professionisti per ogni Area Vasta, personale individuato dalla Direzione Generale cura della persona e welfare, la responsabile della formazione dell'Agenzia sanitaria. Compito del lavoro sarà la definizione di un evento formativo, con il concorso di un esperto internazionale e la identificazione degli obiettivi per il 2019 ed il 2020 anche alla luce degli indicatori della scheda n.27;
- prevedere, dopo la mappatura dello stato dell'arte nelle Aziende sanitarie, interventi di formazione rivolti ai professionisti che si rendono disponibili a svolgere attività di formazione tra pari sulla gestione dell'aula;
- aggiornare il kit di materiale formativo rivolto a professionisti sanitari ed amministrativi anche attraverso la produzione di materiale audio-video in lingua italiana;

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Realizzare almeno un evento formativo a livello aziendale	▪ Si
Produzione in modo partecipato con pazienti e caregiver di almeno 1 materiale informativo	▪ Si

3. Assistenza Ospedaliera

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

La DGR n. 272/2017 ha fissato obiettivi e scadenze finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna.

Dovranno essere garantiti:

1. il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali (circolare 7/2017 e nota PG 2017/0720985 del 16/11/2017)
2. il controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale
3. la gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione
4. la finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate
5. una adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini
6. il governo delle sospensioni e del rinvio degli interventi programmati.

Le aziende devono provvedere alla corretta e completa alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 1.1.2018) del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA, strumento attraverso il quale le Aziende e la Regione potranno monitorare i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico, oltre a mettersi nelle condizioni di garantire quanto indicato ai punti 4 e 5.

Le Aziende dovranno inoltre ottemperare alle indicazioni che saranno fornite sulla rendicontazione periodica relativa al progressivo esaurimento della casistica inserita in lista di attesa prima del 31/12/2017 (rif. Nota PG 93684 del 9/2/2018).

Per ogni Azienda Sanitaria dovrà essere garantita l'analisi di appropriatezza e conseguente omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione peri-operatoria del paziente secondo quanto previsto dalle emanande linee guida regionali. Per ciascuna struttura andrà conseguita l'unificazione della organizzazione del percorso.

Le Aziende dovranno inoltre predisporre materiali informativi uniformi, almeno di livello aziendale, inerenti le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato. Rispetto agli elementi di trasparenza si richiamano le necessità di pubblicazione dei dati previste dalle norme sulla trasparenza.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda	>=90%
○ Per i tumori: casi entro 30gg	>=90%
○ Per le protesi d'anca: casi entro 180gg	>=90%
○ Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: casi entro la classe di priorità assegnata	
Corretta alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 1.1.2018) del <u>Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA</u>	100%
Esaurimento della casistica inserita in SIGLA (vecchio tracciato record) prima del 31/12/2017	>90%
Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione.	100%

3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Nell'anno 2018 dovranno proseguire le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 anche in relazione alle indicazioni già fornite o che saranno prodotte in corso d'anno.

Per quanto concerne l'obiettivo della riconduzione dei PL ai tassi previsti dal DM 70/2015 (3,7 x 1000), questo può considerarsi sostanzialmente raggiunto a livello regionale. Si richiama alla necessità di concordare preventivamente qualsiasi modifica incrementale rispetto al dato del 31.12.2017.

Per l'anno 2018 si ritiene quindi necessario porre l'attenzione sulle seguenti aree:

- Appropriatelyzza
- Reti di rilievo regionale
- Emergenza ospedaliera e territoriale
- Attività trasfusioneale
- Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule
- Volumi ed esiti

3.2.1 Appropriatelyzza ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatelyzza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza.

Al fine di ricondurre ai livelli di riferimento i tassi di ospedalizzazione per DRG medici, ciascuna azienda dovrà prevedere il potenziamento delle cure intermedie e delle cure primarie come sede di gestione delle fasi a rischio di riaccutizzazione delle malattie croniche, con particolare riferimento al paziente fragile e polipatologico è necessario inoltre un potenziamento del ruolo di filtro del PS su patologie specifiche con l'attivazione dei percorsi alternativi al ricovero.

Per quanto riguarda i ricoveri chirurgici le aziende dovranno individuare le strutture vocate alla chirurgia in regime diurno in cui sviluppare le competenze per la presa in carico in sicurezza di tale casistica. Dovranno essere sviluppati protocolli finalizzati a definire le pratiche cliniche più appropriate (es. posizionamento di drenaggi, prevenzione del sanguinamento). In particolare, è da favorire l'istituzione di aree di week-surgery/day surgery a cui siano collegati specifici percorsi di preparazione all'intervento e follow-up.

I controlli sui DRG a potenziale rischio di non appropriatelyzza in regime ordinario, sono normati dal D.M. dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche", che prevede il controllo campionario del 2,5% dei casi attribuiti a tali DRG e ai DH medici diagnostici indipendentemente dalla residenza.

Il Piano Annuale dei Controlli 2018 fornisce indicazioni specifiche che dovranno essere attuate sia nell'ambito dei controlli esterni che interni. Gli esiti del controllo interno si concretizzeranno in azioni di miglioramento organizzativo, con il trasferimento dei casi inappropriati, dal regime ordinario verso il ricovero diurno o l'attività ambulatoriale.

Particolare attenzione dovrà essere posta all'obiettivo di miglioramento dell'efficienza nell'utilizzo della risorsa Posto Letto, anche al fine di sostenere adeguatamente i piani operativi per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso.

L'efficiente utilizzo dei posti letto è legato a diversi indicatori tra i quali la degenza media: a tal proposito va sottolineato come i dati regionali riportino una variabilità rilevante fra le diverse realtà ospedaliere, con un Indice Comparativo di Performance che va, nel 2017, da 1.43 a 0.76 (rif. DGR 2040 da 1.26 a 0.9) per i singoli stabilimenti pubblici.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
DRG potenzialmente inappropriati/ appropriati (griglia LEA)	<0,19
N° di ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriatelyzza relativi ai DRG chirurgici riduzione per ciascun DRG	>25% rispetto a 2017
N° di ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva: riduzione del tasso di ospedalizzazione per	≤ 59.1 (valore nazionale 2016)

100.000*	
N° di ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429 - Disturbi organici e ritardo mentale: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000**	27.1 (valore nazionale 2016)

*Le aziende che hanno valori inferiori o pari al valore nazionale dovranno mantenere o ridurre i valori raggiunti nel 2017. Sono attese riduzioni significative (>del 50% del numero di ricoveri) in particolare per i territori di Bologna e della Romagna. Il risultato calcolato sulla popolazione residente sarà applicato indistintamente a tutti i produttori del territorio.

**Le aziende che hanno valori inferiori o pari al valore nazionale dovranno mantenere o ridurre i valori raggiunti nel 2017. Sono attese riduzioni significative (>del 30% del numero di ricoveri) in particolare per i territori di Bologna, Ferrara, Imola e Modena. Il risultato calcolato sulla popolazione residente sarà applicato indistintamente a tutti i produttori del territorio.

3.2.2 Reti di rilievo regionale

Nel corso del 2018 saranno delineate le caratteristiche generali ed i profili più critici dell'organizzazione e del funzionamento delle Reti ospedaliere di rilievo regionale, ripuntualizzando gli obiettivi di sistema che si intendono perseguire, gli strumenti operativi adottabili e le principali problematiche che emergono dalla analisi degli assetti oggi in campo. A tal fine è stata istituita una Cabina di Regia regionale (DGR 1907-29/11/2017) con lo scopo di analizzare lo stato dell'arte relativamente alle singole reti già attive e alle principali problematiche che si troverà ad affrontare il sistema delle cure della regione Emilia-Romagna. Ciò anche al fine di garantire la coerenza di quanto sviluppato con le prioritarie esigenze del sistema sanitario regionale, con gli assetti derivanti dalla applicazione del nuovo Protocollo d'Intesa Regione-Università e con la necessità di valorizzare gli IRCCS regionali.

Di seguito si riportano gli obiettivi relativi a specifiche reti, derivanti da provvedimenti nazionali e/o regionali.

3.2.2.1 Rete dei Centri Senologia

Con deliberazione della Giunta regionale è stata costituita la Rete regionale dei Centri di Senologia dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale, definendone altresì l'organizzazione e il funzionamento. Le aziende sono chiamate ad applicare la DGR di cui si tratta uniformando l'organizzazione e il funzionamento dei Centri al modello descritto e assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
% interventi in centri <150 casi/ anno	0
% di pazienti sottoposte a reintervento sulla mammella entro 4 mesi dall'intervento di chirurgia conservativa	< 8.26 Media nazionale
% di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico	≥ 80%
% di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico	≥ 90%
% pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico	≥90%

3.2.2.2 Rete Malattie Rare

Le Aziende sede di nodi delle reti H&S per le malattie rare devono garantire ai pazienti il primo accesso tramite prenotazione telefonica entro tempi compatibili con patologie potenzialmente ingravescenti. I centri devono garantire la presa in carico multidisciplinare favorendo la funzionalità delle reti intraziendali anche mediante la messa a disposizione di ore di consulenza degli specialisti coinvolti.

I centri dovranno rivolgere particolare attenzione alle attività di counselling genetico e psicologico rivolto al paziente e ai familiari ed ai progetti di transizione dall'età pediatrica all'età adulta mediante l'individuazione di referenti clinici e di percorsi integrati.

Attuazione di quanto previsto per la riorganizzazione della rete delle Malattie Emorragiche Congenite (MEC), secondo le indicazioni fornite in corso d'anno. In particolare i centri dovranno adeguarsi ai requisiti previsti e sviluppare il progetto di disponibilità telefonica come supporto all'attività dei Servizi di Emergenza-Urgenza.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Invio entro il 31/12/2018 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri di riferimento per malattie rare: ➤ tempistiche relative al primo accesso ➤ tempistiche relative alle visite di follow up ➤ offerta di counselling genetico (modalità e tempi) ➤ offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi) ➤ individuazione di percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta (UO coordinatrice e percorso) 	100% dei contenuti previsti

3.2.2.3 Rete per la Terapia del dolore

Con deliberazione della Giunta regionale n. 967 del 04/07/2011 sono stati adottati i primi provvedimenti d'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, approvando linee guida per la funzione della terapia del dolore nella regione Emilia-Romagna e dando mandato alla Direzione Generale competente di istituire una struttura organizzativa regionale di coordinamento della funzione di terapia del dolore per la promozione, lo sviluppo e il monitoraggio degli interventi aziendali negli ambiti trattati dalla legge 38/2010. La Struttura è stata rinnovata con determinazione del DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 16688 del 24/10/2017 e ha il compito di coordinare la promozione e lo sviluppo degli interventi aziendali per la funzione di terapia del dolore, monitorare lo sviluppo della funzione di terapia del dolore, verificare l'assetto della funzione di terapia del dolore, coordinare gli interventi attuativi del progetto "Ospedale-territorio senza dolore", elaborare eventuali proposte di adeguamento della programmazione regionale in materia.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025)	>95%

3.2.2.4 Rete delle cure palliative pediatriche

La delibera di Giunta n. 1898 del 10.12.2012 approva il progetto "la rete delle cure palliative pediatriche (CPP) della Regione Emilia-Romagna", stabilisce che il nodo ospedale e il nodo cure primarie della rete assicurino il livello assistenziale di cure palliative garantendo gli ambiti specialistici di competenza, individua il nodo Hospice pediatrico quale centro specialistico di riferimento a supporto delle attività dei nodi della rete e dà mandato alle DG delle Aziende Sanitarie di mettere in atto i provvedimenti e gli atti necessari per dare operatività al provvedimento sostenendo l'evoluzione della rete assistenziale delle cure palliative pediatriche. A tal fine, le Aziende sanitarie dovranno riservare una particolare attenzione a questa materia favorendo la soluzione delle eventuali criticità, dovranno partecipare attraverso i propri specialisti al gruppo di coordinamento tecnico-professionale costituito presso il Servizio Assistenza Ospedaliera e collaborare alla definizione dei percorsi, dei protocolli assistenziali, dei ruoli, delle interconnessioni fra i nodi della rete, in particolare per una piena integrazione del futuro Hospice pediatrico.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Formalizzazione di team di riferimento per le CCP a livello di ciascun territorio entro il primo semestre 2018	si

3.2.2.5 Reti per le patologie tempo-dipendenti

In relazione alle reti tempo-dipendenti alla luce delle indicazioni della DGR 2040/2015 e all'Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2018, alle Aziende è richiesto di garantire qualità e sicurezza mediante il rispetto degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
volumi IMA per struttura	>= 100 casi/anno
Volumi per Trauma Center	>= 240 traumi gravi/ anno
Volumi PCTA	> =250/anno
Volumi PTCA primarie;	>= 75 (proporzione di PTCA primaria >= 65%)
% di casi di stroke con centralizzazione primaria	> 80%
% transiti in stroke unit	> 75%
% trombolisi e.v.	> 12%
% intra-arteriosa	> 3 %
% riabilitazione post-stroke codice 56	> 12%

3.2.2.6 Centri di riferimento regionali

Nel corso del 2017 con i seguenti atti sono state definite le funzioni dei centri di riferimento regionali per:

Patologia/percorso	Atto
Neoplasia Ovarica	DGR 2113/2017
Malattie Croniche Intestinali	DGR 1188/2017
Chirurgia endoscopica dell'orecchio	DGR 2112/2017
Neurochirurgia pediatrica	Nota PG 203519/2017
Neurochirurgia dell'ipofisi	

Con la DGR n. 1945 del 04/12/2017 è stato inoltre approvato il nuovo Piano amianto della Regione Emilia-Romagna che prevede, fra l'altro, la presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma con definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) secondo le indicazioni regionali.

