

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno Lunedì 18 **del mese di** Ottobre
dell' anno 2010 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Errani Vasco	Presidente
2) Saliera Simonetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Bortolazzi Donatella	Assessore
5) Freda Sabrina	Assessore
6) Gazzolo Paola	Assessore
7) Lusenti Carlo	Assessore
8) Marzocchi Teresa	Assessore
9) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
10) Rabboni Tiberio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: PROVVEDIMENTI IN ORDINE AL FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER IL 2010 E AL RELATIVO QUADRO DEGLI OBIETTIVI ANNUALI -INTEGRAZIONE ALLA DELIBERAZIONE N. 234/2010

Cod.documento GPG/2010/1507

Num. Reg. Proposta: GPG/2010/1507

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che, con propria deliberazione n. 234 dell'8 febbraio 2010 "Finanziamento del Servizio sanitario regionale per l'anno 2010" la Giunta ha determinato il volume complessivo di risorse a finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per il 2010 in 7.781,924 milioni di euro, di cui:

- 7.420,922 milioni quale livello di finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, a valere sulle effettive risorse a disposizione a livello nazionale;
- 116,002 milioni quale risultanza del riparto delle risorse di FSN accantonate per il finanziamento degli obiettivi di carattere prioritario a livello nazionale;
- 40 milioni di euro quale stima della ricaduta, per la Regione Emilia-Romagna, dei 550 milioni di euro di risorse aggiuntive che il Governo si è impegnato a garantire con provvedimenti legislativi nel corso del 2010 (articolo 2, comma 67 della legge 191/2009), a seguito dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 (rep. N. 243 CSR) sul Patto per la Salute 2010-2012;
- 205 milioni di euro quale impegno finanziario a carico del bilancio regionale, a garanzia dell'equilibrio del Servizio sanitario regionale e del Fondo regionale per la non autosufficienza;

e ha destinato 6.767,820 milioni di euro al finanziamento dei Livelli di assistenza, ripartendoli a quota capitaria tra le Aziende USL secondo quanto illustrato nel documento "Criteri di finanziamento delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna - anno 2010", allegato A parte integrante del provvedimento stesso;

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 11 - Controllo della spesa sanitaria - interviene sul livello di finanziamento per il 2010, ed in particolare sulla somma di 550 milioni di euro di risorse aggiuntive di cui sopra;

Considerato che, delle risorse aggiuntive, previste in 550 milioni di euro, solo 250 costituiranno effettivo finanziamento, mentre i restanti 300 milioni vengono compensati dalle misure di contenimento della spesa farmaceutica introdotte dal medesimo articolo 11 e, in particolare:

- a) dalla rideterminazione delle quote di spettanza dei grossisti e dei farmacisti per un valore del 3,65% rispetto al prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali di classe A, a decorrere dal 31 luglio 2010; a decorrere da tale data, al momento della corresponsione alle farmacie convenzionate viene trattenuta una percentuale dell'1,82%, mentre la somma corrispondente all'1,83% dovrà essere versata dalle Aziende farmaceutiche direttamente alle Regioni;
- b) dalla riduzione del 12,5% del prezzo dei medicinali equivalenti, a decorrere dal 1° giugno e fino al 31 dicembre 2010;

Ritenuto di stimare per la regione Emilia-Romagna, a fronte dei 40 milioni previsti quale partecipazione ai 550 milioni nazionali, un finanziamento da Fondo sanitario limitato a 18 milioni circa; dei restanti 22 milioni, si quantifica una partecipazione dell'industria farmaceutica di circa 6 milioni, che verrà introitata dal bilancio regionale con il meccanismo del Pay-back per essere poi riversata alle aziende sanitarie regionali, mentre i restanti 16 milioni dovranno essere reperiti attraverso le misure di contenimento della spesa farmaceutica;

Ritenuto - nelle more dell'assunzione, da parte del CIPE, del provvedimento deliberativo di ripartizione delle risorse finanziarie per il Servizio sanitario nazionale relativo al 2010, contenente le misure di riduzione del livello di finanziamento rispetto al riparto oggetto di Intesa in Conferenza Stato-Regioni - di rideterminare in diminuzione di 16 milioni di euro il volume delle risorse attribuite per il 2010 a quota capitaria alle aziende USL a finanziamento dei Livelli di assistenza, di cui alla tabella A2 "Assegnazione risorse per livelli di assistenza" allegata parte integrante alla deliberazione 234/2010, in corrispondenza al sub-livello "Farmaceutica territoriale", riservando ad un successivo provvedimento la quantificazione definitiva del nuovo quadro di finanziamento del servizio sanitario regionale, ad avvenuta adozione del citato provvedimento del CIPE; la riduzione di finanziamento è

riportata alla tabella 1, allegata parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Ritenuto di riservare ad un successivo provvedimento la quantificazione degli effetti della manovra di cui al sopra richiamato Decreto Legge 78/2010, così come convertito in Legge 122/2010 per l'anno 2011 e seguenti;

Richiamata ancora la propria deliberazione n. 234/2010 che, in relazione al nuovo assetto territoriale dell'azienda USL di Rimini disposto con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa 283/2010, derivante dall'accorpamento di sette nuovi comuni, transitati dalla Regione Marche alla Regione Emilia-Romagna a seguito della legge 3 agosto 2009, n.117, ne rinviava il finanziamento ad un momento successivo alla definizione, con la Regione Marche, dello specifico accordo da applicarsi al riparto nazionale delle risorse;

Richiamata la propria deliberazione n. 1342 del 13 settembre 2010 "Approvazione schema di intesa integrativa tra la Regione Emilia-Romagna e la Regione Marche per l'attuazione della legge 3 agosto 2009, n. 117", con la quale viene definito in 25.542.333,00 euro il volume delle risorse che la Regione Marche si impegna a trasferire alla Regione Emilia-Romagna a fronte dell'assistenza sanitaria prestata a decorrere dall'1/1/2010 dalla regione Emilia-Romagna alla popolazione residente nei 7 Comuni di Casteldelci, Maiolo, Novafeltria, Pennabilli, San Leo, Sant'Agata Feltria e Talamello transitati dall'una all'altra regione;

Ritenuto di attribuire l'intero importo di 25.542.333,00 euro all'Azienda USL di Rimini, al cui ambito territoriale sono stati aggregati i 7 comuni, a finanziamento dei livelli di assistenza da garantire alla nuova popolazione residente, riservandosi di valutare il volume effettivo dei costi sostenuti dall'azienda nel primo anno di gestione del nuovo ambito territoriale; dell'importo di cui sopra, 1.330.000,00 euro sono vincolati al finanziamento delle prestazioni afferenti il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA);

Ritenuto, in questa sede, di aggiornare altresì il finanziamento a quota capitaria alle Aziende Sanitarie regionali, in relazione alla numerosità della popolazione all'1/1/2010 utilizzando lo specifico accantonamento di cui alla Tabella 1 allegata alla deliberazione n.234/2010; nello specifico, si procede nei soli confronti delle aziende per le quali all'aggiornamento della popolazione corrisponde un valore positivo;

Ravvisata l'opportunità di approvare il documento, Allegato 1 al presente provvedimento, contenente il quadro degli obiettivi annuali alle aziende sanitarie regionali, in considerazione della proroga, con riserva di un successivo aggiornamento, disposta per i primi mesi dell'anno dalla citata deliberazione n. 234/2010, della validità degli obiettivi oggetto della programmazione 2009, e della necessità di fornire un quadro completo ed esaustivo degli obiettivi posti in capo alle Direzioni Generali aziendali per il 2010; il documento 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 quale requisito necessario per l'accesso alla valutazione medesima.

Ritenuto di confermare in capo alle aziende sanitarie il vincolo dell'equilibrio di bilancio, in considerazione della sovrapposizione tra minor spesa farmaceutica attesa e riduzione di finanziamento, riservandosi di operare le definitive valutazioni in chiusura d'esercizio;

Acquisito il parere favorevole espresso dalla Commissione Assembleare Politiche per la salute e politiche sociali nella seduta del 12 ottobre 2010;

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

D e l i b e r a

1. di rideterminare, per le motivazioni in premessa esposte e qui integralmente richiamate, in diminuzione di 16 milioni di euro il volume delle risorse attribuite per il 2010 a quota capitaria alle aziende USL a finanziamento dei Livelli di assistenza, di cui alla tabella A2 "Assegnazione risorse per livelli di assistenza" allegata parte integrante alla deliberazione n. 234 dell'8 febbraio 2010 "Finanziamento del Servizio sanitario regionale per l'anno 2010" in corrispondenza al sub-livello "Farmaceutica territoriale"; la riduzione di finanziamento è riportata alla tabella 1, allegata parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di riservare ad un successivo provvedimento la quantificazione definitiva del nuovo quadro di finanziamento del servizio sanitario regionale, ad avvenuta adozione, da parte del CIPE, del provvedimento deliberativo di ripartizione delle risorse finanziarie per il Servizio sanitario nazionale relativo al 2010;
3. di confermare in capo alle aziende sanitarie il vincolo dell'equilibrio di bilancio, in considerazione della sovrapposizione tra minor spesa farmaceutica attesa e riduzione di finanziamento, riservandosi di operare le definitive valutazioni in chiusura d'esercizio;
4. di attribuire l'importo di 25.542.333,00 euro all'Azienda USL di Rimini, a fronte dell'assistenza sanitaria prestata a decorrere dall'1/1/2010 alla popolazione residente nei 7 Comuni di Casteldelci, Maiolo, Novafeltria, Pennabilli, San Leo, Sant'Agata Feltria e Talamello transitati dalla Regione Marche alla Regione Emilia-Romagna, a finanziamento dei livelli di assistenza da garantire alla nuova popolazione residente, riservandosi di valutare il volume effettivo dei costi sostenuti dall'azienda nel primo anno di gestione del nuovo ambito territoriale; dell'importo di cui sopra, 1.330.000,00 euro sono vincolati al finanziamento delle prestazioni afferenti il Fondo Regionale Per la Non Autosufficienza (FRNA);
5. di aggiornare il finanziamento a quota capitaria alle Aziende Sanitarie regionali, in relazione alla numerosità della popolazione all'1/1/2010 utilizzando

lo specifico accantonamento di cui alla Tabella 1 allegata alla deliberazione n.234/2010; nello specifico, si procede nei soli confronti delle aziende per le quali all'aggiornamento della popolazione corrisponde un valore positivo; il maggiore finanziamento è riportato alla tabella 1, allegata parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

6. di approvare il documento, Allegato 1 al presente provvedimento, contenente il quadro degli obiettivi annuali alle aziende sanitarie regionali; il documento 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 il rispetto del vincolo economico finanziario quale requisito necessario per l'accesso alla valutazione medesima;
7. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino ufficiale della Regione.

TABELLA 1

Aziende USL	Riduzione ex Legge 122/2010	Maggiore finanziamento per adeguamento popolazione all'1/1/2010
Piacenza	1.094.170	
Parma	1.598.354	
Reggio Emilia	1.770.967	1.283.723
Modena	2.430.126	1.338.803
Bologna	3.233.910	
Imola	479.799	
Ferrara	1.436.232	
Ravenna	1.473.109	557.134
Forlì	700.266	
Cesena	720.625	1.293.278
Rimini	1.062.442	2.406.053
TOTALE REGIONE	16.000.000	6.878.992

ALLEGATO 1

Alla deliberazione “Provvedimenti in ordine al finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per il 2010 e al relativo quadro degli obiettivi annuali- Integrazione alla deliberazione 234/2010”

Indice

1. Il quadro economico- finanziario
2. Politiche delle risorse umane per l'anno 2010
3. Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica
4. Politiche d'Area Vasta e politiche per l'acquisto di beni e servizi
5. Politiche per l'uso razionale dell'energia e il rispetto ambientale
6. Sanità pubblica
7. Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria
8. Salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri
9. Le cure primarie
10. Reti regionali per le cure palliative e la terapia del dolore
11. L'integrazione socio sanitaria
12. L'assistenza ospedaliera
13. Il Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa
14. La gestione del rischio
15. Ricerca & Innovazione
16. L'Innovazione sociale
17. Cittadini, comunità e servizio sanitario
18. Accreditamento
19. Progetti/Servizi ICT
20. Sistema informativo regionale e debiti informativi delle aziende
21. Qualità dei dati contabili, Modalità di rendicontazione e valutazione dei risultati

Premessa

La deliberazione della Giunta Regionale 234, adottata l'8 febbraio 2010, in chiusura di legislatura, ha definito il quadro economico-finanziario entro il quale le Aziende del Servizio Sanitario hanno predisposto gli Strumenti di programmazione aziendali per il 2010; la medesima delibera ha prorogato la validità, anche per i primi mesi del 2010, delle Linee di programmazione regionali predisposte per l'anno 2009 e approvate con la Deliberazione di Giunta n. 602/2009, riservandosene un aggiornamento con successivo provvedimento. In corso d'anno numerose deliberazioni hanno fornito ulteriori indicazioni alle Aziende, e la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali ha provveduto ad emanare, su specifici settori, direttive puntuali alle aziende.

L'emanazione del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" e la sua conversione, con modifiche, con legge 30 luglio 2010, n. 122 e la conseguente necessità di una verifica, in corso d'anno, del quadro finanziario che scaturisce dalla manovra, hanno indotto a predisporre il presente aggiornamento delle linee di programmazione, al fine di fornire un quadro completo ed esaustivo degli obiettivi posti in capo alle Direzioni Generali aziendali per il 2010.

1 Il quadro economico-finanziario

Con deliberazione n. 234 dell'8 febbraio 2010 la Giunta regionale ha definito il quadro complessivo delle risorse a finanziamento del Servizio sanitario regionale (SSR), sulla base delle risorse definite nel Patto per la salute per il triennio 2010-2012, oggetto di Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni raggiunta in data 3 dicembre 2009 e riprese all'articolo 2, comma 67 e seguenti della Legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010). A finanziamento del SSR concorrono per il 2010 anche risorse aggiuntive, stanziare a carico delle complessive disponibilità del bilancio regionale, pari a 205 milioni di euro.

Con la medesima deliberazioni si è riaffermato, anche per il 2010 – in continuità con il triennio precedente – l'impegno all'equilibrio economico finanziario per la sanità regionale nel suo complesso e per le singole aziende del SSR, equilibrio supportato anche da finanziamenti specifici regionali.

La programmazione per il 2010 ha tenuto conto di tutte le risorse aggiuntive che il Patto per la Salute ha definito quale livello di finanziamento del servizio sanitario nazionale; nello specifico, per il 2010 e il 2011 il Patto aveva previsto un incremento di risorse, rispetto al livello stabilito a legislazione vigente, di 1.600 milioni di euro per il 2010 e 1.719 milioni per il 2011 derivanti:

- quanto a 466 milioni da economie di spesa, imputabili alla possibilità di limitare per il 2010 l'accantonamento per i rinnovi contrattuali all'indennità di vacanza contrattuale;
- quanto a 584 milioni (419 per il 2011) a carico del bilancio dello Stato;
- quanto a 550 milioni (1.300 per il 2011), da misure che lo Stato si era impegnato ad adottare nel corso del 2010.

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, all'articolo 11 – Controllo della spesa sanitaria - interviene sul livello di finanziamento per il 2010, introducendo misure di contenimento della spesa farmaceutica quantificate in 300 milioni di euro.

Alla copertura dei 550 milioni di euro di cui sopra, pertanto, concorrono le misure di contenimento della spesa farmaceutica: introduzione di una riduzione del 12,5% del prezzo dei farmaci generici fino al 31/12/2010 e ridefinizione delle quote di spettanza di grossisti, farmacie e aziende farmaceutiche, mentre viene assicurato alle regioni un finanziamento per 250 milioni di euro.

Dei 40 milioni previsti quale partecipazione della Regione Emilia-Romagna ai 550 milioni, si stima un finanziamento da Fondo sanitario limitato a 18 milioni circa; dei restanti 22 milioni, si quantifica una partecipazione dell'industria farmaceutica di circa 6 milioni, che verrà introitata dal bilancio regionale con il meccanismo del Pay-back per essere poi riversata alle aziende sanitarie regionali, mentre i restanti 16 milioni dovranno essere reperiti attraverso le misure di contenimento della spesa farmaceutica.

Occorre pertanto ridefinire il finanziamento alle aziende sanitarie in diminuzione di 16 milioni, rispetto al livello di finanziamento attribuito a quota capitaria con la citata

deliberazione n. 234. Le aziende dovranno conseguentemente ridefinire l'importo di tale voce di finanziamento, che nei preventivi era stata tenuta in separata evidenza.

Restano confermati gli obiettivi dell'equilibrio di bilancio – e i relativi specifici contributi - in capo alle aziende sanitarie regionali, la cui gestione viene sottoposta alla consueta verifica entro il mese di settembre, in relazione all'andamento annuale ed alle ipotesi di pre-consuntivo 2010.

Resta fermo altresì l'obbligo di produrre idoneo piano di rientro al verificarsi di eccedenze di spesa rispetto all'obiettivo e l'applicazione dell'art. 6 dell'Intesa 23 marzo 2005.

1.1 Il Piano degli investimenti 2010

La programmazione degli investimenti per l'anno 2010 prevede gli adempimenti di seguito elencati rispetto ai quali le Aziende dovranno indirizzare le conseguenti azioni relativamente agli investimenti in conto capitale. Si sottolinea che ai fini dell'attuazione degli Accordi di Programma di cui all'art. 20, L.67/88, rivestono particolare rilevanza l'art.1, comma 310 e 311 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 (finanziaria 2006) e l'Accordo tra il Governo e le Regioni per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" del 28 febbraio 2008 .

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

Risultati attesi: completamento della progettazione degli interventi relativi all'Accordo di Programma, IV fase, 1° stralcio;

Indicatori :

- ammissione a finanziamento del 100% degli interventi programmati;

Risultati attesi: aggiudicazione dei lavori o delle forniture degli interventi dell' Accordo integrativo 2007 e dell'Accordo di Programma IV fase, 1° stralcio (Accordo di Programma 2009) ammessi a finanziamento;

Indicatori :

- 100 % delle aggiudicazioni di lavori/forniture nei limiti di tempo previsti dalle procedure dell'art. 20 L. 67/88;

Risultati attesi: programmazione degli interventi da finanziare con l'Accordo di Programma, IV fase, 2° stralcio e predisposizione della relativa documentazione per l'elaborazione del Documento Programmatico;

Indicatori :

- trasmissione della documentazione al competente Servizio regionale nel rispetto della tempistica prevista;

Programma Regionale Investimenti in Sanità VII aggiornamento

Risultati attesi: programmazione degli interventi da finanziare con il Programma Regionale Investimenti in Sanità VII aggiornamento e predisposizione della relativa documentazione;

Indicatori :

- trasmissione della documentazione al competente Servizio regionale nel rispetto della tempistica prevista;

Attuazione programmi di edilizia sanitaria

Risultati attesi: in relazione alla specifica programmazione aziendale riveste particolare importanza il puntuale rispetto della stessa e l'auspicabile completamento degli interventi relativi a:

- Accordo di Programma 1999;
- Programma Libera Professione;
- Programma odontoiatria;
- Programma Hospice 2° fase;
- Programma Regionale di investimenti in sanità Allegati A, B, C, D, E.

Indicatori :

comunicazione, attraverso le schede di monitoraggio semestrale, del completamento dei lavori.

2 Politiche delle risorse umane per l'anno 2010

Per l'anno 2010, 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.

2.1 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 (**il 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 recentissimo **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.**

Sebbene, per alcune parti, il decreto non si applichi direttamente alle aziende sanitarie, ed ancora, per altre parti, contenga previsioni valesvoli a partire solo dal 2011, 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 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, ancorchè in alcuni casi a partire solo dal 2011, 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.

2.2 Obiettivi della programmazione aziendale per il 2010

In materia di personale, si conferma, per il settore sanitario, l'applicazione delle misure e delle verifiche specificamente previste nel "Patto per la salute" e, in continuità con quanto previsto negli anni precedenti, 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 2010, compatibilmente con il proprio equilibrio economico-finanziario complessivo.

Come già chiarito nelle precedenti deliberazioni concernenti gli obiettivi della programmazione aziendale (da ultimo, DGR 602/2009), 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 perseguimento di politiche di stabilizzazione coerenti con gli obiettivi di spesa.

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 2009, 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 2011 e 2012, 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) il completamento delle politiche per la trasformazione delle posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo determinato. Le Aziende dovranno dunque completare le politiche di stabilizzazione del precariato poste in essere sulla base degli indirizzi regionali contenuti nei protocolli sottoscritti con le OO.SS., i quali individuano nel 2010 il termine ultimo per l'avvio delle relative procedure di reclutamento;
- 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;
- e) 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.

In ogni caso, detti limiti operano stabilmente nei confronti delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale sottoposte a piani ed azioni di rientro disposti dalla programmazione regionale e finalizzati a ridurre il fabbisogno di risorse finanziarie ed i costi delle Aziende.

Compete altresì alle Aziende ed agli Enti del SSR:

- f) la doverosa applicazione delle emanate od 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;
- g) 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;
- h) 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.

