

ALLEGATO A
IL QUADRO DEGLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE
SANITARIA REGIONALE 2015

1 – Gli obiettivi di mandato e del primo anno di lavoro della Giunta	pag. 3
1.1 Facilitazione all’accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero	pag. 3
1.2 Le Case della Salute e la continuità assistenziale	pag. 4
1.3 Tra prevenzione e promozione della salute	pag. 5
1.4 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	pag. 5
1.5 Piattaforme logistiche ed informatiche più forti	pag. 6
1.6 Gestione del patrimonio e delle attrezzature	pag. 8
2 – Il governo delle risorse e la sostenibilità del sistema dei servizi sanitari e sociali integrati	pag. 9
2.1 Il quadro economico	pag. 9
2.1.1 Il livello di finanziamento nazionale	pag. 9
2.1.2 Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l’acquisto di medicinali innovativi	pag. 11
2.1.3 Pay-back e ripiano della spesa farmaceutica	pag. 12
2.1.4 La legge finanziaria regionale per l’anno 2015	pag. 13
2.1.5 Le disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Regionale	pag. 13
2.1.6 Il vincolo del pareggio di bilancio	pag. 16
2.1.7 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	pag. 17
2.1.8. Il miglioramento del sistema informativo contabile	pag. 18
2.2 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	pag. 19
2.3 Il governo delle risorse umane	pag. 22

2.4 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici	pag. 24
2.4.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2015	pag. 24
2.4.2 Assistenza farmaceutica convenzionata	pag. 24
2.4.3 Acquisto ospedaliero di farmaci	pag. 25
2.4.4 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici	pag. 27
2.5 Programma regionale gestione diretta dei sinistri	pag. 28
3 – Il governo complessivo e la qualificazione del sistema	pag. 29
3.1 Sistema informativo regionale	pag. 29
3.2 Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	pag. 29
3.3 Promozione della salute, prevenzione delle malattie	pag. 30
3.3.1 Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018	pag. 30
3.3.2 Sanità Pubblica Veterinaria, Sicurezza alimentare e Nutrizione	pag. 31
3.3.3 Vaccinazioni	pag. 31
3.3.4 Screening oncologici	pag. 32
3.3.5 Promozione e prescrizione dell'attività fisica	pag. 32
3.3.6 Tutela della salute e della sicurezza nelle strutture sanitarie	pag. 32
3.4 Assistenza Territoriale	pag. 33
3.4.1 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	pag. 33
3.4.2 Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	pag. 34
3.4.2.1 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale	pag. 34
3.4.2.2 Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia	pag. 35
3.4.2.3 Case di promozione e tutela della salute in carcere	pag. 35
3.4.3 Cure Primarie	pag. 36
3.4.3.1 Formazione specifica in medicina generale	pag. 36
3.4.3.2 Cure palliative	pag. 36
3.4.3.3 Percorso nascita	pag. 37
3.4.3.4 Assistenza pediatrica	pag. 37
3.4.3.5 Contrasto alla violenza	pag. 38
3.4.3.6 Promozione della salute in adolescenza	pag. 38
3.4.3.7 Procreazione Medicalmente Assistita	pag. 38
3.4.3.8 Salute riproduttiva	pag. 38
3.4.3.9 Valutazione e qualità delle cure primarie	pag. 39
3.5 Assistenza Ospedaliera	pag. 39
3.5.1 Attività di donazione di organi, tessuti e cellule	pag. 39
3.5.2 Sicurezza delle cure	pag. 40

1 - Gli obiettivi di mandato e del primo anno di lavoro della Giunta

Il 2015 rappresenta il primo anno di attività della X Legislatura; gli obiettivi di mandato e del primo anno di lavoro della Giunta regionale assumono, in tale contesto, rilievo prioritario per le Aziende Sanitarie Regionali.

1.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero

Specialistica ambulatoriale

Ciascuna Azienda USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliero-Universitaria o IRCCS di riferimento, ha adottato un Programma aziendale di intervento straordinario per il contenimento dei tempi di attesa, dettagliando sinteticamente le criticità, le azioni programmate e le tempistiche entro cui raggiungere gli obiettivi, tra cui il significativo contenimento dei tempi di attesa (DGR 1735/2014 e Circolare applicativa n. 21/2014).

Oltre a proseguire nella realizzazione di tale piano, assumerà carattere prioritario **l'applicazione delle indicazioni regionali in materia di accessibilità alle prestazioni specialistiche** che verranno fornite in corso d'anno.

Obiettivi (da perseguire congiuntamente fra AUSL, Azienda ospedaliera e IRCCS di riferimento):

§ **Contenimento significativo dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate**

Indicatore di esito: indice di performance •90% per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, in tutte le rilevazioni regionali: ex ante (fonte MAPS), ex post (fonte ASA), campionarie (fonte CUP in date casuali).

§ **Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa**

Verifica dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento alla diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità (DGR 704/2013).

Indicatore di esito: riduzione del 20% dell'indice di consumo di TC e RM osteo-articolari rispetto al 2012 (analisi dati ASA).

§ **Prescrizioni e Prenotazione dei controlli**

Sarà lo specialista, che ha in carico il paziente, a prescrivere le prestazioni senza rinviarlo dal proprio medico di medicina generale. Anche le prenotazioni dei controlli dovranno essere effettuate da parte della struttura (UO/Ambulatoriale) che ha in carico il cittadino.

Indicatore di esito: incremento del numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (verifiche a livello regionale sulla banca dati del prescritto SOLE/DEMATERIALIZZATA) nel 2015 rispetto al 2014.

§ **Presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute**

Istituzione di percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica, rafforzando l'integrazione multiprofessionale e dotando, ove necessario e possibile, tali ambulatori di strumenti di telemedicina ed ecografia di base.

Indicatori: evidenza di percorsi di presa in carico per pazienti affetti da patologie croniche, all'interno delle Case della Salute, tramite rilevazione ad hoc definita dall'Osservatorio Regionale per il Monitoraggio dei Tempi di Attesa.

Ricoveri programmati

Le modalità di gestione dell'accesso ai ricoveri programmati saranno oggetto di uno specifico progetto regionale coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna: da subito è necessario garantire univocità ed uniformità dei percorsi di accesso alle prestazioni di ricovero programmato, individuare un riferimento unico aziendale per il presidio di tali percorsi, migliorare le performance relativamente alle prestazioni di ricovero programmato individuate come prioritarie a livello nazionale e regionale. Anche per i ricoveri programmati, **l'applicazione delle indicazioni regionali in materia di accessibilità**, che verranno fornite in corso d'anno, assume carattere prioritario.

1.2 Le Case della Salute e la continuità assistenziale

Le Aziende USL dovranno garantire l'attivazione delle Case della Salute (CdS) programmate per l'anno 2015 nella pianificazione aziendale. Inoltre, nell'ambito del processo di sviluppo dell'assistenza primaria nelle Case della Salute, la Direzione Generale dovrà:

- **attivare in tutte le CdS l'ambulatorio infermieristico per la presa in carico proattiva e la gestione integrata delle patologie croniche (fra le quali diabete mellito tipo 2, scompenso cardiaco e BPCO), secondo l'approccio della medicina di iniziativa;**
- **individuare almeno una nuova CdS per il progetto della lettura integrata del rischio cardiovascolare; qualora il percorso di lettura integrata del rischio cardiovascolare sia già attivo, l'Azienda USL dovrà garantire il completamento della chiamata attiva dei cittadini nel target di età indicato.**

Dovrà inoltre essere sviluppata la funzione di assistenza primaria in tema di salute mentale all'interno delle Case della Salute, secondo logiche di accoglienza, valutazione, orientamento e presa in carico dell'assistito. Partendo dalle esperienze ormai consolidate del Programma Leggieri, è possibile ipotizzare uno sviluppo della funzione di salute mentale primaria mediante:

- attivazione di équipe di accoglienza e valutazione psicosociale;
- consolidamento del Programma Leggieri attraverso:
 - o ulteriori sviluppi del modello di stepped care per pazienti dei SerT e della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
 - o presa in carico e gestione del paziente multiproblematico e cronico
- promozione della salute e di stili di vita sani
- attenzione alla popolazione adolescenziale.

Indicatori :

- diffusione di strumenti informativi e formazione congiunta sul campo, cure primarie e salute mentale, dipendenze patologiche in tutte le Case della Salute;
- attivazione di équipes di accoglienza e valutazione psicosociale e attivazione di percorsi integrati per la presa in carico del paziente multiproblematico e cronico psicosociale (almeno un percorso o equipe attivata per Azienda Usl nel corso del 2015).

1.3 Tra prevenzione e promozione della salute

Il contesto unitario fornito dalla Casa della Salute permette un uso integrato di competenze e di risorse professionali in grado di veicolare informazioni e messaggi semplici, finalizzati a sviluppare conoscenze e a favorire una riflessione sui cambiamenti possibili per vivere meglio e in salute (counselling), in grado di attivare processi di consapevolezza per scelte salutari responsabili.

Anche in questo contesto le Aziende sono chiamate a dare realizzazione agli interventi previsti nel Piano regionale della Prevenzione 2015-2018.

Obiettivi:

- **promuovere la realizzazione di interventi proattivi di prevenzione su gruppi di popolazione omogenei per fattori di rischio legati all'età, a stili di vita o a condizioni patologiche, garantendo la partecipazione alle fasce più deboli della popolazione.**
- **l'integrazione degli operatori già impegnati nel settore vaccinale e che attualmente afferiscono a dipartimenti diversi, pensando a modelli organizzativi nuovi e prevedendo anche il coinvolgimento dei PLS/MMG che lavorano all'interno delle Case della Salute.**

1.4 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Nell'anno 2015 la rete ospedaliera sarà interessata dall'applicazione locale delle indicazioni regionali sviluppate secondo le previsioni del DM 2.4.2015 n. 70 "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera".

Il rispetto di tali indicazioni, garantendo le necessarie integrazioni interaziendali, costituisce obiettivo prioritario per il 2015 per tutte le aziende.

In anticipo rispetto alle indicazioni regionali vale la pena di sottolineare come il lavoro già avviato negli anni di riconversione delle attività di ricovero diurno in attività ambulatoriali, di riorganizzazione di parte delle attività programmate in week-hospital, in un quadro di attenzione complessiva all'efficienza, compresa la valutazione comparativa della durata di degenza, e all'attenta gestione dei flussi informativi, vada proseguito con impegno.

Le Aziende USL dovranno proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, valorizzando i percorsi di riconversione. Tali strutture intermedie territoriali a gestione infermieristica, che rappresentano un valido strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure, devono rispettare i principi contenuti nel DM 2.4.2015 n. 70; inoltre deve essere garantito il rispetto del flusso informativo SIRCO.

Occorrerà proseguire il lavoro sull'appropriatezza del taglio cesareo, partecipando al progetto regionale di implementazione della linea guida sull'appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo e del documento sulla induzione del travaglio di parto, con l'obiettivo di tendere alle percentuali fissate dal DM 2 aprile 2015, n.70 per i centri che non le realizzino già, e comunque ad una riduzione dei TC primari (indicatore LEA).

Entro il 31.12.2015 dovrà essere deliberata in ogni ambito territoriale l'**attivazione di STAM e STEN** secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA).

Sempre nel segno di una continuità rispetto al rilevante percorso già attivato negli ultimi anni e di attuazione dei contenuti del regolamento succitato, le Aziende dovranno completare la realizzazione di percorsi integrati per la presa in carico del tumore della mammella, pianificando il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annua inferiore ai 150 casi. Relativamente alla percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni dal ricovero, sul totale degli operati, le strutture che presentano una percentuale inferiore al 70% dovranno realizzare, nel secondo semestre di quest'anno, un miglioramento rispetto al dato 2014 pari ad almeno 5 punti percentuali. Per le Aziende che presentano una percentuale superiore al 70% si raccomanda il mantenimento dei livelli di performance raggiunti.

1.5 Piattaforme logistiche ed informatiche più forti

In coerenza con l'obiettivo di offrire servizi comuni alle Aziende sanitarie e alle loro strutture operative, attraverso il potenziamento della rete informatica, nel corso del 2015 assumono particolare rilievo i seguenti progetti.

Prescrizione dematerializzata

Obiettivo: **dematerializzazione fasi prescrittive, prenotative ed erogative**. Le Aziende devono implementare, secondo le specifiche di integrazione rilasciate dalla società CUP2000, i software applicativi in modo tale che le fasi prescrittive, prenotative ed erogative siano dematerializzate.

Le prescrizioni dematerializzate dovranno rappresentare nel mese di dicembre 2015 il 90% del prescritto degli specialisti ospedalieri sia per la specialistica che per la farmaceutica.

