

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno Lunedì 30 **del mese di** Maggio
dell' anno 2011 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Errani Vasco	Presidente
2) Bortolazzi Donatella	Assessore
3) Freda Sabrina	Assessore
4) Gazzolo Paola	Assessore
5) Lusenti Carlo	Assessore
6) Marzocchi Teresa	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
9) Peri Alfredo	Assessore
10) Rabboni Tiberio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2011

Cod.documento GPG/2011/724

Num. Reg. Proposta: GPG/2011/724

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamato il nuovo Patto per la Salute, sul quale è stata sancita 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 (rep. N. 243/CSR), che ha ridefinito il complessivo fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale per il triennio 2010-2012, affiancandolo da una serie di previsioni normative e programmatiche;

Preso atto che, rispetto alle previsioni contenute per il 2011 nella Legge 133/2008, di conversione del decreto-legge 112/2008 (recante disposizioni in tema di sviluppo economico), e confermate dalla Legge 102/2009, di conversione del decreto-legge 78/2009 (recante Provvedimenti anticrisi), pari a 106.934 milioni per l'anno 2011, comprensivi dei 50 milioni di euro a titolo di ulteriore finanziamento a carico dello Stato per l'ospedale pediatrico Bambin Gesù, lo Stato si è impegnato ad assicurare risorse aggiuntive pari a 1.719 milioni per il 2011, di cui 419 milioni quale finanziamento aggiuntivo a carico del bilancio dello Stato e 1.300 milioni derivanti da ulteriori misure che lo Stato si impegnava ad adottare nel corso del 2010; ed a garantire per il 2012 un incremento delle risorse rispetto all'anno precedente pari al 2,8% e che pertanto il fabbisogno finanziario nazionale per il 2011 è stato rideterminato in 108.653 milioni di euro;

Considerato inoltre che:

- a) a fronte di tali finanziamenti, le Regioni "devono assicurare l'equilibrio economico finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza";
- b) il quadro finanziario è completato da una previsione di copertura finanziaria per l'adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio sanitario nazionale, cui si aggiunge la

previsione di un ulteriore miliardo di euro ai programmi di edilizia sanitaria ex articolo 20 L.67/1988;

c) diverse sono le tematiche affrontate, rispetto alle quali il patto delinea contenuti di principio e assume impegni normativi:

- Avvio di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa, con relativa individuazione di indicatori;

- Istituzione di una Struttura tecnica di monitoraggio paritetica Governo-Regioni (STEM), quale struttura tecnica di supporto della Conferenza Stato-Regioni;

- Istituzione di un Tavolo per il governo della spesa farmaceutica ospedaliera, unificazione delle competenze in merito ai dispositivi medici;

- Modalità di copertura disavanzi emergenti in sede di monitoraggio infra-annuali;

- Ridefinizione dei parametri strutturali ospedalieri (PL/1000 abitanti) e di appropriatezza, accreditamento e tariffe;

- Certificabilità dei bilanci delle Aziende sanitarie e del consolidato regionale;

- Parametri riferiti al personale dipendente;

- Misure specifiche per le Regioni in condizioni di squilibrio economico-finanziario: commissariamento, piani di rientro, meccanismi di automatismo nell'applicazione delle leve fiscali, decadenza automatica delle Direzioni aziendali e di assessorato;

- Anticipazioni di tesoreria (trattenuta del solo 2%, rispetto al 3% previsto, per le regioni che nell'ultimo triennio risultino adempienti rispetto agli impegni definiti dalle intese nazionali, ulteriormente riducibile compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica);

d) il Patto conferma tutti gli adempimenti regionali sanciti con precedenti Intese e Leggi;

Vista la legge 23 dicembre 2009, n.191 (Legge finanziaria 2010), che all'articolo 2, commi da 66 a 105, riprende i principali contenuti del nuovo Patto per la salute: livello di finanziamento (comma 67), livello delle anticipazioni di cassa (comma 68), incremento delle risorse

per l'adeguamento strutturale e tecnologico del servizio sanitario nazionale (comma 69), certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie (comma 70), contenimento della spesa per il personale (comma 71), misure di riduzione degli organici e fissazione di parametri standard (commi 72,73 e 74), disposizioni per le regioni in situazione di squilibrio economico (commi da 75 a 91), o inadempienti per motivi diversi dall'obbligo dell'equilibrio di bilancio (commi da 92 a 97), finanziamento del Fondo per la non autosufficienza (comma 102);

Preso pertanto atto che per il 2011, a fronte del livello complessivo di fabbisogno finanziario ridefinito in 108.653 milioni di euro, il livello di risorse disponibili per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale derivante dal nuovo Patto per la salute e confermato dall'articolo 2, comma 67 della legge 191/2009 (Legge finanziaria 2010) risultava pari a 107.353 milioni di euro (pari al precedente livello di finanziamento, 106.934 milioni di euro, cui si aggiungono 419 milioni), livello rispetto al quale lo Stato si impegnava a reperire ulteriori risorse nel corso del 2010 con successivi provvedimenti legislativi per 834 milioni; i 466 milioni necessari a completare il quadro finanziario costituivano economie di spesa sul personale, imputabili alla possibilità di limitare l'accantonamento per i rinnovi contrattuali all'indennità di vacanza contrattuale;

Visto il Decreto Legge 31 maggio 2010, n.78 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica", convertito in legge 30 luglio 2010, n.122 che:

- all'articolo 9 - Contenimento delle spese in materia di impiego pubblico - comma 16 interviene sul livello di finanziamento per il 2011 modificando la pianificazione delle risorse previste dal nuovo Patto per la Salute e disponendo una riduzione del livello di finanziamento del SSN nella misura di 418 milioni di euro per il 2011 e di 1.132 milioni di euro annui a decorrere dal 2012 per le economie di spesa realizzabili in materia di contrattazione collettiva nazionale del personale dipendente e convenzionato del SSN;
- all'articolo 11 - Controllo della spesa sanitaria - comma 12 stabilisce, a decorrere dal 2011, la riduzione di 600 milioni di euro annui del livello di finanziamento del SSN per le economie realizzabili da

misure di razionalizzazione della spesa nel settore farmaceutico;
di conseguenza il livello di finanziamento ordinario di parte corrente del SSN cui concorre lo Stato è rideterminato in diminuzione per 1.018 milioni di euro per il 2011 e in diminuzione per 1.732 milioni di euro per il 2012;

Considerato che la legge 13 dicembre 2010, n. 220 (legge di stabilità 2011) ha incrementato il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, come rideterminato dall'art. 11 comma 12, del citato decreto-legge n. 78/2010, di 347,5 milioni di euro per l'anno 2011, per far fronte al maggior finanziamento concordato con le regioni, ai sensi del citato nuovo Patto per la salute, limitatamente ai primi cinque mesi dell'anno 2011;

Vista l'Intesa sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2011, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 20 aprile 2011 (rep. N. 80/CSR), che comprende il livello di finanziamento previsto dalla citata legge 220/2010;

Considerato che restano da finanziare nel 2011 486,5 milioni di euro pari ai sette dodicesimi degli 834 milioni che lo Stato si era impegnato a reperire nel corso del 2010 con provvedimenti legislativi come sopra citato;

Considerato che la Conferenza delle Regioni e Province autonome riunitasi il 13-14 e 15 aprile 2011 sulla proposta di riparto delle risorse destinate al finanziamento del SSN per l'anno 2011, ha chiesto fra l'altro al Governo di rendere immediatamente disponibili, per il riparto 2011, le risorse finanziarie aggiuntive pari a 486,5 milioni di euro, parte integrante del finanziamento per il SSN, previste dall'Intesa del 9 dicembre 2009 sul Patto per la Salute 2010-2012;

Richiamate:

- la legge regionale 23 dicembre 2010, n. 14 "Legge finanziaria regionale adottata a norma dell'articolo 40 della legge regionale 15 novembre 2001, n. 40 in

coincidenza con l'approvazione del bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2011 e del bilancio pluriennale 2011-2013"

- la legge regionale 23 dicembre 2010, n. 15 " Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2011 e bilancio pluriennale 2011-2013",

con le quali:

- a) viene stabilito in 150 milioni di euro l'intervento regionale a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale ed a finanziamento delle prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza, che trova copertura nel bilancio pluriennale 2011-2013 a carico dell'esercizio 2012 (lo stanziamento 2011 assicura l'equilibrio del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2010, mentre lo stanziamento 2012 garantisce l'equilibrio del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2011);
- b) viene elevato a 101 milioni di euro il finanziamento diretto dal bilancio regionale al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (70 milioni di euro era lo stanziamento di previsione 2010) al fine di elevare ed ampliare l'area di finanziamento pubblico delle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria;

Ritenuto, alla luce del quadro finanziario 2011, di impostare la programmazione regionale per l'anno in corso, in continuità con il triennio precedente, ponendosi come obiettivo l'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale:

- 7.569,793 milioni costituiscono il livello di finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, a valere sulle effettive risorse a disposizione a livello nazionale, definite dalla citata intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 20 aprile 2011 (rep. N. 80/CSR);
- 115,145 milioni costituiscono, per la nostra Regione, la risultanza del riparto delle risorse di FSN accantonate per il finanziamento degli obiettivi di carattere prioritario a livello nazionale, definita dall'Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo

Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 20 aprile 2011 (rep. N. 83/CSR);

- 36,191 milioni di euro quale quota per la Regione Emilia Romagna delle risorse finanziarie aggiuntive pari a 486,5 milioni di euro, pari ai sette dodicesimi degli 834 milioni che lo Stato si era impegnato a reperire nel corso del 2010 con successivi provvedimenti legislativi come sopra citato, parte integrante del finanziamento per il SSN, previste dall'Intesa del 9 dicembre 2009 sul Patto per la Salute 2010-2012.

Dato atto che la garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale viene data dalle risorse stanziare sul Bilancio regionale 2011-2013 per un ammontare massimo di 150 milioni di euro, come più sopra specificato; di questi, 100 milioni costituiscono garanzia del fabbisogno finanziario connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie, anche aggiuntive rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza, mentre 50 milioni alimentano il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, e si aggiungono, come per gli anni precedenti, alla quota consolidata a carico della sanità, che per il 2011 è pari a 217,208 milioni (comprensiva di un incremento di 5 milioni rispetto al 2010 ed aggiornata con la corrispondente quota di risorse relative alla popolazione dei sette comuni di Casteldelci, Maiolo, Novafeltria, Pennabilli, San Leo, Sant'Agata Feltria e Talamello che dal 1/1/2010 sono confluiti dalla regione Marche alla regione Emilia Romagna nell'ambito della provincia di Rimini) ed alle risorse direttamente attribuite dal Bilancio regionale pari a 101 milioni per il 2011;

Dato altresì atto che il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza dell'anno 2011 ammonta a complessivi 461,6 milioni di euro, costituiti per 217,208 milioni dalla quota consolidata del Fondo sanitario regionale (con un incremento di 5 milioni rispetto al 2010), per 93,392 milioni dalla quota consolidata del Fondo sanitario regionale per disabili e ricompresa nel finanziamento dei livelli di assistenza, per 151 milioni dalle risorse regionali (con un aumento di 31 milioni rispetto al 2010);

Ritenuto di impostare il finanziamento per il 2011 su un livello complessivo di risorse, come sopra definito, pari a 7.871,129 milioni di euro, ripartendolo come segue:

- 7.459,545 milioni vengono destinati al finanziamento dei Livelli di assistenza; il riparto tra le aziende avviene

a quota capitaria, per progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento; di questi, 217,208 milioni costituiscono la quota consolidata (comprensiva di un incremento di 5 milioni rispetto al 2010 ed aggiornata con la corrispondente quota di risorse relative alla popolazione dei comuni di Casteldelci, Maiolo, Novafeltria, Pennabilli, San Leo, Sant'Agata Feltria e Talamello che dal 1/1/2010 sono confluiti dalla regione Marche alla regione Emilia Romagna nell'ambito della provincia di Rimini) a finanziamento del FRNA;

- 73,400 milioni sono riservati al finanziamento del Sistema integrato SSR-Università;
- 32,000 milioni sono trattenuti a finanziamento delle strutture e dei progetti regionali;
- 232,558 milioni costituiscono il finanziamento a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario complessivo e qualificazione dell'assistenza ospedaliera;
- 50 milioni vengono confermati ad ulteriore finanziamento del FRNA;
- 23,626 milioni sono riservati al finanziamento di prestazioni extra-LEA, dei Piani aziendali per il contenimento delle liste d'attesa, a sostegno della ricerca degli IRCCS regionali;

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

Considerato altresì che per definire il complessivo livello delle risorse a disposizione del Servizio sanitario regionale per il 2011 si aggiungono:

- 346,6 milioni di euro quale acconto per la remunerazione delle prestazioni rese in regime di mobilità inter-regionale;
- 400 milioni di euro circa di entrate dirette delle Aziende sanitarie, a fronte di prestazioni rese;

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

Ritenuto che l'equilibrio economico-finanziario costituisca vincolo e obiettivo sia per il Servizio sanitario regionale che per le singole aziende e rappresenti anche condizione per garantire un governo flessibile del personale

e assicurare lo sviluppo dell'area della integrazione socio-sanitaria;

Valutata l'esigenza di impegnare le direzioni delle aziende sanitarie regionali alla predisposizione degli strumenti di programmazione economico-finanziaria per il 2011 nel rispetto delle linee di indirizzo definite in allegato al presente provvedimento;

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

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

Acquisita la relazione "Criteri di Finanziamento delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna - Anno 2011", Allegato A parte integrante del presente provvedimento e ritenuto di evidenziare:

- l'aggiornamento della consistenza della popolazione all'1/1/2010;
- l'aggiornamento della base dati riferita ai consumi rilevati;
- una ridefinizione, per alcuni sub-livelli di assistenza, della percentuale di risorse dedicate;
- l'evidenziazione, nel livello dell'Assistenza distrettuale (sub-livello "Contributo al FRNA disabili"), della quota riferita all'assistenza a favore di persone con disabilità, che confluisce, come per il 2010, al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (in coerenza con quanto stabilito nel programma approvato con la DGR 1892/2010);
- la modifica per il 2011, di alcuni criteri di finanziamento come dettagliato nel sopra citato Allegato A;

Visto l'art. 6, comma 2 della richiamata L.R. n. 29/2004 e successive modificazioni;

Visto il parere favorevole espresso dalla Commissione Assembleare Politiche per la salute e politiche sociali nella seduta del 24 maggio 2011;

Viste:

- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche, ed in particolare l'art. 37, comma 4;
- la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 recante "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali fra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modifiche;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

1. di determinare il volume complessivo di risorse a finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per il 2011, per le considerazioni in premessa esposte e qui richiamate, in 7.871,129 milioni di euro, di cui:
 - 7.569,793 milioni costituiscono il livello di finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, a valere sulle effettive risorse a disposizione a livello nazionale;
 - 115,145 milioni costituiscono la risultanza del riparto delle risorse di FSN accantonate per il finanziamento degli obiettivi di carattere prioritario a livello nazionale;
 - 36,191 milioni di euro quale quota per la Regione Emilia Romagna delle risorse finanziarie aggiuntive pari a 486,5 milioni di euro, pari ai sette dodicesimi

degli 834 milioni che lo Stato si era impegnato a reperire nel corso del 2010 con successivi provvedimenti legislativi come sopra citato, parte integrante del finanziamento per il SSN, previste dall'Intesa del 9 dicembre 2009 sul Patto per la Salute 2010-2012;

- 150 milioni di euro costituiscono l'impegno finanziario a carico del bilancio regionale, a garanzia dell'equilibrio del Servizio sanitario regionale; di questi, 100 milioni costituiscono garanzia del fabbisogno finanziario connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie, anche aggiuntive rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza, mentre 50 milioni alimentano il FRNA e si aggiungono, come per gli anni precedenti, alla quota consolidata a carico della sanità, che per il 2011 è pari 217,208 milioni (comprensiva di un incremento di 5 milioni rispetto al 2010 ed aggiornata con la corrispondente quota di risorse relative alla popolazione dei sette comuni di Casteldelci, Maiolo, Novafeltria, Pennabilli, San Leo, Sant'Agata Feltria e Talamello che dal 1/1/2010 sono confluiti dalla regione Marche alla regione Emilia Romagna nell'ambito della provincia di Rimini) e alle risorse direttamente attribuite dal Bilancio regionale, pari a 101 milioni per il 2011;
2. di destinare le complessive risorse, pari a 7.871,129 milioni così come analiticamente rappresentato in Tabella 1, allegata parte integrante del presente provvedimento, e di seguito sintetizzato:
- 7.459,545 milioni di euro vengono destinati al finanziamento dei Livelli di assistenza; il riparto tra le aziende avviene a quota capitaria, per progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento; di questi, 217,208 milioni comprensivi di un incremento di 5 milioni rispetto al 2010 ed aggiornati con la corrispondente quota di risorse relative alla popolazione dei sette comuni di Casteldelci, Maiolo, Novafeltria, Pennabilli, San Leo, Sant'Agata Feltria e Talamello che dal 1/1/2010 sono confluiti dalla regione Marche alla regione Emilia Romagna nell'ambito della provincia di Rimini) costituiscono la quota consolidata a finanziamento del FRNA;
 - 73,400 milioni sono riservati al finanziamento del Sistema integrato SSR-Università;