In materia di libera professione intramoenia, per l'anno 2010 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 dalla normativa statale al 31 gennaio 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.

Resta ferma, ovviamente, la doverosa applicazione delle misure di cui al d.l. 78/2010 e/o contenute nella legislazione vigente in materia di lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni applicabili direttamente anche alle aziende ed agli enti del Servizio sanitario regionale.

3 Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

3.1 Premessa

Nel 2009 la spesa per assistenza farmaceutica convenzionata nella Regione Emilia-Romagna è stata di circa 750 milioni, con un incremento dello 0,6% sull'anno precedente; il contenimento è potuto avvenire a seguito di uno sconto del 12% effettuato sui farmaci generici nel corso dell'anno.

La spesa territoriale è stata di 929 milioni con un incremento dell'1,5% attribuibile all'erogazione diretta che è aumentata del 5,4%.

Per quanto riguarda la spesa ospedaliera, comprensiva dei farmaci HOSP erogati direttamente, è stata di 402 milioni con un incremento del 10% sull'anno precedente.

Il D.L. 78 del maggio 2010 convertito nella Legge 122 del 30 luglio con l'art. 11 ha previsto alcuni interventi correlati alla spesa farmaceutica tra i quali un ulteriore sconto a favore del SSN da parte delle farmacie convenzionate - ad eccezione delle rurali sussidiate e di quelle con basso fatturato - dell'1,82% sul prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali e dell'1,83% da parte delle aziende farmaceutiche. Inoltre ha ridotto il prezzo dei medicinali equivalenti del 12,5% sino al 31 dicembre. La norma ha poi assegnato all'AIFA l'individuazione di un elenco di farmaci di fascia H in erogazione diretta che, riclassificati in fascia A, entreranno a far parte dell'assistenza farmaceutica territoriale, spostandone contestualmente la spesa dall'assistenza ospedaliera.

L'applicazione della legge determina una previsione di spesa convenzionata simile a quella dell'anno 2009, un aumento della spesa territoriale per effetto del passaggio di una quota di erogazione diretta e un incremento del 7,5% della spesa ospedaliera che, per i motivi appena descritti, potrebbe essere abbattuto di circa 3 punti percentuali.

3.2 Assistenza farmaceutica ospedaliera

Per il 2010 le categorie di farmaci ai quali sono rivolti principalmente gli obiettivi per un uso appropriato delle risorse sono: antineoplastici, immunomodulatori, antiretrovirali, ematologici, biologici derivanti da anticorpi monoclonali e in generale i farmaci commercializzati come potenzialmente innovativi. Le Aziende dovranno stabilire nelle proprie realtà dei budget per categoria/specialistica adeguati alle reali esigenze epidemiologiche locali, EBM coerenti, tenendo conto in particolare dell'adeguamento alle linee guida definite in ambito regionale.

Appropriatezza d'uso nella prescrizione di farmaci specialistici da parte di Centri autorizzati e monitoraggio economico

Per contribuire all'uso appropriato dei farmaci la Regione ha condotto gruppi di lavoro multidisciplinari in diverse aree particolarmente critiche: oncologia, ematologia, reumatologia (biologici nell'artrite reumatoide), oculistica (trattamento della DMLE), dermatologia (psoriasi), epatologia (antivirali), neurologia (sclerosi multipla), pediatria ed endocrinologia (ormone somatotropo) con produzione di **LINEE GUIDA TERAPEUTICHE e RACCOMANDAZIONI** realizzati con il contributo degli specialisti.

I documenti sono parte integrante della produzione scientifica della Commissione Regionale del Farmaco a supporto dei percorsi diagnostico terapeutici e sono reperibili sul sito http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/ssr/assistenza_farmaceutica/prontuario_rer/PTR.htm

Poiché l'applicazione delle indicazioni regionali costituisce un obiettivo vincolante, oggetto di monitoraggio, per le Aziende sanitarie, le stesse dovranno diffonderle in modo capillare e formalizzare incontri per la discussione dei documenti elaborati nelle specifiche patologie. Vanno individuati, condivisi e assegnati ai professionisti obiettivi misurabili ed effettuato il monitoraggio previsto dai documenti regionali.

A supporto di una strategia di correttezza d'uso dei farmaci, la Regione organizza per medici e farmacisti giornate di incontro con professionisti e metodologi su specifiche aree; per i componenti delle Commissioni Farmaci sono predisposti inoltre eventi formativi per la realizzazione di *audit* clinici. Esistono pertanto per le Aziende sanitarie sia i presupposti scientifici sia gli strumenti pratici per esercitare opportunamente i diversi ruoli di responsabilità: è necessaria pertanto l'applicazione strutturata in tutte le realtà della *MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ* nelle diverse azioni che compongono il processo per la gestione delle risorse per l'assistenza farmaceutica.

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

Indicatore: attivazione documentata del programma.

Viene infine reso disponibile un documento per il **Governo** DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA che rappresenta un'analisi della situazione nelle singole Aziende e i possibili scenari di intervento.

Uso razionale e sicuro dei farmaci

La registrazione dei farmaci che prevedono l'accesso a registri AIFA deve essere intesa come vincolante e l'erogazione del farmaco subordinata ad un corretto e completo adempimento alle modalità previste dalle procedure dell'Agenzia. Particolare attenzione va posta al sistema di rimborsi da parte delle Aziende farmaceutiche a fronte di mancati risultati clinici oggettivi: allo scopo i Servizi farmaceutici rappresentano qualificati raccordi tra medici del SSR e Industria farmaceutica. Si evidenzia che la mancata segnalazione di inefficacia, che prevede modalità di rimborso da parte delle ditte farmaceutiche, comporta un danno economico per le Aziende e per il SSR, e costituisce una precisa responsabilità dei prescrittori.

Si richiamano inoltre gli aspetti di sicurezza correlati all'uso dei farmaci, ancora poco noti in fase di immissione in commercio, che richiedono lo sviluppo di sistemi di farmacovigilanza attiva e riduzione del rischio. Si invitano le Aziende sanitarie a dar seguito alla progettualità proposta dalla Regione nell'ambito dei numerosi momenti formativi dedicati a tale area, a partire dall'implementazione della PROCEDURA REGIONALE PER LA GESTIONE CLINICA DEI FARMACI e delle Raccomandazioni riguardanti LA RICOGNIZIONE COME PREMessa ALLA PRESCRIZIONE, effettuati in collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale.

Rete delle farmacie oncologiche

L'anno 2010 richiede la realizzazione della rete regionale delle farmacie oncologiche ed una conseguente significativa accelerazione nella realizzazione di tale obiettivo da parte di ogni Azienda: tutte le realtà devono disporre di laboratori centralizzati volti a minimizzare gli sprechi per residui e garantire sicurezza ai pazienti ed agli operatori. Le farmacie oncologiche devono adottare nei programmi informatizzati per l'allestimento dei farmaci, parametri omogenei per la gestione del processo terapeutico, la standardizzazione di criteri tecnici ed organizzativi, il monitoraggio dell'uso dei protocolli definiti e dei nuovi prodotti, modalità per evidenziare le interazioni e le tossicità dei medicinali manipolati.

In ogni Azienda sanitaria deve prevedersi l'implementazione delle procedure di allestimento delle terapie con un data set di parametri clinici, formulati con il contributo della Commissione oncologica regionale, utili ad un reale governo dell'area oncologica.

Vanno inoltre ricercate e rafforzate le relazioni con gli specialisti e tra professionisti per la presa in carico del paziente oncologico ed una efficace riduzione degli eventi avversi da farmaci.

I Centri di esperienza consolidata delle AOSP di Parma, Modena, Ferrara, Bologna, Reggio Emilia, dell'AUSL di Ravenna e dell'IRST dovranno garantire *stages* formativi per personale farmacista e tecnico dedicato ai laboratori UFA, sviluppare un progetto di ricerca riguardante la stabilità dei farmaci oncologici di elevato impatto economico al fine di razionalizzare l'utilizzo delle risorse e consolidare un set definito di informazioni da applicarsi in ambito regionale, per il monitoraggio delle fasi della gestione dei farmaci. Laddove possibile vanno sperimentate tra Aziende, nell'ambito della rete dei laboratori di farmacia oncologica, modalità di condivisione di esperienze e risorse.

3.3 Assistenza farmaceutica convenzionata

Per l'anno 2010 si forniscono alle Aziende sanitarie strumenti utili per il confronto del consumo e della spesa in alcune aree che evidenziano particolari criticità a livello locale e con riferimento ai dati nazionali OSMED. A tal fine viene reso disponibile un documento per il **GOVERNO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA** di analisi della situazione nelle singole Aziende e possibili scenari di intervento.

Analisi delle prescrizioni

Nell'ambito della **MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ** i Responsabili dei Dipartimenti delle cure primarie e i Dipartimenti farmaceutici, sentite le Commissioni distrettuali multidisciplinari devono predisporre una programmazione annuale di interventi volti a valutare i volumi prescrittivi, la presenza dei Piani Terapeutici, il rispetto delle Note AIFA, la prescrizione entro le indicazioni della scheda tecnica, l'eventuale iperprescrizione da parte dei MMG del loro territorio di competenza. Gli strumenti messi a disposizione sono: la prescrizione medica a carico del SSN, la documentazione clinica del singolo MMG, le cartelle cliniche degli eventuali ricoveri, gli *audit* con i professionisti, il documento di analisi della Regione.

Le richieste di chiarimenti e le contestazioni costituiscono atti formali ai fini di eventuali provvedimenti organizzativo-amministrativo.

Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto

La prescrizione di farmaci con brevetto scaduto si evidenzia più che mai come uno strumento di qualificante contributo alla sostenibilità economica del sistema sanitario e la Regione Emilia Romagna e, come dimostrano i confronti con altre a livello nazionale, ha ampi margini di migliorare le proprie *performances*. Le Aziende sanitarie, nelle forme e con

gli strumenti ritenuti più idonei individuano interventi e obiettivi specifici ed incisivi affinché la prescrizione del farmaco generico-equivalente diventi prassi condivisa e abituale.

Nella nostra Regione occorre realizzare un incremento della prescrizione di farmaci equivalenti almeno del 10%. Occorre altresì ricordare che la spesa a carico del cittadino è significativamente incrementata nel 2009, + 55%, a seguito di prescrizione di farmaco di marca in luogo di farmaco equivalente. I Responsabili dei Dipartimenti delle Cure primarie, le Direzioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali hanno il compito di informare i cittadini, formare i medici, monitorare e mettere in discussione nell'ambito di incontri con i prescrittori usi distorti quale l'incremento e/o l'uso di analoghi di marca più recenti e costosi. A tal fine per ogni Azienda la Regione ha analizzato e proposto specifici indicatori correlati a singole molecole di significativo impatto economico: la prescrizione dei farmaci equivalenti rappresenta pertanto un'opzione che non può essere disattesa senza penalizzare il SSR.

Interventi su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa

Sulla base del documento regionale **Governo DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA** le Aziende devono progettare il contenimento della propria spesa superando le criticità specifiche evidenziate e trarre suggerimenti per interventi dedicati e/o nell'ambito degli accordi locali con i prescrittori, in particolare sulle seguenti aree: farmaci inibitori della pompa acida, farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco, farmaci ipolipemizzanti, farmaci antidepressivi. Tali interventi devono prospettare una più appropriata prescrizione e una realistica diminuzione della spesa.

Appropriatezza prescrittiva

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

I Responsabili dei Dipartimenti delle cure primarie hanno il compito di stimolare e di contribuire alla diffusione e implementazione delle linee guida sul trattamento delle infezioni delle vie urinarie messe a punto dall'ASSR.

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

3.4 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. Considerato che l'acquisto diretto non è in contrasto con l'obiettivo prioritario di facilitare l'accesso per i pazienti, 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 obiettivo limite per il 2010.

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 un'adesione congrua in rapporto alla propria popolazione. Occorre altresì un periodico monitoraggio dell'andamento degli accordi locali tramite le commissioni aziendali, a confronto con la spesa farmaceutica convenzionata.

3.5 Governo dei Dispositivi Medici (DM)

In ottemperanza alla DGR 1523 del 29/09/08, nell'ambito della definizione del SISTEMA REGIONALE DEI DISPOSITIVI MEDICI, è stata istituita al termine del 2009, la rete regionale delle Commissioni Aziendali DM (CADM), che è coordinata dalla Commissione Regionale DM (CRDM). Le CADM dovranno programmare le loro attività, monitorare i consumi e la spesa dei DM innovativi e di costo elevato, migliorare l'appropriatezza d'uso e sviluppare la vigilanza.

In tale rete di collaborazione, presso le Aziende sanitarie devono essere istituiti i Repertori locali dei DM, con atto di nomina delle Direzioni, su proposta delle CADM.

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.

La costituzione dei Repertori locali deve prevedere la realizzazioni di anagrafiche dei prodotti, in sintonia con la normativa del settore, complete con le informazioni relative alla CND e al codice attribuito ai dispositivi dal Repertorio Nazionale del Ministero della Salute, laddove previsto.

Le Aziende dovranno recepire la normativa nazionale relativa alla rilevazione dei consumi e dei contratti per l'acquisizione dei dispositivi medici tramite lo specifico flusso informativo.

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

Si conferma quanto indicato dalla deliberazione n. 234/2010, che ha stabilito che ciascuna azienda è chiamata a contribuire anche al raggiungimento degli obiettivi d'area vasta, obiettivi da considerare integrativi di quelli individuati dalla programmazione regionale, tenuto conto che l'integrazione interaziendale attraverso aree vaste, così come prevista anche dal Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, 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, sia rispetto alle azioni di area vasta formulate in sede di programmazione, sia a consuntivo, entro il 31 gennaio 2011.

Per quanto riguarda le politiche di acquisto di beni e servizi, si conferma per l'anno in corso il mantenimento di una percentuale minima di "committenza" nei confronti di Intercent-ER, pari al 25% del complessivo volume di acquisti, obiettivo già indicato per il 2009.

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.

5 Politiche per l'uso razionale dell'energia e il rispetto ambientale

Richiamato il Programma regionale "Il Sistema sanitario regionale per uno sviluppo sostenibile e visti :

- il Piano energetico regionale approvato con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa 14 novembre 2007, n. 141;
- l'Atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici approvato con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 156 del 25 marzo 2008;
- 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 avviando alla dispersione delle risorse regionali;

le Aziende devono privilegiare soluzioni progettuali, costruttive e gestionali che siano allineate con i principi dello sviluppo sostenibile espressi nel "Protocollo di Kyoto" e nella "Dichiarazione di Johannesburg" relativamente alle politiche energetiche ed ambientali, proseguendo nello sviluppo dei progetti previsti dallo stesso Programma regionale "Il Sistema sanitario regionale per uno sviluppo sostenibile" :

- Qualificazione dei consumi energetici ed innovazione tecnologica nelle aziende sanitarie;
- Miglioramento continuo del processo di gestione ambientale in particolare in materia di gestione di rifiuti e scarichi, acquisti verdi, mobilità sostenibile.

5.1 Politiche per l'uso razionale dell'energia

Risultati attesi: fornitura di energia elettrica attraverso l'apposita gara regionale effettuata da Intercent-ER;

Indicatori :

- trasmissione da parte delle Aziende dei dati tecnici e di consumo necessari alla predisposizione del capitolato.

Risultati attesi: monitoraggio quali/quantitativo sull'adozione delle politiche per l'uso razionale dell'energia. Rendicontazione nel Bilancio di Missione delle politiche per l'uso razionale dell'energia;

Indicatori :

- compilazione e trasmissione, nei termini previsti dalla programmazione, della scheda tecnica relativa al monitoraggio. Partecipazione degli Energy Manager ai lavori del Gruppo Regionale Energia.

5.2 Politiche Ambientali

Iniziative informative e monitoraggio gestione ambientale

Risultati attesi: iniziative informative per la promozione dello sviluppo sostenibile rivolte agli operatori aziendali;

Indicatori :

- rendicontazione della programmazione e realizzazione degli incontri informativi;

Risultati attesi: monitoraggio sulla conformità ambientale alla normativa ambientale nelle Aziende sanitarie;

Indicatori :

- compilazione e trasmissione nei termini previsti della scheda tecnica relativa al monitoraggio. Partecipazione dei referenti per la "Gestione Ambientale" delle Aziende sanitarie ai lavori del Gruppo Regionale;

Risultati attesi: monitoraggio quali/quantitativo sull'adozione delle politiche ambientali, in particolare per quanto riguarda l'applicazione della DGR 1155/2009 e le azioni per la diffusione degli acquisti verdi nelle Aziende sanitarie. Rendicontazione nel Bilancio di Missione delle politiche per la gestione Ambientale;

Indicatori :

- compilazione e trasmissione, nei termini previsti dalla programmazione, della scheda tecnica relativa al monitoraggio. Partecipazione dei referenti per la gestione ambientale ai lavori del Gruppo Regionale.

Mobilità sostenibile

Risultati attesi: redazione e/o aggiornamento dei Piani di Spostamenti Casa – Lavoro delle Aziende sanitarie regionali (DM Ambiente 27 marzo 1998 “Mobilità sostenibile nelle aree urbane”);

Indicatori:

- compilazione e trasmissione, nei termini previsti dalla programmazione, della scheda tecnica recante il novero d'indicatori 2010 concernenti la valutazione ed il

monitoraggio dei Piani di Spostamenti Casa – Lavoro delle Aziende sanitarie regionali. Partecipazione dei Mobility Manager ai lavori del Gruppo Regionale Mobilità Sostenibile;

Risultati attesi: Monitoraggio degli automezzi in dotazione alle Aziende sanitarie;

Indicatori :

- compilazione e trasmissione, nei termini previsti dalla programmazione, della scheda tecnica relativa al monitoraggio degli automezzi in dotazione alle Aziende sanitarie.

6 Sanità pubblica

6.1 Sorveglianza e controllo delle malattie trasmissibili

1. Sorveglianza delle malattie infettive

In particolare, garantire:

- a. la piena partecipazione di ciascuna Azienda al **sistema regionale di segnalazione rapida di eventi epidemici e di eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale**, attraverso un'attenta valutazione della operatività dei modelli definiti in ciascuna realtà locale per assicurare l'integrazione delle attività di sorveglianza e controllo tra strutture sanitarie ospedaliere e territorio;
Indicatore: segnalazione di un numero di eventi (sentinella o epidemici) nel corso dell'anno in linea con la media regionale;
- b. la partecipazione ai **sistemi di sorveglianza regionali basati sui dati di laboratorio** (antibiotico-resistenza, malattie invasive batteriche);
Indicatore: partecipazione di tutti i laboratori ospedalieri della regione al sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza e delle malattie invasive batteriche.

2. Programmi di controllo specifici

- a. **malattie trasmesse da vettori (in particolare Chikungunya, Dengue, West Nile Disease e altri flavivirus)**

Assicurare la sorveglianza e il controllo delle malattie trasmesse da *Aedes albopictus* (Chikungunya e Dengue), e *Culex* (West Nile Disease e malattie da altri flavivirus, Usutu), attraverso:

- sorveglianza sanitaria e controllo della trasmissione delle malattie, secondo quanto contenuto nelle specifiche direttive regionali;
- supporto alle attività di sorveglianza entomologica e lotta all'insetto vettore, secondo quanto contenuto nelle specifiche direttive regionali.

- b. **legionellosi**

Assicurare l'implementazione delle linee guida regionali sulla legionellosi, in particolare per quanto riguarda il controllo nelle strutture sanitarie;
Indicatore: predisposizione e approvazione formale del documento di valutazione del rischio *Legionella* nelle strutture sanitarie delle Aziende Usl e Ospedaliere.

- c. **HIV, AIDS ed epatiti**

Partecipare al sistema regionale di sorveglianza delle nuove diagnosi di positività da HIV e garantire le successive fasi di sviluppo;
Indicatore: segnalazione nuove diagnosi dell'anno 2010 entro febbraio 2011.
Garantire l'aggiornamento delle procedure relative agli infortuni accidentali con esposizione a virus epatitici e dell'immunodeficienza umana (circolare regionale n. 7 del 2009).

- d. **tubercolosi**

Assicurare l'implementazione delle nuove linee guida nazionali sulla tubercolosi e migliorare i controlli di qualità del flusso informativo specifico di questa

patologia. Per quanto riguarda le carceri garantire la sorveglianza e il controllo come da indicazioni regionali.