In corso d'anno saranno inoltre fornite indicazioni per la riorganizzazione dell'attività di trattamento chirurgico dei pazienti affetti da epilessie focali, con l'individuazione del centro di riferimento regionale. Nel corso del 2018 i centri di primo e secondo livello dovranno implementare percorsi di diagnosi e trattamento coerenti con le indicazioni regionali.

In corso d'anno saranno definite e approvate le Linee Guida regionali relative al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le pazienti affette da endometriosi, con definizione della rete regionale.

Nel corso del 2018, i centri dovranno sviluppare e implementare percorsi assistenziali coerenti con le indicazioni regionali.

➤ *Indicatori e target:*

Centri hub (neoplasia ovarica, MICI, Chirurgia endoscopica dell'orecchio, chirurgia dell'epilessia, endometriosi): dare attuazione alla DGR rispetto alla mission	Si
---	----

prevista per il Centro	
Centri di riferimento neurochirurgia pediatrica e dell'ipofisi: definizione dei percorsi e delle funzioni dei centri	Si
Per tutte le Aziende: Definire in collaborazione con il Centro di riferimento specifico percorsi di invio dei pazienti	Si
% casi trattati nei centri hub	>2017
Mesotelioma:Tempo intercorso tra accesso al Centro di I livello per sospetto diagnostico e definizione della diagnosi <28 giorni lavorativi	>90%
Tempo intercorso tra data del referto patologico e inizio del percorso terapeutico <21 giorni lavorativi	>90%
Aderenza alle Linee Guida e appropriatezza dei percorsi terapeutici	>90%

3.2.3 Emergenza ospedaliera

Per la rete dell'emergenza ospedaliera le Aziende devono, applicare i piani operativi per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso, elaborati in linea con le direttive fornite dalla DGR 1827 del 17/11/2017 con particolare riferimento alla rilevazione dell'algoritmo NEDOCS per la valutazione del sovraffollamento, all'implementazione o adeguamento della funzione di bed-management nonché all'adozione delle azioni previste per il miglioramento della fase di throughput: fast-track, affidi specialistici, gestione diagnostiche e consulenze.

Deve inoltre essere migliorata la rilevazione dei dati di attività (vedi obiettivi flussi informativi) e l'utilizzo della reportistica per sviluppare audit su tematiche clinico-organizzative con particolare riferimento alla gestione in emergenza di patologie rilevanti (es. infarto, traumi, sepsi, stroke).

I sistemi informativi dovranno prevedere un collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale.

Dovranno essere predisposti in collaborazione con i servizi territoriali, percorsi alternativi al ricovero che consentano la presa in carico dei pazienti con condizioni di fragilità sanitaria (pazienti cronici e/o polipatologici) o sociale.

In linea con quanto previsto dalla DGR 1423 del 02/10/2017, di attuazione del piano sociale e sanitario 2017-2019, dovrà essere garantita la partecipazione alla formazione sui temi della violenza di genere (vedi indicatori nella sezione specifica).

Il piano assunzioni prevederà una particolare attenzione per l'adeguamento e la stabilizzazione delle risorse nell'ambito dell'emergenza urgenza (vedi sezione specifica).

Entro fine 2018 dovrà essere revisionato negli ambiti territoriali ancora non a regime l'assetto delle reti STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA). Per quanto riguarda l'attivazione di STEN si richiama quanto contenuto nella suddetta DGR che prevede 1 STEN per provincia, 1 STEN per le province di Parma e Piacenza, 1 STEN per le province di Bologna e Ferrara ed 1 STEN unico per l'Azienda USL della Romagna.

Entro la fine del 2018 dovranno inoltre essere condotti audit clinici per la valutazione di tali percorsi e degli specifici indicatori previsti dalla DGR n.1603/2013 e dai protocolli locali.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Rilevazione algoritmo NEDOCS in ciascun PS	100%
Applicazione piani per l'iperafflusso per ciascun PS.	100%
Tempo di permanenza in PS	< mediana 2017 per stabilimento
Presenza di percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico di pazienti cronici.	>= di 2 percorsi

3.2.4 Centrali Operative e 118

Al fine di sviluppare e mantenere le competenze necessarie per la gestione delle emergenze, anche nelle condizioni di attivazione delle procedure di Disaster Recovery e Business Continuity, le Aziende Sanitarie sedi di Centrali Operative 118 (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Azienda USL di Bologna, Azienda USL della Romagna) devono garantire la funzione di interoperabilità delle Centrali 118 attraverso meccanismi di rotazione degli operatori nelle tre Centrali Operative 118.

Le Aziende Sanitarie che svolgono servizio di emergenza territoriale promuovono iniziative formative volte all'omogeneizzazione dei protocolli infermieristici avanzati, tenuto conto del contesto di riferimento ed in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016.

L'Azienda USL di Bologna garantisce il necessario supporto tecnico e amministrativo al funzionamento della base di elisoccorso notturna di Bologna avvalendosi della collaborazione delle altre Aziende sanitarie così come previsto dalle apposite convenzioni stipulate per l'utilizzo del personale medico ed infermieristico. Le Aziende Sanitarie supportano per quanto di competenza, l'adeguamento dei siti di atterraggio e decollo notturni che insistono sul territorio di riferimento.

Poiché l'intervento precoce da parte di un cittadino presente sul posto, attraverso le prime manovre di rianimazione e l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico, può rivelarsi decisivo per la sopravvivenza del paziente durante un arresto cardiaco, è necessario incentivare azioni di "defibrillazione precoce territoriale" da parte di personale non sanitario. In tal senso le Aziende Sanitarie assicurano l'adeguato supporto al percorso di accreditamento dei centri di formazione BLS/D per personale laico, verificando la qualità dei corsi erogati, mantenendo aggiornati i registri delle persone formate e la mappatura dei defibrillatori.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Obiettivo per Aziende USL di Bologna e Romagna e AOU di Parma: % degli infermieri di ogni Centrale 118 che effettua almeno 2 turni/anno presso almeno una Centrale Operativa non sede della propria unità operativa.	>=25%
Obiettivo per Azienda USL di Bologna, AUSL Romagna e AOU Parma, capofila per la messa a disposizione del personale sanitario e sono le sedi di CO) Garanzia della continuità del servizio di elisoccorso notturno.	Si
Obiettivo per le Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale % di verifiche sul campo dei corsi BLS/D erogati da soggetti accreditati	5%
Obiettivo per le Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale e per le Aziende sede di Centrale operativa 118: % di defibrillatori comunicati dai soggetti detentori correttamente censiti all'interno del registro informatizzato.	100%

3.2.5 Attività trasfusionale

E' necessario continuare a garantire l'autosufficienza su scala regionale con contributo all'autosufficienza nazionale, in stretta e fattiva collaborazione con le associazioni dei donatori per soddisfare il fabbisogno di sangue ed emocomponenti, anche in attuazione di quanto previsto dalle nuove convenzioni stipulate nel 2017 con le federazioni e le associazioni di donatori e dal Piano Regionale Sangue.

Per quanto riguarda la corretta gestione della risorsa sangue occorre consolidare, a livello aziendale, l'utilizzo del PBM (Patient Blood Management), già avviato nel 2017, ai sensi del DM 2 novembre 2015 e secondo le linee guida del CNS.

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo di corretta gestione della risorsa sangue, sarà costituito un gruppo di lavoro regionale, coordinato dal Centro Regionale Sangue, per la produzione di linee d'indirizzo regionali per l'applicazione del PBM.

Deve essere garantita maggiore trasparenza e regolamentazione nell'attività di produzione e cessione degli emocomponenti ad uso non trasfusionale anche attraverso la stipula di specifiche convenzioni in materia, ai sensi di quanto previsto nella delibera di Giunta 865/2016.

Nel corso del 2018 dovrà essere attivato uno specifico gruppo di lavoro regionale per la definizione degli aspetti di pianificazione ed organizzazione della concentrazione nella sede già operativa a

Bologna le attività di qualificazione biologica e di lavorazione degli emocomponenti raccolti nelle due Aree Vaste Emilia Centrale e Nord mantenendo per la Romagna, la sede già operativa a Cesena-Pievesestina. Il tavolo di lavoro vedrà la Partecipazione del Centro Regionale Sangue, dei Trasfusioneisti e delle Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue.

All' Azienda Ospedaliera di Ferrara si richiede il monitoraggio dell'adesione al progetto regionale di fornitura delle sacche per un gruppo di pazienti talassemici con intervallo trasfusionale critico.

Dovrà inoltre essere data attuazione a quanto previsto dal Piano Sangue 2017-2019 con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- Realizzazione della rete informatica regionale unica per il sistema sangue
- Piena funzionalità dei Centri per la cura delle talassemie e delle emoglobinopatie e dei Centri di diagnosi e cura dell'emofilia e delle altre malattie emorragiche congenite
- Promozione del dono mediante adeguate campagne informative e sostegno alle associazioni e federazioni di volontariato
- Piena funzionalità dei COBUS

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Predisposizione e invio di report trimestrali sui dati di attività	>=80%
definizione entro dicembre 2018 delle convenzioni relative all'utilizzo di emocomponenti ad uso non trasfusionale laddove siano pervenute richieste conformi a quanto previsto dalla DGR 865/2016	si
adozione di un programma di PBM aziendale.	si

3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

L'attività di donazione d'organi, tessuti e cellule rappresenta, a livello nazionale e regionale, un atto medico di primaria e assoluta importanza. La nostra regione, nel corso degli anni, ha sempre investito sulla crescita e sulla diffusione della cultura "del dono" e oggi, nell'ambito del percorso di riordino ospedaliero, vi è l'obbligo di considerare il processo di donazione d'organi, tessuti e cellule un'attività sanitaria concreta e routinaria al pari di ogni altro atto medico e chirurgico. La donazione degli organi e dei tessuti, oltre all'enorme valore etico che intrinsecamente porta con sé è, ovviamente, la base imprescindibile sulla quale si regge l'attività trapiantologia regionale e di conseguenza la possibilità di cura per pazienti non altrimenti curabili. Si è ritenuto, quindi, di porre per tutti i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dell'Emilia -Romagna i seguenti obiettivi per l'anno 2018 in parziale continuità con quanto richiesto per lo scorso anno:

- Invio al Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna (CRT-ER), in occasione dei consueti incontri bilaterali che si terranno tra lo stesso e le aziende sanitarie entro i primi due mesi dell'anno successivo, di una relazione firmata dal Coordinatore Locale e dalla Direzione Sanitaria, sull'attività relativa al procurement svolta durante l'anno e il monitoraggio del percorso "neuroleso" (numero dei pazienti che attraverso il percorso "neuroleso" sono stati individuati extra Terapia Intensiva, ricoverati in Rianimazione e avviati all'osservazione di morte encefalica).
- Prelievo di un numero di cornee pari ad almeno il 17% dei decessi dell'anno precedente con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del CRT-ER)
- Prelievo di un numero di donatori multi-tessuto (età compresa tra i 2 e i 78 anni) in relazione alle indicazioni CRT_ER per ciascuna azienda.
- Distribuzione entro l'anno in corso, in accordo con il Coordinatore Locale alle donazioni, degli incentivi generati dal "fondo procurement" dell'anno precedente

Sono obiettivi innovativi i seguenti:

Programma "cuore fermo-DCD regionale"

- Adesione ed avvio fattivo del programma regionale che vede capofila (ovvero a disposizione di altri professionisti interessati a sviluppare il progetto) l'Ospedale Bufalini di Cesena quale promotore di un processo teso al progressivo coinvolgimento delle Aziende che in Emilia Romagna, per caratteristiche strutturali ed organizzative, potranno in tempi brevi attivare il medesimo programma.