- 32,000 milioni sono trattenuti a finanziamento delle strutture e dei progetti regionali;
 - 232,558 milioni costituiscono il finanziamento a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario complessivo ed a qualificazione dell'assistenza ospedaliera;
 - 50 milioni rappresentano l'ulteriore finanziamento del FRNA;
 - 23,626 milioni sono riservati al finanziamento di prestazioni extra-LEA, dei Piani aziendali per il contenimento delle liste d'attesa, a sostegno della ricerca degli IRCCS regionali.
3. di provvedere al finanziamento per livelli di assistenza e a quota capitaria delle Aziende USL secondo i criteri e i contenuti illustrati nel documento "Criteri di Finanziamento delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna - Anno 2011", allegato parte integrante del presente provvedimento (Allegato A) per un ammontare pari a 7.074,930 milioni di euro; il riparto alle Aziende Usl è riportato nelle Tabelle A1 e A2, allegate al presente provvedimento, parti integranti del medesimo; di vincolare quota parte di tale finanziamento alle Aziende ospedaliere sulla base del livello di utilizzo delle strutture ospedaliere da parte della popolazione residente nelle Aziende Usl, come da indici di dipendenza riportati in Tabella A5, allegata al presente provvedimento, parte integrante del medesimo; le quote di finanziamento ripartite alle Ausl in quota capitaria e vincolate alle Aziende ospedaliere sono riportate nelle Tabelle A3 e A4, allegate al presente provvedimento, parti integranti del medesimo;
4. di prevedere il livello di risorse a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e a sostegno dei processi di qualificazione definiti a livello regionale e locale, a valere sull'accantonamento complessivo, come sopra definito, pari a 136,400 milioni per le Aziende Usl e 58,840 milioni per le Aziende ospedaliere e IOR, il riparto alle Aziende sanitarie è riportato alla Tabella A6 allegata al presente provvedimento, parte integrante del medesimo, cui si aggiungono le quote per la qualificazione dell'assistenza ospedaliera pari a 37,318 milioni come riportato in Tabella A4 allegata al presente provvedimento, parte integranti del medesimo;

5. di impegnare le Direzioni aziendali al rispetto dell'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario, sia in fase previsionale che a consuntivo, dando atto che l'Allegato A) Tabella A6 definisce, azienda per azienda, il contributo specifico regionale a garanzia di tale equilibrio;
6. di disporre che i documenti "Sostenibilità economico finanziaria del sistema" Allegato B e "Pianificazione delle attività per l'anno 2011" Allegato C, parti integranti del presente provvedimento, costituiscano il quadro degli obiettivi cui impegnare le Direzioni aziendali, obiettivi rispetto ai quali saranno operate le valutazioni e assunti i conseguenti provvedimenti a livello regionale;
7. di stabilire che le direzioni delle aziende sanitarie regionali predispongano gli strumenti di programmazione economico-finanziaria per il 2011 nel rispetto delle linee di indirizzo definite nell'Allegato B) parte integrante del presente provvedimento;
8. di definire che la verifica dell'andamento della gestione aziendale, rispetto all'obiettivo economico finanziario assegnato, debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo verifica straordinaria entro il mese di settembre, e che dell'esito delle verifiche debbano essere informate le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie; ove necessario, le aziende dovranno predisporre azioni di rientro, da realizzarsi, entro la chiusura dell'esercizio;
9. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino ufficiale della Regione.

TABELLA 1

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE - ANNO 2011

RISORSE DISPONIBILI (compreso risorse a carico Bilancio regionale)	7.871.129
1 FINANZIAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA <i>di cui</i>	7.459.545
Risorse ripartite a quota capitaria	7.074.930
Accantonamento per adeguamento popolazione all'1/1/2011	6.000
ARPA	54.080
Piano attuativo Salute mentale e Superamento ex OO.PP.	41.000
FRNA quota "storica"	217.208
Progetti e funzioni sovra-aziendali - specificità aziendali:	66.327
<i>Emergenza 118</i>	23.700
<i>Progetto sangue ed emoderivati</i>	11.850
<i>Trapianti e medicina rigenerativa</i>	6.400
<i>Altre funzioni sovra-aziendali</i>	24.377
2 FINANZIAMENTO SISTEMA INTEGRATO SSR - UNIVERSITA'	73.400
Integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica	47.700
Integrazione tariffaria per progetti di ricerca	10.000
Corsi universitari delle professioni sanitarie	15.700
3 FINANZIAMENTO STRUTTURE e FUNZIONI REGIONALI, INNOVAZIONE	32.000
Agenzia Sanitaria Regionale	4.500
Obiettivi e progetti per l'innovazione...	9.500
Altro (sistemi informativi, materiali di consumo ICT....)	18.000
4 GARANZIA EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO E QUALIFICAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA	232.558
Aziende USL - equilibrio economico-finanziario	136.400
Aziende Ospedaliere e IOR - equilibrio economico-finanziario	58.840
Qualificazione assistenza ospedaliera (compreso IOR)	37.318
5 ULTERIORE CONTRIBUTO AL FRNA	50.000
6 ALTRO	23.626
Altro extra-LEA (Interventi umanitari, Area dipendenze, integrazione sanità penitenziaria)	8.626
Da ripartire (liste d'attesa - Ricerca IRCCS)	15.000

valori x 1000

ALLEGATO A

Criteria di Finanziamento delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna - Anno 2011

Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie rappresenta uno degli strumenti necessari alla Regione per guidare i comportamenti delle aziende verso livelli elevati di efficacia e di efficienza, nel quadro delle compatibilità economico-finanziarie del sistema.

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

La programmazione regionale per il 2011 è stata avviata in un quadro di sottodimensionamento delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale, derivante dal decreto legge 78/2010 (cosiddetta manovra estiva), convertito dalla legge 122/2010, che ha modificato la pianificazione delle risorse previste dal nuovo Patto per la salute sul quale è stata sancita l'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.

A fronte di un quadro di problematicità legato alla scarsità di risorse a finanziamento del Servizio sanitario nazionale, a livello regionale è stata fatta un'analisi del sistema di finanziamento al fine di rafforzare il riparto a quota capitaria, che è comunque il modello di finanziamento previsto dalla Legge regionale 29/2004 art. 3 c. 2.

Il lavoro svolto per l'anno 2011 si inserisce nel modello di allocazione delle risorse previsto dalla sopra citata L.R. 29/2004 ed ha la finalità di modificare e aggiornare alcuni dei criteri di finanziamento; in particolare si è ritenuto di trasferire nel riparto a quota capitaria alcune voci di finanziamento che fino al 2010 venivano ripartite con criteri specifici.

Nel riparto a quota capitaria 2011 sono state assorbite, rispetto al 2010, le voci del finanziamento corrispondenti a:

- Assistenza termale;
- Oneri vari personale dipendente (esclusività, ...);
- Specificità aziendali (ad eccezione del contributo al territorio di Ferrara per la forte presenza di soggetti talassemici, previsto nella stessa misura del 2010);
- Contributo Aziende Ospedaliere, Ospedaliero/Universitarie e IRCCS per le funzioni di alta specialità (ad eccezione del contributo all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna per le attività di riferimento regionale in ambito neonatale e pediatrico) ;
- Contributo per trascinarsi arretrati contratto;
- Esclusività di rapporto del personale universitario.

Le voci di finanziamento, che nel 2011 sono confluite in quota capitaria rispetto al 2010, come sopra descritto, comprendono una quota spettante anche alle Aziende Ospedaliere, che sulla base del riparto 2010 (DGR 1684/2010) corrisponde a:

- Oneri vari personale dipendente per 51,449 milioni;
- Contributo Aziende Osp., Aziende Osp./Univ. per le funzioni di alta specialità per 16,500 milioni;
- Contributo per trascinamento arretrati contratto per 20,863 milioni;
- Esclusività di rapporto del personale universitario per 7,800 milioni;

per un totale di 96,612 milioni di euro.

Tale quota, confluita all'interno del riparto alle Aziende Usl (Tabelle A1 e A2) e da vincolare alle Aziende Ospedaliere, è stata trattenuta dal finanziamento pro-capite delle Aziende Usl, per un importo complessivo pari a 68,340 milioni di euro (Tabella A3), ed assegnata direttamente alle Aziende Ospedaliere (Tabella A4) sulla base del livello di utilizzo delle strutture ospedaliere (Tabella A5), sia di quelle strutture che insistono sul territorio provinciale, sia delle strutture fuori provincia, da parte della popolazione residente nei territori delle Aziende Usl.

Per la differenza fra 96,612 milioni e 68,340 milioni, pari a 28,272 milioni, viene riconosciuto un finanziamento per la qualificazione dell'assistenza ospedaliera.

Il livello delle risorse per l'Istituto Ortopedico Rizzoli viene previsto nella misura del 2010.

Il finanziamento diretto di funzioni di particolare rilevanza, legate anche ad una complessità organizzativa particolarmente elevata, in alcuni casi funzioni sovra-aziendali, rappresenta un fattore di parziale «compensazione» dei criteri di assegnazione su base capitaria e, soprattutto, a tariffa per prestazione.

Poiché il 2011 è un anno con una disponibilità di risorse significativamente inferiore rispetto agli anni precedenti, viene chiesto a tutto il sistema un impegno particolare per il recupero di efficienza, con elementi di miglioramento nel mantenimento della qualità nella erogazione dei livelli di assistenza.

In una cornice di questo genere, per garantire la sostenibilità economica del sistema sanitario regionale, un maggior impegno viene chiesto a quelle realtà che sono sottoposte a piani di rientro e che hanno beneficiato da tempo, in misura significativa, di risorse distribuite a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario. I criteri con cui vengono definite nel 2011 le risorse a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario sono parzialmente assimilabili a quelli utilizzati negli anni precedenti. Gli importi (Tabella A6) sono stati definiti e concordati con le Aziende a seguito degli incontri di concertazione avvenuti nel mese di febbraio 2011.

I fondi a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario traggono origine sia dall'esigenza di sostenere le aziende con difficoltà nel conseguimento dell'equilibrio, sia di garantire un passaggio più graduale verso i nuovi criteri di finanziamento.

Il finanziamento del sistema integrato Servizio Sanitario Regionale – Università assicura un sostegno finanziario in presenza di tariffe non sufficientemente commisurate al costo di produzione, laddove i progetti di ricerca e la didattica rappresentano una funzione istituzionale fondamentale, al pari di quella assistenziale e di formazione continua.

L'allocazione delle risorse finanziarie a quota capitaria alle Aziende Usl è stata effettuata, in continuità con gli anni precedenti, in base alla numerosità della loro

popolazione, ponderata sulla base di criteri espliciti e predefiniti, che tengono conto delle differenze delle caratteristiche socio-demografiche e di bisogno sanitario esistenti fra le diverse aree geografiche ⁽¹⁾.

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

Per l'assegnazione 2011, si evidenzia:

1) Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) in attuazione dell'art. 51 della Legge Regionale 27/2004 è a regime. Per la sua costituzione sono confluite sia le risorse da Bilancio regionale che le risorse da Fondo sanitario regionale dell'assegno di cura per anziani, quello per le grandi disabilità acquisite e parte delle risorse dedicate all'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani; il contributo del livello "Altro" al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza per la disabilità.

2) I criteri sono stati applicati alla popolazione residente in ciascuna Azienda Usl all'1/1/2010, comprensiva degli abitanti nei 7 comuni della Valmarecchia trasferiti dalla Regione Marche alla Regione Emilia-Romagna (18.133 abitanti). Il costante aumento della popolazione regionale complessiva, non interessa in modo omogeneo tutti gli ambiti territoriali. Anche per quest'anno è comunque prevista la verifica della popolazione residente all'1/1/2011 ed una eventuale revisione del finanziamento.

3) Come per ciascun anno, sono stati aggiornati i dati relativi all'utilizzo dei diversi servizi che stanno alla base del sistema di ponderazione, ma nella sostanza i criteri sono invariati. Nella definizione delle percentuali di assorbimento delle risorse si è tenuto conto sia dei livelli di spesa programmati, sia della promozione di specifici indirizzi di programmazione: è il caso dell'Adi-Hospice e cure palliative. Sostanzialmente le quote attribuite a ciascun livello sono rimaste invariate ad eccezione il livello "Altro" incrementato in quanto contribuisce al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza per le disabilità e comprende anche l'assistenza termale.

Di seguito sono illustrate, per ciascun livello essenziale di assistenza, le modifiche introdotte per l'anno 2011.

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

Complessivamente, tenendo conto della quota destinata all'Arpa, il 1° livello di assistenza assorbe il 5,22% delle risorse assegnate.

I criteri non hanno subito variazioni, ma sono state aggiornate le basi informative utilizzate relative all'ultimo anno disponibile. Le quote di assorbimento di ciascuna delle funzioni individuate, riportate di seguito, sono state stimate sulla base dei costi del personale.

- **Igiene pubblica:** assorbe il 44% delle risorse del primo livello. L'assegnazione tra le diverse aziende ha tenuto conto della popolazione residente all'1/1/2010 integrata con una stima dei flussi turistici e della presenza di studenti universitari fuori-sede. In particolare sulla base dei dati forniti dall'Assessorato al Turismo relativi all'anno 2009, sono stati considerati i flussi turistici dell'Appennino emiliano-romagnolo, della riviera e dei capoluoghi di provincia. La numerosità della presenza

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

turistica e la sua durata è stata espressa in numero di persone-anno equivalenti. Per gli iscritti all'Università residenti fuori provincia, sono stati utilizzati i dati forniti dall'Assessorato alla Formazione ed Università relativi all'anno accademico 2008-2009, anch'essi rapportati a persone-anno equivalenti.

- *Sicurezza e igiene del lavoro*: assorbe il 18% delle risorse del primo livello. I criteri hanno tenuto conto del numero delle unità locali da controllare e del relativo numero di addetti.
- *Verifiche di sicurezza*: assorbe il 6,5% delle risorse del livello, distribuite in base al numero degli impianti da verificare.
- *Veterinaria*: assorbe il 31,5% delle risorse del 1° livello. All'interno di questa funzione è stata distinta la Sanità Pubblica (pari al 45% della veterinaria), assegnata in base al numero di Unità Bovine Equivalenti (UBE) che quest'anno sono state aggiornate, e l'igiene degli alimenti (55%) distribuita in base alla popolazione residente all'1/1/2010 ed integrata con le stesse modalità descritte per la funzione di igiene pubblica.

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

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

- *Assistenza farmaceutica* (14 % del totale complessivo). Le risorse sono state ripartite per quota capitaria pesata. Il sistema di pesi è stato costruito utilizzando i consumi farmaceutici specifici per sesso ed età relativi al 1° semestre 2010 di tutte le Aziende territoriali della Regione, rilevati dal flusso informativo regionale "assistenza farmaceutica territoriale".
- *Medici di medicina generale* (7% del totale complessivo). Comprende i costi delle convenzioni con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, nonché quelli relativi alla continuità assistenziale. Come gli anni precedenti per l'assegnazione si è tenuto conto dei costi sostenuti, ma si sono considerati solo le voci fisse e variabili previste dall'accordo collettivo nazionale e non tutti i costi.
- *Assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale* (14,7% del totale complessivo). Il sistema di pesi, specifico per sesso ed età, è stato costruito sulla base dei consumi di specialistica ambulatoriale osservati nel 2009 in tutte le Aziende Sanitarie della Regione.
- *Salute mentale* (3,6% del totale complessivo). Le risorse relative alla funzione di neuropsichiatria infantile rappresentano lo 0,6% del complesso (il 17% di questa funzione) e sono state assegnate sulla base della distribuzione della popolazione di età inferiore ai 18 anni. L'assistenza psichiatrica per adulti, che assorbe il 3,0 % delle disponibilità, è stata invece assegnata in base alla popolazione residente di età 18-64. Queste risorse non esauriscono il finanziamento dell'assistenza psichiatrica in quanto non comprendono quella di tipo ospedaliero e i progetti speciali. Le risorse complessivamente destinate all'assistenza psichiatrica, considerando anche quelle relative al progetto "Piano attuativo Salute mentale e superamento ex OO.PP." e quelle ricomprese nel livello "Assistenza Ospedaliera" (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), superano il 5%.
- *Dipendenze patologiche* (1,2% del totale complessivo). Il criterio di assegnazione è invariato: la popolazione residente in età 15-54 anni è stata corretta con la prevalenza al 2009 della tossicodipendenza nei diversi ambiti territoriali.
- *Assistenza domiciliare e hospice* - (3,2 % del totale complessivo). Le risorse per questo livello d'assistenza sono aumentate dello 0,7% in ragione anche dell'impegno previsto dalla Legge Nazionale 38/2010 sulle cure palliative. Come risulta dalla rilevazione del flusso ADI, l'assistenza domiciliare copre, per gli over 80 anni, oltre 170 persone ogni 1000 abitanti; pertanto il criterio di riparto alle aziende delle risorse per questa funzione

prevede che, il 25% viene assegnato sulla base della distribuzione della popolazione residente di età 45–74 anni, ed il restante 75 % in base alla distribuzione degli ultra 75-enni.