Scheda Sanitaria Individuale (SSI)

Le Aziende territoriali devono collaborare al percorso di messa a regime della SSI individuando, in primo luogo, i Medici di Medicina Generale (MMG) che fungeranno da sperimentatori. Ai MMG che operano all'interno delle strutture sanitarie pubbliche le Aziende devono fornire il supporto tecnologico ed infrastrutturale necessario per attivare la SSI. L'obiettivo per il 2015 è quello di attivare la SSI per il 90% dei medici sperimentatori.

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Nel corso del 2015 dovrà essere consolidato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) quale elemento di comunicazione online con i cittadini per la consegna dei referti, per il pagamento e la prenotazione telematica. L'obiettivo per il 2015 è quello di realizzare in

modo **omogeneo un livello regionale minimo dell'offerta dei documenti sanitari, dei documenti amministrativi e delle prestazioni prenotabili online nel FSE**, allineando al 100% dei servizi esposti tramite FSE al livello minimo regionale.

Anagrafe Regionale Assistiti (ARA)

Entro dicembre 2015 le Aziende dovranno garantire il rispetto della pianificazione di progetto. L'obiettivo per il 2015 è la coerenza con il progetto di Anagrafe Regionale Assistiti (ARA), realizzando il 100% di quanto previsto in sede di pianificazione.

Servizi di refertazione digitale su prestazioni di diagnostica per immagini inviate alla rete SOLE

Le Aziende nel corso del 2015 devono adeguare le loro infrastrutture tecnologiche, relative ai servizi di refertazione digitale, all'invio del referto digitale su prestazione di diagnostica per immagini, con l'obiettivo di **concludere l'attivazione dei servizi di refertazione digitale sul totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini con invio alla rete SOLE dei relativi referti digitali** in misura del 100%.

Fatturazione Elettronica

Nel corso del 2015, in collaborazione con Intercent-ER, le Aziende dovranno procedere alla diffusione dell'ordine elettronico di fatturazione e dovranno inserire negli applicativi aziendali i documenti, secondo quanto previsto dalla DGR 287/2015, relativi al ciclo di approvvigionamento. L'obiettivo 2015 è **di garantire l'omogeneità allo standard minimo definito a livello regionale dell'attuazione dei progetti di fatturazione elettronica**.

118 e Centrali operative

Nel 2014 si è conclusa la fase di concentrazione delle attività delle centrali operative 118. A regime le singole centrali dovranno essere in grado di ricevere le chiamate di emergenza e di gestire l'invio dei mezzi di soccorso indipendentemente dal territorio da cui originano le chiamate stesse o dove sono collocati i mezzi di soccorso. Ciò garantirà continuità e rapidità di risposta del sistema 118 anche nel caso di interruzione al funzionamento di una delle tre centrali o in caso di eccesso di chiamate in un singolo territorio. A tal fine, entro il 2015, **dovranno essere completamente unificate le modalità di ricezione e gestione informatizzata** (classificazione eventi, modalità di intervista, risposta, ecc) per tutto il territorio regionale, attraverso **l'unificazione dell'algoritmo informatizzato di gestione delle chiamate delle tre centrali operative 118**.

Realizzazione di un sistema informatizzato unitario per la gestione delle risorse umane delle Aziende Sanitarie

Tra gli obiettivi delle Aziende – relativamente alla razionalizzazione in ambito ICT – figura anche la centralizzazione della gestione informatizzata delle risorse umane. A tale proposito è stato attivato un gruppo di lavoro costituito da rappresentanti delle Aziende sanitarie competenti in materia di gestione delle risorse umane ed in materia di ICT e da rappresentanti delle Direzioni Generali Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione e Organizzazione Personale Sistemi Informativi e Telematica.

Per il 2015 le Aziende dovranno garantire completa collaborazione al gruppo sopra indicato per completare la ricognizione sulle fonti normative e contrattuali che regolano i diversi istituti, riconducibili principalmente allo stato giuridico ed al trattamento economico del personale, e sull'applicazione di tali istituti nelle diverse realtà aziendali. Le Aziende dovranno collaborare per definire le diverse voci che andranno ad implementare la piattaforma contribuendo a creare le condizioni per avviare concretamente la sperimentazione a gennaio 2016.

1.6 Gestione del patrimonio e delle attrezzature

Nel corso del 2015 è stato avviato, in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna, un progetto per l'individuazione di strumenti per la valorizzazione del patrimonio immobiliare delle Aziende Sanitarie. In attesa che venga predisposto il progetto in oggetto, cui le Aziende saranno chiamate a collaborare, occorrerà prestare particolare attenzione ai seguenti ambiti.

Piano investimenti

Le Aziende sanitarie, destinatarie di finanziamenti regionali (Programma Regionale Investimenti in Sanità) e di finanziamenti derivanti dal ripiano della spesa farmaceutica e dal c.s. pay back, devono predisporre e trasmettere i progetti preliminari o i piani di fornitura entro le date programmate dal competente Servizio regionale. L'obiettivo 2015 è di raggiungere il 100% di **ammissione a finanziamento degli interventi**.

Gestione del patrimonio

Nel 2015 il costo/mq della manutenzione ordinaria andrà allineato, o mantenuto al precedente livello se inferiore, al costo **medio regionale, nella logica di garantire omogenei standard qualitativi e di sicurezza. Eventuali scostamenti non potranno comunque eccedere il 10% rispetto alla media.**

Dovrà essere completata, se non già avvenuto, la valutazione della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali, predisponendo le misure di sicurezza per il contenimento del rischio sismico da essi derivante.

In continuità con gli anni precedenti, e rafforzando ulteriormente gli interventi già avviati, dovranno essere adottate misure volte all'uso razionale dell'energia ed alla corretta gestione ambientale in termini di gestione dei rifiuti sanitari, di acquisto di beni e servizi e mobilità sostenibile.

Tecnologie biomediche

Le Aziende sanitarie devono garantire il flusso informativo relativo alle tecnologie biomediche esistenti e di nuova acquisizione al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB), creando i presupposti per una **razionalizzazione di acquisizione, sostituzione, noleggio e gestione tecnologie biomediche** e per la massimizzazione dell'utilizzo appropriato delle tecnologie biomediche riducendo, al contempo, il fermo macchina attraverso soluzioni organizzative.

2 - Il governo delle risorse e la sostenibilità del sistema dei servizi sanitari e sociali integrati

2.1 Il quadro economico

A livello regionale la programmazione sanitaria dell'anno 2015 è stata avviata a fine 2014 e viene definita con il presente provvedimento tenuto conto:

- del quadro di indeterminatezza sulle risorse disponibili per il 2015;
- che a decorrere da luglio 2014 la Regione era soggetta all'amministrazione ordinaria prevista durante il periodo della prorogatio, decorrente dalla cessazione degli organi elettivi per effetto delle dimissioni volontarie del Presidente della Regione fino all'elezione dei nuovi organi, completata il 29/12/2014 con l'insediamento dell'Assemblea legislativa;
- dell'autorizzazione all'esercizio provvisorio del Bilancio di previsione della Regione per l'anno 2015, disposta con la L.R. n. 25/2014, a decorrere dall' 1/1/2015 e fino al momento dell'entrata in vigore della legge di approvazione del Bilancio di previsione per il 2015, e comunque non oltre il 30/4/2015.

Si ritiene opportuno limitare la programmazione aziendale alla predisposizione del Bilancio economico preventivo 2015, comprensivo del Piano degli investimenti del triennio 2015-2017, stante l'indeterminatezza dello scenario economico-finanziario di riferimento per il settore sanitario per i prossimi anni.

2.1.1 Il livello di finanziamento nazionale

L'Intesa rep. n. 82/CSR del 10/7/2014 concernente il nuovo Patto per la salute 2014-2016, definisce, tra l'altro, il livello di finanziamento del SSN per il triennio 2014-2016, che è fissato in 112.062 milioni di euro per il 2015 ed in 115.444 milioni per il 2016 (art. 1).

La Legge n. 190/2014 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2015)", all'art. 1, detta disposizioni rilevanti ai fini della determinazione del livello di finanziamento del SSN del 2015, di seguito sintetizzate:

- c. 398: per gli anni 2015-2018 il contributo delle Regioni SO alla finanza pubblica, è incrementato di 3.452 milioni annui in ambiti di spesa e per importi complessivamente proposti, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), in sede di auto-coordinamento dalle Regioni, da recepire con Intesa CSR entro il 31/1/2015;
- c. 414: le Regioni assicurano il finanziamento dei LEA come eventualmente rideterminato ai sensi del c. 398;
- c. 556: in attuazione di quanto previsto dall'art. 1, c. 1, del Patto per la salute 2014-2016, il livello del finanziamento del SSN a cui concorre lo Stato è stabilito in 112.062 milioni per il 2015 e in 115.444 milioni per il 2016, salve eventuali rideterminazioni necessarie per assicurare il contributo delle Regioni SO alla finanza pubblica;
- c. 557: eventuali risparmi nella gestione del SSN effettuati dalle Regioni rimangono nella disponibilità delle Regioni stesse per finalità sanitarie;

- c. 558: il Ministero della Salute, previa Intesa CSR, può vincolare quote del FSN alla realizzazione degli obiettivi definiti dal Patto per la salute purché relativi al miglioramento dell'erogazione dei LEA;
- c. 560: a decorrere dal 2015, fermo restando il livello di finanziamento del SSN, gli importi previsti in materia di provvidenza in favore degli hanseniani e loro familiari, di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS, di prevenzione e cura della fibrosi cistica, di emersione del lavoro dei cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno è irregolare, confluiscono nella quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale, e sono ripartiti tra le Regioni e le Province autonome di Tn e di Bz secondo i criteri e le modalità previsti dalla legislazione vigente in materia di costi standard, fermo restando per gli interventi di prevenzione e cura della fibrosi cistica il criterio di riparto già adottato;
- c. 561: a decorrere dal 2015, fermo restando il livello di finanziamento ordinario del SSN, gli importi destinati all'assegnazione delle borse di studio ai MMG che partecipano ai corsi di formazione specifica, all'assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al SSN, alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria e dell'attività libero-professionale, sono ripartiti annualmente all'atto della ripartizione delle somme spettanti alle Regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario standard regionale, secondo i criteri definiti nell'ultima proposta di riparto sulla quale è stata sancita l'Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Tn e Bz, operando, laddove disponibili, gli aggiornamenti dei dati presi a riferimento;
- c. 562: a decorrere dal 2015 i riparti del finanziamento degli oneri del trasferimento al SSN della sanità penitenziaria, delle funzioni trasferite al SSN in applicazione del riordino della medicina penitenziaria, degli oneri previsti per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, devono tener conto di eventuali modifiche dei relativi criteri, condivisi nell'ambito del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria di cui all'allegato A al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1/4/2008 ed approvati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Tn e Bz;
- c. 564: le Regioni devono garantire una programmabilità degli investimenti da effettuare nel proprio ambito territoriale, attraverso la predisposizione di piani annuali di investimento accompagnati da un'adeguata analisi dei fabbisogni e della relativa sostenibilità economico-finanziaria complessiva;
- c. 593-594: per gli anni 2015 e 2016 è istituito un Fondo annuo di 500 milioni per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi alimentato da un contributo statale di 100 milioni per l'anno 2015, e da una quota delle risorse destinate alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, pari a 400 milioni per il 2015 ed a 500 milioni per il 2016. Il fondo sarà ripartito tra le Regioni in proporzione alla spesa sostenuta per l'acquisto dei medicinali innovativi, secondo le modalità individuate con apposito DM;
- c. 601: a decorrere dal 2015 sono ridefiniti i pesi per il riparto del FSN. Qualora non venga raggiunta l'Intesa entro il 30 aprile, per l'anno 2015 continuano ad applicarsi gli attuali pesi.

L'attuazione della Legge di stabilità 2015 e la sostenibilità della manovra di finanza pubblica, è stata assicurata attraverso l'Intesa n. 37/CSR del 2/2/2015, che prevede che il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica sia realizzato con varie modalità.

Il settore sanitario è coinvolto attraverso:

- **la riduzione delle risorse destinate al finanziamento del settore sanitario per 2.352 milioni, di cui 352 milioni a carico delle Regioni a statuto speciale;**

- la riduzione dell'edilizia sanitaria per 285 milioni;
- le misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa sanitaria oggetto dell'Intesa CSR approvata in data 2/7/2015.

Il Documento di Economia e Finanza 2015, deliberato dal Consiglio dei Ministri il 10/4/2015, conferma che il livello di finanziamento del SSN definito dall'art. 1, c. 556 della Legge di Stabilità 2015, a seguito dell'Intesa CSR n. 37/2015, è ridotto di 2.352 milioni ed è rideterminato da 112.062 a 109.710 milioni per il 2015, da 115.444 a 113.092 milioni per il 2016.