Banca cornee

- Ri-organizzazione della Banca Cornee dell'Emilia Romagna, con la proposizione di un unico coordinamento regionale e unico Responsabile, nell'ottica di una più congrua distribuzione del lavoro, rinnovamento tecnologico, migliore efficienza e qualità dei prodotti, per soddisfare le sempre rinnovate esigenze degli operatori in campo trapiantologico e per migliorare la percentuale di cornee utilizzate sul totale delle cornee prelevate, che nel 2016 era del 51.2%, attraverso puntuali indicazioni sulle modalità di prelievo.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Relazione annuale indicante la composizione e l'attività dell'Ufficio Locale di Coordinamento alla Donazioni da trasmettere al CRT-ER in occasione degli annuali incontri bilaterali con le aziende	Si
Numero di donazioni di cornee rispetto al numero dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni riferiti all'anno precedente	>=17%
Numero di donazioni multi-tessuto	come da indicazioni CRT-ER
Adesione al programma "cuore fermo DCD" regionale per le Aziende con le caratteristiche organizzative e strutturali idonee a supportare il progetto	Si
Aziende Usl di Bologna e Imola: Adesione al progetto Banca cornee	Si

3.2.7 Volumi-esiti

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, nel rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati sarà necessario portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti. Il monitoraggio dell'attività verrà effettuato tramite i dati presenti nelle banche dati disponibili ed aggregati per "reparto".

In particolare, le Aziende devono completare il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali per colecistectomia inferiore ai 100 casi, e completare l'attuazione del piano di ridefinizione della rete per il trattamento delle fratture di femore, garantendo le soglie di volume tenuto conto delle caratteristiche specifiche di accessibilità dei singoli stabilimenti ospedalieri che trattano casistiche meno numerose di 75 interventi/anno.

Le Aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private accreditate, avviando, in conformità alla DGR n. 2329/2016 "Approvazione dell'accordo quadro di regolamentazione dei rapporti tra regione Emilia-Romagna e Ospedali Privati Accreditati aderenti ad AIOP per la fornitura di prestazioni erogate nel triennio 2016-2018", programmi di progressiva adesione agli standard qualitativi e quantitativi individuati dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 o di superamento delle attività specifiche qualora le strutture dovessero risultare non in linea con tali parametri. Ciò anche mediante la previsione nell'ambito dei contratti di fornitura di indicazioni in merito a: ruolo delle strutture private con volumi al di sopra o prossimi alle soglie nelle reti provinciali, necessità di discussione multidisciplinare dei casi, predisposizione di PDTA integrati pubblico/privato.

Relativamente alla percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal momento del ricovero, sul totale degli operati, si richiama l'attenzione al

raggiungimento/mantenimento di livelli superiori al 70%. Si precisa che le eventuali riduzioni rispetto al dato storico saranno oggetto di valutazione negativa.

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

Ogni centro che tratti casistica chirurgica oncologica è vincolato a garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito di una valutazione multidisciplinare, sul modello del breast multidisciplinary team.

Si raccomanda a tutte le Aziende il miglioramento delle performance (in termini di adeguatezza dei volumi) per operatore e per struttura delle seguenti casistiche: tumore della mammella, PTCA, fratture di femore.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura	>=100 /anno
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3 gg	>=75%
numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Struttura	>=75 /anno tenuto conto delle caratteristiche specifiche di accessibilità dei singoli stabilimenti ospedalieri
interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore	>=70%
Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare	100%

3.3 Screening oftalmologico neonatale

In linea con quanto previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2015-2018 in materia di screening neonatali e in applicazione del documento "Linee Guida alle Aziende Sanitarie per la realizzazione dello Screening della funzione visiva in epoca neonatale in Emilia-Romagna", l'attivazione dello screening oftalmologico neonatale, mediante il test del riflesso rosso, su tutti i nuovi nati, dovrà avvenire in tutti Punti Nascita della Regione entro il 2018.

Il test del riflesso rosso deve essere effettuato dai pediatri/neonatologi ospedalieri a tutti i nuovi nati prima della dimissione dal Punto Nascita e ripetuto dal Pediatra di Libera scelta nei bilanci di salute effettuati nel primo anno di vita.

Per una corretta effettuazione di tale screening si ritiene fondamentale l'integrazione tra neonatologi/pediatri ospedalieri, pediatri di libera scelta ed oculisti del SSN.

Ciascuna Azienda Sanitaria dovrà elaborare protocolli/procedure volti ad ottenere uno screening con copertura del 100% dei nati.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
% di Punti Nascita della Regione in cui è stato attivato lo screening entro il 2018	100%

3.4 Sicurezza delle cure

L'emanazione della Legge 8 marzo 2017 n.24 "Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" pone la necessità di provvedere ad una serie di adempimenti previsti dalla normativa stessa. Dovrà essere elaborata e pubblicata sul sito aziendale una relazione annuale sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto. Tale relazione potrà discendere dal report di attuazione delle attività previste dal Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC) nell'anno 2017, che andrà anche aggiornato rispetto alle attività previste per il 2018.

Sempre rispetto alla legge 24/2017 e al debito informativo verso l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità, deve continuare ad essere assolto il flusso informativo relativo agli eventi sentinella – SIMES Ministero della Salute - e deve essere rilanciato e potenziato

il sistema di incident reporting attraverso il coinvolgimento delle strutture attualmente non segnalanti.

Per la riduzione degli incidenti è determinante l'applicazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure: dovrà pertanto essere garantito il relativo monitoraggio Agenas e l'effettuazione di Visite per la Sicurezza (applicazione dello strumento Vi.Si.T.A.RE per la verifica delle raccomandazioni Operativa con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica).

Particolare attenzione dovrà essere posta all'implementazione delle raccomandazioni relative alla gestione del farmaco e al percorso nascita e all'effettuazione di analisi di casi significativi (SEA) per la sicurezza in ostetricia.

I dati disponibili dalle segnalazioni e provenienti da altre fonti informative confermano che un altro ambito meritevole di particolare attenzione è quello relativo alla sicurezza in chirurgia, rispetto al quale è necessario attuare le azioni di miglioramento previste dai piani aziendali e continuare ad effettuare l'attività di osservazione diretta sull'utilizzo della check list di Sala Operatoria (Progetto OssERvare).

Bisognerà inoltre garantire l'applicazione degli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera previsti dal DM 70/2015, quali la presenza del braccialetto per l'identificazione del paziente e del foglio unico di terapia (FUT). Un requisito previsto dal sopracitato decreto è anche quello della garanzia di adeguata formazione in tema di sicurezza delle cure, rispetto al quale dovranno essere effettuati eventi formativi in tema di segnalazione e analisi degli eventi/quasi eventi (Significant Event Audit). Il coinvolgimento dei cittadini dovrà essere favorito attraverso l'adesione all'iniziativa informativa regionale rivolta ai cittadini "Open Safety Day".

Occorre inoltre continuare l'attività di implementazione delle Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente ed effettuare le azioni previste dai Piani Aziendali di Prevenzione delle Cadute.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla legge 24/2017 sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto	Si
Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC): report di attuazione delle attività previste dal PPSC per l'anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019	Si
Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta, analisi e valutazione dei dati ed evidenza di azioni di miglioramento su Unità Operative non segnalanti nel 2017;	evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2017
assolvimento del debito informativo previsto da circolare 18/2016; effettuazione check list di sala operatoria:	
copertura SDO su procedure AHRQ4	>= 90%
linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	>= 75%
Ripetizione delle osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare) per verifica efficacia dei piani di miglioramento;	si
Adozione braccialetto identificativo	copertura 95% Unità Operative di degenza
evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia	100% dei casi di esito grave e di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici-maternali
effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia (FUT) e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica	Almeno 1 Unità Operativa
Formazione di operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti) dell'area di degenza medica e chirurgica sulle linee	Partecipazione di almeno il 50% degli operatori sanitari delle

di indirizzo delle cadute in ospedale attraverso corso FAD	suddette aree
--	---------------

3.5 Accredитamento

Entro la data di scadenza, le aziende sanitarie dovranno presentare domanda di rinnovo dell'Accreditamento ai sensi della DGR 1943 del 4.12.2017, "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie".

Si precisa che, quanto contenuto nell'allegato alla Delibera in oggetto sostituisce integralmente i requisiti approvati al punto 1 dell'allegato n. 3 della DGR 327/2004. Tali requisiti, che dovranno essere posseduti al momento della presentazione della domanda di rinnovo, variazione o nuovo accreditamento, saranno applicati a livello delle Direzioni delle Aziende Sanitarie. Le aziende, al momento della domanda devono inoltre possedere i requisiti specifici vigenti ed applicabili alle attività oggetto di accreditamento.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Presentazione di valida domanda di rinnovo entro la scadenza dell'accreditamento (31.07.2018)	100%
Possesso dei requisiti generali di cui alla DGR 1943/2017 al momento della presentazione della domanda (autovalutazione)	100%

3.6 Lesioni da pressione

Le lesioni da pressione rappresentano uno dei problemi assistenziali più frequenti sia in ambito ospedaliero che territoriale, con forti implicazioni sulla salute, sociali ed economiche. L'evento lesione da pressione è riconosciuto un indicatore di qualità delle cure a livello internazionale e il ruolo della prevenzione è fondamentale per evitare l'insorgenza o l'aggravamento di una lesione.

Il Ministero della salute, nel monitoraggio di verifica degli adempimenti LEA prevede il PDTA sulle "Ulcere da pressione" che, a livello regionale, abbiamo completato con la definizione della buona pratica di prevenzione delle lesioni da pressione. Le linee di indirizzo regionali forniscono lo standard di riferimento per diffondere la buona pratica assistenziale integrandosi con le indicazioni regionali sul trattamento delle lesioni da pressione.

Le Aziende sanitarie sono tenute ad aggiornare la loro procedure e pianificare la rilevazione degli indicatori previsti dalle linee di indirizzo.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione	100%
Adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle lesioni da pressione come da procedura aziendale (aggiornata secondo linee di indirizzo regionali)	Realizzazione di un audit clinico-assistenziale (di processo) in 4 unità operative di area medica e 2 unità operative in ambito chirurgico

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

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

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

Si riprendono pertanto anche per il 2018 gli impegni delle Direzioni aziendali:

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

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

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

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

4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2018 proseguirà l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).

Le Aziende sanitarie sono tenute all'applicazione delle disposizioni contenute:

- Agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016;
- All'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.