- *Assistenza sanitaria residenziale e semiresidenziale* (3,3 % del totale complessivo). Sulla base dei livelli di spesa verificati, e tenuto conto del contributo all'FRNA, si è ritenuto di portare questo livello al 3,3%. Come gli anni scorsi, la quota è ripartita sulla base della distribuzione della popolazione ultra 75 enne. Questo livello comprende anche l'assistenza protesica nelle strutture residenziali e semiresidenziali.
- *Altre funzioni assistenziali* (3,5 %, del totale complessivo). Si è ritenuto di aumentare le risorse destinate al livello "altro" (+0,8%) in ragione e del contributo all' FRNA per le disabilità (pari a 1,32% sulla quota complessiva) e dell'assistenza termale . Poi, come gli anni scorsi, all'interno di questa funzione sono stati evidenziati i programmi "salute donna" e "salute infanzia". Le risorse destinate a "salute donna" corrispondono allo 0,4% delle risorse complessivamente disponibili a livello regionale, e sono state assegnate in base alla numerosità delle donne in età feconda (da 14 a 49 anni). Al programma "salute infanzia" è assegnato lo 0,3% delle risorse complessive e distribuite in base alla frequenza dei bambini in età 0-4 anni. La restante quota residuale è stata attribuita in base alla numerosità della popolazione totale e di età inferiore ai 65 anni .

3° Livello: Assistenza ospedaliera (45%)

La ponderazione della popolazione è stata effettuata sulla base della utilizzazione dei servizi ospedalieri specifici, per sesso ed età, distinti in degenza ordinaria e day-hospital, con riferimento ai ricoveri osservati nel 2009, comprensivi della mobilità passiva extraregionale (ricoveri effettuati dai cittadini dell'Emilia-Romagna in altre Regioni). Per la degenza ordinaria, che rappresenta il 90% del livello, l'utilizzazione specifica per sesso ed età ha tenuto conto anche dei "grandi vecchi", ossia gli ultra 85-enni.

All'utilizzo dei servizi è stato applicato una correzione con un indicatore proxy del bisogno, applicato alla sola degenza ordinaria, rappresentato dalla radice cubica del tasso standardizzato di mortalità (SMR) relativo alla popolazione di età inferiore ai 75 anni e riferito al triennio 2006-2008.

TABELLA A1
FINANZIAMENTO 2011

Coefficienti di assorbimento per livelli di assistenza

Aziende USL	Prevenzione collettiva	Assistenza distrettuale										Ospedaliera	TOTALE
	(1)	Farmaceutica territoriale (2)	MMG (3)	Specialistica (4)	Salute Mentale (5)	Dipendenze patologiche (6)	ADI e HOSPICE (7)	Residenziale e semi (8)	Altro (9)	Contributo al FRNA disabili (10)	(11)		
Piacenza	0,320	0,951	0,453	0,981	0,231	0,079	0,222	0,232	0,139	0,085	3,101	6,795	
Parma	0,519	1,390	0,701	1,460	0,358	0,122	0,319	0,331	0,217	0,132	4,514	10,064	
Reggio Emilia	0,606	1,544	0,822	1,675	0,443	0,112	0,340	0,346	0,273	0,160	5,067	11,388	
Modena	0,706	2,120	1,154	2,265	0,580	0,154	0,472	0,480	0,353	0,211	6,824	15,319	
Bologna	0,787	2,814	1,382	2,915	0,688	0,271	0,657	0,684	0,416	0,253	9,012	19,878	
Imola	0,116	0,418	0,219	0,438	0,107	0,044	0,096	0,099	0,065	0,039	1,334	2,977	
Ferrara	0,335	1,247	0,566	1,267	0,284	0,094	0,293	0,305	0,168	0,107	3,997	8,662	
Ravenna	0,364	1,286	0,587	1,329	0,314	0,124	0,302	0,316	0,190	0,115	4,071	9,000	
Forlì	0,215	0,609	0,307	0,632	0,151	0,047	0,142	0,149	0,091	0,055	1,929	4,329	
Cesena	0,222	0,631	0,328	0,675	0,171	0,053	0,137	0,138	0,104	0,063	2,005	4,527	
Rimini	0,310	0,99	0,480	1,063	0,272	0,101	0,217	0,218	0,165	0,100	3,145	7,062	
TOTALE REGIONE	4,50	14,00	7,00	14,70	3,60	1,20	3,20	3,30	3,50		45,00	100,00	
Totale comprensivo di ARPA	5,22												
Quote livelli di assistenza 2010	4,50	14,30	7,00	14,70	3,60	1,20	2,50	4,50	2,70		45,00	100,00	

(1) I criteri adottati sono specifici per funzione: la funzione igiene pubblica tiene conto della popolazione residente integrata con i flussi turistici e gli studenti. Per la funzione sicurezza e igiene del lavoro sono state considerate unità produttive e addetti; per le verifiche di sicurezza si è tenuto conto degli impianti da verificare.

(3) L'assegnazione è fatta sulla base della distribuzione dei costi delle voci fisse e variabili previste nell' Accordo Collettivo Nazionale.

(5) L'assegnazione è stata fatta sulla base della pop. residente di età 18 - 64 anni; per la neuropsichiatria infantile si è tenuto conto della pop. < 18 anni. Non comprende i finanziamenti per l' ex O.P., finanziato ad hoc, e l'assistenza ospedaliera (SPDC e case di cura private) ricompresa nello specifico livello: considerando anche queste voci, le quote destinate alla Salute mentale si attestano attorno al 5%.

(6) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15 - 54 anni corretta con la prevalenza della tossicodipendenza ed alcoolodipendenza.

(7) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 45-74 e oltre i 75 anni; comprende anche la quota di assistenza protesica.

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

(9) Comprende anche l'attività dei consultori familiari, l'emergenza extraospedaliera, l'assistenza termale; l'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione di età < 65 anni, delle donne in età feconda e dei bambini di età 0-4, e, per la termale sull'intera popolazione.

(10) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15-64.

(11) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2006-2008 e day hospital.

TABELLA A2 - FINANZIAMENTO 2011

Assegnazione risorse per livelli di assistenza

Aziende USL	Prevenzione collettiva	Assistenza distrettuale									Ospedaliera	TOTALE
		(1)	Farmaceutica territoriale (2)	MMG (3)	Specialistica (4)	Salute Mentale (5)	Dipendenze patologiche (6)	ADI e HOSPICE (7)	Residenziale e semi (8)	Altro (9)		
Piacenza	22.623.061	67.277.895	32.077.664	69.371.150	16.373.656	5.595.597	15.731.597	16.442.536	9.841.217	6.033.694	219.389.485	480.757.553
Parma	36.750.688	98.375.546	49.613.640	103.291.624	25.324.646	8.603.692	22.590.110	23.434.572	15.344.574	9.318.018	319.363.603	712.010.713
Reggio Emilia	42.859.669	109.232.052	58.128.834	118.517.177	31.375.062	7.924.986	24.087.071	24.483.860	19.293.326	11.307.749	358.473.287	805.683.074
Modena	49.973.430	149.964.057	81.634.774	160.253.085	41.002.048	10.877.886	33.423.965	33.978.541	24.943.686	14.922.271	482.803.685	1.083.777.429
Bologna	55.659.051	199.083.373	97.764.033	206.234.012	48.666.541	19.175.992	46.447.830	48.400.736	29.401.391	17.927.900	637.594.231	1.406.355.091
Imola	8.227.037	29.588.286	15.477.144	31.020.672	7.586.437	3.091.541	6.808.692	7.034.375	4.598.912	2.764.613	94.408.961	210.606.669
Ferrara	23.685.339	88.251.894	40.056.281	89.606.682	20.095.039	6.620.869	20.764.461	21.565.641	11.875.468	7.545.054	282.795.701	612.862.429
Ravenna	25.761.999	90.953.292	41.537.259	94.053.837	22.208.669	8.795.964	21.389.093	22.391.266	13.437.024	8.170.377	288.026.046	636.724.825
Forlì	15.200.142	43.102.273	21.752.019	44.748.502	10.680.323	3.318.613	10.072.609	10.543.049	6.469.397	3.923.670	136.466.225	306.276.822
Cesena	15.717.843	44.615.892	23.211.709	47.728.372	12.122.923	3.737.899	9.725.193	9.758.844	7.331.845	4.438.762	141.883.981	320.273.262
Rimini	21.913.589	70.045.640	33.991.743	75.189.597	19.262.137	7.156.123	15.357.139	15.439.269	11.693.709	7.039.893	222.513.295	499.602.133
TOTALE REGIONE	318.371.850	990.490.200	495.245.100	1.040.014.710	254.697.480	84.899.160	226.397.760	233.472.690	154.230.550	93.392.000	3.183.718.500	7.074.930.000
Totale comprensivo di ARPA	372.451.850											

(1) I criteri adottati sono specifici per funzione: la funzione igiene pubblica tiene conto della popolazione residente integrata con i flussi turistici e gli studenti. Per la funzione sicurezza e igiene del lavoro sono state considerate unità produttive e addetti; per le verifiche di sicurezza si è tenuto conto degli impianti da verificare.

(3) L'assegnazione è fatta sulla base della distribuzione dei costi delle voci fisse e variabili previste nell' Accordo Collettivo Nazionale.

(5) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 18 - 64 anni; per la neuropsichiatria infantile si è tenuto conto della pop. < 18 anni. Non comprende i finanziamenti per l' ex O.P. finanziato ad hoc, e l'assistenza ospedaliera (SPDC e case di cura private) ricompresa nello specifico livello: considerando anche queste voci le quote destinate alla Salute mentale si attestano attorno al 5%.

(6) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15 - 54 anni corretta con la prevalenza della tossicodipendenza ed alcooldipendenza.

(7) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 45-74 e oltre i 75 anni; comprende anche la quota di assistenza protesica.

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

(9) Comprende anche l'attività dei consultori familiari, l'emergenza extraospedaliera, l'assistenza termale; l'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione di età < 65 anni, delle donne in età feconda e dei bambini di età 0-4, e, per la termale, sull'intera popolazione.

(10) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15-64.

(11) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2006-2008, e day hospital.

TABELLA A3
ASSEGNAZIONE RISORSE PER LIVELLI DI ASSISTENZA ALLE AUSL
AL NETTO DELLA QUOTA VINCOLATA ALLE AZIENDE OSPEDALIERE

Aziende USL	2011 finanziamento quota capitaria	di cui vincolato alle Aosp del territorio provinciale	di cui vincolato alle altre Aosp	2011 finanziamento quota capitaria al netto vincolo Aosp
Piacenza	480.757.553		3.527.546	477.230.006
Parma	712.010.713	11.808.247	1.193.141	699.009.325
Reggio Emilia	805.683.074	6.266.714	4.098.179	795.318.181
Modena	1.083.777.429	4.597.917	2.126.903	1.077.052.609
Bologna	1.406.355.091	14.220.329	881.887	1.391.252.875
Imola	210.606.669	654.492	466.881	209.485.296
Ferrara	612.862.429	7.189.021	2.282.530	603.390.878
Ravenna	636.724.825		2.749.411	633.975.414
Forlì	306.276.822		2.178.779	304.098.043
Cesena	320.273.262		1.971.276	318.301.986
Rimini	499.602.133		2.126.903	497.475.230
Totale Aziende USL	7.074.930.000	44.736.720	23.603.436	7.006.589.844
		68.340.156		

TABELLA A4
QUOTA VINCOLATA ALLE AZIENDE OSPEDALIERE

	% Ausl del territorio prov.le	Finanziamento a carico Ausl provincia	Finanziamento a carico di tutte le Ausl della regione	Finanziamento a carico FSR per qualificazione assistenza ospedaliera	Totale
Aosp/Univ. Parma	57,50	11.808.247	3.971.165	4.756.670	20.536.082
Aosp Reggio Emilia	47,50	6.266.714	3.151.497	3.774.871	13.193.082
Aosp/Univ. Modena	29,40	4.597.917	5.023.772	6.017.485	15.639.174
Aosp/Univ. Bologna (da Ausl Bo e Imola)	46,80	14.874.821	7.693.588	9.215.396	31.783.805
Aosp/Univ. Ferrara	46,50	7.189.021	3.763.414	4.507.826	15.460.261
Totale Aosp/Univ.	46,3%	44.736.720	23.603.436	28.272.248	96.612.404
Istituto Ortopedico Rizzoli				9.045.659	
Totale Aosp/Univ. e IOR				37.317.907	

TABELLA A5

INDICE DI DIPENDENZA DELLA POPOLAZIONE DALLE STRUTTURE OSPEDALIERE - ANNO 2009

Regime ordinario e day hospital
Percentuali calcolate sugli IMPORTI

Az. USL di residenza	Stessa Azienda		Az.Osp. che insiste sul territorio	Totale	Altre Aziende R.E.R.			Aziende fuori R.E.R. (dati 2009)	TOTALE
	Pubblico	Privato			AOSP	AUSL	Privato RER		
AUSL PIACENZA	62,9	9,9	.	72,8	6,8	1,6	1,2	17,6	100
AUSL PARMA	14,9	14,3	57,5	86,7	2,3	2,6	0,7	7,8	100
AUSL REGGIO EMILIA	24,5	7,2	47,5	79,3	7,9	4,3	2,1	6,3	100
AUSL MODENA	48,5	8,8	29,4	86,6	4,1	3,1	1,3	4,9	100
AUSL BOLOGNA	39,2	10,6	36,1	90,1	1,7	3,5	1,7	3	100
AUSL BOLOGNA dip. da IOR			4,2						
AUSL IMOLA	61,8	.	10,7	73,9	0,9	13	9,4	2,8	100
AUSL IMOLA dip. da IOR			1,3						
AUSL FERRARA	28,5	5,2	46,5	80,2	4,4	3,9	3,2	8,3	100
AUSL RAVENNA	63,8	13,7	.	77,5	5,3	11,8	2,2	3,3	100
AUSL FORLÌ	64,7	11,9	.	76,7	4,2	10,6	5,4	3,2	100
AUSL CESENA	57,4	12,9	.	70,3	3,8	13,3	8	4,6	100
AUSL RIMINI	67,6	10	.	77,7	4,1	6,9	4,1	7,2	100
TOTALE	44	9,9	28	81,9	4,1	5,4	2,6	6,1	100

Fonte: banca dati SDO, Regione Emilia Romagna

TABELLA A6
RISORSE A GARANZIA EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO

ANNO 2011

Aziende sanitarie	Risorse a garanzia dell'equilibrio economico finanziario
Ausl Piacenza	10.000.000
Ausl Parma	1.700.000
Ausl Reggio Emilia	3.000.000
Ausl Modena	12.000.000
Ausl Bologna	35.747.000
Ausl Imola	5.053.000
Ausl Ferrara	24.500.000
Ausl Ravenna	13.000.000
Ausl Forlì	25.200.000
Ausl Cesena	6.200.000
Ausl Rimini	-
Totale Aziende USL	136.400.000

Aosp/Univ. Parma	10.100.000
Aosp Reggio Emilia	4.500.000
Aosp/Univ. Modena	4.500.000
Aosp/Univ. Bologna	20.690.000
Aosp/Univ. Ferrara	16.300.000
IOR	2.750.000
Totale Aosp/Univ. e IOR	58.840.000

Allegato B

Sostenibilità economico-finanziaria del sistema

Il vincolo dell'equilibrio di bilancio in capo alle Aziende

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

Il Bilancio economico preventivo 2011 dovrà rappresentare, per tutte le Aziende, una situazione di equilibrio economico-finanziario.

Per il 2011 la condizione di equilibrio viene definita a partire dal risultato di esercizio, al netto delle sole quote di ammortamento per beni mobili ed immobili già presenti in inventario al 31/12/2007 e non coperti da finanziamento pubblico.

All'interno dell'equilibrio dovranno pertanto essere ricomprese le quote di ammortamento di competenza dell'anno 2011 relative ai beni ad utilità pluriennale – comprese le manutenzioni straordinarie e le migliorie - che sono entrati in produzione nel corso degli anni 2008, 2009 e 2010 e che si prevede entreranno in produzione nel corso del 2011.

Dovranno essere considerate le quote di ammortamento relative ai soli beni acquistati senza l'utilizzo del finanziamento pubblico e contributi da privato.

L'impegno ad assorbire, all'interno del vincolo di bilancio, le quote di ammortamento dei nuovi investimenti, è stato introdotto dal 2008 all'interno della nostra Regione al fine di sostenere la politica degli investimenti aziendali.

A livello nazionale, fino alla chiusura dell'esercizio 2010, gli ammortamenti sono stati esclusi dal calcolo dell'equilibrio finanziario delle varie regioni e quindi non ne è mai stata chiesta la copertura finanziaria alle regioni da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti ex articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005.

Per l'anno 2011 viene avviato il processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dal nuovo Patto per la Salute, 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 e viene richiesta la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno 2011 dei beni ad utilità pluriennale entrati in produzione negli anni 2010 e 2011.

A partire dal 2012 il Servizio sanitario regionale dovrà garantire la copertura degli ammortamenti non sterilizzati.

Le Direzioni aziendali per il 2011 saranno impegnate:

- al rispetto dell'obiettivo economico-finanziario;
- ad un monitoraggio trimestrale in via ordinaria e ad una verifica straordinaria nel mese di settembre;
- alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni 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.

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

Il rispetto del vincolo di bilancio costituisce, per il 2011, pre-requisito per le Direzioni aziendali ai fini dell'accesso al compenso aggiuntivo annuo previsto nei rispettivi contratti.