Il quadro economico-finanziario nazionale non è definito in quanto non è disponibile un provvedimento legislativo che definisca puntualmente il livello di finanziamento del SSN per il 2015. Tale definizione, peraltro, dovrà tenere conto delle modifiche dei criteri di riparto delle risorse vincolate introdotte dai citati commi 560, 561 e 562 dell'articolo 1 della Legge n. 190/2014 e della riduzione delle risorse destinate alla realizzazione di specifici obiettivi del PSN prevista dal citato c. 593 del medesimo art. 1 che ha istituito il Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi (400 milioni a livello nazionale).

A livello nazionale, le disponibilità finanziarie per il SSN, comprensive del contributo statale alla diffusione dei medicinali innovativi, finanziato per 100 milioni dal Fondo interventi strutturali di politica economica, sono stimabili in 109.810 milioni per il 2015 (con una riduzione di 118 milioni rispetto al 2014, pari al - 0,11%) ed in 113.092 milioni per il 2016 (con un incremento di 3.282 milioni rispetto al 2015, pari al + 2,99%).

	anno 2014	anno 2015	anno 2016
Patto Salute 2014-2016 e Legge Stabilità 2015	109.928	112.062	115.444
Intesa CSR 37/2015		-2.352	-2.352
F.S.N.	109.928	109.710	113.092
v.a.		-218	3.382
var. %		-0,20	3,08
contributo Fondo interventi strutturali		100	0
disponibilità SSN	109.928	109.810	113.092
v.a.		-118	3.282
var. %		-0,11%	2,99%

(importi in milioni)

2.1.2 Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di medicinali innovativi

Il Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di medicinali innovativi ammonta a 500 milioni annui:

- per il 2015 è finanziato per 400 milioni da una quota delle risorse del FSN vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN e per 100 milioni da un contributo statale;

- per il 2016 è finanziato da una quota delle risorse del FSN 2016 vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN.

E' difficile stimare con precisione i maggiori costi, che potrebbero essere condizionati dalle strategie definite a livello nazionale, AIFA e Ministero della Salute in primis, per assicurare la sostenibilità dell'innovazione farmaceutica (processi di acquisto dei medicinali a livello europeo, strumenti di valutazione delle terapie farmacologiche e di condivisione del rischio con le aziende farmaceutiche, ...).

Allo stesso modo è difficile stimare con precisione le maggiori risorse derivanti:

- dalla quota di competenza regionale del Fondo, che verrà ripartito in proporzione alla spesa sostenuta per l'acquisto di medicinali innovativi dalle singole Regioni (comma 594, art. 1, della Legge n. 190/2014). Le risorse di competenza regionale sono stimate sulla base della quota regionale di accesso al riparto del finanziamento per la realizzazione degli obiettivi di PSN 2014, pari all' 8,22% come risultante dall'Intesa CSR n. 172/2014. Sulla base di questo criterio, il finanziamento di competenza regionale è stimato in 41,1 milioni, di cui si tiene conto in sede di programmazione e di finanziamento del SSR del 2015.
- dal ripiano della spesa farmaceutica per l'acquisto dei farmaci innovativi previsto dal c. 595 dell'art. 1 della Legge n. 190/2014. Per le motivazioni riportate al successivo punto 2.1.3, si ritiene opportuno non tenere conto dell'eventuale ripiano in sede di programmazione e di finanziamento del SSR dell'anno 2015.

I Bilanci preventivi economici 2015 delle Aziende sanitarie dovranno comprendere il costo per l'acquisto dei medicinali innovativi, in misura pari all'importo stimato dalle Aziende stesse e comunicato alla Regione, ed un equivalente finanziamento regionale.

Quest'ultimo finanziamento sarà assicurato attraverso l'accantonamento disposto a livello regionale dalla presente deliberazione a valere sulle risorse disponibili, tenuto conto della prima quantificazione dei costi per l'acquisto dei medicinali innovativi fatta dalle Aziende sanitarie.

2.1.3 Pay-back e ripiano della spesa farmaceutica

A tutt'oggi l'AIFA non ha comunicato una previsione degli importi del pay-back riferito al 2015 ai sensi dell'art. 1, c. 796, lettera g) della Legge n. 296/2006 e successive disposizioni di proroga, e l'articolo 11, comma 6 del D.L. n. 78/2010, convertito con modificazioni dalla Legge n. 122/2010.

Il pay-back di competenza del 2015, stimato in 26 milioni di euro, viene comunque considerato ai fini della programmazione e del finanziamento del SSR del 2015.

Il ripiano della spesa farmaceutica di cui all'art. 15 del D.L. n. 95/2012, convertito con modificazioni dalla Legge n. 135/2012, non viene considerato ai fini della programmazione del SSR del 2015, in quanto:

- le determinazioni dell'AIFA di assegnazione del ripiano dello sfondamento della spesa farmaceutica 2013 sono state oggetto della sentenza n. 4538/2015 del Tar Lazio (Sezione Terza Quater), depositata il 25/3/2015 a seguito di un ricorso avanzato da Glaxo Smith Kline Spa che ha stabilito la necessità di una revisione del metodo

- utilizzato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per il calcolo delle quote di ripiano degli sfondamenti della spesa farmaceutica;
- l'AIFA non ha adottato determinazioni concernenti l'assegnazione alle Regioni del ripiano spettante per l'eventuale sfondamento del tetto della spesa farmaceutica del 2014;
 - non è possibile stimare il ripiano dell'eventuale sfondamento della spesa farmaceutica degli anni 2014 e 2015, tenuto anche conto, per quest'ultimo anno, del ripiano imputabile all'eventuale superamento del fondo aggiuntivo per la spesa dei farmaci innovativi precedentemente richiamato.

2.1.4 La legge finanziaria regionale per l'anno 2015

La Legge Regionale 30 aprile 2015, n. 3, che detta disposizioni per la formazione del Bilancio annuale di previsione 2015 e del Bilancio pluriennale 2015-2017 (Legge finanziaria regionale 2015), conferma anche per il 2015, l'intervento della Regione a favore del proprio sistema sanitario ed assicura:

- **20 milioni** di euro per la copertura finanziaria degli oneri derivanti dal pagamento, da parte delle Aziende sanitarie, degli indennizzi per emotrasfusi del 2015, erogati ai sensi della Legge 25 febbraio 1992, n. 210 (art. 11 della L.R. n. 3/2015);
- **20 milioni** di euro per il sostegno all'equilibrio finanziario delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per ammortamenti non sterilizzati relativi agli anni 2001-2011 (art. 11 della L.R. n. 3/2015);
- **120 milioni** di euro destinati direttamente al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza al fine di garantire ed ampliare l'area di finanziamento pubblico delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria del 2015 (art. 13 della L.R. n. 3/2015);
- **3 milioni** di euro per il ripiano delle gestioni liquidatorie delle ex Unità Sanitarie Locali cessate al 31 dicembre 1994 (art. 13 della L.R. n. 3/2015).

A queste risorse si aggiungono quelle destinate alla copertura finanziaria del rimborso degli interessi e della quota capitale delle anticipazioni di liquidità, di cui all'articolo 3 del D.L. n. 35/2013, convertito con modificazioni dalla Legge n. 64/2013, secondo quanto previsto dalla L.R. n. 6/2013 "Misure in materia di pagamenti dei debiti degli Enti del Servizio Sanitario Regionale", che non devono essere contabilizzate nei bilanci aziendali.

2.1.5 Le disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Regionale

In assenza della proposta di riparto del FSN 2015, è difficile prevedere puntualmente l'impatto sul finanziamento regionale delle modifiche dei criteri di riparto delle risorse vincolate introdotte dai citati commi 560, 561 e 562 dell'art. 1 della Legge n. 190/2014 e della riduzione delle risorse destinate alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano Sanitario Nazionale (PSN) prevista dal citato c. 593 del medesimo art. 1 che ha istituito il Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi (400 milioni a livello nazionale).

Si ritiene prudente e corretto stimare il finanziamento di competenza regionale del 2015 derivante dal riparto delle disponibilità finanziarie per il SSN come segue:

- il finanziamento indistinto viene stimato prevedendo una riduzione dello 0,2% pari a quella stimata a livello nazionale, richiamata al precedente punto 2.1.1; conseguentemente il finanziamento indistinto 2015 viene stimato in 7.740,009 milioni di euro;
- il finanziamento vincolato degli obiettivi prioritari del PSN, viene stimato tenendo conto della riduzione della quota di 400 milioni destinata ad alimentare il Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi, richiamata al precedente punto 2.1.1, ed ipotizzando la stessa quota regionale di accesso al riparto dell'anno 2014 del finanziamento vincolato degli obiettivi prioritari del PSN, pari all'8,22% come risultante dall'Intesa CSR n. 172 del 4/12/2014; conseguentemente il finanziamento viene stimato in 83,350 milioni di euro;
- i finanziamenti vincolati precedentemente richiamati, che confluiscono nella quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale (c. 560) oppure che sono ripartiti annualmente all'atto della ripartizione delle somme spettanti alle Regioni a titolo di finanziamento di tale quota indistinta (c. 561), sono stimati a livello nazionale nel medesimo importo del 2014, ed ipotizzando:
 - per i finanziamenti vincolati in materia di provvidenza in favore degli hanseniani e loro familiari, di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS, di emersione del lavoro dei cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno è irregolare, la stessa quota regionale di accesso al riparto del finanziamento indistinto del 2014, pari al 7,43% come risultante dall'Intesa CSR n. 173 del 4/12/2014;
 - per i finanziamenti vincolati in materia di prevenzione e cura della fibrosi cistica, di assegnazione delle borse di studio ai MMG che partecipano ai corsi di formazione specifica, di assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al SSN, di riqualificazione dell'assistenza sanitaria e dell'attività libero-professionale, la stessa quota regionale assegnata nel 2014;

conseguentemente il finanziamento vincolato regionale viene stimato in complessivi 23,958 milioni di euro.

Il finanziamento derivante dal riparto del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di medicinali innovativi, che sarà ripartito in proporzione della spesa sostenuta dalle Regioni per l'acquisto di tali medicinali, è stato stimato in 41,1 milioni per le motivazioni riportate al precedente punto 2.1.2.

Non essendo stata raggiunta l'Intesa CSR entro il 30 aprile 2015 per la revisione, a decorrere dal 2015, dei pesi per il riparto del FSN, previsto dal citato art. 1, c. 601 della Legge n. 190/2014, ai fini della determinazione del finanziamento regionale del 2015, si considerano confermati i pesi finora applicati.

Per il 2015, la stima delle risorse derivanti dal riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie del SSN, viene quantificata in 7.888,417 milioni di euro.

Oltre alle risorse derivanti dal riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN, la programmazione ed il finanziamento del SSR per il 2015 può essere impostata anche su altre risorse disponibili, quali:

- le risorse regionali stanziare della citata Legge finanziaria regionale n. 3/2015, richiamate al precedente punto 2.1.4, in misura pari a 40 milioni di euro;
- le risorse derivanti dal pay-back farmaceutico di competenza del 2015, stimate in 26 milioni di euro.

Pertanto, le risorse complessivamente a disposizione per la programmazione ed il finanziamento del SSR per il 2015 sono stimate in **7.954,417 milioni di euro**, come di seguito riportato:

	anno 2014	anno 2015	var.
FSR indistinto	7.755,520	7.740,009	
FSR vincolato per Obiettivi di PSN	116,270	83,350	
finanziamenti vincolati c. 560-561	---	23,958	
Fondo farmaci innovativi	---	41,100	
totale risorse nazionali	7.871,790	7.888,417	16,627
risorse regionali	87,094	40,000	
pay-back farmaceutico	18,500	26,000	
totale risorse disponibili	7.977,384	7.954,417	- 22,967

(importi in milioni)

Con riferimento alle risorse accantonate, si precisa quanto segue:

- le Aziende sanitarie indicheranno nei Bilanci Preventivi Economici 2015 il costo per l'acquisizione dei medicinali innovativi, in misura pari all'onere dalle stesse quantificato. Come riportato nel precedente punto 2.1.2, le Aziende contabilizzeranno un equivalente finanziamento regionale, che sarà assegnato in chiusura dell'esercizio 2015, sulla base della spesa effettivamente sostenuta, a valere sulle risorse accantonate;
- le Aziende sanitarie sono autorizzate a finanziare i Piani investimenti 2015-2017 con risorse proprie, che saranno reperite attraverso la rettifica dei contributi in conto esercizio, fino al limite massimo definito con il livello regionale. La Regione in chiusura dell'esercizio 2015, sulla base degli investimenti effettivamente realizzati, assegnerà un finanziamento dedicato, a valere sulle risorse accantonate, che consentirà alle Aziende sanitarie di disporre la rettifica dei contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti.