➤ *Indicatore e target:*

- Indice di tempestività dei pagamenti; target: ≤ 0

Le Aziende sanitarie sono tenute al rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2018. La

compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.

➤ *Indicatore e target:*

- Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali; target: 100%

Nel 2018 si conclude il percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali, le Direzioni aziendali interessate dovranno aderire secondo il calendario programmato.

Nel 2018 è inoltre previsto l'avvio SIOPE+, un progetto innovativo di potenziamento della rilevazione SIOPE, diretto a rendere più efficiente il monitoraggio dei pagamenti delle fatture delle PA, attraverso l'obbligo dell'ordinativo informatico e l'integrazione delle informazioni sui pagamenti con quelle delle fatture delle PA registrate nella Piattaforma dei crediti commerciali (PCC).

Le Aziende Sanitarie devono garantire l'entrata a regime dal 1° ottobre 2018 come previsto dal DM 25 settembre 2017 ad eccezione dell'Azienda Usl di Piacenza e Reggio Emilia il cui avvio è previsto anticipatamente al 1° maggio 2018.

➤ *Indicatore e target:*

- Avvio del SIOPE+; target: 100%

4.1.2 *Il miglioramento del sistema informativo contabile*

Nel corso del 2018 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:

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

➤ *Indicatore e target:*

- Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio. Target: 90% del livello di coerenza
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA.

Nel corso del 2018 dovrà essere assicurata, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali che costituisce non solo uno strumento di scambio di informazioni ma anche di controllo e verifica dei dati contabili inseriti propri e delle altre Aziende. La corretta alimentazione della Piattaforma web è necessaria per assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale.

➤ *Indicatore e target:*

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

Nel corso del 2018 le Aziende dovranno garantire l'alimentazione, nelle scadenze prestabilite, della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra la Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi. Le informazioni si renderanno utili anche ai fini della definizione dei dati di consuntivo dell'anno di riferimento da presentare alla Commissione Paritetica.

➤ *Indicatore e target:*

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

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

Nel corso del 2017 si è concluso il **Percorso di Attuativo della Certificabilità** (PAC) nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, "Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni assunte dalla Direzione Generale regionale. A conclusione del percorso la Regione Emilia Romagna ha adottato la DGR 1562 del 16/10/2017 avente ad oggetto "Percorso Attuativo della Certificabilità di cui alla deliberazione di giunta regionale n.150 del 23 febbraio 2015 – Approvazione delle linee guida regionali per le aziende del Servizio Sanitario Regionale" e la DGR 2119 del 20/12/2017 avente ad oggetto "Percorso Attuativo della Certificabilità di cui alla deliberazione di giunta regionale n.150 del 23 febbraio 2015 – Approvazione del regolamento interno di organizzazione e disciplina contabile, del manuale delle procedure e istruzioni operative della gestione sanitaria accentrata regionale e del manuale delle procedure e indicazioni operative del bilancio consolidato del SSR".

Nel corso del 2017 le Aziende Sanitarie hanno attuato le azioni del PAC previste dal cronoprogramma, allegato 1 alla DGR n. 150/2015 e superato con giudizio complessivamente positivo le Revisioni Limitate effettuate dai Collegi Sindacali nel corso del 2016 e del 2017.

Nel 2018 le Aziende sanitarie sono tenute:

- a recepire ed applicare eventuali integrazioni delle Linee Guida regionali;
- a proseguire nel progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico contabili, migliorando ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzando ed uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno, anche in vista dell'avvio del nuovo sistema informativo regionale per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC);
- a superare eventuali criticità emerse dai Monitoraggi Regionali sullo stato di attuazione del PAC a tutto il 2017;
- a recepire le osservazioni e i suggerimenti del Collegio Sindacale formulati in occasione delle Revisioni Limitate effettuate nel corso del 2016 e del 2017 e a superare eventuali criticità emerse nelle Revisioni stesse;
- ad aderire alle attività formative organizzate a livello regionale.

Con DGR n.81 del 22/01/2018 è stato approvato il progetto di legge di iniziativa della Giunta Regionale recante "Norme in materia di Finanziamento, programmazione, controllo delle Aziende Sanitarie e Gestione Sanitaria Accentrata". E' in corso l'iter legislativo da parte dell'Assemblea Legislativa per l'approvazione del progetto di Legge ai sensi degli artt. 49 e seguenti dello Statuto Regionale.

Si è infatti ritenuto necessario rivedere il complessivo impianto della L.R. di contabilità, la n. 50/1994, più volte modificata da interventi normativi regionali succedutisi nel corso degli ultimi 15 anni: i diversi interventi legislativi hanno progressivamente modificato, abrogato e/o integrato numerose disposizioni della L.R. 50/1994 (ad es. in tema di organizzazione, contratti, controllo, assicurazione contro eventi avversi, ecc.), rendendo superate o superflue numerose disposizioni

ancor oggi inserite nella legge regionale medesima. Per tali motivi, il Progetto di Legge regionale intende razionalizzare il quadro normativo ad oggi vigente nella Regione Emilia-Romagna, attraverso il superamento della L.R. 50/1994 – prevedendone l'integrale abrogazione - con l'introduzione di una serie di disposizioni normative ad hoc "in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle aziende sanitarie e gestione sanitaria accentrata".

Il progetto di Legge prevede l'introduzione dell'art. 3 ter della legge regionale 29 del 2004 avente ad oggetto "**Sistema di Audit interno**" il cui testo si riporta di seguito:

"1. In coerenza con i principi del Decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286 (Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59) in ciascuna Azienda sanitaria è istituita la funzione di Audit interno per la verifica, il controllo, la revisione e la valutazione delle attività e delle procedure adottate, al fine di certificarne la conformità ai requisiti legali, alle linee guida e indirizzi regionali, nonché alle migliori pratiche. La funzione di Audit interno persegue l'obiettivo di indicare le necessarie azioni di revisione e integrazione delle procedure interne, anche amministrativo contabili, non conformi.

2. La funzione di Audit interno assiste altresì la Direzione aziendale nel coordinamento e nella valutazione dell'efficacia e adeguatezza dei sistemi di controllo presenti ai vari livelli aziendali, raccomandando le dovute azioni di miglioramento. La funzione di Audit interno è incardinata presso la Direzione aziendale.

3. E' istituito, senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale, il Nucleo Audit Regionale con compiti di impulso, raccordo e coordinamento delle funzioni di Audit aziendale. Con apposito provvedimento di Giunta regionale sono definiti la composizione, l'attività e le modalità di funzionamento del Nucleo Audit Regionale."

Le Aziende sono tenute ad istituire la funzione di **Audit interno**

Nel corso del 2018 sarà istituito un gruppo di lavoro regionale che prevede la partecipazione di referenti Aziendali con il compito di favorire e coordinare le funzioni di Audit aziendale nella fase di istituzione.

- *Indicatori e target:*
 - Istituzione Sistema di Audit; Target: raggiungimento 100% adempimenti

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

Nel corso del 2017 sono state ultimate le attività necessarie per l'aggiudicazione definitiva del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile. Sono iniziati i lavori con il RTI aggiudicatario volti all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema che hanno coinvolto, il Tavolo di coordinamento e governo GAAC (Tavolo GAAC), il DEC, i referenti GAAC e i referenti aziendali che hanno partecipato ai gruppi di lavoro.

In continuità con l'esercizio 2017, nel 2018, le Aziende sanitarie sono impegnate:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- a garantire la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4548 del 28/03/2017 e s.s. al Tavolo GAAC;
- ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema;
- ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC;

- ad assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
 - ad assicurare le attività che saranno richieste dalla Regione e dal Tavolo GAAC per garantire l'avvio dei Gruppi di Aziende secondo le tempistiche programmate.
- *Indicatore e target:*
- Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC; target: 100%

Si evidenziano inoltre i seguenti adempimenti normativi la cui applicazione ha impatto sul GAAC:

Fatturazione Elettronica

A partire dal 1° gennaio 2018 all'interno delle fatture elettroniche emesse nei confronti degli enti del SSN relative ad acquisti di prodotti farmaceutici dovranno essere fornite indicazioni in merito alle informazioni relative al Codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) e al corrispondente quantitativo di cui al comma 2 dell'art. 29 del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96.

Il comma citato prevede inoltre l'obbligo di non procedere con il pagamento dei corrispettivi indicati nelle fatture nell'ipotesi in cui all'interno delle medesime non siano riportate le succitate indicazioni.

Le Aziende devono assicurare l'istituzione di idonei strumenti di controllo finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

Legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Finanziaria 2018)

I commi da 411 a 415 – art.1 della Legge n.205/2017 dettano disposizioni finalizzate a consentire un monitoraggio completo dell'intero ciclo degli acquisti.

Attualmente il sistema di monitoraggio della spesa delle Amministrazioni Pubbliche, tra cui rientrano gli Enti del SSN, è realizzato attraverso 3 sistemi:

- Il *sistema informativo sulle operazioni degli enti pubblici (SIOPE)*, con cui gli istituti tesorerieri degli enti comunicano alla Banca d'Italia e alla Ragioneria Generale dello Stato l'ammontare dei pagamenti eseguiti giornalmente dagli enti pubblici, distinti per natura della spesa;
- Il *sistema di interscambio (SDI)*, attraverso cui transitano tutte le fatture emesse nei confronti delle Amministrazioni Pubbliche;
- La *piattaforma dei crediti commerciali (PCC)*, che:
 - ✓ acquisisce dal SDI, in modalità automatica, i dati delle fatture elettroniche indirizzate alle Amministrazioni Pubbliche;
 - ✓ acquisisce dalle Amministrazioni Pubbliche le informazioni sui pagamenti eseguiti a fronte di ciascuna fattura (conteggiando anche i tempi di pagamento).

La Ragioneria Generale dello Stato sta realizzando una soluzione per monitorare l'intero ciclo degli acquisti, composta da due nuovi sistemi oltre a quelli esistenti:

- il sistema **SIOPE+**, di cui al DM 25 settembre 2017, in grado di rilevare automaticamente i pagamenti eseguiti dalle amministrazioni pubbliche e di collegarli alle rispettive fatture;
- il *nodo di smistamento degli ordini di acquisto (NSO)*, in grado di rilevare automaticamente gli ordini di acquisto, collegandoli sia ai contratti di origine che ai

documenti emessi nelle fasi successive (fatture, bolle di accompagnamento dei beni, stati di avanzamento dei lavori, eccetera).

Le disposizioni della Legge Finanziaria 2018, contenute all'art. 1 commi 411-415, prevedono l'obbligo dell'emissione, trasmissione, conservazione e archiviazione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi in forma elettronica.

Tempi e modalità di attuazione sono rinviati all'emanazione di successivi decreti attuativi.

In questa fase è in corso una sperimentazione a cui partecipano per la Regione Emilia Romagna, l'Azienda Usl della Romagna, l'Azienda Ospedaliera di Bologna, l'Azienda Usl di Reggio Emilia e IntercentER.

L'emissione degli ordini in formato elettronico deve avvenire in modalità integrata con il sistema regionale NoTIER (Nodo Telematico di Interscambio Emilia – Romagna) che garantirà la trasmissione a NSO (*nodo di smistamento degli ordini di acquisto*).

Il progetto sul monitoraggio degli acquisti avviato dalla Ragioneria Generale dello Stato si inserisce e rafforza il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti già avviato in Regione Emilia Romagna in attuazione della delibera di Giunta Regionale n. 287/2015.

Le Aziende devono assicurare la collaborazione con IntercentER per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi in applicazione della DGR n. 287/2015, anche in vista dei nuovi adempimenti previsti dalla Legge finanziaria 2018, oltre a garantire una corretta implementazione del nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile.