Le Aziende dovranno redigere il preventivo 2011 ed il pluriennale 2012 e 2013 calcolando l'impatto e gli effetti delle norme contenute nel D.L. n. 78/2010 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica", convertito in legge 30 luglio 2010, n.122.

Politiche delle risorse umane per l'anno 2011

Per l'anno 2011, gli obiettivi di gestione delle risorse umane da parte delle Aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale dovranno orientarsi su alcune direttrici fondamentali determinate in gran parte dai contenuti del quadro normativo nazionale e regionale di riferimento, con particolare riguardo a quanto disposto nella normativa finanziaria ed alle disposizioni di legge e contrattuali che impegnano anche il Servizio sanitario nazionale all'adozione di misure di contenimento della spesa del personale e che intervengono sul regime dei rapporti di lavoro negli enti del SSR.

Il quadro normativo di riferimento

Al riguardo va richiamata innanzitutto l'intesa raggiunta – in attuazione di quanto disposto dall'art. 79 del d.l. 112/2008, convertito in legge 133/2008 - in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni il 3 dicembre 2009 (nuovo Patto per la Salute), che all'art.12 prevede misure di contenimento della spesa e di riorganizzazione del personale operante presso le aziende e gli Enti del SSR.

L'intesa è stata successivamente recepita con la legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010), che individua pertanto 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.

La disciplina in materia di personale è contenuta, in particolare, all'art. 1, commi 71-73 e, almeno nella sua impostazione di fondo, è in linea con la previgente normativa, fissata, con riferimento al triennio 2007-2009, dalla legge finanziaria 2007 (legge 27 dicembre 2006, n. 296, art. 1, comma 565).

Questi i suoi contenuti essenziali:

a) individuazione di un "tetto" alle spese di personale (comma 71).

Gli Enti del SSN devono adottare le misure necessarie a garantire che le spese del personale non superino per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004, diminuito dell'1,4 per cento.

Nell'aggregato "spese del personale" rientrano le spese relative al personale dipendente (a tempo indeterminato e determinato) e ai rapporti di collaborazione esterna (contratti di

lavoro autonomo e convenzioni), mentre non si tiene ovviamente conto degli oneri derivanti dai CCNL sottoscritti dopo l'anno 2004. Tali disposizioni risultano identiche a quelle dettate dalla legge finanziaria 2007 per il triennio 2007-2009.

b) previsione di modalità procedurali per il raggiungimento dell'obiettivo di contenimento della spesa (comma 72).

Gli Enti del SSN, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento delle spese di personale:

- predispongono un programma annuale di revisione delle consistenze organiche di personale (in servizio con le diverse tipologie contrattuali, ivi comprese quelle di natura flessibile), finalizzato alla riduzione della spesa complessiva di personale;
- fissano parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, nel rispetto delle disponibilità economiche in essere nei relativi fondi contrattuali.

c) verifica del conseguimento degli obiettivi (comma 73). E' previsto che il Tavolo tecnico istituito ai sensi dell'Intesa 23 marzo 2005 provveda alla verifica degli obiettivi di cui ai punti precedenti, per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, ma viene riproposto il principio – già contenuto nella legge finanziaria per il 2007 - secondo il quale la Regione è giudicata adempiente ove, in alternativa all'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti, abbia comunque assicurato l'equilibrio economico.

Nel quadro normativo interviene altresì 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, rispetto al quale risulta altresì utile richiamare il Documento del 10/2/2011 recante "Interpretazione delle disposizioni del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, in materia di contenimento delle spese di personale delle amministrazioni pubbliche per i dipendenti delle Regioni e delle Province autonome e del Servizio Sanitario Nazionale, convertito nella Legge 30 luglio 2010, n. 122"

Sebbene, per alcune parti, il decreto non si applichi direttamente alle aziende sanitarie, le politiche e le linee di indirizzo sulla gestione degli organici che si ricavano dalle sue disposizioni meritano, ai fini della determinazione degli obiettivi per le Aziende e per gli Enti del Ssr, la necessaria interpretazione di alcuni punti ed un'adeguata declinazione dei principi di contenimento della spesa sul personale ivi prevista.

Pertanto va ulteriormente chiarito che:

- a) i commi 5-15 dell'art. 9 del d.l. 78/2010, contenenti la disciplina sui limiti alle assunzioni a tempo indeterminato, che dispongono che le assunzioni possono essere operate "nel limite di un contingente di personale complessivamente corrispondente ad una spesa pari al 20 per cento di quella relativa al personale cessato nell'anno precedente. In ogni caso il numero delle unità di personale da assumere non può eccedere, per ciascun anno, il 20 per cento delle unità cessate nell'anno precedente", non si applicano nei confronti degli Enti e delle Aziende del Ssr e riguardano invece – anche per il solo tenore letterale delle disposizioni richiamate nell'articolo - le sole amministrazioni dello Stato;
- b) vi sono disposizioni invece di immediata e diretta applicazione, contenute in gran parte nell'art. 9 del d.l. 78/2010, che interessano il contenimento della spesa in materia di pubblico impiego e che trovano diretta applicazione anche nei confronti delle Aziende e degli Enti del Ssr. Ci si riferisce in particolare alla fissazione di un tetto al trattamento economico complessivo dei singoli dipendenti (comma 1: per gli anni 2011, 2012 e 2013 il trattamento economico complessivo dei singoli dipendenti, anche di qualifica dirigenziale, ivi compreso il trattamento accessorio, non può superare, in ogni caso, il trattamento in godimento nell'anno 2010, fatta

salva l'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale); alla decurtazione dei trattamenti economici più elevati (comma 2: i trattamenti economici complessivi superiori a 90.000 euro lordi annui, con decorrenza 1° gennaio 2011 e sino al 31 dicembre 2013, sono ridotti del 5% per la parte eccedente detto importo fino a 150.000 euro, nonché del 10% per la parte eccedente 150.000 euro. Per effetto di questa riduzione il trattamento economico non può comunque essere inferiore a 90.000 euro lordi annui e la riduzione non opera ai fini previdenziali); al divieto di incrementare i trattamenti economici per incarichi dirigenziali (comma 2: dall'entrata in vigore del decreto e fino al 31.12.2013 i trattamenti economici complessivi spettanti ai titolari di incarichi dirigenziali non possono essere stabiliti in misura superiore a quella indicata nel contratto stipulato dal precedente titolare, ovvero, nel caso di rinnovo, dal medesimo titolare); al divieto di remunerazione di incarichi aggiuntivi (comma 3: dalla data di entrata in vigore del decreto non si applicano le disposizioni normative e contrattuali che autorizzano, per i titolari di incarichi dirigenziali di livello generale, la corresponsione di una quota dell'importo per l'espletamento di incarichi aggiuntivi); alla fissazione di un tetto agli aumenti retributivi relativi al biennio economico 2008/2009 (comma 4: i rinnovi contrattuali relativi al biennio 2008/2009 non possono, in ogni caso, determinare aumenti retributivi superiori al 3,2%; la norma si applica anche ai CCNL stipulati prima dell'entrata in vigore del decreto e determina l'impossibilità di provvedere all'erogazione delle indennità pari all' 0,8% del monte salari previsto nei CCNL degli enti del SSN); al blocco del rinnovo dei contratti collettivi nazionali per il triennio 2010-2012 (comma 17: non si procede ai rinnovi contrattuali per il triennio 2010-2012, senza possibilità di recupero, fatta salva l'indennità di vacanza contrattuale. La norma si applica anche al personale convenzionato col SSN, ai sensi del comma 24); alla rilevanza esclusivamente giuridica delle progressioni di carriera (comma 21: per il personale contrattualizzato, le progressioni di carriera comunque denominate ed i passaggi tra le aree eventualmente disposte negli anni 2011, 2012 e 2013 hanno effetto, per i predetti anni, ai fini esclusivamente giuridici); alla possibilità di conferire incarichi dirigenziali di valore inferiore a quello in essere (comma 32: che si applica con decorrenza dalla data di entrata in vigore del decreto);

- c) vi sono infine disposizioni, che non si applicano direttamente agli Enti ed alle Aziende del Ssr, ma che costituiscono principi di coordinamento della finanza pubblica, rispetto ai quali gli Enti destinatari devono comunque adeguarsi nell'esercizio della propria autonomia, rivolta a delinearne nel dettaglio la concreta portata applicativa. Tali misure – per quanto attiene alle politiche di gestione delle risorse umane - riguardano: la riduzione della spesa annua per studi ed incarichi di consulenza (compresi anche quelli conferiti a pubblici dipendenti); la riduzione della spesa per missioni, a decorrere dall'anno 2011; la riduzione della spesa annua per attività di formazione; l'individuazione di un limite di spesa per l'utilizzo di contratti di lavoro subordinato ed autonomo di tipo flessibile (comma 28 dell'art. 9, per i quali è fissato, con decorrenza dal 2011, un tetto di spesa commisurato al 50% della spesa sostenuta per le medesime finalità nel 2009, relativo ai contratti a tempo determinato, alle convenzioni ed ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa, ai contratti di formazione lavoro, agli altri rapporti formativi, alla somministrazione di lavoro ed al lavoro accessorio. Il mancato rispetto dei limiti costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità erariale).

Gli obiettivi che seguono vengono pertanto declinati alla luce del quadro normativo sopra complessivamente ricostruito, tenendo conto dell'assenza di vincoli specifici sul blocco del

turn-over, ma avuto riguardo alla necessità di impegnare comunque le Aziende ad un progressivo adeguamento ai principi contenuti nella recente manovra economica e nelle misure di razionalizzazione della finanza pubblica.

Criteri per la programmazione aziendale per il 2011

In materia di personale, si conferma, per il settore sanitario, l'applicazione delle misure e delle verifiche previste nel sistema della Legge 296/2006 e nel "Patto per la salute".

In continuità con quanto previsto negli anni precedenti, sussiste pertanto la possibilità di considerare adempienti, rispetto alle indicazioni normative valevoli per la gestione delle risorse umane, le Regioni che garantiscano comunque l'equilibrio economico.

Specularmente a tale principio normativo, anche le Aziende sanitarie saranno valutate adempienti rispetto agli obiettivi di programmazione ed alle politiche delle risorse umane ove assicurino l'equilibrio economico complessivo del proprio bilancio.

Le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario regionale, pertanto, risultano autonome nel determinare la propria voce di spesa complessiva per le risorse umane nel 2011, compatibilmente con il proprio equilibrio economico-finanziario complessivo.

Come già chiarito nelle precedenti deliberazioni concernenti gli obiettivi della programmazione aziendale (da ultime DGR 602/2009 e DGR 1544/2010), per spesa complessiva per le risorse umane, al contempo, deve intendersi l'aggregato di spesa costituito dal costo del personale con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato ed a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile (partite IVA, lavoro interinale, ...) o con convenzioni. Questo tipo di impostazione nella determinazione dell'aggregato di riferimento è funzionale all'adozione di scelte gestionali rivolte al complesso della forza lavoro aziendale ed al consolidamento delle politiche di stabilizzazione coerenti con gli obiettivi di spesa e con le disposizioni normative in materia.

La fissazione degli obiettivi sulle risorse umane nei termini sopraddetti valorizza ed accentua l'autonomia e la responsabilità gestionale delle Aziende nelle politiche delle risorse umane.

Compatibilmente con tale principio, in ogni caso, le Aziende e gli Enti del Ssr dovranno impegnarsi per contenere la spesa del proprio personale, mantenendone una tendenziale equivalenza rispetto al 2010, e perseguire misure e strumenti idonei ad assicurare il recepimento delle indicazioni contenute nelle misure normative di finanza pubblica.

Pertanto, le Aziende e gli Enti del Ssr, anche in prospettiva delle possibili restrizioni previste per gli esercizi finanziari successivi, dovranno prevedere ed assicurare:

- a) una gestione rigorosa ed oculata degli organici volta a garantire il contenimento del turn-over nel rapporto tra cessazioni e nuove assunzioni;
- b) l'adozione di misure idonee a contenere gli incrementi delle proprie consistenze organiche ed a limitare nuove assunzioni, che dovranno risultare coerenti e compatibili con il principio dell'equilibrio economico-finanziario complessivo. Le determinazioni aziendali volte ad incrementare le proprie dotazioni organiche e sottoposte ad approvazione regionale saranno pertanto valutate alla luce delle motivazioni addotte in merito alle necessità assistenziali, nonché in riferimento al loro impatto economico ed all'incidenza sulla spesa corrente per il personale, avuto riguardo all'obiettivo dell'equilibrio economico complessivo aziendale, ed alla possibilità di trasformare i posti attualmente vacanti;

- c) la conclusione dei processi per la trasformazione delle posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato, individuando nel 2011 il termine ultimo per la conclusione di tutte le procedure di stabilizzazione e di assunzione ad esse connesse.
- d) l'avvio, in attesa della definizione delle linee di indirizzo statali o regionali, di politiche di razionalizzazione delle strutture complesse e delle strutture semplici e l'individuazione di parametri per il conferimento di incarichi di strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e dei coordinamenti, evitando incrementi che non siano strettamente motivati da necessità assistenziali.

Anche in considerazione di quanto recentemente previsto dalla manovra economica statale ed in stretta coerenza con le indicazioni costantemente impartite dalla programmazione regionale negli ultimi anni e dirette a favorire il ricorso agli istituti propri del lavoro subordinato per il reperimento e l'impiego delle professionalità necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali, con il conseguente contenimento del ricorso a contratti di collaborazione professionale, ovvero ad altre forme di esternalizzazione di servizi, le Aziende dovranno altresì:

- ridurre l'utilizzo dei contratti di lavoro precari in modo corrispondente rispetto alle stabilizzazioni operate e limitare fortemente la nuova attivazione di forme di lavoro flessibile (contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di collaborazione coordinata e continuativa, convenzioni, contratti di formazione lavoro ecc.);
- limitare il ricorso a consulenze e ad incarichi di lavoro autonomo, da effettuarsi per esigenze peculiari determinate da esigenze assistenziali o gestionali e ricorrendovi esclusivamente per le finalità e secondo le modalità previste dall'art. 7, comma 6, coerentemente con le direttive regionali di cui alla DGR n. 607/2009, e dall'art. 36 del D. Lgs. n. 165/2001 e successive modificazioni ed integrazioni. Le Aziende, al fine di consentire su tale materia lo svolgimento dell'attività di vigilanza e verifica da parte della Regione, sono tenute a trasmettere al competente Servizio della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, secondo le modalità tecniche già definite dallo stesso Servizio, attraverso la compilazione di appositi modelli di rilevazione, periodiche informazioni riguardanti l'attivazione dei rapporti di lavoro autonomo;
- limitare il ricorso ad altre forme di esternalizzazione di servizi per lo svolgimento di attività istituzionali connesse all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, ricorrendovi comunque nel rigoroso rispetto della disciplina legislativa vigente, con particolare riguardo – da un lato - alle disposizioni in materia di accreditamento dei servizi sanitari e socio-sanitari e – dall'altro - alle previsioni che individuano i necessari elementi distintivi del contratto di appalto di servizi rispetto alla somministrazione di lavoro. Ne consegue che la ricerca di lavoratori, da utilizzare sotto la direzione ed il controllo della struttura aziendale, al fine di integrare il personale esistente in organico potrà essere realizzata, ove non si reputi possibile od opportuno il ricorso agli istituti contrattuali propri del lavoro subordinato, esclusivamente tramite la somministrazione di lavoro a tempo determinato, secondo la disciplina di tale forma di prestazione lavorativa, o secondo gli altri istituti previsti dalla legislazione sul lavoro. L'illegittimo ricorso all'utilizzo del lavoro flessibile e delle esternalizzazioni di servizi da parte delle Aziende del SSR, si configura quale violazione di legge ai sensi e per gli effetti dell'art. 3-bis, comma 7 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. relativamente ai casi di risoluzione del rapporto di lavoro dei Direttori Generali.

Le Aziende e gli Enti del Ssr, nell'esercizio della propria autonomia, assicurano pertanto politiche delle risorse umane che garantiscano il raggiungimento dell'obiettivo complessivo di bilancio aziendale fissato dalla Regione e secondo le linee di indirizzo e di contenimento della spesa di personale sopra illustrate.

Tuttavia, nel caso in cui – anche a seguito di verifica infrannuale negativa, comunque accertata dalla Regione o dalla medesima Azienda – emerga l'impossibilità del perseguimento dell'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario complessivo, l'azienda interessata è tenuta 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 turn-over, delle ulteriori assunzioni e dell'attivazione di rapporti di lavoro autonomo.

Compete altresì alle Aziende ed agli Enti del SSR la doverosa applicazione delle emanate o emanande linee di indirizzo adottate dalla Regione in applicazione della contrattazione collettiva nazionale per la dirigenza ed il comparto e vavevoli per la contrattazione integrativa in sede aziendale; il mantenimento degli obblighi informativi nei confronti della Regione, secondo le modalità ed i tempi stabiliti dal competente Servizio della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, al fine di garantire i flussi informativi necessari all'attività di coordinamento delle politiche del personale del Ssr e ad alimentare la Banca dati regionale, tenuto conto che le informazioni in essa contenute rappresentano il punto di riferimento per ogni verifica e valutazione regionale in merito alla quantità, alla qualità ed ai costi degli organici aziendali; l'applicazione, nei confronti delle Società e degli Enti partecipati per lo svolgimento di finalità istituzionali o per l'esecuzione di compiti strumentali ai propri servizi, delle misure e delle limitazioni adottate per le politiche assunzionali e per il contenimento della spesa del personale, anche in relazione al conferimento di incarichi di consulenza, in maniera analoga a quanto previsto per l'azienda; coerentemente con la normativa vigente, dette società dovranno altresì garantire che il reclutamento delle risorse umane avvenga secondo principi di trasparenza, pubblicità ed imparzialità e secondo le modalità previste in apposito regolamento, tenuto conto delle disposizioni regionali applicabili alle Aziende in materia di rapporti di lavoro autonomo e delle procedure per il conferimento di incarichi di struttura complessa.