Per il 2015, viene confermato il sistema di finanziamento del 2014, descritto nella relazione "Criteri di Finanziamento delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna - Anno 2014", che costituisce l'Allegato A alla DGR n. 217/2014, al quale si rimanda.

I Bilanci Preventivi Economici 2015 dovranno assicurare una situazione di pareggio civilistico, comprensivo anche degli ammortamenti non sterilizzati, di competenza dell'esercizio 2015, riferiti a tutti i beni ad utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva. A tal fine viene assegnato il finanziamento relativo agli ammortamenti non sterilizzati delle immobilizzazioni entrate in produzione fino al 31/12/2009, pari a complessivi 49,391 milioni, sulla base dei dati comunicati dalle Aziende sanitarie in sede di Concertazione Regione-Aziende 2015.

I finanziamenti assegnati alle Aziende sanitarie sono riportati nelle tabelle che costituiscono gli allegati 2 e 3 del presente provvedimento, ed in particolare:

- nella tabella 2 per le Aziende USL;
- nella tabella 3 per le Aziende Ospedaliere, le Ospedaliero-Universitarie e IRCCS.

Per quanto riguarda la valorizzazione dell'attività prodotta, le Aziende - nelle more della definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie di cui all'articolo 9 del Patto per la Salute 2014-2016 e delle ulteriori determinazioni che verranno assunte a livello regionale in corso d'anno - in sede di predisposizione dei bilanci preventivi 2015, dovranno attenersi alla matrice di mobilità infra-regionale 2014 (trasmessa con nota del 1/4/2015 PG/2015/0213799), ad esclusione degli accordi di fornitura infra-provinciali tra Aziende USL e Aziende Ospedaliere, che continueranno ad essere gestiti secondo gli obiettivi e le priorità definiti a livello locale; l'attività prodotta per cittadini provenienti da fuori regione sarà valorizzata, in questa fase, a tariffe regionali vigenti.

Per quanto riguarda l'acquisto di prestazioni da privato accreditato, in sede previsionale saranno utilizzate le tariffe regionali vigenti; le Aziende dovranno tuttavia evidenziare che i relativi pagamenti avvengono a titolo di acconto, stante la necessità di ridefinire, a livello regionale e nazionale, il complessivo sistema di remunerazione delle prestazioni.

2.1.6 Il vincolo del pareggio di bilancio

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.

Nel 2015 le Direzioni aziendali sono inoltre impegnate:

- ad un 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 Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione; le CTSS devono essere informate degli esiti delle verifiche straordinarie;
- alla 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, alla presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo. Le Direzioni sono tenute ad individuare ed a realizzare con tempestività le azioni eventualmente necessarie per rispettare il vincolo di bilancio, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato.

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 ponendo in essere tutte le azioni possibili a livello aziendale.

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 (art. 1, c. 131, lett. a) della Legge n. 228/2012, Intesa CSR n. 37/2015).

In particolare, deve essere assicurata l'applicazione del D.L. n. 347/2011, convertito con modificazioni dalla L. n. 405/2011 smi, del D.L. n. 78/2010, convertito con modificazioni dalla L. n. 122/2010, del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla L. n. 111/2011, del D.L. n. 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. n. 135/2012.

Le Aziende sanitarie sono altresì impegnate a dare attuazione alle seguenti misure regionali di contenimento della spesa:

- revisione dell'organizzazione aziendale funzionale all'individuazione di politiche di razionalizzazione compatibili con il mantenimento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate e con la necessità di conseguire economie di spesa ed a completare i processi di integrazione e di unificazione, con particolare riferimento all'integrazione strutturale delle funzioni di supporto amministrativo e tecnico-logistico;
- progressivo allineamento dei costi pro-capite aziendali per livello di assistenza alla media delle migliori Aziende sanitarie regionali individuate quale riferimento;
- contenimento della spesa per beni e servizi attraverso l'aumento degli acquisti centralizzati e la pianificazione dell'attività dell'Agenzia Intercent-ER;
- contenimento degli organici e della spesa del personale, tenuto anche conto di quanto previsto dall'art. 1, c. 584 della Legge di Stabilità 2015, che impegna le Regioni ad attuare, negli anni 2015 – 2019, un percorso di graduale riduzione della spesa del personale, che consenta di raggiungere nel 2020 l'obiettivo di spesa del personale uguale a quella del 2004 ridotta dell' 1,4%;
- la revisione dei criteri di valutazione dei rischi sulla base di specifiche linee guida regionali che consentano l'uniforme rideterminazione dei fondi rischi ed oneri.

2.1.7 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2015 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 smi, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria) e a medio lungo termine (mutui).

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

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

2.1.8 Il miglioramento del sistema informativo contabile

Applicazione del Decreto Legislativo n. 118/2011

Nel corso del 2015 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono impegnate:

- nel perfezionamento delle modalità di applicazione dei principi di valutazione specifici e dei principi contabili generali ed applicati per il settore sanitario;
- nel miglioramento delle modalità di compilazione degli schemi di bilancio (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
- nell'applicazione della Casistica applicativa che sarà emanata nel corso del 2015;
- nella verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011 e della relativa Casistica applicativa, nonché delle indicazioni regionali;
- nell'implementazione e nel corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- nella puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA.

Le Aziende sanitarie sono inoltre impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci e del Bilancio della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA), anche in funzione della predisposizione del Bilancio Consolidato regionale, delle riconciliazioni/raccordi tra la contabilità economico-patrimoniale degli Enti del SSR e la contabilità finanziaria della Regione.

Nel corso del 2015 dovrà essere assicurata, sia nei bilanci aziendali che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, l'esatta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA, necessaria per assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera rigorosa, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema sanitario regionale.

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

Le Aziende sanitarie e la GSA, nel corso del 2015, sono impegnate nell'assicurare la complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste nel Piano attuativo approvato con la DGR n. 150/2015.

A tal fine, le Aziende sanitarie e la GSA, sono tenute:

- a recepire ed applicare le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali, tempo per tempo disponibili;
- a redigere, adeguare e formalizzare le procedure amministrativo-contabili ed i regolamenti aziendali coerentemente con i requisiti minimi comuni definiti dalle Linee guida regionali;

- ad implementare, applicare e verificare le procedure amministrativo-contabili aziendali delle aree oggetto delle Linee guida regionali;
- a procedere al progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico-contabili, migliorando ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzando ed uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno;
- a supportare adeguatamente le procedure di verifica concordate che verranno attivate dai Collegi sindacali e dal livello regionale;
- ad assicurare la partecipazione dei collaboratori individuati dal Gruppo di progetto ai Gruppi di lavoro operativi che saranno attivati nel corso del 2015;
- ad aderire alle attività formative organizzate a livello regionale.

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

Nel corso del 2015 saranno definite le caratteristiche tecniche e funzionali del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile, necessarie per la predisposizione del capitolato di gara per l'individuazione del sistema informativo. Le Aziende sanitarie sono impegnate nell'assicurare al livello regionale la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per la definizione delle nuove soluzioni applicative.

Qualità dei dati di Contabilità Analitica

Nel corso del 2015 le Aziende sanitarie dovranno garantire la piena attendibilità dei flussi di Contabilità Analitica applicando le indicazioni del Manuale e delle linee operative, annualmente revisionate a livello regionale, ai fini della compilazione dei modelli ministeriali e regionali, confermando la coerenza del Piano dei centri di costo con l'organizzazione aziendale e la riconciliazione tra CO.GE. e CO.AN.

L'affidabilità delle elaborazioni è funzionale al confronto omogeneo fra le Aziende ed al recupero di efficienza per livello di assistenza.

2.2 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

La recente normativa nazionale ha posto nuovi vincoli per gli acquisti di beni e servizi da parte delle Aziende sanitarie. Il decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito con modificazioni dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, da un lato ha operato un deciso taglio alla spesa per beni e servizi delle pubbliche amministrazioni, ed in particolare delle Regioni e degli enti regionali, e dall'altro ha dato un forte impulso alla centralizzazione degli acquisti, attraverso la creazione dell'elenco dei cosiddetti "Soggetti Aggregatori", di cui fanno parte Consip S.p.A. ed una centrale di committenza per ciascuna Regione. Lo stesso DL 66/2014 prevede che con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri - su proposta del Tavolo dei Soggetti Aggregatori - verranno annualmente definite le categorie di beni e di servizi nonché le soglie al superamento delle quali le regioni, gli enti regionali, nonché loro consorzi e associazioni, e gli Enti del servizio sanitario nazionale dovranno ricorrere ai soggetti aggregatori per lo svolgimento delle relative procedure.

Conseguentemente per tali categorie l'ANAC non rilascerà più CIG alle singole stazioni appaltanti.

Per supportare lo sviluppo dell'attività dei soggetti aggregatori è stato istituito uno specifico fondo, gestito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, che finanzierà i soggetti che avranno incrementato l'incidenza delle proprie iniziative sulla spesa delle Amministrazioni di riferimento.

Coerentemente con l'assetto normativo e organizzativo regionale, il Presidente della Giunta Regionale ha già designato come Soggetto Aggregatore per l'Emilia-Romagna, l'Agenzia Intercent-ER, la quale dovrà quindi gestire, fra l'altro, tutte le procedure di gara contenute nei DPCM che verranno emanati.

A livello regionale, il processo di razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi del sistema sanitario regionale ha prodotto risultati importanti negli ultimi anni, con una crescita sostanziale del livello di acquisti centralizzati, passati dal 57% dell'anno 2012 (33% da parte dell'Agenzia Intercent-ER e 24% da parte delle Aree Vaste) al 72% dell'anno 2014 (38% da parte dell'Agenzia Intercent-ER e 34% da parte delle Aree Vaste). Incrementi sostanziali che portano la nostra Regione a qualificarsi come una best practice nazionale, ma che ancora necessitano di essere potenziati, anche in virtù del fatto che i risultati raggiunti a livello regionale saranno misurati sul livello di aggregazione del Soggetto Aggregatore designato e non sugli acquisti a minor livello di centralizzazione.

Anche sul fronte della dematerializzazione, il 2015 si presenta come un anno particolarmente importante: a partire dal 31 marzo 2015, infatti, è divenuta obbligatoria anche per le Regioni e le Autonomie Locali, la ricezione di fatture elettroniche. Partendo da tale obbligo, occorrerà portare a regime il più ampio progetto di innovazione delineato dalla legge regionale n. 17/2013, che investe l'intero ciclo legato alle acquisizioni di beni e servizi, in grado di generare importanti benefici in termini di efficienza e riduzione dei costi gestionali sia per le Aziende Sanitarie che per le Imprese fornitrici.

Conformemente al quadro di riferimento delineato, per il 2015 le Aziende Sanitarie, per il tramite delle Aree Vaste, sono chiamate ad aumentare il livello di supporto fornito all'Agenzia Intercent-ER sia sul fronte della razionalizzazione della spesa per beni e servizi, introducendo forme di collaborazione e creazione di sinergie sempre più stringenti per l'ottenimento di risultati comuni, sia sul fronte della dematerializzazione del ciclo passivo, rispettando i vincoli imposti dal legislatore regionale e ponendo le basi per completare il processo di digitalizzazione fattura – ordine elettronico.

Supporto alla pianificazione e al monitoraggio triennale degli acquisti di beni e servizi

Le Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del S.S.R. per l'anno 2014 hanno previsto l'unificazione dei processi di pianificazione degli acquisti attraverso la realizzazione di un Masterplan triennale contenente tutte le iniziative di acquisto da realizzare nel triennio di riferimento, le tempistiche di realizzazione, le responsabilità (livello centralizzato regionale, livello di Area Vasta, livello aziendale). Il Masterplan triennale 2015/2017 è stato approvato con Determinazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali n. 3617 del 26/3/2015.

Il Masterplan è stato redatto in funzione dei seguenti obiettivi:

- **aggredire centralmente nuove categorie di spesa ad alto livello di standardizzazione ovvero di interesse trasversale rispetto alle Aziende Sanitarie regionali;**

- **garantire continuità alle forniture ed ai servizi gestiti a livello centralizzato;**
- **rispettare le specificità locali nel caso di procedure ad alto livello di personalizzazione sul territorio.**

In linea con la citata Determinazione, l'Agenzia Intercent-ER svolgerà periodicamente le attività di monitoraggio del conseguimento dei risultati prefissati tramite report di consuntivo ove saranno evidenziati gli eventuali scostamenti dagli obiettivi e saranno fornite le azioni di riallineamento rispetto agli stessi.