3. Programmi vaccinali

a. **Mantenere e consolidare i livelli di copertura raggiunti per tutte le vaccinazioni previste dal calendario regionale**, con una particolare attenzione ai gruppi svantaggiati (compreso i detenuti), alla riduzione delle disuguaglianze e cercando di rispettare i tempi previsti dal calendario vaccinale. Obiettivi specifici:

- | | |
|--|-----|
| 1. Copertura per le vaccinazioni obbligatorie al 24° mese: | 97% |
| 2. Copertura per il morbillo al 24° mese: | 95% |
| 3. Copertura per vaccinazione antimeningococcica al 24° mese: | 95% |
| 4. Copertura per vaccinazione antipneumococcica al 24° mese: | 95% |
| 5. Copertura per vaccinazione contro la rosolia a 13 anni (maschi+femm): | 95% |
| 6. Copertura per vaccinazione contro il morbillo con due dosi a 7 anni: | 95% |
| 7. Copertura per vaccinazione antimeningococcica a 16 anni: | 80% |
| 8. Copertura per vaccinazione contro l'HPV: | |
| a. Coorti 1997 e 1998 (con tre dosi) | 70% |
| b. Coorte 1999: adesione (con una dose) | 60% |

b. **Prevenzione della rosolia congenita e della varicella in gravidanza**
Occorre incrementare la vaccinazione contro la rosolia e la varicella per le donne in età fertile, contenendo al di sotto del 5% il numero delle donne ancora suscettibili per la rosolia in questa fascia di età, per prevenire la rosolia congenita. Anche in questi casi occorre prestare grande attenzione a raggiungere le persone svantaggiate, in particolare le donne straniere.

c. **Vaccinazione antiinfluenzale delle categorie a rischio:**

1. permane l'obiettivo di vaccinare oltre il 75% della popolazione al di sopra dei 65 anni di età,
2. occorre aumentare la copertura vaccinale nei soggetti a maggior rischio di complicanze per patologia, vaccinando almeno il 60% degli eligibili,
3. occorre aumentare la copertura vaccinale del personale di assistenza nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, raggiungendo almeno l'obiettivo del 40%, anche attraverso apposite iniziative che coinvolgano i Medici competenti e i MMG.

6.2 Programmi di screening oncologici

Dovranno essere garantiti:

a. **il rispetto della progressione delle chiamate** dei tre programmi di screening oncologici attivi, con i seguenti obiettivi:

1. Screening mammografico: 95% della popolazione target, comprendendo le fasce di età oggetto dell'allargamento del programma di screening mammografico avvenuto nel 2010
2. Screening tumori collo dell'utero: 95% della popolazione target

3. Screening tumori colon-retto: 95% della popolazione target
- b. ***l'incremento dei livelli di adesione***, favorendo in particolare la partecipazione dei gruppi di popolazione più svantaggiata, con i seguenti obiettivi:
1. Screening mammografico: 75%
 2. Screening collo dell'utero: 60%
 3. Screening colon-retto: 55%
- c. la ***continuità e l'integrazione multidisciplinare dei percorsi diagnostico-terapeutici*** conseguenti alla positività del test di screening, e dovrà essere attentamente monitorato l'andamento dei tempi intercorrenti fra le diverse fasi del percorso diagnostico-terapeutico, al fine di raggiungere almeno i seguenti "standard accettabili"
1. Screening mammografico: 80% degli interventi chirurgici conseguenti ad esito positivo del test entro 60 gg. dalla mammografia di screening
 2. Screening mammografico: 90% degli esiti "normali" comunicati entro 21 giorni dalla mammografia di screening
 3. Screening colon-retto: 90% delle colonscopie eseguite entro 30 gg. dalla data del test positivo
- d. ***l'attività di tutti i Registri tumori di popolazione, generali e di patologia***, garantendo il completamento della registrazione e la trasmissione dei casi relativi all'anno 2007 e la partecipazione ai progetti valutativi definiti a livello regionale e nazionale.
- Si richiama la necessità di assicurare l'***attivazione***, nei territori che ne sono ancora privi (***Aziende UsI Piacenza e Bologna***), ***dei registri tumori generali di popolazione***, con l'acquisizione del riconoscimento del registro (certificazione AIRTum), nonché ***l'attivazione del registro specializzato dei tumori in età pediatrica regionale presso l'Azienda UsI di Ferrara***, cui sono già stati assegnati specifici fondi regionali.
- Le ***Aziende sanitarie di Modena*** dovranno inoltre realizzare ***l'unificazione del Registro tumori specializzato delle lesioni colo-rettali col Registro tumori generale di popolazione***.

6.3 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori

- a. ***garantire le attività di vigilanza ed assistenza*** finalizzate alla riduzione degli infortuni sul lavoro, con un obiettivo minimo di copertura dell'attività di vigilanza per l'anno 2010 pari al 9%, delle aziende, utilizzando al denominatore della frazione il numero di aziende – individuate come Posizioni Assicurate Territoriali (PAT) - fornito annualmente da Inail tramite il Sistema informativo;
- b. ***garantire le attività previste dal Piano regionale edilizia 2009 – 2011***, in attuazione del relativo Piano nazionale, ai sensi del DPCM 17 dicembre 2007. L'attività di vigilanza prevista è da ricomprendersi nell'ambito delle attività di cui al punto precedente;

- c. **assicurare almeno il mantenimento dei livelli di attività preesistenti delle Unità Operative Impiantistiche Antinfortunistiche**, indirizzando l'attività stessa verso i settori a maggior rischio infortunistico e garantendo le azioni necessarie alla realizzazione degli interventi relativi al Piano regionale edilizia 2009 – 2011;
- d. **assicurare la realizzazione delle azioni programmate dal Comitato regionale di coordinamento e dal relativo Ufficio operativo** ex articolo 7 decreto legislativo 81/08;
- e. **garantire le attività previste nell'ambito del piano regionale Grandi opere**, assicurando mantenimento del livello di intervento previsto sulle infrastrutture in corso di realizzazione (Fermata medio padana TAV, Nodo ferroviario di Bologna e Variante di valico autostradale, lavori per il raddoppio della linea ferroviaria Pontremolese, realizzazione della 3° corsia autostradale Rimini - Pesaro).

6.4 Programmi di promozione della salute. Piano Regionale della Prevenzione

a. Predisposizione del nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012

Nel 2010 si dovrà predisporre il nuovo Piano regionale della Prevenzione, presumibilmente entro il 30 settembre.

Le Aziende sanitarie dovranno garantire la partecipazione alla fase di elaborazione della proposta secondo le modalità che saranno indicate, collaborando anche alla predisposizione del Profilo di salute regionale.

In particolare verrà affrontato il tema dello sviluppo della rete di epidemiologia ambientale e delle capacità di valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte programmatiche, anche in attuazione della DGR 373 dell'8 febbraio 2010. Le Aziende UsI dovranno partecipare alla fase di elaborazione del progetto e alle sue fasi realizzative, continuando nel frattempo a supportare l'attività delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie e dei Comitati di Distretto, come previsto dal sistema di governance in attuazione del Piano sociale e sanitario regionale. I Dipartimenti di Sanità Pubblica dovranno inoltre garantire il supporto all'attuazione dei progetti di ricerca sugli effetti sanitari correlati a impianti di trattamento rifiuti.

b. Sistema di sorveglianza sui comportamenti riferiti

Dovranno essere garantite le attività riguardanti il sistema di sorveglianza PASSI, ormai a regime, e, in collaborazione con i Servizi sociali, le attività di comunicazione e divulgazione dei risultati dell'indagine PASSI d'argento, svolta nel 2009, nonché di programmazione della replica dello studio. Dovranno inoltre essere garantite le attività di comunicazione e divulgazione dei risultati dell'indagine HBSC sui comportamenti e stili di vita degli adolescenti

c. Supporto ai programmi di promozione della salute e di prevenzione

1. Aspetti organizzativi:

- a. devono essere rafforzate le azioni di integrazione tra i diversi interventi, creando sinergie tra i progetti in atto, assicurando il coordinamento delle azioni che coinvolgono diverse strutture dipartimentali/aziendali e il

collegamento con il terzo settore e i servizi educativi;
Indicatore: esistenza di una rete aziendale di promozione della salute con la partecipazione delle strutture Dipartimentali/Aziendali interessate.

Standard: Evidenza dell'atto costitutivo.

- b. dovranno essere assicurati il monitoraggio e la verifica dell'efficacia degli interventi realizzati.

Indicatore: numero di interventi con valutazione di risultato (almeno apprendimento) sul totale degli interventi eseguiti.

Standard: 55%.

2. Obiettivi specifici:

- a. deve essere assicurata la partecipazione di tutte le Aziende Usl al progetto di valutazione dell'uso del DVD "Paesaggi di prevenzione" in ambito scolastico
- b. prevenzione incidenti domestici: in ogni Azienda USL dovrà essere attivato almeno un progetto rivolto alla popolazione anziana ed uno a quella della fascia di età 0-4 aa, tra quelli individuati a livello regionale

- c. promozione della attività fisica: attivazione presso ogni USL, attraverso i referenti aziendali di promozione della attività fisica, di almeno un progetto rivolto alla popolazione anziana in applicazione al programma "Mantenimento dell'efficienza fisica dell'anziano"

Indicatore: Evidenza dell'attivazione

- d. prescrizione dell'attività fisica: attivazione, presso ogni Azienda Usl, di un Centro di Medicina dello sport attrezzato per la prescrizione dell'attività fisica a gruppi di popolazione a rischio, secondo le indicazioni regionali contenute nel Piano regionale della Prevenzione

Indicatore: Evidenza dell'attivazione

- e. piano ambiente costruito: implementazione dell'utilizzo delle linee guida per la definizione dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale in tema di esercizio fisico, incidentalità stradale, accessibilità, verde pubblico e spazi di socializzazione

Indicatore numero di persone che hanno superato il test di apprendimento dei Corsi di formazione sulle Linee Guida organizzati secondo le indicazioni regionali su totale dei partecipanti.

Standard 80 %

- f. prevenzione incidenti stradali: attivazione presso ogni USL, di un programma per la diffusione dell'utilizzo dei dispositivi di ritenzione dei bambini trasportati in automobile

Indicatore: Evidenza dell'attivazione.

7 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Nell'ambito del 2010 le AUSL sono tenute al raggiungimento degli obiettivi che seguono.

Al riguardo si precisa che la loro definizione è avvenuta nel corso di specifici incontri con i Responsabili delle Aree dipartimentali di sanità pubblica veterinaria (ADSPV) e dei Servizi Igiene alimenti e nutrizione (SIAN) delle AUSL in data 27 ottobre e 17 dicembre al fine di fornire indicazioni in tempo utile per le consultazioni aziendali di budget 2010.

I seguenti obiettivi devono intendersi unicamente come gli argomenti su cui la Regione intende prestare particolare attenzione nell'anno 2010. Resta inteso che i SIAN e le ADSPV delle AUSL sono tenuti a svolgere tutte le attività previste dalle normative vigenti e dai piani nazionali e regionali approvati.

1. Anagrafe zootecnica:

- attuazione dei controlli su almeno il 5% degli allevamenti bovini di cui al Reg. 1082/2003
- attuazione dei controlli su almeno il 3% degli allevamenti ovicaprini di cui al Reg. CE 1505/2006
- attuazione dei controlli su almeno il 1% degli allevamenti suini di cui al decreto legislativo 196/99 e succ. modifiche, secondo le indicazioni di cui alla nota DGSA.II/12882 del 29 ottobre 2007.

2. Controllo selvatici (nota prot. n. 173942 del 16.07.2008)

Trasmissione entro il 31 marzo 2010 del programma operativo di cui all'allegato 5.

3. Cani con aggressività non controllata (DGR N. 647/2007)

Realizzazione al 95%.

4. Farmacosorveglianza (D.Lgs 193/2006)

- Attuazione dei controlli su almeno il 98% degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3
- Attuazione dei controlli su almeno il 98% degli operatori controllabili in base all'art. 71 comma 3, anche in collaborazione con altri Servizi aziendali (limitatamente alle farmacie può essere prevista una percentuale inferiore in base alla valutazione del rischio effettuata dal Servizio).

5. Piani sorveglianza e monitoraggio

- piano campionamento sugli alimenti per controlli microbiologici: almeno il 90% di congruità al piano
- piano fitosanitari: almeno le % sotto riportate di congruità al piano
- PNR e PRR: almeno le % sotto riportate di congruità al piano
- PNAA e PRAA: almeno il 95% di congruità al piano

- Piano micotossine: almeno il 95% di congruità al piano
- Piano OGM: almeno il 95% di congruità al piano
- Piano acque destinate al consumo umano: almeno il 95% di congruità al piano di cui al D.Lgs 31/2001 e D.Lgs 27/2002 e circolari regionali n. 2/1999 e 9/2004
- Piani di sorveglianza malattie infettive degli animali: attuazione di almeno il 98% dei controlli previsti dai piani BRC/LBE/TBC bovina, BRC ovicaprina, BT, BSE-sorveglianza attiva in azienda, MVS/PSC, Influenza Aviaria, WND, salmonella in pollame e suini.

6. Benessere animale

Trasporti

- Controllo (documentale e strutturale) al macello del 10% dei mezzi in applicazione del Reg. CE 1/2005
- Controllo al macello del 3% delle partite di animali in arrivo per lunghi viaggi in applicazione del Reg. CE 1/2005 e rendicontazione sulla scheda benessere trasporto
- Controllo al macello del 2% delle partite di animali in arrivo per brevi viaggi in applicazione del Reg. CE 1/2005, interessando il maggior numero possibile di autotrasportatori.

Macello

Verifica annuale dell'attuazione delle procedure per la corretta applicazione del D.Lgs 333/1998 in tutti i macelli e rendicontazione sulla scheda protezione degli animali al macello.

7. Qualificazione del personale

- Partecipazione al corso regionale di formazione per auditor qualificati di un numero di operatori pari ai posti messi a disposizione per ogni AUSL
- Realizzazione di almeno il 90% della quota di audit di qualificazione che in base al progetto regionale devono essere realizzati presso le singole AUSL.

8. Manuale della qualità dei SIAN-SVET

- Mantenimento/revisione per almeno per le parti 4, 5, 6 e 10
- Attuazione del programma di azioni per la risoluzione delle criticità e N.C. riscontrate nel corso degli audit di sistema.

9. Audit

- Audit interni: pianificare e realizzare un piano di supervisioni/audit interni
- Supervisione: realizzare un sistema di supervisioni interno ala AUSL.

10. Sistema informativo

Registrazione dell'attività svolta, delle non conformità riscontrate e del giudizio sugli appositi modelli regionali per l'area dell'igiene degli alimenti, della sanità animale e dell'igiene degli allevamenti.

11. Qualità dei campioni

Pianificazione di un sistema interno per migliorare la qualità dei campioni e dei relativi verbali di conferimento e individuazione dei criteri di valutazione.

12. Organizzazione del personale

Pianificazione e realizzazione di un sistema di rotazione del personale.

13. Sistema di indagine sui rischi comportamentali in età evolutiva

Progetto "OKkio alla salute": realizzazione di almeno il 95% delle rilevazioni dei dati su base provinciale.

14. Zoonosi

Attuazione del piano regionale di sorveglianza malattie trasmesse da insetti vettori.

15. Piano di attuazione della Legge 123/2005 "Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia"

Realizzazione di almeno un corso teorico pratico per albergatori e ristoratori.

16. Georeferenziazione delle strutture collegate direttamente con allevamenti

(macelli, caseifici, raccolta e trattamento latte, centri imballaggio uova e lavorazione ovo prodotti, mangimifici, impianti 1774/2002).

17. Progetto microbiologia predittiva

Partecipazione al percorso formativo di base di almeno il 90% del personale medico SIAN, medico veterinario e tecnici della prevenzione che eseguono i controlli ufficiali negli impianti di produzione alimenti in possesso di piano HACCP.

8. Salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri

8.1 Dipartimento Salute mentale e Dipendenze patologiche

a) Attuazione DGR 313/2009 “Piano attuativo salute mentale 2009 - 2011”

In particolare per l'anno in corso si richiede di porre attenzione ai seguenti temi:

1. Formalizzazione piano sulla modalità di accesso ai servizi dipartimentali e sulle interfacce tra le diverse UO del Dipartimento (passaggio NPIA - Psichiatria adulti, gestione casi doppia diagnosi, ecc.,)

Risultati attesi: facilitare l'accesso al Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche e disciplinare le interfacce tra le UO

Indicatore: evidenza del Piano

2. Applicazione circolare regionale 16/2009 “disciplina delle contenzioni fisiche negli SPDC”

Risultati attesi: attuazione delle contenzioni fisiche che si rendessero necessarie secondo le modalità previste dalla circolare, riportando i dati nell'apposita scheda di monitoraggio

Indicatore: n. contenzioni effettuate con le corrette modalità/ n.contenzioni totali

3. Attività propedeutiche a un programma di ammodernamento della gestione delle emergenze-urgenze e dei ricoveri per acuti

Risultati attesi: messa a fuoco dei problemi esistenti in quest'area attraverso una revisione delle attività attualmente in essere, con il supporto del Servizio regionale

Indicatore: presenza di reportistica

4. Avvio del sistema di integrazione socio-sanitaria, attraverso l'attivazione di una Unità di valutazione multidisciplinare che rivaluti gli inserimenti degli utenti del DSM-DP in strutture sociosanitarie

Risultati attesi: definizione del n. di utenti che necessitano di inserimenti in strutture sociosanitarie e del costo di tali inserimenti

Indicatori: evidenza di reportistica come richiesto dal Servizio regionale.

b) Programma dipendenze patologiche

1. Attuazione degli obiettivi previsti dal Programma regionale dipendenze patologiche 2008 -2010 (DGR n. 698/2008),

Risultati attesi : gli obiettivi, le azioni, gli indicatori da produrre ed i tempi per la loro realizzazione sono elencati puntualmente nel testo della deliberazione

Indicatori produzione della documentazione entro i tempi previsti

2. Attuazione degli impegni previsti dall'Accordo Regione – Coordinamento Enti ausiliari (DGR 248/2010)

Risultati attesi: definizione degli accordi di fornitura con gli Enti accreditati

Indicatori: evidenza degli accordi sottoscritti.

c) Programma Disturbi del comportamento alimentare

Consolidare gli impegni già definiti in DGR 602/2009

Risultati attesi Adozione programma DCA Aziendale e attivazione della funzione hub nelle AUSL di Piacenza, Bologna e Ravenna

Indicatori: evidenza del programma formalizzato e della attivazione degli hub.

d) Programma regionale autismo

completare impegni per il triennio previsti da DGR 318/2008, cioè:

- adeguare requisiti per accreditamento 0-6 anni
- adottare protocollo diagnostico condiviso a livello regionale
- documentare la funzione Hub in relazione alle rispettive aree vaste

Risultati attesi: adozione del protocollo diagnostico, predisposizione di requisiti specifici per utenza ASD di 0-6 anni per tutti gli spoke; consolidamento della funzione Hub per Reggio Emilia, Bologna e Rimini

Indicatori: evidenza di adozione del protocollo diagnostico, della predisposizione di requisiti per utenza con ASD di 0-6 anni, in tutte le AUSL; documentazione delle attività di funzionamento degli hub.

e) Disturbi Specifici Apprendimento (DSA)

Adottare protocollo di diagnosi e presa in carico per utenti con DSA; strutturare e documentare collaborazioni operative con le Istituzioni Scolastiche locali/provinciali per la attuazione della DGR 108/2010

Risultati attesi: adozione di specifico percorso per i DSA, anche condiviso con le istituzioni scolastiche locali, con chiara individuazione delle modalità e tempi di diagnosi, presa in carico ed eventuale prescrizione di strumenti compensativi.

Indicatori: evidenza della adozione di specifico percorso per i DSA, anche condiviso con le istituzioni scolastiche locali.

f) Flussi informativi

1. Flussi informativi SIDER - SIND

Risultati attesi: Predisposizione all'invio dei flussi informativi 2010 del Sistema informativo sulle dipendenze SIDER anche ai fini del flusso nazionale SIND

Indicatori: Evidenza della capacità di produrre il tracciato record regionale

2. Flussi informativi SINPIAER

Risultati attesi: Predisposizione all'invio dei flussi informativi 2010 del Sistema informativo Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza SINPIAER

Indicatori: Evidenza della capacità di produrre il tracciato record regionale

3. Flussi informativi SISIM

Risultati attesi: Aumento del livello qualitativo dei flussi informativi SISM - Sistema informativo salute mentale con conseguente riduzione degli scarti

Indicatori: Riduzione del 50% degli scarti dei dati 2010 rispetto ai dati 2009.

8.2 Sanità penitenziaria

Le aziende sede di uno o più istituti penitenziari, completata la fase di assunzione di responsabilità amministrativa sul personale transitato ai sensi del DPCM 1.4.2008, dovranno elaborare un programma assistenziale aziendale sulla base di una accurata ricognizione dei bisogni di salute della popolazione ivi reclusa e di una programmazione basata sulle linee guida contenute nel DPCM stesso e sulla DGR 314/2009 sui modelli organizzativi per la sanità penitenziaria.

Risultati attesi:

1. redazione del Programma definitivo per la salute negli II.PP. da parte delle AUSL incluse le integrazioni e proposte di sviluppo alla luce con la evoluzione del sistema regionale e delle concrete situazioni determinatesi compresa una proiezione dei costi previsti;

Indicatore: Evidenza del documento formalizzato

2. partecipazione da parte dei referenti Aziendali alle iniziative regionali(incontri e gruppi di lavoro) promuovendo l'implementazione dei miglioramenti nell'organizzazione e nella produzione dei servizi sanitari secondo le risultanze definite in quelle sedi;

indicatore: partecipazione ai gruppi e incontri regionali

3. Corretta imputazione dei costi rispetto alla contabilità analitica;

indicatore: produzione della contabilità analitica relativa ai DT 025 e 026 compresi gli approfondimenti richiesti

4. Sviluppo del sistema informativo Sanità penitenziaria

Risultati attesi: attività propedeutiche allo sviluppo del sistema informativo della Sanità penitenziaria a partire dalla cartella clinica informatizzata attualmente in uso.