In materia di libera professione intramoenia, anche per l'anno 2011 le Aziende dovranno proseguire nell'attuazione di quanto già previsto nelle norme nazionali e regionali vigenti, nonché nei propri Piani aziendali; per quanto riguarda il tema della c.d. intramoenia allargata, in relazione alla proroga disposta dal DPCM 25/3/2011 al 31 dicembre 2011, le Aziende fino a tale data potranno mantenere, secondo quanto già previsto con la DGR n. 200/2008, le autorizzazioni in essere all'attività intramoenia in studi privati, ma non potranno rilasciarne di nuove.

La regolamentazione delle forme e dei criteri per l'esercizio della libera professione da parte del personale del Servizio Sanitario Regionale e dei rapporti, in tale ambito, tra strutture sanitarie private ed aziende sanitarie sarà oggetto di eventuali ulteriori interventi da parte della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali volti a chiarirne presupposti e modalità di attivazione.

Si richiamano alcuni elementi di attenzione per la predisposizione dei documenti di programmazione 2011.

Con nota del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 44 del 26 marzo 2010, è stata data comunicazione in merito all'ammontare (ed alle diverse decorrenze di pagamento)

dell'indennità di vacanza contrattuale, per tutto il personale pubblico appartenente ai comparti in attesa del rinnovo contrattuale per il biennio economico 2010-2012, in linea con quanto disposto dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) – IGOP con nota n. 25891 del 23 marzo 2010.

Per quanto interessa in questa sede, si sottolinea che la disposizione della RGS citata dispone che *“A decorrere dal 2011, in caso di perdurante assenza di rinnovo contrattuale, proseguirà la corresponsione dell'indennità di vacanza contrattuale nella misura mensile definita a luglio 2010 pari al 50% del TIP 2010”*.

Coerente con tale indicazione è la disposizione contenuta nel comma 17, art. 9 del D.L.n. 78 del 2010 convertito con legge n. 122/2010.

La misura della IVC da corrispondere per tutto l'esercizio 2011 e, alla luce delle disposizioni vigenti, per gli esercizi 2012 e 2013 sarà perciò pari a quella erogata a decorrere da luglio 2010.

I relativi importi, al fine della corretta iscrizione nei documenti di bilancio, vanno considerati quale costo del personale dipendente costituendo un *continuum* di spesa già sostenuta nel corso del 2010 relativo a detta voce di bilancio, ovviamente l'importo complessivo per l'esercizio 2011 e seguenti risulterà maggiore a quello relativo all'esercizio 2010, relativamente al quale nessuna somma era dovuta per le mensilità da gennaio a marzo, mentre la somma dovuta per le mensilità da aprile a giugno risulta pari al 30% del TIP 2010. L'onere relativo all'applicazione della IVC deve essere contabilizzato tra i costi del personale dipendente e non alle voci di accantonamento.

Il costo del personale dipendente deve riflettere le politiche regionali per la gestione delle risorse umane e gli specifici obiettivi della programmazione regionale e deve essere coerente con il complessivo vincolo di bilancio.

Governo della spesa farmaceutica

Farmaceutica convenzionata

Nel 2010 la spesa per assistenza farmaceutica convenzionata nella Regione Emilia-Romagna è stata di circa 745 milioni di euro, ed ha fatto registrare un decremento dello 0,5% rispetto al 2009: il contenimento della spesa è potuto avvenire a seguito di nuove scadenze di brevetto intervenute e conseguente commercializzazione di farmaci equivalenti nel corso dell'anno, riduzioni pari al 12,5% del prezzo dei farmaci equivalenti (art.11 comma 10 D.L. 78/2010) e sconti sui farmaci per il SSN. La norma riguardante la riduzione del prezzo al pubblico dei farmaci equivalenti è decaduta a fine anno.

Per contro si è verificato un aumento complessivo delle prescrizioni del 4%.

Per il 2011 occorre garantire il mantenimento della spesa al di sotto dell'anno precedente: la riduzione del finanziamento già effettuata dal livello nazionale a seguito della L.122/2010 dovrà infatti trovare riscontro nel contenimento della spesa convenzionata.

A seguito di provvedimenti AIFA di riduzione dei prezzi dei farmaci generici e a scadenze brevettuali importanti, si prevede che la spesa farmaceutica media regionale convenzionata diminuirà del 3% rispetto al 2010.

Le Aziende sanitarie dovranno mettere in atto tutte le azioni indispensabili per conseguire i risparmi rispetto al 2010.

Farmaceutica ospedaliera

La spesa farmaceutica ospedaliera ha continuato, con 430 milioni nel 2010, il trend in incremento del 7%, in particolare per farmaci antineoplastici, biologici immunosoppressori ed antivirali e più in generale per farmaci cosiddetti innovativi. L'erogazione diretta nelle Aziende sanitarie è incrementata del 4%.

Sino al 2010 negli obiettivi regionali l'erogazione diretta è stata aggregata alla convenzionata andando a costituire la spesa territoriale; per il 2011, in considerazione del fatto che una parte di farmaci H sono stati riclassificati in A-PHT, si ritiene utile modificare questa modalità descrittiva e permettere di apprezzare l'erogazione diretta complessiva a sé stante, in modo da poterne accorpate la spesa alla convenzionata o all'ospedaliera in funzione delle necessità di calcolo. Ciò dovrebbe agevolare anche le valutazioni del valore della committenza tra Aziende.

Considerando quindi l'intero ammontare di spesa per acquisto ospedaliero di farmaci (somma di tutta l'erogazione diretta con l'ospedaliera) la spesa 2010, escluso l'ossigeno terapeutico (ca 15 milioni), è stata di 617 milioni con un incremento del 6%.

Per il 2011 si pone un obiettivo massimo di incremento medio regionale di un ulteriore 6%. Gli obiettivi contenuti nelle Linee di programmazione vengono modulati in funzione della variabilità interaziendale e se correttamente perseguiti potrebbero contenere tale incremento al 5%.

Per raggiungere i risultati economici previsti, le Direzioni sanitarie, le Direzioni di dipartimento e di struttura complessa, le Direzioni dei Servizi farmaceutici, i responsabili del governo clinico e del controllo di gestione delle singole Aziende sanitarie dovranno in particolare provvedere mediante audit clinici strutturati al monitoraggio del corretto uso dei farmaci e l'adesione dei propri centri specialistici alle linee guida regionali riguardanti le aree di maggiore criticità economica e di appropriatezza sopra indicate. Andranno inoltre sistematizzati i controlli d'istituto, gli accertamenti e la riscossione di quanto previsto dalle varie forme di rimborso dovute dall'industria farmaceutica rispetto ai casi di inefficacia terapeutica dei farmaci.

Per il governo del corretto uso e della spesa dei farmaci oncologici è vincolante la realizzazione dei progetti regionali correlati ai laboratori di allestimento delle terapie oncologiche.

Per il 2011 diventa vincolante l'adeguamento alle Linee guida terapeutiche e alle Raccomandazioni contenute nel Prontuario Terapeutico Regionale elaborate da Gruppi di lavoro nelle singole aree specialistiche: onco-ematologia, reumatologia (artrite reumatoide), oculistica (trattamento della DMLE), dermatologia (psoriasi a placche), epatologia (antivirali nell'epatite B), neurologia (sclerosi multipla), pediatria/endocrinologia (ormone della crescita), reperibili sul sito della Commissione regionale Farmaco <http://www.saluter.it/documentazione/ptr>.

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

Distribuzione diretta e per conto

L'acquisto diretto di farmaci da parte delle Aziende sanitarie, ai sensi della L. 405/2001, declinata nella DGR 539/2002, ha consentito alla Regione Emilia-Romagna, sino ad oggi, il governo della spesa farmaceutica senza imposizione di ticket ai cittadini. Detti volumi riguardano: medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente, medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, medicinali prescritti alla dimissione da ricovero ospedaliero o alla visita

specialistica ambulatoriale. Le Aziende sanitarie svilupperanno la distribuzione tramite le farmacie convenzionate in tutte quelle situazioni nelle quali la distribuzione diretta interna non rappresenta un valore aggiunto in termini assistenziali e/o di facilità di accesso.

I volumi di distribuzione diretta di farmaci extra PHT complessivamente raggiunti nel 2008 rappresentano un riferimento anche per il 2011.

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. Occorre altresì un periodico monitoraggio dell'andamento degli accordi locali tramite le commissioni aziendali, a confronto con l'andamento della spesa farmaceutica convenzionata.

Governo dei Dispositivi Medici (DM)

La rete regionale delle Commissioni Aziendali DM (CADM), istituita in ottemperanza alla DGR 1523 del 29/09/08 nell'ambito della definizione del Sistema regionale dei Dispositivi Medici, coordinata dalla Commissione Regionale DM (CRDM), dovrà programmare le attività, monitorare i consumi e la spesa dei DM innovativi e di costo elevato, migliorare l'appropriatezza d'uso e sviluppare la vigilanza.

I documenti di indirizzo elaborati a livello regionale dovranno essere recepiti dalle CADM e implementati presso le strutture assistenziali del territorio di competenza; le attività svolte a livello periferico dalle Commissioni Aziendali saranno oggetto di periodiche relazioni strutturate secondo le modalità definite ed inviate alla CRDM.

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

Le Aziende dovranno dar seguito alla normativa nazionale relativa alla rilevazione dei consumi e dei contratti per l'acquisizione dei dispositivi medici tramite la realizzazione dello specifico flusso informativo che la Regione contribuisce a strutturare.

Politiche d'Area Vasta e politiche per l'acquisto di beni e servizi

Ciascuna Azienda sanitaria è chiamata a contribuire anche al raggiungimento degli obiettivi d'area vasta, obiettivi da considerare integrativi a quelli individuati dalla programmazione regionale, tenuto conto che l'integrazione interaziendale, attraverso aree vaste, costituisce una effettiva area di azione per raggiungere ulteriori obiettivi di efficienza nel SSR, sia nel campo delle funzioni amministrative e tecniche di supporto alla funzione sanitaria, sia nel campo della organizzazione e della gestione dei servizi sanitari.

Le Aziende dovranno produrre specifica relazione in merito alle azioni di area vasta formulate sia in sede di programmazione che di consuntivo 2011, entro il 31 gennaio 2012.

Per quanto riguarda le politiche di acquisto di beni e servizi le Aziende sanitarie devono perseguire una progressiva riduzione del ricorso alle gare aziendali a favore dell'adesione alle gare aggregate di area vasta e gare Intercent-ER; per ciascuna area vasta verrà valutata l'incidenza complessiva delle gare aggregate in termini di volumi di spesa rispetto alla spesa complessiva.

Per quanto riguarda le adesioni alle convenzioni Intercent-ER tutte le aree vaste dovranno garantire il consolidamento dei dati di adesione del 2010 e tendere ad allinearsi alla migliore performance del 2010.

L'adesione alle Convenzioni Intercent-ER dovrà essere coerente rispetto alla committenza effettuata, così come gli effettivi ordinativi d'acquisto rispetto ai fabbisogni dichiarati; a tal proposito si richiamano le Aziende ad una attenta valutazione dei fabbisogni d'acquisto per le singole categorie merceologiche al momento della relativa richiesta da parte dell'Agenzia regionale, finalizzata ad individuare i quantitativi di beni da porre in gara.

Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale

Richiamato il Programma regionale "Il Sistema sanitario regionale per uno sviluppo sostenibile; 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

- 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",
- la delibera della Giunta regionale n. 1485/2003 di adozione del Piano della Mobilità Aziendale della Regione Emilia-Romagna;
- la delibera della Giunta regionale n. 1580 del 6 ottobre 2008, per mezzo della quale sono state approvate le "Linee guida dell'azione regionale per la mobilità sostenibile", condivise dai diversi settori regionali allo scopo della corretta individuazione delle preminenti priorità su cui concentrare gli investimenti, passaggio essenziale al fine di massimizzare l'efficacia dell'azione ovviando alla dispersione delle risorse regionali;
- il documento di politica economico-finanziaria 2011-2015;

le Aziende sanitarie dovranno:

- implementare, sistemi, per l'uso razionale dell'energia (cogenerazione, fotovoltaico, ecc.) nel rispetto dei vincoli previsti per la realizzazione degli investimenti in conto capitale;
- ottimizzare la gestione dei rifiuti sanitari;
- incrementare se possibile, in collaborazione con Intercent-er, gli "acquisti verdi";
- attivare, compatibilmente con le risorse disponibili, 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.

Piano investimenti

Il Piano degli investimenti 2011-2013 costituisce 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.

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.

Le citate fonti di finanziamento, qualora in fase di consuntivo sia stata rispettata la condizione di equilibrio definita in sede di Programmazione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010, possono essere integrate con risorse aziendali.

Le risorse aziendali utilizzabili quale fonte di finanziamento sono quelle derivanti dagli ammortamenti non sterilizzati indicati nel Bilancio d'esercizio 2010, relativi ai beni pluriennali entrati in produzione negli anni 2008, 2009 e 2010.

Potranno inoltre essere utilizzate le risorse che hanno concorso alla determinazione di un miglioramento del risultato della gestione aziendale rispetto alla condizione di equilibrio economico-finanziario.

In particolare la programmazione degli investimenti per l'anno 2011 prevede gli adempimenti di seguito elencati.

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

- esperimento delle gare per l'aggiudicazione degli interventi relativi all'Accordo di Programma IV fase, 1° stralcio;
- riprogrammazione, limitatamente ai casi di assoluta ed imprescindibile necessità, degli interventi già previsti dalla Delibera di Assemblea Legislativa 277/2010 e dalla Delibera di Assemblea Legislativa 29/2010 (IX legislatura).

Programma Regionale di Investimenti in Sanità VI e VII aggiornamento

- esperimento delle gare per l'aggiudicazione e realizzazione degli interventi previsti dal VI e dal VII aggiornamento del Programma Regionale di Investimenti in Sanità.

Attuazione programmi di edilizia sanitaria

Nel corso del 2011 assume rilievo perseguire l'obiettivo di completare gli interventi relativamente a :

- Programma Libera Professione;
- Programma Regionale di Investimenti in Sanità (aggiornamenti antecedenti al VI e al VII)
- Accordo di Programma integrativo 2007;
- Programma odontoiatria 2° fase e 3° fase;
- Verifiche tecniche di vulnerabilità sismica.

Al pari della programmazione annuale, la programmazione pluriennale dovrà tener conto della ricaduta sul bilancio dei nuovi investimenti.

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

Sistema informativo regionale

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. Un altro importante sforzo congiunto con le Aziende riguarderà l'impegno del rispetto della privacy ai sensi della Legge 196/2003 per la quale è in corso il lavoro preparatorio all'aggiornamento del regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Gli obiettivi per il 2011 si possono così sintetizzare:

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

Dal 1 maggio 2011 la Regione Emilia-Romagna va a regime sul tema della trasmissione telematica del prescritto a carico del SSN al Ministero dell'Economia e Finanze (MEF) (DPCM 26 marzo 2008) – è in corso di definizione una circolare che esplicherà i diversi livelli di responsabilità. Risultato atteso è che si trasmetta al MEF l'80% del prescritto sul totale delle erogato. Il monitoraggio della spesa e la trasmissione del prescritto costituiscono adempimento della Regione Emilia-Romagna verso il MEF.

Anagrafe degli assistiti

La Nuova Anagrafe Assistiti Regionale (NAAR) si sta ponendo come supporto in sempre più attività sia a livello nazionale che regionale, oltre che essere al centro di iniziative a livello aziendale. La NAAR, che nel corso del 2010 ha visto il completamento delle integrazioni con tutte le Aziende sanitarie locali e con Sogei al fine di garantire un tempestivo allineamento delle informazioni veicolate, deve, nel corso del 2011, consolidare quanto fatto, al fine di garantire un'elevata qualità delle informazioni gestite, che saranno anche alla base dell'applicativo per la gestione del cedolino dei MMG/PLS.

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

Anagrafe delle strutture autorizzate ed accreditate

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

E' obiettivo delle Aziende USL – Dipartimenti di Sanità Pubblica garantire l'alimentazione continua e la qualità di tali informazioni con particolare riferimento alle informazioni sull'autorizzazione e sulle anagrafiche delle strutture che alimentano la validazione dei dati di attività e costituiscono debito informativo verso il Ministero della Salute. Nel 2011 verrà resa disponibile anche la sezione sull'accREDITAMENTO delle strutture socio-sanitarie.

Sanità Pubblica: SMIA

E' obiettivo delle aziende impegnarsi nella reingegnerizzazione/costruzione del sistema informativo delle malattie infettive e dei sistemi di sorveglianza.