Nel contesto delineato le Aziende Sanitarie sono chiamate a fare quanto previsto nella pianificazione triennale, fornendo il massimo contributo nelle fasi di monitoraggio delle iniziative previste e di realizzazione della sua riedizione annuale. In particolare:

- **rispettare i livelli di centralizzazione e le scadenze previste, per le varie categorie merceologiche, nel Masterplan triennale;**
- **fornire all'Agenzia, nel rispetto degli standard e delle tempistiche dalla stessa definite, lo stato di realizzazione delle procedure di acquisto a livello aziendale e di Area Vasta;**
- **supportare l'Agenzia nell'individuazione degli scostamenti e nella definizione delle conseguenti azioni correttive;**
- **fornire le informazioni necessarie per la riedizione del Masterplan per il triennio 2016-2018.**

Assegnazione temporanea di personale all'Agenzia Intercent-ER finalizzata alla realizzazione della riorganizzazione degli acquisti

Anche nel settore degli approvvigionamenti di beni e servizi le sempre minori risorse a disposizione del S.S.R impongono una maggiore efficienza dell'organizzazione e delle procedure che punti a ridurre duplicazioni e sovrapposizioni di competenze tra differenti livelli di acquisto. A ciò si deve aggiungere la necessità di garantire all'Agenzia Intercent-ER, Soggetto Aggregatore della Regione Emilia-Romagna ai sensi del D.L. 66/2014, di poter accrescere il proprio livello di aggressione della spesa per beni e servizi regionale.

Occorre quindi che il processo di accentramento e le sinergie conseguite a livello di Area Vasta vengano scalate a livello regionale, attivando forme di collaborazione tra l'Agenzia Intercent-ER e le Aziende Sanitarie, che prevedano l'assegnazione temporanea all'Agenzia di personale qualificato in materia di acquisti operante presso le stesse Aziende, ovvero dedicato allo svolgimento delle gare per l'acquisto di beni e servizi in Area Vasta.

Il personale assegnato ad Intercent-ER dovrà essere impegnato nella realizzazione delle iniziative previste dal Masterplan triennale in tutte le sue fasi ed in particolare:

- **espletamento della procedura di gara in qualità di funzionario amministrativo ovvero di responsabile del procedimento;**
- **partecipazione alle Commissioni di gara, sia in veste di Presidente sia in veste di Commissario "tecnico" ovvero, nelle gare al prezzo più basso, nel ruolo di Autorità di gara;**
- **cura degli adempimenti per la stipula e la gestione delle convenzioni quadro (subappalto, subentro fornitore, ecc.).**

Per gli anni 2015 e 2016, le Aziende Sanitarie sono quindi chiamate a mettere a disposizione dell'Agenzia Intercent-ER le risorse umane individuate congiuntamente alle

Aziende, dotate di adeguata professionalità e necessarie all'implementazione del Masterplan triennale degli acquisti secondo le modalità in corso di definizione.

Supporto alla dematerializzazione del processo di ciclo passivo

Nell'ambito degli obblighi normativi in materia di fatturazione elettronica e digitalizzazione dei processi, la Regione Emilia-Romagna, per il tramite dell'Agenzia Intercent-ER, ha istituito il Sistema regionale per la dematerializzazione del ciclo passivo (SiCiPa-ER) e reso disponibile il Nodo Telematico di Interscambio (NoTI-ER), portando a regime tutti i servizi realizzati negli anni precedenti; sono quindi state collegate al NoTI-ER tutte le Aziende Sanitarie, consentendo loro di poter adempiere agli obblighi previsti dalla normativa in materia di fatturazione elettronica sia attiva che passiva. Il NoTI-ER è integrato con il sistema di archiviazione regionale PARER e consente quindi la conservazione a norma di tutti i documenti scambiati.

Conformemente a quanto previsto dal Capo VI bis della legge regionale n. 11 del 24 maggio 2004 e s.m.i., la Giunta Regionale, con la delibera n. 287/2015, ha approvato la direttiva inerente ai tempi ed alle modalità di utilizzo del SiCiPa-ER.

La Delibera prevede, con particolare riferimento alle Aziende Sanitarie regionali:

- **l'obbligo, a partire dal 31 marzo 2015, di ricevere fatture elettroniche utilizzando Intercent-ER come intermediario nei confronti del centro di interscambio nazionale gestito da Sogei S.p.a.;**
- **l'obbligo, a partire dal 31 gennaio 2016, di inserire nelle procedure di gara per l'acquisizione di beni e servizi, clausole che prevedano l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il SiCiPa-ER;**
- **l'obbligo, a partire dal 30 giugno 2016, di emettere esclusivamente ordini elettronici attraverso il SiCiPa-ER.**

Nel corso del 2015 le Aziende Sanitarie sono quindi chiamate, oltre al rispetto degli obblighi cogenti previsti dalla normativa regionale, ad impegnarsi affinché il processo di dematerializzazione del ciclo passivo giunga alla sua fase di completamento nei tempi previsti. In particolare, dopo aver portato a regime la gestione della fattura elettronica, le Aziende sanitarie dovranno collaborare fattivamente con l'Agenzia Intercent-ER per implementare l'ordine elettronico, secondo le specifiche e le tempistiche della delibera citata.

2.3 Il governo delle risorse umane

La copertura dei fabbisogni di personale delle singole Aziende è condizionata all'approvazione, da parte della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione, del Piano aziendale annuale di assunzione con la fissazione della percentuale specifica di copertura del turnover del personale dedicato all'assistenza. Relativamente al personale dipendente di profilo amministrativo, tecnico e professionale (dirigenza e comparto), permane per il 2015 il blocco totale del turnover, fatte salve eventuali specifiche autorizzazioni in deroga, coerentemente con la normativa e la programmazione regionale vigente. A tal proposito si sottolinea la rilevanza del processo di integrazione di attività e funzioni tecnico amministrative e di supporto tra Aziende, avviato in questi anni e ribadito negli obiettivi di mandato dei Direttori Generali, che deve

pervenire a completamento, con conseguente riduzione del fabbisogno di risorse e del numero delle strutture complesse.

Nel 2015 andranno completati gli obiettivi già previsti dalla DGR 1735/2014, con la conseguente riduzione della spesa del personale a tempo determinato.

Con riferimento alla spesa per il lavoro atipico e le consulenze, le Aziende sono tenute ad applicare la normativa vigente, compatibilmente con l'erogazione dei LEA.

Contestualmente all'approvazione dei piani di assunzione, la Regione procede al controllo previsto per legge degli atti deliberativi di adeguamento delle dotazioni organiche, valutando l'opportunità di ridurre i posti rimanenti vacanti. Conseguentemente le Aziende procederanno all'adeguamento anche dei relativi fondi contrattuali.

Nei piani di assunzione e nelle proprie dotazioni organiche, sottoposti alle valutazioni regionali, le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura o istituzione di strutture complesse o semplici risultino coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015.

Gli obiettivi sopra formulati dovranno essere rigorosamente rispettati dalle Aziende al fine di consentire la riduzione di spesa del personale e di garantire il progressivo raggiungimento dei limiti contenuti nel Patto per la Salute 2014-2016, (art.22), ovvero il parametro di riduzione dell'1,4% sulla spesa 2004, da raggiungere definitivamente nel 2020.

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

Al fine di favorire il ricambio generazionale nelle organizzazioni aziendali e di limitare il costo del personale, le Aziende applicano le facoltà riconosciute alle Amministrazioni Pubbliche sulla risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro, secondo quanto previsto dalla circolare regionale in materia.

Esercizio dell'attività libero professionale intramuraria

In attuazione della DGR n. 326 del 31 marzo 2015, delibera che recepisce l'Accordo Stato-Regioni – Rep. atti n. 19/CSR del 19 febbraio 2015 - concernente i criteri per la verifica del programma sperimentale per lo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria presso gli studi professionali collegati in rete, le Aziende sanitarie e l'IRCCS dovranno verificare, entro il 30/6/2015, che l'attività libero professionale intramuraria dei professionisti autorizzati all'utilizzo dei suddetti studi privati sia effettivamente svolta secondo le regole previste nella legge n. 120/2007 e s.m.i.

In caso di verifica negativa, l'Azienda o l'IRCCS, dopo aver assegnato al professionista interessato un termine perentorio entro cui adeguarsi a quanto previsto dalla normativa citata, in caso di perdurante inadempienza, dovrà provvedere a revocare nei confronti del professionista medesimo l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale presso lo studio privato.

Gli esiti delle verifiche svolte dovranno essere trasmesse dalle Aziende e dall'IRCCS alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione.

La rendicontazione separata dell'attività libero professionale rappresenta un obbligo per le Aziende sanitarie che ne danno rappresentazione nel Bilancio di esercizio. Il D.Lgs. 118/2011 prevede che la Nota Integrativa, allegata al Bilancio di esercizio, includa una specifica tabella riepilogativa dei costi e dei ricavi dell'attività libero-professionale intramuraria. Le Aziende sanitarie devono assicurare che i ricavi coprano integralmente i costi, diretti e indiretti, come prescritto dall'art. 1, comma 4, legge 120/2007.

2.4 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.4.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2015

La Regione Emilia-Romagna prevede, per l'anno 2015, un obiettivo di spesa farmaceutica **convenzionata** netta pari a 518.833.087 euro, con riduzione del -3,71% rispetto all'anno 2014, corrispondente ad una spesa farmaceutica convenzionata procapite di 116,52 euro. E' stimato un incremento di spesa per l'acquistato ospedaliero di farmaci, il cui valore dovrà essere contenuto entro il +2,84% rispetto al 2014, pari ad una spesa per il 2015 di 721.537.421 euro. Tale importo non comprende la spesa per i nuovi farmaci antivirali contro l'epatite cronica C.

2.4.2 Assistenza farmaceutica convenzionata

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

E' richiesto, a livello regionale, un aumento del ricorso a farmaci generici di 7,8 punti percentuale rispetto al 2014. E' necessaria una modulazione dell'obiettivo nelle Aziende, in relazione ai risultati conseguiti nell'anno 2014. In particolare le Aziende sanitarie che dovranno aumentare ulteriormente il ricorso a farmaci generici sono: AUSL di Piacenza, Modena, Imola e Romagna. Le Aziende che dovranno inoltre incrementare il ricorso al farmaco generico puro sono: Piacenza, Parma, Bologna e Ferrara.

Sono richiesti alle Aziende sanitarie specifici impegni nel buon uso delle categorie di farmaci oggetto di valutazione nell'ambito del progetto Bersaglio, al quale la nostra Regione ha aderito. In particolare si chiede: per i farmaci inibitori della pompa protonica e inibitori selettivi della serotonina il contenimento dei consumi; per i farmaci antipertensivi, l'aumento del ricorso ad ACE inibitori in alternativa ai sartani; per le statine l'aumento del ricorso a farmaci con brevetto scaduto e della continuità terapeutica; per gli antibiotici sistemici (J01) la riduzione dei consumi complessivi e delle classi di molecole ad ampio spettro d'azione attualmente molto utilizzate, in particolare penicilline associate a inibitori delle betalattamasi (J01CR) e fluorochinoloni (J01MA).

2.4.3 Acquisto ospedaliero di farmaci

(Impiego farmaci in ambito di degenza/ambulatoriale e nelle forme di erogazione diretta dei farmaci, inclusa la DPC)

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

- **aumento del ricorso ai farmaci biosimilari** già disponibili sia nei pazienti di nuova diagnosi sia in fase di rivalutazione con superamento delle criticità legate allo shift delle prescrizioni da originator a biosimilare nelle terapie croniche: ormone della crescita (biosimilare pari al 35% del consumo complessivo), epoetina (biosimilare pari al 50% del consumo complessivo), biosimilari dei fattori di stimolazione dei granulociti, come richiesto ad ogni singola azienda
- **inserimento nella pratica clinica dei farmaci biosimilari** che sono appena arrivati o giungeranno in commercio nel corso dell'anno in ambito ginecologico, reumatologico, diabetologico (esempio: follitropina alfa, infliximab, insulina glargine);
- **aumento del ricorso al farmaco generico** nel trattamento dell'HIV, con particolare riferimento alle terapie in 1° linea e 2° linea (semplificazione o tossicità) che consentirà di allinearsi a target di spesa procapite annua rispettivamente pari a 7.000 euro e 6.200 euro;
- **adesione alla gara regionale Intercenter "Farmaci 2017"** che potrà produrre un risparmio nell'acquisto ospedaliero dei farmaci;
- **compilazione**, da parte dei medici prescrittori, **dei registri di monitoraggio disponibili sulla piattaforma SOLE** (per il governo dell'appropriatezza nell'uso) e sulla piattaforma AIFA (per la gestione rimborsi di condivisione del rischio, es. payment by results, cost sharing...).