Indicatori: partecipazione dei referenti Aziendali Sanità penitenziaria ai lavori di progettazione e programmazione regionali.

9 Le Cure Primarie

9.1 Sviluppo strutturale dell'accesso ai servizi territoriali

La DGR 291/2010 ha indicato il razionale ed individuato le tipologie e le principali caratteristiche strutturali delle Case della Salute, un importante punto di riferimento per l'accesso del cittadino alle cure primarie ed alla presa in carico integrata, nonché per l'intercettazione dei bisogni a non alta complessità.

Questo percorso sviluppato in collaborazione con il Servizio Assistenza Distrettuale ha raggiunto un livello di sviluppo tale da consentire a tutte le Aziende di individuare, progettare e realizzare tali strutture in tutti i Distretti della Regione.

Nel corso del 2010 le Aziende USL dovranno dare evidenza della individuazione e progettazione di tali strutture sul territorio.

Risultati attesi

- Individuazione e progettazione di almeno una Casa della Salute per Azienda

Indicatori

- Evidenza del progetto consegnato e discusso sia con il Servizio Assistenza Distrettuale che con il Servizio Strutture Sanitarie e Socio-sanitarie.

9.2 Sviluppo Organizzativo del Dipartimento Cure Primarie

Il Dipartimento delle Cure Primarie rappresenta sempre più, all'interno delle Aziende Sanitarie territoriali, il punto di riferimento per l'organizzazione dell'erogazione delle cure primarie nonché per l'integrazione con i servizi sociali.

Nel 2010 va pertanto proseguito e rafforzato il percorso di sviluppo organizzativo delle cure primarie con particolare riferimento (i) all'accreditamento dei Dipartimenti di Cure Primarie, (ii) al monitoraggio sistematico dell'evoluzione organizzativa e strutturale dei Nuclei.

Pertanto, per il 2010 le Aziende si impegnano a perseguire le seguenti attività:

1. Prosecuzione del percorso di accreditamento del Dipartimento Cure Primarie

Risultati attesi:

- Collaborazione alla definizione dei requisiti ed eventuali avvio percorsi sperimentali

2. Accordo Regionale con i PLS (DGR 17/2009)

Risultati attesi

- Individuazione delle Unità Pediatriche di Cure Primarie e coinvolgimento dei PLS nei Nuclei di Cure Primarie

Indicatore:

- Istituzione delle UPCP a livello Aziendale e nomina del relativo coordinatore

3. Rilevazione caratteristiche organizzative dei Nuclei di Cure Primarie

Indicatore

- Aggiornamento del questionario di rilevazione delle caratteristiche organizzative dei NCP somministrato all'interno del progetto di analisi dell'attività dei NCP a livello regionale e partecipazione ai momenti di bench-marking e confronto con la Regione

9.3 Attività assistenziale erogata nel DCP, dai Nuclei di Cure Primarie

Ampliamento fascia oraria

Tra gli obiettivi significativi previsti dall'Accordo Regionale per la Medicina Generale (DGR 1398/2006) si evidenzia l'importanza dell'ampliamento della fascia di orario di accesso dei cittadini unicamente presso sedi strutturate di NCP o in subordine presso medicine di gruppo sedi di NCP, per l'attività di medicina generale.

Obiettivo regionale per il 2010 è la rivalutazione, in ogni singola azienda, di tale ampliamento di orario, con la finalità di valutare l'efficacia e l'utilità di tale servizio nei confronti dell'utenza, anche in relazione sia all'attività effettivamente erogata che agli accessi al pronto soccorso della popolazione di riferimento relativamente ai codici bianchi e verdi.

Risultati attesi

- Avvio del percorso di analisi dell'ampliamento della fascia oraria di accesso dei cittadini presso le sedi strutturate di NCP o in subordine presso medicine di gruppo sedi di NCP, per l'attività di medicina generale, anche nell'ottica di una valutazione di costo-efficacia

Indicatori

- Stesura e invio al servizio Assistenza Distrettuale del documento di analisi e valutazione delle singole esperienze.

Continuità assistenziale

La riorganizzazione della rete territoriale per la gestione della continuità assistenziale, mirata a promuovere un utilizzo appropriato delle risorse ospedaliere di emergenza-urgenza, rappresenta uno obiettivo prioritario della Regione per il 2010. A tal fine le Aziende verranno coinvolte in un percorso di rilevazione dei volumi di attività e di analisi dei modelli organizzativi territoriali per la gestione appropriata della casistica ad urgenza differibile.

Risultati attesi

- Avvio di un percorso interno di analisi dei percorsi assistenziali esistenti e di verifica dell'attività erogata sia nell'ambito delle sedi di continuità assistenziale che presso eventuali punti di primo soccorso gestiti dalla medicina generale

Indicatori

- Analisi delle sedi di guardia medica e della dotazione strutturale.

Programmi di prevenzione del Rischio Cardiovascolare Globale

La Regione Emilia-Romagna ha avviato, nel 2006, il Progetto sulla prevenzione secondaria degli accidenti cardiovascolari mirato a diminuire l'incidenza degli stessi nei pazienti che hanno subito un evento cardiovascolare acuto (IMA/SCA). Nel biennio 2008-2009 è stato effettuato un primo monitoraggio sulle azioni organizzative messe in campo nelle Aziende Sanitarie. La promozione ed il monitoraggio del Progetto regionale continueranno nell'anno 2010 con l'obiettivo di mettere a regime i percorsi ospedale-territorio e migliorare gli interventi intrapresi. Un aspetto importante da approfondire resta certamente il follow-up dei pazienti, stratificati in base al rischio cardiovascolare, con riferimento, in particolare, al primo anno dall'evento acuto, per verificarne l'adesione al trattamento e l'osservanza di un adeguato stile di vita.

Risultati attesi:

- strutturazione di percorsi formalizzati di continuità di cure per i pazienti che hanno subito un evento cardiovascolare acuto (IMA/SCA), diversificati rispetto al rischio cardiovascolare; verifica dell'adesione al trattamento e l'osservanza di un adeguato stile di vita, valorizzando il ruolo dell'attività fisica nel mantenimento o miglioramento dello stato di salute;
- presenza nei Programmi di formazione Aziendali di incontri formativi e/o di audit, in almeno un NCP per Distretto, condivisi tra Medici di Medicina Generale e Cardiologi Ospedalieri e Territoriali sui contenuti della Lettera di dimissione post-IMA/SCA adottata a livello Aziendale, con particolare riferimento alla valutazione del rischio residuo, alle terapie in dimissione e alle indicazioni per l'adeguamento degli stili di vita a rischio.

Indicatori:

- Evidenza di percorsi formalizzati facilitati tra ospedale e territorio. Principali dati di attività.
- Numero delle sedi di NCP presso le quali sono stati realizzati incontri di formativi e/o di audit, condivisi tra MMG e Cardiologi Ospedalieri e Territoriali.

Programma "Leggieri"

La presa in carico e la gestione integrata del paziente con disturbi psichiatrici comuni nella medicina generale rappresenta, da tempo, in molte Aziende, una modalità assistenziale condivisa tra medici di medicina generale, nell'ambito dei NCP, e psichiatri dei Centri di salute mentale. Al fine di dare sistematicità al Programma, l'obiettivo è di rendere stabile e regolare la collaborazione tra lo specialista psichiatra del CSM e il NCP di riferimento, secondo il percorso di cura per livelli (Modello "stepped care") delineato nelle Linee regionali di indirizzo (PG/2007/92065).

Risultati attesi:

- Le Aziende USL sono tenute a strutturare ulteriormente e a monitorare il Programma, rendicontando la presa in carico dei casi di livello moderato, che vengono gestiti dal MMG in collaborazione con la funzione di consulenza del Centro di salute mentale (CSM).

Indicatori:

- Numero di pazienti presi in carico, distinti per genere, nella presa in cura condivisa, come delineati nel modello "stepped care".

Presenza in carico pazienti portatori di patologie croniche

La prevenzione terziaria rientra tra le principali funzioni dei professionisti sanitari: il supporto e la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche permette infatti di evitare complicanze ed episodi acuti.

Da tempo la statunitense Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ha individuato un insieme di condizioni, validate anche dalla letteratura scientifica, per le quali un'appropriata e tempestiva assistenza primaria può ridurre il rischio di ospedalizzazione mediante la prevenzione della condizione morbosa, il controllo degli episodi acuti e la gestione della malattia cronica.

L'analisi del tasso di ospedalizzazione relativo a queste condizioni, definite come Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC – Condizioni Sensibili al Trattamento

Ambulatoriale), consente di individuare area di potenziale inefficienza nel sistema di presa in carico territoriale e delle azioni aziendali intraprese per lo sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio. Tale analisi rappresenta inoltre il miglior strumento di valutazione degli esiti assistenziali delle cure primarie mediante l'analisi delle schede di dimissione ospedaliera.

Attualmente le condizioni individuate come sensibili al trattamento ambulatoriale (<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/TechnicalSpecs41.htm#PQI41> per le specifiche tecniche) sono:

- Complicanze a breve e lungo termine del diabete
- Appendiciti perforate
- BPCO
- Ipertensione
- Scompenso cardiaco
- Disidratazione
- Polmonite batterica
- Infezioni del tratto urinario
- Angina pectoris senza procedura cardiocirurgica
- Diabete scompensato
- Asma
- Amputazione degli arti inferiori nei pazienti diabetici.

Sebbene anche fattori socio-economici ed ambientali possono influenzare il tasso di ospedalizzazione per queste patologie, le ACSC rappresentano un ottimo punto di partenza per la valutazione dei servizi sanitari erogati a livello territoriale anche in integrazione con il livello di assistenza ospedaliero: offrono infatti un "quadro" dell'assistenza primaria consentendo di identificare aree carenti dal punto di vista assistenziale oppure di valutare come le complicanze per patologie diffuse sono trattate in ambito territoriale.

Obiettivo aziendale per il 2010 è il monitoraggio, a livello aziendale, dei tassi di ospedalizzazione per queste patologie.

Risultati attesi:

- Le Aziende USL sono tenute a monitorare i tassi di ospedalizzazione relativi a (i) ipertensione, (ii) scompenso cardiaco, (iii) BPCO, (iv) polmonite batterica, (v) infezioni delle vie urinarie e ad analizzare, in presenza di valori significativamente superiori rispetto alla media regionale, le principali motivazioni attivando, ove necessario, percorsi di miglioramento in collaborazione con il Collegio di Direzione (i dati aziendali relativi a tali condizioni nel 2009 verranno inviati a breve)

Indicatori:

- Evidenza dell'analisi delle aree critiche e dell'implementazione di percorsi di miglioramento tramite documento di sintesi sulle azioni intraprese.

9.4 Altri Programmi Assistenziali che vedono coinvolto il DCP

Gestione integrata del paziente diabetico

L'esperienza delle Aziende sanitarie sul percorso di gestione integrata del paziente diabetico è stata raccolta ed elaborata nel documento "Linee guida regionali per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 - aggiornamento dell'implementazione", frutto di un confronto tra le diverse figure professionali coinvolte, nel quale sono stati ridefiniti, tra l'altro, i criteri di valutazione dei pazienti per il passaggio in gestione integrata, la periodicità dei controlli, gli indicatori di monitoraggio.

Il dossier 179-2009 dell'ASSR "Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005-2007)", presenta elementi di analisi sulla popolazione diabetica adulta (35 anni e oltre) in Emilia-Romagna, sulle più frequenti complicanze cliniche e sull'utilizzo delle risorse sanitarie in termini di ospedalizzazione, prestazioni specialistiche, consumo di farmaci.

I due documenti sono stati proposti nel corso del 2009 alle direzioni Aziendali per la diffusione a tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza al diabete, a livello ospedaliero e distrettuale, e alle Commissioni diabetologiche provinciali.

Il confronto così avviato, che vede coinvolte anche le associazioni dei pazienti, è finalizzato ad un riesame dei protocolli di gestione integrata finora adottati in sede locale per adeguarle al documento regionale di aggiornamento dell'implementazione e, in sede tecnica, all'individuazione di azioni di miglioramento a livello Aziendale/provinciale sulla gestione integrata del paziente diabetico e più in generale sull'assistenza diabetologica, sulla base anche del dossier dell'ASSR.

Inoltre, le Aziende sanitarie hanno dato avvio alla costruzione del registro Aziendale/provinciale della patologia diabetica, secondo i criteri indicati nel documento regionale.

Obiettivo delle Aziende per il 2010 è la messa in opera di interventi di superamento delle criticità nell'integrazione e collegamento tra cure primarie e strutture diabetologiche, nella raccolta sistematica dei dati per gli indicatori di monitoraggio della gestione integrata, nel consolidamento e manutenzione del registro Aziendale/provinciale.

Tutto ciò anche nella prospettiva degli obiettivi del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione: tra gli obiettivi prioritari è infatti l'assistenza al paziente diabetico e l'applicazione al diabete di tecniche assistenziali in grado di prevenirne le complicanze migliorando l'adesione dei pazienti al percorso diagnostico-terapeutico (progetto IGEA).

Risultati attesi

- avvio percorsi di miglioramento interno rispetto alle criticità evidenziate
- progettazione ed avvio del registro Aziendale di tutti i pazienti diabetici
- rilevazione e monitoraggio degli indicatori identificati dal gruppo di lavoro regionale

Indicatori

- consolidamento del registro Aziendale dei pazienti diabetici
- numero dei pazienti in gestione integrata per MMG
- numero diabetici assistiti dalla Struttura Diabetologica (SD)
- numero di determinazioni di emoglobina glicosilata e di determinazioni di microalbuminuria per paziente diabetico assistito in gestione integrata

- media dei valori delle emoglobine glicosilate per i diversi setting assistenziali (GI, pz. in carico alla SD).

Percorso nascita

I lavori della Commissione Nascita –istituita su indicazione della legge 26/98, rinnovata nel 2009 ed insediata il 17 novembre '09 - hanno l'obiettivo di portare al miglioramento della qualità assistenziale del percorso nascita, attraverso lo sviluppo delle relazioni, del confronto e del lavoro comune tra professionisti, il riferimento costante alle linee guida e alle esperienze più qualificate del settore e all'analisi puntuale dei dati di assistenza derivati dall'elaborazione del certificato di assistenza al parto (CEDAP), dei flussi correnti (es. SDO) e da audit specifici.

Compito dell'attuale commissione nascita è accompagnare, facilitare, monitorare l'attuazione degli obiettivi di miglioramento indicati dalle DD.GG.RR. n. 1921/2007 "Linee guida alle Aziende Sanitarie della regione Emilia-Romagna per il controllo del dolore in travaglio di parto" e n. 533/ 2008 "Direttiva alle Aziende Sanitarie in merito al percorso nascita". Le Aziende sanitarie hanno avviato nel 2009 il processo di attuazione, sulla base dei Piani provinciali attuativi trasmessi alla Regione.

Il lavoro si è sviluppato nel 2009 in ciascuna Azienda sanitaria, con momenti di confronto e coordinamento per Area Vasta; tale metodo di lavoro è da rafforzare ulteriormente anche in previsione di un più stretto raccordo con la Commissione Nascita.

I Piani provinciali presentati dalle Aziende sanitarie sono stati analizzati per monitorare il processo di attuazione degli obiettivi stabiliti nella DGR 533/08, producendo per ciascun di essi specifici questionari con indicatori sull'andamento dei progetti.

Risultati attesi:

- adeguamento delle attività svolte in ambito Aziendale e di area vasta per l'attuazione delle direttive citate in relazione ai punti critici evidenziati dalla Commissione Nascita attraverso i questionari sopra citati, e la relativa sintesi
- individuazione di referenti di area vasta per ciascun obiettivo per la partecipazione ai gruppi di lavoro della Commissione Nascita ai fini di curare il collegamento con le attività in sede locale per le azioni correttive
- raccolta degli indicatori prioritari individuati all'interno dei gruppi di lavoro della Commissione Nascita

Indicatori

- % tagli cesarei/totale dei parti (fonte: SDO e CedAP)
- % parti con analgesia epidurale/totale parti vaginali (fonte: CedAP e SDO, in regime SSR)
- % di parti effettuati con una metodica di controllo del dolore del parto non farmacologica/totale parti vaginali (fonte: CedAP)

Programma di assistenza odontoiatrica

Gli obiettivi riguardanti il programma di odontoiatria per il 2010 non si discostano da quelli già assegnati per il 2009: si tratta di aspetti fondamentali per la realizzazione del programma, che sono nuovamente posti come priorità per gli interventi nelle Aziende.

Contestualmente, anche alla luce dei risultati del 2 semestre 2008, si ribadisce che al raggiungimento dell'obiettivo concorre anche la corretta trasmissione dei dati attraverso il

flusso informativo della Specialistica Ambulatoriale (ASA). La valutazione dei risultati raggiunti, infatti, sarà effettuata sui dati del monitoraggio 2009 attraverso il flusso ASA.

Gli obiettivi non risultano in sostanza modificati rispetto al 2009, ma gli standard per il 2010 sono stabiliti in funzione dei dati ASA del 2 semestre 2008, con riferimento al miglior risultato Aziendale raggiunto nel periodo e utilizzando i tassi riferiti alla popolazione residente (ogni 10.000 abitanti), rispetto alla copertura dei vulnerabili sociali e sanitari attesi: si ritiene, infatti, che tra le diverse province della regione non esistano sostanziali differenze dal punto di vista epidemiologico e socio-economico.

Risultati attesi:

- capacità di captazione della fascia di popolazione economicamente più disagiata
- capacità di orientare le cure alla popolazione vulnerabile destinataria del programma

Indicatori

- numero di utenti trattati che appartengono alla classe isee1 - tasso per 10.000 ab.
- Il valore dello standard è quello regionale risultante dai dati del monitoraggio del 2 semestre 2008.

Si chiede a tutte le Aziende di raggiungere il tasso indicato o, nel caso lo abbiano superato, di mantenere il livello raggiunto entro un intervallo di circa il 10%. Fa eccezione Piacenza che, partendo da livelli storicamente bassi di attività odontoiatrica, avrà come obiettivo un tasso di per 10.000 adeguato alla base di partenza.

- numero di utenti non vulnerabili che ricevono trattamenti di conservativa, protesica, implantologia e ortodonzia in rapporto al totale di utenti trattati.

Obiettivo per tutte le Aziende è che questo indicatore non superi il 30%.

9.5 Consulori familiari

Il Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 indica tra i percorsi assistenziali ad elevata integrazione l'area materno-infantile, indicando tra le forme di intervento da sviluppare:

- le azioni promosse dai Consulori familiari in merito all'informazione e alla consulenza relativamente al tema della sessualità e della procreazione responsabile, alla tutela della procreazione stessa e al sistema articolato di prestazioni in grado di fornire il complesso degli interventi afferenti la gravidanza, la nascita, il puerperio;
- l'individuazione di progetti, interventi e servizi che rafforzino localmente il diritto alla tutela della "buona" nascita.

Inoltre rilancia con forza l'approccio integrato alle questioni sociali e sanitarie, ne definisce gli strumenti, le aree prioritarie e gli obiettivi. Individua tra le aree con bisogni complessi che necessitano di risposte integrate quella indirizzata ai giovani, e quella delle "responsabilità familiari": ci si riferisce agli obiettivi e alle azioni specifiche rivolte a ragazzi e ragazze in condizioni di svantaggio culturale, sociale e familiare e al supporto alla genitorialità, in particolare alle famiglie, e ad un "sistema di supporto integrato" .

Inoltre, in occasione della programmazione territoriale 2009-2011, gli Enti locali sono stati chiamati a definire in accordo con le Aziende USL, nell'ambito del piano triennale della salute e del benessere sociale e nel programma attuativo annuale, uno specifico programma di integrazione socio-sanitaria finalizzato all'applicazione della legge 194/78 (come da DGR 1690/2008 "Linee di indirizzo per la tutela sociale della maternità e

sull'interruzione volontaria della gravidanza nell'ambito dei piani di zona per la salute e il benessere sociale").

In particolare sono state individuate le politiche integrate di assistenza alla genitorialità e alla famiglia comprese anche tutte le attività consultoriali specifiche e dei centri per le famiglie e dei servizi sociali.

Conseguentemente dovranno essere definiti i protocolli organizzativi distrettuali per l'assistenza socio sanitaria dedicati all'applicazione della legge 194 e all'assistenza al percorso nascita.

Si è inoltre provveduto, come richiesto dalla delibera 1690/08, ad una analisi accurata dei percorsi assistenziali forniti in tutto l'ambito regionale; per capire quale era la situazione è stato chiesto alle Aziende sanitarie in due incontri successivi, che hanno coinvolto i responsabili Aziendali dei consultori familiari e le U.O. di ostetricia e ginecologia, di illustrare i percorsi relativi all'interruzione volontaria di gravidanza.

I risultati degli incontri sono stati la base per le attività di 4 gruppi di lavoro regionali che hanno valutato e rivisto le modalità della presa in carico da parte dell'area consultoriale, le forme di collaborazione con gli altri servizi (ospedale e servizi specialistici ambulatoriali), i profili di assistenza per l' IVG medica e chirurgica.