Si richiama l'attenzione anche sul sistema di rilevazione degli screening il cui miglioramento è indispensabile per l'utilizzo ai fini del monitoraggio del programma regionale di screening. Per il 2011 è previsto un coinvolgimento anche del livello nazionale per la costruzione di un datawarehouse sugli screening.

Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici

Gli obiettivi di governo della spesa farmaceutica 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° 6 del 15 marzo 2010; con la circolare 14 del novembre 2010 si è attivata la rilevazione dei dispositivi medici, prevista anche a livello nazionale (D.M. 11 giugno 2010).

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

Il Sistema Informativo Consultori (SICO)

E' obiettivo delle aziende mettere in atto tutte le azioni necessarie a contribuire all'avvio e all'implementazione del Sistema Informativo Consultori.

Il sistema informativo del 118 e Pronto Soccorso

E' obiettivo delle aziende mettere in atto tutte le azioni necessarie a migliorare la raccolta sistematica di dati in modo da garantire la trasmissione dati come meglio esplicitato nell'obiettivo C2.

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.

Privacy – Legge 196/2003

Nel 2011 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.

Si richiamano ulteriori elementi di attenzione per la predisposizione dei documenti di programmazione.

La programmazione economica pluriennale, stante il quadro di incertezza sul volume delle risorse per il 2012 e 2013 potrà essere impostata tenendo conto di un incremento del Fondo Sanitario Nazionale dello 0,8% annuo, in coerenza con l'incremento del FSN 2011 su 2010.

Convenzioni Nazionali - Accantonamento

L'accantonamento di competenza 2011 relativo al rinnovo delle Convenzioni triennio 2010-2012, che dovrà essere indicato nel Preventivo 2011 è pari all'indennità di vacanza contrattuale.

Con riferimento agli esercizi 2012 e 2013 si ritiene debba essere predisposto un accantonamento pari all' indennità di vacanza contrattuale.

Tariffe Ospedaliere

Con DGR n. 69/2011 "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia Romagna applicabili a decorrere dall'1/1/2010" sono state aggiornate le tariffe di degenza ospedaliera.

Ospedalità privata

L'accordo siglato con l'AIOP il 30 dicembre 2010 conferma il budget definito per il 2010; tale tetto di budget resta fisso per gli anni 2010, 2011 e 2012, fatti salvi i trasferimenti da budget 2 a budget 1, secondo quanto previsto nell'accordo siglato il 30 dicembre 2010.

Nell'ambito del tetto vengono incrementate le tariffe del 2% circa a valere dal 1° gennaio 2010, tariffe che si mantengono ferme negli anni 2011 e 2012.

L'alta specialità non è stata ancora oggetto di accordo.

Tariffa Unica Convenzionale (TUC)

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha approvato il 5 maggio 2011 la TUC aggiornata per il 2010.

L'aggiornamento prevede una riduzione dei DRG classificati di alta complessità con riduzione della tariffa del 10%; è previsto un abbattimento tariffario sui DRG potenzialmente inappropriati in regime ordinario individuati dal Patto per la salute del 3 dicembre 2009; inoltre sulla base di indicazioni di appropriatezza sul regime di erogazione, per alcuni DRG chirurgici le tariffe si sono equiparate a quelle ambulatoriali (cataratta, tunnel carpale, stripping di vene, ecc.). L'impatto di questo adeguamento sul 2010 per la

nostra regione implica una riduzione del fatturato di mobilità attiva delle strutture pubbliche pari all' 1,57%, e per quelle private una riduzione del fatturato pari a 1,45%.

Per il 2011 è previsto un ulteriore aggiornamento che potrebbe produrre una riduzione di alcune tariffe.

Assistenza termale

Non si prevede alcun adeguamento tariffario per il 2011.

Acquisto beni e servizi

Il costo per l'acquisto di beni (con esclusione dei farmaci) e di servizi dovrà essere contenuto entro limiti coerenti con il complessivo vincolo di bilancio.

Le previsioni dovranno tener conto della ricaduta, sui fatturati aziendali, delle gare condotte da Intercent-ER, che hanno portato significativi miglioramenti nei prezzi di acquisto di numerosi approvvigionamenti.

Accreditamento dei servizi sociosanitari

Nel corso del 2011 troverà piena applicazione la normativa sull'accREDITamento 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. I relativi costi trovano copertura nell'ambito del finanziamento del FRNA.

Le Aziende sono impegnate a supportare tale processo sia nella fase di definizione e sottoscrizione 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.

Qualità dei dati contabili

Il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010 -2012 ribadisce la necessità di migliorare la qualità dei dati contabili afferenti la spesa sanitaria attraverso il perfezionamento delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla loro produzione e rappresentazione.

La Regione persegue il miglioramento qualitativo dei dati contabili delle Aziende sanitarie mediante un costante aggiornamento dei principali strumenti contabili regionali.

Nel corso del 2011 la Giunta Regionale ha approvato un aggiornamento del Piano dei conti regionale necessario per una migliore contabilizzazione degli scambi infraziendali di beni e servizi e delle cessioni di sangue, emocomponenti alla luce delle nuove procedure gestionali e di compensazione attivate a livello regionale e nazionale.

La Giunta ha contestualmente approvato l'aggiornamento del Piano dei fattori produttivi e delle Linee guida patrimoniali ed economiche al fine di assicurare omogeneità nelle rilevazioni contabili aziendali e di garantire una corretta alimentazione dei modelli ministeriali.

Nel corso del 2011 sarà valutata la necessità di eventuali ulteriori adeguamenti degli strumenti contabili regionali, in particolare dello schema di Nota Integrativa, alle luce delle disposizioni contenute nel Decreto legislativo in materia di armonizzazione dei sistemi contabili delle Pubbliche Amministrazioni, in corso di approvazione, che definisce principi contabili generali ed applicati per il settore sanitario.

Le Aziende sanitarie sono impegnate ad assicurare una corretta applicazione degli strumenti contabili predisposti a livello regionale.

In continuità con gli anni precedenti le Aziende dovranno assicurare una corretta e puntuale alimentazione dei modelli ministeriali CE ed SP, ponendo particolare attenzione all'equivalente contabilizzazione degli scambi di prestazioni infrazziendali, che in sede di consolidamento regionale sono oggetto di elisione. Al riguardo dovrà essere verificata l'applicazione degli specifici documenti predisposti nell'ambito del progetto per il bilancio aggregato delle Aziende sanitarie regionali.

Per la Contabilità analitica le Aziende dovranno altresì garantire l'alimentazione, nei tempi e con le modalità stabilite, dei modelli regionali e ministeriali (modello LA e modello CP) ed assicurare la qualità dei dati economici.

Il Servizio Programmazione Economico-Finanziaria della DGSPS svolge un'istruttoria tecnico contabile sui Bilanci d'esercizio delle Aziende sanitarie finalizzata a garantire l'uniformità di redazione, a migliorare le modalità espositive ed il contenuto informativo degli stessi. Gli esiti dell'istruttoria sono comunicati alle Aziende sanitarie al fine di migliorare la qualità dei dati contabili.

In sede di redazione dei documenti contabili ed in particolare del Bilancio dell'esercizio 2011, le Aziende sono tenute a recepire i contenuti e le indicazioni delle istruttorie trasmesse, anche riferite a precedenti esercizi, ed a verificare il superamento delle problematiche rilevate a livello regionale.

A partire da aprile 2011 le Aziende sanitarie sono impegnate nel rispetto degli adempimenti connessi al Progetto Informativo Sindaci Aziende sanitarie (PISA) che definisce le modalità di redazione e di trasmissione telematica dei verbali dei Collegi sindacali.

Valutazione straordinaria delle procedure amministrativo contabili delle Aziende sanitarie

L'articolo 11 del Patto per la salute in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, prevede, tra l'altro, che le regioni si impegnino ad avviare le procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci, attraverso un percorso che impegnerà le regioni medesime a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili.

In particolare il comma 1, lettera a) del predetto art. 11 prevede che le regioni effettuino una valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle aziende sanitarie, della gestione sanitaria accentrata regionale e del consolidato regionale.

La valutazione straordinaria sarà effettuata sulla base dei criteri e delle modalità definite dal D.M. 18 gennaio 2011 che ha emanato un documento metodologico per la ricognizione dello stato delle procedure amministrativo-contabile e per la valutazione delle risultanze contabili aziendali che impegna le Aziende sanitarie e la Regione per la gestione accentrata ed il consolidamento dei dati aziendali.

La valutazione straordinaria costituisce adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale, come stabilito dall'art. 4 del Patto per la Salute 2010-2012; la stessa avrà come riferimento l'esercizio 2009 e dovrà essere conclusa entro il termine del 30 giugno 2011.

La valutazione straordinaria fornisce gli elementi conoscitivi necessari per la definizione degli adeguamenti delle procedure amministrativo contabili necessari affinché le Aziende sanitarie dispongano di un sistema amministrativo contabile e di un sistema di controllo interno affidabili e funzionali allo svolgimento delle procedure di certificabilità dei bilanci.

La valutazione straordinaria rappresenta il primo step del percorso che porterà alla certificabilità dei bilanci sanitari (comma 1 lettera d del predetto art. 11 del Patto per la salute 2010-2012).

Le Aziende sanitarie dovranno impegnarsi per assicurare il corretto svolgimento della valutazione straordinaria ed il rispetto dei termini previsti, fornendo in modo completo ed esaustivo le informazioni richieste e compilando attentamente le schede predisposte a livello ministeriale.

Nel corso dell'anno 2011 le Aziende sanitarie dovranno inoltre avviare gli adeguamenti delle procedure amministrativo-contabili, dei sistemi contabili e di controllo interno e degli strumenti tecnico-contabili aziendali necessari al fine di superare eventuali criticità emerse in occasione della valutazione straordinaria.

Formazione in materia di amministrazione e controllo

A livello regionale si è evidenziata la necessità di approfondire in modo specifico i principali temi connessi con la contabilità, il bilancio, le attività di controllo sui medesimi ed il controllo di gestione.

Conseguentemente la Regione ha previsto un programma formativo in collaborazione con l'Alma Mater di Bologna – Scuola Superiore di Politiche per la Salute, che prevede specifici moduli in materia di contabilità, bilancio e rendicontazione istituzionale, attività di controllo dei bilanci e sugli strumenti di controllo della gestione.

Le Aziende sanitarie dovranno assicurare la partecipazione all'attività formativa dei funzionari operanti nell'ambito delle attività amministrativo-contabili e gestionali .

Rendicontazione e valutazione dei risultati

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

Nella predisposizione del Bilancio di Missione 2011, le Aziende dovranno fare specifico riferimento alle attività svolte e ai risultati conseguiti rispetto alle linee di programmazione 2011. Allo stesso modo, Nota Integrativa e relazione del Direttore Generale, nei contenuti riformulati dall'articolo 16 della Legge regionale 4 del 2008, dovranno contenere le informazioni esplicative ed integrative richieste dal medesimo documento.

Il presente documento, contenente il quadro degli obiettivi 2011, unitamente alla correttezza e completezza delle suddette modalità di rendicontazione, costituisce il quadro di riferimento degli obiettivi cui correlare la corresponsione ai Direttori generali delle Aziende sanitarie dei compensi aggiuntivi previsti dai relativi contratti in essere, fermo restando che il rispetto del vincolo economico finanziario è requisito necessario per l'accesso alla valutazione medesima.

Gli strumenti di programmazione dovranno essere trasmessi al controllo della Giunta entro il termine del 31 maggio 2011.

Allegato C

Pianificazione delle attività per l'anno 2011

La redazione degli obiettivi alle Aziende sanitarie per il 2011 assume una forma che non ripercorre il raggruppamento lungo le classiche linee di servizio degli anni scorsi, che erano, come è noto, declinate sulla base dell'articolazione organizzativa dei servizi regionali e aziendali. Le necessità di integrazione tra le strutture aziendali, che muove il lavoro di programmazione per quest'anno, deriva dalla consapevolezza che i processi assistenziali, per quanto vedano fasi distinte nei diversi setting organizzativi, non possono essere di qualità se non mettono esplicitamente in relazione le diverse fasi. Peraltro anche considerazioni di coerenza dell'azione gestionale e di sostenibilità economica motivano la scelta di individuare alcuni processi essenziali il cui indirizzo e la cui valutazione debbano essere disegnati tesaurizzando le culture e le esperienze delle diverse articolazioni organizzative, mettendole in relazione sia per potenziarne gli effetti sinergici per quanto riguarda i risultati di salute, sia condividendone i principi e processi decisionali allo scopo di garantire delle azioni coordinate e coerenti. Il principio guida della programmazione, come del monitoraggio e della valutazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, discende dall'esplicito intento del Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna di mettere al centro la persona con i suoi bisogni di salute e di benessere sociale rifuggendo da atteggiamenti autoreferenziali. Tutti i soggetti protagonisti del nuovo welfare di comunità proposto dal Piano regionale sono chiamati a dare concretezza a questo importante principio. Nello specifico del contributo al welfare che può dare il Servizio sanitario regionale tale principio ispiratore si traduce nella capacità di perseguire obiettivi i cui risultati siano misurabili proprio per la loro capacità di migliorare i servizi offerti e quindi di incidere sulla qualità della vita delle persone, integrando politiche e servizi e utilizzando al meglio le risorse economiche, professionali, tecnologiche a disposizione. Nel definire la programmazione 2011 si è tenuto conto della centralità della persona e sono state identificate le aree strategiche all'interno delle quali declinare i diversi obiettivi: dignità della persona; accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure; valorizzazione ed empowerment degli operatori; promozione della salute e prevenzione delle malattie e del disagio; sviluppo della ricerca e della innovazione nei processi di cura e di governo del sistema dei servizi; sostenibilità, monitoraggio e regolazione del sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari. Sono aree non mutuamente esclusive. È anzi auspicabile e necessario che tutti gli obiettivi comprendano tali aree tematiche; tuttavia la scelta di identificare alcuni obiettivi all'interno di un'area piuttosto che di un'altra deriva dalla esigenza di indicare l'ambito progettuale che le Aziende sanitarie sono prioritariamente sollecitate a sviluppare, l'elemento centrale da tenere maggiormente in considerazione. Per fare un esempio: le azioni di contrasto alla violenza contro le donne sono state inserite sotto il titolo 'valorizzazione ed empowerment degli operatori' non perché la violenza e le azioni per contrastarla ed eliminarla non riguardino la dignità della persona, né tanto meno perché l'empowerment degli operatori costituisca il fattore che consenta di eliminare o minimizzare nella società la violenza sulle donne, ma perché il "focus", cioè l'elemento principale su cui ci si propone di agire nell'anno corrente è rappresentato dalle azioni volte a promuovere e sostenere le capacità di relazione, di empatia, di comprensione che operatrici e operatori dei Servizi sanno mettere in gioco, e le loro capacità tecniche di riconoscere i segni e i sintomi di tali eventi. Il lavoro è a uno stadio di sviluppo certamente inferiore alla rilevanza e complessità degli obiettivi,

tuttavia costituisce una traccia di quella modalità di relazione che si vuole instaurare tra l'Assessorato regionale politiche per la salute, anche in collaborazione con l'Assessorato politiche sociali, e l'insieme delle Aziende sanitarie. La funzione di indirizzo, monitoraggio e diffusione delle migliori pratiche che è compito dell'Assessorato non può infatti essere svolta se non attingendo e mobilitando le intelligenze, le competenze e soprattutto, le motivazioni presenti nelle Aziende sanitarie anche per rinnovare, su basi adeguate al momento che stiamo vivendo, il ruolo non secondario di questa Regione all'interno del panorama sanitario e del welfare italiano.

A DIGNITA' DELLA PERSONA

A 1 Sviluppo di relazioni empatiche e attività di counselling nella relazione operatore assistito; miglioramento comprensibilità e chiarezza del linguaggio nella relazione operatore assistito e nella redazione di materiali informativi

Obiettivo 2011 su relazioni empatiche operatore-assistito: aumentare la capacità di comunicazione empatica dei professionisti della sanità nella relazione con gli assistiti e i loro familiari con riferimento particolare a: 1) percorsi terapeutici critici: oncologia, medicina interna, lungodegenza, terapia intensiva e rianimazione; 2) soggetti "fragili": persone con demenza, disabilità congenite o acquisite; 3) prima comunicazione della diagnosi nei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche con particolare attenzione a persone con patologie che comportano disabilità, cronicità, rischio di stigmatizzazione, minori, giovani e familiari. Azioni riguardo al primo punto: costituzione 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 regionale che verrà istituito sul tema; sul secondo punto: realizzazione di percorsi di formazione insieme agli Enti locali (Uffici di piano) in tutti i Distretti coinvolgendo operatori sanitari e sociali; sul terzo punto: applicazione delle procedure previste dalla DGR 286/2003 e iniziative di appropriata comunicazione sui diritti della persona con disabilità (DGR 1/2010).

Obiettivo 2011 su comprensibilità del linguaggio nella relazione operatore-assistito e nei materiali informativi: Partecipare al gruppo di lavoro regionale per la progettazione di iniziative di formazione per operatori sui temi della health literacy. Analisi di strumenti di comunicazione di Aziende sanitarie su percorsi "critici" (come scompenso cardiaco, diabete, patologie oncologiche) e di materiale prodotto dalla Regione per tutto il sistema.

