

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Emilia-Romagna

BOLLETTINO UFFICIALE

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

Parte seconda - N. 183

Anno 48

11 agosto 2017

N. 237

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 GIUGNO 2017, N. 830

Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 GIUGNO 2017, N. 830

Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- La legge 11 dicembre 2016, n.232 (Legge di bilancio 2017) che all'articolo 1, comma 392, indica il fabbisogno sanitario standard per il servizio sanitario nazionale per l'anno 2017 in 113.000 milioni di euro, per l'anno 2018 in 114.000 milioni di euro e per l'anno 2019 in 115.000 milioni di euro;

- Il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502";

- L'intesa raggiunta in Conferenza Stato-Regioni sul Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (repertorio CSR/10 del 19 gennaio 2017)

- DPCM del 27 febbraio 2017 (pubblicato in GU il 30.03.17) con il quale sono stati definiti gli oneri posti a carico del bilancio dello Stato per la contrattazione collettiva relativa agli anni 2016-2017-2018

Visti altresì:

- l'articolo 1, comma 796, lettera g) della Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) e successive disposizioni di proroga, e l'articolo 11, comma 6 del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122, che prevedono il versamento a favore delle Regioni del pay-back a carico delle aziende farmaceutiche;

- il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, che, tra l'altro, all'articolo 15 definisce l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica di cui all'articolo 5 del Decreto Legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e successive modificazioni, e definisce le modalità per l'assegnazione da parte delle aziende farmaceutiche alle Regioni delle somme dovute a titolo di ripiano dello sfondamento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera;

- il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale in data 4 giugno 2015;

- la Legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";

- la legge 7 agosto 2016, n.160 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 giugno 2016, n.113, recante misure finanziarie urgenti per gli enti territoriali e il territorio, e in particolare gli articoli 20 "tempestività nei pagamenti" e 21 "misure di governo della spesa farmaceutica e di efficientamento dell'azione dell'Agenzia italiana del farmaco";

- il decreto-legge 24 aprile 2017, n.50 "Disposizioni urgenti in materia finanziaria, iniziative a favore degli enti territoriali, ulteriori interventi per le zone colpite da eventi sismici e misure per lo sviluppo";

- la legge 8 marzo 2017 n.24 "Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia

di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";

Richiamati inoltre:

- il Decreto Legislativo n. 68 del 6 maggio 2011 recante "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", il cui Capo IV disciplina la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario;

- il Decreto legislativo n. 118 del 23 giugno 2011 e successive modifiche ed integrazioni, recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", e, in particolare, l'articolo 25 che prevede che i Bilanci preventivi economici annuali degli Enti del Servizio Sanitario siano predisposti in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e siano corredati, tra l'altro, dal Piano triennale degli investimenti;

Preso atto che:

- la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella riunione del 23 febbraio 2017 ha definito l'Accordo politico per la ripartizione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2017, che ha trasmesso ai Ministri competenti (Salute ed Economia e finanze)

- all'Accordo non ha ancora fatto seguito alcuna proposta da parte del Ministero della salute di suddivisione tra le regioni del fabbisogno sanitario standard per il 2017;

Valutata comunque l'inderogabilità di completare la programmazione sanitaria regionale per l'anno 2017, pur in assenza di un quadro nazionale definito, fornendo alle Direzioni aziendali le indicazioni ed i riferimenti necessari per formalizzare gli strumenti aziendali di programmazione e per attuare le politiche regionali, assicurando un efficace governo delle risorse disponibili;

Ritenuto pertanto di prendere a riferimento, per la definizione del quadro complessivo delle risorse su cui impostare la programmazione regionale 2017, il sopra citato Accordo politico raggiunto in sede di Conferenza delle Regioni e Province Autonome in data 23 febbraio 2017, che ha definito per la Regione Emilia-Romagna una disponibilità complessiva di 7.921,337 milioni di euro (8.093,292 al netto di 171,955 milioni stimati di entrate proprie) così articolata:

- 7.898,944 milioni di euro quale fabbisogno standard, a finanziamento dei livelli essenziali di assistenza

- 1 milione di quota premiale

- 21,393 milioni quale quota parte delle risorse destinate a copertura nuovi piani vaccinali, piano stabilizzazioni e assunzioni, quota premiale aggiuntiva.

cui si aggiungono:

- 76,663 milioni di euro quale stima per il finanziamento vincolato alla realizzazione degli obiettivi prioritari di livello nazionale (stesso importo del 2016)

- 36 milioni di euro quale stima della quota di competenza regionale del Fondo farmaci innovativi

- 36 milioni di euro quale stima della quota di competenza regionale del Fondo farmaci oncologici

- 20 milioni per pay-back farmaceutico

cui occorre sottrarre, quale riduzione di finanziamento da

operarsi sul riparto delle risorse 2017 legato all'Accordo dei presidenti del 29 settembre 2016 in tema di mobilità 3,212 milioni di euro.

Valutato pertanto di quantificare le risorse complessivamente a disposizione del SSR per il 2017 in misura pari ad € 8.086.788.000;

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

- sono stati formulati sulla base del Programma di mandato di questa Giunta Regionale per la decima legislatura, che contiene le fondamentali linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale;

- sono distinti, coerentemente con la normativa statale vigente, in obiettivi di salute ed assistenziali ed in obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi;

- costituiscono indicazioni di carattere strategico che verranno riprese ed ampliate dalla programmazione annuale delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, che ne fissa i contenuti di dettaglio;

- le misure e le modalità di attuazione sono verificati da questa Giunta regionale, nella consapevolezza che il mancato conseguimento di alcuni obiettivi prioritari comporta la risoluzione del rapporto contrattuale del Direttore Generale;

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

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

- nella predisposizione degli strumenti di programmazione aziendale dell'anno 2017 coerenti con i documenti "Finanziamento del Servizio Sanitario regionale e delle Aziende per l'anno 2017" e "Il quadro degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2017", rispettivamente Allegato A e Allegato B parti integranti della presente deliberazione, che rappresentano il quadro degli obiettivi cui sono impegnate le Direzioni aziendali nell'anno 2017, rispetto ai quali saranno operate le valutazioni e assunti i conseguenti provvedimenti a livello regionale;

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

Accertato che il pareggio del bilancio 2017 costituisce la condizione per garantire l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza, il consolidamento dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, un governo flessibile del personale, l'impiego di risorse correnti in conto esercizio a finanziamento degli investimenti;

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

del Servizio sanitario regionale" e specificando che l'istruttoria del processo di valutazione rimane in carico alla competente Direzione Generale;

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

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

- che la verifica del conseguimento, da parte dei Direttori Generali, degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario ed è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;

Richiamato l'articolo 1, commi da 385 a 412 della legge 11 dicembre 2016, n.232 (Legge di bilancio 2017) che ha inserito vincoli/destinazioni specifiche a valere sul fabbisogno sanitario standard e introdotto alcune revisioni della normativa in essere, con diretta incidenza sul finanziamento; nello specifico:

- Revisione tetti farmaceutica: a decorrere dal 2017 il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera denominato tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, è rideterminato nella misura del 6,89% (attualmente pari al 3,5%). Il tetto della spesa farmaceutica territoriale denominato tetto della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nella misura del 7,96% (attualmente pari all'11,35%). Il tetto della spesa farmaceutica complessivo resta invariato, ovvero pari al 14,85%.

- Fondo farmaci innovativi: vengono previsti 500 mln annui a decorrere dal 2017.

- Fondo farmaci oncologici innovativi: vengono previsti 500 mln a decorrere dal 2017. Con determina del direttore generale di AIFA, da adottarsi entro il 31 marzo 2017, sono stabiliti i criteri che definiscono l'innovatività dei farmaci.

- Le somme dei Fondi per l'acquisto, rispettivamente, dei medicinali innovativi e dei medicinali oncologici innovativi, sono versate in favore delle Regioni in proporzione alla spesa sostenuta dalle Regioni medesime per l'acquisto di tali medicinali, secondo le modalità individuate con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni. La spesa dei farmaci innovativi ed innovativi oncologici concorre al tetto per l'ammontare eccedente la somma dei due fondi.

- Nuovo Piano Nazionale Vaccini: a decorrere dal 2017, nell'ambito del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è prevista una specifica finalizzazione per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini (NPNV) di cui all'Intesa del 7 settembre 2016 sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Le risorse sono pari a 100 milioni di euro per il 2017, 127 milioni per il 2018 e 186 milioni a decorrere dal 2019,

- Fondo assunzioni e stabilizzazioni: a decorrere dal 2017, nell'ambito del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è prevista una specifica finalizzazione per il concorso al rimborso

alle Regioni per gli oneri derivanti dal processo di assunzione e di stabilizzazione del personale del Ssn da espletare ai sensi delle disposizioni del primo e secondo periodo dell'art. 1, comma 543, della stabilità 2016. Le risorse sono pari a 75 milioni di euro per il 2017 e a 150 milioni di euro a decorrere dal 2018.

- Quota premiale, pari allo 0,1% del finanziamento complessivo, destinata a finanziare programmi di riqualificazione.

- Rinnovi contratti personale dipendente e convenzionato del SSN: Le risorse per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del SSN verranno da una quota vincolata a carico del Fondo sanitario nazionale.

- Partecipazione delle Regioni a Statuto Speciale agli obiettivi di finanza pubblica: la legge di bilancio stabilisce che, se entro il 31 gennaio 2017 le RSS non sottoscrivono specifico accordo con lo Stato, scatta il recupero delle somme stabilite a valere sul FSN. Gli accordi non sono stati sottoscritti; pertanto si riduce il fondo sanitario di 422 milioni di euro.

Viste le proprie deliberazioni:

- n. 1056 "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie" del 27 luglio 2015;

- n. 2040 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal D.M. salute 70/2015" del 10 dicembre 2015;

- n. 273 "Approvazione sistema di remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati provvisoriamente e/o definitivamente" del 29 febbraio 2016;

- n. 2128 "Case della salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina di iniziativa" del 5 dicembre 2016;

- n. 272 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella regione Emilia-Romagna" del 13 marzo 2017;

- n. 365 "I° provvedimento attuativo nell'ambito dell'assistenza territoriale del dpcm 12 gennaio 2017 recante "definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" del 27 marzo 2017;

- n. 27 "Approvazione del Piano regionale di prevenzione vaccinale 2017" del 5 aprile 2017;

Richiamata la Legge Regionale 7 novembre 2012, n. 13 "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario Regionale" e ss.mm., nonché il Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie;

Considerato che per le Aziende ammesse alla fase sperimentale (dal 2017 tutte le aziende) è necessario disporre di un accantonamento al Fondo risarcimento danni da responsabilità civile di cui all'art. 48 della citata L.R. n. 28/2013, per far fronte ai sinistri oltre la soglia di 250.000;

Ritenuto, alla luce di quanto sopra rappresentato, che la programmazione sanitaria regionale dell'anno 2017 possa essere impostata sulla base di un volume complessivo di risorse pari a 8.086,788 milioni di euro e che si proceda, in questa sede, al riparto delle risorse disponibili tra le diverse linee di finanziamento;

Considerato che per definire il complessivo livello delle risorse a disposizione del Servizio sanitario regionale per il 2017 è necessario tenere anche conto di:

- 333 milioni quale acconto per la remunerazione delle prestazioni rese in regime di mobilità interregionale, nonché della

regolazione della mobilità internazionale;

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

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

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

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

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

Atteso che qualora le risorse considerate ai fini della programmazione e del finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017 si discostassero dalle risorse effettivamente disponibili, questa Giunta provvederà, con successivo atto deliberativo, a rivedere la programmazione ed a rideterminare il finanziamento delle Aziende sanitarie regionali;

Dato atto che, alla luce del livello effettivo delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale per il 2017, questa Giunta si riserva di definire eventuali ulteriori politiche di sistema e/o ulteriori manovre di razionalizzazione e di contenimento della spesa sanitaria regionale, necessarie per garantire l'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale;

Visto il parere espresso dalla Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche sociali nella seduta del 6 giugno 2017, ai sensi dell'articolo 6, comma 2 della richiamata Legge Regionale n. 29/2004;

Visti:

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

- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche ed integrazioni;

- la L.R. 30 luglio 2015, n. 13 recante "Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su Città Metropolitana di Bologna, Province, comuni e loro Unioni", che all'art. 16, comma 1, prevede che l'A.R.P.A.E dell'Emilia-Romagna sia ridenominata "Agenzia Regionale per la Prevenzione, l'Ambiente e l'Energia";

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 628 del 29/5/2015 recante "Riorganizzazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali";

- n. 2189 del 21/12/2015 ad oggetto "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della macchina amministrativa regionale";

- n. 270 del 29/2/2016 "Attuazione prima fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";

- n. 2344 del 21/12/2016 "Completamento della riorganizzazione della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare";

- n. 89 del 30 gennaio 2017 "Approvazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019";

- n.486 del 10 aprile 2017 "Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013. attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019";

- n.468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna";

- n. 2416 del 29 dicembre 2008 recante "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali fra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modifiche, per quanto applicabile;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

delibera:

1, di determinare il volume complessivo di risorse a finanziamento della spesa corrente del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017, per le considerazioni in premessa esposte e qui richiamate, in 8.086,788 milioni di euro;

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

- 7.451,287 milioni di euro vengono destinati al finanziamento dei Livelli di assistenza; il riparto tra le Aziende sanitarie avviene: a quota capitaria, per funzioni e progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento; nella cifra di cui sopra sono ricompresi 320 milioni di euro che costituiscono la quota a finanziamento del FRNA a carico del FSR; sono inoltre compresi euro 51.432.350,00 a finanziamento dell'ARPAE (Agenzia per la Prevenzione, l'Ambiente e l'Energia dell'Emilia-Romagna);

- 67,392 milioni di euro finanziano l'integrazione alla quota capitaria delle Aziende Usl e garantiscono il sostegno ai piani di riorganizzazione ed all'equilibrio economico-finanziario aziendale;

- 63,950 milioni di euro sono riservati al finanziamento del Sistema integrato Servizio Sanitario Regionale - Università;

- 145,475 milioni di euro finanziano la qualificazione dell'assistenza ospedaliera delle Aziende Ospedaliere e IRCCS, e garantiscono il sostegno ai piani di riorganizzazione ed all'equilibrio economico-finanziario aziendale;

- 31,654 milioni di euro sono destinati al finanziamento delle strutture e delle funzioni regionali e dell'innovazione;

- 91,250 milioni di euro sono destinati ad una pluralità di interventi, tra i quali il sostegno dell'attività di ricerca degli IRCCS regionali, il finanziamento dei costi per i fattori della coagulazione del sangue per il trattamento di pazienti emofilici, il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2017 relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009;

- 235,779 milioni di euro comprendono:

- 50,000 milioni di euro costituiscono il Fondo risarcimento danni da responsabilità civile per far fronte ai risarcimenti assicurativi di seconda fascia (sinistri oltre la soglia di 250.000 euro) per le Aziende partecipanti al "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie" e per riconoscere alle Aziende non partecipanti per tutto il 2017 al Programma sopra citato la copertura dei costi 2017 della polizza di assicurazione(IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli);

- 36,000 milioni di euro che costituiscono il Fondo regionale a finanziamento dei costi per l'acquisizione dei medicinali innovativi HCV; tali finanziamenti costituiscono budget di programmazione per le aziende sanitarie e vengono ripartiti alle aziende sanitarie in relazione ai trattamenti attesi per l'esercizio;

- 45,740 milioni di euro che costituiscono il Fondo regionale a finanziamento dei costi per l'acquisizione dei farmaci oncologici innovativi; tali finanziamenti costituiscono budget di programmazione per le aziende sanitarie e vengono ripartiti alle aziende sanitarie in relazione ai consumi attesi per l'esercizio;

- 6 milioni di euro sono accantonati a fronte dei programmi regionali di acquisizione di tecnologie;

- 25 milioni di euro sono accantonati per far fronte ai differenziali di mobilità inter-regionale per il triennio 2014-2016;

- 10 milioni di euro sono riservati a finanziare programmi di interventi cui negli anni passati erano riservate quote di fondo sanitario nazionale a destinazione vincolata, ora confluite nel riparto del fabbisogno sanitario standard;

- 63,039 milioni di euro restano accantonati a garanzia del finanziamento degli oneri contrattuali del personale dipendente e convenzionato e a garanzia del complessivo equilibrio regionale

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

3. di definire in questa sede un primo provvedimento di riparto delle risorse a favore delle Aziende ed Enti del SSR, con le modalità e secondo gli importi definiti nel documento Allegato A "Finanziamento del Servizio Sanitario regionale e delle Aziende per l'anno 2017" parte integrante della presente deliberazione, Tabelle A1- A2 - A3 - A4;

4. di disporre che i documenti "Finanziamento del Servizio Sanitario regionale e delle Aziende per l'anno 2017" e "Il quadro degli obiettivi della programmazione sanitaria

regionale 2017", rispettivamente Allegato A e Allegato B, parti integranti della presente deliberazione, rappresentano il quadro degli obiettivi cui sono impegnate le Direzioni aziendali nell'anno 2017, rispetto ai quali saranno operate le valutazioni e assunti i conseguenti provvedimenti a livello regionale; a tali obiettivi è correlata la corresponsione dei compensi aggiuntivi di cui all'articolo 1, comma 5, al DPCM 15 luglio 1995, n. 502, previsti dai contratti stipulati con i singoli Direttori Generali delle Aziende sanitarie e dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli;

5. di vincolare in questa sede una quota pari al 30% dei compensi aggiuntivi al governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali, una quota pari al 20% al governo delle liste di attesa dei ricoveri chirurgici programmati di cui alla DGR 272/2017 ed una quota pari al 50% ai restanti obiettivi, demandando alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare gli elementi di dettaglio e le specifiche per singole Aziende, nonché la determinazione dei criteri e delle modalità operative con le quali verrà effettuata la valutazione dei Direttori Generali, alla luce delle disposizioni contenute nella propria deliberazione n. 705/2015 di ampliamento delle funzioni attribuite all'Organismo Indipendente di Valutazione per il SSR;

6. di dare atto che il rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato costituisce obiettivo prioritario ai fini

dell'accesso al sistema premiante e che il mancato conseguimento del pareggio di bilancio comporta la risoluzione del rapporto contrattuale del Direttore Generale;

7. di stabilire che le Direzioni delle Aziende sanitarie regionali predispongano il Bilancio preventivo economico dell'anno 2017, integrato dal Piano degli investimenti 2017-2019, secondo quanto previsto dall'articolo 25 del D.Lgs. n. 118/2011 e nel rispetto delle linee di indirizzo definite nei documenti richiamati al precedente punto 5;

8. di definire che la verifica dell'andamento della gestione aziendale, rispetto all'obiettivo economico finanziario assegnato, debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo le verifiche straordinarie che saranno definite dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare; ove necessario, le Aziende sanitarie dovranno predisporre azioni di rientro, da realizzarsi, entro la chiusura dell'esercizio;

9. di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi alle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;

10. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione.

