

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno di LUNEDI' 28 (VENTOTTO) del mese di APRILE dell' anno 2008 (DUEMILAOTTO) si e' riunita nella residenza di VIALE A. MORO, 52, la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

- | | |
|------------------------|-------------------|
| 1) ERRANI VASCO | - Presidente |
| 2) DELBONO FLAVIO | - Vice Presidente |
| 3) BISSONI GIOVANNI | - Assessore |
| 4) CAMPAGNOLI ARMANDO | - Assessore |
| 5) DAPPORTO ANNA MARIA | - Assessore |
| 6) GILLI LUIGI | - Assessore |
| 7) PASI GUIDO | - Assessore |
| 8) RABBONI TIBERIO | - Assessore |
| 9) ZANICHELLI LINO | - Assessore |

Funge da Segretario l'Assessore ZANICHELLI LINO

OGGETTO: LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2008

COD.DOCUMENTO ECS/08/52711

PROGR. N. 602/2008

N. ORDINE 22

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- il Patto sulla salute, sul quale è stata sancita Intesa in sede di Conferenza Stato/Regioni in data 5 ottobre 2006 (rep. N. 2648), che ha ridefinito lo scenario di finanziamento del Servizio sanitario nazionale per il triennio 2007-2009, e ha delineato il quadro normativo e programmatico all'interno del quale Governo e Regioni hanno assunto i rispettivi impegni;
- la Legge finanziaria 2008 (legge 24 dicembre 2007, n.244);

Considerato che per il 2008 il livello complessivo di finanziamento nazionale del sistema sanitario resta definito in 99.082 milioni di euro, importo stabilito dal Patto per la salute e aggiornato con la Legge finanziaria per il 2007, come pure restano validi per il triennio 2007-2009 i criteri di riparto delle risorse tra le regioni, adeguati esclusivamente a seguito di variazioni nella numerosità della popolazione residente in ciascuna regione;

Preso atto delle integrazioni di risorse che la Finanziaria 2008 introduce e precisamente:

- 834 milioni di euro quale compensazione per la mancata applicazione, per il 2008, della quota fissa di 10 euro sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 661 milioni di euro quale copertura di maggiori oneri per l'applicazione dei nuovi contratti al personale dipendente, per gli anni 2007 e 2008, eccedenti rispetto agli accantonamenti cui le regioni sono tenute per gli anni medesimi;

Preso altresì atto che restano confermati tutti gli adempimenti posti in capo alle Regioni per l'accesso pieno alle risorse finanziarie ripartite, stabiliti con l'Intesa 23 marzo 2005 e ripresi integralmente dal Patto per la salute

del 2006, ivi compreso l'obbligo di garantire al servizio sanitario regionale l'equilibrio economico-finanziario sia in sede previsionale che in corso d'anno;

Ritenuto pertanto di impostare la programmazione finanziaria regionale 2008, in continuità con l'anno 2007, ponendosi come obiettivo l'equilibrio economico-finanziario;

Dato atto che il finanziamento del Servizio sanitario regionale può contare, per il 2008, su complessivi 7.182,944 milioni di euro, derivanti:

- quanto a 7.050,944, dal riparto approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 14/02/2008 (6.989,320 a finanziamento dei LEA e 61,624 a compensazione della mancata applicazione, per il 2008, della quota fissa di 10 euro sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale);
- quanto a 100 milioni, quale stima per la nostra Regione, del riparto delle risorse di FSN accantonate per il finanziamento degli obiettivi di carattere prioritario a livello nazionale;
- quanto a 32 milioni, stimati a valere sullo stanziamento nazionale di 661 milioni di euro a copertura dei maggiori oneri per l'applicazione dei nuovi contratti al personale dipendente, per l'anno 2008.

Considerato che la garanzia dell'equilibrio economico-finanziario viene data dalle risorse stanziato sul Bilancio regionale 2008-2010 e provenienti dalle ricadute sul bilancio regionale della manovra tributaria varata a fine 2006 dall'Assemblea legislativa regionale (LR 19/2006), per un ammontare massimo di 150 milioni di euro annui (lo stanziamento 2008 assicura l'equilibrio regionale per il 2007, mentre lo stanziamento 2009 garantisce il medesimo equilibrio per il 2008);

Considerato, altresì, che 100 milioni assicurano la copertura del fabbisogno finanziario connesso all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, mentre 50 alimentano il FRNA e si aggiungono, come per il 2007, alla quota consolidata a carico della sanità, pari a 211,270 milioni e alle risorse direttamente attribuite dal Bilancio regionale, che portano il FRNA ad un ammontare complessivo pari a 311,270 milioni;

Ritenuto, conseguentemente, di impostare la programmazione finanziaria per il 2008 su un livello complessivo di risorse pari a 7.332,944 milioni di euro, di cui:

- 6.884,678 milioni vengono destinati al finanziamento dei Livelli di assistenza; il riparto tra le aziende avviene a quota capitaria, per progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento; di questi, 211,270 milioni costituiscono la quota consolidata a finanziamento del FRNA;
- 50,950 milioni costituiscono il Fondo di sostegno ai piani di rientro aziendali, in continuità rispetto agli anni precedenti; le Aziende USL interessate dai piani di rientro sono: Piacenza, Bologna, Ferrara, Ravenna;
- 188,100 milioni costituiscono l'accantonamento a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario complessivo, e a sostegno dei processi di qualificazione definiti a livello regionale e locale;
- 95,960 milioni sono riservati al finanziamento del Sistema integrato SSR-Università; in particolare, per il 2008 viene prevista una specifica linea di finanziamento quale contributo per il trascinarsi sul 2008 degli oneri riferiti al rinnovo contrattuale del personale dipendente 2006-2007;
- 49,256 milioni sono trattenuti a finanziamento delle strutture e dei progetti regionali (ICT il più rilevante); di questi, 7,106 milioni costituiscono accantonamento a riserva;
- 14 milioni restano accantonati per far fronte ai differenziali di tariffe per il 2007 (regionale e TUC), il cui importo definitivo verrà conosciuto entro il 1° semestre 2008;
- 50 milioni vengono confermati ad ulteriore finanziamento del FRNA.

Considerato altresì che per definire il complessivo livello delle risorse a disposizione del Servizio sanitario regionale per il 2008 si aggiungono:

- 307 milioni quale acconto per la remunerazione delle prestazioni rese in regime di mobilità inter-regionale,
 - 400 milioni circa di entrate dirette delle Aziende sanitarie, a fronte di prestazioni rese,
- risorse che, pur concorrendo alla copertura della complessiva spesa sanitaria regionale, dovranno essere

contabilizzate nei bilanci aziendali in relazione alle prestazioni e servizi effettivamente resi in corso d'anno;

Ritenuto che l'equilibrio economico-finanziario costituisca vincolo e obiettivo sia per il servizio sanitario regionale che per le singole aziende e rappresenti anche condizione per garantire un governo flessibile del personale e assicurare lo sviluppo dell'area della integrazione socio-sanitaria;

Valutata l'esigenza di impegnare le direzioni delle aziende sanitarie regionali alla predisposizione degli strumenti di programmazione economico-finanziaria per il 2008 nel rigoroso rispetto delle linee di indirizzo definite in allegato al presente provvedimento;

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

Acquisita la relazione " Criteri di Finanziamento delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna - Anno 2008", allegata parte integrante del presente provvedimento;

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

Richiamata la propria deliberazione n. 1448 dell'1/10/2007 di approvazione della proposta di Piano Sociale e Sanitario 2008-2010;

Ritenuto di formulare per il 2008 linee di indirizzo e programmazione per le aziende sanitarie secondo i contenuti di cui al documento "Linee di

programmazione per il 2008", allegato parte integrante del presente provvedimento, dando atto che il documento costituisce il quadro degli obiettivi per il Servizio sanitario regionale per l'anno in corso, coerenti con le prospettive strategiche delineate nel PSSR;

Visto il parere favorevole espresso dalla Commissione Consiliare Sanità e Politiche Sociali nella seduta del 21 aprile 2008;

Richiamate la proprie deliberazioni di seguito indicate:

- n. 1057 del 24.7.2006, "Prima fase di riordino delle strutture organizzative della Giunta regionale. Indirizzi in merito alla modalità di integrazione interdirezionale e di gestione delle funzioni trasversali;

- n. 1150 del 31.7.2006, "Approvazione degli atti di conferimento degli incarichi di livello dirigenziale (decorrenza 1.8.2006)";

- n. 1663 del 27.11.2006, "Modifiche all'assetto delle Direzioni Generali della Giunta e del Gabinetto del Presidente";

- n. 450 del 3.4.2007, "Adempimenti conseguenti alle delibere 1057/2006 e 1663/2006. Modifiche agli indirizzi approvati con delibera 447/2003 e successive modifiche";