La molteplicità degli interventi sopra evidenziati dimostra ulteriormente il ruolo essenziale dei Consultori familiari nella tutela della salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti, delle donne e delle coppie, la delicatezza e complessità dei campi di intervento e delle relazioni da curare per l'efficacia dei percorsi assistenziali.

Nel corso del 2010 le Aziende USL sono chiamate a collaborare ad un'analisi regionale dell'assetto organizzativo dei consultori familiari, finalizzata ad individuare le aree di miglioramento della funzione consultoriale.

Si intende inoltre avviare dal 2010:

- il processo di accreditamento dei consultori familiari
- l'istituzione di uno specifico sistema informativo che consenta l'acquisizione di elementi puntuali ed omogenei per una rilevazione completa della tipologia delle attività consultoriali erogate (da affiancare alla rilevazione delle prestazioni ostetrico-ginecologiche in ASA), a fini di programmazione e verifica
- l'inserimento dei consultori nel sistema SOLE

Risultati attesi:

- Partecipazione ai programmi di integrazione socio-sanitaria in attuazione della DGR 1690/08
- Attuazione dei profili assistenziali di presa in carico per l'IVG elaborati dai gruppi di lavoro regionale in attuazione della DGR 1690/08
- Analisi strutturale e organizzativa dei Consultori Familiari
- Avvio delle attività finalizzate all'istituzione di uno specifico sistema informativo, su base individuale, dei Consultori Familiari
- Avvio delle attività finalizzate all'inserimento dei consultori nel sistema SOLE
- Avvio del processo di accreditamento dei consultori familiari
- Applicazione, per le parti di competenza, della DGR n. 1690/2008 "Linee di indirizzo per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza"

nell'ambito dei Piani di Zona per il benessere sociale", anche ai fini dell'attività di verifica prevista dal gruppo di coordinamento regionale

- Applicazione, per le parti di competenza, della DGR n. 533/2008 "Direttiva alla Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita", anche ai fini dell'attività di verifica prevista dalla Commissione nascita

Indicatori

- Rendicontazione per l'applicazione della DGR. 1960/2008, sia per i programmi di integrazione socio-sanitaria sia per l'attuazione dei profili assistenziali di presa in carico per l'IVG
- Rendicontazione dello stato di attuazione della DGR 533/2008, come da richieste della Commissione nascita
- N. gravide in carico /n. nati vivi
- N. donne/soggetti coinvolte nel corso di preparazione alla nascita/nati vivi
- N° di donne immigrate/totale donne seguite dai consultori
- N. utenti che accedono per contraccezione /popolazione di età 14-19 anni
- N. ragazzi coinvolti in iniziative educative su socio- affettività/ popolazione di età 14-19 anni.

9.6 Sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali

L'evoluzione culturale e il livello di professionalizzazione raggiunto negli ultimi anni dalle professioni sanitarie assistenziali le rendono oggi protagoniste attive di un importante processo di rinnovamento.

Tale rinnovamento consente di ricercare nuovi modelli organizzativi e assistenziali per erogare un'assistenza coerente con i bisogni di salute della popolazione, e al contempo, rappresenta un'importante opportunità per riconoscere, valutare e validare definitivamente nuovi ruoli e responsabilità professionali.

L'orientamento alla centralità e all'autodeterminazione dell'assistito, che caratterizzano i modelli di gestione delle malattie croniche, richiedono un approccio assistenziale e un'organizzazione che, valorizzando e integrando il contributo di tutti i professionisti, permettono lo sviluppo di modelli organizzativi sempre più aderenti ai bisogni dei cittadini.

Per affrontare le nuove sfide il Piano regionale sociale e sanitario 2008 – 2010 promuove l'ulteriore sviluppo delle cure primarie da realizzare anche attraverso un'ulteriore crescita di tutte le professionalità, con particolare riferimento alle professioni sanitarie assistenziali, al fine di consolidare una modalità organizzativa-funzionale basata sulla responsabilità professionale, correlata al bisogno assistenziale prevalente nelle diverse fasi del processo di cura. La DGR 427/09 (Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali) analizza i diversi modelli di gestione di malattia cronica e le esperienze più significative, in merito a modelli organizzativi avanzati, già esistenti sul territorio regionale e presenti in altri Paesi, soprattutto europei, supportate da prove di efficacia e misurate con indicatori. Le stesse linee guida delineano le competenze e le tipologie di intervento che dovranno essere espresse dagli infermieri, dai terapisti della riabilitazione e dalle ostetriche che, con incidenza diversa, attuano le loro funzioni nei diversi contesti assistenziali delle cure primarie.

Nel corso del 2009 le Aziende USL, sulla base delle indicazioni contenute nelle linee di programmazione e finanziamento del SSR (DGR n. 602/09), hanno preso in esame modalità operative che permettano la ridefinizione delle responsabilità nei processi assistenziali.

Risultati attesi

Nel 2010 le Aziende USL, sulla base di quanto già avviato e delle indicazioni contenute nelle linee di indirizzo di cui alla DGR n. 427/09, dovranno definire modalità operative, gestionali e responsabilità nei processi assistenziali, in particolare relativamente alle attività di gestione dell'accesso, della presa in carico e della gestione integrata delle patologie croniche. In tale ambito, le Aziende sanitarie dovranno definire protocolli Aziendali per la gestione, da parte dell'ostetrica, della gravidanza e del parto fisiologici.

Indicatori

- Formalizzazione di protocolli e/o progetti Aziendali.

9.7 Dimissione protetta

Il tema della continuità assistenziale acquisisce un'importanza sempre maggiore per una reale presa in carico del paziente. Tale necessità impone una continua attenzione al tema dell'integrazione ospedale territorio ed in particolare della dimissione protetta. Come già riportato attraverso esperienze significative ed evidenziato in diversi provvedimenti regionali, per realizzare compiutamente le dimissioni protette è necessario individuare punti di riferimento certi per gli operatori ospedalieri e professionisti che assumendo il ruolo di case manager assumono la responsabilità di garantire la continuità dell'assistenza al paziente e alla sua famiglia.

Risultati attesi

Nel 2010 le AUSL dovranno consolidare sia le strutture territoriali che garantiscono l'accesso all'assistenza domiciliare e la continuità assistenziale, sia le modalità per l'individuazione dei case-manager (ospedalieri e territoriali) con la responsabilità di presa in carico del percorso di dimissione protetta.

Indicatori

- Individuazione e formalizzazione dei case manager con la responsabilità di presa in carico del percorso di dimissione protetta.

9.8 Sistema dei controlli delle attività erogate in ambito distrettuale

Le attività di controllo sono da considerarsi parte integrante del sistema di tariffazione delle prestazioni rappresentando una tappa ineludibile del sistema di produzione: a tale scopo è stato costituito un Gruppo tecnico regionale (Det. n. 13491/2008) articolato in diversi settori, tra i quali quello relativo alle prestazioni termali. Con la Circolare n. 19 del 2 dicembre 2009 (PG.2009.0277345), sono state fornite indicazioni tecniche in materia di prestazioni termali, nonché i presupposti normativi e gli elementi utili ad ottimizzare le modalità di gestione delle prestazioni termali, attraverso l'utilizzo del nuovo tracciato record, relativo al File E.

Le Aziende dovranno inoltre effettuare i controlli sulle prestazioni e servizi resi dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta anche sulla base delle indicazioni regionali in corso di ultimazione.

Risultati attesi

- Le AUSL sono tenute ad avviare e definire le procedure previste nella Circolare regionale n.9/09

Indicatori

- Evidenza delle procedure adottate dalle AUSL, sulla base delle indicazioni fornite dalla Circolare regionale n. 19/2009.

9.9 Formazione specifica in medicina generale

La Regione Emilia-Romagna coordina e cura i corsi triennali di formazione specifica in medicina generale avvalendosi delle Aziende Sanitarie per l'organizzazione e realizzazione dei percorsi formativi previsti dal D. Lgs. 368/99 e s. m.

Nel corso dell'anno 2010 sono previste le seguenti attività formative:

Corso 2006/2009: attività formative di recupero per i medici in formazione che, avendo interrotto il corso per motivi previsti dalla legge, non hanno completato il triennio entro l'anno 2009;

Corso 2007/2010: attività formative previste per la terza ed ultima annualità del corso;

Corso 2008/2011: attività formative previste per la seconda annualità del corso.

Tutte le Aziende Sanitarie coinvolte dovranno favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al corso facilitando il loro inserimento nei diversi reparti e unità operative attraverso la collaborazione con gli organismi regionali preposti per l'individuazione di una rete di tutor che concorrano allo sviluppo di appropriati percorsi di apprendimento in collaborazione con i coordinatori delle attività didattiche pratiche e seguano i singoli corsisti.

Risultati attesi

- Formalizzazione di un percorso di accoglienza e accesso alle attività formative presso le singole strutture aziendali (ospedaliere e territoriali)
- Avvio di un percorso per la definizione di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale

Indicatori

- Evidenza di percorsi formalizzati tramite documento di sintesi sulle azioni intraprese.

10 Reti regionali per le cure palliative e la terapia del dolore

La legge 38/2010 “*Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*”, pur confermando nelle sue linee generali le scelte operate con il PSR 1999-2001 e con il PSSR 2008-2010, introduce elementi innovativi sia dal punto di vista organizzativo che gestionale, richiedendo alle aziende uno sforzo ulteriore per: completare la rete territoriale di cure palliative, sviluppare la rete per la terapia del dolore, assicurare le modalità per l’integrazione delle due reti anche al fine di garantire la continuità dell’assistenza.

10.1 Rete delle cure palliative

Nel corso del 2009 è stato attivato un percorso di formazione/laboratorio, organizzato per le Aziende USL, con l’obiettivo di analizzare e confrontare l’organizzazione della rete delle cure palliative nelle diverse realtà Aziendali. La metodologia adottata, che ha previsto sia la formazione sul campo all’interno della stessa Azienda, sia momenti formativi condivisi tra i professionisti delle Aziende della stessa area vasta, ha favorito lo scambio trasversale delle esperienze. Tale modalità ha altresì evidenziato le peculiarità di ciascun modello ma ha anche messo in evidenza le diversità organizzative.

Risultati attesi

Ulteriore implementazione e consolidamento della rete delle cure palliative sul territorio regionale.

Indicatori

- Le aziende sono tenute a monitorare e verificare i risultati della RCP con riferimento agli Standard del Decreto Ministeriale n. 43 del 22 febbraio 2007 (Regolamento recante “Definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali e in trattamento palliativo in attuazione dell’articolo 1, comma 169, della Legge 30 dicembre 2004, n.311)

10.2 Programma hospice

Per quanto riguarda le cure palliative in hospice in particolare si individuano i seguenti obiettivi: l’Azienda Usl di Bologna dovrà attivare l’Hospice di Casalecchio di Reno, l’Azienda Usl di Rimini l’Hospice dell’Ospedale Infermi, l’Azienda Ospedaliero -Universitaria di Ferrara l’Hospice di Cona e l’Azienda USL di Ravenna l’hospice di Faenza.

Indicatore

- Comunicazione attivazione hospice

Inoltre le Aziende USL di Piacenza, Ravenna e Modena dovranno definire i rispettivi programmi per l’attivazione degli hospice a Piacenza, Ravenna e Baggiovara.

Indicatore

- Presentazione programma operativo e relative scadenze di attuazione

Quest’anno, con Circolare regionale n.5/2010 “Flusso informativo Hospice -Norme per la gestione Anno 2010” si sono potenziati e introdotti nuovi elementi conoscitivi al flusso informativo riguardante l’attività degli hospice: le Aziende devono pertanto assicurare l’inserimento e l’aggiornamento dati.

Indicatore

- Applicazione Circolare n. 5/2010

10.3 Ospedale-territorio senza dolore

Con la legge 38/2010 e con le successive indicazioni della Direzione generale sanità e politiche sociali della Regione, nota del 15 aprile 2010 (Prot. 2010/105913), si è introdotto l'obbligo di implementare il monitoraggio del dolore (Scala numerica NRS) in cartella clinica. Si prevede che le Aziende effettuino, nei reparti, controlli periodici della registrazione giornaliera del dolore in cartella clinica.

Indicatore

- Numero e % di pazienti monitorati sul totale dei degenti
- Attivazione di procedure di audit clinico-assistenziale

Il "Comitato regionale per la lotta al dolore", istituito con DGR n.115/2009, al fine di progredire nella diffusione di buone pratiche cliniche (Best Practice) ha elaborato il documento "Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica", in corso di adozione con deliberazione regionale.

Inoltre per quanto riguarda l'accesso ai servizi di terapia del dolore (Ambulatori/Spoke e Centri/Hub) sono in vigore i requisiti di accreditamento specifici definiti con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 947/2009.

Per adeguarsi ai nuovi indirizzi nazionali e regionali, che sottolineano la necessità di dare risposte integrate al tema del dolore in ospedale e sul territorio, le Aziende devono promuovere l'evoluzione dell'attuale Progetto "Ospedale senza dolore" in Progetto "Ospedale-territorio senza dolore", ampliando le competenze dei comitati aziendali (da COSD a COTSD) con integrazione delle cure primarie, in un'ottica di rete.

A tal fine sono individuati i seguenti obiettivi aziendali di rilevanza regionale:

- modifica della denominazione dei Comitati Ospedale Senza Dolore (COSD) in Comitati "Ospedale-Territorio senza dolore"
- contestuale integrazione, nei Comitati, di professionisti delle cure primarie (MMG, PLS e Infermiere/i del Distretto/Cure primarie)
- miglioramento della continuità assistenziale inerente il percorso dolore-sollievo (composto da professionisti ospedalieri e di cure primarie (MMG, PLS, Infermiere, Medico di continuità assistenziale), Hospice e Centri di terapia del dolore).

Indicatori

- Istituzione del Comitato aziendale ospedale-territorio senza dolore
- Integrazione della composizione dei Comitati con MMG, PLS e Infermiere cure primarie/ assistenza domiciliare e medico palliativista
- attivazione di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per i pazienti oncologici e per i casi di dolore difficile a maggiore complessità (rete hub/spoke dolore).

11 L'integrazione socio-sanitaria

L'area dell'integrazione socio-sanitaria vede le Aziende impegnate a:

- Assicurare la partecipazione qualificata ed il sostegno agli strumenti tecnici del governo del sistema di livello intermedio (Ufficio di supporto) e distrettuale (Ufficio di Piano) ed al processo di verifica dell'attuazione dei nuovi Piani di Zona per la salute ed il benessere sociale 2009-2011 in particolare per quanto riguarda l'effettiva integrazione della programmazione sanitaria con quella sociosanitaria e sociale;
- Contribuire, in collaborazione con i Comuni, all'avvio ed all'implementazione del sistema di accreditamento dei servizi sociosanitari, assicurando il supporto tecnico a tutto il processo in particolare per quanto riguarda la definizione degli assetti dei servizi sanitari, nella prospettiva dell'integrazione sociosanitaria, e la definizione e gestione del nuovo strumento del contratto di servizio che deve essere uno strumento unitario ed integrato. A tal fine le AUSL assicurano le competenze tecniche sino ad oggi impegnate nella definizione e nella gestione delle convenzioni con servizi e strutture sociosanitarie;
- Partecipare all'attuazione degli obiettivi degli indirizzi regionali relativi al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, migliorando l'implementazione degli strumenti di governo, monitoraggio e valutazione degli interventi e di gestione integrata delle risorse, assicurando il rispetto degli indirizzi regionali ed il rispetto dei criteri regionali nell'utilizzo delle somme FRNA vincolate all'implementazione dell'accreditamento;
- Assicurare gli interventi sanitari e l'integrazione degli stessi con gli interventi sociali per le persone adulte con gravissima disabilità acquisita, dando completa attuazione, nell'ambito degli interventi del FRNA, al programma previsto dalla DGR 2068/2004 sia per quanto riguarda gli interventi di sostegno al domicilio (assegno di cura e assistenza domiciliare) sia per quanto riguarda le soluzioni residenziali assicurando la completa attuazione delle indicazioni contenute nella DGR 840/2008 e l'appropriata fornitura di apparecchi comunicatori secondo le specifiche indicazioni regionali;
- Assicurare un approccio integrato in materia di salute mentale, in particolare garantendo percorsi condivisi con i Comuni per la valutazione e la presa in carico dei casi e la gestione degli interventi integrati, con priorità per le attività territoriali e per le soluzioni residenziali socio-sanitarie;
- Assicurare una qualificata partecipazione all'analisi degli attuali sistemi informativi in area sociale e socio-sanitaria ed un impegno alla definizione delle modalità per costruire progressivamente un sistema informativo integrato con gli Enti Locali e gli altri soggetti che operano nell'area sociale e sociosanitaria;
- Dare effettiva attuazione alle indicazioni regionali in materia di dimissioni protette e di percorsi di semplificazione e integrazione per la fornitura di presidi e ausili. A tale proposito le AUSL si impegnano affinché nel corso del 2010, ove non fosse già stato realizzato, vengano condivisi con i Comuni nell'ambito dell'Ufficio di Piano specifici programmi integrati e relativi sistemi di monitoraggio;
- Assicurare in ambito distrettuale l'integrazione tra punti unici di accesso e rete degli sportelli sociali.

12 L' Assistenza Ospedaliera

Nell'anno 2009 gli obiettivi posti per l'assistenza ospedaliera partivano dalla necessità di riesaminare la struttura assistenziale sulla base delle modificazioni del funzionamento di tale ambito che si erano verificate a seguito:

- dell'introduzione di nuove tecnologie assistenziali
- della ripartizione di compiti assistenziali tra le diverse tipologie di presidi
- delle relazioni che l'assistenza ospedaliera deve avere con quella territoriale a seguito dello sviluppo di quest'ultima.

È necessario pertanto che entro l'anno in corso si consolidino gli interventi programmati nello scorso esercizio relativamente alle aree di intervento citate.

12.1 Riorganizzazione Ospedaliera

UTIC non sede di emodinamica

Le aziende sono tenute a presentare l'analisi relativa alla funzione delle UTIC non sede di emodinamica e le modificazioni strutturali e/o di funzionamento previste, assieme alla pianificazione temporale dell'implementazione di tali modificazioni

Risultati attesi:

Pianificazione dell'adeguamento delle funzioni delle UTIC non sede di emodinamica secondo criteri coerenti con le modificazioni derivanti dall'implementazione delle pratiche di rivascolarizzazione e delle possibilità/necessità locali di integrazione con altre funzioni di assistenza semintensiva o intensiva. La pianificazione, qualora sia effettuata in ambito territoriale superiore a quello della singola azienda, può essere presentata congiuntamente dalle aziende interessate

Indicatori:

- evidenza della pianificazione
- grado di avanzamento dell'implementazione.

12.2 Lungodegenza, post-acuzie e riabilitazione estensiva

Le aziende sono tenute a collaborare all'analisi regionale sulla funzione di lungodegenza, post-acuzie e riabilitazione estensiva in corso a cura del servizio presidi ospedalieri e del servizio assistenza distrettuale, distinguendo tra la post-acuzie vera e propria, la lungodegenza erogata nelle strutture a ciò espressamente dedicate, quella che per specifiche ragioni viene erogata all'interno dei posti letto per acuti, e la più generale funzione di riabilitazione.

Nel corso del 2010 lo sviluppo dell'analisi consentirà di meglio specificare il contributo che le singole aziende devono dare in modo da fornire gli indicatori più specifici che saranno richiesti per l'anno 2011

Risultati attesi:

Revisione della funzione di assistenza assicurata dalle strutture relative e definizione delle caratteristiche dei bisogni sanitari che in esse trovano risposta adeguata secondo modelli di assistenza coerenti con le strategie di gestione della cronicità definite a livello territoriale.

Indicatori:

- relazione tra le performances dell'azienda relativamente alle condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (ACSC, vedi apposito paragrafo dell'assistenza distrettuale) e andamento dei consumi ospedalieri relativi alla lungodegenza nelle strutture a ciò dedicate, alla lungodegenza osservata nelle strutture per acuti e alla proporzione di popolazione che in tali ambiti assistenziali consuma più ricoveri l'anno.

12.3 Adeguamento alle indicazioni di cui alla DGR 1706/09

La pubblicazione nel 2009 della DGR 1706 (Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio) ha costituito il primo effettivo esempio, su scala regionale, di adeguamento dei processi assistenziali ad un evento avverso di portata rilevante. La Delibera costituisce infatti una guida per le aziende cui riferirsi per l'adeguamento dei processi assistenziali o di gestione degli stessi in tutti gli ambiti di miglioramento descritti.

Per la complessità e la portata dei cambiamenti richiesti è necessario che le Aziende affrontino in modo sistematico l'implementazione dei miglioramenti previsti dalla delibera.