Per i nuovi farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica l'impiego dovrà avvenire secondo i criteri e le priorità definiti dalla Commissione regionale del Farmaco (Doc. PTR n° 229) e a parità di efficacia e sicurezza privilegiando i farmaci con il migliore rapporto costo/opportunità. A tal fine la Commissione regionale farmaco rende disponibili gli schemi terapeutici considerati dal Gruppo di lavoro a miglior rapporto costo/opportunità tra i farmaci in commercio in Italia ed il costo dei trattamenti.

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

Le raccomandazioni regionali prevedono che, a parità di efficacia e sicurezza e nell'ambito dello stesso obiettivo terapeutico, vengano considerati, per la prescrizione, i farmaci a brevetto scaduto e comunque quelli con il migliore rapporto costo-beneficio. Per i farmaci di impiego territoriale, il rapporto costo-beneficio dovrà tener conto del prezzo al pubblico.

Si chiede alle Aziende sanitarie di Modena e di Reggio Emilia un controllo nell'uso dei farmaci biologici immunosoppressori, alle Aziende sanitarie di Piacenza, Bologna e

Romagna di monitorare l'uso dei nuovi farmaci anticoagulanti orali, all'AUSL di Imola di approfondire l'analisi dell'uso dei farmaci oncologici, all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma di valutare l'uso dei farmaci impiegati nel trattamento della degenerazione maculare legata all'età, in quanto si osservano valori di spesa largamente superiori alla media regionale.

Consumo ospedaliero di antibiotici

L'uso appropriato degli antibiotici è un obiettivo centrale per il controllo delle resistenze batteriche, come ribadito nella Delibera di Giunta Regionale 318/2013 in cui si raccomanda l'attivazione di nuclei operativi aziendali per il governo dell'uso responsabile di questi farmaci. I consumi ospedalieri di antibiotici sistemici risultano ancora elevati anche se sostanzialmente stabili nel periodo 2011-2014 in ambito regionale con trend temporali eterogenei nelle diverse Aziende: riduzioni significative in alcuni contesti e consumi stabili o in aumento in altri. L'obiettivo è quindi di migliorare l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici sistemici (classe ATC J01) nelle singole Aziende e di ridurre conseguentemente il consumo complessivo di questi farmaci. Vista l'elevata frequenza di resistenza ai carbapenemi (J01DH), osservata nei batteri Gram negativi, si sottolinea in particolare l'importanza di contenere il ricorso a questa classe di antibiotici.

Adozione di strumenti di governo clinico

E' necessario aderire alla compilazione dei Piani terapeutici regionali informatizzati per la prescrizione, l'erogazione ed il monitoraggio. Per quanto riguarda i nuovi farmaci anticoagulanti orali, almeno il 90% delle prescrizioni del secondo semestre 2015 dovrà essere compilato in modo informatizzato; per i nuovi antivirali per l'epatite C la percentuale di compilazione dovrà essere del 100%.

Inoltre è necessario tracciare l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e farmaci fuori prontuario, utilizzando l'apposito applicativo web regionale, denominato "Eccezioni prescrittive".

E' necessario aderire alla compilazione delle schede dei registri della Piattaforma di monitoraggio AIFA. Tale adempimento è obbligatorio per poter accedere al sistema di rimborso economico di condivisione del rischio con le aziende produttrici dei farmaci (cost sharing e payment by results).

E' richiesta la compilazione di almeno il 90% delle schede nella piattaforma di monitoraggio AIFA.

Le Aziende sanitarie dovranno consolidare la rilevazione dei dati delle prescrizioni farmacologiche nel trattamento dell'infezione HIV attraverso la compilazione del flusso dell'erogazione diretta FED secondo le specifiche del flusso relative al setting di cura ed al progressivo anonimo paziente (atteso circa il 90% di compilazione del flag HIV).

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.

Occorre promuovere l'applicazione delle raccomandazioni regionali e nazionali sulla qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche in ambito sanitario e socio-sanitario e

negli istituti penitenziari della Regione affinché i temi della sicurezza nell'uso dei farmaci diventino componenti delle attività nella pratica professionale.

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

Dovranno proseguire le attività di **vigilanza** sull'uso dei farmaci e dei dispositivi medici e la realizzazione dei progetti regionali, in alcune aree critiche d'impiego dei farmaci, secondo una modulazione organizzativa per Area Vasta.

Devono essere portate a termine le centralizzazioni sovraziendali e aziendali dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche nelle Aziende di Parma, di Reggio Emilia e di Modena e le Aziende con produzione contenuta come l'Azienda di Imola e l'Istituto Ortopedico Rizzoli dovranno avvalersi di laboratori limitrofi già in attività, definendone le modalità organizzative.

Le Aziende sanitarie dovranno applicare gli accordi regionali di distribuzione per conto dei farmaci stipulando accordi locali che definiscono le modalità per raggiungere obiettivi omogenei di distribuzione delle molecole senza oneri aggiuntivi per le parti e nel rispetto degli obiettivi complessivi di spesa.

2.4.4 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici

La spesa rilevata nel flusso DiMe per l'anno 2014 è stata pari a circa 364 milioni di euro, con un incremento di oltre il 5% rispetto all'anno precedente. Il flusso informativo ha rilevato i consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN e tale quota ha rappresentato circa il 94% degli acquisti rendicontati nei conti economici per l'acquisto di beni di consumo - dispositivi medici, con un risultato superiore alla soglia dell'indicatore LEA di qualità del flusso (pari al 65%).

Il superamento del tetto di spesa, fissato al 4,4% sul fondo sanitario, di oltre un punto percentuale, determina la necessità di ottimizzare la spesa per l'acquisto di dispositivi medici. A tal fine si dovranno potenziare le attività della Commissione Regionale dei Dispositivi Medici (CRDM) ed implementare le raccomandazioni prodotte.

Si richiama in particolare l'attenzione sulle classi: dispositivi per elettrochirurgia - ultrasuoni e radiofrequenza, medicazioni avanzate per il trattamento di ferite, piaghe ulcere acute e croniche, terapia a pressione negativa, per le quali è necessario un miglioramento nell'appropriatezza d'uso; dispositivi medici con meccanismo di sicurezza per la prevenzione di ferite da taglio o da punta con graduale introduzione nella pratica e monitoraggio dell'efficacia nella riduzione del rischio; dispositivi medici impiantabili attivi per la funzionalità cardiaca (pacemaker e defibrillatori).

Le Aziende dovranno mettere in atto azioni di contenimento della spesa delle suturatrici meccaniche (classe CND H02), guanti chirurgici (classe T0101) e guanti non chirurgici (classi T0102 e T0199).

Per l'anno 2015 è stato introdotto, nel progetto Bersaglio, il primo indicatore nell'ambito dei dispositivi medici, mirato al confronto delle performance, tra le Regioni aderenti, della

spesa sostenuta per siringhe, guanti e dispositivi da assorbimento, il cui andamento dovrà pertanto essere oggetto di specifica attenzione.

Si auspica infine una sempre maggiore integrazione a livello di Area Vasta per la valutazione, acquisizione e gestione dei dispositivi medici, attraverso un coordinamento delle commissioni locali dei dispositivi medici, al fine di garantire la diffusione dei documenti regionali e il monitoraggio per valutarne l'applicazione nella pratica clinica.

2.5 Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Nel 2015 proseguirà l'accantonamento al Fondo risarcimento danni da responsabilità civile, di cui all'art. 48 della citata Legge Regionale n. 28/2013, dell'importo necessario per far fronte ai risarcimenti assicurativi di seconda fascia, mediante trattenuta di quota parte delle risorse spettanti alle Aziende sperimentatrici, come riportato nelle Tabelle 2 e 3, che costituiscono gli allegati 2 e 3 al presente provvedimento quale parte integrante del medesimo.

Per i risarcimenti di prima fascia, gli Enti provvedono con risorse del proprio bilancio.

Per Aziende in sperimentazione:

La Direzione Generale dell'Azienda dovrà implementare le azioni rivolte alla piena attuazione del Programma regionale per la sicurezza delle cure e la gestione diretta dei sinistri, approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013, rafforzando le funzioni di gestione diretta dei sinistri e dotandosi, se necessario, anche di ulteriori risorse specialistiche che garantiscano:

- la conclusione dei casi eventualmente ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale;
- la rapida e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di valutazione.

Affinché il Nucleo regionale possa concretamente esplicare le funzioni stabilite dagli atti normativi e deliberativi, è indispensabile che le Aziende sanitarie sperimentatrici si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014; attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche ivi contenute, costituiranno oggetto di valutazione.

Per Aziende non in sperimentazione

In previsione della progressiva adesione delle Aziende sanitarie al Programma regionale per la sicurezza delle cure e la gestione diretta dei sinistri, approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013, la Direzione aziendale dovrà assicurare azioni coerenti con le finalità del Programma. A tal fine saranno valutati la sussistenza di adeguati assetti organizzativi e la presenza di risorse che possano garantire nel tempo la concreta attuazione del suddetto Programma.

3 - Il governo complessivo e la qualificazione del sistema

3.1 Sistema informativo regionale

Il Servizio sistema informativo della sanità e politiche sociali (Siseps) ha realizzato e messo a disposizione, con la collaborazione delle Aziende sanitarie, il datawarehouse regionale seguendo sia le priorità indicate dalla programmazione regionale sia gli obblighi derivanti dal livello nazionale - Ministero dell'Economia e Finanze – Sistema TS, Ministero della Salute NSIS, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali.

Assume carattere prioritario l'obiettivo di garantire il mantenimento e lo sviluppo del patrimonio informativo che è oggetto di adempimento verso NSIS e Sistema TS.

Le Direzioni Generali devono consolidare e sviluppare la raccolta continua e sistematica dei dati al fine di supportare le funzioni di programmazione e governo regionale oltreché essere la base per il processo di accountability mediante la costruzione di:

- Indicatori della griglia LEA – finalizzati alla valutazione del mantenimento dell'erogazione dei LEA - Adempimento verso il livello nazionale al quale è vincolato quota del Fondo Sanitario Nazionale (consultabili all'indirizzo <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/reporter/reporter-indicatori/lea>).
- Indicatori per la valutazione della performance, degli esiti e della qualità dell'assistenza.
- Strategie per la trasparenza del sistema sanitario e socio-sanitario regionale attraverso lo strumento REPORT –ER #Open data (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/reporter>), ponendo particolare attenzione all'adeguata diffusione nei siti aziendali - sezione trasparenza – del Monitoraggio dei tempi d'attesa.
- Gestione della mobilità interregionale e internazionale.

Le dimensioni per la valutazione degli obiettivi sono: **Tempestività e completezza** delle rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e SistemaTS – SDO, ASA, PS, CEDAP, AFO, FED, DIME, Hospice, ADI, Salute mentale adulti e neuropsichiatria infantile, Dipendenze patologiche, esenzioni, assistiti e scelta medico (MMG/PLS), incarichi medici prescrittori, assegnazioni ricettari.

3.2 Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Tenuto conto dell'attuale fase di riorganizzazione, di seguito si indicano gli obiettivi per i quali si richiede alle Aziende sanitarie di assicurare nel 2015 il mantenimento e rafforzamento delle azioni in essere:

- assicurare la puntuale alimentazione dell'anagrafe della ricerca per consentire di continuare a documentare l'attività di ricerca in corso nelle Aziende sanitarie e gli IRCCS del Servizio Sanitario Regionale. In particolare, le Aziende che attualmente effettuano meno di un accesso trimestrale all'applicativo devono adoperarsi per migliorare il livello di esattività nella registrazione dei dati;

- continuare a promuovere a livello aziendale l'attuazione delle linee di indirizzo regionali per la gestione del rischio infettivo relativamente alle infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici (DGR 318/2013), per le quali è previsto il monitoraggio da parte dell'ASSR e una rivalutazione a distanza di tre anni dall'entrata in vigore della delibera;
- continuare l'attività già prevista negli obiettivi 2014 della implementazione degli strumenti di Equity audit;
- proseguire le attività progettuali sviluppate nei territori in una prospettiva di empowerment individuale e di comunità.

3.3 Promozione della salute, prevenzione delle malattie

3.3.1 Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018 declina a livello regionale gli obiettivi e le strategie del Piano Della Prevenzione Nazionale 2014-2018 i programmi e le azioni che tutte le Regioni devono mettere in atto mettono in atto per raggiungere gli obiettivi concordati.

Gli obiettivi 2015 e le relative attività dovranno vedere il contributo attivo delle aziende sanitarie, che sono anche chiamate a predisporre un piano attuativo triennale (2016-2018) relativo al nuovo Piano della prevenzione entro la fine del 2015.

