

## ALLEGATO B

### RISPONDERE AI BISOGNI DI SALUTE DEI CITTADINI E MIGLIORARE LA QUALITA' DEI SERVIZI, TENENDO CONTO DELLE RISORSE DISPONIBILI: SCELTE DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

#### PARTE I

#### IL QUADRO ECONOMICO E LA SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA DEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI INTEGRATI

##### 1 – Il quadro economico PAG 4

- 1.1 Dal Patto per la Salute 2010/2012 alle ricadute delle manovre del Governo
- 1.2 La Legge Finanziaria Regionale per il 2012, le risorse a disposizione del SSR e il finanziamento alle Aziende
- 1.3 Le risorse a disposizione del SSR e il finanziamento alle Aziende

##### 2 - La struttura dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari in ER PAG 7

- 2.1 Il grado di copertura dei LEA
- 2.2 Le dinamiche di crescita dei costi dei servizi sanitari e socio-sanitari, le disomogeneità dei costi per LEA ed i risultati attesi nell'ipotesi di allineamento sulle best performances.

##### 3 - Le linee di azione strategica: innovazione nei processi di cura PAG 11

- 3.1 Rileggere e ridefinire i processi di cura
- 3.2 Le relazioni con i cittadini
- 3.3 Le strategie di integrazione in Area Vasta
- 3.4 Le politiche delle cure ospedaliere

##### 4 - Il governo delle risorse PAG 13

- 4.1 Il vincolo dell'equilibrio di bilancio in capo alle Aziende Sanitarie
- 4.2 Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio
- 4.3 Fondo regionale per la non autosufficienza
- 4.4 Il governo delle risorse umane
- 4.5 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi
- 4.6 Il Governo degli investimenti e della gestione del patrimonio immobiliare
- 4.7 Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale
- 4.8 Il governo dello sviluppo ICT
- 4.9 Gli strumenti informativi a supporto delle azioni di governo
- 4.10 I nuovi IRCCS regionali

#### PARTE II

##### GLI OBIETTIVI DI SALUTE E LE AZIONI A GARANZIA DEI LEA PAG 33

##### 1 - Dignità della persona PAG 33

- 1.1 Qualità della comunicazione nella relazione di cura
- 1.2 Consolidare i processi di cure palliative e di terapia del dolore
- 1.3 Garantire l'ascolto, l'accoglienza, il supporto diagnostico e la presa in carico delle persone vittime di maltrattamento e abuso

#### 1.4 Garantire il diritto alla salute delle persone detenute

### **2 - Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure**

**PAG 35**

2.1 Le politiche per la sicurezza delle cure ed il risarcimento dei danni

2.2 Sviluppo dei processi di cura territoriali

2.3 I percorsi per la presa in carico

2.4 Erogazione prestazioni specialistiche ambulatoriali appropriate, in tempi adeguati e con percorsi chiari e definiti

2.5 Assistenza alla gravidanza

2.6 Riduzione del taglio cesareo

2.7 Assistenza neonatale

2.8 Assistenza protesica

2.9 Assistenza farmaceutica

2.10 Attività di programmazione e controllo dell'assistenza ospedaliera

2.11 Indirizzi per il riordino delle funzioni chirurgiche

2.12 Sistema delle cure in ortopedia

2.13 Miglioramento dei processi di accesso, trattamento e dimissione delle persone con bisogno di assistenza in fase post-acuta e riabilitativa

2.14 Programma stroke care

2.15 Programma epilessia

2.16 Rete e percorsi oncologici

2.17 Rete e percorsi cardiologici

2.18 Sistema delle cure in area critica

2.19 Rete malattie rare

2.20 Donazione e trapianto di organi e tessuti

2.21 Piano Sangue Regionale

2.22 Pronto soccorso

2.23 Garanzie per l'accesso e la continuità assistenziale per bambini e ragazzi con disabilità neuro-psico-motorie e per le persone con sofferenza psichica o dipendenze patologiche

2.24 Valutazione multidimensionale socio-sanitaria per la presa in carico integrata di anziani con patologie psichiatriche e minori con patologie psichiatriche o disabilità

2.25 Accreditemento dei servizi sociosanitari

2.26 Continuità e presidio processi di cura, prevenzione e sostegno per adolescenti e giovani

### **3 – Valorizzazione delle competenze ed empowerment degli operatori**

**PAG 54**

3.1 Integrazione multi professionale nei processi di cura

3.2 Sviluppo dei processi di accreditamento e delle attività di audit nelle cure socio-sanitarie integrate

3.3 Sviluppo delle abilità di comunicazione e counselling dei professionisti nell'ambito del percorso nascita

### **4 – Promozione della salute, prevenzione delle malattie e del disagio**

**PAG 55**

4.1 Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili

4.2 Sicurezza alimentare, nutrizionale e sanità pubblica veterinaria

4.3 Promozione della salute, stili di vita salutari, nonché prescrizione dell'attività fisica a persone con fragilità o malattie

4.4 Promuovere il benessere nella terza età

4.5 Programma di screening oncologici

4.6 Promozione della salute e prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro

4.7 Funzione di sorveglianza epidemiologica e sviluppo del sistema informativo dei Dipartimenti di sanità pubblica

**5.1 Le politiche per la ricerca ed innovazione**

**5.2 Le infrastrutture aziendali a sostegno della ricerca e del governo dell'innovazione**

**5.3 La tracciabilità dell'attività di ricerca**

**5.4 L'innovazione tecnologica**

**5.5 Le innovazioni clinico-organizzative**

**5.6 La formazione**

## PARTE I

### IL QUADRO ECONOMICO E LA SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA DEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI INTEGRATI

#### 1 – Il quadro economico

##### **1.1 - Dal Patto per la Salute 2010/2012 alle ricadute delle manovre del Governo**

Il Patto per la Salute, oggetto di Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 3 dicembre 2009, ha definito il complessivo quadro finanziario nazionale per il triennio 2010-2012, affiancandolo da una serie di previsioni normative e programmatiche.

La legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Legge finanziaria 2010) ha ripreso i principali contenuti del Patto per la Salute.

Il D.L. n. 78/2010 “Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica”, convertito in legge 30 luglio 2010, n.122 all’articolo 11 – Controllo della spesa sanitaria - è intervenuto sul livello di finanziamento prevedendo misure di razionalizzazione della spesa sanitaria e riducendo il finanziamento per gli anni 2010, 2011 e a decorrere dal 2012.

A partire dal 2010 il Governo assicura la copertura del fabbisogno finanziario attraverso un sempre maggiore ricorso a misure di contenimento della spesa sanitaria (personale e farmaceutica), alternative e sostitutive dell’incremento del livello di finanziamento.

Le misure di contenimento sono sempre più rilevanti: nel 2012 ad esempio, a fronte di un incremento del fabbisogno del 2,8% (Patto per la Salute 2010-2012) l’incremento del finanziamento previsto è solo dell’ 1,75%.

<i>Valori in milioni</i>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>fabbisogno post Manovra economica</b>	108.770,8	111.812 2,80%	114.826 2,70%	119.268 3,87%
<b>finanziamento</b>	106.905,3	108.780 1,75%	109.224 0,41%	110.716 1,37%
<b>misure contenimento</b>	1.865,5	3.032 62,53%	5.532 82,45%	8.482 53,33%

Le misure di contenimento della spesa introdotte dalla Legge 15 luglio 2011, n. 111 “Conversione in legge, con modificazioni, del D.L 6 luglio 2011, n. 98 recante disposizioni

urgenti per la stabilizzazione finanziaria (art. 17) sono stimate in 2.500 milioni per l'anno 2013 ed in 5.450 milioni per l'anno 2014. Tali misure si sommano a quelle già previste per l'anno 2012 pari a 3.032 milioni (in quanto sono state considerate ai fini della determinazione del livello di finanziamento 2012 in 108.780 milioni, che rappresenta la base di partenza della Manovra economica).

Complessivamente le misure di contenimento della spesa sanitaria previste per il triennio 2012-2014 sono pari a circa 11 miliardi. Considerando il trascinarsi delle misure dell'anno 2012 negli anni successivi, l'impatto economico delle misure di contenimento della spesa sanitaria nel triennio 2012-2014 è pari ad oltre 17 miliardi a livello nazionale.

Misure in vigore nell'anno 2012:	
- risparmi ivc CCNL L. 191/2009 art. 2 c.67	-466
- risparmi farmaceutica D.L. 78/2010 art.11 c.12 (L.122/2010)	-600
- risparmi blocco CCNL DL 78/2010 art. 9 c. 16 (L.122/2010)	-1.132
- reintroduzione ticket D.L. 98/2011 art.17 c.6 (L.111/2011)	-834
<b>MISURE anno 2012</b>	<b>-3.032</b>
<b>MISURE anno 2013</b>	<b>-2.500</b>
<b>MISURE anno 2014</b>	<b>-5.450</b>
<b>IMPATTO ECONOMICO DELLE MISURE DI CONTENIMENTO INTRODOTTE NEGLI ANNI 2012- 2014</b>	<b>-17.046</b>

Gli effetti economici delle misure di contenimento sopra richiamate sono ulteriormente aggravati dall'impatto economico derivante dalla nuova modalità di contabilizzazione degli ammortamenti non sterilizzati definita nella riunione congiunta del 24 marzo 2011 del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. La modalità di contabilizzazione definita a livello ministeriale, a decorrere dall'anno 2012 pone a carico delle Regioni il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio.

Il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, cui concorre ordinariamente lo Stato, per l'anno 2012 è complessivamente determinato il 108.780 milioni di euro.

Nel 2012 non è previsto il finanziamento di 834 milioni di euro, a fronte del quale lo Stato ha previsto la reintroduzione della quota fissa per ricetta di specialistica ambulatoriale pari a 10 euro, prevista dall'art. 17 comma 6 del citato D.L. 6 luglio 2011, n. 98.

L'impatto finanziario della manovra, che comporta un minor finanziamento del FSN per l'anno 2012 pari a 834 milioni di euro, per la Regione Emilia-Romagna si traduce in un minor finanziamento pari a circa 61,8 milioni di euro.

La Regione Emilia Romagna, obbligata ad introdurre i ticket come le altre regioni, ha deciso di non applicare il ticket da 10 euro in modo indiscriminato, ma ha cercato di mitigare per quanto possibile, l'impatto sui cittadini ed ha deliberato una diversa modulazione dei ticket con la DGR 1190 del 4 agosto 2011.

Il 28 dicembre 2011 è stato raggiunto l'Accordo con il Ministero della Salute e con il MEF ai sensi dell'art. 1, lettera p-bis della Legge n. 296/2006, che determina in 91,835 milioni il gettito che dovrà essere assicurato nell'anno 2012 dalle misure regionali di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie.

## **1.2 - La Legge Finanziaria Regionale per il 2012, le risorse a disposizione del SSR e il finanziamento alle Aziende**

La legge finanziaria regionale n. 21 del 22 dicembre 2011 conferma anche per il 2012 l'impegno finanziario regionale per il sistema del Welfare:

- l'intervento regionale a garanzia del fabbisogno finanziario connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie anche aggiuntive rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza del Servizio sanitario regionale è pari a 150 milioni di euro; di questi, 50 alimentano il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, aggiungendosi alle risorse direttamente stanziati a tal fine (articolo 22);
- il finanziamento diretto dal bilancio regionale per la Non Autosufficienza è pari a 85 milioni di euro integrando per 15 milioni la quota venuta meno anche nel 2012 dal Fondo Nazionale per la non autosufficienza, pari a 31 milioni (articolo 23);

## **1.3 - Le risorse a disposizione del SSR e il finanziamento alle Aziende**

Il Ministero della Salute ha trasmesso alle Regioni in data 10 novembre 2011 la proposta di riparto del Fondo Sanitario Nazionale e la proposta di assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2012.

Successivamente, in data 29 febbraio 2012, è stato raggiunto l'accordo tra le Regioni sul riparto del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 2012. La programmazione regionale per il 2012 viene avviata tenendo conto di tale accordo.

Per la Regione Emilia Romagna la quota di FSN prevista al netto delle entrate proprie convenzionali, è pari a 7.729,520 milioni e l'assegnazione per gli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale è pari a 119,561 milioni.

Le risorse a disposizione per il finanziamento del SSR ammontano a:

- 7.729,520 milioni costituiscono il livello di finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, sulle risorse a disposizione a livello nazionale;
- 119,561 milioni costituiscono il riparto delle risorse di FSN per il finanziamento degli obiettivi di carattere prioritario a livello nazionale;
- 150 milioni di euro di risorse stanziati sul Bilancio Pluriennale regionale 2012-2014.

La programmazione 2012 ha pertanto come riferimento un volume complessivo di risorse che rispetto al 2011 incrementa di 156,248 milioni di euro, corrispondente a +2%.

Tale incremento dovrà assicurare la copertura finanziaria di tutti gli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno 2012.

## **2 - La struttura dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari in Emilia Romagna**

### **2.1 - Il grado di copertura dei LEA**

La popolazione alla quale debbono essere garantiti i livelli di assistenza in Emilia-Romagna è 4.432.439 al 1/1/2011, e negli ultimi 10 anni è aumentata con un ritmo di crescita annuale di circa l'1%; la percentuale di anziani è più elevata rispetto al dato nazionale, infatti il 22,3% della popolazione della nostra Regione ha un'età di 65 anni o più (dato stabile a livello regionale da 10 anni, ma con aumento degli over 75, che ora sono il 12% , e degli over 80, che sono il 7%, mentre in Italia la percentuale della popolazione con età di 65 anni o più è del 20,3%, gli over 75 sono il 10,1% e gli over 80 il 6%. L'11,3% della popolazione della nostra Regione è straniera (la più alta percentuale tra le regioni italiane), dato che aiuta a spiegare anche la crescita di natalità (41.817 nati con un tasso di natalità del 9,4‰, mentre in Italia il tasso di natalità 2011 è il 9,1‰).

Nel tracciare una sintetica descrizione della struttura dell'offerta e dei costi per livelli di assistenza, si è fatto ricorso al patrimonio del sistema informativo sanità e politiche sociali, a cui va aggiunto il database dei costi per livelli di assistenza; quando è disponibile è riportato anche il dato nazionale.

Al livello "Prevenzione collettiva" afferiscono i costi dell'insieme di attività di prevenzione svolte dai Dipartimenti di Sanità Pubblica, nonché il contributo del FSR ai costi dell'ARPA, ed altresì i costi delle attività di prevenzione collettiva svolte dai Dipartimenti di Cure Primarie (programmi di vaccinazioni obbligatorie e raccomandate dell'infanzia e per la popolazione anziana) ed i costi dei 3 programmi di screening dei tumori.

Il costo pro-capite del livello di assistenza “Prevenzione collettiva”, riferito all’anno 2010, a livello regionale è pari 87,63 €, pari al 4,61% della spesa.

Per quanto concerne i risultati, si richiamano unicamente quelli relativi a programmi di particolare interesse per la sanità pubblica: per i 3 programmi attivi per lo screening di tumori – mammella e collo dell’utero e, più recentemente, colon-retto l’estensione degli inviti supera il 90% a livello regionale e l’adesione all’invito supera il 70% per la mammella, si attesta attorno al 60% per il programma di screening dei tumori del collo dell’utero e supera il 50% per quello dei tumori del colon retto.

Anche per i programmi vaccinali i livelli di copertura raggiunti sono complessivamente buoni e si attestano sui migliori livelli in ambito nazionale; tuttavia permangono alcune criticità legate alla variabilità delle coperture tra distretti ed alla necessità di raggiungere obiettivi di copertura più elevati in particolare per morbillo e rosolia e nei gruppi a rischio.

Infine si riporta la copertura nel 2011 dei controlli in ambito di sicurezza dei luoghi di lavoro: a livello regionale si registra un tasso di copertura del 10,5% (numero aziende ispezionate / aziende attive), con un range tra Aziende Usl che va dal 9,2 al 12,7%.

Il livello Assistenza distrettuale ha un costo pro-capite di 1.025 €, con una variabilità tra le Aziende Sanitarie del 18% tra il costo più basso e quello più elevato; poiché questo livello di assistenza assorbe circa il 54% delle risorse, verrà articolato nei sottolivelli: cure primarie, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica, non autosufficienza con l’assistenza domiciliare e rete degli hospice, rete di assistenza agli anziani.

Il livello delle cure primarie (medicina di base) assorbe l’11% delle risorse assegnate all’assistenza distrettuale - 110 € pro capite con una variazione tra minimo e massimo del 24,7%. L’assistenza di base è assicurata da una rete di 3.147 MMG, 605 PLS (dato 31/12/2011) e 895 medici di Continuità Assistenziale (dato al 31/12/2010), dislocati su 160 punti di guardia medica.

Il 73% dei medici convenzionati appartiene ad una forma associativa; in particolare, il 47% fa parte di una Medicina di Gruppo, il 43% appartiene ad una Rete di medici, il 10% ad una Associazione medica.

Il 94,6% MMG e PLS appartiene ad uno dei 216 Nuclei di Cure Primarie (NCP) presenti sul territorio al 31 dicembre 2011.

L’assistenza farmaceutica territoriale ha un costo procapite di 205,4 € con una variabilità fra le Aziende sanitarie compresa fra 194 e 213 €. L’erogazione di farmaci tramite le farmacie convenzionate assorbe il 74,5% della spesa farmaceutica territoriale, mentre la restante quota è rappresentata dalla distribuzione diretta da parte delle strutture sanitarie per pazienti in dimissione da ricovero e visita specialistica, presi in carico per patologie croniche, in assistenza domiciliare e residenziale, nonché dall’attività di distribuzione da parte delle farmacie aperte al pubblico per conto delle Aziende sanitarie.

L’assistenza specialistica ambulatoriale assorbe il 17,26% della spesa, con un costo pro-capite di 328 € ed una variabilità fra le aziende del 52%. Il numero delle prestazioni

specialistiche ambulatoriali nel corso del 2010 è stato di oltre 76 milioni, al netto delle prestazioni specialistiche erogate ai pazienti ricoverati, con un aumento rispetto al 2009 di circa due milioni di prestazioni. La percentuale più rilevante riguarda il laboratorio, con il 72% circa, seguono le visite con l'11,6%, la diagnostica con il 10,4% e le prestazioni terapeutiche con il 3,15%.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, il livello di copertura è di oltre 322 assistiti ogni 1000 abitanti di età superiore ad 85 anni – con punte di assistenza pari a 422 assistiti su 1000 persone. Il costo pro capite, per ADI/Hospice è di 127,52 € con una variabilità tra le Aziende del 59%.

Per quanto riguarda la rete hospice, programmata e regolata nell'ambito della L. 38/2010, in Regione ci sono 248 posti letto in Hospice pari 0,56 per 10.000 abitanti (lo standard nazionale è 0,6 per 10.000 abitanti). La degenza media è pari a 18,6 giornate (minimo 13,7 e massimo 35). I deceduti rappresentano il 75% dei dimessi.

L'offerta di servizi residenziali per gli anziani non autosufficienti garantisce 15.689 posti letto convenzionati (3 p.l. ogni 100 abitanti di età pari o superiore ai 75 anni). Gli ospiti, nel 2011 sono stati 25.745; se si considerano gli ultra 90-enni, trovano ospitalità 193 su 1000 persone; mediamente gli ospiti permangono nelle strutture 2,3 anni. Il costo pro-capite dell'assistenza anziani finanziata con il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza è pari a 449 €, con una variabilità fra le aziende del 39%.

Il livello Assistenza ospedaliera ha un costo pro-capite di 789 € (il 41% del costo pro-capite totale) con una variazione tra massimo e minimo del 14%.