A 2 Migliorare la conoscenza e l'accesso al sistema dei servizi per le persone non autosufficienti

Obiettivo 2011 : realizzazione, in collaborazione con i Comitati di Distretto e gli Uffici di piano, di programmi di informazione per garantire adeguata informazione ai destinatari dei servizi e ai loro familiari sulle opportunità e sulla rete dei servizi verificando le azioni già previste dal Fondo regionale per la non autosufficienza. Realizzazione foglio di prima comunicazione per le persone con disabilità. Ristampa aggiornata manuale su Alzheimer e demenze senili.

A 3 Ampliare conoscenze e competenze delle persone che garantiscono cura e assistenza ai malati d'Alzheimer

Obiettivo 2011: realizzare un nuovo approccio di relazione con assistenti familiari e i familiari attraverso la realizzazione nell'80% dei Distretti di almeno una iniziativa rivolta alle assistenti familiari e il monitoraggio sulla presenza di caffè Alzheimer e relativo accesso. Costituzione di equipe multi professionali sanitarie e sociali di ambito distrettuale o sub distrettuale. Attivazione di un gruppo di lavoro di approfondimento delle esperienze realizzate con esperti di Comuni, Aziende Usl, terzo settore. Iniziative formative e di comunicazione ai cittadini. Diffusione di strumenti multimediali.

A 4 Reti cure palliative e terapia del dolore

Obiettivo 2011: 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.

A 5 Uso di metodiche per il controllo del dolore nel travaglio di parto

Obiettivo 2011: rendere omogenea su tutto il territorio l'offerta nei punti nascita di metodiche farmacologiche e non farmacologiche di provata efficacia per il controllo del dolore nel travaglio di parto (almeno uno in ogni provincia con offerta di analgesia epidurale gratuita h24. In tutti i punti nascita offerta di tecniche di controllo del dolore non farmacologiche); applicazione della direttiva n. 533/08 sul percorso nascita, secondo le indicazioni della Commissione nascita.

B ACCESSIBILITA', QUALITA', SICUREZZA, CONTINUITA' DELLE CURE

B 1 Aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e gestione del rischio: raccomandazioni su organizzazione processi assistenziali in ospedale

Obiettivo 2011: Applicazione e monitoraggio delle raccomandazioni contenute nella Dgr 1706/2009, in particolare su: tenuta documentazione sanitaria con l'adozione del foglio unico di terapia, monitoraggio post-operatorio e profilassi antibiotica chirurgica e antitromboembolica, sicurezza dei sistemi RIS-PACS e procedure di informazione e consenso con una specifica attenzione alla definizione di percorsi per facilitare il consenso consapevole ai trattamenti ospedalieri. Utilizzare in modo integrato le banche dati per la mappatura dei pericoli/rischi, come base per la stesura del piano-programma aziendale. Redigere un report sulle azioni effettuate e i risultati raggiunti in tema di gestione del rischio. Implementazione delle raccomandazioni del Ministero della salute e della Regione Emilia- Romagna e partecipazione al Progetto regionale per la Sicurezza in Sala Operatoria (SOSnet). Rilevare gli eventi sentinella ed i sinistri per assicurare il flusso ministeriale SIMES. Utilizzare in maniera regolare e strutturata gli strumenti per la gestione del rischio (Incident Reporting, RCA,

Fmea\Fmeca, Audit, ecc.). Consolidamento delle attività di sorveglianza delle ICA: segnalazione rapida di epidemia ed eventi sentinella, sorveglianza in chirurgia-SICHER e sorveglianza in terapia intensiva SITIER.

B 2 Garanzie per l'accesso e la continuità assistenziale per gli utenti afferenti alle Unità operative del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche

Obiettivo 2011: Formalizzazione Piano Aziendale per l'accesso e relative garanzie (Dgr 313/09). Dare attuazione al Programma Regionale Dipendenze, garantendo i percorsi dedicati per popolazioni target (Dgr 698/08). Consolidare l'impegno aziendale nel completamento delle azioni previste per i Disturbi del Comportamento Alimentare (Dgr 602/09), programma Regionale Autismo (Dgr 318/08) e dei Disturbi Specifici Apprendimento (Dgr 108/10).

B 3 Erogazione prestazioni specialistiche ambulatoriali appropriate, in tempi adeguati e con percorsi chiari e definiti, gestione appropriata delle liste di attesa per ricoveri programmati

Obiettivo 2011: definizione del Piano aziendale per il governo delle liste di attesa per il triennio in attuazione del Piano regionale 2010-2012 di governo delle liste di attesa e delle indicazioni in particolare riguardo alla appropriatezza della prescrizione, della organizzazione e della scelta del setting assistenziale ed alla comunicazione ai cittadini su diritti e doveri e uso dei servizi. A quest'ultimo riguardo, definizione di piani di comunicazione congiunti Regione-Aziende con il coinvolgimento delle parti sociali. Adesione al progetto SIGLA da parte delle Aree vaste secondo le indicazioni fornite dalla Regione in modo da assolvere al debito informativo che consenta di pubblicizzare i dati di attesa entro la fine del 2011.

B 4 Progetto la prevenzione secondarie delle malattie cardiovascolari (Piano regionale della prevenzione 2010-2012):

Obiettivo 2011: qualificare il processo ampliando l'adozione di una lettera di dimissione a ricovero condivisa tra professionisti (territoriali e ospedalieri), sviluppare counselling, monitoraggio del trattamento farmacologico e dei controlli periodici di pazienti dimessi per IMA (Infarto Miocardico Acuto); riorientare il sistema verso la medicina di iniziativa attivando uno screening nella popolazione target per intervenire non solo sul trattamento e sulla cura delle malattie croniche, ma anche sulla promozione della salute.

B 5 Prevenzione malattie croniche e fragilità: prescrizione dell'attività fisica a persone con fragilità o malattia (patologie cardiovascolari, diabete), persone con disabilità, anziani

Obiettivo 2011: costruire un modello organizzativo per la prescrizione dell'attività fisica con il coinvolgimento dei medici di medicina generale, medici dello sport, specialisti di riferimento delle diverse patologie sensibili all'esercizio fisico (attivazione in almeno 4 Aziende UsI). Sviluppo di luoghi idonei alla pratica dell'attività fisica.

B 6 Facilitazione dell'accesso ai servizi distrettuali: le Case della salute

Obiettivo 2011 : avviare il percorso per realizzare le Case della salute in tutte le Aziende Usl e per arrivare a un modello di governance con definizione di relazioni tra professionisti, ruoli e compiti. Definire gli elementi essenziali da garantire nelle Case della salute già progettate. Organizzazione di iniziative formative per i professionisti ed utilizzo di strumenti di promozione del governo clinico e miglioramento della qualità assistenziale (Profili di NCP). Realizzare piani aziendali sul percorso di costruzione delle Case della salute.

B 7 Modello organizzativo per lungodegenza

Obiettivo 2011: a partire dai risultati emersi da un report regionale che evidenzia variabilità tra Aziende sanitarie sulle modalità di uso della funzione di lungodegenza, ridefinire obiettivi e performance della funzione, individuare un modello di gestione adeguato e funzionale . Condurre audit in ogni Azienda sanitaria, individuare i posti letto per acuti utilizzati per le cronicità, coinvolgere l'utenza.

B 8 Miglioramento della presa in carico di pazienti fragili, con particolare attenzione al passaggio da un ambito assistenziale a un altro e alla fornitura di presidi

Obiettivo 2011: consolidare il modello di continuità assistenziale ospedale-territorio individuando case manager territoriali e ospedalieri per la dimissione protetta. Per anziani dimessi da ospedali o strutture e persone con disabilità assistite a domicilio: monitorare l'applicazione delle direttive regionali per l'adattamento dell'ambiente domestico, garantire la collaborazione dei Centri territoriali di primo livello e regionali di secondo livello per la prescrizione di dispositivi e inserimento nel contesto sociale, consolidare percorsi socio- sanitari integrati anche con i servizi sociali dei Comuni. Per anziani utenti dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche garantire presa in carico integrata nel sistema di comunità per ogni ambito distrettuale attraverso la costituzione di equipe multidisciplinari (UVM) afferenti agli Uffici di piano, garantire valutazione multidisciplinare per ogni inserimento residenziale socio-sanitario di persone con patologie psichiatriche e dipendenze patologiche con più di 75 anni o con gravi patologie invalidanti.

B 9 Potenziamento dello scambio elettronico di informazioni cliniche tra professionisti – Rete Sole - e della diffusione del Fascicolo sanitario elettronico dell'assistito

Obiettivo 2011: Ulteriore implementazione della rete Sole (scambio di informazioni sugli assistiti tra i professionisti e le strutture del SSR) con incremento del numero di documenti clinici scambiati. Adeguamenti dei Dipartimenti aziendali per recepimento aggiornamenti catalogo Sole. Percorsi formativi specifici per personale SSR. Diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (raccolta on line dei documenti che riguardano la storia clinica personale) garantendo che da parte di ciascun professionista sia garantito l'utilizzo di strumenti informatici per referti o altri documenti, individuare una modalità di raccolta del consenso del cittadino, digitalizzare processi sanitari per la gestione digitale, predisporre punti informativi e di attivazione.

B 10 Collegamento Sportelli sociali e altri sportelli di accesso ai servizi

Obiettivo 2011: messa in rete degli Sportelli sociali (in collaborazione con gli Uffici di Piano) e al loro collegamento con il numero verde unico del Servizio sanitario regionale.

B 11 Rete delle farmacie oncologiche

Obiettivo 2011: ottimizzare l'allestimento dei farmaci antitumorali con standardizzazione delle tecniche, centralizzazione delle attività di laboratorio e l'adozione di strumenti informatici condivisi. Costituzione di reti locali in Area vasta Romagna, nelle province di Modena, Parma, Reggio Emilia .

B 12 Appropriata prescrizione:

B 12.1 Aree critiche della farmaceutica convenzionata

Obiettivo 2011: fornire ai medici di medicina generale linee guida di riferimento regionali nell'area cardiovascolare (obiettivo da documento AIFA). Valutazione dell'impatto degli interventi in termini di modifica della prescrizione.

B 12.2 Implementazione linee guida sul trattamento delle infezioni delle vie urinarie, definite dall'Agenzia Sanitaria regionale.

B 13 Prevenzione del rischio clinico nell'uso dei farmaci e farmacovigilanza

Obiettivo 2011: attivare nelle Aziende sanitarie progetti di farmacovigilanza in particolare in RSA, pediatria ospedaliera, oncologia, pronto soccorso, pazienti politrattati.

B 14 Appropriata d'uso dei farmaci specialistici da parte dei Centri autorizzati e monitoraggio

Obiettivo 2011: monitorare, individuare, condividere e assegnare ai professionisti obiettivi misurabili, applicare modalità di monitoraggio, riconducendo gli usi entro i parametri delle Linee guida terapeutiche per onco-ematologia, reumatologia (artrite reumatoide), oculistica (trattamento della DMLE), dermatologia (psoriasi a placche) epatologia (antivirali nella epatite B, pediatria/endocrinologia (ormone della crescita), neurologia (sclerosi multipla).

B 15 Prescrizione dei farmaci con brevetto scaduto

Obiettivo 2011: aumento del 10% dell'uso delle DDD a brevetto scaduto, tramite la informazione ai cittadini e la formazione dei medici.

B 16 Interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa

Obiettivo 2011: contenimento della spesa con specifici interventi nell'ambito degli accordi locali con i medici prescrittori, in particolare sulle seguenti aree: farmaci inibitori della pompa acida, statine, ACE inibitori, sartani e antidepressivi.

B 17 Monitoraggio dei dispositivi medici

Obiettivo 2011: garantire procedure di verifica sul corretto utilizzo dei dispositivi medici, migliorando la informazione agli operatori.

B 18 Continuità e presidio processi di cura, prevenzione e sostegno anche nell'ambito sociale per adolescenti e giovani

Obiettivo 2011: Definizione dei percorsi di cura dedicati agli adolescenti con dipendenza patologica o comportamenti di consumo/abuso di sostanze 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. Consolidamento delle funzioni di prossimità. 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). Elaborare iniziative di comunicazione anche via web. Consolidare interventi di prevenzione e promozione della salute nei bambini e adolescenti. Individuare equipe multispecialistiche per assessment e trattamenti flessibili e integrati sanità-sociale.

B 19 Rimozione condizioni di svantaggio e discriminazione nell'accesso ai servizi di fasce deboli di popolazione (migranti, indigenti, richiedenti asilo, ex-carcerati...)

Obiettivo 2011: sviluppare progettualità volte ad azioni di contrasto e per l'utilizzo di strumenti di assessment; rafforzare sinergie tra servizi a "bassa soglia" (es. Unità di strada) e servizi strutturati per supportare l'accesso delle fasce di popolazione deboli; perseguire equità di informazione e di accesso.

B 20 Attuazione Programmi Aziendali per la salute negli istituti penitenziari

Obiettivo 2011: Garantire percorsi clinico-assistenziale secondo le esigenze specifiche di ciascun detenuto e percorsi di prevenzione e screening in riferimento allo specifico target e contesto detentivo, anche al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive.

B 21 Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili: miglioramento sistemi di sorveglianza e di diagnosi

Obiettivo 2011: consolidamento programmi di vaccinazione. Miglioramento dei sistemi di sorveglianza e delle capacità di diagnosi dei laboratori per malattie invasive batteriche, malattie trasmesse da alimenti, tubercolosi. Controllo malattie trasmissibili, non prevenibili con vaccino, con piani di sorveglianza e controllo (malattie da vettore, trasmesse da alimenti, tubercolosi, HIV) Coinvolgimento delle associazioni di immigrati e mediatori culturali.

B 22 Tutelare la salute delle persone e degli animali con adeguate misure di prevenzione in materia di mangimi, alimenti e acque potabili, sanità e benessere animale

Obiettivo 2011: incrementare la qualità dei controlli ufficiali tramite la partecipazione del personale agli specifici eventi formativi. Utilizzo degli strumenti regionali di controllo, perfezionamento dell'organizzazione e del funzionamento dei Servizi

veterinari e igiene alimenti e nutrizione secondo il modello regionale. Realizzare piani di campionamento su mangimi, animali allevati a scopo zootecnico, alimenti, acque potabili, allergeni e approntare sistemi aziendali di verifica della qualità dei campioni eseguiti e dello stato di realizzazione dei piani. Vigilanza e controllo alimenti destinati ai celiaci. Promozione campagne informative per la riduzione del consumo di sale e prevenzione patologie da carenza di iodio.

B 23 Mantenimento e sviluppo delle attività di programmazione e controllo dell'assistenza ospedaliera

Obiettivo 2011: gli accordi, previsti dal dlgs 502/92 e succ. modd e dalla l.r. 29/2004 quale condizione essenziale per l'esercizio di attività a carico del SSR e per la concreta operatività dell'accreditamento, sono obbligatori qualora gli scambi tra Aziende sanitarie siano di entità significativa (valore superiore a 250mila euro) e 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. L'accordo viene proposto dall'Azienda sanitaria committente (tramite il confronto e la contrattazione che deve avvenire nel rispetto delle indicazioni regionali) e definitivamente stipulato tra le parti in tempi utili per consentire la programmazione delle attività. In caso di mancata stipulazione, 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 succ. modd., 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 agli anni precedenti e che il soggetto produttore è chiamato a rispettare. Per le attività di controllo, le Aziende sanitarie, al fine del raggiungimento del limite minimo del 10% di controlli da effettuarsi secondo quanto prevede il D.L. 112/2008 (art.79, comma 1,septies) convertito in legge 133/2008, al fine di prevenire comportamenti opportunistici e di incrementare il livello di appropriatezza delle attività ospedaliere, devono attenersi a quanto previsto dal suddetto atto deliberativo. Si ribadisce che l'attività di controllo deve essere effettuata sia per l'attività erogata a favore dei propri residenti sia a favore di cittadini provenienti da altre regioni.

B 24 Proseguimento dell'implementazione del programma Stroke Care

Obiettivo 2011: Completamento della definizione delle reti Stroke provinciali, potenziamento dell'accesso alla terapia trombolitica e partecipazione all'audit clinico organizzativo secondo quanto indicato al punto 12.8 della delibera 1544/2010.

B 25 Proseguimento dell'implementazione dell'organizzazione dell'assistenza alle persone con epilessia

Obiettivo 2011: Completamento della definizione delle reti integrate di servizi; condivisione del percorso diagnostico terapeutico con il Centro di riferimento regionale per il monitoraggio prolungato delle crisi e per la terapia chirurgica dell'epilessia nelle forme farmaco-resistenti; assicurare le attività formative necessarie per gli operatori.

B 26 Garanzie verso i cittadini sottoposti a contenzione fisica presso gli

SPDC regionali

Obiettivo 2011: Applicazione circolare regionale n. 16/2009: garanzie di attivazione degli audit previsti dopo le 24 h. di contenzione e rispetto reportistica concordata.

B 27 Diffusione dei modelli organizzativi per la gestione integrata delle patologie croniche (scompenso, diabete, ecc..)