Per l'anno 2010 tuttavia l'azione delle Direzioni sarà valutata su un sottoinsieme delle azioni di miglioramento descritte nella delibera, e precisamente:

Foglio unico di terapia (FUT)

Vedasi elaborato del gruppo sulla "corretta tenuta della documentazione sanitaria" per il dettaglio delle raccomandazioni

Indicatori

- Evidenza di procedura aziendale
- Formazione: % di operatori formati annualmente
- Riscontro dell'utilizzo del FUT nell'ambito dei controlli di qualità delle cartelle cliniche: % di cartelle cliniche con evidenza di FUT/totale cartelle cliniche controllate

Informazione e consenso

Vedasi elaborato del gruppo sulla "corretta tenuta della documentazione sanitaria" per il dettaglio delle raccomandazioni

Indicatori

- Evidenza di procedura aziendale
- Formazione: % di operatori formati annualmente
- Riscontro dell'utilizzo corretto della procedura aziendale nell'ambito dei controlli di qualità delle cartelle cliniche: % di cartelle cliniche con evidenza di consenso conforme alla procedura/totale cartelle cliniche controllate

Profilassi antibiotica e profilassi antitromboembolica in chirurgia

Vedasi elaborato dell'omonimo gruppo per il dettaglio delle raccomandazioni

Indicatori

- Evidenza di procedure aziendali per i due tipi di profilassi
- Formazione: % di operatori formati annualmente

- Audit sulla profilassi antibiotica perioperatoria: verifica dell'applicazione della procedura
- Evidenza di supporti decisionali alla valutazione del rischio TE del paziente chirurgico
- % pazienti valutati per il rischio TE/Totale pazienti da valutare nell'ambito dei controlli di qualità delle cartelle cliniche

Sicurezza dei sistemi RIS-PACS

vedasi elaborato dell'omonimo gruppo per il dettaglio delle raccomandazioni – per la procedura della refertazione vedasi l'elaborato del gruppo “sicurezza dei comportamenti professionali in radiologia

Indicatori

- Evidenza di procedure aziendali per:
 - flusso dati e liste di lavoro
 - gestione delle eccezioni
 - riconciliazione delle informazioni del paziente
 - gestione degli errori
 - refertazione.

12.4 Emergenza-Urgenza: NUE 112

Le aziende sede di centrale operativa 118 sono tenute a rendere operative le disposizioni contenute nella deliberazione GR 423/2010 con oggetto “Attuazione del decreto del Ministro dello sviluppo economico 12 novembre 2009 in materia di realizzazione di Numero Unico Europeo di emergenza: recepimento relazione di fattibilità e approvazione dell'accordo di programma quadro interregionale per la sperimentazione di una centrale unica di riferimento ("call center laico") nonché le disposizioni inviate da questo assessorato (nota PG 2010/190305 del 26/7/2010 con oggetto “Adeguamenti tecnici e organizzativi delle centrali 118 conseguenti all'attivazione del NUE 112”) relativamente all'attivazione della cosiddetta “soluzione ponte” del NUE 112.

In particolare l'Azienda Usl di Bologna che gestisce le tecnologie informatiche e telefoniche di tutta la rete 118 regionale deve avviare i necessari controlli e gli eventuali adeguamenti idonei ad assicurare la compatibilità delle attuali soluzioni tecniche per quanto previsto dal citato DM MISE del 12/11/09.

Risultati attesi:

- Verifica della compatibilità tecnologica delle centrali 118 con il servizio NUE 112
- Aggiornamenti organizzativi delle centrali 118 in relazione agli accordi con i Comandi Provinciali dei Carabinieri
- Attivazione della “soluzione ponte” nei tempi previsti

Indicatori:

- Verbali di verifica della situazione tecnologica delle centrali 118 (sottoscritti da Ausl di Bo e Aziende sede di centrale operativa)
- Procedure specifiche relative alla gestione delle chiamate di emergenza trasferite dal 112 al 118

- Numero delle chiamate ricevute e attivazione dei servizi secondo la procedura prevista
- Report complessivo sulla funzionalità della soluzione ponte.

12.5 Accredimento “Strutture di soccorso/trasporto infermi”

Le aziende sono tenute ad attuare quanto previsto in relazione all’accredimento strutture di soccorso/trasporto infermi secondo i contenuti dei seguenti atti:

- Con la deliberazione della Giunta regionale n. 44 del 26 gennaio 2009 "Requisiti per l'accredimento delle strutture di soccorso/trasporto infermi" sono stati approvati i requisiti per l’accredimento delle strutture di soccorso/trasporto infermi ed è stato stabilito il 30 giugno 2009 quale termine per le Aziende sanitarie per provvedere alla verifica delle performances e all’aggiornamento dei sistemi aziendali di soccorso/trasporto infermi, come previsti nella deliberazione di Giunta regionale n. 1349/2003.
- Con la successiva determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 12.861 dell’ 1 dicembre 2009 sono state definite le modalità procedurali per la richiesta di rilascio di accredimento da parte dei soggetti che effettuano soccorso/trasporto infermi.
- Con circolare 47/2010 sono state fornite alle Aziende sanitarie indicazioni relative alle modalità di graduale superamento dei rapporti contrattuali e/o convenzionali in essere con i soggetti che erogano prestazioni di soccorso urgente e di trasporto a mezzo ambulanze/auto mediche, rapporti che dovranno, infatti, essere regolamentati, in applicazione del D.Lgs 502/92 e suc. mod., in analogia a quanto già avviene per gli altri soggetti accreditati erogatori di prestazioni sanitarie.

Risultati attesi:

Superamento dei rapporti contrattuali e/o convenzionali in essere con i soggetti che erogano prestazioni di soccorso urgente e di trasporto a mezzo ambulanze/auto mediche con definizione delle modalità di remunerazione delle prestazioni “a rimborso per il volontariato” a “tariffa” per gli altri soggetti

Indicatori:

- Evidenza della rideterminazione dei fabbisogni e dei provvedimenti nei quali vengono individuate le Unità Operative Mobili oggetto di accredimento
- Numero delle domande di accredimento trasmesse al “Servizio Presidi Ospedalieri”.

12.6 Pronto Soccorso

La recente riformulazione a livello regionale delle funzioni e della composizione del CREU pone le basi per una ampia discussione sulle problematiche e sulla formulazione di una politica generale di sviluppo dell’assistenza garantita dalla funzione di Pronto Soccorso. Le aziende, anche a seguito del formale coinvolgimento del Collegio di Direzione a suo tempo stimolato da questo assessorato, devono proseguire la loro azione di monitoraggio e miglioramento del processo assistenziale relativo sui punti a suo tempo identificati:

- Strategie di contenimento dell’incremento di accessi al Pronto Soccorso anche in relazione agli obiettivi assegnati ai Nuclei di Cure Primarie
- Strategie di gestione dei posti letto che favoriscano la progressione del percorso del paziente nell’ospedale utilizzando le risorse di ricovero più appropriate

- Strategie di gestione del turn-over del personale

Risultati attesi:

Gestione dei principali punti critici dell'assistenza in Pronto Soccorso in accordo con le strategie regionali e le declinazioni locali individuate dai Collegi di Direzione

Indicatori

- Report sulle strategie adottate e loro valutazione

Le linee guida sulla funzione di triage oggetto della deliberazione regionale n. 1184/2010 costituiscono un quadro generale all'interno del quale ciascuna azienda può trovare le soluzioni più idonee al miglioramento della gestione del flusso di lavoro di Pronto Soccorso.

Risultati attesi

Declinazione delle linee guida sulla funzione di triage in accordo con la situazione locale.

Indicatori

- Evidenza delle soluzioni adottate (ad esempio procedure, istruzioni organizzative, ecc.) e piano di valutazione della loro implementazione.

12.7 Flussi informativi 118 e Pronto Soccorso

La circolare 11 del 2009 ai sensi del decreto 17/12/2008 pubblicato in G.U. il 9 gennaio 2009 attiva il sistema informativo nell'area dell'emergenza urgenza (118 e Pronto Soccorso). E' obiettivo delle aziende mettere in atto tutte le azioni necessarie a garantire la trasmissione corretta e tempestiva dei dati.

Risultati attesi

Trasmissione dei dati di flusso 118 e Pronto Soccorso nel rispetto delle codifiche previste dalla normativa nazionale e regionale al Sistema Informativo Sanitario e Politiche Sociali regionale.

Indicatori

- Completezza della trasmissione degli eventi di 118 e PS (missione e accessi) valutabile ex-post e dai Flussi HSP dell'anno precedente e dalla certificazione dell'Azienda sanitaria inviante.

12.8 Programma Stroke Care

Come definito negli obiettivi dello scorso anno, l'implementazione e la diffusione delle aree di degenza dedicate per l'assistenza del paziente con ictus in accordo alle indicazioni contenute nella D.G.R. n. 1720/2007, "Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus. Programma Stroke Care", costituiscono l'asse portante della strategia di assistenza a questo tipo di pazienti.

Risultati attesi

- Definizione delle "Reti Stroke" provinciali, specificando esattamente i presidi ospedalieri in possesso dei requisiti essenziali e quelli con requisiti addizionali, questi ultimi di importante riferimento per i Servizi 118 al fine della erogazione della terapia trombolitica e.v. e/o delle altre terapie innovative (trombolisi intra-arteriosa, trombectomia, stenting carotideo, endoarteriectomia carotidea).

- Potenziamento degli interventi utili a favorire un più diffuso accesso alla terapia trombolitica e.v. oltre che la partecipazione agli studi clinici controllati sulle altre terapie innovative.
- Promuovere percorsi integrati fra ospedale e territorio attraverso modalità di continuità di cura.
- Partecipazione al “Progetto Stroke Care: un Programma Nazionale di Audit Clinico-Organizzativo nell’ambito del Programma Strategico coordinato dalla Regione Emilia-Romagna “Nuove conoscenze e problematiche assistenziali nell’ictus cerebrale”, finanziato dal Ministero della Salute (<http://www.saluter.it/stroke/>).

Indicatori

- Evidenza della definizione delle reti provinciali secondo le indicazioni della DGR 1720/2007
- Analisi delle performances della rete, definizione degli interventi idonei alla promozione dell’accesso alla terapia trombolitica, pianificazione dell’implementazione di tali interventi
- Definizione dei percorsi integrati ospedale-territorio
- Partecipazione alle attività di Audit Clinico Organizzativo regionale nel periodo ottobre – dicembre 2010 che sarà valutata attraverso la completezza dei questionari di struttura compilati dalla Aziende sanitarie partecipanti e dalla completezza dei questionari clinici compilati da personale regionale ma validati dalle Aziende sanitarie partecipanti
- Numero di trombolisi effettuate per Aziende sanitaria e per singolo centro autorizzato, desumibili dalla SDO attraverso il numero di ricoveri effettuati per DRG 559 “M- Ictus Ischemico Acuto con uso di agenti trombolitici”
- Numero di ricoveri effettuati per DGR 559 sul totale dei ricoveri effettuati per DRG 14 “M-Emorragia Intracranica o Infarto Cerebrale” per i residenti nella Azienda Sanitaria di erogazione della terapia trombolitica
- Numero posti letto Stroke Unit (formalizzata da accordi aziendali), numero di ricoveri per ictus in Stroke Unit, relative giornate di degenza (desumibili dalla SDO attraverso l’analisi dei ricoveri da DRG 14 effettuati in Stroke Unit); totale dimessi DRG 14 e relative giornate totali di degenza nelle Aziende Sanitarie che hanno formalizzato la Stroke Unit
- Numero dei decessi per ictus (desumibili dalla SDO attraverso il numero di decessi per DRG 14) e totale dei dimessi con DRG 14 effettuati dalle Aziende Sanitarie che hanno formalizzato una Stroke Unit, possibilmente disaggregati per Unità Operativa di dimissione dei ricoveri effettuati per DRG 14.

12.9 Percorso Epilessia

Le aziende sono tenute a implementare i contenuti del “Documento di indirizzo per l’organizzazione dell’assistenza integrata alla persona con epilessia in Emilia-Romagna” inviato con nota prot. n. 90942 / 2010.

Risultati attesi

- Definizione delle reti integrate di servizi per le persone con epilessia sia in età adulta che in età evolutiva in ciascun ambito aziendale con condivisione dei percorsi di cura con la Pediatria di Comunità, la Neuropsichiatria Infanzia e

Adolescenza (per la costruzione di percorsi integrati e progetti di vita), la Medicina del Lavoro (per le procedure di collocamento mirato), la Medicina Legale (per l'accertamento della disabilità, la certificazione per integrazione scolastica e dell'idoneità alla guida), le strutture distrettuali per la gestione delle problematiche non mediche integrative delle persone affette da epilessia ed i servizi sociali e socio-sanitari per adulti con disabilità

- 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
- Programmazione di attività formative per gli operatori sanitari

Indicatori

- Evidenza della definizione delle reti provinciali secondo le indicazioni della nota prot. n. 90942/2010.
- Definizione dei percorsi integrati ospedale-territorio.

12.10 Gestione liste d'attesa per i ricoveri programmati

Le aziende sono tenute a monitorare i tempi massimi di attesa e a verificare la corretta gestione dei registri di prenotazione, garantendo il rispetto dei tempi stabiliti per le prestazioni individuate (DGR 1532/2006).

Una specifica attenzione va riservata la definizione univoca delle modalità di inserimento in lista da parte dello specialista che rileva o conferma il bisogno assistenziale. In particolare nei casi complessi per i quali l'indicazione all'intervento chirurgico può essere formulata solo al termine di un articolato iter diagnostico e/o di terapie adiuvanti, la data di prenotazione deve coincidere con il momento della convalida del bisogno di ricovero da parte dello specialista. Solo in quel momento infatti lo specialista è in possesso di tutti gli elementi che consentono una programmazione appropriata da un punto di vista clinico/organizzativo ed una accurata attribuzione della classe di priorità.

In particolare si segnala che i tempi massimi di attesa per i pazienti con patologia oncologica prostatica, sono notevolmente elevati e rappresentano ancora una forte criticità a livello regionale. L'esplicitazione di percorsi diagnostici, nonché l'adozione di criteri espliciti per l'inserimento in lista d'attesa, definiti in collaborazione con gli specialisti di branca, sono un elemento imprescindibile per una lettura omogenea della attività programmata.

Risultati attesi:

- Maggiore confrontabilità fra le aziende in relazione ai tempi massimi di attesa per la definizione degli obiettivi di miglioramento

Indicatori:

- evidenza dei protocolli implementati
- andamento dei tempi di attesa per le patologie oncologiche.

Una particolare attenzione va dedicata alla patologia prostatica. Infatti va sottolineato che nel triennio 2007-2009, a fronte di una riduzione del numero di interventi, la situazione relativa ai tempi di attesa a livello regionale non si è sostanzialmente modificata; solo un terzo dei pazienti arriva all'intervento di prostatectomia radicale entro i trenta giorni (fonte SDO) e per l' 8% dei pazienti si registra un tempo di attesa superiore ai 90 giorni, nel 2009, con un forbice accentuata fra presidi a gestione diretta e strutture private dove

l'89,9% dei pazienti viene ricoverato entro 90 giorni mentre presso le strutture ospedaliere tale percentuale si attesta sul 96,5 %.

La variabilità tra diverse province è molto alta: i casi trattati entro 30gg sono superiori alla media regionale solo per le province di Piacenza(42%) Reggio-Emilia (62%) e Bologna (51%) e raggiunge i valori percentualmente più bassi a Imola (13,3%) Forlì (14,1%) e Cesena (8,8%). Altro elemento critico è rappresentato dalla quota di pazienti che accede all'intervento di prostatectomia radicale oltre i 180 giorni: a Imola, Modena e Bologna dove il superamento dei 180 si osserva nei presidi a gestione diretta e presso i privati accreditati. Tale situazione depone per una rilevazione di bassa qualità che va corretta in modo da permettere giudizi più pertinenti sulle performances delle aziende.

12.11 Accordi di fornitura

IOR

A seguito di quanto previsto della legge 133 del 2008, è stato definito un accordo fra la Regione Emilia-Romagna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli (DGR n. 608/2009) con il quale, nell'ambito del modello integrativo e non competitivo del sistema sanitario regionale, sono state individuate le funzioni hub proprie dell'Istituto per le quali vanno sviluppate o potenziate le collaborazioni in termini di attività e/o di sviluppo delle competenze con le aree territoriali con cui attualmente vi è minore integrazione: Area Vasta Emilia Nord e Area Vasta Romagna.

Le Aziende devono pertanto avviare rapporti, attraverso accordi specifici, che favoriscano da un lato la concentrazione della casistica per quanto concerne le funzioni hub individuate, anche tramite l'avvio di attività ambulatoriali decentrate e la eventuale messa a disposizione di spazi operatori.

D'altro canto lo IOR deve, in virtù di quanto previsto dal citato accordo, prevedere il contenimento dell'attività ortopedica a larga diffusione al di fuori dell'area metropolitana provinciale con la quale sottoscrive specifico accordo.

Risultati attesi:

- concentrazione della casistica hub
- decremento dell'attività non hub in mobilità extra area metropolitana verso lo IOR

Indicatori:

- report di attività
- definizione degli accordi fra Aziende e/o aree vaste e IOR per la definizione delle modalità di collaborazione negli ambiti hub.

Aziende pubbliche

Si conferma che lo strumento indispensabile al governo non competitivo della attività ospedaliera risieda negli accordi di fornitura tra le aziende, quando gli scambi siano di natura non occasionale e implicino una integrazione quantitativa o qualitativa di rilievo per l'assicurazione del livello di assistenza ospedaliera.

Gli accordi, previsti legislativamente (decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, specialmente la lettera e-bis del comma 2, introdotta dall'art. 8, comma 1 del Decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248) sono obbligatori nel caso in cui il committente richieda esplicitamente l'accordo. In caso di non raggiungimento dell'accordo

per indisponibilità del fornitore valgono gli scambi economici annuali più bassi tra le aziende in questione tra l'anno di riferimento e l'anno precedente.

Detti accordi devono comunque salvaguardare le attività hub e/o di alta complessità in coerenza con la definizione della rete assistenziale dell'azienda committente, mentre i disincentivi alla produzione inappropriata o a quella di bassa complessità devono essere coerenti rispettivamente con i disincentivi o con gli incentivi adottati a livello locale.

Accordi con i privati accreditati

Costituiscono obiettivi:

- il rafforzamento del governo della domanda attraverso accordi che siano stipulati in tempi utili per la gestione tempestiva dei budget;
- l'incremento degli accordi con strutture al di fuori del proprio territorio di competenza nei limiti definiti dall'attuale accordo AIO-Regione Emilia-Romagna.

In vista del rinnovo degli accordi con i produttori privati accreditati è inoltre opportuno che le Aziende territoriali siano attive nel definire gli ambiti di miglioramento al fine di poter al meglio utilizzare, in maniera propriamente integrativa, la risorsa del privato accreditato. Sarà cura della Regione Emilia-Romagna interpellare la Aziende territoriali per un confronto su tale tematica

Risultati attesi:

- non sfioramento dei budget
- governo della mobilità passiva
- indicazioni di ambiti miglioramento per la definizione dei nuovi accordi

Indicatori:

- reportistica di monitoraggio
- tempi di sottoscrizione degli accordi
- accordi stipulati per il governo della mobilità.

12.12 Attività di controllo sulle cartelle cliniche

Con la DGR 1171/2009 sono state aggiornate e ridefinite le linee di indirizzo in materia di controllo dell'attività ospedaliera.

Le Aziende pertanto, al fine del raggiungimento del limite minimo del 10% di controlli da effettuarsi in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 79, comma 1-septies del D.L.112/2008 convertito con la L.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 per quella erogata a cittadini provenienti da altre regioni.

Risultati attesi:

- omogeneizzazione dei criteri di controllo
- miglioramento dei livelli di appropriatezza

Indicatori:

- report aziendale su modello regionale da presentare entro il 30 aprile in merito all'attività controllo dell'anno precedente;
- reportistica predefinita regionale.

12.13 Obiettivi pertinenti all'area governo clinico

Condurre, sulla base delle indicazioni formulate dalle commissioni professionali regionali o, qualora assenti, di gruppi di lavoro avviati a livello regionale, iniziative di valutazione della qualità dell'assistenza in aree assistenziali di particolari rilevanza, quali la cardiologia e cardiocirurgia, l'oncologia, l'ortopedia e la reumatologia. Tali attività potranno avere come obiettivo l'esame delle modalità di impiego di specifici interventi, di farmaci di particolare rilevanza, dei percorsi assistenziali dei pazienti.

In particolare per i pazienti con **Fratture di Femore** mettere in atto iniziative volte ad incrementare la percentuale di interventi chirurgici per la correzione di frattura di femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione (media regionale calcolata per i residenti di età superiore a 65 anni = 44%) e promuovere l'adozione del modello ortogeriatrico nel corso della assistenza ospedaliera di tali pazienti.

Partecipare alla realizzazione o, qualora già presenti, al monitoraggio regionale delle reti hub and spoke, con particolare riferimento alla rete oncologica, alla rete per la emergenza territoriale e l'assistenza ai gravi traumi e alla rete cardiologica e cardiocirurgia.

13 Il Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa

La deliberazione n. 1035/2009 individua specifiche strategie per il miglioramento dell'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale per il rispetto dei Tempi di Attesa indicati dal Piano nazionale e regionale (DGR n. 1532/2006 e DGR n. 73/2007).