L'offerta ospedaliera è di oltre 20.000 posti letto (il 22,4 %, sono privati accreditati), pari a 4,62‰ abitanti. Il 3,7‰ abitanti sono posti letto per acuti, e lo 0,88‰ abitanti è per riabilitazione e lungodegenza.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, l'82% della popolazione trova una risposta nell'Azienda USL o nell'Azienda Ospedaliera dell'ambito di residenza, il 12% in altre strutture ospedaliere della Regione ed il 6% in altre regioni. Il bacino d'utenza delle Aziende ospedaliere è rappresentato per il 72% dalla popolazione del territorio nel quale l'ospedale insiste, l'11% è attrazione infraregionale ed il 18% è attrazione da fuori regione, ossia mobilità interregionale; per l'Istituto Ortopedico Rizzoli la mobilità interregionale è il 56%, per il Policlinico S. Orsola il 21%.

Il tasso di ospedalizzazione ha un trend in diminuzione: 128 ‰ abitanti in regime ordinario e 42 ‰ per il DH; 22 punti del tasso di ospedalizzazione sono erogati da strutture private accreditate.

## **2.2 - Le dinamiche di crescita dei costi dei servizi sanitari e socio-sanitari, le disomogeneità dei costi per LEA ed i risultati attesi nell'ipotesi di allineamento sulle best performances**

Il modello di finanziamento alle Aziende Usl si basa, secondo quanto ribadito anche dalla L.R. 29 del 23 dicembre 2004 (art. 3 comma 2) sui Livelli Essenziali di Assistenza, in relazione alla popolazione residente in ogni ambito territoriale, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi.

I Livelli Essenziali di Assistenza rappresentano le prestazioni e servizi che il Servizio sanitario è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o attraverso una quota di partecipazione, e si configurano come centrali nell'analisi dell'attività aziendale.

Ogni anno, a consuntivo, viene fatto un processo di analisi dei dati aziendali, e vengono calcolati i costi per livelli di assistenza, che sono l'espressione delle risorse impiegate per il soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione. L'analisi è compiuta attraverso metodologie di contabilità analitica, di riclassificazione e di omogeneizzazione, per permettere confronti tra le diverse Aziende Usl regionali.

Centrale nell'analisi dei costi è l'indicatore *costo pro capite per livelli di assistenza*, espresso come rapporto tra il costo per livelli di assistenza e la popolazione *pesata* di riferimento, ossia la popolazione residente integrata con criteri di ponderazione equi e trasparenti.

L'analisi del costo pro-capite permette di quantificare l'entità delle risorse impiegate per l'erogazione dei LEA al singolo cittadino, sia a livello complessivo che per ciascun livello di assistenza, e di confrontare costo pro-capite di ciascuna Azienda Usl con quello delle altre e con la media regionale.

Le dinamiche di crescita dei costi pro-capite negli ultimi anni hanno subito un forte rallentamento, dettato dalla contrazione delle dinamiche di crescita del Fondo Sanitario Nazionale, accompagnate da manovre messe in atto e normate a livello nazionale (blocco dei CCNL, manovre sulla spesa farmaceutica), e da azioni di governo della spesa a livello regionale quali ad esempio la gestione degli acquisti centralizzati tramite Intercent-ER e a livello di Area Vasta, nonché a livello delle singole Aziende Sanitarie.

Rispetto al costo pro-capite medio regionale per Livelli di Assistenza si sono costantemente riscontrate negli anni forti differenze fra le Aziende Usl.

Le Aziende Usl che storicamente hanno un costo pro-capite inferiore alla media regionale, o che negli ultimi anni si sono portate in linea con la media, sono Reggio Emilia, Parma, Rimini, Piacenza e Modena, mentre tutte le altre Aziende Usl hanno avuto negli anni un costo pro-capite superiore alla media.

Le disomogeneità nei costi per Livelli di Assistenza possono trovare motivazione in ragioni di carattere epidemiologico, ma anche in una dotazione più capillare e/o ridondante dei servizi alla popolazione rispetto alla media regionale, nonché in aree di inappropriatezza ed in differenze nei costi di produzione dei servizi e delle prestazioni erogati all'utenza.

E' pertanto doveroso che le aziende con un costo pro-capite superiore alla media compiano tutti gli sforzi necessari a perseguire migliori performances, con la riduzione delle aree di inappropriata erogativa ed il recupero dei margini di efficienza nella produzione ed erogazione delle prestazioni, tendendo ad allinearsi nel breve termine alla media regionale delle Aziende UsI e contribuendo di conseguenza a ridurre i costi complessivi del Servizio Sanitario Regionale ed a migliorare l'equità nell'utilizzo delle risorse.

### **3 - Le linee di azione strategica: innovazione nei processi di cura**

#### **3.1 - Rileggere e ridefinire i processi di cura**

Gli obiettivi del Piano Sociale e Sanitario Regionale sono l'orizzonte strategico per le azioni da sviluppare, in un contesto nel quale è necessario perseguire gli obiettivi di salute e rispondere ai bisogni emergenti con una disponibilità di risorse che non incrementa con le dinamiche con cui incrementano i costi di fattori produttivi rilevanti.

Diventa perciò imperativo rileggere e ridefinire i processi di cura e modificare la struttura dell'offerta, affinché sia rafforzato l'orientamento ai risultati di salute, la continuità della presa in carico, la valorizzazione di tutte le competenze professionali che interagiscono nella gestione del processo di cura:

- in ospedale (H per intensità di cura, aree di degenza integrate tra diverse specialità, presa in carico e continuità delle cure, gestione dei processi e percorsi di cura, centralizzazione/prossimità delle prestazioni e delle strutture di erogazione)
- nelle cure primarie (gestione integrata delle patologie croniche, percorsi diagnostici e di follow-up strutturati per le patologie oncologiche, strutturazione delle attività nelle Case della salute)
- nella salute mentale (garanzie per l'accesso e la continuità assistenziale per le persone con sofferenza psichica, dipendenze patologiche, e supporto alle loro famiglie),
- nei servizi per la non autosufficienza (rafforzamento dell'integrazione delle reti formali ed informali per la cura delle persone non autosufficienti, prevenzione della non autosufficienza e supporto alle risorse delle persone al fine di rallentare la progressione del processo di non autosufficienza).

#### **3.2 - Le relazioni con i cittadini**

L'innovazione dei bisogni e delle espressioni di protagonismo delle persone (individui e soggetti collettivi), impone istanze, strumenti e processi di ascolto, condivisione, costruzione partecipata dei processi di cura, monitoraggio, valutazione e rendicontazione degli esiti; mantenere e sviluppare relazioni fiduciarie con i propri cittadini è, per un SSR,

sempre importante, ma diventa addirittura essenziale nel contesto attuale; il sistema delle Aziende Sanitarie di questa Regione deve consolidare una capacità comunicativa caratterizzata da una sostanziale onestà anche nel riconoscimento dei problemi, accompagnata da una contestuale assunzione di responsabilità nel perseguire le azioni di miglioramento necessarie.

### **3.3 - Le strategie di integrazione in Area Vasta**

L'integrazione di risorse e servizi in ambito di Area Vasta è una leva fondamentale per il miglioramento della qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi.

Le Aziende Sanitarie dovranno adeguare le proprie strategie di programmazione e gestione dei servizi sanitari e delle attività amministrative e tecniche di supporto alle direttive contenute nella DGR n.927/2011.

Coerentemente con quanto indicato in tali direttive, le strategie e l'adozione di decisioni operative di Area Vasta (partendo dalle best practices già realizzate ed inerenti i processi di selezione, acquisizione e logistica dei beni sanitari, le reti di diagnostica clinica ed il sistema di Emergenza/Urgenza), dovranno riguardare tanto la riorganizzazione delle reti cliniche quanto le funzioni tecnico ed amministrative di supporto.

In particolare, le strategie di Area Vasta debbono prevedere azioni relative ai seguenti ambiti:

- reti cliniche: è necessario rafforzare il sistema Hub & Spoke, migliorando la strutturazione ed il monitoraggio dei percorsi di centralizzazione vs Hub e di invio vs Spoke; consolidare ed arricchire i processi collaborativi, per la messa a valore delle competenze di eccellenza per l'intero sistema e per la disseminazione delle best practices;
- funzioni amministrative e tecniche di supporto: strutturare servizi interaziendali di Area Vasta per funzioni standardizzate (gestione economica del personale, gestione acquisti); costituire servizi interaziendali di Area Vasta per funzioni che richiedono competenze specialistiche relativamente rare, al fine di garantire l'esercizio delle competenze necessarie con gli indispensabili requisiti di congruità e continuità: ingegneria clinica, fisica sanitaria, tecnologie dell'informazione, affari legali.

### **3.4 - Le politiche delle cure ospedaliere**

Negli anni recenti la rete ospedaliera è stata significativamente modificata, sia dal punto di vista strutturale che dal punto di vista funzionale.

L'innovazione nei processi di cura delle principali malattie cardio e cerebro vascolari, delle patologie oncologiche, lo sviluppo delle funzioni di assistenza alle persone in condizioni critiche e delle alte specialità da un lato, e lo sviluppo delle attività di day surgery, di

chirurgia ambulatoriale e di day service dall'altro, impongono una radicale rivisitazione dei modelli e dei setting di assistenza ospedaliera.

E' dunque necessario ridefinire la rete ospedaliera, in ciascun ambito aziendale ed in un disegno di Area vasta facendo riferimento ai seguenti criteri:

- concentrare negli ospedali con bacino di utenza almeno provinciale le funzioni a più alto consumo di risorse (funzioni da garantire 24/24) e dedicate al trattamento di casistica che richiede l'utilizzo di tecnologie ad alta complessità e di competenze specialistiche tali da implicare una concentrazione della casistica;
- prevedere ospedali di livello intermedio con funzioni dedicate prevalentemente ad attività programmata in area chirurgica e ad orientamento generalistico in area medica;
- connotare gli ospedali meno complessi dal punto di vista del service-mix come presidi di prossimità, per le funzioni di consulenza alle cure primarie e per le funzioni di lungodegenza o di degenza temporanea di pazienti cronici che attualmente usano in modo ricorrente o più lungo del necessario i posti letto per acuti.

Utili strumenti di riferimento per il processo di ridisegno delle reti ospedaliere, sono i documenti già prodotti e relativi all'analisi della lungodegenza e dei bed blockers, allo studio delle funzioni di area critica, agli indirizzi di riordino delle funzioni chirurgiche.

## **4 - Il governo delle risorse**

### **4.1- Il vincolo dell'equilibrio di bilancio in capo alle Aziende Sanitarie**

L'equilibrio economico-finanziario costituisce vincolo e obiettivo sia per il Servizio Sanitario Regionale che per le singole Aziende Sanitarie.

La modalità di verifica del risultato di esercizio delle Aziende sanitarie e del Consolidato regionale definita dal Tavolo di verifica degli adempimenti (ex articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, istituito presso il MEF) comporta, a partire dal 2012, la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio riferiti a tutti i beni ad utilità pluriennale.

Tale modalità comporta la necessità di assicurare a livello regionale una situazione di **pareggio di bilancio**, da determinarsi sulla base dei criteri civilistici: a partire dall'anno 2012 all'interno dell'equilibrio dovranno essere interamente ricompresi gli ammortamenti netti di competenza dell'anno.

Il calcolo degli ammortamenti netti, ossia degli ammortamenti depurati della sterilizzazione, si compie portando a detrazione del costo degli ammortamenti le quote utilizzo contributi in conto capitale.

Sono oggetto di sterilizzazione le immobilizzazioni acquistate con contributi in conto capitale statali e regionali, con donazioni vincolate ad investimenti, con il ricavato delle alienazioni patrimoniali (plusvalenze da reinvestire). Le quote annuali di ammortamento vengono "sterilizzate" ossia l'effetto economico è neutralizzato attraverso l'iscrizione tra i ricavi di una specifica contropartita.

Se invece l'investimento è stato realizzato attraverso l'indebitamento pluriennale (contrazione mutui), l'onere dell'ammortamento non viene sterilizzato e quindi rappresenta, a tutti gli effetti un costo di esercizio per le Aziende sanitarie pubbliche, ancorché non monetario.

L'eventuale acquisizione di immobilizzazioni mediante l'utilizzo di contributi in conto esercizio, da concordare con i competenti Servizi regionali, comporterà l'applicazione delle disposizioni contenute nell'articolo 29 del Decreto Legislativo n. 118/2011 e dettagliate nella Casistica applicativa: i contributi in conto esercizio devono essere stornati dal Conto economico per essere trasferiti al Patrimonio Netto – Finanziamenti per investimenti, al fine di attivare la procedura di sterilizzazione dei relativi ammortamenti.

La copertura degli ammortamenti non sterilizzati viene assicurata:

- per le immobilizzazioni entrate in produzione negli anni 2010 e 2011 nell'ambito del finanziamento a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario ad eccezione delle Ausl di Parma e Rimini;
- per le immobilizzazioni che si prevede entreranno in produzione nell'anno 2012 nell'ambito del finanziamento per livelli di assistenza per le Aziende USL e nell'ambito del valore della produzione per le Aziende Ospedaliere e per lo IOR.

Tenuto conto dei finanziamenti sopra riportati, le Aziende sanitarie dovranno assicurare già in sede di predisposizione del Bilancio economico preventivo 2012 la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati delle immobilizzazioni entrate in produzione successivamente all'1/1/2010.

Il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati riferiti alle immobilizzazioni entrate in produzione fino al 31/12/2009 sarà assicurato a tutte le Aziende sanitarie attraverso le risorse che sono state appositamente accantonate (Tab. 1) nella misura di 120 milioni di euro, e che saranno assegnate alle Aziende solo in sede di predisposizione dei Bilanci dell'esercizio 2012.

In sede di formulazione del Bilancio economico preventivo 2012, le Aziende sanitarie dovranno pertanto evidenziare una perdita d'esercizio non superiore al valore degli ammortamenti non sterilizzati riferiti alle immobilizzazioni entrate in produzione fino al 31/12/2009. In sede di predisposizione del Consolidato regionale, tale perdita troverà copertura finanziaria attraverso le risorse accantonate che saranno evidenziate nella Gestione Sanitaria Accentrata regionale.

Nell'anno 2012 le Aziende sanitarie e la Regione sono impegnate ad assicurare il complessivo finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati, che pertanto rientrano nel vincolo di bilancio.

Con riferimento all'esercizio 2012, le Aziende sanitarie sono tenute a presentare, nell'ambito della relazione di accompagnamento ai documenti di programmazione 2012-2014 una tabella che suddivida l'importo complessivo degli ammortamenti di competenza e della relativa sterilizzazione tra:

- immobilizzazioni entrate in produzione fino al 31/12/2009
- immobilizzazioni entrate in produzione negli anni 2010 e 2011
- immobilizzazioni che si prevede entreranno in produzione nell'anno 2012.

**Le Direzioni aziendali per il 2012 saranno impegnate:**

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

Il mancato rispetto degli impegni di cui sopra è motivo di decadenza dei Direttori Generali, ai sensi dell'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Delle verifiche straordinarie dovranno essere informate le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie.

Il rispetto del vincolo di bilancio costituisce, per il 2012, pre-requisito per le Direzioni aziendali ai fini dell'accesso al compenso aggiuntivo annuo previsto nei rispettivi contratti.

Le Aziende sanitarie devono applicare le indicazioni contenute nelle rispettive istruttorie tecnico-contabili effettuate dal Servizio Programmazione Economico-Finanziaria sui bilanci di esercizio degli anni pregressi. La corretta e completa applicazione delle indicazioni sarà oggetto di valutazione del Direttore Generale.

**Le Aziende sanitarie sono tenute a perseguire, nel corso dell'anno 2012, una progressiva riduzione dell'esposizione debitoria ed un contenimento dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi, assicurando un efficiente ed appropriato utilizzo delle risorse finanziarie. La complessiva situazione finanziaria aziendale sarà oggetto di analisi attraverso l'impiego degli strumenti regionali di rilevazione dei tempi di pagamento, nonché di valutazione condivisa con il livello regionale nel corso dell'esercizio.**

Le Aziende sanitarie, tenute alla presentazione di un Piano pluriennale contenente le misure idonee a ricondurre la gestione nell'ambito del vincolo economico-finanziario assegnato, qualora non vi abbiano già provveduto, sono tenute a formalizzarne l'adozione mediante l'inserimento negli Strumenti di programmazione 2012-2014. Gli Strumenti di programmazione 2012-2014 dovranno essere impostati coerentemente alle azioni contenute nel Piano pluriennale e rifletterne le ricadute economico-finanziarie. Il Piano pluriennale dovrà essere monitorato in corso d'anno. Le Aziende sanitarie sono tenute a verificare le ricadute economico-finanziarie e ad adottare eventuali interventi correttivi per assicurare il rispetto degli obiettivi prefissati. Gli Strumenti di programmazione dovranno essere integrati da una specifica Relazione che, tenuto conto dello stato di attuazione del Piano pluriennale, dia conto del grado di perseguimento degli obiettivi di miglioramento, dell'individuazione di ulteriori azioni di efficientamento e di razionalizzazione, delle azioni di rientro previste a carico del prossimo triennio e dei risultati attesi in termini economico-finanziari.

Le Aziende dovranno redigere il Bilancio Preventivo 2012, ed il Bilancio Pluriennale 2012-2014, calcolando l'impatto e gli effetti delle norme contenute nelle manovre:

- Ø D.L. n. 78/2010 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica " convertito in legge 30 luglio 2010, n.122
- Ø Legge 15 luglio 2011, n. 111 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria"
- Ø Legge 14 settembre 2011, n. 148 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138 recante ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo"
- Ø Legge 22 dicembre 2011 n. 214 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 dicembre 2011, n. 201, recante disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici".

#### **4.2 - Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio**

Il Decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 "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" ha avviato il processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dal Patto per la Salute

2010-2012, oggetto di Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 3 dicembre 2009, e dagli emanandi decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale.

Nel corso del 2012 le Aziende sanitarie dovranno recepire ed attuare le disposizioni regionali finalizzate all'applicazione del D.Lgs n. 118/2011 che definisce principi contabili generali ed applicati al settore sanitario, nonché della Casistica applicativa in corso di emanazione da parte dei Ministeri competenti. In particolare dovrà essere garantita l'applicazione dei principi contabili contenuti nel Titolo II del D.Lgs n. 118/2011:

- all'utilizzo dei coefficienti di ammortamento riportati nell'allegato 3 al D.Lgs n. 118/2011;
- all'applicazione dei principi e delle regole concernenti la modalità di rilevazione degli ammortamenti e la procedura di sterilizzazione degli stessi;
- all'eventuale acquisizione delle Immobilizzazioni con contributi in conto esercizio;
- al corretto utilizzo degli schemi contabili riportati nell'allegato 2 al D.Lgs n. 118/2011;
- al corretto utilizzo dei modelli ministeriali CE ed SP, per i quali sono in corso di definizione gli aggiornamenti tecnici da parte dei Ministeri competenti;
- allo svolgimento delle verifiche e dei controlli della situazione debitoria e creditoria, propedeutici alla predisposizione dello Stato Patrimoniale iniziale della Gestione Sanitaria Accentrata regionale;
- all'effettuazione delle quadrature contabili riferite ai rapporti di scambio di beni e prestazioni infrazziendali, propedeutiche all'implementazione della procedura regionale di consolidamento della spesa sanitaria regionale;
- alla valutazione dello stato dei rischi sulla base delle indicazioni definite a livello regionale;
- alla collaborazione, alla redazione ed alla graduale realizzazione del Percorso regionale Attuativo della Certificabilità, finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari per garantire la certificabilità dei bilanci aziendali e del consolidato regionale.

L'omogenea applicazione a livello regionale del D.Lgs n. 118/2011 sarà coordinata da uno specifico Gruppo di lavoro designato dalla Regione e costituito da esperti amministrativo-contabili proposti dalla Regione e dalle Aziende sanitarie, rappresentativi degli ambiti territoriali identificati nelle Aree Vaste.