TABELLA 1

(valori/1000)

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE		Programmazione 2017	
RISORSE DISPONIBILI		8.086.788	
1 FINANZIAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA		7.451.287	
<i>di cui</i>			7.047.000
Risorse ripartite a quota capitaria			51.432
ARPAE			38.000
Piano attuativo Salute mentale e Superamento ex OO.PP.			226.608
FRNA quota "storica" aggiornata ex DGR 273/2016			
Progetti e funzioni sovra-aziendali - specificità aziendali:		88.247	
	<i>Emergenza 118</i>		36.000
	<i>Progetto sangue ed emoderivati</i>		8.850
	<i>Trapianti e medicina rigenerativa</i>		10.200
	<i>Altre funzioni sovra-aziendali</i>		33.197
2 AZIENDE USL - integrazione alla quota capitaria		67.392	67.392
3 FINANZIAMENTO SISTEMA INTEGRATO SSR - UNIVERSITA'		63.950	
Integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica Aosp/Univ. e IOR			47.250
Integrazione per progetti di ricerca (Programma Regione/Università)			-
Corsi universitari delle professioni sanitarie			16.700
4 AZIENDE OSPEDALIERE - QUALIFICAZIONE E INTEGRAZIONE FIN.		145.475	
Qualificazione attività di eccellenza Aosp e IOR, funzioni e quote aggiuntive			85.045
Aziende Ospedaliere - integrazione			55.636
IRCCS IOR e IRST - Integrazione alla produzione			4.794
5 FINANZIAMENTO STRUTTURE e FUNZIONI REGIONALI, INNOVAZIONE		31.654	
Agenzia sanitaria e sociale regionale			2.854
Obiettivi e progetti per l'innovazione...			9.800
Altro (sistemi informativi, materiali di consumo, ICT....)			17.000
GRU e GAAC			2.000
6 ALTRO		91.250	
(Interventi umanitari, Area dipendenze e integraz. Sanità penit.			10.000
Ricerca IRCCS + PRIER			5.250
Fattori della coagulazione del sangue			30.000
Finanziamento ammortamenti non sterilizzati ante 2009			46.000
7 ALTRI FONDI		235.779	
Fondo regionale Gestione sinistri (ridet. accant. da 41,10101 ml. a 25 ml.)			50.000
Fondo Farmaci innovativi			
Fondo farmaci HCV			36.000
Fondo farmaci oncologici innovativi			45.740
Fondo a sostegno piani investimento			6.000
Impatto Mobilità passiva extra RER 2014-2015-2016			25.000
Interventi da vincolata (AIDS....)			10.000
Altro (rinnovi contrattuali- quota premiale aggiuntiva -fondo assunzioni)			63.039

Allegato A

Finanziamento del Servizio sanitario regionale e delle aziende per l'anno 2017

Indicazioni per la Programmazione annuale delle Aziende Sanitarie

I. Il quadro finanziario nazionale e la Legge di bilancio 2017

L'articolo 1, comma 392 della Legge di bilancio 2017 (legge 11 dicembre 2016, n.232) indica il fabbisogno sanitario standard per il servizio sanitario nazionale: per l'anno 2017 è stabilito in 113.000 milioni di euro, per l'anno 2018 in 114.000 milioni di euro, per l'anno 2019 in 115.000 milioni di euro.

Sono stati inseriti una serie di vincoli/destinazioni, a valere sull'incremento di fondi e introdotte alcune revisioni della normativa in essere, con diretta incidenza sul finanziamento. Il quadro sottostante ne riporta la sintesi.

valori in milioni di euro	anno 2016	anno 2017	anno 2018	anno 2019
risorse complessive	111.000	113.000	114.000	115.000
finalizzazione di 1 miliardo:				
-F.do farmaci innovativi		325	223	164
-F.do medicinali oncologici innovativi		500	500	500
-Vaccini (NPNV)		100	127	186
-Assunzioni e stabilizzazioni personale (piano fabbisogni)		75	150	150
quota premiale 0,1% (sperimentale per il 2017)		113		
vincolo (cifra non definita) per rinnovo contratto		400		
contributo Regioni SS per vincoli finanza pubblica		422		

Di seguito le principali indicazioni della Legge di bilancio 2017 che hanno impatto sul finanziamento.

- **Revisione tetti farmaceutica:** A decorrere dal 2017 il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera denominato **tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti** calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, è rideterminato nella misura del **6,89% (attualmente pari al 3,5%)**. Il tetto della spesa farmaceutica territoriale denominato **tetto della spesa farmaceutica convenzionata** è rideterminato nella misura del **7,96% (attualmente pari all'11,35%)**. Il tetto della spesa farmaceutica complessivo resta invariato, ovvero pari al 14,85%.
- **Fondo farmaci innovativi: 500 mln annui.** Anno 2017: 325 dal finanziamento complessivo e 175 dagli obiettivi di Piano. Anno 2018: 223 dal finanziamento e 277 dagli obiettivi di Piano; 164 dal finanziamento e 336 dagli obiettivi di Piano a decorrere dal 2019.
- **Fondo farmaci oncologici innovativi: 500 mln a decorrere dal 2017.** Con determina del direttore generale di AIFA, da adottarsi entro il 31 marzo 2017, sono stabiliti i criteri che definiscono l'innovatività dei farmaci.

Le somme dei Fondi per l'acquisto, rispettivamente, dei medicinali innovativi e dei medicinali oncologici innovativi, sono versate in favore delle Regioni in proporzione alla spesa sostenuta dalle Regioni medesime per l'acquisto di tali medicinali, secondo le modalità individuate con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

La spesa dei farmaci innovativi ed innovativi oncologici concorre al tetto per l'ammontare eccedente la somma dei due fondi.

- **Nuovo Piano Nazionale Vaccini:** A decorrere dal 2017, nell'ambito del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è prevista una specifica finalizzazione per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini (NPNV) di cui all'Intesa del 7 settembre 2016 sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Le risorse, pari a **100 milioni di euro per il 2017, 127 milioni per il 2018 e 186 milioni a decorrere dal 2019**, sono ripartite fra le regioni sulla base dei criteri individuati con Intesa da sancire in Conferenza Stato-Regioni entro il 31 gennaio 2017.
- **Fondo assunzioni e stabilizzazioni:** A decorrere dal 2017, nell'ambito del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è prevista una specifica finalizzazione per il concorso al rimborso alle Regioni per gli oneri derivanti dal processo di assunzione e di stabilizzazione del personale del Ssn da espletare ai sensi delle disposizioni del primo e secondo periodo dell'art. 1, comma 543, della stabilità 2016. Le risorse, pari a **75 milioni di euro per il 2017 e a 150 milioni di euro a decorrere dal 2018**, sono ripartite a favore delle regioni sulla base dei criteri individuati con Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni entro il 31 gennaio 2017.
- **Quota premiale**, pari allo 0,1% del finanziamento complessivo, destinata a finanziare programmi di riqualificazione: Ogni Regione, entro 2 mesi dall'approvazione della legge di bilancio 2017, può presentare al Comitato LEA un programma di miglioramento e riqualificazione di determinate aree di durata annuale. Con Accordo Stato – Regioni entro il 31.01.2017 sono definite le modalità di riparto dell'incremento della quota premiale.
- **Rinnovi contratti personale dipendente e convenzionato del SSN:** Le risorse per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del SSN verranno da una quota vincolata a carico del Fondo sanitario nazionale.

Con DPCM del 27 febbraio 2017 (pubblicato in GU il 30.03.17) sono stati definiti gli oneri posti a carico del bilancio dello Stato per la contrattazione collettiva relativa agli anni 2016-2017-2018 corrispondenti, rispettivamente, allo 0,36%, al 1,09% e all'1,45% del monte salari utile ai fini contrattuali determinato sulla base dei dati del conto annuale 2015 di cui all'art. 60 del dlgs 165/01, costituito dalle voci retributive a titolo di trattamento economico principale e accessorio al netto della spesa per l'indennità di vacanza contrattuale nei valori vigenti a decorrere dall'anno 2010, maggiorato degli oneri contributivi ai fini previdenziali e dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP). Tali percentuali si applicano anche agli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

- **Partecipazione delle Regioni a Statuto Speciale agli obiettivi di finanza pubblica:** la legge di bilancio stabilisce che, se entro il 31 gennaio 2017 le RSS non sottoscrivono specifico accordo con lo Stato, scatta il recupero delle somme stabilite a valere sul FSN. Gli accordi non sono stati sottoscritti; pertanto si riduce il fondo sanitario di 422 milioni di euro.
- **Incertezza sugli esiti del confronto sul pay back**, sia sul pregresso che a decorrere dal 2017.

II. Le risorse a disposizione del SSR

In data 23 febbraio la Conferenza delle Regioni ha raggiunto al proprio interno Accordo per la suddivisione delle risorse corrispondenti al fabbisogno sanitario standard (la cosiddetta quota indistinta) e alla quota premiale.

Per il riparto del fabbisogno sanitario standard sono state incluse anche le risorse stimate per sostenere gli oneri per il rinnovo del personale dipendente e convenzionato (stimate in 400 milioni di euro). Sono state

ripartite – a indice d’accesso del fabbisogno standard - anche le risorse quantificate in legge di bilancio per Nuovo piano vaccini, Stabilizzazioni e assunzioni e Quota premiale aggiuntiva 0,1% (per complessivi 288 milioni di euro).

La cosiddetta quota premiale è stata quantificata in 282.5 milioni di euro, ripartita tra le regioni sulla base di criteri individuati in seno alla Conferenza delle Regioni.

Per arrivare al riparto definitivo, da sancirsi in sede di Conferenza Stato-Regioni, sono però necessari alcuni adeguamenti normativi.

In questa sede, per avviare la programmazione e formulare il finanziamento alle Aziende e i Preventivi economici aziendali, si prendono a riferimento le risorse definite in sede di Accordo della Conferenza delle regioni del 23 febbraio 2017.

Per la Regione Emilia Romagna il riparto ha definito una disponibilità complessiva di 7.921,337 milioni di euro (8.093,292 al netto di 171,955 milioni stimati di entrate proprie) così articolata:

- 7.898,944 milioni di euro quale fabbisogno standard, a finanziamento dei livelli essenziali di assistenza
- 1 milione di quota premiale
- 21,393 milioni quale quota parte delle risorse destinate a copertura nuovi piani vaccinali, piano stabilizzazioni e assunzioni, quota premiale aggiuntiva.

A questa si aggiungono:

- 76,663 milioni di euro quale stima per il finanziamento vincolato alla realizzazione degli obiettivi prioritari di livello nazionale (stesso importo del 2016)
- 36 milioni di euro quale stima della quota di competenza regionale del Fondo farmaci innovativi
- 36 milioni di euro quale stima della quota di competenza regionale del Fondo farmaci oncologici
- 20 milioni per pay-back farmaceutico

Si deve tener conto, infine, della riduzione di finanziamento da operarsi sul riparto delle risorse 2017 legato all’Accordo dei presidenti del 29 settembre 2016 in tema di mobilità: -3,212 milioni di euro.

A fronte di un riparto 2017 delle risorse nazionali che assegna alla Regione Emilia-Romagna + 64 milioni rispetto al 2016, le risorse complessivamente a disposizione del SSR sono quantificate in misura pari ad € **8.086.788.000**, così determinate:

	anno 2016 (definitivo)	anno 2017 (stima)	aumento 2017 vs 2016
Fabbisogno standard	7.857.213	7.920.337	63.124
Obiettivi di piano	76.663	76.663	
Quota premiale	-	1.000	
Pay-back	19.757	20.000	
Accordo 29 settembre 2016		-	3.212
Fondo farmaci HCV	40.411	36.000	
Fondo farmaci innovativi oncologici	-	36.000	
totale	7.994.044	8.086.788	92.744

III. Il riparto a favore delle Aziende Sanitarie

Per il finanziamento 2017 delle Aziende Sanitarie si è proseguito nel percorso di revisione dei criteri di finanziamento iniziato nel 2016, sia con riferimento alle *Aziende USL* (per le quali sono stati definiti già nel 2016 criteri semplificati rispetto all’impianto utilizzato negli anni precedenti e maggiormente coerenti con i criteri adottati a livello nazionale per il riparto del fabbisogno tra le regioni), sia con riferimento alle *Aziende Ospedaliere e agli IRCCS pubblici*, per i quali si è proceduto nella direzione di qualificare ulteriormente il finanziamento a fronte delle principali funzioni svolte, quale remunerazione aggiuntiva rispetto al

riconoscimento a tariffa della produzione annuale, ai sensi dell'articolo 8-sexies del dlgs 502/1992 e s.m. e i., all'interno del limite massimo stabilito dal DM 18 ottobre 2012.

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

Ai fini della quantificazione delle risorse da dedicare al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza si è tenuto conto dell'impatto del DPCM che definisce i nuovi LEA, dell'avvio delle campagne vaccinali promosse dal Nuovo Piano di prevenzione vaccinale varato a livello nazionale e della costituzione del nuovo Fondo per il rimborso dei farmaci oncologici innovativi.

III.A Il Finanziamento delle Aziende USL

Il finanziamento delle Aziende USL è determinato sulla base della quota capitaria ponderata. Una prima riflessione riguarda proprio la popolazione da utilizzarsi per il riparto a quota capitaria: già nel 2015 si era evidenziato un trend in riduzione per tutte le Aziende USL (ad eccezione di Bologna) che si conferma anche per l'anno 2016 e che la posiziona a valori inferiori all'anno 2013, seppur con percentuali di riduzione differenziate fra le Aziende.

Popolazione residente 2013-2016

Aziende USL	Pop Resid. al 1.1.2013	Pop Resid. al 1.1.2014	Pop Resid. al 1.1.2015	Pop. Resid. al 1.1.2016	2016 vs 2013
Piacenza	290.966	288.982	288.620	287.516	-3.450
Parma	447.251	444.285	445.451	446.987	-264
Reggio Emilia	535.869	534.845	534.086	533.827	-2.042
Modena	706.417	702.761	703.114	702.481	-3.936
Bologna	870.507	868.575	871.830	873.461	2.954
Imola	133.408	132.876	133.302	133.347	-61
Ferrara	358.116	355.334	354.673	352.006	-6.110
Romagna	1.128.570	1.125.124	1.126.039	1.124.768	-3.802
Totale Aziende USL	4.471.104	4.452.782	4.457.115	4.454.393	-16.711

Si è pertanto ritenuto di confermare, per il riparto delle risorse per Livelli di Assistenza il finanziamento a quota capitaria, anche per l'anno in corso, la popolazione residente all'1/1/2013 e aggiornare al 2016 il solo sistema di "pesatura" delle risorse per ciascun livello di assistenza (definito lo scorso anno all'All. A della DGR 1003/16), come evidenziato nella tabella A1.

Ai fini del riparto complessivo delle risorse a quota capitaria si è introdotto comunque un fattore correttivo, che tenesse conto della variazione nella numerosità della popolazione, utilizzando la "semisomma" della popolazione 2013-2016, in grado di mediare l'impatto del trend di riduzione della popolazione.

Il riparto a quota capitaria ponderata per Livelli Essenziali di Assistenza è stato determinato dapprima sulla base di un volume complessivo di risorse analogo al 2016 pari a **€ 7.002.000.000** (tab. A1). È stato poi incrementato di ulteriori **25 milioni di euro** (ripartiti anch'essi a quota capitaria ponderata), a fronte della conseguente riduzione del Fondo di garanzia dell'equilibrio economico-finanziario. Al fine di tener conto dell'impatto economico dei nuovi LEA viene altresì previsto uno stanziamento aggiuntivo di risorse pari a **+20 milioni di euro**, distribuito alle Aziende USL sulla base della quota di accesso al finanziamento a quota capitaria. Complessivamente le risorse distribuite a quota a capitaria risultano pari ad **€ 7.047.000.000**.

Il Fondo di riequilibrio è stato commisurato al volume di risorse necessarie ad assicurare, per le Aziende che ne beneficiano, un valore di finanziamento 2017 almeno pari al valore del finanziamento definitivo del 2016 (di cui alla DGR 2411/16) e al netto delle risorse necessarie a garanzia dell'erogazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza.

Il finanziamento complessivo 2017 si attesta pertanto ad **€ 7.114.391.967** (tab. A2) in considerazione dei fondi a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario che traggono origine sia dall'esigenza di sostenere le Aziende con difficoltà nel conseguimento dell'equilibrio, sia di garantire un passaggio graduale verso il nuovo sistema di finanziamento.

Anche per il 2017 le voci di finanziamento delle Aziende USL sono comprensive di una quota, spettante anche alle Aziende Ospedaliere ed Ospedaliero-Universitarie, a copertura dei costi fissi, per lo più riferiti al fattore personale, che vengono trattenute dal finanziamento per livelli delle AUSL in misura analoga al 2016 (tab. A2) e vincolate alle Aziende Ospedaliere (tab. A3). Il criterio utilizzato è l'indice di dipendenza delle strutture ospedaliere dalla popolazione residente nei diversi ambiti territoriali.

I finanziamenti riconosciuti alle Aziende USL a copertura degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2017, relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009 (dal 2009 i bilanci aziendali devono farsi carico anche della politica degli investimenti e quindi della copertura degli ammortamenti) sono altresì evidenziati in tabella A2.

Nella tabella A2 è pertanto rappresentato il finanziamento complessivo delle Aziende USL, al fine di illustrare compiutamente le modalità e i criteri di finanziamento. Si precisa che per l'Azienda USL di Modena, il finanziamento 2017 viene rideterminato in € 1.064.332.437, sulla base delle valutazioni di cui al capitolo III.C "l'impatto di nuovi modelli organizzativi" al fine di tener conto del passaggio dal 2017 dell'Ospedale di Baggiovara all'AOSPU di Modena,

Infine, in analogia al 2016, si ritiene di dover consolidare, sin dalla fase di programmazione, il riconoscimento in capo alle Aziende delle funzioni dalle stesse esercitate in relazione ai processi di integrazione sovra-aziendale di funzioni tecniche, amministrative e professionali. Per quanto riguarda l'Area metropolitana di Bologna, viene riconosciuto un finanziamento aggiuntivo all'Azienda USL di Bologna (capofila) in relazione alla funzione "Sviluppo dei processi di integrazione dei Servizi delle Aziende metropolitane e di Area Vasta" e all'Azienda USL di Imola, con contestuale trattenuta di pari importo all' Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna e Istituto Ortopedico Rizzoli, per le funzioni che gli stessi hanno delegato alle due Aziende territoriale, a valere sui finanziamenti per la qualificazione dell'attività di eccellenza . Le cifre sono state comunicate dalle Aziende medesime. Detti importi devono essere contabilizzati rispettivamente per le Aziende Usl di Bologna (+ € 1.535.318) e di Imola (+ € 162.554) quale finanziamento a funzione, aggiuntivo rispetto alla quota capitaria (Tabella A1), per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna (- € 1.619.121) e per l'Istituto Ortopedico Rizzoli (-€ 78.751) in diminuzione i finanziamenti per la qualificazione dell'attività di eccellenza (Tabella A3).

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

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

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

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

- *Igiene pubblica*: assorbe il 44% delle risorse del primo livello.
L'assegnazione tra le diverse aziende ha tenuto conto della popolazione residente all'1/1/2013, integrata con una stima dei flussi turistici e della presenza di studenti universitari fuori-sede.
- *Sicurezza e igiene del lavoro*: assorbe il 18% delle risorse del primo livello. I criteri hanno tenuto conto del numero delle unità locali da controllare e del relativo numero di addetti.
- *Verifiche di sicurezza*: assorbe il 6,5% delle risorse del livello, distribuite in base al numero degli impianti da verificare.
- *Veterinaria*: assorbe il 31,5% delle risorse del 1° livello. All'interno di questa funzione è stata distinta la Sanità Pubblica (pari al 45% della veterinaria), assegnata in base al numero di Unità Bovine Equivalenti (UBE), e l'igiene degli alimenti (55%) distribuita in base alla popolazione residente all'1/1/2013 ed integrata con le stesse modalità descritte per la funzione di igiene pubblica.

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

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

- *Assistenza farmaceutica* (14% del totale complessivo). La ponderazione della popolazione è avvenuta sulla base dei consumi farmaceutici osservati (dati 1° semestre 2016) per genere e per fascia di età; le fasce di età sono le stesse utilizzate per il sub-livello specialistica ambulatoriale; la classe degli over 75 è ulteriormente disaggregata per apprezzare i consumi della fascia 74-84 ed over 85, dato l'aumento di consistenza dei consumi di questa fascia di età.
- *Medici di medicina generale* (7% del totale complessivo). Finanzia i costi delle convenzioni con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, nonché quelli relativi alla continuità assistenziale. Per l'assegnazione si è tenuto conto dei costi sostenuti relativamente alle sole voci fisse e variabili previste dall'accordo collettivo nazionale.
- *Assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale* (14,7% del totale complessivo). Anche per questo livello di assistenza, come per la farmaceutica, dato l'aumento di consistenza e di consumi degli anziani, i pesi sono stati calcolati con la classe degli over 75 disaggregata (74-84 ed over 85). I consumi si riferiscono all'anno 2015 – flusso regionale ASA.
- *Salute mentale* (3,6% del totale complessivo). Per il livello salute mentale si è mantenuto il livello di finanziamento degli scorsi anni (3,6%) distribuito sulla base della popolazione residente in considerazione dell'andamento delle patologie psichiatriche tra gli anziani. Queste risorse non esauriscono il finanziamento dell'assistenza psichiatrica in quanto non comprendono quella di tipo ospedaliero ed i progetti speciali: complessivamente le risorse destinate a questo livello superano il 5%.
- *Dipendenze patologiche* (1,2% del totale complessivo). Si è utilizzata la popolazione residente corretta con la prevalenza di alcool, tossicodipendenza e ludopatia. Per la prevalenza sono stati utilizzati i dati del sistema informativo SIDER, anno 2015.

Nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, in assenza di una proposta ministeriale e della conseguente intesa in Conferenza Stato-Regioni, si confermano gli importi dello scorso anno per la prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo; così come evidenziato lo scorso anno, si ritiene di precisare che per ogni Azienda UsI la quota parte di finanziamento, calcolata sulla base della popolazione residente di età maggiore/uguale ai 18 anni, non si tratta di una assegnazione aggiuntiva, ma di una esplicitazione del sub-livello "Dipendenze patologiche".

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

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

Per il riparto delle risorse tra le aziende si è utilizzata la popolazione residente, ponderata sulla base dei dati di consumo osservati per età e genere, in regime ordinario e day hospital - dati SDO 2015 - con la disaggregazione, come già fatto negli anni precedenti, della fascia di età over 75 in 74-84 ed over 85); all'utilizzo dei servizi è stata applicata, per la sola degenza ordinaria, una correzione con un indicatore proxy del bisogno, rappresentato dalla radice cubica del tasso standardizzato di mortalità (SMR) relativo alla popolazione di età inferiore ai 75 anni e riferito all'ultimo triennio osservato (2013-2015).

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

III.B Il Finanziamento delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS

Per il riparto delle risorse alle Aziende Ospedaliere e agli IRCCS si è proceduto ad incrementare le risorse per ulteriori **5 milioni di euro** e ad una revisione seppur parziale dei criteri adottati negli anni scorsi.

In particolare, nell'ottica di "riqualificare" alcune dimensioni delle tipologie di finanziamento riconosciute negli anni precedenti come remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale (ai sensi dell'articolo 8-sexies del dlgs 502/1992 e s.m.i.) all'interno del limite massimo stabilito dal DM 18 ottobre 2012 (30%), per il 2017 si è introdotto un finanziamento a funzione per il Pronto Soccorso pari al margine di contribuzione negativo standard per accesso (inteso come differenziale fra costi pieni e valorizzato a tariffa al netto del ticket).

In analogia agli anni precedenti, il finanziamento del sistema integrato SSR-Università assicura inoltre un sostegno finanziario aggiuntivo, pari al 7% della produzione ospedaliera in favore di cittadini residenti nella Regione, come riconfermato nel Protocollo Regione-Università siglato nel corso del 2016.

Una quota del finanziamento vincolato alle Aziende Ospedaliere e all'IRCCS Rizzoli e a carico del FSR è stata qualificata come attività di eccellenza nella stessa misura del 2016.

Così come per le AUSL, le risorse complessive riconosciute per il 2017 sono comprensive dei fondi a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario che traggono origine sia dall'esigenza di sostenere le Aziende con difficoltà nel conseguimento dell'equilibrio, sia di garantire un passaggio graduale verso nuovi sistemi di finanziamento, come illustrato in tabella A3.

In tabella A3 sono altresì evidenziati i finanziamenti riconosciuti per gli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2017 relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009.

III.C L'impatto di nuovi modelli organizzativi

A fronte del passaggio dal 1 gennaio 2017 del Nuovo Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di **Baggiovara** dall'AUSL di Modena all'Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena sulla base di quanto previsto nel progetto di sperimentazione gestionale autorizzato con DGR n. 1004/2016 ai sensi dell'art. 7 della l.r. n. 29/2004, si prevede una modificazione dei contributi dell'AOSPU di Modena a valere sul finanziamento a quota capitaria dell'AUSL di Modena, come illustrato nella tabella A4.

Tale passaggio di contributi fra le due Aziende non ha alcun impatto sul sistema regionale in quanto viene garantita l'equivalenza dei finanziamenti riconosciuti a livello provinciale rispetto al 2016.

IV. Indicazioni per la predisposizione dei Bilanci Economici Preventivi 2017

I Bilanci economici preventivi dovranno essere predisposti in base alle disposizioni dell'art. 25 del D.lgs n. 118/2011 e in coerenza con le presenti linee di indirizzo, nonché con gli obiettivi economici di seguito indicati.

I Bilanci Economici Preventivi 2017 dovranno assicurare una situazione di pareggio civilistico, comprensivo anche degli ammortamenti non sterilizzati, di competenza dell'esercizio 2017, 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 come indicato nelle tabelle A2 e A3.

Per quanto riguarda i fattori produttivi a maggior assorbimento di risorse, si forniscono le seguenti indicazioni:

➤ **Spesa Farmaceutica:**

Per l'anno 2017 viene definito un obiettivo regionale di spesa farmaceutica convenzionata netta pari a € 504.282.713 sostanzialmente allineato rispetto all'anno 2016 (-0,1%) ma con scostamenti differenziati a livello aziendale.

L'obiettivo è comprensivo delle ricadute della recente Intesa sottoscritta tra Regione e le associazioni di categoria dei farmacisti convenzionati sull'attività di distribuzione per conto, cui le aziende Usl dovranno dare seguito nel corso del 2017.

L'incremento di spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci (esclusa spesa HCV e farmaci oncologici innovativi) viene previsto in **+6,28%**, rispetto al 2016; è compresa la spesa per Vaccini Batterici e Virali.

L'obiettivo di spesa per l'acquisto ospedaliero non comprende pertanto:

1. La spesa per i **Farmaci Innovativi Oncologici** viene stimata in un valore pari ad **€ 45.740.000** come da lista fornita alle Aziende. Per tali farmaci viene costituito a livello regionale un Fondo corrispondente alla spesa stimata. Tale fondo verrà gestito nel 2017 con le medesime modalità adottate per la gestione del fondo HCV ed i limiti aziendali all'utilizzo del fondo regionale a copertura dei costi di tali farmaci sono i seguenti:

Aziende	Stima spesa 2017 Farmaci oncologici innovativi (lista AIFA di dic'16)
Piacenza	2.100.000
AUSL Parma	800.000
AOSP Parma	3.600.000
AUSL Reggio Emilia	1.740.000
AOSP Reggio Emilia	4.000.000
AUSL Modena	2.750.000
AOSP Modena	5.100.000
AUSL Bologna	1.900.000
AOSP Bologna	8.130.000
Imola	600.000
AUSL Ferrara	450.000
AOSP Ferrara	2.710.000
AUSL Romagna	6.460.000
IRST	5.400.000
Emilia Romagna	45.740.000

I valori indicati per ciascuna Azienda costituiscono il limite aziendale all'utilizzo del fondo regionale a copertura dei costi di tali farmaci. Tale valore potrà essere rivisto successivamente alla determina AIFA di definizione dei criteri sulla innovatività dei farmaci. Pertanto, eventuali ulteriori costi sostenuti saranno a carico dei bilanci aziendali.

2. La spesa per **Farmaci HCV**. In relazione al finanziamento dei Farmaci per l'Epatite C (HCV), viene costituito un Fondo a livello regionale pari ad **€ 36.000.000**, ripartito fra le aziende come di seguito evidenziato:

	<i>Finanz. HCV 2017</i>
Ausl PC	€ 3.500.000
Ausl PR	€ 4.200.000
AOSP PR	
AUSL RE	€ 3.800.000
AOSP RE	
Ausl Mo	€ 5.300.000
Aosp Mo	
Ausl BO	€ 1.100.000
AOSP BO	€ 8.500.000
Ausl Imola	€ 360.000
Ausl FE	
AOSP FE	€ 2.400.000
Ausl Romagna	€ 6.840.000
RER	€ 36.000.000

I valori indicati per ciascuna Azienda costituiscono il limite aziendale all'utilizzo del fondo regionale a copertura dei costi di tali farmaci. Pertanto, eventuali ulteriori costi sostenuti saranno a carico dei bilanci aziendali.

Si precisa che per quanto riguarda sia i farmaci oncologici innovativi sia i farmaci HCV, essendo oggetto di un finanziamento dedicato da parte della Regione a copertura dei costi sostenuti (fino al limite aziendale riconosciuto), gli eventuali accordi di fornitura tra aziende sanitarie non dovranno tenerne conto nelle partite di scambio. Allo stesso modo, non dovranno essere evidenziati a bilancio ricavi per mobilità extraregionale attiva.

I farmaci HCV, oncologici innovativi ed i vaccini costituiscono rilevanti fattori di spesa nel 2017 e pertanto saranno attentamente monitorati, riservandosi di allineare le previsioni di spesa agli andamenti effettivi che si registreranno in corso d'anno e alle determinazioni che saranno assunte a livello nazionale.

Con riferimento ai fattori della coagulazione del sangue, anche per l'anno 2017 verrà riconosciuto a consuntivo un finanziamento pari al costo effettivo sostenuto per il trattamento dei pazienti; in fase preventiva le Aziende potranno indicare l'ultimo valore riconosciuto (di cui alla DGR 2411/16).

È in corso di valutazione e approfondimento l'istituzione per il 2018 di un fondo per il finanziamento delle Malattie Rare alla stregua di quanto già effettuato per i fattori della coagulazione del sangue.

➤ **Mobilità Infra-Regionale:**

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

- Per la mobilità extra-provinciale relativa all'attività di degenza, i valori risultanti dalla matrice di mobilità "2017" (fornita alle Aziende dalla Regione), salvo accordi consensuali fra le Aziende.
- Nel caso di accordi con Aziende Ospedaliere-Universitarie/IOR la valorizzazione economica dell'attività di degenza dovrà fare riferimento alla DGR n. 525/2013
- Per la mobilità extra-provinciale relativa all'attività di specialistica ambulatoriale, i valori risultanti dalla matrice di mobilità 2014, salvo accordi consensuali fra le Aziende.

➤ **Mobilità Extra-Regionale:**

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

- Relativamente all'attività prodotta da strutture pubbliche (mobilità extraregionale attiva), i valori riportati nel consuntivo 2016;
- Relativamente alla mobilità extra-regionale passiva, con nota PG/2017/0097409 del 20/02/2017 sono stati portati a conoscenza delle Aziende i valori di mobilità 2014 e 2015 per tutti i settori oggetto di compensazione interregionale. Pertanto, a fini previsionali le Aziende dovranno tenere conto dei valori di mobilità 2015.

Le Aziende non dovranno contabilizzare a bilancio le sopravvenienze passive 2014 e 2015 in quanto tali sopravvenienze verranno assorbite dal Bilancio regionale.

- Relativamente alle prestazioni rese da strutture private accreditate per residenti fuori regione, atteso che gli Accordi quadro regionali con le strutture aderenti AIOP (di cui alla DGR 2329/2016), con Hesperia Hospital (di cui alla DGR 4/2017) e con i Centri Riabilitativi ex art. 26 (di cui alla DGR 5/2017) prevedono che *"per il triennio di vigenza 2016-2018 i fondi corrispondenti alla mobilità attiva inter-regionale saranno trasferiti dalla Regione Emilia-Romagna alle strutture private accreditate senza essere compensati in alcun modo dalla Regione stessa, rispetto a quanto riconosciuto dalle Regioni di residenza degli assistiti, e che pertanto costituiranno budget definitivi per l'anno di riferimento (...)* e che il valore del fatturato 2013 possa costituire un riferimento per la sola regolazione finanziaria dei flussi di mobilità tra regioni degli assistiti", le Aziende USL, anche per l'anno 2017, in analogia al 2016, potranno prevedere in sede previsionale il valore contabilizzato a bilancio 2013 e conseguentemente liquidare, in acconto, fino a tale valore.

In corso d'anno, a seguito di decisioni che potranno essere assunte in sede di Coordinamento tra le regioni, verranno tempestivamente fornite le conseguenti indicazioni.

➤ **Acquisto di servizi sanitari da privati accreditati per residenti RER**

Con riferimento alle prestazioni acquistate da strutture private accreditate per cittadini residenti, le Aziende Usl dovranno tener conto, in via previsionale, salvo committenze aggiuntive a livello locale, dei valori indicati negli accordi quadro regionali con le strutture private accreditate aderenti AIOP (di cui alla DGR 2329/2016), con Hesperia Hospital (di cui alla DGR 4/2017) e con i Centri Riabilitativi ex art. 26 (di cui alla DGR 5/2017).

Dovranno altresì tener conto degli esiti della Commissione Paritetica Regionale RER-AIOP comunicati con nota PG/2017/0372905 del 19/05/2017 in relazione alle eventuali sopravvenienze attive con riferimento all'attività ospedaliera accreditata di non alta specialità 2013.

➤ **Personale Dipendente**

Le Aziende del SSR dovranno garantire l'applicazione degli Accordi siglati nel corso del 2016 tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. confederali e di categoria, in merito alle "politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario".

Le Aziende dovranno altresì garantire la coerenza tra i piani assunzione e le previsioni di bilancio.

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

Resta fermo l'impegno delle aziende in ordine al controllo del costo del personale dipendente attraverso i processi di riorganizzazione e la revisione delle reti ospedaliere e territoriali, con conseguente razionalizzazione delle risorse umane impiegate, tra cui gli incarichi di Struttura Complessa, e la puntuale gestione dei fondi per il finanziamento del salario accessorio (DL 78/2015 e DDL Stabilità 208/2015).

In relazione agli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente (triennio 2016 – 2018) è necessario operare accantonamenti in misura pari allo 0,4% del costo iscritto nel Consuntivo 2016 sulla base della metodologia indicata nella nota PG/2017/220206 del 30/03/2017.

Con riferimento al DPCM del 27 febbraio 2017 (pubblicato in GU il 30.03.17) con cui sono stati definiti gli oneri posti a carico del bilancio dello Stato per la contrattazione collettiva relativa agli anni 2016-2018, si precisa che il differenziale fra la percentuale indicata dal DPCM per l'anno 2017 (1,09%) e quanto indicato a livello regionale (0,4%) rimane a carico, nella fase previsionale, del bilancio regionale.

➤ **Personale Convenzionato**

Con riferimento al personale convenzionato (medici di assistenza primaria, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni e altri convenzionati) è necessario operare accantonamenti nella misura dello 0,4%, del costo iscritto nel Consuntivo 2016 sulla base della metodologia indicata nella nota PG/2017/220206 del 30/03/2017. Le voci di accantonamento dovranno contenere altresì l'importo derivante dall'accantonamento dello 0,75% del costo consuntivo 2010.

In sede previsionale le Aziende non dovranno indicare ulteriori accantonamenti per rinnovi contrattuali.

➤ **Fondo risarcimento danni da responsabilità civile**

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

➤ **Investimenti**

Relativamente al tema degli investimenti, si richiama la DGR 379/17 che destina complessivamente 18.408.273 euro a finanziamento della programmazione annuale degli investimenti 2017, utilizzando somme accantonate sul bilancio della GSA 2016. Le assegnazioni dovranno essere pertanto considerate dalle Aziende sanitarie alla stregua di contributi in conto capitale, senza in alcun modo interessare il conto economico dell'esercizio 2017; i contributi saranno utilizzati per la sterilizzazione degli ammortamenti delle relative immobilizzazioni.

Sempre a valere su risorse regionali le Aziende prevederanno gli oneri conseguenti all'attivazione dei nuovi applicativi per la Gestione delle risorse umane (GRU) e per la Gestione amministrativo contabile (GAAC), come da nota PG/2017/0362827 del 16/05/2017:

GAAC		GRU	GRU	Totale spesa per Azienda per i progetti GRU e GAAC
Configurazione, Installazione del sistema GAAC, Deployment e Attivazione nonché Licenze d'uso 1/4 di €1.840.000,00 i.e.		Manutenzione evolutiva, 1/5 di € 44.821,43 i.e.	"Configurazione e Installazione del sistema GRU e Impianto hardware/software di base" 3/4 di €1.630.200,00 i.e.	
Ausl Piacenza	€ 37.413,33	€ 10.936,43		€ 48.349,76
Ausl Parma	€ 37.413,33	€ 10.936,43		€ 48.349,76
Ausl Reggio Emilia	€ 37.413,33	€ 10.936,43		€ 48.349,76
Ausl Modena	€ 68.591,11	€ 10.936,43		€ 79.527,54
Ausl Bologna	€ 68.591,11	€ 10.936,43	€ 106.545,22	€ 186.072,76
Ausl Imola	€ 18.706,67	€ 10.936,43	€ 106.545,22	€ 136.188,32
Ausl Ferrara	€ 37.413,33	€ 10.936,43	€ 106.545,22	€ 154.894,98
Ausl della Romagna	€ 118.475,56	€ 10.936,43	€ 106.545,22	€ 235.957,21
Aosp/Univ. Parma	€ 24.942,22	€ 10.936,43		€ 35.878,65
Aosp Reggio Emilia	€ 24.942,22	€ 10.936,43		€ 35.878,65
Aosp/Univ. Modena	€ 24.942,22	€ 10.936,43		€ 35.878,65
Aosp/Univ. Bologna	€ 27.436,44	€ 10.936,43	€ 106.545,22	€ 144.918,09
Aosp/Univ. Ferrara	€ 24.942,22	€ 10.936,43	€ 106.545,22	€ 142.423,87
IOR	€ 7.482,67	€ 10.936,43	€ 106.545,22	€ 124.964,32
CUP 2000 per GSA	€ 2.494,22			€ 2.494,22

Le Aziende potranno inoltre utilizzare quota parte delle risorse correnti assegnate attraverso la rettifica di contributi in conto esercizio, solo nel caso in cui tali rettifiche non compromettano il pareggio di bilancio ed esclusivamente per interventi indifferibili.

➤ **FRNA**

Nelle more di una puntuale definizione del riparto 2017, Le Aziende dovranno indicare valori in linea con il 2016.

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

ALLEGATO B**GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE 2017**

<i>Premessa</i>	<i>pag. 3</i>
<i>1 – Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</i>	<i>pag. 4</i>
1.1. Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018	pag. 4
1.2 Sanità Pubblica	pag. 4
1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi	pag. 4
1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni	pag. 5
1.2.3 Piano di Prevenzione Vaccinale	pag. 5
1.2.4 Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	pag. 6
1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	pag. 7
1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	pag. 8
<i>2 – Assistenza territoriale</i>	<i>pag. 9</i>
2.1 Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	pag. 9
2.2 Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa	pag. 10
2.3 Ospedali di Comunità	pag. 11
2.4 Valutazione e qualità delle cure primarie	pag. 12
2.5 Assistenza Protesica	pag. 12
2.6 Cure palliative	pag. 13
2.7 Continuità assistenziale – dimissioni protette	pag. 13
2.8 Materno Infantile-percorso Nascita	pag. 14
2.8.1 Salute riproduttiva	pag. 15
2.8.2 Percorso IVG	pag. 15
2.8.3 Procreazione Medicalmente Assistita	pag. 15
2.9 Salute in età pediatrica e adolescenziale	pag. 16
2.9.1 Contrasto alla violenza	pag. 16
2.9.2. Lotta all'antibioticoresistenza	pag. 16
2.9.3 Promozione all'allattamento	pag. 17
2.9.4 Promozione della salute in adolescenza	pag. 17
2.10 Formazione specifica in medicina generale	pag. 17
2.11 Salute Mentale, Dipendenze Patologiche	pag. 17
2.11.1 Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018	pag. 18
2.11.2 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti salute mentale	pag. 18
2.11.3 Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia	pag. 18
2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	pag. 19
2.13 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	pag. 20

2.14 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici	pag. 21
2.14.1 Obiettivi di spesa farmaceutica RER per l'anno 2017	pag. 21
2.14.2 Governo della spesa farmaceutica	pag. 21
2.14.3 Rimodulazione canali distributivi-Intesa distribuzione per conto	pag. 24
2.14.4 Adozione di strumenti di governo clinico	pag. 24
2.14.5 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici	pag. 25
2.14.6. Attuazione della LR 2/2016	pag. 26
2.14.7 Attività informazione sul farmaco da parte informatori scientifici	pag. 26
2.15 Adozione Cartella SOLE	pag. 25
<i>3 – Assistenza ospedaliera</i>	<i>pag. 27</i>
3.1 Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	pag. 27
3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	pag. 27
3.3 Appropriatelyzza	pag. 28
3.4 Volumi-Esiti	pag. 29
3.5 Emergenza Ospedaliera	pag. 30
3.6 Attività trasfusionale	pag. 30
3.7 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	pag. 31
3.8 Sicurezza delle cure	pag. 32
3.9 118 e Centrali Operative	pag. 33
3.10 Reti Hub and Spoke per le Malattie Rare	pag. 34
3.11 Rete delle Cure Palliative pediatriche	pag. 34
3.12 Accredimento	pag. 34
<i>4 – Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa</i>	<i>pag. 35</i>
4.1 Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA	pag. 35
4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	pag. 35
4.1.2 Il miglioramento del sistema informativo contabile	pag. 36
4.1.3 Attuazione Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci	pag.36
4.1.4 Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	pag. 37
4.2 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	pag. 37
4.3 Il governo delle risorse umane	pag. 39
4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri	pag. 42
4.5. Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	pag. 43
4.6 Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti	pag. 44
4.7 Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	pag. 47
<i>5 – Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</i>	<i>pag. 50</i>

Premessa

Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2017 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2017 che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale.