La verifica della coerenza delle azioni intraprese dalle Aziende sanitarie in attuazione della delibera, anche ai fini dell'erogazione del finanziamento previsto di 10 milioni di euro, è svolta attraverso un coordinamento (tavolo di coordinamento regionale) che monitora in particolare:

- la correttezza della valutazione del fabbisogno
- la congruità delle azioni a sostegno della produzione
- la conformità alle regole delle modalità di prenotazione
- il rispetto dei tempi di attesa

Risultati attesi

Le Aziende sanitarie, per il 2010, sono pertanto tenute ad applicare la DGR 1035/2009 secondo le indicazioni del tavolo regionale di coordinamento regionale. Punti di attenzione già individuati sono:

- Definizione degli ambiti di garanzia (bacino di riferimento)
- Attivazione dei percorsi di garanzia
- Distinzione tipologia prestazione (programmabile, controllo/programmato) in fase di programmazione e di prenotazione, anche ai fini della semplificazione e della presa in carico (gestione pz. cronici e accessi programmati; attuazione del Day Service Ambulatoriale - DSA)
- Azioni di miglioramento dell'appropriatezza

Indicatori di valutazione principali

- Indici di performance effettivi (erogato) per prestazioni soggette a monitoraggio (comparati con gli indici di performance prospettici dell'applicativo MAPS), analizzati e distinti per bacino di riferimento, per le valutazioni sui tempi di attesa.

Il flusso ASA richiede pertanto un'attenzione particolare per correttezza e completezza del dato, specie per data di prenotazione, di erogazione, modalità di accesso, bacino di riferimento.

- Indici di consumo, per valutazioni di appropriatezza (es. RMN e TAC)

Inoltre l'avvio dell'applicazione della DGR n. 1803/2009 "Indicazioni generali alle Aziende sanitarie per l'attivazione, l'organizzazione ed il funzionamento delle attività di Day Service Ambulatoriale (DSA)", comporta la messa in opera da parte delle Aziende delle attività finalizzate:

- alla definizione dei percorsi di DSA da formalizzare e trasmettere per la realizzazione di un apposito archivio regionale,

alla completezza del flusso informativo per variabili quali il medico prescrittore e il quesito diagnostico.

14 La gestione del rischio

In corso d'anno le Aziende dovranno assicurare le seguenti azioni:

- Adozione del registro dei pericoli e mappatura delle prevalenti criticità aziendali come premessa alla stesura del piano programma di cui alla Delibere di Giunta Regionale 602/09 e 234/2010 e conseguente report annuale relativo agli obiettivi di miglioramento della sicurezza definiti nel programma dell'anno.
- Implementazione delle raccomandazioni del Ministero della Salute e della Regione Emilia – Romagna:
 - Sicurezza in Sala Operatoria e adesione al progetto regionale “Sale Operatorie Sicure.net”, anche al fine di integrare e soddisfare numerosi obiettivi posti dalla DGR 1796/09:
 - Identificazione paziente
 - Indicazioni a procedure invasive ed iter diagnostico
 - Profilassi antitromboembolica
 - Profilassi antibiotica
 - Assistenza post-operatoria
 - Gestione della documentazione sanitaria relativa alla procedura chirurgica e anestesiologicala pre e postoperatoria.
 - Gestione Clinica del Farmaco e Ricognizione Farmacologica
 - Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto;
 - Prevenzione della violenza su operatore sanitario.
- Partecipazione al sistema di monitoraggio nazionale degli eventi sentinella (SIMES), mediante tempestiva segnalazione alla Regione e realizzazione delle conseguenti azioni di analisi (RCA, “audit”-revisione del singolo caso) e miglioramento.
- Adozione della procedura di gestione degli eventi critici per la sicurezza del paziente e per l'azienda (danno missione) e costituzione delle unità di crisi.
- Alimentazione del data base regionale dei sinistri, Implementazione delle registrazioni almeno dal 2008, completo.
- Mantenimento/sviluppo della attività di ascolto e mediazione con rendicontazione delle attività secondo la modulistica regionale e partecipazione al coordinamento regionale.
- Mantenimento in uso e sviluppo degli strumenti dell'apprendimento organizzativo in materia di gestione del rischio:
 - Incident reporting (con rilancio dello strumento nell'area ostetrico-neonatalogica);
 - analisi delle cause profonde degli incidenti per la sicurezza del paziente e degli operatori;
 - audit clinico e organizzativo;

- analisi di processo (FMEA/FMECA), ai fini del miglioramento della organizzazione, della prevenzione del rischio e della riduzione delle conseguenze.

Le aziende dovranno inoltre:

- Realizzare almeno un progetto di miglioramento della sicurezza attraverso azioni di partnership con i cittadini/familiari di pazienti/associazioni di utenti (ad esempio su: identificazione del paziente, prevenzione infezioni da assistenza, armonizzazione farmacologica, comunicazione/informazione/consenso informato, ecc.)
- Consolidare e sviluppare le funzioni aziendali di gestione del rischio infettivo, garantendo:
 - la formulazione/aggiornamento periodico del piano di gestione del rischio infettivo nell'ambito del piano-programma di gestione del rischio;
 - il report annuale con indicati i problemi evidenziati, le iniziative avviate e i risultati raggiunti;
 - il consolidamento delle attività di sorveglianza, con particolare riguardo ai sistemi regionali di sorveglianza delle ICA (Sistema di segnalazione rapida di epidemie e degli eventi sentinella, sorveglianza in chirurgia-SICHER, sorveglianza in terapia intensiva-SITIER), interfacciandosi attivamente con le articolazioni coinvolte e monitorando i flussi informativi;
 - lo sviluppo di progetti aziendali mirati a promuovere la sicurezza in aree prioritarie: igiene delle mani, precauzioni di isolamento, gestione dei pazienti esposti alle procedure invasive più frequenti (catetere urinario e cateteri intravascolari), profilassi antibiotica peri-operatoria anche in relazione alle indicazioni DGR 1796/09;
 - la conduzione di programmi di formazione sul rischio infettivo che coinvolgano capillarmente anche i nuovi assunti.

Indicatori:

- Invio a livello regionale dei dati rilevati in ciascuna azienda sanitaria nell'ambito del sistema di sorveglianza delle terapie intensive (SITIER)
- Partecipazione al sistema di sorveglianza SICHER con almeno il 50% degli interventi effettuati nell'Azienda oggetto di sorveglianza secondo quanto previsto dai criteri di accreditamento
- Attivazione di almeno un progetto aziendale tra quelli sopra indicati.
- Documentazione di programmi di formazione sul rischio infettivo rivolti ai nuovi assunti

15 Ricerca & Innovazione

15.1 L'innovazione tecnologica e clinico-organizzativa

Per quanto riguarda i processi di innovazione tecnologica, viene ribadito che l'acquisizione di alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche, quelle cioè caratterizzate da elevati costi di investimento e/o manutenzione, dovrà essere preceduta da 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.

Anche i processi aziendali di adozione di nuove tecnologie di relativo minore impatto a livello di sistema, ma comunque con rilevanti implicazioni cliniche ed organizzative nei contesti assistenziali, devono essere accompagnati, a livello locale, da un'attenta analisi delle loro ricadute, attraverso l'elaborazione di piani aziendali di adozione promossi dai Collegi di Direzione aziendali.

A questo scopo, come concordato con le Direzioni aziendali, le iniziative aziendali di adozione di nuove tecnologie devono essere precocemente segnalate all'Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI) coordinato dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, affinché sia possibile esercitare, laddove necessario, un'azione di supporto tecnico alla elaborazione dei piani di adozione.

Oltre che sul piano meramente tecnologico, il Servizio Sanitario Regionale è attraversato anche da rilevanti iniziative di innovazione clinico-organizzativa, in cui l'elemento chiave del cambiamento è rappresentato non tanto dall'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.

Queste iniziative rappresentano un patrimonio di esperienze che il SSR deve poter conoscere e valorizzare opportunamente. A questo scopo nell'ambito dell'ORI, in collaborazione con le Aziende sanitarie, verranno avviate specifiche iniziative.

Sempre al fine di favorire la conoscenza e la valorizzazione delle iniziative di innovazione clinico-organizzativa adottate nell'ambito delle aree sopra citate, si richiamano le Aziende alla necessità che esse siano opportunamente rendicontate nel Bilancio di Missione aziendale.

Obiettivi per le Aziende sono pertanto:

- partecipare alle diverse articolazioni delle attività dell'ORI, con particolare riferimento a:
 - segnalazione dell'adozione di tecnologie innovative;
 - elaborazione di piani aziendali o di Area Vasta per la loro adozione;
 - iniziative finalizzate alla individuazione ad al supporto di rilevanti innovazioni clinico-organizzative;
- rendicontare attraverso il Bilancio di Missione, le rilevanti iniziative di innovazione tecnologica, clinica ed organizzativa avviate.

15.2 La Ricerca

La Regione Emilia-Romagna ha intrapreso un percorso teso a rendere strutturale e permanente la vocazione del proprio Servizio sanitario verso la ricerca e l'innovazione, come elemento fondante per una assistenza di elevata qualità.

A questo proposito si richiama l'attenzione delle Aziende alle indicazioni formulate nella DGR 1066 del 29 luglio 2009 ("La Ricerca come attività istituzionale del SSR. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende Sanitarie, in attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2008-2010") relativamente a:

- predisposizione degli strumenti aziendali per la governance della ricerca e innovazione, con particolare riferimento alla elaborazione di piani aziendali per le attività di ricerca ed innovazione;
- tracciabilità delle attività di ricerca attraverso una apposita anagrafe aziendale di queste attività;
- costituzione dei Board Aziendali per la Ricerca ed Innovazione a sostegno dei Collegi di Direzione Aziendali;
- valorizzazione dei professionisti e sostegno alle attività di ricerca;
- relazioni con i finanziatori esterni.

E' inoltre essenziale che venga garantita la partecipazione aziendale ai progetti di ricerca condotti nell'ambito del PRIER.

In aggiunta, coerentemente con le indicazioni del Piano Sociale e Sanitario Regionale, le Aziende sanitarie anche per il 2010 dovrebbero proseguire nella loro azione di sostegno ai professionisti che contribuiscono ad alimentare i database clinici (registri) presenti a livello regionale. Questi ultimi si sono rivelati strumenti preziosi per l'acquisizione di informazioni rilevanti sui processi assistenziali e sui loro esiti, per la valutazione della qualità dell'assistenza e dell'impatto di tecnologie ed interventi. Questi strumenti rappresentano un esempio di effettiva integrazione tra assistenza, ricerca e formazione, offrendo l'opportunità di sostenere contemporaneamente e sinergicamente tutte queste funzioni.

Le informazioni rese disponibili da questi registri dovrebbero trovare, a livello aziendale, opportunità di utilizzo anche a sostegno del ruolo propositivo che i Collegi di Direzione dovrebbero acquisire per quanto riguarda lo sviluppo strategico delle organizzazioni sanitarie.

Obiettivi per le Aziende sono pertanto:

- adottare l'anagrafe aziendale delle attività di ricerca;
- garantire la partecipazione alle iniziative regionali di ricerca avviate nel PRIER;
- garantire la partecipazione aziendale alle attività dei registri operanti a livello regionale, qui di seguito riportati con il dettaglio degli obiettivi assegnati alle Aziende che direttamente vi partecipano:
 - Registro pazienti con traumi gravi: soddisfare il debito informativo concordato, per la produzione dei report di attività di questo registro.
Aziende partecipanti: Azienda USL di Bologna, Azienda USL di Cesena, Azienda USL di Piacenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Azienda USL di Forlì, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
 - Registro pazienti con gravi cerebrolesioni (GRACER): soddisfare il debito informativo concordato.

Aziende partecipanti: tutte le Aziende regionali.

- Registro protesi d'anca (RIPO) e spalla: soddisfare il debito informativo concordato.

Aziende partecipanti: IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli e tutte le Aziende regionali.

- Registro impianti defibrillatori e pacemaker: soddisfare il debito informativo concordato, al fine di realizzare il consueto report di attività e rendere possibile un'analisi dei determinanti dell'impiego dei defibrillatori impiantabili e del loro impatto clinico.

Aziende partecipanti: Azienda USL di Piacenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Azienda USL di Parma, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda USL di Modena, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda USL di Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda USL di Imola, Azienda USL di Ferrara, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Azienda USL di Ravenna, Azienda USL di Cesena, Azienda USL di Forlì, Azienda USL di Rimini.

- Registro regionale interventi cardiocirurgici: soddisfare il debito informativo concordato.

Aziende partecipanti: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

- Registro angioplastiche coronariche (REAL): soddisfare il debito informativo concordato; in aggiunta verrà avviato un progetto dedicato al monitoraggio delle trombosi ischemiche e delle modalità di trattamento farmacologico impiegato per la loro prevenzione.

Aziende partecipanti: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda USL di Piacenza, Azienda USL di Modena, Azienda USL di Bologna, Azienda USL di Ravenna, Azienda USL di Forlì, Azienda USL di Rimini, Salus Hospital di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

- Registro sepsi in terapia intensiva: soddisfare il debito informativo concordato; in particolare, va garantita la partecipazione al Progetto Laser "Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna", per quanto concerne l'attuazione a livello aziendale del percorso formativo definito a livello regionale e la partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni, in particolare di sepsi, in terapia intensiva.

Aziende partecipanti: tutte le Aziende sanitarie regionali.

- Registro Tomografia Computerizzata Multistrato Cardiaca: soddisfare il debito informativo concordato, al fine di rendere possibile in corso d'anno la produzione del primo report di attività' di questo registro ed il monitoraggio dell'appropriatezza d'uso della tecnologia.

Aziende partecipanti: Azienda USL di Parma, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda USL di Modena, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda USL di Ferrara, Azienda USL di Ravenna.

16 L'Innovazione sociale

16.1 Governance e programmazione

Nel 2010 il sistema di governance delle politiche sociali e sociosanitarie verrà messo a dura prova per l'aggravarsi del contesto economico e conseguentemente della condizione sociale, ma soprattutto per la prevedibile contrazione delle risorse a disposizione.

Occorre che gli Organismi locali della governance, la CTSS e i Comitati di distretto siano messi in grado di assumere le opportune e tempestive iniziative per contrastare l'aggravarsi della qualità di vita dei cittadini e per difendere il livello qualitativo dei servizi sociali e sanitari e la condizione professionale degli operatori.

Le Aziende, che dispongono di un eccellente patrimonio di professionalità ed esperienze, sono chiamate a partecipare agli Uffici di supporto e agli Uffici di piano, per supportare adeguatamente le funzioni istituzionali degli Organismi e consolidare il sistema di governance.

Indicatore: numero di ore/professionista messe a disposizione degli Uffici di supporto e degli Uffici di Piano.

16.2 Accredimento dei servizi socio sanitari

Dal 15 marzo è entrato in vigore il sistema di accreditamento per i servizi sociosanitari ed è in fase di completamento la normativa relativa ad alcune tipologie di servizi.

Le Aziende devono integrare la loro committenza con quella dei Comuni, soprattutto nella definizione dei contratti di servizio con i gestori dei servizi accreditati, con lo scopo di favorire il pieno raggiungimento degli obiettivi che Regione ed Enti locali si sono dati attraverso l'accreditamento:

- Attenzione all'utente e alla sua soddisfazione,
- Gestione unitaria dei percorsi di cura ed assistenza,
- Integrazione degli interventi sociali e sanitari,
- Qualificazione professionale degli operatori (in particolare degli OSS) e pieno riconoscimento dei loro diritti contrattuali,
- Sviluppo dei servizi che devono assumere una valenza distrettuale (con particolare riferimento all'assistenza domiciliare),
- Sviluppo della qualità dei servizi.

Indicatore: numero di contratti di servizio stipulati con i soggetti gestori di servizi accreditati, rapportati al numero di accreditamenti concessi.

16.3 Sviluppo del sistema informativo sociale e sociosanitario

Sono stati elaborati indirizzi per lo sviluppo dei sistemi informativi in area sociale e sociosanitaria, per definire una architettura del sistema, che tenga conto della necessità di connettere sistemi e banche dati, del fabbisogno informativo dei diversi livelli territoriali della governance, della esigenza di una coerenza interna dei flussi informativi.

Aziende e Comuni debbono collaborare alla realizzazione di una più precisa definizione dei fabbisogni informativi in ambito distrettuale ed aziendale, scegliendo soluzioni informative gestionali coerenti ed integrate, almeno nell'ambito aziendale.

Le Aziende dovranno farsi carico di assicurare la realizzazione dei flussi sociosanitari e – ove non fosse disponibile la Provincia – a gestire le banche dati di ambito territoriale intermedio.

Indicatore: numero di sistemi informativi gestionali in ambito distrettuale, dei Comuni e delle aziende, integrati tra di loro.

16.4 Sistema degli accessi ai servizi sociali e sociosanitari

Una migliore integrazione dei servizi sociali e sanitari passa attraverso una più puntuale definizione degli accordi convenzionali tra Aziende e Comuni sui sistemi di accesso, che devono essere adeguati alle esigenze di equità ed universalità, espresse dal PSSR.

Pertanto le Aziende dovranno verificare gli accordi convenzionali esistenti, per garantire la trasparente definizione:

- dei punti unitari di informazione e orientamento ai servizi,
- delle competenze dei servizi per quanto riguarda la prima valutazione del bisogno,
- delle unità di valutazione multidimensionali, per i casi complessi e le relative attribuzioni di competenze integrate,
- degli strumenti che consentano alle Unità una valutazione veramente congiunta dei casi,
- dei criteri per la individuazione del responsabile del caso e dei poteri ad esso delegati,
- delle modalità di presa in carico congiunta, delle responsabilità dei singoli strumenti, degli strumenti integrati di gestione dei casi.

Inoltre le Aziende favoriranno l'adozione in ambito distrettuale di regolamenti e protocolli operativi per la regolazione dei sistemi di accesso e per la definizione della contribuzione a carico dell'utente.

Indicatore: Presenza di convenzioni tra Comuni e Aziende, verificate nel corso dell'anno, che contengano gli elementi di cui sopra.

17 Cittadini, comunità e servizio sanitario

Obiettivi relativi alla gestione delle diversità in un'ottica di equità della programmazione aziendale ed erogazione dei servizi (accesso, procedure/linee guida) sono:

- adozione degli strumenti di equality assessment aziendali (scheda di auto-valutazione regionale, check list)
- partecipazione alla messa a punto di strumenti di valutazione delle buone pratiche in relazione alle diversità di genere, cultura, disabilità , età ecc., in una ottica di ottimizzazione delle risorse e stesura di raccomandazioni regionali
- sperimentazione nei profili di comunità di un set minimo di indicatori di disuguaglianze sociali per decisioni eque.

Obiettivi relativi al coinvolgimento e partecipazione dei cittadini sono:

- adozione del “Piano Programma Aziendale per l’ascolto e la partecipazione del cittadino”
- indagini qualità nei reparti di degenza secondo il Protocollo regionale e trasmissione dei dati (programmazione triennale)
 - indagini qualità specialistica ambulatoriale
 - indagini qualità nei Dipartimenti di Salute mentale
 - indagini qualità del percorso nascita
- partecipazione alla progettazione e sperimentazioni di interventi di empowerment di comunità in una ottica di partecipazione attiva dei cittadini alle scelte ed miglioramento dei servizi in una ottica di sviluppo di comunità
- Mantenimento in uso e sviluppo degli strumenti e delle metodologie di coinvolgimento ed ascolto dei cittadini in modo integrato e finalizzate all'apprendimento organizzativo (questionari di rilevazione della qualità percepita, sistema informativo delle segnalazioni dei cittadini....).

18 Accredimento

- Attivare le organizzazioni coinvolte ai fini del rinnovo dell'accREDITamento.
- Realizzare audit organizzativi intermedi, rispetto alla scadenza dell'accREDITamento finalizzati al
 - mantenimento dei comportamenti organizzativi e professionali richiesti;
 - implementazione dei requisiti specifici maturati dopo la concessione dell'accREDITamento
 - implementare gli aspetti pertinenti contenuti nelle raccomandazioni relative alla gestione del rischio e nella DGRER 1706/09.
- Integrare nel sistema documentale relativo all'accREDITamento la documentazione richiesta per la gestione del rischio (programmazione, verifiche aziendali, procedure/istruzioni operative di Dipartimentali o di unità operativa).

19 Progetti/Servizi ICT

Avvio dei processi di omogeneizzazione ed integrazione dei sistemi informativi amministrativi aziendali a livello provinciale, di Area Vasta e regionale, con l'evidenza del contesto organizzativo nel quale si inserisce quale importante elemento di supporto al percorso di progressiva razionalizzazione/comunicazione all'interno del sistema sanitario regionale.

Risultati attesi

- Aggiornamento su SISINFO della situazione relativa ai SI amministrativi
- Prosecuzione nelle attività di implementazione dei progetti ICT per la parte sanitaria, socio-sanitaria e sociale.

Risultati attesi

- Estensione della sperimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico personale e del Patient Summary;
- Estensione della sperimentazione della prescrizione Elettronica (specialistica ambulatoriale e farmaceutica);
- Diffusione della prenotazione on-line delle prestazioni sanitarie direttamente da parte del cittadino;
- Diffusione dell'utilizzo del CUP Integratore per la presa in carico dell'assistito nei percorsi interaziendali con riferimento a prestazioni di particolare complessità o per prestazioni richieste da utenti che risiedono in zone di confine tra un'Azienda e l'altra.