Gli effetti economici derivanti dall'applicazione del D.Lgs n. 118/2011, determinati e calcolati sulla base delle indicazioni predisposte dallo specifico Gruppo di lavoro e sulla base dell'evoluzione della normativa di riferimento e della casistica applicativa in corso di approvazione a livello nazionale, saranno rappresentati e valutati in occasione delle previste verifiche infra-annuali di giugno e settembre 2012, unitamente alle opportune

misure di finanziamento. A tal fine potranno eventualmente essere utilizzate risorse regionali disponibili a chiusura dell'esercizio.

Le Aziende sanitarie sono inoltre tenute a completare l'adozione dei provvedimenti necessari per superare eventuali criticità riscontrate in sede di svolgimento della Valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili (D.M. 18 gennaio 2011). La Valutazione straordinaria ha rappresentato il primo step del percorso che porterà alla certificabilità dei bilanci sanitari (art. 11, c.1, lett. d) del citato Patto per la Salute.

In particolare le Aziende dovranno perfezionare la dotazione degli strumenti tecnico-contabili, migliorare ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzare ed uniformare le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno ai fini della certificabilità dei bilanci.

La programmazione economica pluriennale, stante il quadro di incertezza sul volume delle risorse per il 2013 e 2014, potrà essere impostata tenendo conto di un incremento del Fondo Sanitario Nazionale rispettivamente dello 0,41% del 2013 rispetto al 2012 e dell'1,37% del 2014 sul 2013, in coerenza con l'ipotesi di incremento del FSN.

Personale dipendente: non devono essere previsti accantonamenti per il personale Comparto e Dirigenza. L'onere relativo all'applicazione della indennità di vacanza contrattuale, calcolata sul MS 2009, deve essere contabilizzato tra i costi del personale dipendente in continuità con gli esercizi precedenti.

Convenzioni Nazionali – Accantonamento: l'accantonamento di competenza 2012 relativo al rinnovo delle Convenzioni triennio 2010-2012, che dovrà essere indicato nel Preventivo 2012 è pari all'indennità di vacanza contrattuale calcolata sul Monte Compensi 2009. Si ritiene che tale accantonamento debba essere mantenuto anche con riferimento agli esercizi 2013 e 2014.

TUC 2011: valorizzazione della mobilità sanitaria interregionale 2011 con la TUC 2011 che è in corso di approvazione alla Commissione salute. Il dato è già disponibile alle Aziende Sanitarie attraverso il sistema informativo regionale SDO.

Tariffe Ospedaliere: la DGR 69/2011 prevedeva un aggiornamento tariffario per l'anno 2010, ma allo stesso tempo, prevedeva che le tariffe sarebbero rimaste invariate per gli anni 2011-2012, in un'ottica di programmazione triennale.

Ospedalità privata: la DGR 1920/2011 "Approvazione dell'accordo generale per il periodo 2011-2014 tra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione della Ospedalità privata AIOP in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata" approva l'accordo generale tra la RER e l'AIOP. Si conferma il tetto di budget definito per il 2010 che resta fisso per gli anni 2010, 2011 e 2012, fatti salvi i trasferimenti da budget 2 a budget 1. Le tariffe si mantengono ferme anche nel 2012. Per l'alta specialità non è stato ancora siglato l'accordo.

Assistenza termale: è in corso di discussione un accordo nazionale per l'incremento delle tariffe per l'erogazione delle prestazioni termali per il biennio 2010-2011.

L'incremento tariffario proposto è pari all' 1,1% per anno (2010 e 2011) ed avrebbe valenza a partire dal 1/1/2010. Per il 2012 si registrerebbe l'effetto di trascinamento dell'incremento delle tariffe.

#### **4.3 - Fondo regionale per la non autosufficienza**

Nonostante il perdurare del mancato finanziamento del Fondo Nazionale della Non Autosufficienza, anche nel 2012 la Regione ha integrato il Fondo Regionale della Non Autosufficienza per compensare, almeno parzialmente, il mancato finanziamento nazionale.

Grazie a tale impegno nel 2012 saranno assegnate complessivamente risorse per 451 milioni (445,6 milioni FRNA e 5,4 milioni derivanti da progetti nazionali FNA) a cui si aggiungono 1,2 milioni derivanti dall'accantonamento sul FRNA 2011.

La sostenibilità per l'anno 2012 è garantita a livello regionale con le risorse assegnate (452 milioni), con la disponibilità dei trascinamenti degli anni precedenti (previsti ancora nel 2012 circa 31 milioni a livello regionale) e con l'adozione di alcune azioni regionali valevoli per il 2012 in corso di definizione.

La sostenibilità regionale non coincide con la sostenibilità a livello di ambito distrettuale, pertanto anche nel 2012 risulterà importante il ruolo delle CTSS nell'assegnazione delle risorse tra i diversi distretti.

Per l'anno 2012 le AUSL assicurano la gestione del FRNA nell'ambito delle scelte degli Enti Locali in ambito distrettuale, scelte che debbono orientarsi a garantire un'offerta di servizi ed interventi in linea con l'ammontare delle assegnazioni annuali, anche mettendo in atto a livello di ambito distrettuale le necessarie scelte di ridimensionamento e di adeguamento della rete dei servizi.

Nel corso del 2012 verrà avviata a livello regionale una riflessione sulle prospettive del FRNA e sulle azioni da definire in accordo con gli Enti Locali per garantire la sostenibilità del sistema negli anni a venire.

#### **4.4 - Il governo delle risorse umane**

La gestione del personale da parte delle Aziende Sanitarie si orienta su direttrici fondamentali determinate in gran parte dai contenuti del quadro normativo nazionale e regionale di riferimento; si citano a tale proposito sinteticamente le recenti manovre finanziarie:

- la Legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010), recepisce l'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni il 3 dicembre 2009 (il nuovo Patto per la Salute), che all'art.12 prevede misure di contenimento della spesa e di riorganizzazione del personale; essa individua le modalità attraverso le quali gli Enti del SSN garantiscono, con riferimento al triennio 2010-2012, il concorso alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica;

- il Decreto-Legge 31 maggio 2010, n. 78 (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica), convertito – con modificazioni - in Legge 30 luglio 2010, n. 122.
- la Delibera di Giunta regionale n. 1014/2011 che recepisce le modalità applicative del documento della Conferenza delle Regioni relativo al decreto di cui al punto precedente e le Delibere di Giunta regionale n. 1783/2011 e 108/2012 che recepiscono ulteriori modifiche apportate al documento medesimo.

Alla luce della legislazione vigente (Legge 23/12/2009, n. 191, che riprende quanto disciplinato dall'articolo n. 1, comma 565, della Legge n. 296/2006), **le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale risultano autonomi nel determinare la propria voce di spesa complessiva per le risorse umane, compatibilmente con il proprio equilibrio economico complessivo e con la verifica di raggiungimento del medesimo.**

**Qualora emerga l'impossibilità del perseguimento dell'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario complessivo, l'azienda è tenuta a provvedere, senza ritardo, all'adozione di misure di contenimento e/o riduzione della spesa del personale, ivi compreso il blocco – totale o parziale – del turnover, delle ulteriori assunzioni e dell'attivazione di rapporti di lavoro autonomo.**

La determinazione degli obiettivi relativi alle risorse umane nei termini sopraddetti valorizza ed accentua l'autonomia e la responsabilità gestionale dell'Azienda nelle politiche delle risorse umane.

Si ritiene inoltre opportuno fornire indirizzi volti a garantire omogeneità nella gestione del personale e nella relativa spesa, in particolare per quanto concerne il "turnover" e il "lavoro flessibile", demandando alle singole Aziende sanitarie la valutazione relativa alla dotazione degli specifici profili professionali necessari a garantire l'erogazione dei LEA.

Assumendo come riferimento il rapporto medio regionale tra cessazioni ed assunzioni avvenute nel periodo 2007-2011, pari allo 0,96, al netto delle stabilizzazioni, si ritiene che le Aziende Sanitarie debbano procedere ad assunzioni in misura non superiore alla percentuale indicata per ogni gruppo omogeneo, individuato di seguito.

In un'ottica di sistema e valutati gli andamenti dei costi pro-capite per livelli di assistenza e quelli concernenti la gestione del personale relativi agli anni 2007/2011, si individuano gruppi omogenei di Aziende cui vengono richiesti impegni correlati alle specifiche situazioni osservate e funzionali al rispetto dell'equilibrio complessivo di bilancio:

- le Aziende USL di Rimini, Piacenza, Parma, Reggio Emilia che hanno garantito l'erogazione dei LEA sostenendo un costo pro-capite per livelli di assistenza inferiore o in linea con la media regionale, e l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, sono tenute al rispetto della normativa nazionale vigente, ma non sono loro richiesti obiettivi specifici per quanto riguarda la gestione economica del personale.

- l'Azienda USL di Modena, impegnata nel 2012 nella prosecuzione del piano delle azioni per il miglioramento dell'efficienza gestionale, avendo garantito nel 2010 un costo pro-capite per livelli di assistenza inferiore alla media regionale, è tenuta al rispetto della normativa nazionale vigente, ma non è richiesto un obiettivo specifico per quanto riguarda la gestione economica del personale;
- le Aziende USL di Ravenna e Imola e le Aziende Ospedaliero/Universitarie di Bologna, Modena e Parma dovranno ridurre le spese complessive per il personale di 1 punto percentuale sulla spesa del personale relativa al bilancio di esercizio 2010; tali Aziende dovranno inoltre procedere a nuove assunzioni in misura non superiore alla copertura del 90% del turnover. Vengono fatte salve le risorse destinate al funzionamento dell'Ospedale dei Bambini presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma e quelle conseguenti ai processi di passaggio a gestione diretta di servizi precedentemente erogati da terzi, in atto presso l'AUSL di Ravenna;
- l'Azienda USL di Bologna dovrà ridurre le spese complessive per il personale di 1,5 punto percentuale sulla spesa del personale relativa al bilancio di esercizio 2010; essa dovrà inoltre procedere a nuove assunzioni in misura non superiore alla copertura dell'80% del turnover, seguendo un graduale piano di rientro e di programmazione;
- le Aziende USL di Forlì e Cesena, impegnate anche nel 2012 nel Piano delle azioni per il contenimento della spesa sanitaria, dovranno ridurre le spese complessive per il personale di 2 punti percentuali per l'Azienda USL di Forlì e di 1 punto percentuale per l'Azienda Usl di Cesena sulla spesa del personale relativa al bilancio di esercizio 2010; tali Aziende dovranno procedere a nuove assunzioni in misura non superiore alla copertura del 90% del turnover. Le Aziende dovranno inoltre ricercare le sinergie per una efficace gestione delle risorse disponibili nei rispettivi ambiti territoriali;
- l'Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Ferrara si dovranno attenere a criteri più rigorosi, considerando gli obiettivi del personale in un generale piano di riordino, e dovranno ridurre le spese complessive per il personale di 2 punti percentuali rispetto al bilancio consuntivo 2010; tali Aziende dovranno inoltre non procedere a nuove assunzioni in misura superiore alla copertura del 65% del turnover. Vengono fatte salve le risorse conseguenti a processi di trasferimento di funzioni fra le Aziende.

### **Riduzione della spesa di personale con rapporto di lavoro flessibile.**

In considerazione di quanto previsto dalle manovre economiche statali ed in stretta coerenza con le indicazioni costantemente impartite dalla programmazione regionale negli ultimi anni, dirette a favorire il ricorso agli istituti propri del lavoro subordinato per il reperimento e l'impiego delle professionalità necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali, con il conseguente contenimento del ricorso a contratti di collaborazione professionale, ad altre forme di impiego flessibile, ovvero ad altre forme di

esternalizzazione di servizi, le Aziende Sanitarie ed Enti del Servizio Sanitario Regionale dovranno:

- limitare il ricorso all'utilizzo di contratti di lavoro flessibile prevedendo per l'esercizio 2012, in particolare per le voci di bilancio: "lavoro interinale e collaborazioni - sanitarie e non sanitarie", una riduzione **di almeno il 7%** del valore iscritto nel bilancio preconsuntivo 2011. Sono escluse da tale prescrizione le collaborazioni in qualunque forma, finanziate all'interno di progetti finalizzati o con risorse esterne all'Azienda.
- Per quanto riguarda le assunzioni a tempo determinato, si invitano le Aziende ad un generale contenimento, fatte salve le assunzioni per coprire lunghe assenze o situazioni straordinarie o d'emergenza.

#### **Avvio di politiche di razionalizzazione.**

Le Aziende in considerazione di un'ottica generale di contenimento della spesa dovranno operare un'attenta analisi organizzativa riguardo il conferimento di strutture complesse e strutture semplici; lo stesso dovrà avvenire per quanto riguarda le posizioni organizzative e i coordinamenti.

Allo stesso modo si invitano le Aziende ad operare sensibili riduzioni per quello che riguarda le spese legate alle attività riguardanti i soggetti di cui allegato B delle delibere di Giunta regionale n.1014 e 1783, ispirandosi ai principi di riduzione della spesa contenuti nelle delibere citati.

**Si evidenzia altresì che, nel caso in cui – anche a seguito di verifica infrannuale negativa – emerga l'impossibilità del perseguimento dell'obiettivo di equilibrio economico-finanziario complessivo e degli obiettivi sul turnover e sul lavoro flessibile sopra specificati, le Aziende interessate sono tenute a provvedere senza ritardo all'adozione di misure di contenimento e/o riduzione della spesa del personale, ivi compreso, coerentemente a quanto previsto nell'art. 6, punto 2, dell'Intesa tra lo Stato e le Regioni del 23 marzo 2005, il blocco – totale o parziale – del turnover, delle ulteriori assunzioni e dell'attivazione di rapporti di lavoro autonomo.**

#### **4.5 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi**

L'attuale contesto economico e la scarsità delle risorse disponibili rendono pressante l'impegno ad ottimizzare tutti gli strumenti che possono condurre a risultati vantaggiosi in termini di costo/qualità e/o ad un recupero di risorse, complessivamente intese, nei processi d'acquisto dei beni e servizi necessari alle Aziende Sanitarie.

Questa impostazione è coerente con la recente normativa nazionale, in particolare con la Legge n. 111/2011 che prevede l'incremento della centralizzazione degli acquisti (art. 11) e propone per gli anni 2013 e 2014 l'adozione di misure di contenimento della spesa per beni e servizi ai fini della razionalizzazione della spesa sanitaria (art. 17), nonché con il

Decreto Legislativo n. 149/2011 che prevede forme premiali di finanziamento a favore delle Regioni che adottano misure di centralizzazione degli acquisti (art. 9), secondo modalità applicative che saranno definite in un emanando Decreto Ministeriale sulla premialità in materia di acquisti centralizzati (art. 2 dello "Schema di decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministro della Salute, concernente le forme premiali a valere sulle risorse ordinarie per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, di cui all'art. 9, comma 2 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149).

In tale ottica si devono attivare tutti gli strumenti disponibili per potenziare l'efficienza dell'intero sistema di acquisti focalizzato nella nostra Regione sulla centralizzazione delle gare, attraverso la centrale di acquisto Intercent-ER e le Aree Vaste affinché il ricorso alle gare aziendali sia residuale e solo per motivate ragioni.

Lo strumento principale di ricorso al mercato è costituito da gare dell'Agenzia Intercent-ER, responsabile, ai sensi della l.r. 11/2004, del sistema regionale di acquisto per la razionalizzazione della spesa per beni e servizi; le Aree Vaste collaborano con Intercent-ER affinché il sistema di acquisti regionali sia conforme alle esigenze delle Aziende Sanitarie.

Richiamando quanto già previsto per lo sviluppo ed il consolidamento delle funzioni amministrative e tecniche a supporto delle Aree Vaste, per quanto riguarda i processi d'acquisto occorre procedere alla realizzazione di una rete tra le Aree Vaste e Intercent-ER.

A tale scopo è necessario strutturare la centralizzazione dei supporti amministrativi in Dipartimenti di acquisto a livello di Area Vasta superando le attuali funzioni dei Provveditorati nelle singole Aziende.

Le Aree Vaste, debitamente riorganizzate, e Intercent-ER costituiscono il sistema integrato di accesso al mercato della fornitura; tutte le gare di rilievo comunitario (superiori a 200.000 euro) devono essere gestite in forma aggregata. A partire dal 2012, la programmazione congiunta dell'Agenzia Intercent-ER e delle Aree Vaste deve quindi coinvolgere tutte le tipologie di beni e servizi utilizzati dalle Aziende Sanitarie attraverso procedure di gara.

In particolare la centrale di acquisto costituisce il livello preferenziale per quanto attiene ai beni sanitari di più largo consumo e standardizzati (es. medicinali, vaccini, dispositivi medici standardizzati, diagnostica, materiale protesico, materiale dialitico, ecc.), i beni non sanitari, le utenze ed in generale tutti i servizi necessari al funzionamento degli immobili. Intercent-ER dovrà gestire inoltre le gare riguardanti beni a forte carattere innovativo o di particolare rilevanza clinica, agendo su tali fattispecie in stretto collegamento e su indicazione delle competenti strutture dell'Assessorato alla Sanità. Le Aree Vaste

costituiscono il livello ottimale per quanto attiene ai dispositivi di carattere specialistico e ai servizi logistici, forniscono altresì il supporto dei professionisti e dei tecnici delle Aziende Sanitarie, che collaborano con Intercent-ER per la definizione e la standardizzazione dei beni e dei servizi oggetto di acquisto, permettendo l'utilizzo di beni e servizi non ridondanti rispetto alle necessità.

Occorre, inoltre, sviluppare e completare l'informatizzazione dell'intero ciclo degli approvvigionamenti, realizzando economie ed efficienze organizzative e procedurali. A tal fine devono essere portate a sistema le esperienze in corso sul tema della fatturazione elettronica e l'utilizzo della piattaforma di e-procurement regionale anche per tutti gli acquisti al di sotto della soglia di rilievo comunitario.

#### **4.6 - Il governo degli investimenti e della gestione del patrimonio immobiliare**

Piano investimenti: Considerato l'attuale contesto economico-finanziario il 2012 si caratterizza per la scarsa disponibilità di risorse, in termini di contributi in conto capitale, da destinare agli interventi in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico.

Il Piano degli investimenti 2012-2014, in quanto parte integrante degli Strumenti di Programmazione pluriennale, dovrà essere redatto secondo gli specifici schemi predisposti a livello regionale e dovrà avere a riferimento i soli investimenti finanziati da risorse dedicate.

Le fonti di finanziamento dedicate sono costituite da Contributi in conto capitale, Mutui, Alienazioni, Donazioni vincolate ad investimenti, Leasing immobiliare, Finanza di progetto.

Le alienazioni patrimoniali che saranno utilizzate quale fonte di finanziamento, devono essere riepilogate nello specifico Piano delle alienazioni, con separata indicazione di quelle vincolate a ripiano perdite.

L'utilizzo del Leasing immobiliare e della Finanza di progetto, quale forma di finanziamento degli investimenti, nel rispetto delle indicazioni già fornite, deve essere preceduta da una puntuale valutazione costi/benefici e da una valutazione finanziaria, opportunamente condivise con i competenti Servizi regionali tenuto conto, in particolare, dei riflessi economico-finanziari sui futuri bilanci di esercizio.

Tenuto conto della criticità della situazione finanziaria delle aziende del sistema sanitario regionale, che produce ritardi nei tempi di pagamento dei fornitori, nel 2012 le risorse aziendali quali le quote degli ammortamenti non sterilizzati e gli eventuali utili che le aziende potrebbero realizzare oltre il pareggio, non possono essere utilizzate quale fonte di finanziamento per gli investimenti, ma devono essere destinate a migliorare i tempi di pagamento, salvo situazioni specificamente concordate con il livello regionale.

Il verificarsi di queste specifiche situazioni comporta l'applicazione delle disposizioni contenute nell'articolo 29 del Decreto Legislativo n. 118/2011 e nella Casistica applicativa

eventualmente disponibile, con riferimento all'utilizzo di contributi in conto esercizio per l'acquisizione di Immobilizzazioni.