In analogia al 2016, anche per il 2017 il Documento di economia e finanza regionale (DEFR) declina le principali politiche di sviluppo dell'area dell'Assistenza territoriale, i principali strumenti e modalità di attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, gli obiettivi in tema di assistenza ospedaliera connessi all'attuazione del Regolamento di riordino ospedaliero. Gli altri temi rafforzati mediante individuazione di obiettivi specifici sono il consolidamento dei servizi e delle prestazioni del Fondo regionale per la non autosufficienza, la valorizzazione del capitale umano e professionale, la gestione del patrimonio e delle attrezzature, la realizzazione di piattaforme logistiche ed informatiche più forti, l'individuazione di ambiti territoriali ottimali per il governo e la gestione dei servizi sanitari, una nuova struttura di governance e nuovi modelli organizzativi delle Aziende sanitarie, il completamento del percorso regionale della certificabilità ed una maggiore efficienza finanziaria del SSR.

Oltre a tali indirizzi si pongono per il Sistema sanitario Regionale ulteriori obiettivi da perseguire nel 2017, quali l'implementazione a livello locale dei nuovi LEA (approvati con DPCM 12 gennaio 2017), l'avvio delle campagne vaccinali promosse dal Nuovo Piano di prevenzione vaccinale varato a livello nazionale e regionale, la riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati come indicato nel piano regionale di cui alla DGR n. 272/2017 e lo sviluppo di politiche attive di riduzione del precariato.

Il 2017 sarà altresì l'anno di approvazione e prima attuazione del Piano Sociale e Sanitario Regionale, nonché di predisposizione (e conseguentemente diffusione) degli strumenti necessari per la programmazione territoriale.

Per quanto riguarda la struttura degli obiettivi, visto il consolidamento del Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale (SIVER), si è ritenuto opportuno proseguire nell'impostazione della delibera di programmazione dell'anno precedente enucleando gli obiettivi di programmazione sulla base delle principali dimensioni di analisi presenti in SIVER e individuando specifici indicatori e target per ogni obiettivo indicato. Si rende pertanto ancora più stringente la correlazione fra il sistema di programmazione ed il successivo sistema di misurazione e valutazione della performance delle aziende sanitarie.

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

1.1. Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018, cornice strategica per raggiungere gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale, nel 2016 è stato declinato a livello locale nei Piani di Attuazione Locale (PLA), come previsto dalla D.G.R. n. 71/15: dallo scorso anno le Aziende Sanitarie hanno iniziato a dare attuazione alle azioni previste nei 68 progetti del PRP, in una logica di integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali.

La valutazione del PRP relativa al 2016, trasmessa al Ministero sulla base dell'accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015, ha documentato il raggiungimento degli standard concordati ai fini della certificazione.

Nel 2017 le Aziende Sanitarie si impegnano a continuare a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali Setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità - programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), continuando il percorso di una programmazione ispirata ai principi condivisi di equità, integrazione e partecipazione e garantendo attività programmate e cronogramma.

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

➤ *Indicatore e target:*

Il PRP individua per ogni progetto una serie di indicatori rilevanti ("indicatori sentinella"), condivisi con il livello nazionale, per monitorare le azioni che rappresentano il "core" del piano. Nel 2017 le Aziende sanitarie si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella, secondo quanto indicato nei rispettivi PLA aziendali; per ogni singolo indicatore lo standard si considera raggiunto se il valore osservato non si discosta di più del 20% rispetto al valore atteso.

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

1.2 Sanità Pubblica

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

Particolare attenzione dovrà essere posta alle seguenti aree di attività.

1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi

Il PRP ribadisce il ruolo essenziale, al fine del monitoraggio e della valutazione dei risultati, della disponibilità dei dati derivati dai sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli e valorizzandoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment). A livello regionale sono già presenti numerosi sistemi informativi e banche dati aggiornate. E' essenziale che questo patrimonio informativo sia mantenuto e implementato in una visione unitaria, anche a supporto dei programmi di sanità pubblica, oltre che ai fini della descrizione e valutazione dell'assistenza.

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

➤ *Indicatori e target:*

- completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2017) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003; obiettivo: $\geq 95\%$ al marzo 2018.
- realizzazione delle interviste PASSI programmate; obiettivo: Rapporto interviste PASSI realizzate/interviste PASSI programmate $\geq 95\%$ al febbraio 2018.

1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

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

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

Va incentivata l'attività di sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradicatione di specifiche malattie infettive (es. Sorveglianza delle Paralisi flaccide acute PFA).

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

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

Va data attuazione alle indicazioni contenute nel nuovo documento "Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi". In tale ambito è necessario promuovere anche la corretta applicazione delle stesse da parte dei gestori di impianti e di strutture a rischio, realizzando adeguate azioni di formazione e informazione, e collaborare con i Comuni alla mappatura delle torri di raffreddamento e dei condensatori evaporativi esistenti sul territorio di competenza.

➤ *Indicatori e target:*

- n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM: *valore ottimale = 100%; valore accettabile = $> 90\%$*
- realizzazione da parte di ciascun DSP di almeno un momento formativo per la corretta applicazione delle Linee Guida regionali per il controllo della legionellosi

1.2.3 Piano di prevenzione vaccinale

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

piano stesso. Le Aziende Usl dovranno garantire in particolare l'offerta attiva delle seguenti nuove vaccinazioni:

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

Al fine di garantire la corretta applicazione del nuovo calendario vaccinale e per contrastare il calo delle coperture vaccinali registrato negli ultimi anni è necessario inoltre rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti in funzione dell'età avanzata o con patologie croniche. In particolare vanno previste attività di comunicazione e informazione rivolte alla cittadinanza e attività di formazione rivolte agli operatori sanitari.

Infine devono essere realizzate le azioni di sostegno all'attuazione della Legge n.19/2016, che prevede il rispetto degli obblighi vaccinali quale requisito per l'accesso ai servizi educativi dell'infanzia, mediante la collaborazione con i servizi educativi e ricreativi pubblici e privati, al fine di garantire il corretto monitoraggio dei calendari vaccinali dei bambini iscritti e il supporto alla campagna informativa regionale "Al nido vaccinati".

➤ *Indicatori e target:*

- copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza (al 24 mese): obiettivo >95%
- copertura vaccinale per la vaccinazione contro il meningococco B al 1° anno: obiettivo >60%
- copertura vaccinale per le vaccinazioni raccomandate nell'infanzia e adolescenza (MPR): obiettivo >95%
- copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV delle ragazze della coorte di nascita 2006 >75%
- copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età >= 65 anni: obiettivo >= 75%

1.2.4 Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

In materia di vigilanza e controllo è necessario proseguire l'implementazione del percorso di attuazione della DGR 200/2013 e degli altri atti regionali di indirizzo emanati in materia (Circolare Regionale n. 10/2014, indicazioni per attività delle Unità Impiantistiche antinfortunistiche (UOIA), ecc.), assicurando un'omogenea e trasparente programmazione secondo criteri di rischio, la socializzazione dei risultati, l'utilizzo degli strumenti definiti a livello regionale al fine di perseguire modalità omogenee di intervento a livello regionale, l'integrazione tra Servizi. *In tale ambito si evidenziano in particolare i seguenti obiettivi:*

- mantenimento dei livelli consolidati di copertura di vigilanza negli ambienti di lavoro, di cui tendenzialmente il 10% è assicurato dalle UOIA, la restante quota dalle Unità Operative di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- puntuale espletamento delle azioni atte alla verifica del possesso dei requisiti necessari per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e l'aggiornamento costante dell'anagrafe delle strutture autorizzate;
- utilizzo degli strumenti definiti a livello regionale per il controllo delle strutture ricettive, scolastiche e degli impianti natatori;
- vigilanza di almeno il 50% delle strutture per anziani e disabili con massimo 6 posti letto, in collaborazione con i Comuni e i Dipartimenti di Cure Primarie.

I DSP dovranno inoltre assicurare:

- l'avvio e la realizzazione del Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna 2017-2019. Il piano affronta le problematiche connesse alla presenza di manufatti contenenti amianto negli ambienti di vita e di lavoro in modo integrato fra i settori ambiente, salute e lavoro. È prevista la definizione, lo sviluppo e l'attivazione di un programma regionale di assistenza informativa e sanitaria dedicata ai lavoratori ex esposti ad amianto presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica. È programmata l'attivazione di archivi regionali dei lavoratori ex esposti ad amianto e di quelli attualmente esposti, l'attivazione di un sistema informativo regionale per la gestione delle relazioni annuali ex art. 9 Legge 257/92, delle notifiche e dei piani di lavoro ex artt. 250 e 256 D.Lgs. 81/08. È inoltre prevista la definizione di procedure semplificate fra i diversi Enti Pubblici per la gestione delle azioni e dei provvedimenti derivanti dalla presenza di manufatti contenenti amianto, la rimozione e smaltimento di piccole quantità di materiali contenenti amianto, la comunicazione e informazione alla popolazione sui rischi legati alla presenza di amianto;
- la realizzazione di interventi diretti alla promozione della salute nei luoghi di lavoro finalizzati al miglioramento globale del contesto lavorativo, coniugando l'ottica tradizionale di rispetto della normativa specifica di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori con l'ottica di promozione della salute, con particolare riferimento ai temi del programma Guadagnare Salute (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica).
 - *Indicatori e target:*
 - % aziende con dipendenti ispezionate; obiettivo: $\geq 9\%$
 - n. cantieri rimozione amianto controllati su piani di rimozione amianto presentati (art. 256 D. Lgs 81/08): $\geq 15\%$
 - implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie: target 100% delle strutture autorizzate/anno
 - % case famiglia controllate: $\geq 50\%$
 - Realizzazione di almeno un programma di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie con utilizzo degli strumenti a livello regionale.

1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

Oltre a realizzare, registrare e rendicontare tutte le attività comprese nelle normative specifiche e nei piani nazionali e regionali in vigore, nonché attuare quanto previsto nel PRP come indicato in premessa, nel corso del 2017 occorrerà perseguire i seguenti obiettivi:

- Realizzazione del Piano Regionale Integrato delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale
- Rispetto dei criteri definiti al Capitolo 1, colonna ACL (Autorità Competente Locale), dell'Accordo Stato Regioni di recepimento delle "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle regioni e province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria" del 7.2.2013, recepito con DGR 1510/2013 per l'anno 2017.
- 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 bovina enzootica, TSE e Salmonellosi.
- Attività di controllo sul benessere animale e farmacovigilanza in allevamento secondo gli standards definiti a livello regionale.
- Implementazione del Portale Acque, con l'inserimento della programmazione del Piano di controllo acque potabili 2017, con la suddivisione relativa alle 4 sezioni del portale (approvvigionamento, trasporto, trattamento, distribuzione), e l'inserimento per ogni acquedotto dei dati relativi alla Tabella B1 del D. Lgs. 31/2001.
 - *Indicatori e target:*
 - PRI (Piano Regionale Alimenti); obiettivo: $\geq 95\%$ del programmato
 - % allevamenti controllati per benessere animale sul totale allevamenti; obiettivo: ≥ 15 o 20% secondo le specie

- % allevamenti controllati per farmacovigilanza e Anagrafe sul totale degli allevamenti; obiettivo: $\geq 33\%$
- % allevamenti controllati per malattie infettive (indicatore LEA); obiettivo: $\geq 98\%$
- % informazioni inserite nel Portale Acque; obiettivo 100%

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

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

- Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuando modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi;
- Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità di formazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo.
- Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni.
 - *Indicatori e target:*
 - copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari; obiettivo: $\geq 34\%$
 - realizzazione di 1 modulo formativo sulle malattie infettive, comprese quelle prevenibili da vaccino, rivolto agli operatori; obiettivo: effettuazione di almeno un momento formativo in ciascuna Azienda sanitaria.

2. Assistenza Territoriale

2.1 Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Le Aziende sanitarie (ciascuna Azienda USL in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS) devono mantenere l'impegno, avviato da anni, di garantire tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali attraverso l'utilizzo sistematico degli strumenti indicati a livello regionale (DGR 1056/15).

Per il 2017 è previsto il monitoraggio degli interventi aziendali ritenuti prioritari, in particolare rispetto:

- al miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva (corretta indicazione sul quesito diagnostico, nota per condizione/indicazione e classe di priorità) per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali anche in applicazione del DPCM sui LEA del 12/1/2017.
- all'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti (rispetto al totale delle prescrizioni) che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al medico di medicina generale.

Inoltre, nel 2016 ha assunto particolare rilevanza l'adozione della delibera n. 377 del 22 marzo 2016 "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" che ha disciplinato le modalità operative per la corretta applicazione dell'obbligo di disdetta da parte dei cittadini che non intendono o non possono usufruire della prenotazione in modo da liberare dei posti nelle agende di prenotazione.

Le Aziende sanitarie hanno avviato diverse azioni per favorire sia la prenotazione che la disdetta attraverso l'attivazione di un numero verde gratuito in ogni Provincia, lo sviluppo di alcune funzionalità presso le farmacie, gli sportelli Cup e il sito web www.cupweb.it (anche App "ER Salute" per smartphone e tablet), il potenziamento del servizio di recall (telefonata o sms) per ricordare al cittadino l'avvicinarsi di un appuntamento.

Per tutto il corso del 2017 fondamentale sarà il monitoraggio dell'applicazione delle indicazioni sull'obbligo di disdetta.

Inoltre, tutte le Aziende sanitarie hanno reso prenotabili on line sul CUPWEB regionale tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa (come da DGR 1056/15).

Importante potenziare sempre più l'utilizzo di tale modalità di prenotazione, ampliando il catalogo di prestazioni prenotabili e garantendo che l'offerta delle prestazioni prenotabili on-line sia la medesima di quella a sportello.

A questo fine le Aziende USL, in collaborazione con le Aziende Ospedaliere, e l'eventuale IRCCS di riferimento, oltre alle prestazioni monitorate per i tempi di attesa, dovranno mettere a disposizione del sistema di prenotazione on line almeno i primi accessi (classe di priorità D della ricetta) delle visite e prestazioni di diagnostica strumentale

Pertanto, per l'anno 2017, si considerano i seguenti obiettivi:

- Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard
 - *Indicatore e target:*
 - Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte MAPS) - obiettivo: $\geq 90\%$
- Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative
 - *Indicatori e target:*

- numero mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente – obiettivo: riduzione nel 2017 rispetto al 2016
- Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità (DGR 704/2013).
 - *Indicatore e target*
 - Indice di consumo di TC osteoarticolare e RM muscoloscheletriche dell'anno 2017 rispetto al 2012 (analisi dati ASA) – obiettivo: riduzione \geq 20%
- Prescrizioni e prenotazione dei controlli – ulteriore promozione della prescrizione da parte dello specialista che ha in carico il paziente.
 - *Indicatore e target:*
 - numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (fonte ASA/ARMP/DEMA) – obiettivo \geq valore 2016
- Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale
 - *Indicatore e target:*
 - % numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB rispetto al numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP - obiettivo \geq 80%

2.2 Le Case della Salute e la Medicina di Iniziativa

Il 5 dicembre 2016, con la DGR 2128/2016, la Regione ha approvato le nuove linee di indirizzo clinico-organizzative delle Case della Salute. Obiettivi principali sono il coinvolgimento della comunità nelle sue diverse forme, la collaborazione con il sociale e l'integrazione ospedale-territorio, secondo uno stile di lavoro multidisciplinare basato sui principi della medicina di iniziativa. Ad oggi le Case della Salute attive sono 88.

Tutte le Aziende USL dovranno promuovere l'implementazione dei contenuti delle nuove indicazioni nelle Case della Salute, con particolare riferimento alla strutturazione delle aree integrate di intervento, l'individuazione del referente organizzativo e del board gestionale-organizzativo. Dovranno inoltre proseguire con l'attivazione delle Case della Salute programmate e con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie.

- *Indicatori:*
 - Percorsi multidisciplinari attivati nelle Case della Salute e rendicontati nell'anagrafe regionale delle Case della Salute
 - Numero Case della Salute con referente organizzativo/Numero delle Case delle Salute attive – obiettivo = 100%
 - Numero Case della Salute a media/alta intensità con board gestionale-organizzativo/Numero delle Case delle Salute a media/alta intensità attive – obiettivo = 100%

Dovranno garantire, inoltre, l'implementazione di interventi di medicina di iniziativa, anche in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.

Per la **gestione integrata delle patologie croniche**, tutte le Aziende dovranno garantire all'interno delle Case della Salute l'attivazione degli ambulatori infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche, in particolare Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO, Insufficienza Renale Cronica.

Rispetto alla presa in carico della **fragilità\complessità**, e con riferimento al progetto regionale "Profili di rischio di Fragilità (**Risk-ER**)", nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare in

integrazione ospedale-territorio, tra ambito sanitario e sociale e con il coinvolgimento della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato):

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

Impiego degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente (Questionario PACIC) che dell'equipe (Questionario ACIC).

➤ *Indicatori e target:*

- numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive (obiettivo = 100%)
- numero di Case della Salute con impiego degli strumenti PACIC e ACIC (obiettivo ≥ 2)
- report sintetico sull'implementazione del Profili di Rischio (Risk-ER) nelle Case della Salute – obiettivo = sì

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

- le Aziende di Bologna, Imola e della Romagna (ambiti di Cesena, Ravenna e Rimini) devono assicurare il completamento della chiamata attiva da parte dell'Infermiere delle persone target (m. 45 anni e f. 55 anni) nell'ambito delle Case della Salute individuate;
- le Aziende di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara, Romagna (ambito di Forlì), devono garantire, nelle Case della Salute in cui è già attivo il progetto, la fase di rivalutazione ad un anno delle persone target (m. 45 anni e f. 55 anni).

➤ *Indicatori:*

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

2.3 Ospedali di Comunità

Nel 2016 è proseguito lo sviluppo degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della DGR 2040/2015. Ad oggi, con l'apertura delle strutture di Bobbio (PC) e Parma, gli Ospedali di Comunità attivi sono 14.

Organizzazione del percorso di accesso all'Osco secondo le modalità previste dalla DGR 221/2015; la richiesta di accesso deve avvenire attraverso la scheda di proposta di ricovero redatta da medico di medicina generale/medico ospedaliero/infermiere ADI, in fase di accesso il medico e l'infermiere case-manager dell'Osco effettuano la valutazione multidimensionale per individuare gli obiettivi assistenziali e terapeutici conseguibili, il tempo previsto per il raggiungimento dei risultati e le figure coinvolte nel PAI con partecipazione attiva del paziente e del care-giver. Dai dati del flusso SIRCO emerge l'evidenza di una maggiore appropriatezza nell'accesso, del paziente meritevole di ricovero presso OsCo, a seguito di una valutazione multidimensionale (UVM).

Le Aziende USL\AOSP, in accordo con le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali, devono inoltre 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, in coerenza con i principi contenuti nel DM 2.4.2015 n. 70 e nella DGR 2040\2015.

➤ *Indicatori e target:*

- Percentuale di pazienti con proposta di ricovero da UVM/totale dei ricoveri (2016 30%): per il 2017 atteso 50%
- Evidenza di una analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come ospedali di comunità.
- % PAI redatti congiuntamente ai pazienti-caregiver/numero PAI- obiettivo = 100%
- Degenza media in Ospedale di Comunità (media regionale 2016 20,48) – obiettivo <= 20 giorni

2.4 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 e target:*

- progettazione di percorsi di miglioramento (da documentare nel questionario on-line sui NCP) nei NCP aziendali (obiettivo >= 10% dei NCP aziendali)

Profili dei Pediatri di libera scelta

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

➤ *Indicatori e target:*

- organizzazione, in tutte le Aziende, di un incontro di presentazione dei profili a tutti i pediatri di libera scelta dell'Azienda
- progettazione di percorsi di miglioramento (obiettivo >= 1)

Osservatorio Cure Primarie

L' Osservatorio Regionale sulle Cure Primarie consente di raccogliere in maniera sistematica informazioni sulle scelte organizzative che le Aziende hanno compiuto relativamente all'assetto delle cure territoriali e disporre di un set informativo relativo ad ogni aspetto del sistema delle Cure Primarie.