Le Aziende devono inoltre assicurare l'emissione di ordini di acquisto sia per i beni che per i servizi. A tal fine si ricorda, che, con riferimento alla gestione dei servizi, le Linee Guida PAC (DGR 1562/2017) relative all'Area Debiti – Costi stabiliscono: *“l'ordine rappresenta lo strumento imprescindibile del sistema di controllo interno, per il controllo continuo della spesa, del rispetto del budget e dei limiti contrattuali.*

L'emissione dell'ordine deve essere preventiva e preferibilmente mensile o riferita a un arco di tempo infra-annuale (bimestre, trimestre...); qualora risulti impossibile definire a priori l'esatta quantità e qualità del servizio necessario, può essere valutata la possibilità di effettuare un ordine presunto di spesa, integrato/rettificato alla fine del periodo di riferimento sulla base degli effettivi consumi.

La gestione dei servizi deve essere informatizzata e garantire l'integrazione tra i vari sistemi di gestione ordini, contratti, budget, contabilità generale e contabilità analitica, al fine di consentire:

- *il controllo del rispetto dei limiti contrattuali;*
- *il controllo del rispetto dei budget assegnati;*
- *la verifica che le richieste di emissioni ordini siano state soddisfatte;*
- *il monitoraggio dell'andamento della spesa.*

L'emissione dell'ordine solo al momento del ricevimento della fattura non soddisfa le esigenze sopramenzionate. Qualora, per alcune particolari tipologie di servizi, l'emissione dell'ordine preventivo non fosse percorribile (per esempio le Utenze), si devono utilizzare altre modalità analoghe che impegnino comunque budget e contratti e consentano i controlli suddetti.”

4.2 Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Nel 2017 è proseguito il percorso di evoluzione del sistema regionale di acquisizione di beni e servizi, che ha visto il continuo accentramento delle procedure di gara a livello regionale e di Area Vasta. Ciò è avvenuto anche grazie alla maggiore integrazione dell'Agenzia Intercent-ER e le strutture aziendali e di area vasta deputate all'acquisto di beni e servizi.

In particolare la Delibera di Giunta Regionale n. 1658/2016 "Proroga della convenzione per l'assegnazione temporanea di personale finalizzata alla realizzazione della riorganizzazione degli acquisti nel settore sanitario e approvazione del relativo schema di convenzione" ha confermato fino a tutto il 2018 il modello organizzativo che prevede l'assegnazione temporanea di personale qualificato delle Aziende Sanitarie regionali per le iniziative centralizzate gestite da Intercent-ER e definite nel MasterPlan triennale.

Sul fronte dell'e-procurement, la Delibera di Giunta Regionale 2194/2016 ha introdotto l'obbligo, a partire dal 1 ottobre 2017, di utilizzo della piattaforma di e-procurement da parte delle aziende e degli enti del sistema sanitario regionale per l'espletamento di gare di beni e servizi di valore superiore alla soglia comunitaria. Con l'entrata in vigore dell'obbligo, anticipato di un anno rispetto alle norme statali, le Aziende Sanitarie stanno utilizzando la piattaforma di e-procurement SATER gestita da Intercent-ER anche per lo svolgimento delle gare di rilievo comunitario per beni e servizi, completando il processo di dematerializzazione delle procedure di gara partito con lo sviluppo del mercato elettronico regionale per gli acquisti di valore inferiore alla soglia comunitaria.

Anche sul fronte del ciclo passivo nel 2017 si è registrato un deciso incremento del tasso di dematerializzazione grazie al progressivo aumento degli ordini e dei documenti di trasporto inviati e ricevuti dalle Aziende Sanitarie attraverso il nodo regionale NoTI-ER.

Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie

Come detto in precedenza l'integrazione organizzativa fra l'Agenzia Intercent-ER e le strutture di acquisto aziendali e di area vasta, iniziata nel 2014 con l'introduzione del MasterPlan triennale degli acquisti di beni e servizi del SSR, ha raggiunto una fase di maturità che, oltre a creare efficienze e un complessivo aumento della produttività, sta creando e diffondendo comportamenti e strumenti standardizzati su tutto il territorio regionale.

Occorre ora che la pianificazione e le strategie di acquisto definite vengano maggiormente condivise dalle Direzioni aziendali; al di là degli obiettivi quantitativi relativamente alla centralizzazione delle procedure e all'utilizzo dell'e-procurement, occorre creare maggiore *commitment* delle Direzioni aziendali sullo sviluppo complessivo del sistema, in modo da evitare comportamenti tattici a livello aziendale e fare in modo che le priorità definite siano condivise in tutta l'organizzazione aziendale.

Per realizzare tale obiettivo nel 2018 verrà ulteriormente implementato il sistema di *governance* degli acquisti, prevedendo:

- il coinvolgimento più pregnante delle Direzioni nelle scelte strategiche legate alla pianificazione e al monitoraggio degli acquisti;
- una più strutturata definizione dei meccanismi e dei livelli di coordinamento, coinvolgendo nelle diverse attività le risorse più idonee;
- un più intenso e diretto presidio del territorio, con riferimento sia alle strutture deputate agli acquisti sia con gli utilizzatori dei beni e servizi, anche per verificare e risolvere tempestivamente eventuali criticità.

Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo

Come detto in precedenza tutti gli strumenti di innovazione delle acquisizioni di beni e servizi previsti dalla legge regionale n. 17/2014 sono stati implementati e il loro utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie è entrato a regime. Su tale fronte occorre ora capitalizzare al massimo le efficienze conseguibili, sfruttando al meglio gli strumenti implementati e coinvolgendo un numero sempre maggiore di imprese. Occorre quindi:

- incrementare progressivamente il numero di ordini e documenti di trasporto informatizzati, attraverso l'inserimento nelle procedure di gara delle clausole contrattuali previste dalla Delibera n. 287/2015;
- sviluppare le forme di automatismo nella riconciliazione di fatture, ordini e documenti di trasporto per ridurre risorse impegnate ed errori;
- Rafforzare le competenze in materia di e-procurement delle risorse coinvolte nel ciclo degli approvvigionamenti, attraverso formazione e strumenti di affiancamento;
- aumentare il numero di procedure di valore inferiore alla soglia comunitaria gestite attraverso il mercato elettronico regionale al fine di incrementare l'efficienza, la trasparenza e la tracciabilità di tali procedure;

➤ *Indicatori e target:*

- Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno l'82% del totale degli acquisti di beni e servizi
- Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2016 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie
- Utilizzo della piattaforma SATER per la gestione informatizzata di tutte le procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario
- Indizione di almeno 30 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.)
- Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015 nel 100% dei contratti di beni e servizi stipulati
- Almeno il 50% degli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER.

4.3 Il Governo delle Risorse Umane

La copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende è condizionata all'approvazione del Piano Aziendale annuale di Assunzione, con la definizione sia dei contingenti da reclutare rispetto alle cessazioni e al turn over del personale dedicato all'assistenza, sia della previsione di costo complessivo delle risorse umane.

In riferimento ai Piani di Assunzione sottoposti alle valutazioni regionali e alle proprie dotazioni organiche nonché ai piani triennali dei fabbisogni del personale (PTFP), le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture, siano coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015 e con le linee guida che verranno emanate in tema di PTFP

Nella fase di redazione ed autorizzazione dei Piani di Assunzione 2018 e dei PTFP, sarà assicurata particolare attenzione all'Area dell'Emergenza Urgenza, in quanto a livello regionale si evidenziano criticità che è prioritario superare e adeguare alla domanda assistenziale, processo di adattamento che inciderà sulle valutazioni che saranno effettuate in sede di verifica complessiva dei fabbisogni Aziendali.

In linea con la normativa nazionale vigente si procederà al controllo e all'approvazione degli atti di modifica o adeguamento delle dotazioni organiche, inviati dalle Aziende del SSR.

Le Aziende del SSR dovranno garantire altresì l'applicazione degli Accordi siglati nel corso del 2016 e del 2017 tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. confederali e di categoria, in merito alle

“politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario” e all’applicazione del DLGS n. 75/2017 in materia di stabilizzazione del personale precario per il triennio 2018-2020.

Le azioni in favore dell’occupazione, che saranno programmate e realizzate dalle Aziende del SSR per dare esecuzione agli Accordi sopra richiamati, ribadiscono nei contenuti gli obiettivi e le linee già tracciate nel 2016, caratterizzate dalla volontà di investire progettualità e risorse sulla riqualificazione del personale, in particolare attraverso l’incentivazione dei processi di stabilizzazione degli organici, attualmente inquadrati sia a tempo determinato che con contratti “atipici”, provvedendo inoltre a far fronte alle criticità determinatesi a seguito dell’applicazione del disposto normativo della Legge 161/2014, in materia di regolamentazione dell’orario di lavoro e dei riposi.

La progressione e l’incentivazione delle suddette politiche di stabilizzazione, dovrà conseguentemente limitare il ricorso al lavoro atipico e agire favorevolmente sulla spesa ad esso collegata; l’eventuale attivazione di tali contratti dovrà, in ogni caso, essere disposta in coerenza con la normativa vigente.

Al fine di ottimizzare i processi di reclutamento del personale ed efficientare le procedure concorsuali, le aziende, in via sperimentale, dovranno programmare le attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato almeno a livello di area vasta.

Rispetto legge 161/2014:

Le Aziende del SSR, per mezzo anche dei contingenti di personale che potranno essere reclutati in esecuzione delle intese di cui sopra, oltre ad assicurare la piena applicazione della Legge 161/2014, saranno tenute a garantire sia l’efficiente allocazione delle risorse umane, sia la regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali.

➤ *Indicatori e target:*

- Rispetto del Piano di Assunzione e del PTFP, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati.
- Iniziative a sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell’Emergenza Urgenza, sia in sede di redazione e autorizzazione del Piano di Assunzione 2018 e del PTFP, che di verifica dei fabbisogni aziendali.
- Esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS. in applicazione della L. 161/2014 e in favore dell’occupazione.
- Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS.
- Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti;
- Avvio sperimentazione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta

Valorizzazione del sistema sanitario regionale e del personale:

Le Aziende del SSR saranno impegnate, altresì, nell’attuazione di progetti e programmi a supporto dei processi di innovazione, di sviluppo e potenziamento alle politiche di integrazione a livello sovra aziendale, per l’accorpamento di attività e funzioni tecnico amministrative, di supporto professionale e sanitario. Dovranno oltremodo essere garantiti il regolare accesso alle prestazioni rivolte all’utenza e la razionalizzazione dei sistemi organizzativi allo scopo di valorizzare professionalmente il personale e favorire la piena e qualificata erogazione dei servizi, nonché la riduzione delle liste di attesa.

In tale contesto assumono particolare rilievo gli Accordi siglati tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. Confederali e di Categoria il 19 settembre 2016 “Accordo in merito alle politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario, e successivi Verbali di incontro del 2 e del 28 novembre 2016, Accordo del 12 maggio 2017 “Politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario. Riduzione e controllo del lavoro precario della Dirigenza medica e non medica” e

Protocollo del 28 dicembre 2017 "Definizione degli obiettivi e delle prime indicazioni in merito all'applicazione delle disposizioni in tema di stabilizzazione del personale precario di cui al DLGS n. 75/2017, per il triennio 2018-2020, presso le Aziende e gli Enti del SSR della Regione Emilia-Romagna (personale del Comparto)".

Impegno da parte delle Direzioni aziendali al fine di garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di implementazione dei progetti denominati "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), e del sistema unitario per la "Gestione Informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile" (GAAC), al fine di rispettare le scadenze pianificate e il cronoprogramma di avanzamento dei lavori. L'elevato grado di complessità dei progetti, richiederà un alto livello di attenzione e la puntuale collaborazione da parte delle Aziende durante tutte le fasi di implementazione del Sistema. Rispetto alle potenzialità offerte dallo sviluppo del suddetto Progetto GRU, obiettivo prioritario sarà garantire il pieno utilizzo degli strumenti messi a disposizione dal portale, al fine di assicurare il concreto efficientamento dei processi di programmazione e controllo gestionale.

Nel corso del 2018 le Aziende dovranno avviare il percorso di avvicinamento dei propri sistemi di valutazione e valorizzazione del personale al "modello a tendere" condiviso con l'OIV-SSR, nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali di lavoro e con un pieno utilizzo del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU).