Assume particolare rilievo perseguire l'obiettivo di completare gli interventi già previsti dal Programma Straordinario Investimenti in Sanità (ex art.20, L.67/88), dal Programma Regionale Investimenti in Sanità e dal Programma Odontoiatria.

Le Aziende inoltre dovranno attivare tutte le azioni necessarie per non incorrere nella revoca di finanziamenti già assegnati per il mancato rispetto delle scadenze stabilite dalla normativa statale e regionale (art.29, l.r.21/2011).

Manutenzione Patrimonio Immobiliare: Ulteriore obiettivo per l'anno 2012 è, attraverso indicatori appositamente predisposti per le strutture ospedaliere e territoriali ed uniformemente applicati su scala regionale, acquisire una migliore conoscenza dei costi parametrici della manutenzione ordinaria del patrimonio immobiliare.

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

- un contributo alla definizione degli indicatori sopra richiamati;
- il flusso informativo dei dati, secondo format predefiniti dal competente Servizio regionale.

Verifiche tecniche di vulnerabilità sismica: le Aziende nel corso del 2012 dovranno proseguire e possibilmente completare, considerata la data di scadenza del 31 dicembre 2012, le verifiche tecniche di vulnerabilità sismica delle strutture ospedaliere e territoriali soggette alle verifiche medesime.

Gestione dei gas medicinali: le Aziende dovranno applicare in ambito organizzativo, tecnico, gestionale e di controllo qualiquantitativo dei gas medicinali le *“Linee di indirizzo regionale in materia di gestione dei gas medicinali: sistema organizzativo e controlli”* predisposte dai competenti Servizi regionali.

#### **4.7 - Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale**

Richiamato il Programma regionale *“Il Sistema sanitario regionale per uno sviluppo sostenibile e visti: il Piano energetico regionale approvato con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa 14 novembre 2007, n. 141; l'Atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici approvato con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 156 del 25 marzo 2008 e s.m.i; le Linee guida per la gestione dei rifiuti e degli scarichi idrici nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna, approvate con Deliberazione della Giunta Regionale 27 luglio 2009, n. 1155.; il Decreto del Ministero dell'Ambiente del 27 Marzo 1998 sulla “Mobilità sostenibile nelle aree urbane”; il documento di politica economico-finanziaria 2011-2015 della Regione Emilia-Romagna;* le Aziende sanitarie dovranno:

- implementare, sistemi, per l'uso razionale dell'energia (cogenerazione, fotovoltaico, ecc.) anche attraverso al finanza di progetto nel rispetto dei vincoli previsti per la realizzazione degli investimenti in conto capitale;
- ottimizzare la gestione dei rifiuti sanitari;
- incrementare, in collaborazione con Intercent-er, gli “acquisti verdi” attraverso l'introduzione di criteri di rispetto ambientale nei capitolati di appalto;
- attivare iniziative di mobilità sostenibile;
- realizzare iniziative di informazione per gli operatori sanitari sull'uso razionale dell'energia e sulla corretta gestione ambientale;
- garantire il flusso delle informazioni sull'applicazione delle politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale nel Servizio Sanitario Regionale, utilizzando l'apposito programma informatico predisposto da CUP 2000.

Le attività sopra elencate possono essere finanziate dalle Aziende specificatamente con i risparmi ottenuti dall'uso razionale dell'energia e da iniziative di miglioramento della gestione ambientale (es. ottimizzazione gestione rifiuti, gestione del parco veicoli aziendali).

Dette attività dovranno accompagnate da uno studio di fattibilità, sottoposto alla valutazione del competente livello regionale.

#### **4.8 - Il governo dello sviluppo ICT**

Lo sviluppo ICT in sanità corrisponde ad una condizione necessaria alla realizzazione di nuovi modelli gestionali / assistenziali, pertanto l'impegno delle aziende dovrà tenere in forte considerazione l'esigenza di integrazione ed evoluzione dei sistemi informatici.

##### **Firma Digitale**

Dovranno essere intrapresi percorsi di attivazione dell'utilizzo della firma elettronica per quanto riguarda l'emissione di documenti clinici digitali quali referti di laboratorio, radiologia, specialistica e lettere di dimissione.

##### **Ricetta elettronica**

I sistemi informatici aziendali dovranno essere modificati al fine di garantire la conformità a quanto previsto dal decreto ministeriale del 2.11.2011 pubblicato in G.U 264 del 12.11.2011 in coerenza con il relativo piano di attivazione che la regione sottoscriverà con il Ministero dell'Economia e Finanze e con il Ministero della Salute per quanto riguarda l'emissione della ricetta elettronica.

##### **Diffusione del Fascicolo sanitario elettronico dell'assistito, CUPWEB E Pagonline**

Nel 2012, così come è avvenuto nel 2010 per il progetto SOLE, anche il Fascicolo Sanitario assumerà il connotato di servizio piuttosto che di progetto. Nel contesto del

Fascicolo saranno compresi i servizi online offerti al cittadino, tra cui i principali sono il pagamento e la prenotazione online.

Per quanto riguarda la funzionalità di prenotazione online, al fine di garantire la reale possibilità di promuovere tale canale di prenotazione, i sistemi CUP aziendali dovranno essere rivisti nelle configurazioni dell'offerta al fine di consentire la, potenziale, prenotazione Web di parte significativa delle prestazioni prenotabili a mezzo CUP.

La diffusione del Fascicolo (ovvero l'assegnazione delle credenziali di accesso) dovrà essere promossa nell'ambito delle realtà aziendali in relazione al livello qualitativo dell'FSE medesimo ed ai progetti aziendali orientati al suo utilizzo.

### **Potenziamento dello scambio elettronico di informazioni cliniche tra professionisti – Rete Sole**

I livelli di servizio raggiunti dal progetto SOLE nel corso dell'anno 2011 sono incoraggianti, in particolare il passaggio alla logica di veicolazione dei documenti in relazione al "consenso SOLE registrato" ha fatto sì che il volume dei documenti trasferiti sia salito in misura significativa. Il 2012 dovrà essere l'anno nel corso del quale dovrà essere raggiunto un livello ottimale degli scambi documentali ed in tal senso si andrà ad operare. Pertanto, in coerenza a ciò dovrà essere portato a completamento in percorso di raccolta del consenso SOLE nelle aziende.

Al fine di portare a pieno regime la rete Sole (incrementando la numerosità dei documenti scambiati tra i professionisti e le strutture del SSR) dovranno essere implementati ulteriori adeguamenti dei sistemi dipartimentali aziendali per l'invio dei referti ed per il recepimento degli aggiornamenti del catalogo Sole. In particolar modo dovranno essere implementate, secondo un calendario di attivazione 2012-2013 condiviso con le Aziende, le modifiche ai sistemi gestionali di Anatomia Patologica necessari alla produzione del nuovo referto strutturato da veicolare all'interno della rete SOLE.

### **Attivazione TS-CNS**

A decorrere da gennaio 2012 le tessere sanitarie in scadenza (circa 20000 per mese) emesse dall'Agenzia dell'Entrate avranno caratteristica di TS-CNS. Pertanto le aziende, secondo le modalità già indicate nel corso del 2011, dovranno farsi carico della gestione dell'attivazione delle TS-CNS al cittadino. A supporto di questa attività sarà messo a disposizione dal livello regionale (mediante la società CUP2000) una significativa attività di formazione agli operatori aziendali in merito alle modalità di distribuzione delle credenziali ai cittadini per accedere ai servizi, nonché di supporto alla comunicazione e produzione di brochure sui servizi regionali in accordo con il servizio di comunicazione regionale.

## **4.9 - Gli strumenti informativi a supporto delle azioni di governo**

Il servizio sistema informativo della sanità e politiche sociali ha realizzato e messo a disposizione in questi anni, con la collaborazione delle Aziende Sanitarie, un ricco patrimonio informativo sanitario e socio-sanitario seguendo le priorità indicate dalla programmazione regionale e gli obblighi del livello nazionale - Ministero dell'Economia e Finanze, Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e Welfare. Obiettivo principale delle Aziende sanitarie è il mantenimento e alimentazione di tale patrimonio, ma una

attenzione particolare deve essere posta alla sua valorizzazione: questo sarà uno dei principali impegni del livello regionale, in collaborazione con le Aziende Sanitarie. La manovra sui ticket ha inoltre rafforzato la necessità di disporre di dati di qualità ed allineati coi requisiti previsti dal livello nazionale. Un altro importante sforzo congiunto con le Aziende riguarderà l'impegno del rispetto della privacy ai sensi della Legge 196/2003 : lo schema tipo di regolamento, aggiornato, è in fase di approvazione dalla conferenza delle regioni e poi dall'autorità garante.

Gli obiettivi per il 2012 si possono così sintetizzare:

### **Progetto Tessera Sanitaria e monitoraggio della spesa sanitaria (art. 50 legge 326/2003 e DPCM 26/3/2008)**

#### **DPCM 26/3/2008**

Il decreto del 21 febbraio 2011 stabilisce che dal 1 maggio 2011 la Regione Emilia-Romagna è a regime sul tema della trasmissione telematica del prescritto a carico del SSN al Ministero dell'Economia e Finanze (MEF) Lo stesso decreto prevede che si trasmetta al MEF almeno l'80% del prescritto sul totale dell'erogato. Il monitoraggio della spesa sanitaria- specialistica e farmaceutica e la trasmissione del prescritto costituiscono adempimento della Regione Emilia-Romagna verso il MEF.

#### **Anagrafe degli assistiti**

La Nuova Anagrafe Assistiti Regionale (NAAR) è sempre di più a supporto di attività sia a livello nazionale che regionale, oltre che essere al centro di iniziative a livello aziendale. La NAAR, che nel corso del 2011 ha visto il completamento delle integrazioni con tutte le aziende sanitarie locali relativamente al consenso SOLE, alle esenzioni ed alle fasce di reddito (manovra ticket ai sensi dell'art.17, comma6, della Legge 15/7/2011 n°111) al fine di garantire un tempestivo allineamento delle informazioni veicolate, deve, nel corso del 2012, consolidare quanto fatto, al fine di garantire un'elevata qualità delle informazioni gestite, che saranno utilizzate anche dall'applicativo per la gestione del cedolino dei MMG/PLS e i controlli anagrafici della mobilità sanitaria.

Si conferma l'obiettivo delle Aziende USL di garantire l'allineamento della Anagrafe aziendale con quella regionale, e con l'Anagrafe del Sistema TS.

#### **Anagrafe dei medici prescrittori**

L'Anagrafe Regionale Medici Prescrittori svolge un ruolo strategico al fine di garantire una tempestiva veicolazione delle informazioni tra il livello aziendale, quello regionale e quello nazionale con riferimento alle assegnazioni dei ricettari (virtuali e non) e degli incarichi dei medici, che saranno usati come base per le autenticazioni al Sistema TS al fine di accedere al sistema delle "certificazioni di malattia on line.

E' obiettivo delle Aziende garantire la manutenzione di questo archivio

### **Tessera Sanitaria**

Nel corso del 2012 avrà avvio la distribuzione da parte del Ministero delle Economie e Finanze delle nuove tessere sanitarie in sostituzione di quelle scadenza, così come previsto dall'Art. 11, comma 15 D.L. 78/2010 che, oltre a valere come Tessera Sanitaria, Tessera Europea di Assicurazione e Malattia e Codice Fiscale, contengono anche il certificato elettronico per l'autenticazione in rete del cittadino.

E' obiettivo delle aziende sanitarie garantire l'alimentazione dei dati necessari per l'emissione della tessera sanitaria

### **Sistema Informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)**

L'applicazione dell'art.17, comma 6, della Legge 15/7/2011 n°111 ha utilizzato quale strumento di valutazione e previsione (manovra ticket) il flusso regionale ASA.

E' obiettivo delle aziende sanitarie garantire la qualità dei dati, in particolare deve essere garantita la presenza del codice a barre e del codice esenzione

### **Anagrafe delle strutture autorizzate ed accreditate**

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

E' obiettivo delle Aziende USL – Dipartimenti di Sanità Pubblica garantire l'alimentazione continua e la qualità di tali informazioni con particolare riferimento alle informazioni sull'autorizzazione e sulle anagrafiche delle strutture che alimentano la validazione dei dati di attività e costituiscono debito informativo verso il Ministero della Salute. Dal 2012 è disponibile anche la sezione sull'accREDITAMENTO delle strutture socio-sanitarie.

### **Sanità Pubblica: SMIA, Screening e Anagrafe Vaccinale**

Le azioni di seguito riportate sono nate come supporto alle attività di Sanità Pubblica previste dal Piano regionale della prevenzione 2010-2012

Nel 2012 va a regime il sistema informativo delle malattie infettive e dei sistemi di sorveglianza. E' obiettivo delle aziende impegnarsi nell'utilizzo di tale sistema.

Si richiama l'attenzione anche sul sistema di rilevazione degli screening il cui miglioramento è indispensabile per l'utilizzo ai fini del monitoraggio del programma regionale di screening.

Nel 2012 si attiva il sistema informativo dello screening del tumore della mammella: è obiettivo delle aziende garantire l'alimentazione dell'archivio regionale.

Nel 2012 si completa l'anagrafe vaccinale regionale informatizzata – adulti e infanzia - a cui debbono concorrere tutte le Aziende Sanitarie.

### **Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici**

Gli obiettivi di governo della spesa farmaceutica e della spesa per dispositivi sono perseguibili se contestualmente viene garantita la tempestività e qualità dei dati a supporto delle valutazioni previste. Si fa riferimento ai flussi informativi denominati AFT, AFO, e

FED, di cui alla circolare n° 2 del 08 febbraio 2012; e al flusso DIME (dispositivi medici) attivato con circolare 14 del novembre 2010 e previsto anche a livello nazionale (D.M. 11 giugno 2010), quale strumento necessario per il governo dei dispositivi .

E' obiettivo delle Aziende Sanitarie garantire coerenza, completezza e qualità delle rilevazioni.

### **Il Sistema Informativo Consultori (SICO)**

E' obiettivo delle Aziende USL impegnarsi per il miglioramento e la messa a regime del Sistema Informativo Consultori, avviato nel 2° semestre 2011, assicurando la necessaria collaborazione tra servizi consultoriali e sistema informativo aziendale volta a garantire completezza e qualità dei dati.

### **Nuovi flussi informativi del Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche**

Dal 2011 i flussi informativi di tutte le UO del Dipartimento sono raccolti per record individuale, consentendo una serie di analisi di grande interesse sia dal punto di vista clinico che organizzativo-programmatorio. Per mettere a regime il sistema si rendono necessarie le seguenti azioni:

1. Piena valorizzazione dei dati relativi agli inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali pubblici e privati effettuati dei servizi di psichiatria adulti, così come indicato nella Circolare n. 4/2005 "Specifiche tecniche per l'attivazione del sistema informativo Salute mentale".
2. Riduzione degli scarti dati e consolidamento del flusso definito nella circolare n. 3/2011 "SINPIAER- flusso informativo neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza"
3. Consolidamento del flusso definito nella circolare n. 7/2011 "SIDER – sistema informativo servizi per le dipendenze".

### **Il sistema informativo del 118 e Pronto Soccorso**

Dal 2012 questa rilevazione costituisce, per la regione, adempimenti ai sensi dell'intesa del 23/3/2005 e successive. Dal 2012 tutta l'attività di PS sarà rilevata mediante questo flusso (compresa la mobilità sanitaria) e non più dall'ASA - circolare n°1 del 6 febbraio 2012. E' pertanto, obiettivo delle aziende, mettere in atto tutte le azioni necessarie a migliorare la raccolta sistematica di dati in modo da garantire la qualità e uniformità dell'archivio regionale e la possibile integrazione con i flussi regionali esistenti.

### **I database clinici**

E' obiettivo delle Aziende garantire e migliorare la raccolta e la trasmissione delle informazioni necessarie a conoscere e valutare i profili di pratica clinica e l'appropriatezza dell'uso di interventi e tecnologie di maggior interesse regionale, impegnandosi per l'integrazione con i propri sistemi informativi (database regionale dell'angioplastiche coronariche, database regionale degli interventi cardiocirurgici, database regionale di aritmologia interventistica, database regionale per i traumi gravi, database regionale di implantologia protesica, database regionale dei farmaci biologici in reumatologia. La

rilevazione sistematica di queste informazioni, e la loro integrazione con i flussi amministrativi, costituisce la condizione necessaria per l'analisi dei percorsi diagnostico-terapeutici e degli esiti assistenziali, permettendo di condurre attività di audit e di ricerca integrata alla funzione assistenziale, in ottemperanza a quanto previsto dalla L.R.29/2004.

### **Integrazione socio-sanitaria**

Le Aziende, in collaborazione con gli uffici di piano, sono chiamate a garantire lo sviluppo delle rilevazioni ADI (assistenza domiciliare) e FAR (residenzialità e semiresidenzialità per anziani) che debbono essere trasmesse all'NSIS e costituiscono adempimento verso il livello nazionale, nonché dell'assegno di cura per anziani e disabili e gravi disabilità acquisite. Le Aziende inoltre assicurano nel corso del 2012 la partecipazione alla progettazione e sperimentazione regionale dell'ampliamento del sistema informativo alle residenze e semiresidenze per disabili.

### **Privacy – Legge 196/2003**

Nel 2012 verrà aggiornato il regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. E' obiettivo delle aziende porre la necessaria attenzione a tali tematiche e collaborazione alla completezza del regolamento.

### **Controlli**

La DGR 354 del marzo 2012 ha definito l'atto di indirizzo che ridisegna il sistema dei controlli sugli erogatori e che assegna alla regione il ruolo di indirizzo generale e la stesura del piano annuale dei controlli; alle aziende assegna la realizzazione di tali controlli. E' obiettivo delle aziende garantire il miglioramento di tale funzione.

## **4.10 – I nuovi IRCCS regionali**

Nell'anno 2012 sono a regime gli IRCCS riconosciuti dal Ministero della Salute d'intesa con il Presidente della Regione Emilia-Romagna con Decreti Ministeriali del 12 aprile 2011: l'Istituto delle Scienze neurologiche costituito quale struttura interna dell'Azienda USL di Bologna e l'Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia costituito quale struttura interna dell'Azienda Ospedaliero di Reggio Emilia.

Nel corso dell'anno le Aziende sanitarie interessate dall'istituzione dei nuovi IRCCS dovranno completare l'applicazione delle indicazioni regionali al fine di assicurare agli Istituti l'autonomia scientifica, organizzativa e contabile nell'ambito del bilancio aziendale, nonché la destinazione dei beni, del personale e delle risorse necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali ed al perseguimento della sostenibilità economico-finanziaria e patrimoniale nel tempo.

Il Ministero della Salute d'intesa con il Presidente della Regione Emilia-Romagna con Decreto Ministeriale dell' 8 marzo 2012 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 13 aprile 2012 ha inoltre riconosciuto l'IRCCS Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola. Nel corso del 2012 la Regione completerà le indicazioni necessarie

all'Istituto per definire la governance ed il ruolo nelle attività sanitarie e di ricerca, per garantire la sostenibilità economico-finanziaria e patrimoniale nel tempo.