Tutte le Aziende territoriali devono contribuire alla corretta compilazione dei dati richiesti relativamente all'attività dei NCP, alla organizzazione delle Case della Salute nonché comunicare formalmente in Regione l'attivazione di nuove Cds, anche al fine di attribuire il codice regionale.

➤ *Indicatori e target:*

- Aggiornamento dei dati nell'anagrafe delle Case della Salute per tutte le Case della Salute

2.5 Assistenza protesica

Il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art.1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" Introduce importanti novità e cambiamenti per quanto riguarda l'assistenza protesica. Particolare attenzione viene posta all'appropriatezza prescrittiva obiettivo che vede lo sviluppo di diverse modalità e strumenti; fra

questi l'individuazione di medici specialisti in possesso di specifiche competenze per la prescrizione di protesi, ortesi e ausili tecnologici.

Nel 2017 le Aziende USL dovranno individuare competenze, caratteristiche e modalità organizzative per la formulazione di un albo aziendale (o interaziendale nei territori dove insistono le AOSP) di medici specialisti prescrittori di protesi, ortesi e ausili.

- *Indicatore e target:*
 - Predisposizione documento aziendale – obiettivo = si

2.6 Cure palliative

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

Dovranno essere definiti i percorsi formativi rivolti ai professionisti operanti nelle strutture che inviano i pazienti alla rete di cure palliative per l'acquisizione di competenze atte a saper riconoscere il paziente che necessita di cure palliative, le modalità e i tempi per la segnalazione dei casi, per l'attivazione della consulenza e in generale per conoscere l'attività e le strutture 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

- *Indicatori e target*
- Numero di malati oncologici deceduti in ospedale sul numero di malati deceduti per malattia oncologica (diagnosi principale). Target: valore in diminuzione rispetto all'anno precedente di almeno il 5%
- Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore. Target: $\geq 60\%$
- Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (sono quindi esclusi i pazienti presi in carico dalla rete cure palliative e seguiti a domicilio), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica. Target: $\leq 25\%$

2.7 Continuità assistenziale – dimissioni protette

Allo scopo di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati è necessario migliorare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera. La continuità ospedale-territorio, in particolare la dimissione protetta, è ormai da diversi anni obiettivo delle politiche sanitarie di questa Regione e in collaborazione con i professionisti delle Aziende sanitarie sono stati individuati modelli organizzativi che hanno dimostrato la loro efficacia, non solo attraverso i dati di letteratura, ma anche attraverso le sperimentazioni avviate in alcune realtà del territorio regionale. Tali modelli organizzativi andranno implementati nelle aziende prevedendo in particolare: la definizione di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali, l'individuazione del responsabile (case manager) del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, l'individuazione

tempestiva, all'ammissione in ospedale, dei pazienti che presentano caratteristiche tali da richiedere, alla dimissione, percorsi e risorse a livello territoriale e la conseguente attivazione del percorso di dimissione protetta. Individuazione tempestiva e conseguente tempestivo avvio dei percorsi rappresentano un elemento imprescindibile dei protocolli di dimissione protetta. L'individuazione del case manager appare fondamentale in quanto diventa il garante della continuità del percorso assistenziale e di tutte le procedure utili a prendere in carico il paziente sul territorio assumendo un ruolo centrale già durante il ricovero ospedaliero.

➤ *Indicatore e target*

- N. PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera – target = 45%

2.8 Materno-Infantile – Percorso Nascita

Nel corso del 2017 andrà monitorata l'applicazione dei protocolli STAM e STEN attivati.

Dovrà inoltre essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. Andrà promossa l'adozione generalizzata della cartella regionale sulla gravidanza e l'utilizzo dello strumento "Scheda scelta del parto" per migliorare le competenze delle donne e la loro capacità di partecipare al proprio percorso assistenziale. La scheda scelta del parto è inoltre uno strumento importante, in associazione con l'ambulatorio della gravidanza a termine, della continuità assistenziale ospedale-territorio. La continuità assistenziale dovrà essere migliorata anche alla dimissione, promuovendo la definizione di protocolli integrati (per la fisiologia e per la patologia) per la dimissione madre bambino.

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

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

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

➤ *Indicatori e target:*

- Relazione su valutazione indicatori previsti STAM e STEN – obiettivo = Si
- % di donne che eseguono la diagnosi prenatale non invasiva nel pubblico/totale donne che eseguono una diagnosi prenatale non invasiva - obiettivo <= media regionale 2016
- Numero gravide assistite dai consultori familiari/totale parti – obiettivo >= 47,8% (media regionale 2016)
- % di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/tot. parti di nullipare - obiettivo >= 54,8% (media regionale 2016)
- % di donne straniere che hanno partecipato ai corsi/dei parti di donne straniere – obiettivo >= 22,3% (media regionale 2016)
- % donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica (farmacologica e non farmacologica) di controllo di dolore nel parto – obiettivo <= 14% (media regionale anno 2016)
- Percentuale di tagli cesarei primari – obiettivo:
 - Hub < 25%
 - Spoke < 15%
- Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson – obiettivo:

- Hub \leq 9,4% (valore medio del 2016)
- Spoke \leq 7,8% (valore medio spoke con numero parti \geq 1.000 del 2016)
- Percentuale di parti elettivi (IIb e IVb) – obiettivo
 - Spoke con numero parti $<$ 1.000 = 0 parti in classe IIb e IVb di Robson
- Presenza di protocolli integrati dimissione madre e bambino
 - % utenti residenti presi in carico dal CF entro 3 mesi dalla data del parto/parti da residenti – obiettivo \geq media regionale

2.8.1 Salute riproduttiva

Favorire l'accesso ai consultori familiari degli adolescenti (età 14-19 anni), ed in particolare di quelli di origine straniera, e garantire l'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (età 20-34 anni) per la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale, family planning).

➤ *Indicatori e target:*

- Percentuale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/pop – obiettivo \geq 7% (media regionale 2016)
- Apertura a livello aziendale di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti

2.8.2 Percorso IVG

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

➤ *Indicatori e target:*

- Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche - obiettivo \leq 25%
- % di IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti – obiettivo \geq 27% (media regionale - anno 2016)

2.8.3 Procreazione Medicalmente Assistita

Nel 2017 andrà garantita la applicazione delle DGR n. 927/2013 e n. 1487/2014, in particolare:

- concludendo il percorso per la conferma dell'autorizzazione regionale alle attività di PMA, con le visite ai Centri di I livello e aderendo allo stesso percorso per i Centri di nuova attivazione;
- implementando il sistema informativo della donazione, con l'inserimento dei dati relativi ai gameti ricevuti da donatori (donazione oblativa, da egg-sharing o da banche estere) e a quelli utilizzati per cicli di PMA eterologa;
- partecipando al gruppo di lavoro per la realizzazione della lista di attesa unica regionale;
- proseguendo una attività di promozione della donazione, coordinando gli interventi aziendali con le campagne regionali;

➤ *Indicatori e target:*

- Visita di verifica dei requisiti delle DGR 927/13 e 1487/14 nei Centri di PMA di I livello di quelli di II/III livello di nuova attivazione – obiettivo = si
- Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati – obiettivo: \geq 90%;
- Monitoraggio liste d'attesa omologa e eterologa;

2.9 Salute in età pediatrica e adolescenziale

2.9.1 *Contrasto alla violenza*

Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti (DGR 1677/2013) e dei quaderni correlati come da Piano regionale della prevenzione (DGR 771/2015). Accompagnare e sostenere l'implementazione delle linee d'indirizzo con un programma formativo locale specifico e attraverso la partecipazione dei professionisti ad eventi formativi regionali. Proseguire nella raccolta delle buone pratiche locali per la prevenzione del maltrattamento e abuso a bambini e adolescenti e collaborare con il gruppo di coordinamento regionale alla realizzazione di nuovi quaderni per implementare interventi di prevenzione e cura. Formazione della rete ospedale-territorio (compresi i PS generali, pediatrici e ostetrici, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, consultori familiari, pediatrie di comunità, servizi sociali, centri antiviolenza e centri di accompagnamento al cambiamento per uomini che agiscono violenza - centri Liberiamoci Dalla Violenza, LDV) a contrasto della violenza su bambini e adolescenti, violenza di genere e in gravidanza. A completamento della rete assistenziale si sottolinea la necessità di apertura di un centro LDV presso le Aziende USL di Bologna e della Romagna.

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

➤ *Indicatori e target:*

- numero eventi formativi realizzati - obiettivo ≥ 1 per Azienda sanitaria
- numero di centri LDV mantenuti attivi:
 - Parma e Modena
- Apertura centri LDV:
 - Bologna e Romagna = 1

2.9.2 *Lotta all'antibioticoresistenza*

- Distribuire ai pediatri di libera scelta i test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica

➤ *Indicatore e target*

- Numero di RAD per PLS – obiettivo ≥ 100 RAD/anno (in funzione del numero degli assistiti)
- promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillitevincolando il 98% dell'incentivo al raggiungimento dello standard minimo di compilazione (> 50 cartelle anno/pls)
- Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica (come rilevato tramite il flusso SIVER) con due obiettivi:

➤ *Indicatori e target:*

- Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica – obiettivo:
 - Modena, Bologna, Imola, Romagna ≤ 850 prescrizioni/1000
 - per le rimanenti aziende, che nel 2016 avevano un tasso inferiore al target fissato, sarà considerata positivamente qualunque riduzione del dato.
- Rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato – obiettivo:
 - Reggio Emilia \geq valore 2016
 - Altre Aziende $\geq 1,5$

2.9.3 **Promozione dell'Allattamento**

- Miglioramento della qualità del flusso dati allattamento (anagrafe vaccinale)
 - *Indicatori e target:*
 - Percentuale di dati mancanti - obiettivo:
 - Piacenza, Parma, Imola e Bologna (distretto Pianura Est) < 10%
 - Altre Aziende <= valore 2016
- Pianificare e implementare interventi per migliorare il supporto alle donne che vogliono allattare
 - *Indicatori e target:*
 - % allattamento completo a tre mesi e cinque mesi – obiettivo > valore 2016
 - % non allattamento a tre mesi e cinque mesi – obiettivo < valore 2016

2.9.4 **Promozione della salute in adolescenza**

Garantire gli interventi di promozione alla salute e alla sessualità.

- *Indicatori e target:*
 - Percentuale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità su popolazione target (14-19 anni) - obiettivo: >= 18,1 (media regionale relativa all'anno scolastico 2015/2016)

2.10 **Formazione specifica in medicina generale**

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

- Relazione sul percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliere e territoriali);
- Individuazione di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale.
 - *Indicatore e target:*
 - evidenza di percorsi formalizzati tramite documento di sintesi sulle azioni intraprese – obiettivo = si

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

- *Indicatore e target:*
 - documento di sintesi sull'attività seminariale svolta – obiettivo = si

2.11 **Salute Mentale, Dipendenze Patologiche**

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

Particolare attenzione dovrà essere posta alle seguenti aree di attività.

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

Le Aziende USL dovranno dare applicazione alle previsioni del Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (DGR 212/2016), come previsto nella sezione "articolazione degli impegni" per l'anno 2017, e in particolare:

- Garantire nella fascia di età 0-6 l'intervento abilitativo psicoeducativo-neuropsicologico (condotto dagli operatori opportunamente formati del Team ASD) per almeno 4 ore/settimana, da integrare con gli altri interventi negli ambiti di vita, condotti da altri operatori, opportunamente formati, appartenenti alle istituzioni che fanno parte del "Sistema Curante"
 - *Indicatore e target:* numero medio di ore settimanali per bambino - obiettivo ≥ 4
- rivalutazione funzionale al 16° anno di età: consolidamento delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta, e in particolare ai Servizi di Salute Mentale adulti, Handicap adulti e Dipartimenti di Cure primarie
 - *Indicatore e target:*
 - Designazione, per ogni Azienda USL, di un referente dei Servizi di salute mentale adulti - obiettivo: sì

2.11.2 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale

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

Per le AUSL nel 2017 si definiscono i seguenti obiettivi:

- definire annualmente le risorse che l'Azienda USL mette a disposizione del DSM-DP per l'attivazione di progetti terapeutico riabilitativi personalizzati da realizzare con il Budget di salute.
 - *Indicatore e target*
 - evidenza della definizione risorse - obiettivo = sì
- promuovere azioni di formazione e aggiornamento coinvolgendo personale sanitario, degli Enti Locali e le associazioni di familiari e utenti.
 - *Indicatore e target*
 - organizzazione di eventi formativi - obiettivo = almeno un evento per ogni Azienda

2.11.3 Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia

La chiusura degli OPG italiani è disposta dalla legge 9/2012, e successive modificazioni, al 31 marzo 2015. La Regione ha predisposto un programma per raggiungere tale risultato e per garantire l'assistenza alle persone con misure di sicurezza. Sono attive le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) presso l'Ausl di Bologna, per Avec e Romagna, e presso l'Ausl di Parma, per Aven.

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.

- *Indicatore e target:*

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

2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

La programmazione 2017 del FRNA sarà approvata da questa Giunta con separato atto deliberativo.

A livello locale la programmazione e gestione del FRNA dovrà avvenire in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze, definito in 450 milioni € a livello nazionale e circa 34 milioni a livello regionale, e con le risorse della Legge 112/2016 ("Dopo di noi").

Le Aziende Usl dovranno assicurare:

- il monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo del FRNA, FNA, Fondo del "Dopo di noi" e FSR per i servizi sociosanitari accreditati, garantendo l'omogenea e corretta applicazione del sistema di remunerazione regionale (DGR 273/2016) nei contratti di servizio conseguenti al completamento del processo di accreditamento definitivo. In particolare dovrà essere assicurata la completa attuazione delle indicazioni regionali nell'utilizzo di tutte le risorse (assegnate nel 2016 e trascinate da anni precedenti);
- la corretta applicazione del decreto Interministeriale di finanziamento del FNA per quanto riguarda l'individuazione delle persone con gravissima disabilità in base a quanto previsto nel decreto stesso e la garanzia dell'immissione dei dati dei beneficiari nel casellario dell'assistenza, secondo quanto previsto dallo stesso decreto;
- in collaborazione con gli Enti Locali, il consolidamento e lo sviluppo di interventi e di azioni a bassa soglia per anziani e disabili in particolare per le persone affette da demenze e loro familiari (caffè Alzheimer, meeting centers, gruppi auto aiuto) ed il contrasto dell'isolamento e della solitudine;
- la completa attuazione di quanto previsto dal Piano regionale Demenze e dal suo aggiornamento del 2016 (DGR 990/2016);
- la qualificata partecipazione e sostegno agli organismi di verifica e controllo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in materia di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento socio-sanitario;
- la fornitura e/o il rimborso delle attività sanitarie ai servizi sociosanitari accreditati favorendo l'esercizio della responsabilità gestionale unitaria del soggetto gestore del servizio accreditato anche per queste attività;
- la completa attuazione di quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017 (nuovi Lea) per l'area socio-sanitaria e delle relative indicazioni regionali, in particolare per quanto riguarda le novità relative delle quote a carico del FSR previste al comma 4 dell'art. 22 all'articolo (assistenza domiciliare socio-assistenziale post dimissione) e al comma 4 dell'articolo 34 (percentuale a carico del FSR tramite FRNA per laboratori protetti Centri occupazionali);
- l'attuazione e la collaborazione per l'aggiornamento a livello regionale del programma gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/2004), degli interventi socio-sanitari per le persone con SLA (DGR 1762/11 e DGR 169/13);
- la partecipazione, in collaborazione con i Comuni, alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore delle persone con grave disabilità nell'ambito del FRNA (DGR 1230/08), FNA, del Programma regionale L. 112/2016 "Dopo di Noi" delle sperimentazioni finanziate dal Ministero per la vita indipendente;
- l'attiva partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti in attuazione della LR 2/2014 e delle linee di indirizzo regionali;

- percorsi di accesso, presa in carico e continuità assistenziale per le persone con disabilità nell'accesso alle cure ospedaliere in emergenza e nell'assistenza specialistica, con particolare attenzione ai bisogni delle persone con disabilità intellettiva, relazionale e problemi comportamentali che necessitano di un approccio dedicato.
- in collaborazione con gli Enti Locali una presa in carico unitaria della persona con disabilità e della sua famiglia secondo l'approccio del progetto di vita indicato anche dalla Legge 328/00, dalla LR 2/03 e dalla Legge 112/2016 per le persone con disabilità grave, favorendo l'utilizzo di tutte le risorse disponibili per l'autonomia della persona con disabilità, non solo da parte della rete dei servizi, ma anche della famiglia e delle reti informali di cura ed in particolare attraverso progetti per la vita indipendente, il dopo di noi, servizi innovativi e a minore intensità assistenziale.
 - *Indicatori e target:*
 - Corretto utilizzo del FNA: immissione dati casellario dell'assistenza (obiettivo = si)
 - Adeguata offerta di residenzialità in accoglienza temporanea di sollievo: % giornate in accoglienza temporanea di sollievo/giornate annue in CRA (obiettivo >= 2 %)
 - Attuazione nuovi Lea sociosanitari:
 - assistenza domiciliare: monitoraggio della fornitura di assistenza domiciliare tutelare nei primi 30 giorni successivi alle dimissioni protette con rilevazione della % di pazienti con dimissione protetta e assistenza domiciliare nei primi 30 giorni (obiettivo = si)
 - laboratori protetti disabili: % laboratori protetti disabili con riconoscimento degli oneri al 70%/laboratori protetti disabili – (obiettivo = 100%)

2.13 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari

Case di promozione e tutela della salute in carcere

Nel percorso di sviluppo delle "Case di promozione e tutela della salute in carcere", presidio delle Aziende USL all'interno degli Istituti penitenziari, analoghe alle Case della salute territoriali, le Aziende sanitarie devono garantire la tutela della salute alle persone detenute secondo le linee guida regionali, in particolare dando attuazione al programma regionale di sanità penitenziaria (DGR n. 588/14). Per il 2017 si segnalano i seguenti specifici obiettivi, riferiti a:

Aspetti organizzativi:

- Carta servizi: predisposizione della carta dei servizi per la sanità penitenziaria in tutte le Aziende USL
- Attuazione Protocollo prevenzione rischio suicidario
 - *Indicatori e target:*
 - Adozione della Carte dei servizi per la sanità penitenziaria - Target: si
 - Evidenze specifiche dell'attuazione degli accordi interistituzionali contenuti nel protocollo per la prevenzione del rischio suicidario – target: si

Aspetti di prevenzione e promozione della salute

- Effettuazione screening HIV
- Piena valorizzazione nella cartella clinica informatizzata delle diagnosi e delle terapie
- Pianificazione di interventi di prevenzione e promozione della salute

- Utilizzo del tablet per la somministrazione farmacologica, comprensivo della prescrizione della terapia tramite la cartella SISP
 - *Indicatori e target:*
 - Percentuale di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza ≥ 14 giorni - target $\geq 80\%$
 - Coerenza tra terapie farmacologiche e diagnosi nella cartella clinica informatizzata SISP: numero di pazienti con diagnosi di patologia cronica/numero di pazienti con almeno un trattamento farmacologico per malattie croniche – target = 100%
 - Evidenza di un piano annuale di promozione della salute
 - Terapie farmacologiche somministrate tramite tablet – obiettivo = 100%

Per l'anno 2017, dovrà essere posta, ulteriormente, particolare attenzione alla qualità dei dati inseriti nella cartella clinica unica regionale SISP (Sistema Informativo Sanità Penitenziaria).

2.14 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.14.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017

Per l'anno 2017, viene definito un obiettivo di spesa **farmaceutica convenzionata** netta sostanzialmente allineato rispetto all'anno 2016 (-0,1%), ma con scostamenti differenziati a livello aziendale.

L'obiettivo è comprensivo delle ricadute dell'Intesa sottoscritta tra la Regione e le associazioni di categoria dei farmacisti convenzionati sull'attività di distribuzione per conto (DPC), cui le aziende Usl dovranno dare seguito nel corso del 2017.