Dato atto del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, Dott. Leonida Grisendi, in applicazione dell'articolo 37, 4° comma, della Legge Regionale n. 43/2001 e successive modificazioni e della propria deliberazione n. 450/2007;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

a) di dare atto che le risorse a finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per il 2008 ammontano a complessivi 7.182,944 milioni di euro, di cui 7.050,944 milioni di euro derivanti dal riparto approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 14 febbraio 2008, cui si aggiungono le risorse per il perseguimento degli obiettivi prioritari nazionali, stimati in 100 milioni, e le risorse a valere sullo stanziamento nazionale di 661 milioni di euro a copertura dei maggiori oneri per l'applicazione dei nuovi contratti al personale dipendente, per l'anno 2008, stimate per la regione Emilia-Romagna in 32 milioni di euro;

b) di quantificare in 150 milioni di euro il fabbisogno residuo a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale per il 2008, da finanziarsi a carico del bilancio regionale 2009, con le risorse derivanti dalla manovra fiscale in premessa illustrata e qui integralmente richiamata;

c) di dare espressamente atto che dei suddetti 150 milioni di euro, 100 assicurano la copertura del fabbisogno finanziario connesso all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, mentre 50 alimentano il FRNA e si aggiungono, come per il 2007, alla quota consolidata a carico della sanità, pari a 211,270 milioni e alle risorse direttamente attribuite dal Bilancio regionale, che portano il FRNA ad un ammontare complessivo pari a 311,270 milioni;

d) di destinare le complessive risorse, pari a 7.332,944 milioni così come in premessa definito e analiticamente rappresentato in Tabella 1, allegata parte integrante del presente provvedimento;

e) di provvedere al finanziamento delle aziende USL secondo i criteri e i contenuti illustrati nel documento "Criteri di Finanziamento delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna - Anno 2008", allegato parte integrante del presente provvedimento (Allegato A) per un ammontare pari a 6.277,820 milioni di euro, riservando a successivi e separati provvedimenti il riparto tra le aziende delle restanti somme accantonate; il riparto alle Aziende è riportato nelle Tabelle 2 e 3 allegate al presente provvedimento, parti integranti del medesimo;

f) di allegare le "Linee di programmazione per il 2008", quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato B), quale strumento utile alla predisposizione dei bilanci e di indirizzo rispetto alla più complessiva gestione aziendale;

g) di disporre che il documento "Linee di programmazione per il 2008" di cui al punto precedente costituisca il quadro degli obiettivi cui impegnare le Direzioni aziendali, obiettivi rispetto ai quali saranno operate le valutazioni e assunti i conseguenti provvedimenti a livello regionale;

h) di definire che la verifica dell'andamento della gestione aziendale rispetto all'obiettivo assegnato debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo verifica straordinaria entro il mese di settembre, e che dell'esito delle verifiche debbano essere informate le Conferenze territoriali sociali e sanitarie;

i) di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino ufficiale della regione.

- - -

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE - PROGRAMMAZIONE 2008
TABELLA 1

(importi in migliaia di euro)		Previsione 2008
1	FINANZIAMENTO DEI LIVELLI DI ASSISTENZA	6.884.678
	Risorse distribuite a quota capitaria	6.277.820
	Finanziamento integrazione socio sanitaria - Quota consolidata 2006 a finanziamento del FRNA	211.270
	Adeguamento dei finanziamenti alla popolazione all'1 gennaio	10.000
	Assistenza termale	16.911
	Assistenza ai pazienti dimessi dagli ex OO.PP e progetti di innovazione Salute Mentale	42.000
	ARPA (comprensivi i progetti)	50.076
	Oneri vari personale dipendente (esclusività,...)	200.000
	Progetti e funzioni sovra-aziendali: - Specificità aziendali	76.600
	Emergenza 118	23.700
	Progetto sangue ed emoderivati	11.500
	Trapianti e medicina rigenerativa	6.400
	Altre funzioni sovra-aziendali	19.250
	Interventi sanitari a carattere umanitario	1.550
	Assistenza farmaceutica nelle carceri	1.800
	Obiettivi specifici Ospedali privati accreditati (per il solo 2007)	-
	Specificità aziendali	12.400
2	FINANZIAMENTO SISTEMA INTEGRATO SSR - UNIVERSITA'	95.960
	Integrazione tariffaria per impatto di ricerca e didattica	43.000
	Integrazione tariffaria su progetti di ricerca	10.000
	Contributo per trascinarsi arretrati contratto	19.000
	Esclusività di rapporto del personale universitario (compreso personale II.OO.RR.)	9.660
	Corsi universitari delle professioni sanitarie	14.300
3	FINANZIAMENTO STRUTTURE e FUNZIONI REGIONALI, INNOVAZIONE	49.256
	Agenzia Sanitaria Regionale	4.150
	Obiettivi e progetti per l'innovazione...	33.000
	Altro (sistemi informativi, materiali di consumo)	5.000
	Accantonamento a riserva	7.106
4	FONDO DI SOSTEGNO AI PIANI DI RIENTRO (quota storica)	50.950
5	ACCANTONAMENTO A GARANZIA DELL'EQUILIBRIO ECON.FIN. E A SOSTEGNO DEI PROCESSI DI QUALIFICAZIONE DELLE AZIENDE SSR	188.100
6	DIFFERENZIALE TARIFFE REGIONALI/TUC	14.000
7	Ulteriore contributo al FRNA	50.000
	TOTALE RISORSE A FINANZIAMENTO SSR	7.332.944
	di cui RISORSE REGIONALI A GARANZIA DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO E AVVIO DEL FRNA	150.000

Tabella 2
FINANZIAMENTO 2008:
Coefficienti di assorbimento per livelli di assistenza

Aziende USL	Prevenzione collettiva	Assistenza distrettuale								Ospedaliera	TOTALE
	(1)	Farmaceutica territoriale	MMG (2)	Specialistica (3)	Salute Mentale (4)	Dipendenze patologiche (5)	ADI e HOSPICE (6)	Residenziali e semi (7)	Altro (8)	(9)	
Piacenza	0,321	1,048	0,455	1,006	0,235	0,060	0,156	0,318	0,184	3,120	6,905
Parma	0,512	1,531	0,729	1,497	0,360	0,104	0,226	0,460	0,288	4,567	10,274
Reggio Emilia	0,599	1,686	0,873	1,703	0,445	0,098	0,237	0,472	0,388	5,049	11,549
Modena	0,749	2,319	1,153	2,317	0,590	0,128	0,327	0,645	0,491	6,853	15,572
Bologna	0,820	3,106	1,444	3,013	0,703	0,257	0,461	0,932	0,565	9,082	20,382
Imola	0,118	0,459	0,218	0,448	0,108	0,030	0,067	0,134	0,089	1,334	3,004
Ferrara	0,360	1,384	0,607	1,316	0,295	0,079	0,205	0,411	0,215	4,060	8,933
Ravenna	0,380	1,405	0,605	1,353	0,316	0,095	0,209	0,424	0,253	4,064	9,103
Forlì	0,215	0,672	0,309	0,650	0,154	0,038	0,100	0,204	0,125	1,952	4,418
Cesena	0,215	0,684	0,328	0,685	0,174	0,042	0,094	0,183	0,142	1,986	4,532
Rimini	0,311	1,006	0,503	1,014	0,261	0,079	0,138	0,270	0,213	2,935	6,729
TOTALE REGIONE	4,60	15,30	7,23	15,00	3,64	1,01	2,22	4,45	1,55	45,00	100,00
Totale comprensivo di ARPA	5,35						Con quota FRNA	7,40			
Quote livelli di assistenza 2007	4,50	14,50	6,63	14,50	3,60	1,00	2,20	7,40	1,67	44,00	100,00

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

(2) L'assegnazione, fatta sulla base della distribuzione dei costi, tiene conto anche della previsione di maggiori oneri dovuti al rinnovo delle convenzioni.

(3) La popolazione è stata corretta tenendo conto degli studenti imputati al 25%

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

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

(6) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 45-74 e oltre i 75 anni.

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

(8) Comprende tra l'altro l'attività dei consultori familiari, l'emergenza extraospedaliera ; l'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione di età<65 anni, delle donne in età feconda e dei bambini di età 0-4

(9) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2004-2006, e day hospital .