Sulla base dell'Accordo sottoscritto con i Sindacati Confederali il 7 settembre 2017, in materia di qualificazione del sistema della formazione universitaria, si ritiene strategica la garanzia di piena attuazione e prosecuzione del progetto di sostegno economico alle attività didattiche, c.d. progetto tutor, anche per il 2018.

➤ *Indicatori:*

- avvenuta adozione del Piano del percorso di avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni e i tempi previsti dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR

Sviluppo linee azione comuni sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche

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

Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, le Aziende dovranno proseguire, in coerenza con le normative vigenti, nell'attuazione delle linee generali di indirizzo regionale di cui alle DGR n. 1594 del 2004, n. 1113 del 2006 e n. 1134 del 2006 e seguenti, nonché con gli indirizzi che verranno dati dalla Regione in materia.

Relazioni con le OO.SS:

Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali restano improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. A tal fine occorre proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti "precari" e la tutela della genitorialità, discussioni che

saranno avviate anche con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi (anche in relazione alle opportunità fornite dall'art. 16 del D.L. 98/2011 in tema di risorse derivanti dalle economie di gestione prodotte dai processi di riorganizzazione).

Resta altresì prioritario, in sede di confronto con le OO.SS., lo svolgimento di un'analisi puntuale riguardo gli istituti a sostegno dello sviluppo e della valorizzazione professionale, nonché sulla possibile ridefinizione del sistema indennitario previsto dall'ipotesi di contratto collettivo del comparto e dagli atti di indirizzo della dirigenza.

Prosecuzione delle attività del Tavolo regionale "Area Urgenza/Emergenza Aziende Sanitarie", in tema di Pronto Soccorso ed emergenza territoriale.

➤ *Indicatori e target:*

- Rispetto dei tempi e delle modalità attuative dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione.
- Numero processi completati su processi avviati.
- Rispetto delle scadenze individuate nei cronoprogrammi GRU e GAAC
- Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa.
- Partecipazione alle attività del Tavolo Regionale "Area Urgenza/Emergenza Aziende Sanitarie", in tema di Pronto Soccorso ed emergenza territoriale

Costi del personale:

➤ *Indicatori e target:*

- Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014, PTFP e degli Accordi sottoscritti.

4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Come noto, dal 2017 tutte le Aziende sono inserite nel Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile, approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013. Allo stato attuale, pertanto, le Aziende operano ancora secondo una duplice modalità di gestione dei sinistri: a quella diretta, in ritenzione totale del rischio, si affianca in parallelo quella assicurativa, per i sinistri aperti prima dell'ingresso della singola Azienda nel nuovo Programma regionale.

Risulta dunque fondamentale che, accanto al percorso di consolidamento delle azioni rivolte alla piena attuazione del Programma regionale di gestione diretta dei sinistri, le Aziende sviluppino anche un progetto interno di smaltimento dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale. L'approvazione e la implementazione di detto piano di smaltimento costituirà elemento di valutazione.

➤ *Indicatore e target:*

- Presentazione alla regione entro il 30 giugno 2018 del piano aziendale di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al Programma regionale, con evidenza di quelli per i quali è in corso una vertenza giudiziale;

La tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di valutazione risulta fondamentale alla riuscita del Programma. A tal fine, il Nucleo regionale ha predisposto a fine 2016 Linee di indirizzo per la definizione delle procedure, in cui vengono indicati requisiti di processo e organizzativi minimi che tutte le aziende dovranno essere in grado di

garantire (nota pg/2016/0776113 del 20 dicembre 2016). E' inoltre indispensabile che le Aziende sanitarie:

- si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014;
- adottino e/o adeguino le proprie procedure interne di gestione dei sinistri indicando tempi certi per ciascuna fase (apertura sinistro, istruttoria, decisoria e definizione), onde assicurare che entro 6 mesi dalla data di richiesta di risarcimento sia conclusa la fase decisoria interna al CVS, con conseguente trasmissione al Nucleo Regionale di Valutazione – per i sinistri di seconda fascia – della documentazione completa;
- adeguino le procedure interne di gestione dei sinistri ai nuovi adempimenti prescritti dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", in ordine ai quali seguiranno aggiornamenti rispetto alle già trasmesse prime indicazioni operative (nota PG/2017/0302132 del 20 aprile 2017), cui le aziende dovranno tempo per tempo uniformarsi anche a livello procedurale interno.

Attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione.

➤ *Indicatore e target:*

- Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico legale e determinazione CVS entro 31.12; target: >=media regionale

E' disponibile per tutte le Aziende sanitarie un sistema di reportistica che rappresenta il ritorno informativo del sistema "gestione dei sinistri" . L'alimentazione del data base costituisce sia adempimento per le aziende sia lo strumento che permette il monitoraggio dell'effettiva implementazione del percorso di gestione dei sinistri

➤ *Indicatore e target:*

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

4.5 Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

Con la Legge regionale 9/2017 sono state introdotte norme per la migliore attuazione delle disposizioni nazionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza nella pubblica amministrazione da parte delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale.

A questo fine le aziende provvedono a garantire la piena applicazione di quanto previsto da tale norma, in coerenza anche con quanto stabilito a livello nazionale. In particolare, tenuto conto dell'approvazione con DGR 96 del 29/01/2018 dello schema-tipo di codice di comportamento, le Aziende devono adottare il nuovo codice di comportamento entro il 31 maggio 2018, garantendo un adeguato coinvolgimento a livello locale degli stakeholders, e attivare le misure ivi previste per la gestione anche documentale dei conflitti di interesse (resa possibile grazie alle funzionalità già disponibili nel "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" - GRU).

Le Aziende dovranno seguire le indicazioni condivise nel Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione istituito con Determina del Direttore Generale n.19717 del 5/12/2017.

➤ *Indicatori e target*

- avvenuta adozione Codice di comportamento nei tempi e con le modalità indicate dalla DGR 96/2018

- % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2018 (tenuto conto dei tempi di effettiva disponibilità moduli GRU) ; target: >= 15% (target 2019: >=90%)

4.6 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

Il Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, pienamente applicabile dal 25 maggio 2018, detta una complessa disciplina di carattere generale in materia di protezione dei dati personali, prevedendo molteplici obblighi ed adempimenti a carico dei soggetti che trattano dati personali, ivi comprese le Aziende Sanitarie.

Le disposizioni nazionali contenute nel D.lgs.196/2003, nonché i Provvedimenti di carattere generale emanati dall'Autorità Garante, continuano a trovare applicazione nella misura in cui non siano in contrasto con la normativa succitata.

A questo fine le aziende provvedono a garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con quanto verrà stabilito a livello nazionale e a livello regionale attraverso la condivisione e il rispetto delle indicazioni del gruppo di lavoro Regione/Aziende Sanitarie istituito con nota della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare prot. n. 796460 del 29/10/2015.

➤ *Indicatori e target*

- Nomina del Responsabile della protezione dei dati (artt. 37-39 del Reg. UE 2016/679) e conseguente ri-definizione ed articolazione delle specifiche responsabilità relative ai suddetti obblighi ed adempimenti, ripartendo compiti e funzioni tra i soggetti competenti tenuto conto della specifica organizzazione aziendale; Target: 100%
- Adozione del registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE 2016/679); Target: 100%;
- Partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale. Target: 95%
- Produzione di una relazione relativa all'organigramma delle responsabilità privacy aziendali; Target: 100%.

4.7 Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT)

La Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di Disposizioni Anticipate di Trattamento" prevede che esse siano redatte secondo lo schema dell'atto pubblico, della scrittura privata autenticata, o della scrittura privata consegnata personalmente dal disponente all'ufficiale dello stato civile, presso il proprio Comune di residenza, cui compete l'onere della annotazione in un apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7 del medesimo articolo; Il Comma 7 dell'articolo 4 prevede che qualora la Regione adotti modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale possa, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati.

Le Aziende sanitarie dovranno garantire, nelle modalità organizzative e telematiche adottate dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla Legge 22 dicembre 2017, n. 219, assicurando l'informazione richiesta ai pazienti e l'adeguata formazione del personale. In particolare, con riferimento alle modalità telematiche di raccolta di copia delle DAT che la Regione adotterà, le Aziende Sanitarie dovranno garantire i necessari adeguamenti organizzativi ed informatici al fine di ottemperare alle indicazioni regionali.

In particolare le Aziende dovranno nel corso del 2018:

- adattare i propri sistemi informatici, al fine di recuperare da ARA (Anagrafe Regionale Assistenti), se presenti, le informazioni sul luogo nel quale la DAT è depositata e le informazioni sui fiduciari;
- attivare a livello locale i percorsi di formazione per gli operatori che operano nelle strutture sanitarie che si interfacciano e interagiscono con le DAT;
- promuovere azioni di comunicazione verso i cittadini al fine di ampliare la conoscenza sulle DAT.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Numero di sistemi informatici che recuperano le informazioni da ARA sul numero di sistemi informatici individuati	▪ $\geq 90\%$
Numero di partecipanti ai percorsi di formazione per gli operatori sul numero totale di operatori che si interfacciano e interagiscono con le DAT.	▪ $\geq 50\%$
Promozione azioni di comunicazione verso i cittadini	▪ Si

4.8 Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

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

Information Communication Technology (ICT)

Cartella SOLE

Premesso che nell'aprile 2017 la Regione Emilia-Romagna ha siglato, con le organizzazioni sindacali della medicina generale, un'intesa per l'adozione del software di gestione della Cartella SOLE, le Aziende devono promuovere il percorso di diffusione della cartella SOLE con il pieno supporto della società CUP2000 sia per la pianificazione delle attivazioni che per tutte le attività operative di formazione, conversione dati e affiancamento.

La diffusione della Cartella SOLE su tutto il territorio regionale costituisce un obiettivo strategico e prioritario di legislatura, che impegna tutte le Aziende ad agevolare il percorso fornendo tutto il supporto necessario e collaborando con i servizi regionali di riferimento (Servizio Assistenza Territoriale e Servizio Strutture e Tecnologie Sanitarie e Socio-sanitarie). Particolare impegno è richiesto ai Dipartimenti Cure Primarie che dovranno contribuire a raggiungere l'obiettivo regionale curando, in particolar modo, le relazioni con i rispettivi Nuclei di Cure Primarie.

➤ *Indicatore e target:*

- % MMG con software utilizzato rispetto agli MMG che hanno aderito alla cartella SOLE

Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC)

Nel corso del 2018 saranno ultimate le attività necessarie per l'avvio del primo gruppo di Aziende sul sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile.

Le Aziende sanitarie sono impegnate:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- a garantire la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4548 del 28/03/2017 al Tavolo di coordinamento e governo GAAC (d'ora in poi Tavolo GAAC);
- ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema;
- ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC.

➤ *Indicatore e target:*

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

Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area gestione risorse umane (GRU)

La Regione Emilia-Romagna termina l'attività di messa a regime del nuovo software GRU (Gestione Risorse Umane) su tutto il territorio regionale.

Le aziende per l'anno 2018 dovranno garantire il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo per le attività a loro associate con particolare attenzione alla configurazione dei dizionari unici.

➤ *Indicatore e target*

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

Fascicolo Sanitario Elettronico

Incremento delle funzionalità del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), quale unico strumento di comunicazione online con i cittadini per la consegna dei referti, per il pagamento e la prenotazione telematica. Recepimento del Decreto 4 agosto 2017 "Modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'art. 12, comma 15-ter del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221" ; in particolare dovranno essere adeguati tutti i sistemi aziendali all'invio dei documenti clinici individuati come nucleo minimo e quelli integrativi ritenuti strategici per la regione Emilia-Romagna.

Le Aziende entro il 31/12/2018 devono adattare i loro software all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale, nonché alla diffusione dei servizi esposti sul FSE come cambio/revoca MMG/PLS, offerta prenotazioni on line, pagamenti on line.