Obiettivo 2011: I modelli organizzativi che si stanno diffondendo per la gestione delle malattie croniche (i.e. chronic care model, disease e case management) sono accomunati dal fatto di essere sistemi organizzati, integrati, proattivi che pongono al centro dell'intero sistema, il paziente, la famiglia ed i care-givers informati ed educati a giocare un ruolo attivo nella gestione della patologia. L'identificazione di équipe multidisciplinari e multiprofessionali che possano garantire un'assistenza integrata e personalizzata (MMG, specialisti, infermieri) è uno dei fondamenti su cui poggia un sistema di gestione integrata: il percorso assistenziale trae infatti vantaggio dalle diverse competenze e responsabilità professionali correlate ai bisogni assistenziali, dalla loro interazione e dall'individuazione, nelle varie fasi, della figura professionale che più opportunamente assicura la sintesi. La modalità di presa in carico proposta deve permettere di avere sempre un punto di riferimento (case manager) lungo tutto il percorso di gestione della patologia cronica ed un maggiore coordinamento delle attività tra i diversi professionisti che ruotano attorno al paziente e alla sua famiglia.

B 28 Monitoraggio dei pazienti con Fratture di Femore

Obiettivo 2011: 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 orto geriatrico.

B 29 Donazione di organi e tessuti

Obiettivo 2011: incremento del procurement di organi e tessuti attraverso l'istituzione di un ufficio di coordinamento ospedaliero alle donazioni, formato dal coordinatore locale e da personale infermieristico in rapporto alle caratteristiche e alle potenzialità aziendali.

B 30 Identificazione potenziali donatori di organi e tessuti

Obiettivo 2011: adeguamento dell'identificazione dei potenziali donatori di organi e tessuti agli indicatori internazionalmente riconosciuti tramite l'integrazione del processo donativo nei percorsi aziendali.

B 31 Donazione di cellule

Obiettivo 2011: mantenimento dell'efficienza nel procurement di cellule staminali emopoietiche, sia come reclutamento di potenziali donatori di midollo osseo, sia come numero di sacche di sangue del cordone ombelicale raccolte a scopo allogeneo.

B 32 Trapianto di organi e tessuti

Obiettivo 2011: consolidamento dell'efficienza nell'accettazione degli organi offerti da parte dei Centri trapianto di organi; incremento dei trapianti da donatore vivente; puntuale adeguamento dei follow-up dei trapianti di organi eseguiti, a garanzia della trasparenza del processo; contenimento dei tempi d'attesa per trapianto di cornea.

C VALORIZZAZIONE ED EMPOWERMENT DEGLI OPERATORI

C 1 Ospedale organizzato per intensità di cura e/o per complessità assistenziale: modello di riferimento e strategia per la diffusione negli ospedali del SSR

Obiettivo 2011: diffusione del modello per intensità di cura, al fine di migliorare l'efficienza dell'assistenza e dell'allocazione delle risorse coinvolgendo le rappresentanze dei cittadini.

C 1.1 Revisione delle funzioni e dell'organizzazione delle Unità di terapia intensiva coronarica (Utic) non sede di emodinamica

Obiettivo 2011: Adeguamento delle funzioni dell'Utic secondo criteri coerenti con le modifiche derivanti dall'implementazione delle pratiche di rivascolarizzazione e delle possibilità/necessità locali di integrazione con altre funzioni di assistenza semi-intensiva o intensiva nel quadro dell'ospedale per intensità di cura.

C 2 Implementare e sviluppare le attività di emergenza – urgenza secondo le indicazioni regionali

Obiettivo 2011: Garantire la prosecuzione e gli sviluppi dell'implementazione della "soluzione ponte" del Numero Unico Europeo 112 per il soccorso secondo quanto previsto al punto 12.4 della delibera 1544/2010. Proseguire con le attività di facilitazione e accompagnamento dell'accreditamento delle strutture di soccorso e trasporto infermi secondo quanto previsto dalla delibera 1544/2010. Implementazione delle raccomandazioni organizzative formalizzate dal Comitato regionale emergenza-urgenza, in particolare relative a: strategie di contenimento dell'incremento di accessi al pronto soccorso anche in relazione agli obiettivi fissati dei Nuclei delle cure primarie, strategie di gestione dei posti letto che favoriscano la progressione del percorso del paziente utilizzando le risorse di ricovero più appropriate, strategie di gestione del turnover del personale; mantenere e sviluppare la completa trasmissione degli eventi di flusso del 118 e pronto soccorso.

C 3 Partecipazione, protagonismo e benessere di adolescenti e giovani

Obiettivo 2011: creare occasioni di partecipazione e esperienze di solidarietà (es. servizio civile, volontariato..) con progetti integrati tra sanità e sociale da inserire nei Piani di zona per la salute e il benessere sociale.

C 4 Accoglienza e presa in cura di donne e bambini vittime di violenza e/o maltrattamento

Obiettivo 2011: estendere a livello regionale le buone prassi di accoglienza e presa in cura delle donne vittime di violenza e/o maltrattamento già sperimentate in alcune

realtà locali e promuovere competenze valutative e relazionali efficaci per creare empatia tra operatore- donna violata, per migliorare la qualità dell'accoglienza e sostenere i percorsi di presa in cura da parte dei Servizi sanitari e sociali.

Obiettivo 2011: estendere a livello regionale i protocolli di integrazione tra Servizi sanitari e Servizi sociali per la valutazione e la presa in carico di bambini vittime di maltrattamento e abuso; implementare l'applicazione delle linee guida "Fratture e abuso" che forniscono alcuni strumenti metodologici per facilitare un appropriato iter diagnostico nel caso di rilievo di frattura in età pediatrica in particolare in bambini di età inferiore ai 2 anni, in cui è maggiore il contributo dell'abuso in caso di frattura.

C 5 Progetto carta del rischio cardiovascolare (Piano della prevenzione 2010-2012)

Obiettivo 2011: sperimentazione di un percorso di screening con l'utilizzo della carta del rischio ed attivazione di interventi di counselling. Individuazione delle Aziende Usl sperimentatrici, definizione del relativo protocollo operativo condiviso con i professionisti delle stesse Aziende Usl.

C 6 Unitarietà e omogeneità dei percorsi di cura delle persone con disabilità

Obiettivo 2011: garantire, in collaborazione con i servizi sociali territoriali, approccio unitario tra servizi specialistici e territoriali per garantire continuità assistenziale con valutazione dell'attivazione dei percorsi integrati in ambito distrettuale.

C 7 Accompagnamento e sostegno degli operatori nel percorso di accreditamento dei servizi sociosanitari

Obiettivo 2011: Assicurare a livello aziendale, in collaborazione con gli Uffici di piano e l'ufficio di supporto, un significativo riferimento per i gestori e gli operatori dei servizi socio-sanitari accreditati per garantire coinvolgimento attivo e condiviso degli operatori al percorso di accreditamento con il Coordinamento metodologico della Regione.

D PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE DELLE MALATTIE E DEL DISAGIO

D 1 Ascolto e coinvolgimento dei cittadini e della comunità nella prospettiva dell'empowerment

Obiettivo 2011: empowerment individuale: attivare azioni di intervento centrate sul supporto tra pari (utenti, gruppi di famiglie, caregivers..) nell'ambito delle cure primarie per migliorare le risposte ai bisogni. Empowerment organizzativo: sperimentare forme di gestione partecipata alla erogazione dei servizi coinvolgendo cittadini, volontari, utenti, familiari (es. prendersi carico del tempo dell'attesa attraverso 'banche del tempo', sostenere scambi che consentano di conciliare tempi di lavoro con tempi di cura). Empowerment comunitario: inserire nei processi di pianificazione territoriale (Uffici di piano, Comitati di Distretto) pratiche di partecipazione attiva delle comunità attraverso analisi di esperienze per estrapolare principi guida, metodologie e strumenti. Costituire gruppo di lavoro regionale a cui partecipano l'Agenzia sanitaria e sociale regionale, direttori di Distretto delle Aziende Usl, parti sociali e le rappresentanze dei cittadini per elaborare indicatori di processo e di risultato; avviare iniziative di sperimentazione dei percorsi in alcune Aziende Usl da identificare.

D 2 Promozione attività fisica e stili di vita salutari

D 2.1 Promozione attività fisica per tutti i cittadini

Obiettivo 2011: sottoscrizione di accordo con CONI ed Enti di promozione sportiva, campagna di comunicazione per la motivazione di tutti i cittadini all'uso delle scale (in collaborazione con Enti locali), aumento dei Centri anziani che propongono attività e opportunità per mantenere una vita attiva e in salute.

D 2.2 Promuovere benessere nella terza età

Obiettivo 2011: realizzare percorsi educativi, informativi per sollecitare l'autonomia delle persone anziane (educazione alla salute, alimentazione, superamento stati di isolamento e disagio...) ad esempio nell'ambito del volontariato civile, anche internazionale.

D 2.3 Promozione stili di vita salutari: nutrizione, lotta al fumo, lotta all'uso di sostanze

Obiettivo 2011: miglioramento qualità nutrizionale dell'offerta alimentare nella ristorazione scolastica (raccolta dati e formazione di almeno il 70% delle ditte e/o istituzioni titolari di ristorazione scolastica). Promozione ambienti liberi dal fumo sul lavoro, in ospedale, nei servizi sanitari, nelle scuole (partecipazione degli operatori di 7 Aziende UsI agli eventi formativi). Aumento degli interventi di sensibilizzazione dei cittadini, nelle diverse classi di età, dei rischi connessi con il consumo di sostanze: elaborazione documento regionale con metodologie di intervento e scheda di rilevazione dei consumi a rischio nei diversi contesti.

D 2.4 Promozione corrette abitudini alimentari per prevenire malattie croniche

Obiettivo 2011: migliorare la qualità nutrizionale dell'offerta alimentare nella ristorazione scolastica.

D 3 Programmi di screening oncologici

Obiettivo 2011: Sviluppo e consolidamento dei risultati di estensione e adesione con particolare attenzione allo screening mammografico e all'allargamento alle donne dai 45 ai 49 anni e dai 70 ai 74 anni; miglioramento del sistema di rilevazione .

D 4 Promozione sicurezza e salute

D 4.1 Promozione della salute e prevenzione infortuni sul lavoro

Obiettivo 2011 : riduzione del 15% degli infortuni sul lavoro con attenzione ai comparti a maggior rischio (edilizia, agricoltura) e realizzazione azioni di informazione e promozione della salute e della sicurezza. Monitoraggio dei fattori di rischio per patologie correlate al lavoro con potenziamento del sistema informativo. Azioni di tutela a lavoratori esposti a rischi particolari (es stress da lavoro, lavoratrici in stato di gravidanza, lavoratori migranti..).

D 4.2 Prevenzione malattie rilevanti o di problemi di salute ad alto impatto sociale: promozione della sicurezza stradale

Obiettivo 2011 : progettazione (insieme all'Osservatorio regionale per la sicurezza stradale, le Forze dell'Ordine, gli Enti locali) di una campagna informativa per motivare all'uso di cinture di sicurezza posteriori da realizzare nel 2012.

D 4.3 Promozione sicurezza domestica

Obiettivo 2011 : miglioramento nella conoscenza e nella gestione della sicurezza in casa con particolare attenzione ai bambini e agli anziani. Realizzare percorsi formativi per genitori e per over65enni.

D 5 Le relazioni tra ambiente naturale, ambiente costruito e salute

Obiettivo 2011 : conclusione studio Monitor (valutazione effetti sanitari dell'esposizione a inceneritori di rifiuti solidi urbani. Impostare percorso di valutazione epidemiologica relativa al progetto Supersito (per maggiore conoscenza effetto sulla salute del particolato) Costituire il Centro di studi dell'Emilia-Romagna per le politiche, l'ambiente, la salute. Migliorare le conoscenze dei funzionari pubblici e dei progettisti riguardo alle ripercussioni delle scelte urbanistiche sulle abitudini dei cittadini e la loro salute. Progetti di formazione in almeno l'80% delle Province.

D 6 Tutela della salute e del benessere degli animali e prevenzione delle malattie trasmissibili da animali a uomo

Obiettivo 2011: attuare i piani regionali di sorveglianza delle malattie degli animali da reddito. Sviluppare azioni mirate per il controllo del randagismo con piani aziendali di sterilizzazione. Tutelare il benessere degli animali da reddito e d'affezione. Prevenire la diffusione di malattie trasmesse da animali all'uomo (zoonosi) dando completa attuazione ai piani di monitoraggio previsti.

E SVILUPPO DELLA RICERCA E DELLA INNOVAZIONE NEI PROCESSI DI CURA E DI GOVERNO DEL SISTEMA DEI SERVIZI

E 1 Acquisizione di alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche; acquisizione di nuove tecnologie di minore impatto ma con rilevanti implicazioni cliniche e organizzative; iniziative di innovazione clinico-organizzativa

Obiettivo 2011: Acquisizione di alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche (caratterizzate da elevati costi di investimento e/o manutenzione) solo in seguito a una valutazione regionale di piani di adozione elaborati dalle Aziende sanitarie a livello di Area Vasta, ai fini di una verifica complessiva del fabbisogno, delle implicazioni cliniche, organizzative ed economiche, oltre che delle possibili ricadute sul versante della ricerca e della formazione professionale. Adozione di nuove tecnologie di relativo minore impatto a livello di sistema, ma comunque con rilevanti implicazioni cliniche ed organizzative nei contesti assistenziali, accompagnata, a livello locale, da una attenta analisi delle loro ricadute, attraverso l'elaborazione di piani aziendali di adozione promossi dai Collegi di direzione aziendali. Tempestiva segnalazione all'Osservatorio regionale per l'innovazione (ORI) per le eventuali necessarie azioni di supporto mediante la messa a disposizione di rilevanti documenti scientifici utili ad indirizzare le scelte aziendali, la facilitazione di relazioni tra ambiti aziendali diversi, ma accomunati da comuni intenti innovativi, ed il sostegno metodologico ed operativo alle conseguenti iniziative di formazione e

ricerca. Le iniziative di innovazione clinico-organizzativa, in cui l'elemento chiave del cambiamento è rappresentato non tanto dalla adozione di una tecnologia diagnostica o terapeutica, ma da un significativo mutamento introdotto nei contesti clinico-assistenziali sul piano della organizzazione dei servizi, dei ruoli professionali, dei percorsi e dei processi assistenziali dei pazienti, è opportuno siano portate alla conoscenza dell'Osservatorio regionale per l'innovazione e siano rendicontate nel Bilancio di missione. Le Aziende sanitarie devono dunque partecipare alle attività dell'Osservatorio con: segnalazione della adozione di tecnologie innovative e di rilevanti iniziative di innovazione clinico organizzativa, partecipazione ai processi di valutazione delle tecnologie e delle innovazioni clinico- organizzative avviati dall'ORI attraverso il contributo dei professionisti e la disponibilità delle informazioni rilevanti circa le modalità di impiego, rendicontare attraverso il Bilancio di missione, le rilevanti iniziative di innovazione tecnologica, clinica ed organizzativa avviate.

E 2 Sviluppo delle attività di ricerca e innovazione

Obiettivo 2011: Partecipare con continuità e completezza allo sviluppo e mantenimento dell'anagrafe aziendale delle attività di ricerca di cui al punto 4.1.2 della delibera 1066/2009. A tal proposito i referenti aziendali dell'Anagrafe sono tenuti a partecipare alle riunioni del gruppo tecnico di lavoro regionale e adottare a livello locale le decisioni operative del gruppo stesso. Partecipare al lavoro coordinato dalla Agenzia sanitaria e sociale regionale per la definizione delle caratteristiche dei Piani aziendali per le attività di ricerca ed innovazione (di cui al punto 4.1.1 della delibera 1066/2009) e delle funzioni dei Board Aziendali per la Ricerca ed Innovazione (di cui al punto 4.1.3 della delibera 1066/2009). Adempiere agli obblighi di rendicontazione delle attività di ricerca e innovazione previsti dai Bilanci di missione. Garantire la partecipazione aziendale alle iniziative regionali di ricerca avviate nel PRI ER, nel Fondo Modernizzazione e nel Programma di ricerca Regione Università. Garantire la partecipazione dei professionisti alle attività di mantenimento e sviluppo dei database clinici regionali (Registro attività cardiocirurgica, registro gravi cerebro-lesioni GRACER, registro attività centri di emodinamica REAL, registro protesi d'anca e ginocchio RIPO, registro defibrillatori impiantabili e pacemaker RERAI).

F SOSTENIBILITA', MONITORAGGIO E REGOLAZIONE DEL SISTEMA DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

F 1 Valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili delle Aziende Sanitarie

Obiettivo 2011: Valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili delle Aziende sanitarie, prevista dal D.M. 18/1/2011.

F 2 Omogeneizzazione fonti informative, sviluppo di procedure di monitoraggio, supporto alla decisione e verifica degli andamenti della spesa e degli organici dei dipendenti del Servizio sanitario regionale

Obiettivo 2011: Individuare flussi significativi di dati indispensabili per il monitoraggio del sistema sanitario. Formalizzare e condividere paradigmi e criteri di analisi e confronto.

F 3 Mantenimento del patrimonio informativo sanitario, socio-sanitario e sociale

Obiettivo 2011: garantire l'alimentazione dei flussi informativi regionali, già prevista dalla DGR 1544/2010 che assegnava gli obiettivi del 2010, con particolare attenzione anche ai flussi informativi che costituiscono adempimento verso l'amministrazione centrale ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005 e Patto per la salute del 3/12/2009.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Mariella Martini, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2011/724

data 09/05/2011

IN FEDE

Mariella Martini

omissis

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

Il Responsabile del Servizio
Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'