Tabella 3
FINANZIAMENTO 2008:
Assegnazione risorse per livelli di

Aziende USL	Prevenzione collettiva (1)	Assistenza distrettuale								Ospedaliera (9)	TOTALE
		Farmaceutica territoriale	MMG (2)	Specialistica (3)	Salute mentale (4)	Dipendenze Patologiche (5)	ADI e HOSPICE (6)	Residenziale e semi (7)	Altro (8)		
Piacenza	20.171.037	65.804.422	28.593.134	63.159.515	14.736.730	3.786.549	9.813.190	19.970.436	6.230.673	195.852.670	428.118.357
Parma	32.160.169	96.098.284	45.793.342	93.992.757	22.615.566	6.522.906	14.199.979	28.851.668	9.628.414	286.677.273	636.540.358
Reggio Emilia	37.576.487	105.830.809	54.828.455	106.890.894	27.950.664	6.153.757	14.893.653	29.613.778	12.113.912	316.947.637	712.800.046
Modena	46.995.111	145.613.038	72.405.391	145.428.225	37.027.105	8.066.221	20.509.279	40.486.481	15.872.106	430.205.322	962.608.278
Bologna	51.451.908	195.005.277	90.656.617	189.127.534	44.149.638	16.130.661	28.913.924	58.518.846	18.763.343	570.168.024	1.262.885.771
Imola	7.378.040	28.798.607	13.696.026	28.097.367	6.783.316	1.913.443	4.188.620	8.418.625	2.900.510	83.719.312	185.893.865
Ferrara	22.628.169	86.864.096	38.133.173	82.588.451	18.517.969	4.947.168	12.867.723	25.825.281	7.702.387	254.872.858	554.947.275
Ravenna	23.854.722	88.211.213	37.984.321	84.959.023	19.819.906	5.952.784	13.101.218	26.612.931	8.416.796	255.128.389	564.041.304
Forlì	13.528.553	42.160.695	19.413.221	40.796.044	9.637.782	2.365.558	6.279.963	12.791.620	4.107.185	122.564.617	273.645.239
Cesena	13.508.032	42.949.518	20.560.387	42.992.036	10.913.780	2.608.665	5.909.103	11.508.859	4.668.493	124.648.679	280.267.554
Rimini	19.527.493	63.170.501	31.548.754	63.641.153	16.360.191	4.958.270	8.690.951	16.924.315	7.016.105	184.234.219	416.071.954
TOTALE REGIONE	288.779.720	960.506.460	453.612.821	941.673.000	228.512.648	63.405.982	139.367.604	279.522.841	97.419.924	2.825.019.000	6.277.820.000

- (1) I criteri adottati sono specifici per funzione: la funzione igiene pubblica tiene conto della popolazione residente integrata con i flussi turistici e gli studenti; per la funzione veterinaria si è utilizzata l'attività pesata. Per la funzione sicurezza e igiene del lavoro sono state considerate unità produttive e addetti; per le verifiche di sicurezza si è tenuto conto degli impianti da verificare.
- (2) L'assegnazione, fatta sulla base della distribuzione dei costi, tiene conto anche della previsione di maggiori oneri dovuti al rinnovo delle convenzioni.
- (3) La popolazione è stata corretta tenendo conto degli studenti imputati al 25%
- (4) L'assegnazione è stata fatta sulla base della pop. residente di età 18 - 64 anni; per la neuropsichiatria infantile si è tenuto conto della pop. < 18 aa. Non comprende i finanziamenti per l'ex O.P. finanziato ad hoc, e l'assistenza ospedaliera (SPDC e case di cura private) ricompresa nello specifico livello: considerando anche queste voci le quote destinate alla Salute mentale si attestano attorno al 5%.
- (5) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15 - 54 anni corretta con la prevalenza della tossicodipendenza ed alcoldipendenza.
- (6) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 45-74 e oltre i 75 anni.
- (7) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione ultra 75-enne per il 4,45%;
- (8) Comprende tra l'altro l'attività dei consultori familiari, l'emergenza extraospedaliera; l'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione di età < 65 anni, delle donne in età feconda e dei bambini di età 0-4.
- (9) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2004-2006, e day hospital.



ALLEGATO A

Criteri di Finanziamento delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna Anno 2008

L'allocazione delle risorse finanziarie alle Aziende Usl del Servizio sanitario regionale, secondo quanto ribadito anche dalla Legge regionale 29 del 23 dicembre 2004, all'art.3 comma 2, viene effettuata in base alla numerosità della loro popolazione, ponderata sulla base di criteri espliciti e predefiniti, che tengono conto delle differenze delle caratteristiche socio-demografiche e di bisogno sanitario esistenti fra le diverse aree geografiche¹.

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

Per l'assegnazione 2008, si evidenziano i seguenti elementi:

- 1) Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), attivato in attuazione dell'art. 51 della Legge Regionale 27/2004, è ormai a regime. Al Fondo sono confluite anche risorse sanitarie che storicamente venivano attribuite alle aziende Usl a quota capitaria a finanziamento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani (pari ad una percentuale di circa il 3% delle complessive risorse attribuite a quota capitaria);
- 2) L'incremento delle risorse disponibili per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, pari al +5,73 % rispetto al 2007 ed il ridimensionamento della quota da destinare al livello "assistenza residenziale e semiresidenziale" (stante l'avvio del FRNA), ha comportato la necessità di rideterminare le quote percentuali da destinare sia ai tre livelli di assistenza – Sanità pubblica, Distrettuale e Ospedaliera – sia, all'interno del Livello distrettuale, ai singoli sottolivelli di assistenza, al fine anche di poterli mantenere allineati ai valori di spesa programmati.
- 3) I criteri sono stati applicati alla popolazione residente in ciascuna Usl all'1/1/2007. Si assiste ormai da diversi anni ad un aumento della popolazione regionale complessiva, strettamente connessa all'immigrazione, che non interessa in modo omogeneo tutti gli ambiti territoriali. Anche per il 2008 è quindi prevista la verifica della consistenza della popolazione residente all'1/1/2008 ed una conseguente eventuale revisione del finanziamento; allo scopo si è provveduto ad effettuare uno specifico accantonamento di risorse, pari a 10 milioni di euro (per il 2007 per l'adeguamento dei finanziamenti al livello di popolazione registrato ad inizio anno sono stati utilizzati 6,250 milioni);
- 4) Vengono confermati i criteri di finanziamento utilizzati per il finanziamento 2007; si è provveduto, in continuità con gli anni precedenti, ad aggiornare i dati relativi all'utilizzo dei diversi servizi da parte della popolazione residente, dati che stanno alla base del sistema di ponderazione.

¹ Il riparto alle aziende Usl delle risorse a quota capitaria ponderata non esaurisce il finanziamento delle prestazioni ricomprese nei livelli di assistenza; a tale finanziamento concorrono anche le risorse attribuite con parametri non strettamente correlati alla numerosità della popolazione residente, nonché le entrate dirette delle aziende sanitarie; nella definizione delle percentuali di assorbimento delle risorse si è privilegiato, in alcuni casi, di tenere conto dei livelli di spesa programmati, in altri è la percentuale di risorse dedicate ad avere la funzione di indirizzo alle aziende Usl

Di seguito sono illustrate, per ciascun livello essenziale di assistenza, le modifiche introdotte per l'anno 2008.

1° Livello: Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (4,6%)

La quota assegnata a questo livello aumenta dello 0,1% rispetto agli anni precedenti, coerentemente all'attenzione prestata alla sicurezza sul lavoro.

Complessivamente, e tenendo conto della quota destinata all'Arpa, il 1° livello di assistenza assorbe il **5,35%** delle risorse assegnate.

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

- *Igiene pubblica*: assorbe il 44% delle risorse del primo livello.

L'assegnazione tra le diverse aziende ha tenuto conto della popolazione residente all'1/1/2007, integrata con una stima dei flussi turistici e della presenza di studenti universitari fuori-sede. In particolare, sulla base dei dati forniti dall'Assessorato al Turismo relativi all'anno 2006, sono stati considerati i flussi turistici dell'Appennino emiliano-romagnolo, della riviera e dei capoluoghi di provincia. La numerosità della presenza turistica e la sua durata è stata espressa in numero di persone-anno equivalenti. Per gli iscritti all'Università residenti fuori provincia, sono stati utilizzati i dati forniti dall'Assessorato alla Formazione ed Università relativi all'anno accademico 2005-2006, anch'essi rapportati a persone-anno equivalenti.

- *Sicurezza e igiene del lavoro*: assorbe il 18% delle risorse del primo livello. I criteri hanno tenuto conto del numero delle unità locali da controllare e del relativo numero di addetti.
- *Verifiche di sicurezza*: assorbe il 6,5% delle risorse del livello, distribuite in base al numero degli impianti da verificare.
- *Veterinaria*: assorbe il 31,5% delle risorse del 1° livello. All'interno di questa funzione è stata distinta la Sanità Pubblica (pari al 45% della veterinaria), assegnata in base al numero di Unità Bovine Equivalenti (UBE) e l'igiene degli alimenti (55%) distribuita in base alla popolazione residente all'1/1/2007 ed integrata con le stesse modalità descritte per la funzione di igiene pubblica.