Le agende di prenotazione online devono essere le medesime disponibili agli sportelli tradizionali garantendo così al cittadino la possibilità di utilizzare in pieno le funzionalità offerte dai vari canali multimediali (APP, CUPWEB, FSE, ...).

➤ *Indicatori e target*

- % adeguamento dei software aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale. Target: 100%
- % offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP sul totale delle prestazioni presenti in agenda CUP. Target: 70%

Prescrizioni dematerializzate

L'adempimento al D. Lgs. 179/2012 relativo alla dematerializzazione delle prescrizioni e ormai in fase di messa a regime, le Aziende entro la fine del 2018 devono concludere l'adeguamento di tutti i software coinvolti nella gestione della ricetta dematerializzata in particolare devono sensibilizzare i

prescrittori verso l'utilizzo dello strumento e il personale amministrativo per la corretta presa in carico ed erogazione. Inoltre, le Aziende devono accettare la completa dematerializzazione del percorso di prenotazione, erogazione e pagamento ticket delle prestazioni sanitarie senza richiedere più all'assistito documentazione cartacea. Andranno favoriti i percorsi regionali di superamento della stampa del promemoria.

➤ *Indicatore e target*

- invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate; Target: 100%
- implementazione delle politiche per non richiedere più documentazione cartacea all'assistito; Target: 100%

Software unico dei comitati etici

Nel corso del 2018 le Aziende Sanitarie dovranno utilizzare la piattaforma applicativa software e di servizi correlati per la gestione informatizzata della ricerca nelle Aziende sanitarie e nei Comitati etici della Regione Emilia-Romagna.

➤ *Indicatore e target*

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

Cartella clinica unica regionale informatizzata del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP)

Nel corso del 2018 sarà avviata la procedura ad evidenza pubblica per l'acquisizione di un software unico regionale per la gestione informatizzata del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche. Le Aziende devono garantire la partecipazione alle attività richieste dalla DPG/2017/12828 del 28/07/2017 con oggetto "costituzione di un gruppo per la costruzione della cartella clinica unica regionale informatizzata dei dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche delle aziende USL della regione Emilia-Romagna".

➤ *Indicatore e target*

- partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale. Target: 95%

Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi

Le Aziende Sanitarie nel corso del 2018 devono utilizzare esclusivamente i servizi esposti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare suddivisi in due macro-categorie:

- servizi dell'Anagrafe Strutture: consentono di ottenere informazioni anagrafiche relative alle strutture fisiche, alle strutture erogatrici ed agli enti (titolari e gestori) che sono archiviati nella banca dati dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- servizi di decodifica: consentono di visualizzare le informazioni relative alle decodifiche (dizionari) che sono archiviate nel database regionale delle tabelle di riferimento (metadati).

➤ *Indicatore e target*

- % servizi interrogati/servizi resi disponibili. Target: 90%

Software unico per sistema trasfusionale

Nel corso del 2018 le Aziende Sanitarie dovranno implementare secondo quanto definito nel progetto esecutivo la piattaforma applicativa software per la gestione dei sistemi trasfusionali della Regione Emilia-Romagna.

➤ *Indicatore e target*

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

Nuovo Sistema Informativo unitario Servizi sociali (SIUSS nazionale)

Il Ministero del lavoro e delle Politiche sociali con decreto legislativo n. 147/2017 ha istituito il nuovo Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS). Il SIUSS sarà articolato in cinque moduli:

- 1) Banca dati delle prestazioni sociali;
- 2) Banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate;
- 3) Sistema informativo dell'ISEE;
- 4) Banca dati dei servizi attivati;
- 5) Banca dati delle professioni e degli operatori sociali.

Nel corso del 2018 si prevede di predisporre indicazioni regionali, in raccordo con le linee guida del MLPS ed INPS, per l'avvio e la stabilizzazione della Banca dati delle prestazioni sociali e delle valutazioni e progettazioni personalizzate (rif. disciplina di cui al Decreto n. 206/2014 Attuazione Casellario dell'assistenza – INPS).

In particolare, sarà data priorità alla documentazione tecnica per l'avvio e la stabilizzazione della Banca Dati INPS relativa alle persone non autosufficienti (modulo PS-PSA-SINA).

Nello specifico le Aziende sanitarie (o altri Enti erogatori di prestazioni socio-sanitarie rivolte a persone non autosufficienti) dovranno trasmettere ad INPS le prestazioni erogate alle persone con disabilità e non autosufficienti e le rispettive valutazioni (SINA), secondo quanto previsto dal decreto Interministeriale di finanziamento del FNA e dal Decreto "Dopo di Noi";

➤ *Indicatore e target*

- Corretto utilizzo del FNA: immissione dati SIUSS- Casellario dell'assistenza (obiettivo = si)

Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di Pronto Soccorso e Ricovero

Al fine di consentire la digitalizzazione del processo organizzativo-gestionale che si origina con la produzione dei certificati di malattia nel corso del 2018 le Aziende Sanitarie dovranno garantire l'invio dei certificati di malattia telematici INPS prodotti durante gli eventi di Pronto Soccorso e Ricovero ospedaliero, per adempire a quanto previsto dal Decreto 18 aprile 2012.

➤ *Indicatore e target*

- Numero dei certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Pronto Soccorso: Target 80%
- Numero dei certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Ricovero ospedaliero: Target 80%

4.9 Sistema Informativo

Nell'anno 2017 è stato implementato un sistema di reportistica (INSIDER e REPORTISTICA DINAMICA) che ha migliorato il sistema di monitoraggio dell'assistenza sanitaria. In parallelo sono stati avviati i processi di miglioramento della qualità dei flussi (tempestività e correzioni) che hanno evidenziato la necessità di avviare un differente approccio di disegno dei flussi. Questo differente approccio ha permesso una migliore sovrapposizione (rappresentatività) degli archivi regionali a quelli aziendali.

In parallelo, per soddisfare il progetto di interconnessione sviluppato dal Ministero della Sanità, le Aziende dovranno impegnarsi nel raggiungere l'assoluta affidabilità dei sistemi di riconoscimento dei soggetti che hanno ricevuto le prestazioni.

I progetti in cui le Aziende Sanitarie sono chiamate a partecipare sono:

- interconnessione dei flussi informativi
- adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata
- sviluppo di nuovi segmenti di attività ospedaliera
- rilevazione tempi di attesa

Interconnessione dei flussi informativi

Con l'obiettivo di interconnettere, a livello nazionale, le banche dati sul soggetto che ha ricevuto la prestazione sanitaria, NSIS, nell'anno 2017 ha avviato il progetto di interconnessione delle banche dati. Il sistema di interconnessione si basa sull'identificazione del paziente. Le Aziende sono chiamate a partecipare al progetto garantendo: il miglioramento della qualità della rilevazione dell'identificativo del paziente (CODICE FISCALE, ENI, STP, TEAM), la soddisfazione delle azioni richieste da NSIS e l'adeguamento dei tracciati record dei flussi interessati (ADI, FAR, SIDER e Cure palliative).

➤ *Indicatori e target*

- N. codici fiscali, STP, ENI,TEAM non riconosciuti da SOGEI - Target: <1%
- Adesione alle azioni richieste da NSIS - Target:100%
- Rispetto scadenze invio flussi (n.scadenze rispettate per flusso) – Target:95%
- Rispetto scadenze adeguamento flussi – Target: 100%
- Incidenza variazione dei dati (media annuale) – Target: <20%
- Completezza dei dati nel mese di competenza – Target: >85%

Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata

Con l'obiettivo di adottare strumenti, tipici del controllo di gestione, per la rendicontazione economica integrata delle forme di assistenza sanitaria e sociale sono richieste, alle Aziende Sanitarie: soddisfazione adempimenti LEA C.14,C.15 e l'impegno nell'inviare, nei tempi, i flussi di rendicontazione di assistenza sanitaria e socio-sanitaria del fondo FRNA.

➤ *Indicatore e target (spesa farmaceutica)*

- Rispetto dei tempi nell'invio delle relazione mensili (n.relazioni inviate entro i tempi). Target: 90%
- Coerenza (oscillazione/range) prezzo rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia. Target: 10%
- Coerenza (oscillazione/range) quantità rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia. Target: 10%
- Presenza prodotti nei flussi vs flusso traccia. Target 100%

➤ *Indicatore e target (fondo FRNA)*

- Invio flussi/dati entro i tempi. Target: 100%

Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera

Nell'ambito di sviluppo di strumenti che permettano lo sviluppo del governo regionale, con l'obiettivo di ampliare il patrimonio informativo, le Aziende dovranno trasmettere il censimento dei punti di erogazione e degli applicativi utilizzati per la gestione ed erogazione dell'attività (mappatura flussi informativi). Nel corso dell'anno 2018 è previsto l'avvio della progettazione del nuovo flusso ASA che permetterà di migrare dal flusso tradizionale a quello dematerializzato oltre ad includere anche l'attività erogata a favore dei pazienti ospedalizzati. Per soddisfare il traguardo di integrazione, le Aziende provvederanno a trasmettere i flussi dei registri operatori (sperimentalmente per una classe di interventi) e dell'attività radiologica (programmato ed eseguito).

➤ *Indicatore e target*

- Invio dati registro operatorio (selezione specifica interventi). Target: 80%
- Invio dati attività di radiologia PACS entro il 31.12.2018. Target:90%

Rilevazione tempi di attesa

Nell'ambito delle attività richieste alle Aziende ed oggetto di monitoraggio, prioritariamente vi sarà quanto definito dalla DGR 272/2017 per la soddisfazione dei tempi di attesa (prospettici) dei ricoveri programmati attraverso l'implementazione dei sistemi SIGLA 2.0. Nell'anno 2018, ogni Azienda dovrà soddisfare l'indicatore di completezza ovvero:

➤ *Indicatore e target*

- presenza di tutti gli interventi programmati erogati e contemplati nel nomenclatore Target: 95%

4.10 Gestione del Patrimonio Immobiliare

Gli investimenti

Nel corso del 2018 le Aziende sanitarie al fine di rispettare la tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 così come modificato dall'art. 1 comma 436 della L. 27 dicembre 2017 n. 205) e nel rispetto del Disciplinare di Giunta (deliberazione n. 708 del 15 giugno 2015), dovranno:

- Avviare la predisposizione dei progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma Addendum (ex art.20 L.67/88) sottoscritto il 2 novembre 2016;
- Entro 18 mesi dal Decreto di ammissione a finanziamento più eventuali ulteriori 18 mesi di proroga a seguito di richiesta motivata, procedere all'aggiudicazione degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" e nel Programma Prevenzione Incendi.

Le Aziende sanitarie inoltre dovranno adoperarsi per presentare, nel corso del 2018, le richieste di liquidazione degli interventi conclusi e attivati, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo.

➤ *Indicatori e target*

- Indicatore: Avvio predisposizione dei progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di Programma Addendum sottoscritto il 2 novembre 2016. Target: 100%.
- Indicatore: Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'Accordo di Programma Addendum e nel Programma prevenzione incendi. Target: 100%
- Indicatore: Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati. Target: Richieste di liquidazione per un importo pari al 75% del totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati.

Prevenzione incendi

Monitoraggio degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015).

➤ *Indicatori e target*

- Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie. Target: 100%

Prevenzione sismica

Azioni di miglioramento sismico delle componenti strutturali e non strutturali negli edifici delle Aziende sanitarie definiti strategici dalla normativa in materia di prevenzione sismica.

➤ *Indicatori e target:*

- Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione sismica. Target: 100%

Manutenzione

Monitoraggio della manutenzione ordinaria degli immobili delle Aziende sanitarie; adesione al progetto AGENAS "Monitoraggio manutenzione ordinaria".

➤ *Indicatori e target:*

- Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria. Target: 100%

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia e alla gestione ambientale, in coerenza con la pianificazione degli investimenti, e in applicazione dei Criteri Ambientali Minimi per l'affidamento dei servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici approvati con DM 11/10/2017. Monitoraggio delle azioni in materia di uso razionale dell'energia, gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e mobilità sostenibile.