## **PARTE II**

### **GLI OBIETTIVI DI SALUTE E LE AZIONI A GARANZIA DEI LEA**

#### **1 - Dignità della persona**

##### **1.1 - Qualità della comunicazione nella relazione di cura**

Strutturare, nell'ambito dei processi di cura, competenze, strumenti e setting che facilitino l'ascolto dei problemi, la comprensione delle aspettative e delle preoccupazioni delle persone prese in cura e la comunicazione comprensibile ed efficace riguardo alle procedure, agli esiti presumibili, ed agli stili di vita e comportamenti di autogestione delle cure attesi, mediante:

- lo sviluppo e la disseminazione delle competenze di comunicazione adeguata alla Health Literacy degli utenti e dei familiari, sia nelle relazioni di cura che negli strumenti comunicativi predisposti dalle Aziende Sanitarie, avvalendosi del supporto delle competenze sviluppate nell'ambito dei percorsi formativi già realizzati e cui hanno partecipato i professionisti designati dalle Aziende Sanitarie;
- l'offerta della mediazione linguistica e culturale a supporto dei processi di prevenzione e cura rivolti a persone con matrici culturali e linguistiche diverse da quelle del nostro paese
- lo sviluppo delle capacità di comunicazione empatica dei professionisti della sanità nella relazione con gli assistiti e i loro familiari, con riferimento particolare a percorsi terapeutici critici, come l'oncologia, e alla prima comunicazione della diagnosi alle persone - e loro familiari - con disturbi psichiatrici o patologie che comportano disabilità, cronicità, rischio di stigmatizzazione, mediante: la costituzione, ove non ancora attuata, di gruppi di lavoro a livello aziendale composti da professionisti delle discipline individuate, da esperti in comunicazione e in counselling, rappresentanti dei Comitati consultivi misti e del volontariato per pianificare le sperimentazioni definite dal gruppo di lavoro regionale; la programmazione iniziative di formazione in coerenza con le indicazioni che saranno fornite dal gruppo di lavoro regionale
- lo sviluppo e la disseminazione delle esperienze e delle competenze necessarie a strutturare il counselling motivazionale, nell'ambito dei processi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria che richiedano il cambiamento di stili di vita e comportamenti
- lo sviluppo di conoscenze ed il supporto alle competenze delle persone che garantiscono cura e assistenza ai malati d'Alzheimer: realizzare in tutti i Distretti almeno una iniziativa rivolta alle assistenti familiari e ampliamento del numero dei caffè Alzheimer. Le Ausl, in continuità con il progetto regionale demenze (DGR 2581/99), assicurano l'implementazione degli indirizzi regionali per i centri per le demenze.

## **1.2- Consolidare i processi di cure palliative e di terapia del dolore**

Cure palliative:

- ridefinire, sulla base della legge 38/2010, le reti di cure palliative e per la terapia del dolore con le seguenti garanzie: equità di accesso, qualità cure e appropriatezza, maggiore coordinamento tra operatori dei diversi setting assistenziali (anche le strutture ed i servizi per anziani e disabili), semplificazione dell'accesso ai medicinali impiegati nelle terapie del dolore, informazione e comunicazione al paziente e ai cittadini con iniziative di sistema progettata nel gruppo di lavoro per la comunicazione ai cittadini sulla lotta al dolore.
- sulla base della legge 38/2010, le aziende dovranno realizzare campagne istituzionali di comunicazione destinante a informare i cittadini sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza palliativa e di terapia del dolore.

Terapia del dolore

- Le Ausl, in continuità con il progetto "Ospedale-territorio senza dolore", assicurano l'implementazione degli indirizzi regionali elaborati in attuazione del progetto "evitare il dolore inutile" rivolto ai servizi residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili accreditati, in particolare per quanto riguarda la modalità di rilevazione, valutazione, monitoraggio e trattamento del dolore.
- Le Ausl in attuazione della DGR 967 del 4 luglio 2011 adottano strumenti, comuni a livello aziendale, di misurazione del dolore, con registrazione in cartella clinica, e sviluppano l'integrazione della gestione del dolore nella pratica clinica adottando almeno un percorso integrato ospedale-territorio (PDTA) di terapia del dolore cronico a livello provinciale (es. cefalea, dolore vertebrale, dolore oncologico, dolore vascolare, dolore pediatrico)

Trattamento del dolore da parto

- Sviluppo dell'offerta nei punti nascita di metodiche farmacologiche e non farmacologiche di provata efficacia per il controllo del dolore nel travaglio di parto, finalizzata al raggiungimento dell'obiettivo stabilito dalla DGR n. 1921/07: in almeno un punto nascita provinciale, offerta di analgesia epidurale h24 con carattere di gratuità (standard: 25% dei parti), in tutti i punti nascita garanzia di almeno una metodica non farmacologica di controllo/contenimento del dolore. Completezza della rilevazione per il monitoraggio dell'offerta delle metodiche non farmacologiche come da indagine conoscitiva della Commissione Nascita.

## **1.3- Garantire l'ascolto, l'accoglienza, il supporto diagnostico e la presa in carico delle persone vittime di maltrattamento ed abuso**

Le Aziende Sanitarie dovranno garantire:

- la collaborazione alla stesura ed il recepimento delle linee di indirizzo regionali per la definizione di intese provinciali inerenti l'accoglienza e la "presa in cura" di donne vittime di maltrattamento e abuso;
- l'adesione alle attività di formazione regionale per l'applicazione delle raccomandazioni "Fratture e abuso", che forniscono strumenti metodologici per facilitare un appropriato iter diagnostico dei tipi di frattura in età pediatrica in cui è maggiore il contributo dell'abuso
- il recepimento delle linee di indirizzo regionali in corso di elaborazione, per la definizione di intese provinciali inerenti l'accoglienza e la "presa in cura" di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso.

#### **1.4- Garantire il diritto alla salute delle persone detenute**

##### **Programma salute nelle carceri**

Al fine di favorire la globalità del trattamento sanitario nei confronti del paziente recluso, assicurare la multidisciplinarietà degli interventi assistenziali, attraverso una maggiore integrazione tra assistenza primaria e prestazioni specialistiche, in particolare della psichiatria, infettivologia, dipendenze patologiche e pronto soccorso.

Nell'ambito degli *interventi di sanità pubblica*, assicurare che quelli di prevenzione e controllo sulle malattie infettive, con particolare riferimento a TB, epatiti, HIV e altre malattie a trasmissione sessuale, siano attuati attraverso una maggiore integrazione tra assistenza primaria, DSP e infettivologia (analisi del rischio infettivologico, promozione degli screening, effettuazione di interventi educativi e informativi, adozione di protocolli condivisi per le misure contumaciali e gli interventi di profilassi sui contatti di casi, prevenzione vaccinale); applicare le indicazioni regionali su prevenzione malattie infettive; effettuare la ricognizione di altri fattori di rischio e predisporre un piano di intervento per la loro rimozione; dare attuazione agli screening oncologici, secondo le indicazioni regionali.

Nell'ambito della *salute mentale*: strutturare la presa in carico dei pazienti che presentano forme di patologie psichiatriche e/o di adattamento alla condizione detentiva, attraverso un intervento di tipo multi professionale; individuare situazioni, fattori ambientali e di contesto che possono favorire l'insorgere di evidenti forme di disagio psichico e promuoverne il superamento, congiuntamente all'Amministrazione penitenziaria

## **2 - Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure**

### **2.1 - Le politiche per la sicurezza delle cure ed il risarcimento dei danni**

#### **Gestione diretta dei sinistri**

Al fine di perseguire obiettivi di sicurezza delle cure e di sviluppare un sistema integrato di identificazione, analisi e trattamento dei rischi, le aziende dovranno assicurare azioni organizzative coerenti con le direttive regionali in materia (in particolare deliberazioni di

questa Giunta nn. 86/2006, 1706/2009 e 2108/2009), garantendo l'organizzazione integrata delle diverse componenti della gestione del rischio ed adottando e aggiornando il Programma aziendale con il coinvolgimento del Collegio di direzione nel governo delle funzioni.

Un aspetto rilevante del programma regionale per la sicurezza delle cure ed il risarcimento dei danni è costituito dalla gestione diretta dei sinistri da parte del Servizio Sanitario Regionale, nella logica di una collaborazione tra le Aziende Sanitarie e la Regione Emilia Romagna. Tale approccio favorisce il rafforzamento della relazione di fiducia fra il cittadino, il professionista e la struttura sanitaria e tende a garantire una migliore efficienza e trasparenza nella trattazione degli eventi avversi con una tempestiva individuazione e liquidazione del risarcimento e/o delle prestazioni sanitarie alternative al risarcimento. Inoltre, una efficace negoziazione stragiudiziale ha, nel contempo, l'innegabile vantaggio di deflazionare il contenzioso giudiziario.

Si sottolinea, infatti, come la gestione diretta dei sinistri, affidata a ciascuna Azienda sanitaria, nei limiti economici che saranno stabiliti, consenta innanzitutto di responsabilizzare Strutture ed operatori, innescando un processo virtuoso idoneo a far crescere la consapevolezza degli eventi di danno, l'analisi dei fattori di rischio e, conseguentemente, nel tempo, le azioni più efficaci a prevenire i sinistri medesimi, in linea con le determinazioni in parallelo già assunte dalla Regione Emilia-Romagna, anche in ambito aziendale, per la migliore gestione del rischio.

La gestione consapevole e diretta degli eventi avversi, la loro conseguente mappatura in ambito aziendale appare idonea a ridurre le probabilità di reiterazione di accadimenti pregiudizievoli dei diritti dei terzi in occasione dello svolgimento delle diverse attività sanitarie aziendali, comportando presumibilmente anche un alleggerimento dell'esposizione debitoria complessiva del Sistema Sanitario Regionale.

Per quanto attiene, invece, agli assetti organizzativi e alle modalità di gestione dei sinistri, le Aziende Sanitarie dovranno dotarsi di un Comitato di valutazione sinistri chiamato ad effettuare le procedure di valutazione dei sinistri e composto in maniera integrata da un componente dell'Ufficio Legale, da un componente dell'U.O. Medicina Legale e dal Risk manager.

E' inoltre indispensabile pervenire ad una descrizione adeguata delle condizioni dell'Azienda rispetto agli eventi avversi conseguenti alla attività sanitaria e quindi costruire la mappatura della sinistrosità che costituisce elemento indispensabile rispetto alla conoscibilità e misurabilità del fenomeno.

### **Sicurezza dei processi di cura**

La DGR 1706/2009 ha individuato aree di miglioramento della qualità delle cure, con particolare riferimento alla sicurezza di percorsi assistenziali e sono state fornite alle Aziende Sanitarie indicazioni in merito al percorso diagnostico pre-operatorio di pazienti da sottoporre a interventi di chirurgia maggiore e a modelli di assistenza post-operatoria. Le Direzioni aziendali dovranno verificare l'applicazione delle indicazioni della DGR

1706/2009 relative a indicazioni a procedure invasive ed iter diagnostico e assistenza post-operatoria.

### **Rischio infettivo**

Le Direzioni aziendali dovranno assicurare:

- l'attuazione delle linee di indirizzo regionali sulla prevenzione e controllo degli Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (Lettera 8/7/2011, Prot. PG/2011/166892), con particolare riguardo alla applicazione delle misure di isolamento. L'effettiva adesione dovrà essere monitorata rilevando i dati indicati a livello regionale
- il raggiungimento degli obiettivi definiti per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SICHER) (Lettera del 24/11/2010, Prot. PG /2010/293495)
- Le Aziende sanitarie devono predisporre e aggiornare i piani di valutazione del rischio da legionella nelle strutture sanitarie e trasmetterli tempestivamente ai Servizi regionali competenti. Inoltre occorre migliorare la tempestività nella esecuzione delle indagini epidemiologiche e ambientali conseguenti a casi con sospetta o confermata esposizione ospedaliera, curando la trasmissione delle informazioni complete, raccolte in modo sistematico, alla Regione.

## **2.2 - Sviluppo dei processi di cura territoriali**

### **a) Le Case della salute**

La Casa della Salute rappresenta il completamento di un percorso progettuale che racchiude tutti i contenuti utili alla realizzazione di una rete territoriale per facilitare l'accesso ai servizi di assistenza territoriale, intercettare la domanda, gestire la cronicità; nel 2012 occorre dare ulteriore impulso all'implementazione delle case della salute nell'ambito della programmazione aziendale, dando evidenza in un Piano aziendale del percorso progettuale in corso, definendo anche i tempi previsti per la compiuta realizzazione delle case della salute.

### **b) I Nuclei di Cure Primarie**

Favorire e consolidare il ruolo dei Nuclei di Cure Primarie promuovendo iniziative di confronto (audit) sia tra professionisti delle cure primarie (MMG, infermieri, ecc.) che tra medici di medicina generale e specialisti ospedalieri/ambulatoriali. Rafforzare il ruolo delle professioni sanitarie all'interno dei Nuclei come punto di riferimento per la gestione delle patologie croniche. Supportare l'attivazione di ambulatori infermieristici di Nucleo. Contribuire alle attività dell'Osservatorio Regionale sulle Cure Primarie.

Diffondere all'interno delle Aziende e dei NCP strumenti di monitoraggio della qualità dell'assistenza primaria quali, ad esempio, i Profili di Cura dei Nuclei di Cure Primarie. Attivazione di percorsi di miglioramento continuo all'interno dei NCP con le finalità di migliorare la qualità e promuovere il confronto tra professionisti

### **2.3- I percorsi per la presa in carico**

Proseguire lo sviluppo e l'implementazione dei percorsi di presa in carico delle patologie croniche con particolare riferimento al diabete e allo scompenso cardiaco. Sviluppare programmi di medicina di iniziativa anche attraverso l'attivazione di ambulatori infermieristici per la gestione di patologie croniche e la individuazione di pazienti ad elevato rischio di ospedalizzazione ai quali rivolgere programmi assistenziali dedicati.

#### **a) Rimozione condizioni di svantaggio e discriminazione nell'accesso ai servizi di fasce deboli di popolazione (persone immigrate)**

Il perseguimento di ricerca di soluzioni innovative a favore delle persone immigrate, volte a sviluppare e promuovere il cambiamento culturale e di conseguenza innescare cambiamenti organizzativi condivisi e centrati rispetto agli obiettivi strategici, trova nella la formazione una valida leva; in tale ottica nel 2012 le Aziende sanitarie dovranno garantire la partecipazione al percorso formativo regionale "Le nuove dimensioni della relazione di cura in un contesto pluriculturale".

#### **b) Attuazione del Programma regionale GIUSEPPE LEGGIERI" per il trattamento integrato dei disturbi psichiatrici**

Dare sistematicità al Programma "G. Leggieri" per rendere stabile e regolare la collaborazione tra lo specialista psichiatra del CSM e il MMG del NCP di riferimento, secondo il percorso di cura per livelli (modello "stepped care") delineato nelle Linee regionali di indirizzo (PG/2007/92065), monitorando la presa in carico dei casi di livello moderato, che vengono gestiti dal MMG in collaborazione con la funzione di consulenza del Centro di salute mentale (CSM); estendere il modello già in essere nell'area adulti, individuando il neuropsichiatra di riferimento per i NCP, quale elemento facilitatore, da un punto di vista organizzativo e professionale, della relazione delle interfacce tra cure primarie, pediatria ospedaliera e territoriale, neuropsichiatria infanzia e adolescenza, psichiatria.

#### **c) Diffusione dei modelli organizzativi per la gestione integrata delle patologie croniche (scompenso, diabete, ecc..)**

L'evoluzione del quadro epidemiologico verso un significativo incremento della cronicità e della non autosufficienza, ha reso in questi anni necessaria una ridefinizione dei modelli assistenziali sviluppando maggiormente gli interventi di self-care, disease e case management. In tale ottica i modelli organizzativi che si stanno diffondendo per la gestione delle malattie croniche sono accomunati dal fatto di essere sistemi organizzati, integrati, proattivi che pongono al centro dell'intero sistema, il paziente, la famiglie. Nel corso del 2011 sono state approvate, con DGR n. 1598/2011, le linee di indirizzo – "Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco" al fine di offrire una più appropriata, estesa e continuativa presa in carico dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico, attraverso un approccio assistenziale integrato uniforme e omogeneo in tutto il territorio regionale.

Nel 2012 le aziende sanitarie dovranno implementare il modello clinico-organizzativo proposto dalle linee di indirizzo, caratterizzato dalla presa in carico del paziente da parte di un gruppo multiprofessionale (medico di medicina generale, infermiere del nucleo di cure primarie e specialista cardiologo territoriale/ospedaliero) e da una pianificazione del follow up del paziente. Nel caso specifico della patologia diabetica, la realizzazione dei registri di patologia, da realizzare in tutti gli ambiti provinciali secondo i criteri indicati dai gruppi di lavoro del PRP, potrà favorire la gestione attiva dei pazienti e la valutazione degli interventi messi in atto.

#### **d) Implementazione del Progetto “La prevenzione delle malattie cardiovascolari” nei pazienti post-IMA/SCA**

Dare impulso al percorso di implementazione alla prevenzione delle malattie cardiovascolari nei pazienti post-IMA/SCA, creando uno stretto collegamento con il Progetto sul Profilo dei Nuclei di cure primarie, promuovendo incontri di audit tra MMG e Specialisti cardiologi, sul sistema di indicatori di qualità (Profili di NCP) relativi al monitoraggio dei pazienti dimessi da un ricovero post-IMA: trattamento farmacologico e controlli periodici, al fine di migliorare ulteriormente la qualità delle prestazioni erogate ai cittadini.

### **2.4 - Erogazione prestazioni specialistiche ambulatoriali appropriate, in tempi adeguati e con percorsi chiari e definiti**

Il Piano regionale di governo delle liste di attesa (DGR 925/11) ha focalizzato le indicazioni in particolare riguardo ad appropriatezza prescrittiva, organizzativa, erogativa, ai percorsi di presa in carico, all'analisi della programmazione ed erogazione dell'attività.

E' necessario dare attuazione ai Programmi attuativi aziendali attraverso:

- il monitoraggio e la rendicontazione degli interventi, coerentemente con le indicazioni del Tavolo di Coordinamento regionale sui tempi di attesa
- la messa a punto di strumenti di valutazione dell'attività (in regime istituzionale e in libera professione intramuraria), anche attraverso l'applicativo MAPS
- lo sviluppo ulteriore della comunicazione ai cittadini e alle parti sociali
- il monitoraggio e il governo dell'offerta di prestazioni urgenti, urgenti differibili e di follow-up, con particolare riferimento ai percorsi oncologici.

### **2.5 - Assistenza alla gravidanza**

Particolare attenzione dovrà essere rivolta allo sviluppo dell'assistenza alla gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica, secondo le indicazioni della DGR n. 533/2008 per l'assistenza ostetrica della gravidanza, anche promuovendo l'attivazione del DSA2 a gestione dell'ostetrica, come da DGR 1097/2011.

Sulla base della rilevazione delle attività dei consultori familiari attraverso i flussi regionali ASA e SICO, di cui va garantita la qualità del dato, si dovranno sviluppare interventi di valutazione delle attività dei consultori familiari e di analisi dei percorsi degli utenti, al fine del miglioramento del servizio.

## **2.6 - Riduzione del taglio cesareo**

Negli ambiti degli interventi di miglioramento del percorso nascita, promossi dalla Commissione Nascita regionale, le Aziende sanitarie sono chiamate ad aderire ad un programma di miglioramento dell'appropriatezza del ricorso all'intervento di Taglio Cesareo partendo dalla Linea Guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" elaborata dal Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità e dall'elaborazione dei dati CeDAP secondo la classificazione di Robson. Tale intervento è in attuazione della DGR 533/08 e dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

## **2.7 - Assistenza neonatale**

Nell'ambito dei lavori della Commissione Nascita è prevista nei primi mesi del 2012 l'individuazione dei criteri per il ridisegno dei servizi di assistenza neonatale (neonatologia e TIN). Parallelamente deve essere rivisitata l'offerta dei punti nascita, progettando il consolidamento di quelli a volume troppo basso secondo le specifiche del documento nazionale sulla riconfigurazione di punti nascita su due livelli, e contemporaneamente garantire i seguenti obiettivi coerenti alla riorganizzazione del settore:

- garantire il trasporto neonatale, tramite collaborazione tra le U.U.OO interessate in ambito di area vasta
- sviluppare i rapporti di collaborazione fra terapie intensive neonatali ed i centri afferenti, al fine di garantire l'appropriatezza degli interventi ed adottare le misure atte a garantire il back transport
- utilizzare la rete della genetica già esistente per l'implementazione della diagnostica genetica e genomica, promuovere l'integrazione con altre discipline (oncologia, cardiologia...) per la condivisione di percorsi diagnostici e prescrizioni di test genetici validati, contribuire alla valutazione delle attività di genetica anche tramite il corretto inserimento dei dati nei flussi informativi correnti.