L'incremento di spesa per l'**acquisto ospedaliero di farmaci (esclusa spesa HCV, Ivacaftor e farmaci oncologici innovativi)** viene previsto a livello regionale in **+6,3%** rispetto al 2016; è compresa la spesa per vaccini batterici e virali. È inoltre compresa la spesa per i farmaci destinati al trattamento delle malattie rare (farmaci appartenenti al gruppo terapeutico ATC-A16; eculizumab; ivacaftor in associazione a lumacaftor; ataluren) per i quali è in corso di valutazione l'istituzione, per il prossimo esercizio 2018, di un finanziamento specifico analogo a quello dei fattori della coagulazione.

L'obiettivo di spesa per l'acquisto ospedaliero non comprende pertanto:

- la spesa per i **Farmaci Innovativi Oncologici** stimata in un valore pari a 45.740.000 €. Per tali farmaci è accantonato a livello regionale un Fondo corrispondente alla spesa stimata. La lista dei farmaci oncologici considerati¹ fa riferimento all' Elenco dei farmaci innovativi aggiornato al 21 dicembre 2016" pubblicato sul sito di AIFA.
- la spesa per **Farmaci per l'Epatite C (HCV) e l'Ivacaftor**. Per tali farmaci viene costituito un Fondo a livello regionale pari a 36.000.000 €.

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

2.14.2 Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

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

¹ La lista comprende: brentuximab vedotin sino al 7 luglio 2017, pertuzumab sino al 7 luglio 2017, trastuzumab emtansine sino al 10 ottobre 2017, nab paclitaxel, radio 223 ra-dicloruro, idelalisib, pomalidomide, ibrutinib, nivolumab, pembrolizumab.

brevettuale, dei cosiddetti "generici puri", in quanto tale azione conduce al contenimento della quota di compartecipazione alla spesa che ricade sui cittadini.

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

- il contenimento del consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, fino ad un valore giornaliero non superiore a 50 DDD ogni 1000 abitanti e la riduzione dei trattamenti in terapia per più di un anno, al netto della mobilità sanitaria
- la promozione dell'uso appropriato, dopo accurata diagnosi, dei farmaci respiratori LABA-LAMA in associazione per il trattamento della BCPO: in particolare la prescrizione di ciascuno di tali farmaci dovrà avvenire in presenza del piano terapeutico previsto a livello regionale in cui lo specialista abbia riportato, dall'esito dell'esame spirometrico, il rapporto FEV1/FVC, valore utile per formulare diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva da moderata a molto grave secondo quanto raccomandato dalle linee guida
- l'ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine (ad alta, a moderata e a bassa intensità d'azione in funzione della necessità clinica), associate o meno all'ezetimibe, in prevenzione primaria e secondaria e in relazione al target da raggiungere, anche al fine di identificare i soggetti che necessitano del trattamento con i nuovi anticorpi monoclonali ipolipemizzanti, in aderenza alle indicazioni regionali sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione cardiovascolare
- l'adesione alle raccomandazioni formulate a livello regionale sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2 e il rispetto del tasso di utilizzo atteso secondo le indicazioni contenute nel Documento del Prontuario terapeutico regionale n. PTR 173 e suoi aggiornamenti
- adesione alle raccomandazioni contenute nel documento regionale di indirizzo sulla prescrizione dei farmaci anticoagulanti orali (NAO). La quota dei pazienti naive agli anticoagulanti arruolati al trattamento con i NAO (pazienti incidenti) dovrà essere sovrapponibile a quella dell'anno 2016, mentre dovrà essere dimezzata rispetto al 2016 la quota dei pazienti che passano da AVK a NAO, e comunque l'incremento di spesa per NAO non dovrà superare i 5 milioni di €
- in relazione al nuovo farmaco per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica (sacubitril+valsartan) la prescrizione dovrà avvenire da parte degli specialisti dei centri autorizzati, attraverso la compilazione del piano terapeutico AIFA. Nelle more dell'informatizzazione di tale piano, il prescrittore dovrà anticipare la registrazione della scheda anagrafica sulla piattaforma web di AIFA ricavandone il codice identificativo univoco del paziente; al momento della distribuzione del farmaco, dovrà essere presentato il piano terapeutico cartaceo contenente il codice identificativo del paziente e verificata l'eleggibilità al trattamento. I dati raccolti in modalità cartacea dovranno essere successivamente inseriti nella piattaforma AIFA quando attivata. Dovranno essere inoltre avviati specifici progetti locali di audit clinico nell'ambito della rete cardiologia.
- il contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci. Una particolare attenzione deve essere riservata all'uso inappropriato dei fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico. Specifica attenzione dovrà inoltre essere posta all'uso territoriale dei fluorochinoloni per il trattamento delle infezioni non complicate delle basse vie urinarie nella fascia di popolazione costituita dalle donne di età 20-59 anni e, per quanto riguarda l'uso ospedaliero degli antibiotici, alla promozione di azioni informative e di monitoraggio al fine di favorire il controllo delle resistenze batteriche;
- adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate nel gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente anche del rapporto costo/opportunità. Al fine di

consentire il monitoraggio del rispetto delle Linee guida regionale dovrà essere alimentato il data base oncologico (Circolare reg.le n. 17/2016) in ogni una sua parte e altra eventuale iniziativa finalizzata allo stesso obiettivo;

- adottare a livello locale modelli organizzativi comuni e soluzioni condivise mirate ad ottimizzare gli allestimenti delle terapie antitumorali – esempio con la programmazione di giorni di drug day – al fine di contenere le quote di scarto di produzione dei farmaci ad alto costo;
- adesione all'impiego dei biosimilari nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso con i seguenti obiettivi di impiego del biosimilare sul totale delle prescrizioni:
 - per epoetine il 70%
 - per l'ormone della crescita la prescrizione del farmaco vincitore della gara regionale nei nuovi trattamenti e il rispetto del risultato della gara per l'80% del fabbisogno al termine della validità della stessa;
 - per gli anti TNF alfa, raggiungimento del 45% del consumo di biosimilare dell'infliximab e del 35% del biosimilare dell'etanercept sulla prescrizione complessiva di ciascun principio attivo;
 - introduzione nella pratica clinica della follitropina biosimilare raggiungendo il 10% dei consumi totali del principio attivo.
 - aumentare in generale il ricorso alle quattro insuline basali disponibili con il migliore costo/beneficio; in particolare rispetto all'uso prevalente si dovranno ridurre i trattamenti complessivi con i due prodotti più costosi di 15 punti percentuali rispetto all'anno 2016.
- aumentare il ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV (indicatore: n° piani terapeutici con farmaco generico in prima linea/totale piani terapeutici in prima linea dell'ambito considerato); le singole realtà dovranno avviare un approfondimento sulla variabilità prescrittiva e mettere a punto con i professionisti approcci prescrittivi condivisi, fornendo inoltre i dati relativi alla soppressione virologica nel singolo paziente per l'anno 2016
- per i farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica per l'anno 2017 la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale, privilegiando, fra gli schemi terapeutici disponibili, quelli che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità;
- tra i farmaci antiVEGF per uso intravitreale, compresi quelli che hanno indicazioni inserite nella legge 648/96, utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza presentano il minore costo per terapia, allineando la prescrizione alla media regionale nella realtà con maggior spesa per trattamento;
- orientare la prescrizione dei fattori della coagulazione nel trattamento e nella profilassi dei sanguinamenti in pazienti con emofilia A e B, sia nei nuovi pazienti sia nei soggetti già in trattamento sottoposti a switch prescrittivo, ad un numero contenuto di prodotti al fine di migliorare la gestione delle scorte di magazzino e aumentare la concorrenza nelle procedure di acquisto, concordando con i clinici la strategia più opportuna;
- promuovere la diffusione e garantire l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale sui farmaci neurologici (farmaci per il morbo di Parkinson e per la sclerosi multipla), utilizzando gli indicatori definiti nei relativi documenti regionali e loro aggiornamenti (Doc PTR n. 239 e 271);
- adesione agli esiti delle gare regionali per i farmaci.

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

L'Intesa sull'attività di distribuzione per conto, recepita con DGR n. 327/2017, prevede la rimodulazione dei canali distributivi per la fornitura dei farmaci – convenzionata, distribuzione per conto e distribuzione diretta; le Aziende sanitarie dovranno provvedere al progressivo trasferimento della quota di farmaci loro assegnata, dalla presa in carico alla DPC e alla convenzionata.

2.14.4 Adozione di strumenti di governo clinico

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

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

- del 100% dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. In particolare per i farmaci antivirali per l'epatite C anche la percentuale di compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi dovrà essere del 100%
- dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, anche al fine della gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...); la % dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 95% dei trattamenti chiusi
- del data base regionale delle eccezioni prescrittive, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario
- della prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici

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

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

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

➤ *Indicatore*

- % di ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco" sul totale delle segnalazioni aziendali (obiettivo: incremento rispetto al 2016)

Al fine di sensibilizzare il personale sanitario verso il tema della sicurezza dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti, le Aziende sanitarie devono programmare, a partire dal 2017, almeno un evento formativo obbligatorio, residenziale o a distanza, rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici. Al fine di coinvolgere tutti i professionisti interessati e permettere loro di rispondere all'obbligo di frequenza, la programmazione del corso, eventualmente articolato in più edizioni, potrà svilupparsi su più anni a partire dal 2017.

➤ *Indicatore*

- Numero di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018 di ciascuna azienda sanitaria (obiettivo: almeno 1 evento)

2.14.5 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici

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

Le nascenti Commissioni di Area Vasta sui DM, nell'anno 2017, dovranno consolidare i loro percorsi organizzativi; al fine di standardizzare le modalità di gestione delle richieste di acquisizione e valutazione dei DM, si rende necessario che in tutte le aziende venga utilizzato l'applicativo web regionale "Gestione richieste di valutazione dei dispositivi medici" che consentirà di condividere a diversi livelli le informazioni relative alle richieste valutate, ai pareri espressi e alle relative motivazioni.

La spesa regionale dei dispositivi medici per l'anno 2016 rilevata nel flusso DIME (escluse le apparecchiature sanitarie) è pari a 370,3 milioni di euro in incremento del 4,7% rispetto all'anno precedente. L'incremento è dovuto ad una maggiore completezza del flusso relativamente all'inserimento dei dati di consumo, così come richiesto alle aziende sanitarie per l'anno 2016, in particolar modo per i dispositivi medici diagnostici in vitro (+98,5%, pari a 10 milioni di euro in più rispetto al 2015). Risulta in incremento anche la rilevazione delle apparecchiature sanitarie per una spesa 2016 pari a 24,1 milioni di euro (+16,1%, pari a 4 milioni in più rispetto al 2015), che non sono ricomprese nelle voci CE considerate.

Il consumo dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN per il 2016, rilevato dal flusso DiMe (al netto dei dispositivi diagnostici in vitro e delle attrezzature), ha rappresentato circa il 96% degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, rispetto alla soglia dell'indicatore LEA nazionale per la valutazione della qualità del flusso (65%). Dall'anno 2017 sarà valutata anche la completezza del flusso relativamente alla spesa per i dispositivi diagnostici in vitro, considerata la situazione di chiusura 2016 e le peculiarità di questi beni, la soglia da raggiungere per tutte le aziende è del 25%.

➤ *Indicatori e target*

- Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico (obiettivo > 95%)
- Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico (obiettivo > 25%)

L'obiettivo del consolidamento del flusso informativo DiMe dovrà essere perseguito anche per il 2017, risultano infatti ancora aree a scarsa completezza.

Con l'introduzione dei nuovi LEA, sarà posta particolare attenzione alla distribuzione di dispositivi sul territorio per l'assistenza protesica e integrativa; si rammenta che fanno parte della rilevazione tutti i dispositivi direttamente acquistati da SSN per l'uso all'interno delle strutture sanitarie e per la distribuzione sul territorio, sono da considerare anche tutti dispositivi movimentati a costo zero (frutto di sconto merce o altre modalità contrattuali). A tal fine sarà avviato un percorso di condivisione con le aziende sanitarie per supportare gli uffici preposti all'assistenza protesica e integrativa nell'implementare la rilevazione di loro competenza.

Altre aree per le quali si richiede alle aziende di adottare modalità tali da sanare le situazioni di incompletezza sono: per tutti i nuovi acquisti in service suddividere le voci di spesa tra beni di consumo, noleggio e servizi per consentire la tracciabilità dei dispositivi medici consumati; per una maggiore omogeneità si rende necessario che le aziende inviino i dati di consumo relativi alle apparecchiature sanitarie (CND Z11 e Z12).

Si richiama l'attenzione sugli indicatori oggetto di valutazione nell'ambito del sistema regionale Siv-ER e del progetto Bersaglio. Per quanto concerne gli indicatori di spesa e consumo e la completezza del dato DiMe nel corso dell'anno 2017 le aziende saranno chiamate a partecipare ad un percorso di definizione di nuovi strumenti, che veda la presenza di diverse professionalità aziendali al fine di raggiungere tutti gli attori coinvolti nella filiera di gestione dei dispositivi medici e della creazione del dato del flusso informativo DiMe.

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

La legge 2/2016 dispone all'art. 11, comma 1, lettera f) che le aziende USL svolgano attività istruttoria rispetto agli atti di competenza del Comune. Le Aziende USL dovranno curare l'istruttoria dei provvedimenti comunali di autorizzazione all'apertura di tutte le nuove farmacie assegnate attraverso il concorso straordinario bandito ai sensi dell'art. 11 DL 1/2012.

Inoltre l'art. 21 comma 2 della medesima legge regionale dispone che all'erogazione dei contributi regionali concessi alle farmacie rurali e all'istruttoria delle relative domande provvedano le Aziende USL.

➤ *Indicatore*

- Effettiva liquidazione entro il 31/12/2017 dei contributi concessi alle farmacie rurali ex l'art. 21 comma 2 LR 2/2016

2.14.7 Attività di informazione sul farmaco da parte degli informatori scientifici

Con l'adozione della Deliberazione di Giunta regionale n. 2309/2016 sono stati definiti gli indirizzi e le direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco. Sulla base delle disposizioni regionali in materia, le Aziende sanitarie dovranno adottare una propria regolamentazione sullo svolgimento delle attività degli informatori scientifici (ISF).

Le Aziende Sanitarie dovranno regolamentare le modalità di svolgimento degli incontri, in particolare, promuovendo la realizzazione di incontri collegiali in sostituzione delle visite individuali e inserendo le modalità di verifica, anche a campione, del possesso del tesserino identificativo regionale da parte degli ISF che accedono alle strutture per lo svolgimento degli incontri.

➤ *Indicatore*

Adozione del regolamento aziendale sull'attività di informazione scientifica sul farmaco da parte degli ISF

2.15 Adozione Cartella SOLE

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

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

➤ *Indicatore e target:*

- % MMG con installazione SSI/MMG convenzionati - (obiettivo: $\geq 10\%$)

3. Assistenza Ospedaliera

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

La DGR n. 272/2017 ha fissato obiettivi e scadenze finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna, in linea con quanto disposto dalla DGR n. 1056/2015; attraverso l'individuazione del RUA, Responsabile Unico Aziendale, le Aziende devono avviare e conseguire la corretta gestione delle liste di attesa.

Dovranno essere garantiti:

- Il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali
- Il controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale
- la gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione
- la finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate
- una adeguata accoglienza, gestione e informazione dei pazienti, attraverso una idonea formazione degli operatori
- il governo del rinvio degli interventi programmati.

E' prevista l'informatizzazione completa delle agende di prenotazione, lo sviluppo di sistemi alert in caso di non rispetto dei tempi di attesa e la corretta e completa alimentazione di SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa), strumento attraverso il quale la Regione monitorerà i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato.

Sarà integrato il nomenclatore SIGLA con interventi e procedure chirurgiche, utilizzando la classificazione ICD-9-CM; l'adozione del sistema ICD-9-CM consentirà una più agevole integrazione con gli applicativi che gestiscono la gestione della sala operatoria.

➤ *Indicatori e target:*

1. Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda
 - Per i tumori selezionati: 90% entro 30gg
 - Per le protesi d'anca: 90% dei casi entro 180gg
 - Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% entro la classe di priorità segnalata
2. Adozione della nuova versione del nomenclatore SIGLA
 - N° di discipline adeguate rispetto ai nomenclatori per disciplina forniti: 95%
3. Rispetto obiettivi DGR 272/2017
 - N° di obiettivi raggiunti: 100%
4. Raggiungere i target di completezza del flusso informativo e di adeguatezza dei tempi di attesa
 - Indicatore sintetico (RADAR) >= 80%

3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Nell'anno 2017 dovranno proseguire le azioni relative al completamento del *riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015* rispettando la *dotazione massima di posti letto pubblici* previsti.

Le Aziende sanitarie e le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali dovranno provvedere all'eventuale revisione dei documenti relativi al riordino della rete ospedaliera in relazione alle valutazioni di congruità così come trasmesse dalla Direzione Generale.

➤ *Indicatori e target:*

1. Adeguamento rispetto alle verifiche di congruità dei Provvedimenti approvati dalle CSST relativi al riordino della rete ospedaliera

- tabella 2.4 della DGR 2040/2015: Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima
- tabella 2.1 della DGR 2040/2015: Posti Letto Post-Acuti
- multidisciplinarietà nella gestione dei percorsi oncologici in particolare nella valutazione pre-chirurgica (cancer unit; breast unit)

3.3 Appropriatelyzza

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

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, oltre al rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati, deve essere perseguita l'appropriatelyzza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza di quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza.

In relazione ai DRG potenzialmente inappropriati, nell'ambito dei controlli obbligatorio previsto dalla normativa, deve essere perseguito l'obiettivo di trasferimento della casistica trattata in regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale) identificando gli elementi che eventualmente ne impediscono il trasferimento. In particolare si richiama l'attenzione sui seguenti DRG:

- DRG 008 C Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC, con esclusione dei pazienti sottoposti a Gamma Knife;
- DRG 88 M Malattia polmonare cronica ostruttiva
- DRG 158 C Interventi su ano e stoma senza CC
- DRG 160 C Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
- DRG 429 M Disturbi organici e ritardo mentale
- DRG 503 C Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
- DRG 538 C Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC;

○ *Indicatori e target:*

1. DRG ad alto rischio di inappropriatezza

- Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario • 0,21 (Griglia LEA)
- Per i DRG 008, 088, 158, 160, 503 e 538 raggiungere livelli < almeno di 5 punti percentuali, rispetto ai valori dell'anno 2016 mediante l'individuazione ed il monitoraggio di percorsi specifici alternativi al ricovero.

3.4 Volumi-esiti

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, **nel rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati**

sarà necessario portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti. Il monitoraggio dell'attività verrà effettuato tramite i dati presenti nella banche dati disponibili ed aggregati per "reparto".

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

Le aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private accreditate.

Relativamente alla percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal momento del ricovero, sul totale degli operati, si richiama l'attenzione al raggiungimento/mantenimento di livelli superiori al 70%. Si precisa che le eventuali riduzioni rispetto al dato storico saranno oggetto di valutazione.

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

➤ *Indicatori e target:*

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

- tumore della mammella:
 - numero minimo di interventi per Struttura ≥ 150 /anno
- colecistectomia:
 - numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura ≥ 100 /anno
 - colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria ≤ 3 gg $\geq 75\%$
- frattura di femore:
 - numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Struttura ≥ 75 /anno
 - interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore = $\geq 70\%$

Si raccomanda a tutte le Aziende il miglioramento delle performance per operatore e per struttura delle seguenti casistiche: tumore della mammella, PTCA, fratture di femore, *Indicatori e target*:

- Valutazione dei volumi previsti dal DM70 per
 - IMA = 100 casi/anno
 - Trauma Center = 240 traumi gravi/anno
- Per la rete Stroke le Aziende devono predisporre una relazione sullo stato di avanzamento della rete contenente i seguenti parametri: (% trombolisi e.v.; % intra-arteriosa; % riabilitazione codice 56 e 60; mortalità a 30 giorni per ogni Stroke Unit) ed inviarla contestualmente alla relazione sul riordino ospedaliero di cui sopra (scadenza ottobre 2017).
- Per la rete cardiologica e cardiocirurgica: Volumi ed esiti per interventi di:
 - PCTA (Volumi=250/anno con 75 PTCA primarie; proporzione di PTCA primaria = 65%),
 - By Pass isolati (Volumi=200/anno; mortalità a 30 gg= 3%),

- Valvole isolate (mortalità a 30 gg= 4%)

3.5 Emergenza ospedaliera

Per la rete dell'emergenza ospedaliera le Aziende devono, integrare il piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso con le direttive che fornite dal gruppo di lavoro Pronto Soccorso ed in particolare predisporre i sistemi informativi per la rilevazione di indicatori di monitoraggio dell'iperafflusso.