2° Livello: Assistenza Distrettuale (50,4%)

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

- *Assistenza farmaceutica* (15,3% del totale complessivo). Le risorse sono state ripartite per quota capitaria pesata. Il sistema di pesi è stato costruito utilizzando i consumi farmaceutici specifici per sesso ed età relativi al 1° semestre 2007 di tutte le Aziende territoriali della Regione, rilevati dal flusso informativo regionale “assistenza farmaceutica territoriale”. Il volume delle risorse dedicate al livello è inferiore al tetto di spesa recentemente rideterminato a livello nazionale (14% del livello complessivo di spesa sanitaria) e coerente con la politica di appropriatezza dei consumi farmaceutici perseguita dalla Regione Emilia-Romagna.
- *Medici di medicina generale* (7,23% del totale complessivo, superiore al 2007 dello 0,6%). Comprende i costi delle convenzioni con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, nonché quelli relativi alla continuità assistenziale (guardia medica): il rinnovo della convenzione ha determinato l'incremento di risorse dedicate. Come per gli anni precedenti, stante la scarsa flessibilità di questa voce di spesa, sono stati utilizzati come criteri di assegnazione i costi stimati relativi alle quote previste dalla convenzione, che comprendono anche gli eventuali ulteriori costi per i cittadini presenti non residenti (studenti, stranieri, ecc.).
- *Assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale* (15,0 % del totale complessivo). Il sistema di pesi, specifico per sesso ed età, è stato costruito sulla base dei consumi di specialistica ambulatoriale osservati nel 2006 in tutte le Aziende Sanitarie della Regione. La popolazione residente all'1/1/2007 è stata corretta tenendo conto della presenza di studenti, imputati al 25%.
- *Salute mentale* (3,64%, con un incremento del + 0,04 rispetto al 2007). Le risorse relative alla funzione di neuropsichiatria infantile rappresentano lo 0,62% del complesso (il 17% di questa funzione) e sono state assegnate sulla base della distribuzione della popolazione di età inferiore ai 18 anni. La assistenza psichiatrica per adulti, che assorbe il 3,02 % delle disponibilità, è stata invece assegnata in base alla popolazione residente di età 18-64.

Queste risorse non esauriscono il finanziamento dell'assistenza psichiatrica, in quanto non comprendono l'assistenza di tipo ospedaliero e i progetti speciali. Le risorse complessivamente destinate all'assistenza psichiatrica, considerando anche quelle relative al progetto “Assistenza ai pazienti dimessi ex OO.PP.” e quelle ricomprese nel livello “Assistenza Ospedaliera” (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), superano il 5% delle complessive risorse attribuite.

- *Dipendenze patologiche* (1,01%, +0,01 rispetto al 2007). Il criterio di assegnazione è invariato: la popolazione residente in età 15-54 anni è stata corretta con la prevalenza della tossicodipendenza nei diversi ambiti territoriali.

- *Assistenza domiciliare e hospice* (2,22%, +0,02 rispetto al 2007). Dal momento che 168 persone ogni 1000, di età oltre gli 80 anni, sono state assistite a domicilio nel corso del 2006, il criterio di riparto alle aziende delle risorse per questa funzione prevede che, il 25% viene assegnato sulla base della distribuzione della popolazione residente di età 45–74 anni, ed il restante 75 % in base alla distribuzione degli ultra 75-enni.
- *Assistenza sanitaria residenziale e semiresidenziale* (4,45 %). La quota assegnata è aumentata dello 0,05 % rispetto al 2007. Questo anno è stata scorporata quella parte del livello che alimenta, dal 2006, il FRNA. Come gli anni scorsi, la quota è ripartita sulla base della distribuzione della popolazione ultra 75 enne. Questo livello comprende anche l'assistenza protesica nelle strutture residenziali e semiresidenziali.
- *Altre funzioni assistenziali* (1,55 %, con un leggero decremento rispetto al 2007)

All'interno di questa funzione sono stati evidenziati, in particolare, i programmi "salute donna" e "salute infanzia". Le risorse destinate a "salute donna" corrispondono allo 0,3% delle risorse complessivamente disponibili a livello regionale, e sono state assegnate in base alla numerosità delle donne in età feconda (da 14 a 49 anni). Al programma "salute infanzia" è assegnato lo 0,2% delle risorse complessive e distribuite in base alla frequenza dei bambini in età 0-4 anni. La restante quota residuale 1,05 % è stata attribuita in base alla numerosità della popolazione di età inferiore ai 65 anni.

3° Livello: Assistenza ospedaliera (45%)

A questo livello, sono state assegnate il 45,0 % delle risorse complessive, con un incremento pari all'1% rispetto al 2007, coerentemente ai fabbisogni di spesa emergenti a seguito della continua innovazione tecnologica. La ponderazione della popolazione è stata effettuata sulla base della utilizzazione dei servizi ospedalieri specifici, per sesso ed età, distinti in degenza ordinaria e day-hospital, con riferimento ai ricoveri osservati nel 2006, comprensivi della mobilità passiva extraregionale (ricoveri effettuati dai cittadini dell'Emilia-Romagna in altre Regioni). Per la degenza ordinaria, che rappresenta il 90 % del livello, l'utilizzazione specifica per sesso ed età ha tenuto conto anche dei "grandi vecchi", ossia gli ultra 85-enni.

All'utilizzo dei servizi è stato applicato, alla sola degenza ordinaria, una correzione con un indicatore proxy del bisogno rappresentato dalla radice cubica del tasso standardizzato di mortalità (SMR) relativo alla popolazione di età inferiore ai 75 anni e calcolato sul triennio 2004-2006.

Allegato B

Linee di programmazione per il 2008

Indice

1. Programmazione economico-finanziaria e obiettivi 2008 delle Aziende sanitarie regionali
2. Politiche delle risorse umane
3. Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica
4. Politiche d'acquisto di beni e servizi; interventi d'area vasta e tramite Intercent-ER
5. Politiche per l'uso razionale dell'energia e il rispetto ambientale
6. La sanità pubblica
 - Applicazione della direttiva sull'organizzazione dei Dipartimenti
 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie
 - Attuazione del Piano regionale della Prevenzione
 - Sicurezza sul lavoro
 - Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria
7. Salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri
 - Applicazione della direttiva sull'organizzazione dei Dipartimenti
 - Obiettivi per il 2008
8. Le cure primarie
 - Applicazione della direttiva sull'organizzazione dei Dipartimenti
 - I nuclei di cure primarie nelle configurazioni avanzate
9. Integrazione socio sanitaria
10. Percorsi integrati ospedale-territorio
11. L'accertamento e la valutazione della disabilità - LR 4/2008
12. Il programma di assistenza odontoiatrica
13. Assistenza ospedaliera
14. Il Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa
15. Il percorso nascita
16. La gestione del rischio
17. Ricerca, Innovazione e Formazione
18. I progetti ICT per il 2008
19. Sistema informativo regionale e debiti informativi delle aziende
20. Modalità di rendicontazione e valutazione dei risultati

Appendice : I principali provvedimenti regionali assunti nel corso del 2007 e nei primi mesi del 2008 rilevanti ai fini della programmazione

1. Programmazione economico-finanziaria e obiettivi 2008 delle Aziende sanitarie regionali

Il quadro finanziario

Per il 2008 il livello complessivo di finanziamento nazionale del sistema sanitario resta definito in 99.082 milioni di euro, importo stabilito dal Patto per la salute siglato a fine settembre 2006 tra Governo e Regioni e aggiornato con la Legge finanziaria per il 2007, come pure restano validi per il triennio 2007-2009 i criteri di riparto delle risorse tra le regioni, adeguati esclusivamente a seguito di variazioni nella numerosità della popolazione residente in ciascuna regione.

Le integrazioni che la Finanziaria 2008 introduce riguardano:

- 834 milioni di euro quale compensazione per la mancata applicazione, per il 2008, della quota fissa di 10 euro sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 661 milioni di euro quale copertura di maggiori oneri per l'applicazione dei nuovi contratti al personale dipendente, per gli anni 2007 e 2008, eccedenti rispetto agli accantonamenti cui le regioni sono tenute per gli anni medesimi.

Restano confermati tutti gli adempimenti posti in capo alle Regioni per l'accesso pieno alle risorse finanziarie ripartite, stabiliti con l'Intesa 23 marzo 2005 e ripresi integralmente dal Patto per la salute del 2006, ivi compreso l'obbligo di garantire al servizio sanitario regionale l'equilibrio economico-finanziario sia in sede revisionale che in corso d'anno.

La programmazione finanziaria regionale 2008 viene impostata, in continuità con l'anno 2007, ponendosi come obiettivo l'equilibrio economico-finanziario.