Di seguito si elencano gli obiettivi riguardanti le principali aree di lavoro in campo di promozione della salute e prevenzione per il 2015:

- sostenere interventi di prevenzione e promozione della salute previsti nel nuovo PRP, realizzando sinergie e integrazione tra i servizi territoriali e i servizi e presidi ospedalieri al fine di orientare i progetti verso la convergenza e il rafforzamento dei messaggi di promozione della salute, favorendo l'informazione e gli interventi di prevenzione nei processi assistenziali e la costruzione di alleanze con enti e associazioni locali e un approccio di sanità pubblica che garantisca equità;
- garantire il presidio e il monitoraggio di tutto il percorso del PRP con un organizzazione che faccia leva sull'integrazione e sul coordinamento delle diverse strutture organizzative aziendali, assicuri l'interfaccia con il livello regionale e lo sviluppo di collaborazioni e intese con gli enti locali e con le diverse forme organizzate del privato sociale;
- accrescere e favorire processi di empowerment individuale e di comunità con conseguente miglioramento degli stili di vita e del benessere delle persone, attraverso il lavoro intersettoriale, interdisciplinare e con il coinvolgimento di tutta la comunità, a partire dagli enti locali;
- Consolidare e sviluppare i sistemi informativi, i registri e le sorveglianze già esistenti per la raccolta continua e sistematica di dati, afferenti al sistema di sorveglianza integrato sugli stili di vita, per il monitoraggio dei fattori comportamentali di rischio per la salute e per la valutazione della diffusione e dell'impatto delle misure e degli

interventi di prevenzione, quale occasione reale di empowerment del sistema di salute aziendale, regionale e delle comunità.

3.3.2 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, nel corso del 2015 occorrerà perseguire i seguenti obiettivi.

- Dare attuazione a quanto previsto per il 2015 dal nuovo Piano Regionale della Prevenzione per quanto riguarda:
 - o realizzazione dell'Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Alimentare (ORSA);
 - o partecipazione al gruppo regionale per le emergenze;
 - o attuazione delle azioni previste da: progetto malattie trasmesse da vettori, piano sorveglianza sanitaria animali selvatici, piano regionale alimenti;
 - o formazione e mantenimento delle qualifiche del personale addetto al controllo ufficiale ai sensi del Reg. 882/2004;
 - o attuazione delle azioni previste per la realizzazione del progetto "Monitoraggio dei consumi di antibiotici e campagne informative per l'uso appropriato di questi farmaci in ambito umano e veterinario";
 - o attuazione delle azioni previste per promuovere il consumo di alimenti salutari.

- Dare attuazione a quanto previsto dalle linee guida regionali riguardo a:
 - o attività di supervisione, trasmesse con nota prot. 466507 del 3.12.2014;
 - o elaborazione del piano delle attività nel Servizio IAN e VET, trasmesse con nota prot. 82530 del 10.2.2015.

- Adeguamento dei sistemi informativi e informatici e in particolare: integrazione anagrafiche SIAN e SVET, attribuzione del numero/codice univoco aziendale dei verbali di campionamento del controllo ufficiale nell'ambito della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare.

- Adeguamento ai criteri definiti al Capitolo 1, colonna ACL (Autorità Competente Locale) dell'accordo Stato-Regioni di recepimento delle "Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del ministero della salute, delle regioni e province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria" del 7.2.2013, recepito con DGR 1510/2013.

- Partecipazione alla definizione del Piano Regionale Integrato 2015-2018.

- Realizzazione delle azioni finalizzate al mantenimento della qualifica di ufficialmente indenne del territorio della Regione Emilia-Romagna per quanto riguarda: tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina e leucosi bovina enzootica.

3.3.3 Vaccinazioni

Per quanto riguarda i programmi vaccinali, obiettivo è assicurare la **progressione degli**

inviti nel rispetto del calendario vaccinale in vigore, potenziando l'attività e individuando forme organizzative integrate tra servizi vaccinali e con le case della salute. In particolare, anche in vista del nuovo calendario vaccinale, occorrerà garantire i seguenti obiettivi:

- la razionalizzazione della rete vaccinale, prevedendo l'ampliamento delle fasce orarie dei centri vaccinali più grandi e la chiusura/accorpamento degli ambulatori più piccoli per garantire la medesima qualità, accoglienza e sicurezza in tutti gli ambulatori vaccinali;
- il completamento dell'autonomia professionale (dove non ancora attivo) delle assistenti sanitarie o infermiere professionali adeguatamente formate, come già previsto dalla DGR 1600/2013;
- le attività necessarie per raggiungere le fasce più deboli e a rischio della popolazione, contrastare l'obiezione alle vaccinazioni rafforzando gli interventi formativi rivolti a tutto il personale sanitario e il contributo per mantenere aggiornato il sito regionale dedicato www.perchevaccino.it.

3.3.4 Screening Oncologici

Nel 2015 occorrerà assicurare il **rispetto della progressione degli inviti e degli specifici protocolli** garantendo il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso, il rispetto degli standard di performance **con particolare attenzione ai tempi di attesa per gli approfondimenti diagnostici e gli interventi chirurgici**.

Andrà poi avviata la riconversione del programma di screening dei tumori del collo dell'utero con HPV test, avviando altresì le chiamate.

3.3.5 Promozione e prescrizione dell'attività fisica

Occorrerà rafforzare la **costruzione di reti per diffondere la pratica dell'attività fisica**, in collaborazione con enti locali, associazioni ed enti sportivi e di volontariato e palestre etiche e sicure, organizzando in ogni Azienda Usi Servizi di Medicina dello sport in grado di realizzare e sostenere i **programmi di prescrizione dell'attività fisica** (AFA e EFA) e proseguendo le attività di tali programmi come da specifica programmazione regionale.

3.3.6 Tutela della salute e della sicurezza nelle strutture sanitarie

La tutela della salute e della sicurezza nelle strutture sanitarie costituisce un elemento irrinunciabile per il buon funzionamento di un'azienda e dei servizi da essa erogati.

Gli obiettivi più rilevanti per il 2015 sono rappresentati da:

- promuovere efficaci sistemi di gestione della sicurezza e sostenere l'attuazione ed il puntuale aggiornamento delle misure individuate per garantire i livelli di tutela della salute e della sicurezza, in relazione alle trasformazioni aziendali ed alla evoluzione normativa e regolamentare;
- razionalizzare le procedure in essere relativamente alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori e alla valutazione della loro idoneità lavorativa in osservanza alle indicazioni nazionali e regionali;

- sviluppare un sistema idoneo a garantire la formazione, informazione e addestramento dei lavoratori, promuovendo forme organizzative aziendali che ne assicurino la razionalizzazione, la qualità e la tempestività;
- garantire la promozione del benessere organizzativo nelle aziende sanitarie e favorire la realizzazione di programmi di promozione della salute in azienda, integrati con i processi di gestione del rischio;
- prevenire le malattie infettive negli operatori sanitari e nei pazienti garantendo adeguate misure di prevenzione in osservanza alle raccomandazioni nazionali e regionali;
- per quanto riguarda le malattie prevenibili da vaccino (in particolare ma non esclusivamente: influenza, morbillo e varicella) è necessario promuovere la più alta copertura vaccinale possibile e comunque assicurare lo standard fissato dalle raccomandazioni nazionali e/o regionali, in particolare è necessario garantire la vaccinazione degli operatori che hanno fattori di rischio individuali e di quelli che sono addetti a reparti selezionati per il rischio paziente;
- per la tubercolosi è necessario attuare quanto previsto dalla specifica raccomandazione regionale osservando la linea procedurale prevista: valutazione del rischio e attuazione delle conseguenti misure di prevenzione. Per i nuovi assunti è raccomandato lo screening dell'infezione tubercolare latente;
- per il controllo della contaminazione degli impianti da legionella è necessario dare attuazione al programma di controllo secondo le indicazioni regionali.

3.4 Assistenza Territoriale

3.4.1 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) del 2015 ammonta a complessivi 430,6 milioni di euro, finanziati:

- per 310,6 milioni dalle risorse consolidate ricomprese nel finanziamento dei livelli di assistenza, derivanti per 217,208 milioni dalla quota "storica" del Fondo sanitario regionale per l'assistenza agli anziani ed alle persone con gravissime disabilità acquisite, per 93,392 milioni dalla quota del Fondo sanitario regionale per l'assistenza ai disabili;
- per 120 milioni dalle risorse regionali stanziare dalla Legge Regionale n. 3/2015.

Tali finanziamenti saranno integrati con le risorse derivanti dal riparto del Fondo per le non autosufficienze, definito in 400 milioni a livello nazionale dall'articolo 1, comma 159 della Legge n. 190/2014. Sulla base dell'Intesa in sede di Conferenza Unificata rep. n. 34 del 25 marzo 2015, la quota di competenza regionale ammonta a 30,966 milioni.

La programmazione 2015 del FRNA sarà approvata da questa Giunta con separato atto deliberativo.

Le Aziende UsI dovranno:

- Assicurare il **pieno esercizio della funzione di integrazione sociosanitaria** a livello aziendale, garantendo la messa a regime entro la fine del 2015 di adeguati processi

sia rispetto agli ambiti distrettuali che alle funzioni dipartimentali;

- Assicurare il **monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo del FRNA, FNA e FSR** per i servizi sociosanitari accreditati, garantendo l'omogenea e corretta applicazione del sistema di remunerazione regionale nei contratti di servizio conseguenti al completamento del processo di accreditamento definitivo;
- Monitorare le modalità di fornitura delle attività sanitarie (infermieristiche, riabilitative, farmaceutiche e protesiche) ai servizi sociosanitari accreditati ed impegno alla **rapida e piena attuazione delle nuove linee regionali** in fase di definizione in materia di omogeneizzazione delle prestazioni sanitarie nei servizi sociosanitari accreditati;
- Assicurare **l'attuazione del programma gravissime disabilità acquisite** (DGR 2068/2004) ed in particolare la collaborazione al monitoraggio ed alla riflessione sull'esperienza realizzata per le soluzioni residenziali, da concludere entro il 2015, finalizzata ad adeguare le indicazioni regionali al nuovo contesto.

3.4.2 Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari

3.4.2.1 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale

Il **Budget di salute** costituisce uno strumento a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato per l'integrazione socio-sanitaria di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi. Per consolidare le esperienze avviate con la sperimentazione del modello Budget di salute, in alternativa, o in superamento, di percorsi residenziali non appropriati, si definiscono i seguenti obiettivi :

- definire annualmente le **risorse che l'Azienda mette a disposizione del DSM-DP** per l'attivazione di Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati da realizzarsi con il Budget di salute individualizzato;
- promuovere azioni di **formazione e aggiornamento** del proprio personale, anche attraverso progetti condivisi con Enti Locali e Terzo settore;
- consolidare l'attività delle **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)** composte dall'Azienda Usl e dai Servizi sociali, nel primo accesso al percorso socio-sanitario e per i pazienti già inseriti in strutture residenziali della salute mentale (sanitarie o socio-sanitarie) da oltre 1 anno.

Indicatori:

- definizione per il 2015 delle risorse aziendali per la programmazione dei progetti personalizzati con Budget di salute, in relazione alle tipologie di progetti e al grado di intensità;

- azioni formative e di aggiornamento realizzate (almeno uno per Azienda nel 2015), con particolare rilievo alla fase di valutazione condivisa, al lavoro con la famiglia, alla definizione del progetto, realizzazione e valutazione degli esiti;
- numero di progetti attivati con Budget di salute per pazienti dimessi da strutture residenziali;
- numero di valutazioni multidimensionali (UVM) realizzate nell'anno per pazienti inseriti in strutture residenziali da oltre un anno.

3.4.2.2 Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia

La chiusura degli OPG italiani è disposta dalla legge 9/2012, e successive modificazioni, al 31.3.2015. La Regione ha predisposto un programma per raggiungere tale risultato e per garantire l'assistenza alle persone con misure di sicurezza.

Per le Ausl di Bologna, Parma e Reggio Emilia: attivare la residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) (Bologna e Parma entro il 31.3.2015, Reggio Emilia nei **tempi previsti dal cronoprogramma**).

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

Indicatori: numero di progetti terapeutico-riabilitativi individuali predisposti entro un mese dall'ammissione nella REMS/numero residenti ammessi nelle REMS (standard 100%).

3.4.2.3 Case di promozione e tutela della salute in carcere

La deliberazione della Giunta regionale 588/2014 "Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari" definisce La Casa di promozione e tutela della salute in carcere come 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.

Tra gli obiettivi previsti dalla citata deliberazione, per l'anno 2015 si richiamano in particolare:

- la redazione e sottoscrizione da parte del detenuto del Piano terapeutico individuale

Indicatore: % compilazione congiunta del PAI tra medici ed infermieri / totale PAI compilati

- il pieno utilizzo della cartella clinica informatizzata SISP

Indicatore: realizzazione di attività di formazione e audit sul corretto uso di SISP (almeno 2 audit e 2 attività formative documentate nel 2015).