## **2.8 - Assistenza protesica**

Nel corso del 2011 sono state approvate, con la Delibera di Giunta Regionale n. 1599 del 7.11.2011, le "Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali

nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici", con l'obiettivo di rendere più efficace la gestione del percorso di assistenza protesica.

Le linee di indirizzo originano dall'evoluzione del concetto di disabilità che coinvolge l'intero sistema dell'assistenza protesica mutando le modalità di erogazione degli ausili mettendo al centro di tale percorso assistenziale la persona disabile e i suoi familiari. Tale modalità cerca di soddisfare il bisogno riabilitativo/assistenziale non solo in termini di percorso amministrativo ma anche e soprattutto di percorso clinico professionale appropriato ed efficace, favorendo l'integrazione dei professionisti e dei diversi servizi (sanitari, socio assistenziali e amministrativi).

Fra gli strumenti previsti per la realizzazione degli obiettivi sopracitati, le linee di indirizzo forniscono indicazioni su percorsi di formazione, differenziati per livello di approfondimento, che le Aziende USL, in collaborazione con le Aziende Ospedaliere, dovranno realizzare. Al fine di diffondere e condividere gli obiettivi formativi, in un'ottica di efficiente ed economica gestione delle risorse, le iniziative formative dovranno essere organizzate per Area vasta attraverso il supporto della direzione generale sanità e politiche sociali dell'assessorato regionale.

## **2.9 - Assistenza farmaceutica**

### **a) Governance e appropriatezza d'uso dei farmaci**

I farmaci vengono immessi sul mercato per lo più con procedura di registrazione europea, che non definisce una soglia minima di efficacia per l'approvazione, e l'agenzia europea non considera il prezzo dei farmaci nel processo di valutazione e approvazione.

Per alcuni farmaci pertanto si pone un problema di rilevanza e del ruolo in termini di dubbi sulla reale efficacia e per alcuni invece un problema di elevato costo a fronte di marginali benefici incrementali.

Le azioni da intraprendere riguardano diversi ambiti: dalla selezione dei farmaci per gli acquisti, alla informazione indipendente rivolta ai medici, per una maggiore conoscenza della qualità delle evidenze a supporto dei nuovi farmaci.

Recenti esperienze di ritiro dal commercio di farmaci importanti per assenza di benefici o potenziali aumenti di rischio per tossicità o eventi avversi mostrano l'importanza per i sistemi sanitari di intraprendere azioni congiunte che riducano i potenziali rischi e favoriscano un migliore uso delle risorse disponibili.

I pilastri fondamentali su cui fondare una solida politica farmaceutica riguardano quindi i vari aspetti legati ai vari momenti decisionali e agli specifici contesti; di seguito si elencano i principali momenti decisionali sui quali il sistema regionale e le aziende sanitarie devono sforzarsi di trovare una maggiore coerenza e integrazione:

- selezione, valutazione e acquisto
- informazione indipendente e linee-guida metodologicamente robuste che forniscano raccomandazioni evidence-based e sostenibili

- monitoraggi e valutazioni d'uso anche rispetto a indicatori di appropriatezza
- orientare studi e ricerche verso ambiti di pubblica utilità per il SSR e in un'ottica di salute pubblica anche rispetto a diversi approcci assistenziali.

### **b) Costo dell'assistenza farmaceutica**

Nel 2011 la spesa per assistenza farmaceutica convenzionata nella Regione Emilia-Romagna è stata di circa 680 milioni, con un decremento dell' 8% sull'anno precedente: il significativo contenimento della spesa è avvenuto e a seguito delle scadenze di brevetto intervenute nel corso dell'anno, della riduzione di prezzo dei farmaci equivalenti e dell'introduzione di ticket sui farmaci per alcune fasce di reddito dei cittadini della Regione con conseguente riduzione della quota a carico del SSR.

La spesa territoriale, comprensiva dell'erogazione diretta fascia A, è stata di ca 907 milioni con un decremento del 6,5% e per il 2012 è prevedibile che rimanga invariata (di cui la convenzionata – 1,2% e l'erogazione diretta fascia A + 2,7%).

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera 2011, comprensiva dei farmaci H erogati direttamente, è stata di ca. 400 milioni con un incremento del 3%; per il 2012 non dovrà incrementare oltre il 4%.

### **c) Assistenza farmaceutica ospedaliera**

Prosegue per il 2012 il vincolo per le Aziende sanitarie di adeguamento alle Linee guida terapeutiche, alle Raccomandazioni e ai relativi monitoraggi correlati al Prontuario Terapeutico Regionale (reperibili sul sito della CRF <http://www.saluter.it/documentazione/ptr>) elaborati da Gruppi di lavoro nelle singole aree specialistiche: onco-ematologia, reumatologia (artrite reumatoide e artrite psoriasica), oculistica (trattamento della DMLE), dermatologia (psoriasi a placche e artrite psoriasica), epatologia (antivirali nell'epatite B), neurologia (sclerosi multipla), pediatria/endocrinologia (ormone della crescita), nuovi farmaci della coagulazione.

Sulla base di tali indirizzi le Aziende sanitarie dovranno stabilire nelle proprie realtà dei budget per categoria/specialistica adeguati a previsioni di fabbisogno congruenti con buone pratiche cliniche.

#### **c.1) Appropriatelyzza d'uso di farmaci specialistici da parte di Centri autorizzati e monitoraggio**

L'analisi dei dati d'uso dei farmaci soggetti a Linee Guida/ Raccomandazioni regionali dovrà proseguire seguendo i criteri per il monitoraggio dell'adesione alle stesse e riconducendone gli usi entro i parametri di appropriatezza dettagliati in tali documenti. I dati raccolti dai sistemi di monitoraggio attivati consentono una valutazione del grado di adesione alle raccomandazioni e una verifica degli indicatori proposti (per le singole raccomandazioni).

Lo strumento con il quale si verifica la congruità delle scelte terapeutiche nell'ambito delle Unità Operative e dei Dipartimenti e si adottano percorsi di miglioramento è l'*audit clinico*

nel quale si esercitano i diversi ruoli della MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ; questo progetto è vincolante per tutte le Aziende ed ha come indicatore le relazioni degli *audit* effettuati.

Il consumo di antibiotici sistemici in ospedale è in progressivo e costante aumento: per invertire questo trend, è necessario attivare in ciascuna Azienda un programma specificamente dedicato, che individui le principali aree di uso inappropriato (indicazioni, modalità di somministrazione) e definisca un piano di attività per promuovere l'uso appropriato (priorità, interventi, modalità di valutazione). Indicatore: attivazione documentata del programma.

### **c.2) Uso razionale e sicuro dei farmaci**

Le registrazioni riguardanti i farmaci che prevedono l'accesso a "registri AIFA" sono vincolanti per l'erogazione dei farmaci, così come il recupero dei rimborsi dovuti dalle Aziende farmaceutiche a fronte dell'eventuale inefficacia terapeutica dei medicinali. La Regione collabora con le Aziende sanitarie fornendo loro periodicamente elementi informativi riguardanti farmaci prescritti presenti nel "cruscotto AIFA".

Gli aspetti di sicurezza correlati all'uso dei farmaci, lo sviluppo di sistemi di farmacovigilanza attiva e di riduzione del rischio sono alla base di numerose iniziative di formazione e progettuali avviate dalla Regione a cui le Aziende sanitarie – destinatarie di risorse dedicate - devono dar seguito realizzandole nelle realtà locali individuate e stimolando la segnalazione di reazioni avverse da farmaci.

Vanno inoltre rese operative la PROCEDURA REGIONALE PER LA GESTIONE CLINICA DEI FARMACI e le Raccomandazioni riguardanti LA RICOGNIZIONE COME PREMESSA ALLA PRESCRIZIONE.

### **c.3) Rete delle farmacie oncologiche**

E' vincolante la realizzazione dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche nell'ambito del progetto di rete regionale, di parametri omogenei nei programmi informatizzati per l'allestimento delle terapie oncologiche, la standardizzazione di criteri tecnici ed organizzativi, il monitoraggio dell'uso dei protocolli di trattamento, di modalità per evidenziare le interazioni e le tossicità dei medicinali manipolati. Dovrà inoltre concretizzarsi la già programmata implementazione delle procedure di allestimento delle terapie con un *data set* di parametri clinici utili a monitorare l'andamento delle terapie, formulati con il contributo della Commissione oncologica regionale.

Vanno ricercate e rafforzate le relazioni tra professionisti per la presa in carico del paziente oncologico e attuate azioni per un' efficace riduzione degli eventi avversi da farmaci.

## **d) Assistenza farmaceutica convenzionata**

### **d.1) Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto**

La prescrizione di farmaci con brevetto scaduto come singole molecole e nel contesto delle categorie di appartenenza è un obiettivo vincolante anche per il 2012, così come lo

sono gli interventi sull'appropriatezza d'uso ed amministrativa della prescrizione e i provvedimenti conseguenti. La Regione Emilia Romagna indica come obiettivo l'aumento delle DDD a brevetto scaduto del 10%: ai Responsabili dei Dipartimenti, delle Cure primarie, alle Direzioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali si raccomanda, anche mediante la diffusione del PRONTUARIO DEI FARMACI A BREVETTO SCADUTO, di informare i cittadini, formare i medici, monitorare e mettere in discussione, nell'ambito di incontri con i prescrittori, usi distorti quale l'incremento e/o l'uso di analoghi di marca più recenti e costosi.

#### **d.2) Interventi su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa**

Le Aziende devono effettuare specifici interventi nell'ambito degli incontri con i medici ospedalieri e territoriali, in particolare sulle seguenti aree: farmaci inibitori della pompa acida, statine, ACE inibitori e sartani, antidepressivi, nuovi farmaci per il diabete. Tali interventi devono prospettare una più appropriata prescrizione, così come indicato nei documenti elaborati dalla Regione e forniti a tutte le Aziende, e conseguentemente un rapporto costo beneficio migliore. Si reputano interventi appropriati su tali aree:

- incontri con i NCP (determinanti per ruolo e responsabilità) per favorire un'analisi delle criticità prescrittive e definire strategie locali di intervento,
- maggiore interazione fra ospedale e territorio per quanto riguarda la prescrizione alla dimissione da parte dei medici ospedalieri e l'interazione con i MMG in relazione al singolo profilo prescrittivo rispetto al quale potrà essere preso a riferimento economico, nell'ambito degli accordi locali, un obiettivo individuale
- favorire momenti di formazione comuni fra medici ospedalieri e MMG in cui venga fatta una analisi indipendente delle evidenze disponibili e si favorisca la discussione di casi clinici reali.

#### **d.3) Appropriatezza prescrittiva di antibiotici**

Il consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale è in progressivo e costante aumento nelle fasce di età adulte, mentre si è osservato una stabilizzazione dei consumi in età pediatrica. Tra i motivi più frequenti di utilizzo di antibiotici nell'adulto vi è il trattamento delle infezioni delle vie urinarie.

I Responsabili dei Dipartimenti delle cure primarie hanno il compito di stimolare e di contribuire alla diffusione e implementazione delle linee guida sul trattamento delle infezioni delle vie urinarie messe a punto dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale favorendo un confronto con gli specialisti ospedalieri o ambulatoriali.

Indicatore: organizzazione di momenti formativi per i MMG per la presentazione delle LG sulle infezioni delle vie urinarie.

#### **d.4) Distribuzione diretta e per conto**

I volumi di distribuzione diretta di farmaci extra PHT complessivamente raggiunti nel 2008 rappresentano un riferimento anche per il 2012.

Gli accordi di distribuzione tramite le farmacie convenzionate prevedono inoltre che nelle Aziende sanitarie si raggiungano livelli di numerosità di pezzi di farmaci in PHT erogati dalle farmacie aperte al pubblico tali da garantire una assistenza farmaceutica adeguata alla propria popolazione. Prosegue il periodico monitoraggio dell'andamento degli accordi locali tramite le commissioni aziendali

#### **e) Governo dei Dispositivi Medici ( DM)**

La rete regionale delle Commissioni Aziendali DM (CADM), coordinata dalla Commissione Regionale DM (CRDM), dovrà programmare le proprie attività, monitorare i consumi e la spesa dei DM innovativi e di costo elevato, migliorare l'appropriatezza d'uso e sviluppare la vigilanza.

Presso le Aziende sanitarie devono essere istituiti entro il 2012 i Repertori locali e realizzate le anagrafiche dei prodotti, in sintonia con la normativa del settore, complete delle informazioni relative alla CND e al codice attribuito ai dispositivi dal Repertorio Nazionale/ Banca Dati del Ministero della Salute, laddove previsto.

I documenti di indirizzo elaborati a livello regionale dovranno essere recepiti dalle CADM e implementati presso le strutture assistenziali del territorio di competenza e monitorato periodicamente l'utilizzo appropriato e l'andamento dei consumi dei dispositivi correlati, a livello locale. Le attività svolte a livello periferico dalle Commissioni Aziendali saranno oggetto di periodiche relazioni strutturate secondo le modalità definite ed inviate alla CRDM.

### **2.10 - Attività di programmazione e controllo dell'assistenza ospedaliera**

Gli accordi di fornitura, previsti dal DLgs 502/92 e s. m. e dalla LR 29/2004, sono una condizione essenziale per l'esercizio di attività a carico del SSR e per la concreta operatività dell'accreditamento; tali accordi sono obbligatori qualora la produzione resa da altre Aziende Sanitarie , pubbliche o private accreditate, a favore dei cittadini residenti nell'ambito territoriale dell' AUSL committente siano di entità significativa (valore superiore a 250 mila euro).

Gli accordi di fornitura debbono definire volume e tipologia di prestazioni, i corrispettivi preventivati e le modalità del rispetto dei limiti di remunerazione, i requisiti di qualità e accessibilità delle prestazioni; gli accordi tra le Aziende USL e le Aziende Ospedaliere relativi alla mobilità infra-regionale devono essere formulati secondo quanto previsto dalle linee guida regionali trasmesse alle Aziende con nota del 19 aprile 2012 prot. 99676.

L'accordo viene proposto dall'Azienda Sanitaria committente (tramite il confronto e la contrattazione che deve avvenire nel rispetto delle indicazioni regionali) e deve essere formalmente stipulato tra le parti in tempi utili per consentire la programmazione delle attività da parte dell'Azienda produttrice.

Qualora le parti non pervengano ad una intesa, l'impossibilità di concludere l'accordo e le sue motivazioni sono formalizzate in un verbale di mancata intesa sottoscritto tra le parti.

In tal caso, al fine di consentire comunque l'esercizio delle attività e di evitare la sospensione dell'accreditamento ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies del DLgs. 502 e s. m., si considerano efficaci al fine del riconoscimento economico delle prestazioni le condizioni poste dal committente in apposito tetto di spesa, che viene formulato tenendo conto dell'andamento economico relativo all'anno precedente e che il soggetto produttore è chiamato a rispettare.

Per quanto riguarda l'Istituto Ortopedico Rizzoli, ai sensi di quanto previsto dalla legge 6/8/2008 n. 133 che integra il decreto legislativo n. 502 del 30/12/1992 e s.m.i. all'art.8 – quinquies (“Accordi contrattuali”), aggiungendo che *“Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all’articolo 10, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288”*, è la Regione a stipulare accordi.

### **2.11 - Indirizzi per il riordino delle funzioni chirurgiche**

La variabilità riscontrata nelle strutture ospedaliere della regione relativamente a numerosità di casistica e a risultati impone di considerare necessaria una riorganizzazione, secondo criteri di appropriatezza, dei ricoveri ospedalieri di tipo chirurgico.

Le Aziende devono, pertanto, procedere ad una razionalizzazione dei processi di assistenza chirurgica:

- a. concentrando le procedure a basso volume e/o alta complessità al fine di raggiungere garanzia di appropriata *clinical competence* e disponibilità di prestazioni specialistiche di supporto, per la sicurezza del paziente e dell'operatore;
- b. favorendo la massima integrazione dell'atto chirurgico nel percorso assistenziale del paziente, attraverso la definizione di protocolli collaborativi con gli specialisti coinvolti e il rispetto dei tempi di attesa, qualora disposto da specifica DR;
- c. garantendo coerenza tra effettiva complessità dell'atto chirurgico e caratteristiche dello specifico setting assistenziale in cui è stato eseguito.

### **2.12 - Sistema delle cure in Ortopedia**

Le Aziende devono realizzare gli obiettivi previsti dalla DGR n. 608/2009 “Accordo regione Emilia-Romagna – IRCCS IOR di Bologna in accordo alle indicazioni della Commissione Ortopedica regionale e pertanto devono definire e strutturare le reti cliniche sulla ortopedia oncologia e pediatrica, sulla chirurgia vertebrale; sulla revisione e sostituzione di protesi e terapia chirurgica delle gravi patologie infettive ossee e sulla chirurgia del piede.

Le Aziende devono, in particolare per i pazienti con Fratture di Femore, mettere in atto iniziative volte ad incrementare la percentuale di interventi chirurgici per la correzione di

frattura di femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione (media regionale calcolata per i residenti di età superiore a 65 anni = 44% ) e promuovere l'adozione del modello ortogeriatrico nel corso della assistenza ospedaliera di tali pazienti.

Le Aziende devono inoltre promuovere le raccomandazione sulla segnalazione di incidente da parte dei chirurghi ortopedici, con la collaborazione del Referente Aziendale per la Vigilanza sui Dispositivi Medici, al fabbricante di tutte le revisioni che hanno coinvolto i dispositivi oggetto di richiamo volontario (in conformità a quanto chiarito dal Ministero della Salute con propria nota prot. DGFDM 0036829-P-07/09/2011).

Le Aziende devono inoltre aumentare la completezza del debito informativo verso il Registro regionale Implantologia Protesica Ortopedica (RIPO).

### **2.13 - Miglioramento dei processi di accesso, trattamento e dimissione delle persone con bisogno di assistenza in fase post-acuta e riabilitativa**

La lungodegenza e la riabilitazione estensiva, è un'area di degenza che si colloca tra l'intensità delle cure ospedaliere e l'estensività della presa in carico a domicilio o nelle strutture residenziali territoriali. Il report regionale sull'analisi dei dati SDO sulla Lungodegenza Post Acuzie e Riabilitazione Estensiva (LPARE) del 2011, ha messo in evidenza la variabilità interaziendali nei protocolli di accesso alla LPARE, la diversa disponibilità dei posti letto per acuti e residenziali in grado di accogliere i pazienti dimessi dai reparti di lungodegenza, la diversa capacità della rete dell'Assistenza Domiciliare di prendere in carico il paziente post acuto, la necessità di definire percorsi clinico assistenziali e organizzativi, l'appropriatezza di gestione dei posti letto per acuti.

Pertanto si chiede alle Aziende Sanitarie di:

- *Promuovere audit dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per favorire l'appropriatezza di accesso alle LPARE, migliorare la qualità delle cure, l'appropriatezza di gestione dei posti letto e la continuità assistenziale.*
- *Realizzare modelli organizzativo assistenziali per migliorare la risposta di salute ai pazienti anziani con polipatologie ad andamento cronico e post evento acuto.*

Nello specifico, le Aziende devono rendere più efficiente l'utilizzo della offerta delle alte specialità riabilitative attraverso apposita committenza per la presa in carico precoce da parte delle UU.OO. di alta specializzazione così come definite nelle DGR: n. 2125/2005 "rete GRACER"; n. 136/2008 "Gravi Mielolesioni" e n. 138/2008 "Gravi Disabilità Neuromotorie dell'Età Evolutiva", riducendo pertanto la durata di degenza in terapia intensiva e promuovendo le attività di deospedalizzazione dai centri Hub verso gli altri nodi delle reti ospedaliere ed in misura particolare verso le strutture residenziali a garanzia della continuità assistenziale.