L'Assemblea legislativa regionale, approvando la manovra finanziaria per il 2008 e il Bilancio 2008-2010 ha segnalato, tra le priorità da salvaguardare, sistema sanitario e sostegno alla non autosufficienza.

Il finanziamento del Servizio sanitario regionale può contare, per il 2008, su complessivi 7.182,944 milioni di euro, derivanti:

- quanto a 7.050,944, dal riparto approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 14/02/2008 (6.989,320 a finanziamento dei LEA e 61,624 a compensazione della mancata applicazione, per il 2008, della quota fissa di 10 euro sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale);
- quanto a 100 milioni, quale stima per la nostra Regione, del riparto delle risorse di FSN accantonate per il finanziamento degli obiettivi di carattere prioritario a livello nazionale;
- quanto a 32 milioni, stimati a valere sullo stanziamento nazionale di 661 milioni di euro a copertura dei maggiori oneri per l'applicazione dei nuovi contratti al personale dipendente, per l'anno 2008.

La garanzia dell'equilibrio economico-finanziario viene data dalle risorse stanziare sul Bilancio regionale 2008-2010 e provenienti dalle ricadute sul bilancio regionale della manovra tributaria varata a fine 2006 dall'Assemblea legislativa regionale (LR 19/2006), per un ammontare massimo di 150 milioni di euro annui (lo stanziamento 2008 assicura l'equilibrio regionale per il 2007, mentre lo stanziamento 2009 garantisce il medesimo equilibrio per il 2008). Di questi, 100 sono a garanzia del fabbisogno finanziario connesso all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, mentre 50 alimentano il FRNA e si aggiungono, come per il 2007, alla quota consolidata a carico della sanità, pari a 211,270 milioni e alle risorse direttamente attribuite dal Bilancio regionale, che portano il FRNA ad un ammontare complessivo pari a 311,270 milioni.

La programmazione finanziaria per il 2008 viene pertanto impostata su un livello complessivo di risorse pari a 7.332,944 milioni di euro, di cui:

- 6.884,678 milioni vengono destinati al finanziamento dei Livelli di assistenza; il riparto tra le aziende avviene a quota capitaria, per progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento; di questi, 211,270 milioni costituiscono la quota consolidata a finanziamento del FRNA;
- 50,950 milioni costituiscono il Fondo di sostegno ai piani di rientro aziendali, in continuità rispetto agli anni precedenti; le Aziende USL interessate dai piani di rientro sono: Piacenza, Bologna, Ferrara, Ravenna;
- 188,100 milioni costituiscono l'accantonamento a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario complessivo, e a sostegno dei processi di qualificazione definiti a livello regionale e locale;
- 95,960 milioni sono riservati al finanziamento del Sistema integrato SSR-Università; in particolare, per il 2008 viene prevista una specifica linea di finanziamento quale contributo per il trascinarsi sul 2008 degli oneri riferiti al rinnovo contrattuale del personale dipendente 2006-2007;
- 49,256 milioni sono trattenuti a finanziamento delle strutture e dei progetti regionali (ICT il più rilevante); di questi, 7,106 milioni costituiscono accantonamento a riserva;
- 14 milioni restano accantonati per far fronte ai differenziali di tariffe per il 2007 (regionale e TUC), il cui importo definitivo verrà conosciuto entro il 1° semestre 2008;
- 50 milioni vengono confermati ad ulteriore finanziamento del FRNA.

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

Il vincolo dell'equilibrio di bilancio in capo alle aziende

Il Bilancio economico preventivo 2008 dovrà rappresentare per tutte le Aziende una situazione di equilibrio economico-finanziario.

Per il 2008 la condizione di equilibrio viene definita a partire dal risultato di esercizio, al netto delle sole quote di ammortamento per beni mobili ed immobili già presenti in inventario al 31/12/2007 e non coperti da finanziamento pubblico.

All'interno dell'equilibrio dovranno pertanto essere ricomprese le quote di ammortamento dei beni ad utilità pluriennale che entrano in produzione nel corso del 2008. L'impegno ad assorbire all'interno del vincolo di bilancio le quote di ammortamento dei nuovi investimenti, pur non costituendo obbligo rispetto alle regole tuttora vigenti a livello nazionale, viene introdotto all'interno della nostra Regione al fine di sostenere la politica degli investimenti aziendali.

Di seguito viene indicato, per ciascuna azienda, il livello di risorse a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e a sostegno dei processi di qualificazione definiti a livello regionale e locale, a valere sull'accantonamento complessivo, come sopra definito, pari a 188,100 milioni di euro. Gli importi sono stati definiti e concordati con le Aziende a seguito degli incontri di concertazione avvenuti nei mesi di febbraio e di marzo.

Vengono altresì indicate le risorse, ulteriori rispetto a quelle derivanti dal finanziamento a quota capitaria e per funzioni o progetti, attribuite alle aziende a fronte dei Piani di rientro strutturale dal deficit, in continuità con gli anni precedenti.

Azienda USL di Piacenza

A garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e a sostegno dei processi di qualificazione definiti a livello regionale e locale si prevede un contributo pari a 11,350 milioni di euro (a fronte di 13,100 per il 2007);

Tale valore è fissato tenuto conto dell'assegnazione del fondo di sostegno di 9,350 milioni, quota assegnata in continuità con gli anni precedenti, rispetto ai piani di rientro dal deficit strutturale.

Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Parma

Si prevedono contributi, da assegnarsi all'azienda territoriale, ulteriori rispetto alla quota capitaria, per 1 milione di euro a fronte dei maggiori oneri connessi all'assistenza veterinaria, in relazione alla forte concentrazione di stabilimenti di trasformazione e produzione per il mercato estero e per 4 milioni di euro a fronte di obiettivi di produzione ospedaliera da includere nell'accordo di fornitura 2008 tra le due aziende.

Aziende USL e Ospedaliera di Reggio Emilia

Si prevedono contributi, da assegnarsi all'azienda territoriale, ulteriori rispetto alla quota capitarla, per 4 milioni di euro, da includere nell'accordo di fornitura 2008 con l'azienda ospedaliera a sostegno dell'avvio e della qualificazione di nuovi servizi dell'area ospedaliera.

Viene inoltre previsto un contributo specifico per l'azienda ospedaliera, a fronte dei maggiori oneri derivanti dal trascinarsi del rinnovo contrattuale 2006-2007, al pari delle aziende ospedaliero-universitarie, per 3,4 milioni di euro.

Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Modena

A garanzia dell'equilibrio di bilancio si prevedono 27 milioni per l'azienda territoriale e 3,760 per l'azienda ospedaliera (con una riduzione, per quest'ultima, di circa 1 milione rispetto al 2007).

Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Bologna

A garanzia dell'equilibrio di bilancio si prevedono 41 milioni per l'azienda territoriale e 19,840 milioni per l'azienda ospedaliera (a fronte rispettivamente di 51 e 24,8 per il 2007).

Tale valore è fissato tenuto conto dell'assegnazione del fondo di sostegno di 19 milioni di euro per l'azienda usl, quota assegnata in continuità con gli anni precedenti, rispetto ai piani di rientro dal deficit strutturale.

Si prevedono inoltre contributi, da assegnarsi all'azienda territoriale, ulteriori rispetto alla quota capitarla, per 2 milioni di euro, da includere nell'accordo di fornitura 2008 con l'azienda ospedaliera a sostegno degli obiettivi di produzione concordati per il 2008.

Azienda USL di Imola

A garanzia dell'equilibrio di bilancio e a sostegno dei processi di qualificazione definiti a livello regionale e locale si prevedono 7,6 milioni di euro, 2 in più rispetto al 2007.

Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

A garanzia dell'equilibrio di bilancio si prevedono 18,660 milioni per l'azienda territoriale e 13,600 per l'azienda ospedaliera (a fronte rispettivamente di 23,200 e 17 per il 2007).

Tale valore è fissato tenuto conto dell'assegnazione del fondo di sostegno e per specificità aziendali di 16,219 milioni di euro per l'azienda usl, quota assegnata in continuità con gli anni precedenti, rispetto ai piani di rientro dal deficit strutturale.

Le previsioni di spesa presentate dalle aziende ferraresi per il 2008 alla fase di Concertazione Regione/Aziende, non consentono, alla luce delle risorse previste quale finanziamento regionale, il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio. Viene pertanto avviata una fase di approfondimento specifico, al fine di pervenire alla definizione di un congruo vincolo di bilancio, da concludersi comunque entro il 30 aprile 2008; in questa fase a entrambe le aziende si applicano le disposizioni previste dall'articolo 6 dell'Intesa 23 marzo 2005: blocco delle assunzioni, divieto di costituire nuovi rapporti di consulenza o collaborazione, assunzione di oneri a carico del bilancio aziendale nei limiti delle spese rilevate nel corso del 2007.