Le Aziende devono contribuire a migliorare ed uniformare il flusso informativo di Pronto Soccorso (EMUR).

➤ *Indicatore e target:*

1. Le aziende dovranno provvedere a rilevare regolarmente i suddetti indicatori mediante l'adeguamento dei propri sistemi informativi
 - Indicatori previsti dalle linee di indirizzo rilevabili per ciascun PS: 100%
2. I sistemi informativi dovranno prevedere un collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale

Entro fine 2017 dovrà essere completato l'adeguamento in ogni ambito territoriale delle reti STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n.1603/2013 (indicatore LEA). Per quanto riguarda l'attivazione di STEN si richiama quanto contenuto nella suddetta DGR che prevede 1 STEN per provincia, 1 STEN per le province di Parma e Piacenza, 1 STEN per le province di Bologna e Ferrara ed 1 STEN unico per l'Azienda USL della Romagna. Per l'attivazione di STAM si richiamano i contenuti della suddetta DGR che prevede: "*L'organizzazione deve contare su una rete informatica accessibile a tutti i reparti di Area Vasta che consenta l'individuazione in tempo reale dei posti letto disponibili sia di Ostetricia che di Terapia Intensiva Neonatale*".

➤ *Indicatori e target:*

- Entro fine 2017 dovrà essere revisionato negli ambiti territoriali ancora non a regime l'assetto delle reti STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA).
- Entro la fine del 2017 dovranno essere condotti audit clinici per la valutazione di tali percorsi

3.6 Attività trasfusionale

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

Le aziende dovranno a tal fine provvedere all'approvazione delle convenzioni con le federazioni e associazioni dei donatori.

Per quanto riguarda la corretta gestione della risorsa sangue è necessario che ciascuna azienda sviluppi un progetto di PBM (patient blood management) in ambito chirurgico ai sensi del DM del 2 novembre 2015 e secondo le Linee Guida del CNS.

➤ *Indicatori e target:*

- Definizione e adozione del protocollo per il buon uso del sangue per interventi di chirurgia ed ortopedia entro ottobre 2017
- Programmazione di almeno una iniziativa formativa che coinvolga almeno il 50% degli operatori interessati.

- Trasmissione entro il 30 luglio delle convenzioni stipulate con le associazioni e federazioni ai sensi della DGR 45 del 23/01/2017.

3.7 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

Poiché il processo della donazione degli organi, dei tessuti e delle cellule è ritenuto di primaria importanza per i risvolti clinici, etici e sociali che tale attività ingenera ed è base imprescindibile per il mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica, nell'ottica di un sempre crescente miglioramento dell'attività di donazione di organi e tessuti, si è ritenuto, nell'ambito del riordino ospedaliero, di porre per tutti i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dell'Emilia - Romagna i seguenti obiettivi per l'anno 2017 in continuità con quanto richiesto per lo scorso anno:

- Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) di un report indicante l'attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alle Donazioni;
- Verifica e trasmissione al Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRT-ER) del percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con lesioni cerebrali severe ricoverati in reparti non intensivi al fine di valutarne la migliore scelta terapeutica possibile, il decorso clinico, ma anche la possibile evoluzione verso la morte encefalica con conseguente accesso rapido e preferenziale al reparto di Terapia Intensiva per un eventuale successivo avvio del processo di donazione degli organi e dei tessuti;
- Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia - Romagna);
- Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento di un numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) pari ad almeno il 2% dei decessi (dell'anno precedente) con età compresa tra i 15 e i 78 anni (come da indicazioni del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia - Romagna).

➤ *Indicatori e target:*

- Relazione indicante l'attività, la composizione e il monte ore dedicato del personale che compone l'Ufficio Locale di Coordinamento alle Donazioni da trasmettere al CRT-ER entro il primo trimestre dell'anno successivo.
- Percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e TI da trasmettere al CRT-ER entro il primo trimestre dell'anno successivo.
- Numero di donazioni di cornee pari ad almeno il 17% dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni.
- Numero di donazioni multi-tessuto (donazione di soli tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) come da obiettivi di incremento/mantenimento del CRT-ER

3.8 Sicurezza delle cure

In attuazione della Legge 8 marzo 2017 n.24 "Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" dovrà essere prodotta una relazione annuale consuntiva relativa alle azioni di miglioramento previste dai Piani-Programma approvati dalle Direzioni Aziendali nel 2016; nella stessa relazione dovranno essere aggiornati i dati provenienti dalle fonti informative, previste dalle Linee di indirizzo per l'elaborazione dei Piani Programma della RER, descrittive degli accadimenti correlati alla sicurezza.

Sempre in relazione alla Legge 24/2017, deve essere assolto il debito informativo relativo agli eventi sentinella - SIMES Ministero della Salute, garantendo una tempestiva e puntuale segnalazione alla Regione e il monitoraggio delle relative azioni di miglioramento successive; in

maniera analoga deve essere promosso e valorizzato il sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi-eventi (incident reporting).

Deve essere garantita l'applicazione delle indicazioni contenute nella circolare regionale n.18/2016 "Specifiche per la gestione della check list di Sala Operatoria (SSCL) e infezioni del sito chirurgico (SICHER)". Al fine di promuovere l'effettivo utilizzo della check list di sala operatoria dovrà essere effettuata un'attività di osservazione diretta nell'uso della stessa e l'attuazione di susseguenti azioni di miglioramento.

Bisognerà continuare l'impegno per l'applicazione degli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera previsti dal DM 70/2015, con particolare riferimento all'implementazione dell'utilizzo del braccialetto per l'identificazione del paziente.

Occorre continuare l'attività di implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure, promuovendo l'applicazione delle stesse e aderendo al relativo monitoraggio Agenas. La verifica della adesione ai contenuti delle raccomandazioni potrà essere effettuata anche in occasione delle visite per la sicurezza (Progetto VISITARE).

Le Aziende devono recepire le Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale e aggiornare i Piani Aziendali di Prevenzione delle cadute.

➤ *Indicatori e target:*

1. Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure

- Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2016 e relativo aggiornamento dei dati delle fonti informative aziendali relative alla sicurezza delle cure. Standard: sì/no

2. Eventi sentinella e Incident Reporting

- Indicatore: Segnalazione alla Regione degli eventi sentinella secondo tempi e modalità stabilite; Standard: sì/no
- Indicatore: Presenza di specifica Procedura Incident Reporting ed evidenza di flusso informativo IR; Standard: sì/no

3. Check list Sala Operatoria

- Indicatore: assolvimento del debito informativo previsto da circolare 15/2017; standard: sì/no
- Indicatore: effettuazione osservazioni SSCL ed evidenza di predisposizione e attuazione di piani di miglioramento; standard: sì/no

4. Identificazione Paziente

- Indicatore: effettuazione di una mappatura delle Unità Operative in cui è utilizzato il braccialetto identificativo e predisposizione di un piano di miglioramento

5. Raccomandazione sicurezza delle cure

- indicatore: aggiornamento procedure relative a Raccomandazione 6 "Prevenzione morte materna correlata al travaglio e/o parto" e Raccomandazione 16 "Prevenzione della morte o disabilità permanente di neonato sano". Standard: sì/no
- Indicatore: presenza di procedura e adesione al monitoraggio Agenas. Standard: sì/no

6. Prevenzione e gestione delle cadute

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

- Indicatore: report su attuazione azioni previste da Piani Prevenzione delle Cadute 2016 e relativo aggiornamento dei Piani Aziendali prevenzione delle cadute 2017/2018; standard: sì/no;

Per quanto riguarda la gestione dei sinistri, si fa rinvio al capitolo 4.4

3.9 118 e Centrali Operative

Nel 2017 l'Azienda USL di Bologna, l'Azienda USL della Romagna e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma devono consolidare la funzione di interoperabilità delle centrali 118 garantendo, sentiti i responsabili delle centrali 118, idonei percorsi formativi e di retraining degli operatori al fine di sviluppare e mantenere conoscenze idonee alla ricezione e gestione delle chiamate di emergenza.

Entro la fine del 2017 le Aziende territoriali devono assicurare la omogeneizzazione dei protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico, adottati ai sensi dell'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118, tenuto conto del contesto di riferimento, e in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016.

L'Azienda USL di Bologna nel 2017 dovrà garantire il necessario supporto tecnico e amministrativo alla estensione alle ore notturne del funzionamento della base elisoccorso di Bologna. Le Aziende sanitarie individuate come sedi degli eventuali siti di atterraggio/decollo notturni dovranno a loro volta garantire lo specifico supporto tecnico e amministrativo per la loro realizzazione.

➤ *Indicatori e target:*

1. Obiettivo per Aziende Territoriali:

Indicatore: Completamento percorso di omogeneizzazione protocolli avanzati di utilizzo infermieristico sulla base delle linee guida regionali.

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

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

- Indicatore: Realizzazione nel 2017 di idonei percorsi formativi e di retraining continuo degli operatori al fine di sviluppare e mantenere conoscenze idonee alla ricezione e gestione delle chiamate di emergenza.

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

L'Azienda dovrà garantire l'estensione alle ore notturne dell'orario di funzionamento della base di elisoccorso di Bologna.

- Indicatore: Effettiva partenza del servizio di elisoccorso notturno entro il primo semestre 2017

3.10 Reti Hub & Spoke per Malattie Rare

È necessario garantire ai pazienti pediatrici affetti da malattie rare il primo accesso entro tempi compatibili con patologie potenzialmente ingravescenti e la presa in carico multidisciplinare con particolare attenzione al counselling genetico e psicologico rivolto al paziente e ai familiari. Entro il termine dell'anno si dovrà formalizzare una relazione dettagliata che illustri le tempistiche relative agli accessi assistenziali e la corretta presa in carico genetica e psicologica.

➤ *Indicatori e target:*

Invio entro il 31/12/2017 di relazione dettagliata con le seguenti specifiche:

- tempistiche relative al primo accesso
- tempistiche relative alle visite di follow up
- offerta di counselling genetico (modalità e tempi);
- offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi).

3.11 Rete delle cure palliative pediatriche

La delibera di Giunta n. 1898 del 10.12.2012 approva il progetto "la rete delle cure palliative pediatriche (CPP) della Regione Emilia-Romagna", stabilisce che il nodo ospedale e il nodo cure primarie della rete assicurino il livello assistenziale di cure palliative garantendo gli ambiti specialistici di competenza, individua il nodo Hospice pediatrico quale centro specialistico di riferimento a supporto delle attività dei nodi della rete e dà mandato alle DG delle Aziende Sanitarie di mettere in atto i provvedimenti e gli atti necessari per dare operatività al provvedimento sostenendo l'evoluzione della rete assistenziale delle cure palliative pediatriche.

A tal fine, le Aziende sanitarie dovranno riservare una particolare attenzione a questa materia favorendo la soluzione delle eventuali criticità, dovranno partecipare attraverso i propri specialisti al gruppo di coordinamento tecnico-professionale che si costituirà presso il Servizio Assistenza Ospedaliera e collaborare alla definizione dei percorsi, dei protocolli assistenziali, dei ruoli, delle interconnessioni fra i nodi della rete, in particolare per una piena integrazione del futuro Hospice pediatrico;

➤ *Indicatori e target:*

- partecipazione dei referenti individuati ai lavori del Gruppo Regionale CPP

3.12 Accredimento

Nel corso del 2017 dovrà essere completato il percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012, valutandone il grado di adesione a livello aziendale, anche mediante autovalutazioni ed audit interni.

A tal fine si chiede alle aziende di proseguire con le attività di autovalutazione avviate e di predisporre un piano di adeguamento rispetto ai requisiti generali di accreditamento aggiornati secondo quanto previsto dall'Intesa.

Secondo quanto previsto dalla DGR 1604/2015, le strutture già accreditate dovranno presentare domanda di rinnovo secondo le modalità ed i tempi che saranno comunicati in corso d'anno e comunque non prima della definizione delle nuove procedure.

Le Aziende sanitarie sono chiamate garantire l'aggiornamento dell'Anagrafe delle strutture autorizzate ed a verificarne la completezza.

➤ *Indicatori e target:*

- Entro 31/12/2017 invio dei piani aziendali di adeguamento ai requisiti generali di Accredimento aggiornati secondo quanto previsto dall'Intesa.
- Solo aziende territoriali: Corrispondenza tra anagrafe e strutture che presentano domanda di accreditamento/rinnovo >80%

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

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

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

Si riprendono pertanto anche per il 2017 gli impegni delle Direzioni aziendali:

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

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

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

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

4.1.1. Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2017 proseguirà l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i. (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).

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

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

➤ *Indicatore e target:*

- Indice di tempestività dei pagamenti; target: <=0

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

4.1.2. Il miglioramento del sistema informativo contabile

Nel corso del 2017 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
 - *Indicatore e target:*
 - Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio. Target: 90% del livello di coerenza
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP ed LA.

Nel corso del 2017 dovrà essere assicurata, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali che costituisce non solo uno strumento di scambio di informazioni ma anche di controllo e verifica dei dati contabili inseriti propri e delle altre Aziende. La corretta alimentazione della Piattaforma web è necessaria per assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale.

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

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

In continuità con gli esercizi precedenti, le Aziende sanitarie nel corso del 2017 sono chiamate ad assicurare la complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, " Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni inviate in corso d'anno dalla Direzione Generale regionale. In particolare:

Le Aziende sanitarie e la GSA, sono tenute:

- a recepire ed applicare le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali;
- 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, anche tenuto conto delle osservazioni e suggerimenti del Collegio Sindacale formulati in occasione delle Revisioni Limitate effettuate nel corso del 2016;
- a superare le criticità emerse dai Monitoraggi Regionali sullo stato di attuazione del PAC a tutto il 2016;

- a superare le criticità emerse in occasione delle Revisioni Limitate effettuate dai Collegi Sindacali;
- ad assicurare la partecipazione dei collaboratori individuati dal Gruppo di progetto ai Gruppi di lavoro operativi già attivati ai fini dell'eventuale aggiornamento delle linee guida regionali;
- ad aderire alle attività formative organizzate a livello regionale.

In particolare nel corso del 2017 si concluderanno le "Revisioni Limitate", ossia le verifiche da parte dei Collegi Sindacali e del livello regionale sullo stato di attuazione del PAC da parte delle Aziende. Tali verifiche avranno per oggetto le seguenti aree:

- Area requisiti generali;
- Area Crediti-Ricavi;
- Area Disponibilità Liquide;
- Area Debiti-Costi.

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

➤ *Indicatori e target:*

- Implementazione Adempimenti 2017 con riferimento alle aree:
I) Progettazione Sistema di Audit; II) Area Crediti-Ricavi; III) Area Disponibilità liquide; IV) Area Debiti-Costi; V) Revisioni Limitate;
Target: raggiungimento 100% adempimenti

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

Nel corso del 2017 saranno ultimate le attività necessarie per l'aggiudicazione definitiva del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile.

Le Aziende sanitarie sono impegnate:

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

➤ *Indicatore e target:*

- Partecipazione attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro; target: 95%

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

Il 2016 è stato un anno ricco di novità a livello nazionale nel settore degli appalti: da un lato l'emanazione del D.Lgs. 50/2016, nuovo Codice dei Contratti, ha introdotto numerose novità nelle procedure di approvvigionamento e dall'altro l'istituzione e l'avvio delle attività dei Soggetti Aggregatori ha prodotto un'importante mutazione dell'assetto organizzativo del sistema pubblico di accesso al mercato.

Dopo l'introduzione di tali importanti novità, il 2017 si presenta come un anno di consolidamento, in cui bisognerà portare a pieno regime quanto introdotto nel 2016 e definire con maggiore efficacia i nuovi assetti del mercato delle pubbliche forniture.

Innanzitutto occorrerà valutare come si andranno consolidando le norme in materia di appalti pubblici. Come detto, nel 2016 è stato pubblicato il nuovo Codice dei Contratti e tuttavia il quadro normativo appare tutt'altro che stabilizzato: non sono stati infatti pubblicati tutti gli atti attuativi del nuovo codice, alcuni dei quali hanno una notevole portata. In particolare la definizione del nuovo sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti potrebbe produrre notevoli mutazioni dell'assetto organizzativo degli appalti pubblici in quanto molte Amministrazioni potrebbero trovarsi nell'impossibilità di gestire procedure di gara e quindi dovranno rivolgersi alle centrali di committenza qualificate. Inoltre appare ancora poco chiara la definizione del nuovo modello per la nomina delle commissioni giudicatrici, sistema anch'esso in grado di produrre notevoli impatti, soprattutto sui tempi di aggiudicazione delle procedure. Oltre a ciò, è prevista nella prima metà dell'anno l'emanazione di un decreto correttivo al Codice degli Appalti che produrrà certamente la necessità di un ulteriore adeguamento di procedure, processi e strumenti informatici.

Altro provvedimento che interverrà nel corso del 2017 è l'emanazione da parte di AgID del "*Piano triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione*" previsto dalle disposizioni di cui all'art.1, comma 513 e seguenti della legge 28 dicembre 2015, n.208 (Legge di stabilità 2016). Il Piano Triennale produrrà importanti novità che impatteranno da un lato sulle modalità con cui le Pubbliche Amministrazioni potranno approvvigionarsi di beni e servizi ICT e dall'altro definirà il quadro nazionale di sviluppo dell'e-procurement con possibili ripercussioni in termini di revisione delle piattaforme attualmente in uso.

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

Altrettanto importante sarà nel 2017 implementare la collaborazione fra Aziende Sanitarie e Intercent-ER per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti e di diffusione dell'e-procurement. In attuazione della Giunta Regionale con la Delibera n. 287/2015, a partire dal 30 giugno 2016, le Aziende e gli Enti del sistema sanitario regionale hanno implementato l'utilizzo di ordine e documento di trasporto elettronici, completando, dopo l'entrata in vigore della fatturazione elettronica, la digitalizzazione dei documenti di gestione contrattuale.

Sul fronte dell'e-procurement, la Delibera di Giunta Regionale 2194/2016 ha introdotto l'obbligo, a partire dal 1 ottobre 2017, di utilizzo della piattaforma di e-procurement da parte delle aziende e degli enti del sistema sanitario regionale per l'espletamento di gare di beni e servizi di valore superiore alla soglia comunitaria. Come previsto dalle "*Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2016*" quindi, la dematerializzazione delle procedure di gara verrà anticipata di oltre un anno rispetto agli obblighi previsti dalla normativa nazionale, aumentando la trasparenza e l'efficienza dei processi di acquisto del SSR.

Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie

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

Sulle base dei risultati positivi conseguiti nel 2016, occorrerà consolidare il modello, coinvolgendo un numero sempre crescente di personale delle Aziende Sanitarie e aumentando il numero delle iniziative sviluppate. In particolare nel 2017 si prevede che vengano affidate a risorse distaccate dalle Aziende Sanitarie almeno 2 iniziative di gara regionali per ciascuna Area Vasta.

Sviluppo dell'e-procurement

Come detto in precedenza, la Delibera 2194/2016 ha introdotto l'obbligo, a partire dal 1 ottobre 2017, di utilizzo della piattaforma di e-procurement da parte degli enti regionali, delle aziende e gli enti del sistema sanitario regionale per l'espletamento di gare di beni e servizi di valore superiore alla soglia comunitaria nonché a facoltà di utilizzo per tutti gli altri enti del territorio.

E' quindi necessario che le Aziende Sanitarie collaborino con l'Agenzia Intercent-ER per porre in essere le attività formative, organizzative e procedurali per consentire l'effettivo rispetto degli obblighi imposti dalla Giunta.

Per quanto riguarda le procedure di valore inferiore alla soglia di rilievo comunitario, è necessario che le Aziende Sanitarie ricorrano in maniera sistematica al mercato elettronico regionale che offre un'ampia copertura merceologica in tutti i settori di spesa del servizio sanitario regionale.

Dematerializzazione del processo di ciclo passivo

La Delibera n. 287/2015, ha approvato la direttiva inerente ai tempi ed alle modalità di utilizzo del SICIPa-ER per la gestione degli altri documenti del processo di procurement attraverso il Nodo Telematico di Interscambio NoTI-ER. La Delibera prevede, in particolare:

L'obbligo, a partire dal 31 gennaio 2016, per le Aziende Sanitarie di inserire nelle procedure di gara per l'acquisizione di beni e servizi clausole che prevedano l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER;

L'obbligo, a partire dal 30 giugno 2016, per le Aziende e gli Enti del sistema sanitario regionale di emettere esclusivamente ordini elettronici attraverso il NoTI-ER ed emettere documenti di trasporto indirizzati ad altre Aziende e Enti del sistema sanitario regionale esclusivamente in forma elettronica.