Si sottolinea la necessità di monitorare l'appropriatezza clinico-organizzativa dei soggetti erogatori , attraverso la promozione dei registri regionali sulle Gravi Cerebrolesioni

Acquiste e sulle Gravi Mielolesioni e di eventuali Audit Clinico-Organizzativi, in accordo alle indicazioni della Commissione regionale sulle attività di Riabilitazione.

Per le attività di riabilitazione intensiva le Aziende devono garantire la riabilitazione dei pazienti con ictus cerebrale e dei pazienti con frattura di femore in accordo ai principi di appropriatezza clinico-organizzativa e promuovere la dimissione precoce protetta a garanzia della continuità assistenziale.

#### **2.14 - Programma stroke care**

Le Aziende devono formalizzare l'assistenza al paziente con ictus in aree di degenza dedicate in accordo alle indicazioni contenute nella D.G.R. n. 1720/2007, incrementare il numero di pazienti da assistere in tali aree e ultimare la definizione delle reti stroke provinciali (1° livello con telemedicina o centralizzazione diretta presso ospedali di 2-3 livello; 2 livello: trombolisi ev ; 3° livello : trombolisi ev, neuroradiologia, neurochirurgia, chirurgia vascolare h24/7 o reperibilità; trombolisi intraarteriosa, trombectomia meccanica, endoarteriectomia (in urgenza) ; stent extra-intra cranico; embolizzazione malformazioni arterovenose, aneurismi) - esplicitare le strategie di miglioramento dell'assistenza all'ictus inviando apposita relazione sui risultati dell'Audit Clinico-Organizzativi alla Commissione regionale Stroke Care; definire e applicare apposite misure atte a ridurre la mortalità intraospedaliera per ictus cerebrale ed a ridurre il differenziale di mortalità fra dimessi dalla Stroke Unit verso i dimessi da altri reparti.

#### **2.15 - Programma epilessia**

Le Aziende devono realizzare gli obiettivi previsti dalla DGR n. 2073/2010 sul percorso epilessia, definire apposite attività strutturate per la presa in carico per gli adulti e per l'età evolutiva e identificarne i rispettivi referenti; definire il percorso assistenziale integrato e promuovere la centralizzazione dei pazienti candidati alla terapia chirurgica o alla stimolazione vagale presso gli Hub regionali (IRCCS Scienze Neurologiche di Bologna e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna).

#### **2.16 Rete e percorsi oncologici**

Le Aziende devono impegnarsi a favorire, con il supporto della Commissione oncologica, la collaborazione dei professionisti in ambito ospedaliero e territoriale, provinciale e di Area Vasta, per la costruzione della rete oncologica, attraverso:

- a. l'omogeneità di comportamento professionale ispirato alle evidenze scientifiche;
- b. il perseguimento dell'appropriatezza d'uso e dell'efficacia delle tecnologie/interventi diagnostico-terapeutici, con integrazione delle diverse funzioni assistenziali;
- c. la concentrazione della casistica per garantire qualità e coordinamento delle professionalità e dei servizi caratterizzati da maggiore complessità e più elevata tecnologia;

- d. la garanzia di tempestività di accesso ai servizi in ottemperanza agli standard scientifici e ai vincoli regionali e loro massima fruibilità;
- e. il sostegno alla definizione e valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici con particolare attenzione ai tempi di attesa come da DGR n. 925/2011;
- f. la disponibilità di informazioni cliniche e anatomo-patologiche per la valutazione della qualità degli interventi assistenziali.

## **2.17 Rete e percorsi cardiologici**

Le Aziende devono impegnarsi a favorire la collaborazione dei professionisti in ambito ospedaliero e territoriale, provinciale e di Area Vasta, per rafforzare e rivitalizzare la rete cardiologica e cardiocirurgica dell'emergenza (infarto miocardico acuto STEMI), estendendola ad altre condizioni a forte rischio di sopravvivenza (infarto miocardico acuto Non-STEMI, arresto cardiaco, sindrome aortica acuta). Oltre all'accesso al trattamento, le aziende dovranno promuovere la definizione e valutazione di percorsi assistenziali nel post-acuto, compresa la fase riabilitativa, sostenendo la concentrazione delle competenze e dei servizi e il rispetto dei tempi di attesa.

Con il supporto della Commissione cardiologica e cardiocirurgia regionale, devono operare per la definizione, laddove assente, e l'omogeneizzazione dei protocolli operativi, la definizione dei criteri professionali (clinical competence, volume minimo dei casi per le strutture, etc) e dei setting di erogazione delle prestazioni e la realizzazione di attività di governo clinico come formazione, introduzione delle innovazioni (impianto percutaneo di protesi valvolare aortica, sistemi meccanici di assistenza cardiocircolatoria, etc) e gestione del rischio.

## **2.18 - Sistema delle cure in area critica**

Le scelte organizzative realizzate a seguito dell'attivazione della rete cardiologica per l'assistenza all'infarto miocardico acuto hanno prodotto importanti cambiamenti nei profili di attività delle Terapie Intensive Cardiologiche (UTIC). Oggi le Aziende hanno il compito di rispondere all'aumentata esigenza di qualità e complessità di cura, operando affinché le UTIC non costituiscano solo la struttura assistenziale di riferimento per la cardiopatia acuta coronarica e non, ma siano inserite in una rete di servizi necessariamente interconnessi fra di loro.

In considerazione anche dei differenti carichi di lavoro, le Aziende devono promuovere la riorganizzazione delle UTIC con modalità che prevedano, in presenza dei Laboratori di emodinamica interventistica, di concentrare maggiormente le attività proprie della funzione hub, con particolare attenzione al volume minimo dei casi per struttura e alla complessità/intensività delle procedure erogate, mentre in assenza di tale attività devono promuovere un approccio caratterizzato da minore intensità di cura ma maggiore multidisciplinarietà di competenze professionali e di patologie assistite.

Le Aziende devono, inoltre, individuare e rendere omogenei a livello regionale i protocolli per l'accesso e la dimissione delle patologie cardiologiche coronariche e non, e di altre condizioni cliniche acute ritenute suscettibili di miglioramento con i suddetti livelli assistenziali.

Riguardo ad altri ambiti di attività, le aziende devono: assicurare la centralizzazione dei pazienti con trauma maggiore (ISS > 15) presso le tre sedi Hub, e comunque per i politraumi complessi e/o instabili, le gravi cerebrolesioni e le gravi mielolesioni traumatiche e non traumatiche, garantire il funzionamento in rete delle terapie intensive in ambito di ciascun SIAT al fine di migliorare i percorsi clinico-assistenziali, ridurre la degenza in terapia intensiva in funzione del trasferimento precoce presso le rispettive sedi per la riabilitazione delle gravi cerebrolesioni acquisite e delle gravi mielolesioni e/o verso le terapie intensive dei rispettivi SIAT; promuovere la formazione sul trauma maggiore e garantire l'assolvimento del debito informativo verso i rispettivi registri sul trauma maggiore e sulla riabilitazione delle gravi cerebrolesioni e delle gravi mielolesioni.

Deve essere esplicitata e sistematizzata la risposta alle emergenze interne promuovendo strategie volte a migliorare il riconoscimento precoce del deterioramento clinico nei pazienti degenti. Devono essere adottate misure volte a garantire l'appropriatezza dei trattamenti negli Ospedali per Acuti delle patologie cronico degenerative in fase avanzata o terminale con possibile individuazione di setting assistenziali a minore intensità di cure ;

Nell'ambito del citato ridisegno della rete ospedaliera, occorre promuovere la razionalizzazione dell'offerta di posti letto intensivi e sub-intensivi in relazione al bacino di utenza ed al livello di complessità dell'ospedale.

## **2.19 - Rete malattie rare**

Le Aziende Sanitarie debbono proseguire lo sviluppo e l'implementazione dei percorsi di presa in carico delle malattie rare attraverso l'accoglienza dei pazienti con accesso agevolato, la presa in carico globale all'interno delle Unità Operative autorizzate per patologia anche con attivazione di day service e l'utilizzo del Sistema Informativo per le malattie rare.

In particolare è compito delle Aziende monitorare e potenziare le reti Hub & Spoke relative alle malattie emorragiche congenite, talassemia e anemie emolitiche ereditarie, glicogenosi, sindrome di Marfan, malattie rare scheletriche, malattie rare pediatriche e malattie metaboliche ereditarie.

## **2.20 - Donazione e trapianto di organi e tessuti**

A fronte di una realtà di donazione e trapianto di organi e tessuti ben consolidata nella rete sanitaria regionale, è necessario intraprendere azioni per il miglioramento su entrambi i versanti, al fine di rispondere alla crescente domanda di salute di tanti cittadini iscritti in lista d'attesa.

Donazione di organi e tessuti:

- istituzione/piena operatività di un ufficio di coordinamento aziendale alle donazioni di organi e tessuti, formato da personale medico e infermieristico proporzionato alle caratteristiche dell'Azienda.
- monitoraggio dei decessi per lesioni cerebrali secondo il programma internazionale Donor Action con allineamento dei risultati agli indicatori previsti e dei pazienti affetti da lesioni encefaliche ricoverati in UO diverse dalle TI con allineamento dei risultati agli indicatori previsti
- allineamento alle medie regionali per i prelievi di tessuti nei donatori sottoposti ad accertamento di morte cardiaca

Trapianto di organi e tessuti:

- prosecuzione dei programmi aziendali di trapianto di organi secondo le linee guida nazionali e regionali, mantenendo gli indici di accettazione degli organi offerti ai livelli di eccellenza nazionale
- istituzione di registri che contengano i nominativi dei pazienti sottoposti in Azienda a trapianto di tessuti (cornee, membrana amniotica, muscolo-scheletrici, cute, vasi, valvole cardiache) a garanzia della tracciabilità, secondo il decreto legislativo n°16/2010 all.X

Le banche dei tessuti e delle cellule operative in regione devono proseguire il percorso di pieno adeguamento alla direttiva europea 2004/23/CE e utilizzare il codice unico nazionale (codice SIT) per ogni tessuto ricevuto, a garanzia della tracciabilità.

La rete regionale di procurement del sangue del cordone ombelicale, coordinata dalla banca regionale, perseguirà, anche per l'anno in corso, l'obiettivo di incrementare le donazioni ad uso solidaristico, e il registro regionale dei donatori di cellule staminali emopoietiche (CSE) proseguirà a coordinare la rete donativa regionale.

## **2.21 - Piano Sangue Regionale**

Nell'ambito del Sistema Sangue regionale, l'alta specializzazione delle tecnologie, la necessità di sviluppare competenze professionali specifiche in alcuni settori di eccellenza e l'ampia dimensione delle strutture produttive hanno trovato terreno fertile per lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi, come già avvenuto per l'Area Vasta Romagna con l'istituzione dell'Officina Trasfusionale.

Il suddetto modello – come dettagliato nel Piano Sangue e Plasma 2011-2013 in via di definizione - deve ulteriormente evolversi per consentire al meglio l'affinamento delle competenze adeguandole ai diversi livelli produttivi e deve estendersi alle altre Aziende, in AVEC ed in AVEN, che devono prevedere specifiche azioni per la realizzazione della concentrazione delle attività di lavorazione e validazione del sangue.

Inoltre, ai fini della promozione, del monitoraggio e della verifica dell'utilizzo clinico appropriato degli emocomponenti e dei farmaci plasmaderivati, nonché per la garanzia di sicurezza del processo trasfusionale, le Aziende si devono impegnare a:

- effettuare un'analisi del processo trasfusionale al fine di assicurare la tracciabilità ed identificazione univoca del paziente e del donatore e la segnalazione delle reazioni avverse e degli incidenti lungo tutto il processo dalla donazione alla trasfusione.
- garantire il regolare funzionamento del Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue e delle Cellule Staminali da Sangue Cordonale promuovendone l'attività in un'ottica di Area Vasta, con particolare riferimento all'appropriatezza dell'utilizzo di sangue e plasmaderivati;
- contribuire al perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti e emoderivati.

## **2.22 - Pronto Soccorso**

Le Aziende devono realizzare gli obiettivi previsti dalla DGR n. 1184/2010 "linee guida sulla funzione di triage" al fine di migliorare la gestione del flusso di lavoro di Pronto Soccorso.

Le Aziende devono inoltre:

- sistematizzare e classificare le attività di Pronto Soccorso – Osservazione Breve Intensiva (OBI) e Medicina d'Urgenza in relazione al numero di accessi ed al volume di dimessi dagli Ospedali per Acuti al fine di definire delle reti provinciali
- migliorare i tempi di processazione e garantire Tempi medi di attesa in PS non superiori alle 6 ore per tutti gli accessi;
- attivare la funzione di Bed Management in accordo alle indicazioni della Commissione regionale CREU tutelando la necessità dei ricoveri urgenti da PS
- approfondire le criticità dell'utilizzo della codifica delle diagnosi in uscita da PS e OBI al fine di monitorare le patologie che maggiormente ricorrono al Pronto Soccorso.

## **2.23 - Garanzie per l'accesso e la continuità assistenziale per i bambini e ragazzi con disabilità neuro-psico-motorie e per le persone con sofferenza psichica o dipendenze patologiche**

1. Formalizzazione ove non ancora raggiunta, del Piano Aziendale per l'accesso e relative garanzie (Dgr 313/09).
2. Attuazione del Programma Regionale Dipendenze approvato nel corso del 2011(Dgr 999/11), garantendo i percorsi dedicati per popolazioni target, con attenzione specifica alla formazione del personale del Dipartimento di Emergenza-Urgenza sul trattamento in emergenza dei casi di intossicazione da sostanze di abuso

- 3 Formalizzazione, ove non ancora avvenuta, del Programma Aziendale Disturbi del comportamento alimentare, mediante definizione del team DCA e definizione del percorso clinico-assistenziale dedicato (Dgr 602/09)
4. Attuazione degli impegni relativi al programma Regionale Autismo recentemente emanato (Dgr 1378/11) e dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (Dgr 108/10)
5. Definizione di standard e relativa verifica per le liste di attesa alle UO di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Verifica dell'aggiornamento delle carte dei servizi delle UO afferenti ai DSM-DP
6. Attivazione di un percorso condiviso per la disassuefazione dal fumo: in applicazione del Piano regionale tabagismo (DGR 844/2008) e del Piano regionale della prevenzione, garantire un percorso per la presa in carico integrata della persona dipendente da tabacco in collaborazione tra reparti ospedalieri, centri antifumo, medici di medicina generale
7. Definizione di percorsi di continuità assistenziale per le persone detenute e scarcerate con problemi di salute mentale (DGR 2/2010).

#### **2.24 - Valutazione multidimensionale socio-sanitaria per la presa in carico integrata di anziani con patologie psichiatriche e minori con patologie psichiatriche o disabilità**

Per anziani utenti dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche, ove non ancora attuato garantire la presa in carico integrata sociosanitaria per ogni ambito distrettuale attraverso la costituzione di equipe multidimensionale (UVM); garantire tale valutazione per ogni inserimento residenziale in strutture sociosanitarie psichiatriche di persone con patologie psichiatriche e dipendenze patologiche e con gravi patologie invalidanti.

In applicazione della DGR 1904 /2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari". e delle ulteriori indicazioni che saranno prodotte dalla Regione nel corso dell'anno, attivare le modalità di valutazione multidimensionale per tutti i minori allontanati dal nucleo familiare.

#### **2.25 - Accredimento dei servizi sociosanitari**

Nel corso del 2011 ha trovato piena applicazione la normativa sull'accredimento dei servizi socio-sanitari per anziani e disabili, con la conseguente applicazione sull'intero territorio regionale del sistema omogeneo di tariffe, di cui alla DGR 514/2009. Dal 2012 l'applicazione del sistema di remunerazione regionale viene a realizzarsi per l'intero anno ed i relativi costi trovano copertura nell'ambito del finanziamento del FRNA.

Le Aziende sono impegnate a supportare tale processo sia nella fase di gestione ed adeguamento dei contratti di servizio sia nel monitoraggio degli stessi da attuare in modo

integrato ed unitario con gli strumenti tecnici della governance di ambito distrettuale e quindi con il coinvolgimento dei Comuni.

Le Aziende Usl sono inoltre impegnate nel favorire il percorso di adeguamento progressivo agli standard dell'accreditamento definitivo e collaborano a tal fine con l'azione di accompagnamento promossa dalla Regione, assicurando per le prestazioni sanitarie la continuità e l'intensità degli interventi sia per l'area anziani (per la quale esiste una specifica normativa) sia per l'area disabili, favorendo una graduale e progressiva assunzione diretta di responsabilità del soggetto gestore del servizio accreditato.

## **2.26 - Continuità e presidio processi di cura, prevenzione e sostegno per adolescenti e giovani**

1. Definizione dei percorsi di cura dedicati agli adolescenti con dipendenza patologica o comportamenti di consumo/abuso di sostanze anche autori di reato che necessitano di aree di integrazione tra SerT e altri servizi del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, Dipartimento cure primarie, Enti locali, strutture private accreditate, terzo settore, in coerenza con le indicazioni regionali in corso di emanazione
2. Consolidamento delle funzioni di prossimità.
3. Definizione dei percorsi di continuità assistenziale per il passaggio alla maggiore età dei giovani con disabilità fisica e psichica in carico alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Dgr 1/2010).
4. In applicazione del Piano regionale della prevenzione, consolidamento degli interventi di prevenzione e promozione della salute nei bambini e adolescenti.

## **3 – Valorizzazione delle competenze ed empowerment degli operatori**

### **3.1 - Integrazione multi professionale nei processi di cura**

Le Aziende Sanitarie debbono facilitare lo sviluppo di approcci innovativi ai processi di cura, che valorizzino l'integrazione tra competenze professionali diverse e migliorino l'efficienza dei processi e l'efficacia nei risultati di salute:

- - ospedale organizzato per intensità di cure e per complessità di assistenza
- - case management nella gestione dei processi di cura delle malattie croniche
- - valorizzazione delle professioni sanitarie non mediche nel processo di ridefinizione dei percorsi clinico-assistenziali del DSM-DP , alcuni esempi: case-management infermieristico nella presa in carico di persone con esordio psicotico; maggiore responsabilizzazione delle figure di logopedista, educatore professionale nei percorsi della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, del tecnico della

riabilitazione psichiatrica nei contesti semiresidenziali, dello psicologo non solo nella funzione strettamente clinica ma anche nelle funzioni di psicologia di comunità, ecc...; il percorso sarà supportato da un gruppo di lavoro regionale

### **3.2 - Sviluppo dei processi di accreditamento e delle attività di audit nelle cure socio-sanitarie integrate**

Le Aziende Sanitarie dovranno assicurare in ogni ambito distrettuale la necessaria collaborazione tecnica e di supporto, in collaborazione con gli Uffici di piano e l'Ufficio di supporto, per realizzare il progetto regionale di accompagnamento verso l'accreditamento definitivo, fornendo un significativo riferimento per i gestori e gli operatori dei servizi socio-sanitari accreditati per garantire il coinvolgimento e la condivisione da parte degli operatori.

### **3.3 - Sviluppo delle abilità di comunicazione e di counselling dei professionisti nell'ambito del percorso nascita**

Le Aziende Sanitarie dovranno favorire lo sviluppo e l'esercizio di competenze di comunicazione e counselling da parte degli operatori dell'area materno-infantile (medici, ostetriche, infermieri, assistenti sanitarie) impegnati negli interventi di informazione, affiancamento, sostegno e sviluppo delle competenze genitoriali ed affrontando temi impegnativi della comunicazione quali diagnosi prenatale, disagio emozionale materno, allattamento al seno, natimortalità. Tale obiettivo è legato al percorso formativo definito dalla Commissione Nascita e sviluppato in ogni area vasta nel corso del 2012.

## **4 – Promozione della salute, prevenzione delle malattie e del disagio**

Gli obiettivi 2012 e le relative attività fanno riferimento anzitutto al **Piano regionale della Prevenzione 2010-2012** e ai relativi programmi/progetti, nel quale sono indicate analiticamente le azioni da svolgere in ogni singolo anno, e quindi anche per il 2012, oltre agli indicatori e agli standard per valutare il raggiungimento degli obiettivi.