Indicatori

- Definizione e invio del piano di sperimentazione del FSE. Numero di assistiti per i quali è stato creato un Patient Summary.
- Numero di prescrizioni elettroniche inviate.
- Tipologia di prestazioni presenti nel Catalogo SOLE rese disponibili per la prenotazione on-line e sul CUP Integratore.

19.1 SOLE

Risultati attesi

- Completamento delle azioni organizzative necessarie all'adeguamento della gestione del consenso SOLE alla circolare regionale 6/2009.
- Comunicazione dei componenti MMG/PLS dei Nuclei di Cure Primarie per l'attivazione in rete orizzontale SOLE.
- Diffusione presso tutti gli ambulatori di specialistica ambulatoriale dell'utilizzo di strumenti informatici per la compilazione della prescrizione (ricetta rossa e/o ricetta elettronica) con l'uso del Catalogo regionale SOLE, secondo le modalità definite nell'ambito dei progetti ICT regionali.
- Diffusione dell'utilizzo della Carta Operatore sia ai fini dell'autenticazione che della firma digitale.

- Implementare gli adeguamenti dei sistemi informativi dipartimentali per incrementare lo scambio di dati sanitari strutturati dei referti secondo gli standard CDA a cui l'infrastruttura SOLE si conforma.
- Consolidamento funzionalità avviate del ciclo SOLE:
 - *CUP e Accesso Diretto (laboratorio, ecc.):* prenotazione/accettazione delle prescrizioni presenti sul repository SOLE
 - *Refertazione di Laboratorio* con l'utilizzo del Catalogo regionale SOLE
 - *Refertazione di Radiologia* con l'utilizzo del Catalogo regionale SOLE
 - *Refertazione di Specialistica* con l'utilizzo del Catalogo regionale SOLE
 - *Invio dei Referti di Pronto Soccorso*
 - *Invio delle notifiche di ricovero, di dimissione e delle lettere di dimissione ;*
 - *Catalogo regionale SOLE: completamento dell'adeguamento e dell'allineamento del catalogo Aziendale secondo indicazioni regionali e secondo gli eventuali aggiornamenti riguardanti il Catalogo regionale SOLE*
 - *Gestione Integrata Diabete: diffusione dell'utilizzo delle funzionalità SOLE a supporto della gestione integrata del paziente diabetico sia da parte dei MMG che delle Strutture Diabetologiche.*
- Formazione:
 - *Predisposizione e attuazione di un piano formativo rivolto ai MMG, PLS e agli operatori delle aziende in modalità e-learning utilizzando il catalogo dei corsi "SOLE" sulla piattaforma regionale "SELF".*

Indicatori

- **Consenso:** % consensi raccolti rispetto al totale degli assistiti dell'azienda
- **Reti orizzontali SOLE:** % del numero assoluto (N) dei MMG/PLS attivati in R.O. NCP rispetto al numero assoluto totale (M) dei convenzionati. % del numero assoluto (X) NCP attivati rispetto al numero assoluto totale (Y) NCP aziendali
- **Prescrizione informatizzata:** % Ricette informatizzate per medico specialista prescrittore, % Ricette informatizzate per medico specialista prescrittore che contengono la codifica SOLE della prestazione
- **Carta Operatore:** % Numero assoluto (N) di Carte attivate rispetto al numero assoluto (M) di Carte distribuite all'azienda. Valore obiettivo: 85%
- **CUP e Accesso diretto*:** % n. delle prenotazioni e accettazioni SOLE / n. prescrizioni presenti nel repository SOLE.
- **Laboratorio*:** % del n. di prestazioni di laboratorio refertate con codifica SOLE rispetto al totale delle prestazioni di laboratorio prenotate SOLE.
- **Radiologia*:** % del n. di prestazioni di radiologia refertate con codifica SOLE rispetto al totale delle prestazioni di radiologia prenotate o accettate SOLE.
- **Specialistica*:** % del n. prestazioni di specialistica refertate con codifica SOLE rispetto al totale delle prestazioni di specialistica prenotate o accettate SOLE.
- **Pronto Soccorso*:** % del n. dei referti di PS inviati/ n. referti di PS totali a livello aziendale (Fonte dati: ASA)

- Ricoveri*: n. Accettazioni-Dimissione inviate/ n. Accettazioni-Dimissione totali a livello aziendale (Fonte dati: SDO)
- Catalogo regionale SOLE: % prestazioni del Catalogo Aziendale allineate al Catalogo regionale SOLE, % presenza agli incontri del gruppo regionale
- Formazione: % MMG/PLS che hanno svolto almeno una sessione di formazione in e-learning. Valore obiettivo: 15% dei MMG/PLS attivi in SOLE.

*: Per ciascuna azienda saranno definiti i valori obiettivo specifici.

19.2 Supporto al Piano Attuativo Regionale per il contenimento dei tempi d'attesa: sistema CUP

Risultati attesi

- Aumento della tipologia di prestazioni prenotabili telefonicamente e/o on-line fino al raggiungimento della quota minima del 30%;
- Rilevazione del bacino di riferimento all'atto della prenotazione per il 100% delle prestazioni oggetto di monitoraggio;
- Completamento dell'inserimento dell'offerta nel sistema CUP provinciale;
- Gestione delle classi di priorità nella modulazione dell'offerta;
- Diffusione dell'uso del sistema di Pagamento on-line del ticket, anche tramite predisposizione di una campagna informativa in accordo e coordinata con il livello regionale;
- Incremento del numero di agende da rendere disponibili nel sistema CUP Integratore fino al raggiungimento della quota minima pari al 10% del totale delle agende;
- Avvio delle attività di omogeneizzazione a livello provinciale delle preparazioni per l'accesso all'erogazione della prestazione come da DGR 1532 del 2006.

Indicatori

- % di prenotazioni telefoniche sul totale + % di prenotazioni on line su totale; % di tipologia di prestazioni prenotabili telefonicamente rispetto al totale delle prestazioni prenotabili nella banca dati numero verde;
- Percentuale di prestazioni oggetto di monitoraggio con rilevazione del bacino di riferimento;
- Percentuale offerta disponibile sul sistema CUP;
- N. prime visite/visite di controllo per disciplina, numero di prestazioni prenotate per ogni livello di priorità;
- Percentuale agende disponibili sul Cup Integratore
- % di prestazioni con modalità di preparazione unificate a livello provinciale.

19.3 Sistema integrato di gestione delle liste d'attesa per ricoveri ospedalieri (SIGLA)

Risultati attesi

- Invio dei dati prospettici di tutte le 10 branche specialistiche.

Indicatori

- Invio dati SI/NO.

19.4 Call center Numero Verde regionale

Risultati attesi

- Implementazione ed aggiornamento in tempo reale della banca dati informativa per la relativa parte aziendale e coordinamento con il livello regionale;

Indicatori

- n° difformità di allineamento alla banca dati.

19.5 Sistema di Monitoraggio dell'accesso alle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale (MAPS)

Risultati attesi

- Rispetto scadenze previste nell'invio e validazione dati sia del monitoraggio dei TDA che del monitoraggio delle sospensioni di erogazione
- Facilitazione da parte delle Aziende ospedaliere delle operazioni necessarie al reperimento dei dati relativi ai TDA richiesti dalle AUSL.

Indicatori

- % di invii e validazioni effettuati entro le scadenze definite
- n. e tipologie criticità di rilevazione dati da parte delle AOSP.

19.6 Portale SISINFO

Risultati attesi

- Aggiornamento puntuale delle informazioni inerenti i sistemi informativi ed i progetti ICT aziendali sul portale SISINFO.

Indicatori

- Riscontro delle difformità presenti in banca dati.

19.7 Distribuzione per conto (DPC)

Risultati attesi

- Partecipazione al processo di implementazione della gestione informatizzata della DPC in rete con le farmacie del territorio per le Aziende sprovviste di un sistema già consolidato

Indicatori

- Per le Aziende partecipanti verranno valutate la numerosità delle discipline coinvolte ed dei relativi specialisti.

19.8 Monitoraggio delle applicazioni di Telemedicina

Risultati attesi

- Rilevazione dei progetti di telemedicina e inserimento sul Portale dell'Osservatorio nazionale e-care da parte dei referenti aziendali

Indicatori

- Rispetto delle tempistiche e livello di completezza dei dati inseriti.

19.9 DOCAREA+ e dematerializzazione dei documenti

Risultati attesi

- Completamento del processo di formazione;
- Registrazione sull'indice IPA della PEI aziendale (Posta Elettronica Istituzionale) ed eventuale struttura organizzativa di 1° livello;
- Invio delle comunicazioni alla Regione e alle altre aziende sanitarie con documenti elettronici firmati digitalmente e secondo modalità concordate tra gli stessi;
- Partecipazione ad iniziative regionali sperimentali di dematerializzazione dei processi di produzione di documenti clinici e amministrativi.

Indicatori

- Esiti del processo di formazione;
- Corretta registrazione della PEI;
- Numero di comunicazioni inviate tramite interoperabilità.

20 Sistema informativo regionale e debiti informativi delle aziende

Il sistema informativo della sanità e politiche sociali mediante un processo di reingegnerizzazione ha migliorato i servizi per le Aziende a supporto della gestione dei dati trasmessi alla Regione, cercando di garantire maggiore flessibilità nell'utilizzo delle funzioni a disposizione degli utenti, e potenziare così la capacità di analisi e lettura dei principali fenomeni sanitari. Gli obiettivi 2010 si delineano in un quadro di riferimento in continuità con il 2009 – il Piano sociale e sanitario, il Fondo regionale per la non autosufficienza, a cui si devono aggiungere alcuni impegni derivanti anche da vincoli nazionali. Infatti nel 2009 si è aggiornato il sistema di classificazione delle diagnosi e procedure (ICD IX-CM) alla base del sistema informativo delle dimissioni ospedaliere – SDO; inoltre si è adeguato il sistema informativo regionale attivando il sistema informativo dell'emergenza, 118 e Pronto Soccorso, delle residenze e semiresidenze per anziani e dell'assistenza domiciliare nell'area dell'integrazione socio-sanitaria. Altro importante impegno, sempre più crescente di anno in anno, riguarda il presidio dei fenomeni oggetto del monitoraggio degli adempimenti nazionali sull'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA: a questi adempimenti è riservata una quota d'accesso al Fondo Sanitario Nazionale - FSN.

Gli obiettivi 2010 si possono così sintetizzare:

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

Alla luce di nuove indicazioni derivanti dall'aggiornamento della normativa nazionale, così come specificato nelle circolari sulla gestione del flusso ASA di specialistica ambulatoriale e nelle circolari sulle ricette, nel 2010 va a regime il progetto Tessera Sanitaria - collegamento in rete dei medici prescrittori e trasmissione del prescritto. La regione si è impegnata con il Ministero dell'Economia e Finanze - MEF a trasmettere il prescritto. E' obiettivo delle Aziende trasmettere alla regione l'80% del prescritto entro giugno 2011.

Si sottolinea che il progetto Tessera Sanitaria e monitoraggio della spesa ai sensi dell'art. 50/2003 rientra tra gli adempimenti previsti ai fini dell'accesso a quote del FSN.

20.2 Attività a supporto del Progetto Tessera Sanitaria

- **Anagrafe degli assistiti**
E' obiettivo delle Aziende USL garantire l'allineamento dell' Anagrafe aziendale con quella regionale, e con l'Anagrafe del Sistema TS.
- **Anagrafe dei medici prescrittori**
E' obiettivo delle Aziende garantire la manutenzione e aggiornamento di questo archivio che avrà un ruolo fondamentale nello sviluppo della "ricetta elettronica", nell'ambito del progetto Tessera Sanitaria: a questo scopo è obiettivo delle Aziende comunicare tempestivamente l'assegnazione ricettario-medico.

20.3 Assistenza farmaceutica

Gli obiettivi individuati nell'ambito della sezione "Politiche del farmaco" 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° 1 del 10 gennaio 2009. L'obiettivo è di garantire coerenza e qualità delle rilevazioni.

20.4 Dispositivi medici

Il D.M. del 27 giugno 2010 prevede l'attivazione su base nazionale del sistema informativo dei consumi di dispositivi medici, a partire dall'ultimo trimestre 2010. Le Aziende debbono garantire le attività connesse alla realizzazione del sistema di raccolta dati. Sono in via di definizione le regole regionali per la trasmissione dei dati di consumo.

20.5 Anagrafe delle strutture autorizzate ed accreditate

Le Aziende sanitarie devono garantire l'aggiornamento dell'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 e socio-sanitarie autorizzate.

20.6 Il sistema informativo dei consultori

A supporto delle attività della commissione nascita e in merito a quanto previsto dalla DGR 533/2009 si sono avviate le attività per la costruzione del sistema informativo dei consultori.

20.7 Sanità Pubblica

La regione sta provvedendo alla reingegnerizzazione/costruzione del sistema informativo delle malattie infettive e alert – SMIA per migliorare tempestivamente il monitoraggio di tali fenomeni. Sarà compito delle Aziende il pieno utilizzo del nuovo sistema informativo .
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.

20.8 Il sistema informativo del 118 e Pronto Soccorso

La circolare 11 del 2009 ai sensi del decreto 17/12/2008 pubblicato in G.U. il 9 gennaio 2009 attiva il sistema informativo nell'area dell'emergenza urgenza (118 e Pronto Soccorso). E' obiettivo delle aziende mettere in atto tutte le azioni necessarie a garantire la trasmissione corretta e tempestiva dei dati.

20.9 Mobilità sanitaria interregionale e internazionale

Nell'ambito della mobilità interregionale gli accordi con le Regioni di confine (Marche e Veneto) prevedono un impegno delle Aziende sanitarie a garanzia dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale mediante un'attività di controllo che vede, nel gruppo regionale costituito con determinazione 13491/2008 un punto di riferimento per la messa a punto di regoli comuni.

20.10 Integrazione socio-sanitaria

Oltre alle iniziative già in essere a supporto della gestione del FRNA, si è attivato il sistema informativo dell'assistenza residenziale per anziani – circolare 3 del 17 febbraio

2010. Le Aziende sono chiamate a garantire lo sviluppo della rilevazione per la parte di propria responsabilità.

20.11 Adempimenti (Patto per la Salute 3/12/2009)

Si riportano di seguito alcuni adempimenti alla cui verifica la Regione è soggetta da parte del Livello nazionale, secondo quanto previsto dall'Intesa del 23 marzo 2005 e confermata dal Patto per la Salute 2006. Si tratta di elementi di valutazione che confluiscono nella "Scheda di verifica dell'erogazione dei LEA", di compilazione regionale e verifica ministeriale.

Le aziende sono tenute ad alimentare tempestivamente le banche dati interessate e ad assicurare completezza e qualità dei dati; ci si riferisce, in particolare a:

1. Modelli ministeriali NSIS, Specialistica ambulatoriale, Assistenza farmaceutica e distribuzione diretta dei farmaci, SDO, CEDAP, Osservatorio investimenti, malattie infettive/vaccinazioni, Sanità veterinaria e alimenti, tossicodipendenza / alcooldipendenza, Indicatori D.M. 12/12/2001, Dispositivi medici.

2. Informazioni riferite al mantenimento dell'erogazione dei LEA, e precisamente:

- Indicatori sui vari livelli di assistenza:

Prevenzione, Prevenzione salute nei luoghi di lavoro, Distrettuale, Distrettuale anziani, Distrettuale disabili, Distrettuale malati terminali, Distrettuale farmaceutica, Distrettuale salute mentale, Ospedaliera, Emergenza.

- Verifiche sulle Procedure di accreditamento istituzionale per tutte le tipologie di strutture

- Verifiche sulla Riduzione delle aree di inappropriatazza per la specialistica ambulatoriale

- Verifiche sulla Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio

- Liste di attesa: Piani regionali sui Tempi d'attesa

- Verifiche sulla Riduzione assistenza ospedaliera erogata

- Valutazione sull'Attività di controllo sulle cartelle cliniche

- Valutazione degli Strumenti di valutazione multidimensionale dell'anziano e del disabile

- Carta dei Servizi: aggiornamento della carte dei servizi nelle Aziende sanitarie

- Implementazione percorsi diagnostici terapeutici: promozione e sviluppo.

- Edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico: potenziamento.

3. Per l'Assistenza Ospedaliera: indicatori su posti letto/standard e relativa appropriatezza.

4. Per l'Assistenza Extraospedaliera indicatori su: Assistenza domiciliare e residenziale, Cure residenziali per anziani e per disabili fisici, psichici e sensoriali stabilizzati, Cure a favore di pazienti con Alzheimer, Assistenza protesica, Cure palliative, Sanità penitenziaria, Prestazioni termali.

5. Piano Nazionale Aggiornamento del Personale Sanitario.

6. Piano Nazionale della Prevenzione: valutazione dello stato di avanzamento dei progetti regionali.

Si richiama in particolare l'aggiornamento della Carta dei Servizi aziendale quale elemento di specifica valutazione delle Direzioni aziendali per l'anno 2010; in corso d'anno tutte le

aziende sanitarie regionali dovranno provvedere ad una verifica ed aggiornamento delle rispettive Carte.

21 Qualità dei dati contabili, Modalità di rendicontazione e valutazione dei risultati

21.1 Bilancio aggregato delle Aziende sanitarie regionali

Nell'anno 2009 è stato costituito un Gruppo di lavoro allo scopo di definire un percorso funzionale alla predisposizione del bilancio aggregato del sistema sanitario regionale, previsto dalle disposizioni ministeriali.

Il Gruppo, al fine di affinare ulteriormente i meccanismi e le modalità che garantiscono l'omogeneità di sistemi contabili aziendali e l'uniformità nella predisposizione dei Bilanci d'esercizio e dei modelli ministeriali CE ed SP, ha predisposto una serie di documenti di natura amministrativo – contabile.

I documenti predisposti dal Gruppo, definitivamente condivisi dalle Aziende sanitarie a seguito di riunioni specifiche, dovranno trovare piena applicazione in sede di predisposizione del bilancio d'esercizio 2010 e delle periodiche rendicontazioni.

21.2 Adeguamento dei principali strumenti contabili

Nel corso del 2009 sono stati approvati i nuovi schemi regionali di bilancio (Regolamento regionale n. 1/2009) ed il nuovo Piano dei conti regionale (DGR n. 413/2009), che hanno consentito una corretta alimentazione dei nuovi modelli ministeriali CE ed SP ed una adeguata gestione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

A livello regionale è stata avviata la procedura di adeguamento dello schema regionale di Nota Integrativa e delle Linee guida economiche e patrimoniali, funzionali a garantire una omogenea alimentazione degli schemi di bilancio obbligatori. Le Aziende saranno impegnate per assicurare una corretta applicazione degli strumenti contabili predisposti a livello regionale.

Le Aziende dovranno assicurare una corretta alimentazione dei modelli ministeriali CE ed SP, ponendo particolare attenzione alle corretta contabilizzazione degli scambi di prestazioni infrazziendali, che in sede di consolidamento regionale sono oggetto di elisione, dando anche applicazione agli 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.

I competenti Servizi regionali svolgono 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. L'attività istruttoria è funzionale al miglioramento della qualità dei dati contabili.

Le Aziende sanitarie sono pertanto tenute a recepire le indicazioni di miglioramento contenute nella comunicazione riferita all'istruttoria tecnico contabile del Bilancio di esercizio 2009 in sede di predisposizione del Bilancio di esercizio 2010.

21.3 Verifica delle procedure amministrativo - contabili

Il nuovo Patto per la Salute 2010 – 2012 prevede che le Regioni si impegnino a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili e dei dati contabili, avviando contestualmente le procedure necessarie per addivenire alla certificabilità dei bilanci delle Aziende sanitarie.

A livello regionale sarà pertanto avviato un percorso per aggiornare e definire specifici principi contabili sul trattamento delle principali poste contabili, con particolare attenzione per le voci che necessitano di una valutazione aziendale, per individuare gli standard minimi di controllo per verificare l'effettiva applicazione dei principi e delle indicazioni regionali, per verificare l'adeguatezza dei manuali di organizzazione contabile e di controllo di gestione in uso presso le Aziende sanitarie, per recepire eventuali indicazioni fornite a livello ministeriale.

Il percorso prevede il coinvolgimento delle Aziende sanitarie e dei Collegi sindacali, anche attraverso incontri specifici. Ai Collegi sindacali verranno trasmessi i documenti prodotti a livello regionale utili allo svolgimento dei compiti istituzionali.

Le attività, da concludersi entro il 30/6/2011, verranno avviate entro il 31/12/2010.

21.4 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 l'avvio di 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.

Le Aziende sanitarie dovranno assicurare la partecipazione di funzionari operanti nell'ambito amministrativo – contabile all'attività formativa.

21.5 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 2010, le Aziende dovranno fare specifico riferimento alle attività svolte e ai risultati conseguiti rispetto alle linee di programmazione 2010. 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 2010, 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.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Leonida Grisendi, 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/2010/1507

data 20/09/2010

IN FEDE

Leonida Grisendi

omissis

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

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