Coerentemente con tali obblighi, nel 2016 tutte le Aziende Sanitarie hanno implementato i necessari strumenti per la gestione dei documenti elettronici ed hanno cominciato a inviare ordini elettronici tramite NoTI-ER. Nel 2017 occorre consolidare l'utilizzo di tali strumenti, estendendoli progressivamente alla gestione contrattuale di tutti i fornitori di beni e servizi del sistema sanitario regionale.

➤ *Indicatori e target:*

- Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno il 80% del totale degli acquisti di beni e servizi
- Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2017 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2017 per le medesime categorie
- Implementazione dell'obbligo a partire dal 1 ottobre 2017 di gestione informatizzata delle procedure di gara per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo comunitario
- Indizione di almeno 20 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.)
- Inserimento della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015 nel 100% dei contratti di beni e servizi stipulati
- Almeno il 35% degli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER

4.3. Il Governo delle Risorse Umane

La copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende è condizionata all'approvazione del Piano Aziendale annuale di Assunzione, con la definizione sia dei contingenti da reclutare rispetto alle

cessazioni e al turn over del personale dedicato all'assistenza, sia della previsione di costo complessivo delle risorse umane.

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

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

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

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

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

Rispetto Legge 161/2014:

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

➤ *Indicatori e target:*

- Rispetto del Piano di Assunzione, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati.
- Esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS. in applicazione della L. 161/2014 e in favore dell'occupazione
- Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS.
- Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti.

Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale:

Le Aziende del SSR saranno impegnate, altresì, nell'attuazione di progetti e programmi a supporto dei processi di innovazione, di sviluppo e potenziamento alle politiche di integrazione a livello sovra aziendale. Dovranno oltremodo essere garantiti il regolare accesso alle prestazioni rivolte all'utenza e la razionalizzazione dei sistemi organizzativi allo scopo di valorizzare professionalmente il personale e favorire la piena e qualificata erogazione dei servizi, nonché la riduzione delle liste di attesa. In tale contesto assume particolare rilievo l'accordo 19 settembre 2016 tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. Confederali e di Categoria "Accordo in merito alle politiche regionali di innovazione e qualificazione del Sistema Sanitario" e il successivo verbale di incontro del 2 novembre 2016 nell'ambito del quale il livello regionale e le OO.SS. hanno condiviso un atto di

indirizzo finalizzato all'utilizzo delle risorse derivanti dalle economie di gestione derivanti dalle riorganizzazioni ex art. 16 DL 98/2011.

Impegno da parte delle Direzioni aziendali al fine di garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di supporto all'implementazione dei progetti denominati "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), e del sistema unitario per la "Gestione Informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile" (GAAC), al fine di rispettare le scadenze pianificate e il cronoprogramma di avanzamento dei lavori. L'elevato grado di complessità dei progetti, richiederà un alto livello di attenzione e la puntuale collaborazione da parte delle Aziende durante tutte le fasi di implementazione del Sistema.

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

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

Relazioni con le OO.SS.:

Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali restano improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. A tal fine occorre proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti "precari" e la tutela della genitorialità, discussioni che saranno avviate anche con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi.

➤ *Indicatori e target:*

- Rispetto dei tempi e delle modalità attuative dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione.
- Numero processi completati su processi avviati.
- Rispetto delle scadenze individuate nei cronoprogrammi GRU e GAAC
- Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva.

Costi del personale:

➤ *Indicatori e target:*

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

4.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Dal 2017 tutte le Aziende sono state inserite nel Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013;

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

La tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di valutazione risulta fondamentale alla riuscita del Programma. A tal fine, il Nucleo regionale ha predisposto nuove Linee di indirizzo per la definizione delle procedure, in cui vengono indicati requisiti di processo e organizzativi minimi che tutte le aziende dovranno essere in grado di garantire (nota pg/2016/0776113 del 20 dicembre 2016). E' inoltre indispensabile che le Aziende sanitarie si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014; attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione.

➤ *Indicatore e target:*

- Rispetto dei tempi di processo;

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

➤ *Indicatore e target:*

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

In applicazione della Legge 8 marzo 2017 n.24 "Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" sono state inviate alle aziende sanitarie le prime indicazioni operative (nota PG/2017/0302132 del 20 aprile 2017) elaborate dal Nucleo regionale di valutazione sinistri. In corso d'anno, in coerenza anche alle misure attuative che saranno emanate a livello nazionale, seguiranno ulteriori disposizioni, cui le aziende dovranno tempo per tempo uniformarsi.

4.5. Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza

In sede di predisposizione del progetto di legge "Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale santa Maria Nuova – altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria" sono state introdotte norme per la migliore attuazione delle disposizioni nazionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza nella pubblica amministrazione da parte delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale.

A questo fine le aziende provvedono a garantire:

- l'adozione delle migliori prassi di attuazione delle disposizioni di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione), al fine di rafforzare l'efficacia e l'effettività delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo;
- l'adozione delle migliori prassi di attuazione delle disposizioni del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli

obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) e delle misure specifiche contenute all'interno del Piano Triennale per la Prevenzione e Corruzione, al fine di garantire un adeguato livello di trasparenza, la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità, l'emanazione, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche) del Codice di comportamento dei dipendenti allineato alle nuove disposizioni che in corso d'anno verranno emanate anche dalla Regione, sulla base del lavoro in corso da parte del tavolo di coordinamento dei responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza, attivo da alcuni mesi.

- la programmazione, nell'ambito dei piani triennali di prevenzione della corruzione, di obbligatorie misure di rotazione degli incarichi. In questo contesto, la rotazione del personale è considerata come obbligatoria misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nello stesso ruolo o funzione. Per l'attuazione della misura è necessario che le aziende e gli enti del SSR svolgano preliminarmente una adeguata analisi della propria organizzazione, prevedendo una programmazione della rotazione e definendo i criteri della stessa nei propri PTPC, o rinviando a ulteriori atti organizzativi. Tra i criteri vi sono, ad esempio: (a) l'individuazione dei settori sensibili e gli uffici da sottoporre a rotazione, quindi strutture dove si esercitano funzioni prevalentemente gestionali e fungibili; (b) la fissazione della periodicità; (c) le caratteristiche della rotazione, se funzionale o territoriale. Il ricorso alla rotazione deve essere considerato in una logica di complementarietà con altre misure di prevenzione della corruzione, specie laddove si presentano difficoltà applicative. In quest'ultimo caso, le aziende e gli enti del SSR devono adeguatamente motivare l'esclusione della rotazione e adottare misure con effetti analoghi. Per attuare il processo di rotazione sarà importante attivare misure di formazione volte a far acquisire ai dipendenti le qualità professionali e trasversali necessarie.

Le Aziende dovranno seguire le indicazioni dell'OIV-SSR in tema di adempimenti e misure volte a favorire la trasparenza dell'Amministrazione.

➤ *Indicatori:*

- Adeguare il Codice di comportamento alle nuove indicazioni nei tempi previsti dalle direttive regionali in materia
- Adeguare il Piano Triennale per la Prevenzione e Corruzione alle nuove disposizioni regionali in materia, in occasione della prima scadenza prevista

4.6. Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

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

Piattaforme Logistiche

Nel corso del 2017 le aziende dovranno garantire il livello di informazione necessaria al livello regionale, attraverso la definizione condivisa di parametri tecnici-economici delle attività di gestione magazzino, al fine di un monitoraggio comparativo sistematico tra le piattaforme logistiche stesse in termini sia di economicità sia di efficacia delle soluzioni. Le Aziende di Area Vasta Emilia Centro (AVEC) dovranno proporre il progetto di pre-fattibilità tecnico economico del magazzino unico.

Le Aziende sanitarie saranno chiamate a collaborare fornendo il supporto professionale necessario e le informazioni richieste.

➤ *Indicatore e target*

- % rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita dal gruppo regionale. Target: 100%

Information Communication Tecnology (ICT)

La programmazione del 2017 prevede la fase di realizzazione del nuovo gestionale dell'area amministrativa contabile (GAAC) con la relativa fase di collaudo in vista della messa in produzione presso le prime aziende sanitarie per il 2018. Le aziende entro il 31/12/2017 dovranno garantire il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo per le attività a loro associate con particolare attenzione alla restituzione delle voci di configurazione per la definizione dei dizionari unici.

➤ *Indicatore e target*

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

La Regione Emilia-Romagna prosegue con l'attività di messa a regime del nuovo software GRU (Gestione Risorse Umane) con le attività propedeutiche per la diffusione sull'intero territorio (fase 2: Aziende Area Vasta Emilia Nord) a seguito dell'avvio ad inizio 2017 dell'applicativo presso l'AUSL Romagna e le Aziende Area Vasta Emilia Centro (fase 1).

Le aziende per l'anno 2017 dovranno garantire il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo per le attività a loro associate con particolare attenzione alla configurazione dei dizionari unici.

➤ *Indicatore e target*

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

Le funzionalità e il consolidamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), quale strumento di comunicazione online con i cittadini per la consegna dei referti, per il pagamento e la prenotazione telematica, vedranno nel corso del 2017 il recepimento del DPCM 178/2015; in particolare dovranno essere adeguati tutti i sistemi aziendali all'invio dei documenti clinici individuati come nucleo minimo e quelli integrativi ritenuti strategici per la regione Emilia-Romagna.

Le Aziende entro il 31/12/2017 devono adattare i loro software all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale, nonché alla diffusione dei servizi esposti sul FSE come cambio/revoca MMG/PLS, offerta prenotazioni on line, pagamenti on line.

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

➤ *Indicatori e target*

- % adeguamento dei software aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale. Target: 100%
- % offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti. Target: 100%

L'adempimento al D. Lgs. 179/2012 relativo alla dematerializzazione delle prescrizioni è ormai in fase di messa a regime, le Aziende entro la fine del 2017 devono concludere l'adeguamento di tutti i software coinvolti nella gestione della ricetta dematerializzata in particolare devono sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento e il personale amministrativo per la corretta presa in carico ed erogazione.

➤ *Indicatore e target*

- invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate in ASA; Target: 90%

A seguito della diffusione su tutto il territorio del sistema di Anagrafe Regionale Assistiti (ARA), applicativo unico regionale per le funzioni di medicina di base, le Aziende dovranno attuare quanto condiviso dalla cabina di regia istituita all'uopo.

➤ *Indicatore e target*

- Rispetto tempistiche definite dalla cabina di regia. Target:100%

Sistema informativo

All'inizio del 2017 si è dato l'avvio alla riorganizzazione dei Sistemi Informativi i cui scopi principali sono lo sviluppo di un dataware house esteso a tutti i flussi di dati e la realizzazione di un sistema di reportistica (portale) che risponda ad ogni livello di committenza (regionale, territoriale, ospedaliero etc.) sia negli ambiti sanitari che a quelli socio-sanitari e sociali, con un profilo di analisi tipico dei controlli di gestione.

La soddisfazione dell'obiettivo permetterà alle Aziende di accedere ad una tempestiva e puntuale rendicontazione delle attività richieste ed erogate.

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

➤ *Indicatore e target*

- presenza di tutti gli interventi programmati erogati. Target: 95%
- valorizzazione del codice nosologico degli interventi erogati. Target: 100%

In parallelo, le Aziende dovranno garantire la trasparenza e la gestione delle liste aggiornando la posizione e lo stato di attesa del paziente, comunicando tutte le informazioni al sistema SIGLA.

➤ *Indicatore e target*

- % prenotazioni (disponibili in SIGLA) con data di prenotazione coerente alla data di prenotazione presente in SDO. Target: 95%

Stante che le Aziende, con la circolare n.6 PG/2016/515993, hanno aderito al nuovo tracciato della SDO, la qualità, nei termini di scarti e valorizzazione, della SDO dovrà soddisfare tutti gli standard entro il 31/12/2017.

➤ *Indicatore e target*

- n. segnalazioni per giornate di permesso (AT) rispetto sul totale delle schede ordinarie. Target: <1%

Le Aziende, sotto il profilo della qualità delle banche dati, dovranno garantirne (anche tramite audit) la rappresentatività (le banche dati regionali immagine delle locali) di quelle regionali in termini di volumi e completezza/qualità dei flussi, di tempestività di invio e di comunicazione dei referenti (ambito sanitario, ambito tecnico)

➤ *Indicatore e target*

- % rappresentatività – (n.record) per flusso ministeriale – tra le banche dati aziendali rispetto alle regionali Target: 100%
- % aggiornamenti righe/volumi (per chiave o id) – per flusso ministeriale - di aggiornamento di informazioni precedentemente inviate Target: <15%
- % volumi – per flusso ministeriale - trasmessi entro il mese/trimestre/semestre di invio. Target: 80%

- per tutti i flussi/banche dati regionali - comunicazione entro i tempi definiti dei referenti in ambito sanitario e tecnico . Target: 100%

Nell'ottica di integrazione dei flussi, quello del Pronto Soccorso dovrà correttamente integrarsi (link) con quello del 118, tramite il codice identificazione della missione (COD_MISSIONE) e quello di invio del paziente (COD_CO118)

➤ *Indicatore e target*

- n. righe PS con modalità di arrivo in ambulanza/elisoccorso (118) con link al flusso 118. Target: 100%

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

Piano investimenti

Nel corso del 2017 le Aziende sanitarie al fine di rispettare la tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 e 311 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 e nel rispetto del Disciplinare di Giunta (deliberazione n. 708 del 15 giugno 2015), devono:

- Ottenere l'ammissione a finanziamento degli interventi rientranti nel "Programma di adeguamento alla normativa antincendio" di cui alla Deliberazione di Assemblea Legislativa n. 73 del 25 maggio 2016.
- Avviare la predisposizione dei progetti e/o dei piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art.20 L.67/88).

➤ *Indicatori e target*

- Trasmissione entro le scadenze prestabilite dei progetti degli interventi rientranti nel "Programma di adeguamento alla normativa antincendio", da sottoporre al parere del Gruppo Tecnico per l'ammissione a finanziamento. Target: 100%.
- Avvio predisposizione progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art.20 L.67/88). Target: 100%

Le Aziende sanitarie inoltre devono adoperarsi per presentare, nel corso del 2017, le richieste di liquidazione degli interventi conclusi e attivati, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo.

- Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati. Target: Richieste di liquidazione per un importo pari al 75% del totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati.

Gestione del Patrimonio immobiliare

Prevenzione incendi

Gli obiettivi relativi alla gestione del patrimonio immobiliare aziendale prevedono la programmazione e la realizzazione degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015);

➤ *Indicatori e target*

- Realizzazione e monitoraggio degli interventi di adeguamento. Target: predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione incendi).

- Raccolta ed analisi dei dati relativi agli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie. Target: Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione incendi)

Prevenzione sismica

Mantenimento delle azioni (già proposte nella DGR 1003/2016) finalizzate al miglioramento sismico delle componenti non strutturali in tutti gli interventi edilizi attuati nel 2017 (nuove costruzioni, manutenzioni straordinarie).

➤ *Indicatori e target*

- Realizzazione degli interventi di miglioramento sismico. Target: Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione sismica).

Prosecuzione della partecipazione al progetto del Ministero della Salute "Analisi del fabbisogno nazionale in tema di prevenzione antincendio e di prevenzione sismica" attraverso la diretta collaborazione (6 gg/mese) di un professionista aziendale con competenze in materia di edilizia sanitaria ed adeguata esperienza tecnico gestionali in strutture ospedaliere di rilevanti dimensioni e garantendo la fornitura di dati sulla prevenzione incendi e sulla prevenzione sismica relativamente agli immobili aziendali.

Manutenzione

Monitoraggio dei costi di manutenzione ordinaria secondo la consueta metodologia; le Aziende dovranno adottare azioni allineare il costo (€/mq) della manutenzione ordinaria alla media regionale nella logica di garantire omogenei standard qualitativi e di sicurezza. Nel corso dell'anno AGENAS prevede di attivare il progetto nazionale di "Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN" relativo al rilievo dei costi della manutenzione ordinaria e dei consumi energetici.

➤ *Indicatori e target*

- Monitoraggio dei costi di manutenzione ordinaria. Target: predisposizione report di sintesi con i costi della manutenzione ordinaria e descrizione delle eventuali azioni adottate per ottenere il miglior allineamento possibile del costo della manutenzione ordinaria (€/mq) alla media regionale.

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

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

➤ *Indicatori e target*

- Realizzazione e monitoraggio degli interventi di miglioramento. Target: Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile).

Tecnologie biomediche

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

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

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

➤ *Indicatori e target*

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

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

Gli ambiti prioritari di attività che richiedono un impegno specifico da parte delle Aziende nel 2017 sono:

- la partecipazione al processo di riordino dei Comitati Etici,
- il contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza,
- il supporto alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA,
- il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento,
- la formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.

Gli obiettivi da raggiungere nel 2017 vengono indicati di seguito.

Riordino dei Comitati Etici

La DGR 2327/2016 prevede il riordino dei Comitati Etici (CE) della Regione Emilia-Romagna, processo che deve essere completato entro il 1/1/2018. In particolare, gli 8 Comitati etici delle Aziende dell'Area Vasta Nord e dell'Area Vasta Centro dovranno essere accorpate in due Comitati Etici di Area Vasta e l'AUSL della Romagna dovrà rivalutare assieme all'IRST di Meldola le modalità di funzionamento del CE della Romagna. Le Aziende Sanitarie dovranno assicurare nel 2017 di collaborare efficacemente al processo di riorganizzazione, rispettando le fasi previste dalla normativa.

➤ *Indicatori e target:*

- le Aziende dovranno assicurare la partecipazione delle segreterie dei CE al processo di riordino; target: partecipazione ad almeno 2 riunioni in ciascuna Area Vasta.

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

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

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

➤ *Indicatori e target:*

- % di procedure sorvegliate (interventi non ortopedici) sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento primo semestre dell'anno); Target: 55% di interventi sorvegliati;

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

➤ *Indicatori e target:*

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

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

➤ *Indicatori e target:*

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

Il supporto alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA

Nel corso del 2016 è stato messo a punto un nuovo sistema informatizzato regionale per la richiesta dei dispositivi medici (DM) da parte dei clinici delle Aziende sanitarie alle Commissioni DM locali. Il sistema prevede che, per la segnalazione di DM candidabili a valutazione HTA regionale tra quelli richiesti dai clinici, le Commissioni locali debbano compilare una sezione apposita, elaborata dall'ASSR in collaborazione con decisori e clinici regionali, contenente gli elementi fondamentali da tenere in considerazione per la segnalazione di tecnologie candidabili a valutazione HTA regionale. Le Aziende Sanitarie dovranno nel 2017 applicare i criteri condivisi nel 2016 per segnalare i dispositivi di interesse regionale candidabili a una valutazione secondo metodologia HTA.

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

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

- Partecipare al processo di revisione del modello di accreditamento, come indicato nella DGR 1604 del 2015, attraverso un percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012, valutando il grado di adesione ai requisiti predisposti dal Gruppo di progetto regionale, mediante autovalutazioni ed audit interni.

➤ *Indicatori e target:*

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

➤ *Indicatori e target:*

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

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

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

Gli obiettivi per il 2017 in ciascuna Azienda sono la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione:

➤ *Indicatori e target:*

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

COMUNICATO REDAZIONALE

Si comunica che con Legge regionale 6 luglio 2009, n. 7 (pubblicata nel BUR n. 117 del 7 luglio 2009) il Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna, dal 1 gennaio 2010, è redatto esclusivamente in forma digitale e consultabile on line. La Regione Emilia-Romagna garantisce l'accesso libero e gratuito a tutti i cittadini interessati tramite il proprio sito **<http://bur.regione.emilia-romagna.it>**

La consultazione gratuita del BURERT dal 1 gennaio 2010 è garantita anche presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico e le Biblioteche della Regione e degli Enti Locali.

Presso i Comuni della Regione è inoltre disponibile in visione gratuita almeno una copia stampata dell'ultimo numero. È sempre possibile richiedere alla Redazione del BURERT l'invio a mezzo posta di una copia della pubblicazione dietro apposito pagamento in contrassegno.