Alla luce della crisi economica che sta coinvolgendo il nostro Paese e delle sue ripercussioni sulla salute con il prevedibile aumento delle disuguaglianze sociali e di una minore attenzione verso i temi della prevenzione e della promozione della salute da parte delle persone più fragili, occorre che i Dipartimenti di Sanità pubblica migliorino le capacità di affrontare queste nuove problematiche, e con livelli di efficienza maggiori.

Pertanto, pur in attesa di una revisione/aggiornamento delle Linee guida regionali per l'organizzazione dei Dipartimenti di Sanità Pubblica, va **umentato il ruolo, anche gestionale, delle Aree Vaste, promuovendo ulteriori forme di integrazione e di gestione** comune tra Servizi afferenti ad Aziende diverse; si tratterà quindi di integrare non solo programmi di formazione, ma anche di gestire in modo unitario tematiche

specialistiche e di promozione della salute, che possono così raggiungere una maggiore incisività e razionalità.

Altro obiettivo di ordine generale è **la valorizzazione** dei ruoli delle **professioni sanitarie non mediche** sia nel favorire la medicina di iniziativa da parte dei Nuclei delle cure primarie e nella casa della salute, sia per l'attività di vigilanza e ispezione.

Di seguito si elencano gli obiettivi riguardanti le principali aree di lavoro in campo di promozione della salute e prevenzione.

#### **4.1 - Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili**

##### **a) Sorveglianza delle malattie infettive**

Garantire tempestività, accuratezza e completezza delle segnalazioni previste dai diversi sistemi di sorveglianza attivi in integrazione tra l'Azienda Usl e quella Ospedaliera, qualora necessario, curando anche la partecipazione dei laboratori ai percorsi diagnostici individuati dal livello regionale e ai relativi debiti informativi legati alla sorveglianza.

Adottare il nuovo sistema informativo regionale delle malattie infettive, adeguando le infrastrutture e sviluppando le competenze professionali.

##### **b) Programmi di controllo specifici**

- *Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita*

Attuare le azioni considerate prioritarie dal livello regionale per l'anno in corso, come da deliberazione di giunta regionale n.916/2011

- *Altri piani specifici*

Dare puntuale applicazione alle indicazioni fornite su piani di controllo specifici con particolare riferimento a: Chikungunya, Dengue, West Nile Disease, altre malattie da vettore, legionellosi, epatiti e altre malattie a trasmissione ematica e sessuale, tubercolosi, Malattie trasmesse da alimenti.

##### **c) Programmi vaccinali**

Raggiungere gli standard previsti per le coperture di tutte le vaccinazioni incluse nel calendario regionale sia per l'infanzia e adolescenza, sia per gruppi a rischio, con una particolare attenzione ai livelli qualitativi definiti con le indicazioni regionali, anche relativamente al rispetto delle tempistiche previste.

Aggiornare i software di gestione delle vaccinazioni secondo le indicazioni regionali al fine di realizzare l'anagrafe vaccinale regionale.

#### **4.2. Sicurezza alimentare, nutrizionale e sanità pubblica veterinaria**

##### **a) Utilizzo razionale e integrato delle risorse umane**

Adozione di atti amministrativi riguardanti sia l'individuazione del Programma "Sicurezza alimentare" (di cui alla DGR 2011/2007), sia l'integrazione tra le tre aree funzionali della

sanità pubblica veterinaria in cui vengano definiti: obiettivi, responsabilità, ruoli, azioni, indicatori e verifiche.

#### **b) Categorizzazione del rischio nel settore alimentare e registrazione controlli ufficiali**

Attuazione di piani di lavoro aziendali nell'ambito della sicurezza alimentare e della sanità pubblica veterinaria coerenti con le linee di indirizzo regionali per quanto riguarda la categorizzazione del rischio nel settore alimentare e la registrazione e rendicontazione dei controlli ufficiali eseguiti.

#### **c) Sicurezza nutrizionale**

Valutazione dei menu nelle strutture scolastiche pubbliche con ristorazione e verifica dell'offerta alimentare dei distributori automatici di alimenti e bevande delle scuole per verificarne la coerenza con le linee di indirizzo nazionali e regionali.

### **4.3. - Promozione della salute, stili di vita salutari, nonché prescrizione dell'attività fisica a persone con fragilità o malattie**

Vanno rivitalizzate e rafforzate le **reti di promozione della salute**, creando sinergie tra le azioni rivolte a specifici fattori di rischio, coinvolgendo anche i servizi e presidi ospedalieri per potenziare la rete degli ospedali e dei servizi sanitari per la promozione della salute (**HPH**), al fine di orientare i progetti verso la convergenza e il rafforzamento dei messaggi di promozione della salute, in particolare di quelli contenuti nel Piano regionale della prevenzione.

Si sottolineano in particolare i seguenti obiettivi:

- Partecipazione alla campagna di promozione dell'attività fisica per motivare tutti i cittadini all'uso delle scale (in collaborazione con Enti locali).
- Impulso alla divulgazione dell'accordo tra la Regione Emilia-Romagna e CONI, Comitato Italiano Paralimpico ed Enti di promozione sportiva per la promozione e la diffusione dell'attività fisica, soprattutto nei bambini e nei giovani.
- Realizzazione della fase pilota di "Palestra sicura".
- Verifica del rispetto di standard nutrizionali nelle offerte alimentari delle scuole pubbliche primarie e secondarie di primo grado.
- Monitoraggio degli interventi di promozione degli ambienti liberi dal fumo, rivolti alle donne, ai giovani, nelle scuole e nei luoghi di lavoro del servizio sanitario, compresi gli interventi di disassuefazione al fumo.
- Conclusione della realizzazione e raccolta dati per la valutazione del progetto "Paesaggi di prevenzione".
- Le Aziende Usl interessate dal progetto sulla prescrizione dell'esercizio fisico e dell'attività fisica (Bologna, Cesena, Ferrara, Modena, Parma e Ravenna) dovranno svolgere la fase operativa della sperimentazione, che si avvia nel mese di gennaio 2012 e si concluderà alla fine dell'anno, secondo il programma già definito e

approvato dal Ministero della Salute come sperimentazione di interesse nazionale. Tale processo viene accompagnato da una valutazione sull'attività e da eventuali correttivi in corso d'opera.

#### **4.4. - Promuovere il benessere nella terza età**

*Obiettivo 2012:* realizzare percorsi educativi, informativi per sollecitare l'autonomia delle persone anziane (educazione alla salute, alimentazione, superamento stati di isolamento e disagio, rafforzamento delle abilità residue ...) ad esempio nell'ambito del volontariato civile, anche internazionale.

#### **4.5. - Programmi di screening oncologici**

- Mantenimento degli standard di qualità e di risultato ottenuti, con superamento delle criticità riscontrate nel corso del 2011; le relative valutazioni verranno effettuate attraverso i consueti indicatori.
- Attuazione delle modifiche definite a livello regionale al programma di prevenzione dei tumori colonrettali (braccio familiari e quello relativo agli anziani) e per la diagnosi precoce dei tumori della mammella.
- Implementazione del sistema informativo regionale relativo allo screening mammografico basato su record individuale.

#### **4.6. - Promozione della salute e prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro**

Attuazione degli obiettivi previsti dal Piano regionale della Prevenzione; in particolare:

##### *- Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*

Le UOPSAL e le UOIA dovranno:

- o promuovere la formazione degli operatori e favorire l'integrazione professionale al fine di assicurare in materia di vigilanza e controllo metodologie e criteri omogenei, secondo le indicazioni regionali;
- o sviluppare l'attività di promozione della salute nei luoghi di lavoro mediante attività di informazione, formazione ed assistenza rivolte ai vari soggetti della prevenzione con particolare riguardo alle fasce deboli di lavoratori;
- o mantenere i livelli di vigilanza nei luoghi di lavoro, pari al controllo annuale del 9% delle Posizioni Assicurate Territoriali. Livello di copertura che può essere ridotto in ragione della realizzazione di interventi di particolare complessità;
- o mantenere gli attuali livelli di copertura relativi alle verifiche e controlli delle attrezzature.

##### *- Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori delle Aziende sanitarie*

I Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione e i Medici competenti dovranno:

- assicurare la rispondenza del documento di valutazione del rischio a quanto previsto dalla normativa, ivi compreso il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza e le verifiche sulla loro attuazione, nonché modalità di aggiornamento tempestive rispetto alle modifiche organizzative e strutturali.
- assicurare la qualità dei protocolli di sorveglianza sanitaria e la periodicità definita degli accertamenti sanitari, nonché partecipare alle iniziative tese a ottenere l'omogeneità degli interventi a livello di Area vasta e regionale.

#### **4.7. - Funzione di sorveglianza epidemiologica e sviluppo del sistema informativo dei Dipartimenti di sanità pubblica**

- Dovranno essere garantite le attività riguardanti i sistemi di sorveglianza sui comportamenti riferiti (PASSI, OKkio alla salute), l'indagine PASSI d'argento, nonché le attività di comunicazione e divulgazione dei relativi risultati.
- Le Aziende inoltre dovranno partecipare alle attività riguardanti l'epidemiologia ambientale, con particolare riferimento a Monitor 2 e al Supersito e alla formazione in epidemiologia ambientale, nonché allo sviluppo della funzione di supporto all'espressione dei pareri in Conferenza dei Servizi).
- Occorre assicurare lo sviluppo del sistema informativo dei dipartimenti di Sanità pubblica, aziendale e regionale, per le attività di vigilanza e controllo degli ambienti di vita e di lavoro, secondo le indicazioni già fornite ai Direttori dei Dipartimenti di Sanità pubblica.

### **5 – Sviluppo delle funzioni ed attività di ricerca ed innovazione nelle Aziende Sanitarie**

#### **5.1 - Le politiche per la ricerca e l'innovazione**

La ricerca scientifica e l'innovazione si stanno sempre più affermando come asset decisivi per la crescita e il prestigio del Sistema Sanitario della Regione Emilia Romagna. Un servizio sanitario moderno pone un'attenzione costante al tema della Ricerca & Innovazione che rappresenta un elemento fondante ed essenziale per poter offrire una reale garanzia di qualità dell'assistenza.

Con la legge regionale n. 29/2004 il Servizio sanitario regionale (SSR) ha identificato la ricerca come sua funzione istituzionale fondamentale, al pari di quella assistenziale e di formazione continua, il cui sviluppo è indispensabile per garantire un flusso costante di innovazione al sistema. La Regione Emilia Romagna ha intrapreso un percorso teso a

rendere strutturale e permanente la vocazione del proprio Servizio Sanitario verso la ricerca e l'innovazione, come elemento fondante per l'assistenza di elevata qualità.

In attuazione degli indirizzi formulati su questo tema dal piano Sociale Sanitario la delibera N. 1066/2009 "*La Ricerca come attività istituzionale*" ha infatti individuato specifiche azioni da intraprendere a livello aziendale, al fine di rendere concretamente possibile una diretta assunzione di responsabilità per quanto attiene la ricerca e il governo dell'innovazione, sia tecnologica che clinico-organizzativa.

Le Aziende, negli ultimi due anni sono state esposte a numerose occasioni di formazione e momenti di riflessione su come organizzare e promuovere la loro attività di ricerca. Tali stimoli e sollecitazioni, hanno prodotto diverse attività volte alla messa in atto delle linee di indirizzo fornite. Il livello di risposta e di sviluppo delle diverse iniziative risulta ad oggi non univoco ed uniforme tra le diverse Aziende. Si tratta in definitiva di un processo complesso e articolato che necessita ora, mentre è ancora in fase di sviluppo, di una fase di valutazione che da una parte faciliti il consolidamento e la diffusione delle iniziative di maggiore successo e, dall'altra, fornisca una opportunità di riflessione sugli elementi che lo rendono problematico o poco omogeneo.

A tal fine sono stati individuati per il 2012 alcuni obiettivi aziendali finalizzati innanzitutto a definire le prossime fasi, a rafforzare alcune attività ancora non pienamente diffuse e a individuare quelle che necessitano di ulteriore sviluppo.

## **5.2 - Le infrastrutture aziendali a sostegno della ricerca e del governo dell'innovazione**

In ottemperanza alle linee di indirizzo fornite dalla delibera N1066/2009 le aziende si sono adoperate per la costituzione dell'infrastruttura aziendale a sostegno della ricerca e del governo dell'innovazione (Board aziendali della ricerca, programmi aziendali per la ricerca, sistemi di selezione e prioritarizzazione delle proposte ecc.). Si rende necessario effettuare una ricognizione delle diverse iniziative aziendali per cogliere ed analizzarne le caratteristiche tenendo conto dei differenti approcci.

Obiettivi :

Partecipazione attiva alle iniziative di survey e di analisi delle caratteristiche delle infrastrutture aziendali a sostegno della ricerca e del governo dell'innovazione (site visits, workshops ecc.), secondo le modalità proposte dalle Aree Governo della Ricerca e Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI).

## **5.3 - La tracciabilità dell'attività di ricerca**

Tutte le attività di ricerca e di innovazione svolte all'interno delle Aziende sanitarie allo scopo di acquisire informazioni utili al miglioramento delle qualità dell'assistenza devono essere "tracciabili" e pertanto documentate e descritte nelle loro finalità e caratteristiche.

Tutte le attività di ricerca, passate al vaglio degli organismi aziendali devono perciò essere registrate con modalità omogenea da tutte le Aziende al fine di avere la conoscenza di tutti i progetti con relative caratteristiche e stato di avanzamento.

A tal fine, dopo una fase sperimentale iniziale svolta negli anni 2008-2009, è stata costituita l'anagrafe della ricerca, che rappresenta un sistema prospettico di registrazione delle attività di ricerca condotte dentro le Aziende sanitarie della regione. Tale attività sarà il presupposto per un'analisi dettagliata dei punti di forza e le lacune dell'attività di ricerca condotta nella nostra regione.

Inoltre attraverso i progetti di ricerca e innovazione finanziati dalla Regione è possibile avere un quadro delle reti professionali impegnate nella ricerca, che è tuttavia incompleto in quanto in esso non confluisce buona parte delle collaborazioni nazionali e internazionali che vedono coinvolti i professionisti di questa regione. Occorre quindi poter disporre di una mappatura delle comunità scientifiche a cui i professionisti appartengono per meglio disegnare il profilo della ricerca, degli interessi e delle eccellenze che si sviluppano in regione.

In questo ambito, obiettivi per le Aziende sono:

- Attraverso lo strumento informatico ad hoc, che permette tramite l'uso di un applicativo web la raccolta dei dati a livello periferico e la loro integrazione a livello regionale in tempo reale le Aziende dovranno fornire tutte le informazioni necessarie a completare e aggiornare l'anagrafe fino al 2012.
- Raccolta e comunicazione delle pubblicazioni scientifiche dei professionisti della propria azienda, a partire dall'anno 2005.

#### **5.4 - L'innovazione tecnologica**

E' stato più volte ribadito che le acquisizioni di alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche devono essere precedute da una valutazione regionale. Gli elevati costi di investimento e/o manutenzione richiedono, in questo periodo di difficile gestione della necessaria contrazione della spesa, un approccio rigoroso e selettivo nei piani di adozione di tecnologie sanitarie. Pur mantenendo l'impegno allo sviluppo della qualità dell'assistenza e della formazione professionale, a cui le tecnologie innovative sono spesso associate, occorre che ne vengano verificate le reali potenzialità, il fabbisogno complessivo, l'impatto economico e la sostenibilità nel tempo.

In questo ambito, obiettivi per le Aziende sono:

- la segnalazione tempestiva all'Osservatorio Regionale per l'Innovazione di un interesse da parte delle aziende nei riguardi di tecnologie sanitarie innovative, che ne consenta l'avvio di una istruttoria e valutazione che informi i piani di adozione aziendali o di Area Vasta.

- la segnalazione all'Osservatorio Regionale per l'Innovazione di dispositivi medici innovativi di media complessità che vengono proposti o presi in considerazione dai professionisti delle Aziende, al fine di programmare in collaborazione con la Commissioni Aziendali per i Dispositivi Medici e la Commissione Regionale dei Dispositivi Medici una loro rapida valutazione.

## 5.5 - Le innovazioni clinico-organizzative

Il Fondo per la Modernizzazione, per il triennio 2010-2012, ha introdotto tra le sue aree tematiche i processi o strumenti di cambiamento indicati nelle linee di programmazione regionale. Le aziende sono pertanto state invitate a presentare proposte progettuali che si prefiggono di esplicitare e monitorare il processo di introduzione del cambiamento e di valutare l'impatto del cambiamento introdotto tenendo conto anche di eventuali effetti indesiderati. Da questi progetti aziendali ci si attende di accrescere la conoscenza relativa alle caratteristiche principali di questi interventi complessi, che li rendono poco standardizzabili e molto suscettibili alle caratteristiche del contesto e la cui modalità di realizzazione e implementazione può condizionarne la stessa efficacia.

In questo ambito, obiettivi per le Aziende impegnate in progetti di introduzione o valutazione di innovazioni clinico-organizzative sono:

- rendicontazioni periodiche dello svolgimento dei progetti e dei risultati intermedi, anche attraverso la promozione e partecipazione a workshop dedicati che facilitino allo scambio di idee e condivisione dei processi, utili a realizzare analisi comparative dei risultati provenienti dai singoli *case study*.

## 5.6 - La Formazione

Di seguito si elencano i punti di attenzione per la programmazione 2012 delle attività formative aziendali :

- La Formazione nelle Aziende Sanitarie dovrà uscire dallo stereotipo delle forme della trasmissione che hanno nell'uso esclusivo dell'aula la loro espressione tradizionale. Occorrerà adottare modelli di lavoro formativo che possano soddisfare i bisogni di apprendimenti complessi (necessari a sostenere diversi progetti sopracitati: health literacy, relazioni empatiche, empowerment dell'operatore, ecc) e di accompagnamento dei processi di cambiamento dei professionisti nel tempo. La Formazione quindi dovrà essere oggetto di un pensiero progettuale che non si esaurisce nella realizzazione dell'evento d'aula, ma che, utilizzando i vari possibili mix di opportunità metodologiche (formazione sul campo, e-learning, coaching, simulazioni, ecc.) oltrech  mantenere per un medio -lungo periodo livelli di attesa sulle competenze richieste si preoccupi prioritariamente del trasferimento e consolidamento degli apprendimenti sollecitati, in comportamenti professionali agiti nei contesti di lavoro.

- Nel 2012 si attiverà l'accreditamento dei Sistemi Qualità dei Servizi Formazione declinato nei due ambiti previsti dalla normativa sull'Educazione Continua in Medicina:
  - accreditamento funzione di gestione: dove i requisiti fanno riferimento ad evidenze di qualità presenti nel sistema di gestione formativa aziendale
  - accreditamento funzione di provider: dove l'ambito di garanzia della qualità fa riferimento ai processi di produzione formativa.
- Le Aziende Sanitarie dovranno avanzare richiesta per entrambi gli accreditamenti e predisporre i propri sistemi formativi ad essere a norma con i requisiti previsti.
- Si sollecita l'utilizzo dei "dossier formativi di gruppo" come modalità di programmazione e verifica delle attività formative pianificate nelle diverse strutture aziendali
- Le Aziende Sanitarie saranno autorizzate a produrre corsi di formazione manageriale aventi come destinatari i professionisti già titolari di posizione di direzione di struttura, al fine del riconoscimento del titolo di abilitazione alle direzioni di struttura complessa (AI SENSI DEL D.LGS.N.502/92 E S.M.E DEL DPR N.484/97). L'autorizzazione sarà subordinata alla verifica, da parte regionale, dei requisiti previsti dall'Accordo interregionale, approvato dalla Conferenza dei Presidenti del 10 luglio 2003. Le Aziende Sanitarie programmeranno i suddetti percorsi formativi privilegiando forme di produzione integrate per Area Vasta e con le Università.