3.4.3 Cure Primarie

3.4.3.1 Formazione specifica in medicina generale

Tutte le Aziende Sanitarie che collaborano con la Regione alla realizzazione dei percorsi formativi previsti dal D. Lgs. 368/99 e s.m.i. dovranno **favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici** interessati facilitando l'inserimento nelle unità operative attraverso l'individuazione di una **rete di tutor** che definiscano appropriati percorsi di apprendimento in collaborazione con i coordinatori delle attività didattiche pratiche.

Le Aziende Sanitarie sede di attività didattica teorica (AUSL di Bologna, AUSL Modena, AUSL Reggio Emilia e AUSL della Romagna) metteranno a disposizione **spazi idonei per lo svolgimento delle attività teoriche** previste dal percorso formativo.

Obiettivi:

- § Definizione di un percorso di accoglienza e accesso alle attività formative presso le singole strutture aziendali (ospedaliere e territoriali)
- § Avvio di un percorso per la definizione di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale
- § Per le sedi di attività didattica teorica, regolare svolgimento della programmazione dell'attività didattica teorica.

Nel 2015 andrà data evidenza della esistenza di percorsi formalizzati, tramite documento aziendale di sintesi sulle azioni intraprese.

3.4.3.2 Cure palliative

Le aziende, nel corso del 2015, dovranno avviare la **riorganizzazione** descritta dalla D.G.R. 560/2015 «Riorganizzazione della rete locale di cure palliative» con l'obiettivo di assicurare a coloro che usufruiscono dei servizi un accesso equo e percorsi unitari e specialistici. La attivazione di percorsi formativi per i professionisti che operano nelle strutture non dedicate alle cure palliative dovrà permettere un corretto approccio palliativo e la conoscenza dell'organizzazione della rete.

Inoltre, al fine di poter dare una lettura sempre più precisa del funzionamento delle strutture e delle reti di cure palliative e per rispondere al meglio agli adempimenti LEA, dovrà essere posta particolare attenzione alla qualità dei dati che confluiscono nei flussi informativi ADI e Hospice e agli indicatori del DM n. 43/07; in particolare:

- § Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa – Obiettivo: • 80%
- § Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale ai 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica – Obiettivo: • 20%.

3.4.3.3 Percorso nascita

Nel corso del 2015 andranno rivalutate le caratteristiche e prassi della rete assistenziale (hub & spoke, servizi ospedalieri e territoriali, area sociale) monitorando in particolare le connessioni fra i distinti nodi della rete. Entro il 31.12.2015 andranno deliberate: la individuazione del **referente provinciale del percorso nascita**, cui affidare il compito di monitorare e assicurare la manutenzione delle connessioni internodali; la istituzione, ove non presente, dei comitati nascita provinciali/aziendali/area vasta (indicatore LEA).

Andrà inoltre garantita la **trasmissione tempestiva, accurata e completa dei dati con cui i flussi informativi aziendali alimentano il sistema di monitoraggio e valutazione dei programmi e dei progetti della Commissione nascita**. Realizzando la corretta alimentazione di SICO, con invio da parte di tutte le Aziende delle prestazioni di gruppo e con invio delle prestazioni da parte di tutti i consultori presenti nell'Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

Andrà migliorato **l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto** come previsto dalla DGR 1921/07 (indicatore LEA). Dimezzando la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto sul totale delle donne che partoriscono rispetto al 2014.

Andrà assicurata - attraverso interventi gestionali e organizzativi - l'implementazione delle **attività di assistenza alla gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica**, descritte nelle DGR n. 533/08, n. 1097/11, n. 1704/12, n. 1377/13 e nella circolare n. 13/2013, arrivando almeno alla media regionale, in tutte le Aziende che sono al di sotto, relativamente all'indicatore: numero donne con gravidanza fisiologica a conduzione ostetrica assistita fino al termine dalla ostetrica/n° nati vivi + morti da madre residente.

Sono da promuovere **scelte informate sulla gravidanza ed il parto**, anche diffondendo la cartella regionale della gravidanza fisiologica e il materiale informativo allegato, attraverso iniziative di presentazione della cartella e dei protocolli aziendali di assistenza della gravidanza.

3.4.3.4 Assistenza pediatrica

Per il 2015 le aree di più rilevante interesse sono rappresentate da

Diabete in età pediatrica: garantire la trasmissione tempestiva, accurata e completa dei dati per il monitoraggio e la valutazione delle cure dei bambini/adolescenti con diabete, con copertura al 100% al 31.12.2015 del gestionale diabetici (Mystar Connect e Log 80).

Lotta all'antibioticoresistenza: distribuire ai pediatri di libera scelta i test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica (100 RAD per PLS/anno in media, da modulare sulla base del numero di assistiti per pls) coprendo nel 2015 almeno il 10% degli assistiti; promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite, vincolando il 98% dell'incentivo al raggiungimento dello standard minimo di compilazione (•50 cartelle anno/pls)

Allattamento: garantire l'invio, da parte dei centri che effettuano le vaccinazioni dell'infanzia, dei dati contenuti nell'anagrafe vaccinale che, per il periodo da marzo a giugno, includono i dati sull'alimentazione del lattante e la copertura per il 98%

dell'anagrafe vaccinale regionale con le 4 domande sull'alimentazione infantile al 31.12.2015.

3.4.3.5 Contrasto alla violenza

Contribuire alla ridefinizione della rete sulla base delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti (adottate con DGR n. 1677/2013) e verificare l'utilizzo e la valutazione dei protocolli integrati di accoglienza e assistenza ai bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso. Accompagnare l'implementazione delle linee d'indirizzo con un **programma formativo** specifico concordato con i referenti del percorso individuati dalle CTSS che preveda anche la presentazione dei 2 quaderni del professionista su fratture e abuso e sulla valutazione clinica e medico-legale e rendicontando il numero di eventi formativi realizzati e relativo numero partecipanti.

Andranno revisionati i protocolli in tutti i distretti e presidi ospedalieri, in relazione alle linee di indirizzo regionali, predisponendo documenti di revisione o relazioni da parte dei referenti del percorso maltrattamento e abuso individuati dalle CTSS.

3.4.3.6 Promozione della salute in adolescenza

Prosecuzione degli interventi di promozione alla salute e alla sessualità rivolti agli adolescenti nelle scuole, promozione di programmi di intervento integrati con gli altri dipartimenti aziendali che effettuano programmi di prevenzione nelle scuole (Salute mentale - dipendenze patologiche e sanità pubblica). E' necessario garantire un incremento del numero di ragazzi coinvolti sulla popolazione target al 31.12.2015.

3.4.3.7 Procreazione Medicalmente Assistita

Nel 2015 andrà garantita la applicazione delle DD.GG.RR. n. 927/2013 e n. 1487/2014 e la partecipazione ai lavori regionali di implementazione della direttiva. Particolare attenzione andrà posta alla **riduzione del 20% delle liste d'attesa** per l'accesso alle procedure di PMA. Occorrerà definire a livello provinciale o di area vasta la rete assistenziale integrata della PMA, predisponendo protocolli assistenziali integrati per le coppie infertili e materiale informativo sull'accesso ai servizi, compresa la donazione dei gameti. Su tale aspetto andrà avviata una attività di promozione, coordinando gli interventi aziendali con le campagne regionali .

3.4.3.8 Salute riproduttiva

Nel 2015 gli interventi volti a ridurre le diseguglianze d'accesso alla contraccezione, in particolare nella popolazione più a rischio, andranno rafforzati, mettendo in atto le azioni sperimentate con successo nel progetto CCM di prevenzione delle IVG nelle donne straniere, con l'obiettivo di ridurre tali eventi rispetto al 2014. Analogamente il numero di gravidanze totali sulla popolazione femminile con età < 18 anni andrà ridotto rispetto al 2014.

3.4.3.9 Valutazione e qualità delle cure primarie

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

Di seguito gli obiettivi per ciascuna Azienda USL:

§ **Profili di NCP**

I profili dei NCP rappresentano uno strumento che deve progressivamente diventare, in tutte le Aziende, non solo modalità comune e condivisa di confronto e crescita professionale, ma anche strumento per supportare la gestione delle patologie croniche
Indicatore di esito: organizzazione di almeno un incontro di presentazione di Reporter – Profili di NCP ai coordinatori di NCP

§ **Profili dei Pediatri di libera scelta**

Le Aziende devono impegnarsi a garantire la massima diffusione dei dati a tutti i pediatri, sostenendoli nella organizzazione di eventi formativi e nello sviluppo di progetti di miglioramento che scaturiscano dalla lettura dei dati.
Indicatore di esito: organizzazione di almeno un incontro di presentazione dei profili a tutti i pediatri di libera scelta dell'Azienda

§ **Osservatorio Cure Primarie**

L' Osservatorio Regionale sulle Cure Primarie, giunto oramai al quinto anno di attività, consente di raccogliere in maniera sistematica informazioni sulle scelte organizzative che le Aziende hanno compiuto relativamente all'assetto delle cure territoriali e disporre di un set informativo relativo ad ogni aspetto del sistema delle Cure.
Indicatore di esito: partecipazione di tutte le Aziende alla fase di raccolta e trasmissione dei dati.

3.5 Assistenza Ospedaliera

3.5.1 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

Poiché il processo della donazione degli organi, dei tessuti e delle cellule è ritenuto di primaria importanza per i risvolti clinici, etici e sociali che tale attività ingenera ed è base imprescindibile per il mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica, nell'ottica di dare un nuovo impulso alla donazione degli organi e dei tessuti, si è ritenuto, nell'ambito del riordino ospedaliero, di porre per tutti i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dell'Emilia - Romagna i seguenti obiettivi per l'anno 2015:

§ **creazione di un "Ufficio Locale di Coordinamento"** composto dal medico Coordinatore Locale alle donazioni e almeno una o più figure infermieristiche, che abbiano tutti ottenuto il diploma / attestato TPM (Transplant Procurement Management) in funzione della tipologia di ospedale (es ospedali monospecialistici e/o con pl 300 potranno avere tale funzione integrata su due o più ospedali). I

professionisti che costituiscono tale "team procurement", in relazione alle potenzialità donative dell'ospedale (numero decessi con lesione encefalica acuta intra ed extra Terapia Intensiva, presenza o meno di neurochirurgia), Il tempo lavoro di tali professionisti dovrà essere quantificato così da poter svolgere l'attività di procurement organi o tessuti;

- § creazione e applicazione operativa di un percorso aziendale **d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi** al fine di valutarne la migliore scelta terapeutica possibile, il decorso clinico, ma anche la possibile evoluzione verso la morte encefalica con conseguente accesso rapido e preferenziale al reparto di Terapia Intensiva per un'eventuale successivo avvio del processo di donazione degli organi e dei tessuti;
- § sviluppo e applicazione di **percorsi aziendali** finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni di **cornee** pari ad almeno il 15% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna – Allegato 1);
- § sviluppo e applicazione di **percorsi aziendali** finalizzati al raggiungimento di un numero di **donazioni multitessuto** (dopo osservazione di morte cardiaca) pari ad almeno il 2% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 15 e i 78 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia – Romagna – Allegato 2). Si precisa che il procurement del Donatore multitessuto può avvenire con modalità sia intra che extra ospedaliera.

3.5.2 Sicurezza delle cure

Nell'ambito dei complessivi interventi di promozione della sicurezza delle cure occorrerà applicare a livello delle singole aziende le raccomandazioni per la sicurezza delle cure, aderendo al monitoraggio regionale specifico.

Andrà garantita l'applicazione delle indicazioni regionali in merito alla predisposizione di un **piano per la prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie** (nota del Servizio Presidi Ospedalieri PG/2014/0466526 del 3\12\2014); la tempestiva segnalazione degli eventi sentinella, in accordo al Protocollo del Ministero della Salute, comprese le fasi di elaborazione, applicazione e documentazione delle relative azioni di miglioramento; l'utilizzo dello strumento della **checklist di Sala Operatoria** in tutte le Sale Operatorie e in tutte le unità operative che effettuano attività chirurgica assume carattere obbligatorio. Occorrerà assicurare una corretta e tempestiva gestione dei sinistri, aderendo alle fasi di sviluppo previste dal programma regionale e procedendo ad una **armonizzazione delle funzioni di rischio clinico e gestione dei sinistri**, ed applicare le indicazioni regionali sulla gestione dei sinistri (apertura del sinistro, istruttoria, definizione, risarcimento) per garantire livelli adeguati di performance del processo che comprende anche le fasi di competenza del Nucleo Regionale di Valutazione per le Aziende che gestiscono direttamente i sinistri. **Le Aziende sanitarie dovranno garantire inderogabilmente la tempestiva alimentazione del sistema informativo regionale contenzioso legale.**