➤ *Indicatori e target*

- Adempimenti previsti dai monitoraggi attivati con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile). Target: 100%

Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI)

Censimento dei Complessi Immobiliari (CI) delle Aziende sanitarie, rilevazione degli attributi dei CI come da indicazioni regionali, e raccolta delle informazioni necessarie al collegamento dei CI alle anagrafi regionali relative alle prestazioni erogate ed al sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC).

➤ *Indicatori e target*

- Adempimenti previsti dalla raccolta dati attivata con sistema informativo regionale (Complessi Immobiliari e GAAC). Target: 100%

4.10.1 Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale

Le Aziende sanitarie devono garantire, secondo format e scadenze prestabilite, le informazioni necessarie ad eventuali ulteriori caratterizzazioni degli immobili che possono essere conferiti al fondo immobiliare.

Le Aziende devono inoltre garantire la collaborazione tecnico amministrativa necessaria per l'avvio e l'espletamento delle procedure tecnico amministrative necessarie per la costituzione del fondo.

➤ *Indicatori e target*

- Predisposizione e trasmissione set informativi secondo modalità e scadenze prestabilite. Target: 100%

4.10.2 Tecnologie Biomediche

Le Aziende sanitarie devono garantire i flussi informativi ministeriali e regionali relativi al parco tecnologico installato nonché il debito informativo relativo alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione. In particolare dovranno essere sottoposte per istruttoria tecnico-scientifica al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB) le apparecchiature biomediche e software medicaldevice aventi i seguenti requisiti:

- "grandi" apparecchiature oggetto del flusso ministeriale istituito con decreto del 22 aprile 2014 (TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari, Robot chirurgici, Gamma Camere, TAC/Gamma Camere, TAC/PET, Mammografi, Angiografi);
- di rilevante impatto economico riferite a tecnologia singola o sistema che realizza la medesima funzione (di importo superiore alla soglia comunitaria europea);
- innovative (non presenti sul territorio regionale).

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

➤ *Indicatori e target*

- Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato. Target: Trasmissione secondo scadenze prestabilite.
- Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature Sanitarie. Target: Aggiornamento secondo scadenze stabilite da decreto.
- Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB. Target: 100% delle tecnologie.
- Indicatore: Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici. Target: Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite.

5 Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Gli ambiti prioritari di attività che richiedono un impegno specifico da parte delle Aziende nel 2018 sono:

- la partecipazione al processo di riordino dei Comitati Etici,
- supporto al Piano Sociale e Sanitario
- il contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza,
- partecipazione alle attività regionali nell'ambito della valutazione delle tecnologie con metodologia HTA,
- Partecipazione ai progetti di innovazione sociale,
- il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento,
- la formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.

Gli obiettivi da raggiungere nel 2018 vengono indicati di seguito.

Riordino dei Comitati Etici

Come previsto dalla DGR 2327/2016 dal 01/01/2018 sono stati istituiti tre Comitati Etici di Area Vasta che accorpano i nove preesistenti.

Per promuovere una gestione più armonica delle attività e il lavoro in rete dei tre Comitati, verrà utilizzata una piattaforma informatica regionale, per la quale è stata espletata la gara nel 2017 e che sarà disponibile nel 2018. Si richiede la collaborazione di tutte le segreterie dei Comitati Etici (sia centrali che locali) nella sperimentazione della piattaforma.

➤ Indicatore e target:

- le Aziende dovranno assicurare la collaborazione delle Segreterie dei CE nella fase di sperimentazione della piattaforma. Target: partecipazione alla sperimentazione secondo i tempi e i modi che verranno definiti a livello regionale.

Supporto al Piano Sociale e Sanitario

Medicina di genere (Scheda 9)

Affinché la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del sistema, si rende necessario procedere attraverso diverse azioni. In primo luogo si individua l'attivazione di un coordinamento "Medicina di genere ed equità", nella direzione generale Cura alla Persona, Salute e Welfare per analizzare le azioni trasversali implementate nella prospettiva di genere e promuovere iniziative di confronto finalizzate alla loro armonizzazione e verifica.

In secondo luogo l'adozione da parte di tutte le Aziende sanitarie dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare si definisce come obiettivo da realizzare nell'arco di vigenza del Piano: per testare la fattibilità e definire modelli e strumenti d'intervento utili a raggiungere l'obiettivo, si prevede che in fase di primo avvio almeno in un territorio regionale si sperimenti l'approccio di medicina di genere e se ne verifichino gli esiti, l'appropriatezza clinico-diagnostica, organizzativa, terapeutica ecc.

➤ Indicatore e target:

- Le aziende dovranno assicurare l'attivazione di almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati

Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti (Scheda 11)

Le disuguaglianze sociali e l'equità in ambito sanitario rappresentano uno dei temi cruciali per le politiche pubbliche: non sempre, infatti, i processi dell'organizzazione quotidiana dei servizi prendono in considerazione la pluralità delle differenze e riescono a produrre un'eguaglianza sostanziale nella realizzazione del diritto alla salute e al benessere sociale, quanto piuttosto riproducono le disuguaglianze sociali pre-esistenti (o ne producono di nuove).

Il documento dell'OMS "Governance for health equity" (2003) traccia le principali strategie per tradurre in pratica il concetto di equità: politiche e programmi intersettoriali, assunzione di un approccio intercategoriale e non targettizzante, assunzione di pratiche "empowering", lavoro di rete, promozione di comportamenti pro-attivi.

Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale nel sistema regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari è necessario prevedere:

- a) azioni di sistema, cioè indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità, ma che imprimano trasformazioni del sistema servizi nel suo complesso;
- b) azioni che pongano lo sguardo sia all'interno delle organizzazioni/istituzioni (diversity management), sia verso l'esterno (fruitori dei servizi, utenti, familiari).

➤ *Indicatori e target:*

Tutte le aziende dovranno:

- Individuare un referente aziendale per l'equità (o confermare l'attuale referente);
- Attivare un board aziendale (o altre forme di coordinamento) per gestire le politiche aziendali orientate all'equità;
- Adottare un piano aziendale delle azioni sull'equità nel rispetto delle differenze, quali strumenti di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione;
- Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità&Diversità.
- Utilizzare almeno uno strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assessment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale.

Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)

Tra gli strumenti previsti nell'ambito della Programmazione locale per la salute e il benessere locale, in relazione al Piano Sociale e sanitario 2017-2019, vi è il Community Lab. È una metodologia che attiva processi di innovazione, ricerca e pratica connessa alla capacità degli attori sociali coinvolti di generare processi di empowerment di comunità. In particolare è possibile l'utilizzo del Community Lab nei Piani di Zona seguendo le Linee Guida "La programmazione partecipata per un welfare pubblico di comunità"(Bologna,2017).

Sono quindi prevedibili due direzioni principali di applicazione:

- a) Potenziare il rapporto tra servizi territoriali e comunità di riferimento in una prospettiva di sviluppo di empowerment di comunità;
- b) Utilizzare il metodo Community Lab per accompagnare le sperimentazioni locali di partecipazione delle comunità nella programmazione locale.

➤ *Indicatori e target:*

- Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto al percorso Community Lab programmazione locale partecipata.

Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali (Scheda 34)

La strategia che qui si intende delineare è costituita da elementi che rafforzino i presupposti di base necessari al lavoro integrato e multi-professionale. Le azioni da sviluppare mirano:

- alla formazione-intervento nell'ambito del networking (cura della rete) e knotworking (cura del nodo) in quanto processi basilari per l'integrazione utilizzando "l'approccio dialogico" finlandese nell'ambito del Programma adolescenza;
- all'accompagnamento alla sperimentazione di alleanze tra università e servizi nella prospettiva di riconoscere il territorio come luogo della formazione "situata" sul lavoro in equipe multi-professionali;
- alla diffusione di strumenti regionali per promuovere forme di scambio tra i territori, anche favorendo l'acquisizione della metodologia del Community Lab e il trasferimento degli strumenti organizzativi facilitanti il lavoro di rete e l'integrazione tra servizi e professionisti.

➤ *Indicatori e target:*

- Partecipazione di almeno una azienda sanitaria di area vasta alla formazione-intervento sull'approccio dialogico nell'ambito del Programma adolescenza in accordo con gli enti locali.

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Il problema dell'antibioticoresistenza, legato sia all'uso non responsabile di antibiotici che alla trasmissione di infezioni in ambito assistenziale, richiede attenzione continua e interventi mirati. In particolare, bisogna promuovere, nel rispetto degli assetti organizzativi proposti dalle linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo DGR 318/2013, l'implementazione delle attività specifiche contemplate nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2019. Gli elementi a cui dare priorità sono:

- sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER),

➤ *Indicatori e target:*

- % di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento primo semestre dell'anno); Target: 75% di interventi sorvegliati;

- sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e socio-sanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MAppER,

➤ *Indicatori e target:*

- Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinaria; Target: 20 litri per 1000 giornate di degenza.

- estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie, attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale specifica,

➤ *Indicatori e target:*

- Predisposizione di un report annuale di AUSL sul consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate.

- stretto monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi.

➤ *Indicatori e target:*

- (indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP) % Ospedali dell'Azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert); Target: 100% di Ospedali dell'Azienda partecipanti.

Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA

Nel 2016 è stato messo a punto e avviato l'applicativo web regionale per la gestione delle richieste di acquisto di nuovi dispositivi medici (DM). L'applicativo web viene utilizzato dai clinici per compilare e inviare le richieste alla propria Commissione locale DM e viene utilizzato dalle Commissioni locali DM per la gestione delle fasi relative alla decisione se il DM sia o meno eleggibile a valutazione HTA regionale, alla valutazione dei DM che rimangono di competenza locale e alla condivisione del parere espresso. Per facilitare e rendere esplicita e trasparente l'identificazione di DM candidabili a valutazione HTA regionale, all'interno dell'applicativo web è stata inserita un questionario frutto di un processo condiviso portato avanti dall'ASSR con i membri della Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM) e con alcuni clinici regionali.

Nel 2018 alle Aziende Sanitarie si chiede pertanto di:

1. utilizzare il questionario per identificare i DM eleggibili a valutazione HTA;

➤ *Indicatori e target:*

- numero di richieste di inserimento DM in cui il questionario per l'individuazione di DM eleggibili a valutazione HTA risulta compilato sul totale delle richieste ricevute (dal computo del totale vengono escluse le richieste di inserimento relative a DM di classe I, per i quali la compilazione del questionario HTA non è richiesta). Target: 80%

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Con la DGR 1943/2017 sono stati approvati i nuovi requisiti generali di accreditamento che sostituiscono integralmente quelli presenti nella DGR 327/2004; con la stessa DGR si stabilisce che tali requisiti si applicano ai processi direzionali e trasversali dell'intera organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private; pertanto i suddetti requisiti sono applicati prioritariamente a livello delle Direzioni delle diverse organizzazioni sanitarie; si passa dunque dal livello dipartimentale, storicamente oggetto di accreditamento, all'accREDITAMENTO di tutta l'Azienda sanitaria.

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

- Implementare nel sistema di gestione aziendale le caratteristiche richieste dai requisiti di accreditamento deliberati con DGR 1943/2017, misurando il grado di adesione dei processi direzionali agli stessi requisiti, mediante autovalutazione ed audit interno, predisponendo le evidenze a supporto e le eventuali azioni di miglioramento.

➤ *Indicatori e target:*

- produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione. Target: Sì

- Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento, svolta tramite i valutatori inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della stessa ASSR, appartenenti alle Strutture sanitarie, garantendo la loro partecipazione sia alle visite di verifica, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze.

➤ *Indicatori e target:*

- numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati (target 70%).

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

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

Gli obiettivi per il 2018 in ciascuna Azienda sono la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione:

➤ Indicatori e target:

- progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di misurare il trasferimento gli apprendimenti al contesto lavorativo. Target: almeno 4
- progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative. Target: almeno 3