Azienda USL di Ravenna

A garanzia dell'equilibrio di bilancio si prevedono 10,390 milioni di euro, a fronte dei 13,2 previsti per il 2007.

Tale valore è fissato tenuto conto dell'assegnazione del fondo di sostegno e per specificità aziendali di 14,750 milioni di euro, quota assegnata in continuità con gli anni precedenti, rispetto ai piani di rientro dal deficit strutturale.

Azienda USL di Forlì

A garanzia dell'equilibrio di bilancio e a sostegno dei processi di qualificazione definiti a livello regionale e locale si prevedono 8,5 milioni di euro, 2 in più rispetto al 2007.

Azienda USL di Cesena

A garanzia dell'equilibrio di bilancio e a sostegno dei processi di qualificazione definiti a livello regionale e locale si prevedono 8 milioni di euro, 1,5 in più rispetto al 2007.

Azienda USL di Rimini

L'azienda è tenuta all'equilibrio di bilancio senza partecipazione al fondo specifico regionale; si conferma anche per il 2008 il contributo per specificità aziendali, pari a 3,681 milioni di euro, aggiuntivi rispetto al finanziamento a quota capitaria .

Istituti Ortopedici Rizzoli

A garanzia dell'equilibrio di bilancio si prevedono 4 milioni di euro, 1 in meno del 2007; il contributo per funzioni e specificità assistenziali viene elevato dai 3 previsti per il 2007 a 4,5 milioni per il 2008.

Le Direzioni aziendali per il 2008 saranno impegnate:

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

Ai sensi dell'articolo 6 dell'Intesa, il mancato rispetto degli impegni di cui sopra è motivo di decadenza dei Direttori Generali.

Della verifica straordinaria dovranno essere informate le Conferenze sociali e sanitarie territoriali.

Il rispetto del vincolo di bilancio costituisce, per il 2008, pre-requisito per le Direzioni aziendali ai fini dell'accesso al compenso aggiuntivo annuo previsto nei rispettivi contratti.

Tra i pre-requisiti vengono inclusi il livello di committenza e di adesione alle convenzioni stipulate dall'Agenzia regionale Intercent-ER e la partecipazione alla programmazione dell'attività ICT tramite CUP 2000 Spa, argomenti affrontati nei successivi capitoli.

I preventivi aziendali per il 2008

La predisposizione dei preventivi economici per il 2008 dovrà essere impostata coerentemente con i vincoli di bilancio assegnati.

Gli strumenti di programmazione dovranno essere adottati dalle Aziende e trasmessi al controllo della Giunta entro il termine del 30 aprile. Per le Aziende della Provincia di Ferrara il termine è differito di 15 giorni.

Si richiamano alcuni elementi di attenzione:

Beni e servizi (con esclusione dei farmaci): si conferma anche per l'esercizio 2008 la necessità di contenerne l'aumento entro il limite del 2%.

Spesa farmaceutica

Per l'anno 2008 la spesa farmaceutica regionale deve confrontarsi con gli obiettivi di contenimento rispetto ai tetti di spesa ridefiniti con la legge 29 novembre 2007, n.222 (di conversione del DL 159/2007) e precisamente:

- a. un tetto massimo del 14% del finanziamento per la spesa territoriale netta, comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, sia della distribuzione diretta di medicinali di classe "A", inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera. Ai fini del ripiano dello sfondamento, secondo quanto rideterminato dall'AIFA, provvedono (legge 27 dicembre 2006, n. 296) le aziende farmaceutiche tramite il sistema di *pay back*. Grossisti e farmacisti convenzionati provvedono sulla base delle quote di spettanza sul prezzo di vendita dei medicinali.

Riguardo a questo obiettivo, la spesa territoriale della nostra Regione è intorno al 13% per l'anno 2007; la stima dell'incremento tendenziale per il 2008 assesta ancora la spesa ad un livello inferiore al tetto del 14%.

- b. un tetto massimo del 2,4% per l'ospedaliera al netto della distribuzione diretta di cui al punto precedente. L'eventuale sfioramento di detto valore è recuperato interamente a carico della Regione attraverso misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera o di voci equivalenti della spesa ospedaliera non farmaceutica o di altre voci del Servizio sanitario regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. Le stime di chiusura del 2007 portano ad un 4,6%, che incrementerà prevedibilmente nell'anno 2008.

In considerazione di quanto sopra, e tenendo conto delle diverse voci di bilancio, si ritiene di porre come riferimenti di spesa per l'anno 2008, rispetto all'anno 2007:

- √ un incremento massimo del 2% della spesa farmaceutica territoriale
Per quanto riguarda gli obiettivi si evidenzia la necessità di formulare progetti riguardanti la prescrizione e il corretto utilizzo dei farmaci generici sia come

single molecole sia nel contesto delle categorie di appartenenza, tenuto conto della commercializzazione nel prossimo anno di nuove molecole di ampio utilizzo.

Deve inoltre trovare applicazione da parte di tutte le Aziende USL l'accordo riguardante la distribuzione dei farmaci tramite le farmacie convenzionate per conto delle Aziende Sanitarie.

√ un incremento massimo del 5% della spesa farmaceutica ospedaliera

Per quanto riguarda gli obiettivi dell'area ospedaliera, tenuto conto che le aree di maggiore criticità economica e di appropriatezza d'uso riguardano le specialistiche ed in particolare l'oncologia, la reumatologia, l'ematologia, la diabetologia, le patologie che prevedono l'impiego di farmaci da anticorpi monoclonali, malattie rare, ecc...è necessaria una progettualità che coinvolga ed impegni i clinici in generale ed in particolare i professionisti che appartengono ai centri regionali autorizzati alla prescrizione di farmaci che richiedono la predisposizione di piano terapeutico e/o monitoraggio in corso di trattamento.

Accantonamenti per rinnovi contrattuali personale dipendente: l'accantonamento viene definito nella misura del 4,85% del Monte salari 2005; un ulteriore accantonamento, nella misura dell'1,7% (corrispondente al Tasso di inflazione programmata) del Monte salari 2007, dovrà essere disposto a fronte dei rinnovi relativi al biennio 2008-2009; non viene previsto alcuno specifico finanziamento per gli accantonamenti indicati: finanziamento a quota capitaria e integrazione tariffaria tengono già conto della ricaduta sui bilanci aziendali degli oneri in esame.

Accantonamenti per rinnovo convenzioni: le aziende dovranno procedere ad un accantonamento complessivo pari al 5,4%; l'accantonamento corrisponde ai tassi d'inflazione programmata per gli anni 2006-2007 e 2008 (rispettivamente 3,7% e 1,7%).

Tariffe prestazioni di degenza: viene previsto un incremento medio del 3%, del quale le aziende dovranno tenere conto sia per quanto riguarda le prestazioni degli ospedali privati accreditati sia per le prestazioni rese in regime di mobilità.

Si ricorda che l'Accordo con gli Ospedali privati accreditati siglato nel 2007 ha abbandonato il meccanismo della cosiddetta fascia di oscillazione, inglobata nei budget concordati e che pertanto il relativo finanziamento (10 milioni di euro) è stato assorbito nella quota destinata al finanziamento del livello di assistenza ospedaliero, ripartito secondo il meccanismo della quota capitaria.

E' stato insediato uno specifico Gruppo di lavoro Regione/Aziende, col compito di individuare linee generali per gli accordi di fornitura tra le aziende regionali, che siano coerenti con gli obiettivi del sistema tariffario regionale e l'organizzazione dei servizi secondo il sistema Hub & Spoke .

In attesa degli esiti del lavoro, per il 2008 il valore relativo agli scambi di prestazioni ospedaliere tra le aziende **USL** regionali, che le Aziende inseriranno nei rispettivi

bilanci, dovrà essere contenuto nel limite del valore registrato al 31/12/2007, cui si applicherà il previsto aumento tariffario, fatti salvi gli accordi di fornitura sottoscritti tra le diverse aziende USL. Inoltre, il valore dei ricoveri afferenti i centri *hub*, dovrà essere ripartito tra i diversi produttori, coerentemente all'attività prestata.

La programmazione economica pluriennale dovrà tenere conto di un incremento delle risorse da FSR per il finanziamento a quota capitaria dell'ordine del 3%; le risorse derivanti dal bilancio regionale non dovranno subire incrementi, come pure, in questa fase, il FRNA. L'utilizzo del Fondo nazionale, in incremento negli anni 2008 e 2009 rispetto alle risorse 2007 (300 milioni a livello nazionale per il corrente biennio rispetto ai 100 stanziati nel 2007), consentirà infatti l'ampliamento dell'area dei servizi riferiti alla integrazione socio sanitaria.

La programmazione dei costi dovrà tener conto, in particolare, della necessità di effettuare gli specifici accantonamenti per i rinnovi dei contratti del personale e delle convenzioni.

Per i restanti fattori della produzione le aziende dovranno indicare le ricadute delle azioni attivate per il perseguimento/mantenimento dell'equilibrio di bilancio. Al pari della programmazione annuale, la programmazione pluriennale dovrà tener conto della ricaduta sul bilancio dei nuovi investimenti.

La programmazione degli investimenti, parte integrante degli strumenti di programmazione pluriennale, dovrà essere redatta secondo gli schemi predisposti per la fase di verifica 2007 e concertazione 2008 e dovrà avere a riferimento i soli investimenti la cui copertura finanziaria risulti assicurata con risorse dedicate.

Il Piano degli investimenti 2008-2010

La legge finanziaria 2008 (legge 24 dicembre 2007, n. 244) in tema di investimenti:

- prevede un ulteriore finanziamento pari a 3 miliardi di euro per il programma straordinario degli investimenti in edilizia sanitaria, ammodernamento tecnologico ed edilizia sociosanitaria (ex art. 20 L.67/88);
- ridefinisce per il maggiore importo i vincoli di spesa;
- prevede, nella realizzazione degli interventi finanziati, misure significative di efficienza energetica, di produzione di energia da fonti rinnovabili e risparmio idrico.

Nel 2007 si sono resi disponibili mezzi finanziari regionali, a seguito del 4° aggiornamento del Programma Regionale di Investimenti in Sanità, per un importo complessivo di 9 milioni di euro (Delibera di Giunta n. 1138 del 27 luglio 2007).

Nel corso del 2008 saranno avviate le procedure per l'approvazione ed il finanziamento sia degli interventi che troveranno copertura finanziaria con i fondi statali previsti dalla legge finanziaria 2007 (Legge 27 dicembre 2006, n. 296) sia degli interventi da prevedersi con il 5° aggiornamento del Programma Regionale di Investimenti in Sanità.

Eventuali ulteriori investimenti necessari per la realizzazione di interventi tuttora in fase di progettazione dovranno trovare copertura finanziaria qualificata attraverso mutui, alienazioni immobiliari o altri strumenti finanziari previsti dalla normativa vigente in materia di appalti di lavori pubblici.

Nel corso del 2008 per gli investimenti assume particolare rilievo perseguire l'obiettivo del rispetto dei tempi relativamente a :

- Programma regionale di realizzazione di strutture per l'attività Libero Professionale intramuraria. Per questo Programma devono essere tassativamente rispettate, in ordine al collaudo delle strutture, le prescrizioni temporali di cui all'art. 1, Legge 3 agosto 2007, n. 120;
- Programma Hospice 2° fase;
- Accordo di Programma integrativo 2007;
- Programma odontoiatria con il completamento della 1° fase;
- Programma odontoiatria con ammissione a finanziamento di tutti gli interventi della 2° fase;
- Programma odontoiatria 3° fase con la programmazione degli interventi.

Ulteriore obiettivo per l'anno 2008 è l'acquisizione di una migliore conoscenza del patrimonio immobiliare sanitario regionale allo scopo di ottimizzare l'uso delle risorse finanziarie per la realizzazione dei nuovi interventi (strutture, impianti, apparecchiature ed arredi) e per la manutenzione ordinaria e straordinaria del patrimonio immobiliare stesso.

Viene, pertanto, avviato un progetto che prevede la raccolta e l'elaborazione di indicatori geometrici, funzionali ed economici caratterizzanti le strutture sanitarie.

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

- un contributo alla definizione degli indicatori sopra richiamati;
- il flusso informativo, secondo format predefiniti dal competente Servizio regionale, dei dati necessari allo sviluppo ed al completamento del progetto.

Il quadro degli adempimenti del SSR

Come sopra ricordato, il Patto per la salute ha confermato in capo alle Regioni tutti gli adempimenti già previsti per l'accesso pieno alle risorse finanziarie annualmente ripartite, stabiliti con l'Intesa 23 marzo 2005 e ulteriormente adeguati con le Leggi finanziarie successive. Pertanto, in caso di mancato adempimento, alla regione viene precluso l'accesso alla quota di finanziamento integrale; a tal fine e a garanzia degli obblighi regionali viene trattenuto a livello centrale il 3% delle risorse annualmente ripartite.

Si riepilogano sinteticamente i principali adempimenti regionali, che vedono coinvolte anche le Aziende sanitarie:

- a) Mantenere la stabilità e l'equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale, tramite misure di governo e contenimento della spesa.
- b) Adempiere alle disposizioni in materia di acquisto di beni e servizi.
- c) Adempiere:

- agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio al Sistema Informativo Sanitario dei modelli CE, SP, CP ed LA;
- agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12/12/2001.
- d) Adeguarsi alle prescrizioni del patto di stabilità interno.
- e) Mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei L.E.A.
- f) Adottare provvedimenti in base agli indicatori di utilizzo delle strutture sanitarie, che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie con una possibile compatibilità di variazione in incremento non superiore al 5 %.
- g) Adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che soddisfino il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse.
- h) Attuare, nel proprio territorio, le adeguate iniziative per il contenimento delle liste d'attesa definendo, sulla base dei reali bisogni e con la collaborazione degli attori del sistema, i percorsi diagnostici più adeguati e gestire correttamente la domanda di prestazioni sanitarie.
- i) Adottare i provvedimenti diretti a prevedere la decadenza automatica dei Direttori Generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie.
- j) Attivare sul proprio territorio il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere nonché la trasmissione telematica al Ministero dell'Economia e delle Finanze di copia dei dati.
- k) Adottare tutti i provvedimenti affinché le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS comunichino immediatamente al Ministero dell'Economia e delle Finanze, in via telematica, i dati relativi ai ricettari consegnati ai loro specialisti.
- l) Ripianare in percentuale il superamento del tetto per la spesa farmaceutica territoriale e integralmente il superamento di quella ospedaliera, attraverso l'adozione di specifiche misure in materia di farmaceutica ed alla predisposizione di piani di contenimento della spesa; in materia è intervenuta la Legge 29 novembre 2007 n. 222.
- m) Garantire il conferimento dei dati all'NSIS nei tempi e nei modi stabiliti.
- n) Adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle aziende sanitarie.
- o) Adottare misure specifiche dirette a prevedere che, ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore Generale delle Aziende Sanitarie, il mancato rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi ricompresi nell'NSIS costituisce grave inadempimento.
- p) Obbligo di trasmettere i dati relativi al flusso informativo sui dispositivi medici.
- q) Obbligo di trasmettere i dati relativi al flusso informativo sui farmaci introdotto con la citata Legge 222/2007.
- r) Adottare provvedimenti che promuovano il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, in linea con quanto definito dall'Intesa 23 marzo 2005.

s) Assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera.

t) Promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero, che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione.

u) Obbligo di costituire gli accantonamenti per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato, ai sensi della Legge 2 dicembre 2005, n. 248.

v) Contenere la spesa per il personale.

x) Adottare piani di riorganizzazione della rete laboratoristica, pubblica e privata accreditata.

Le disposizioni nazionali per il contenimento della spesa pubblica

La Legge finanziaria per il 2008 (L. 244/2007), all'articolo 2, commi da 588 a 602 individua alcune misure specifiche di contenimento della spesa delle pubbliche amministrazioni, che interessano anche Regioni ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare, anche le aziende sanitarie sono tenute ad adottare i piani triennali per individuare le misure finalizzate alla razionalizzazione dell'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche e telefoniche, messe a disposizione per l'attività aziendale, nonché delle auto di servizio.

Si richiamano, tra le altre, le disposizioni in tema di cilindrata massima delle auto di servizio, di utilizzo della posta elettronica nelle comunicazioni tra pubbliche amministrazioni e del servizio VoIP, "voce tramite protocollo internet", rispetto al quale la relativa convenzione Intercent-ER è già attiva.

2. Politiche delle risorse umane

Anche per l'anno 2008 gli obiettivi sulla gestione delle risorse umane degli Enti ed Aziende del SSR, dovranno orientarsi su alcune direttrici determinate, in gran parte, dai contenuti del quadro normativo nazionale e regionale di riferimento.

In particolare ci si riferisce a:

- ★ la normativa finanziaria diretta a garantire il concorso del SSN alle politiche di governo della spesa del personale;
- ★ la normativa nazionale e regionale in materia di trasformazione delle posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo determinato;
- ★ il governo della contrattazione integrativa aziendale.

Il quadro normativo nazionale di riferimento per la definizione delle politiche delle risorse umane nell'ambito del SSR rimane sostanzialmente quello definito dalla legge finanziaria 2007 (legge n. 296/2006). Essa infatti, in coerenza con gli intenti espressi nel Patto per la salute, sottoscritto in data 28 settembre 2006 tra il Governo e le Regioni, aveva delineato un quadro di obiettivi e di vincoli riferiti al triennio 2007/2009, che non è stato modificato dalla Legge Finanziaria per il 2008 (legge n. 244/2007), se non per l'integrazione del concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria delle risorse necessarie per la contrattazione collettiva nazionale (art. 3, comma 139) e per l'inserimento di alcune disposizioni volte a sostenere l'attuazione delle politiche di stabilizzazione del precariato (art. 3, comma 90 e ss.). Su quest'ultima tematica in particolare, la normativa introduce alcuni meccanismi di semplificazione delle procedure, in continuità con le modalità adottate per le misure già inserite dalla Legge Finanziaria 2007 e in coerenza con quanto previsto dall'art. 8, comma 3 della L.R. n. 9/2007, recepiti in uno specifico accordo sottoscritto in data 18 marzo 2008 fra l'Assessore alle Politiche per la Salute e le OO.SS. ad integrazione dei protocolli e direttive regionali già emanate dallo stesso Assessore, secondo quanto previsto dal comma 565 dell'art. 1 della Legge n. 296 del 2006.

Per quanto riguarda le politiche di gestione degli organici e il governo della spesa del personale rimane pertanto confermato quanto già fissato con la DGR n. 686 del 2007, assumendo quale obiettivo di riferimento del sistema in stretta connessione con il mantenimento dell'equilibrio economico complessivo del SSR - pena il ricadere nell'obbligo di riduzione fino alla concorrenza della spesa del 2004 ridotta dell'1,4% - l'obiettivo di mantenere la spesa complessiva per le risorse umane nel 2008 nel limite della spesa dell'esercizio 2006 (secondo quanto stabilito in sede di Bilancio di previsione per il 2007); ciò al netto delle spese derivanti dai rinnovi contrattuali, secondo quanto previsto dall'art. 1, comma 199, della legge n. 266/2005.

Per “spesa complessiva per le risorse umane” si dovrà intendere 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 dell'obiettivo per ciascuna Azienda coerentemente con l'obiettivo di sistema del mantenimento della spesa dall'esercizio 2006 all'esercizio 2008, tenendo conto dei trend di cessazione del personale, consentirà il perseguimento delle seguenti politiche di gestione degli organici:

- a) copertura del turn-over nel limite massimo del 50% della spesa corrispondente al personale cessato ed in coerenza con l'obiettivo di bilancio fissato all'azienda;
- b) utilizzo delle risorse derivanti dai risparmi connessi alla parziale non copertura del turn-over, per il sostegno alle politiche di stabilizzazione in rapporti di lavoro a tempo indeterminato delle posizioni già ricoperte da personale precario occupato in attività istituzionali, secondo quanto previsto dai protocolli e direttive regionali.

In relazione al non derogabile obiettivo di sistema di assicurare l'equilibrio economico le singole Aziende articoleranno gli obiettivi sopra richiamati secondo i seguenti criteri:

1. Le Aziende che presentano l'obiettivo del pareggio di bilancio, opereranno nell'ambito della spesa per risorse umane, individuando autonomamente lo specifico obiettivo, anche in deroga con quanto previsto al punto a), ferma restando la stretta e necessaria coerenza con il richiamato obiettivo del pareggio e con l'attuazione di quanto previsto al punto b). In caso di verifica infrannuale negativa rispetto al perseguimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio l'Azienda sarà tenuta ad adottare le misure di cui al punto 2;

2. Le restanti Aziende definiranno lo specifico obiettivo nel limite massimo di quanto previsto dal punto a), secondo una modulazione nella copertura del turn-over che, ferma restando l'attuazione di quanto previsto al punto b), garantisca il raggiungimento dell'obiettivo complessivo di bilancio aziendale fissato con la presente deliberazione. In caso di verifica infrannuale negativa rispetto al perseguimento dell'obiettivo di bilancio l'azienda sarà tenuta ad adottare ulteriori misure di contenimento della spesa per risorse umane, ivi compreso il blocco del turn-over e dell'attivazione di nuovi rapporti di consulenza;

3. ogni Azienda dovrà inoltre procedere alla graduale riduzione dei rapporti di consulenza in essere e della relativa spesa.

Le politiche per la trasformazione delle posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo determinato, dovranno essere perseguite predisponendo tempestivamente i piani pluriennali previsti dagli indirizzi regionali contenuti nei protocolli già sottoscritti con le OO.SS. (personale del

comparto: protocollo regionale del 4 maggio 2007, trasmesso alle Aziende con nota PG 168512 del 25 giugno 2007; personale delle aree della dirigenza: protocolli del 30 luglio 2007, trasmessi con nota PG 209145 dell'8 agosto 2007) - oltre a quelli sottoscritti a seguito delle integrazioni di cui alla Finanziaria 2008 - e dandovi attuazione sulla base di tempi certi.

In stretta coerenza con l'attuazione delle suddette politiche, le Aziende dovranno 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, ricorrendovi esclusivamente per le finalità e secondo le modalità previste dall'art. 7, comma 6, e dall'art. 36 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i, e comunque secondo criteri di utilizzo delle risorse tali da non ostacolare le prioritarie politiche di stabilizzazione.

Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, le Aziende dovranno proseguire nell'attuazione delle linee generali di indirizzo regionale di cui alle DGR n. 30 del 2004, n. 1113 del 2006 e n. 1134 del 2006, nell'ottica di presentarsi alla fase applicativa del prossimo rinnovo contrattuale per il quadriennio 2006-2009 con un quadro già di piena attuazione delle previsioni del quadriennio precedente. Particolare attenzione dovrà inoltre essere assicurata ai seguenti obiettivi:

- Tempestività e concentrazione delle fasi di contrattazione aziendale, previa definizione degli obiettivi aziendali da perseguire tramite gli strumenti contrattuali e delle relative risorse disponibili nell'ambito dei fondi contrattuali;
- Puntuale evidenziazione, anche ai fini delle necessarie verifiche regionali, dei costi derivanti dalla sottoscrizione dei contratti integrativi aziendali;
- Contenimento degli incrementi dei fondi contrattuali a seguito degli incrementi degli organici, da operarsi esclusivamente nei casi e secondo le modalità stabilite nelle linee di indirizzo regionali.

Nel corso del 2008, secondo le tempistiche fissate dalla competente struttura regionale, dovrà infine essere messa a regime la banca dati del personale del SSR, tenuto conto che le informazioni in essa contenute rappresenteranno d'ora in poi il punto di riferimento per ogni verifica e valutazione regionale in merito alla quantità, alla qualità ed ai costi degli organici aziendali.

3. Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

Premessa

Per l'anno 2008 la spesa farmaceutica regionale deve confrontarsi con gli obiettivi di contenimento rispetto al finanziamento nazionale del Fondo sanitario regionale, così come indicato dalla legge finanziaria per l'anno 2008, che prevede un tetto massimo del 14% del finanziamento per la spesa territoriale netta comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, sia della distribuzione diretta di medicinali di classe "A", inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera. Ai fini del ripiano dello sfondamento, secondo quanto rideterminato dall'AIFA, provvedono (legge 27 dicembre 2006, n. 296) le aziende farmaceutiche tramite il sistema di *pay back*, grossisti e farmacisti convenzionati sulla base delle quote di spettanza sul prezzo di vendita dei medicinali.

Un tetto massimo del 2,4% è previsto per l'ospedaliera al netto della distribuzione diretta di cui al punto precedente; l'eventuale sfioramento di detto valore in questo caso è recuperato interamente a carico della Regione attraverso misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera o di voci equivalenti della spesa ospedaliera non farmaceutica o di altre voci del Servizio sanitario regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale.

Assistenza farmaceutica ospedaliera

La spesa farmaceutica ospedaliera 2007 è stata di circa 325 milioni di euro, con un incremento del 9,1% rispetto all'anno precedente, attribuibile per la maggior parte agli usi interni delle strutture ospedaliere.

Le categorie di farmaci che hanno avuto il maggiore incremento e ai quali devono essere rivolti gli obiettivi 2008 di riduzione della spesa sono: i FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI, gli ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO in particolare antiretrovirali, i farmaci emoderivati, i farmaci dell'APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO, del SISTEMA CARDIOVASCOLARE del SISTEMA RESPIRATORIO, i farmaci derivanti da anticorpi monoclonali prescritti da diversi specialisti.

Per il 2008 l'AIFA ripropone il meccanismo del *pay back* unitamente a diverse modalità di attribuzione del prezzo dei farmaci di nuova immissione in commercio.

Tali provvedimenti, tuttavia, possono solo in parte contenere l'incremento di spesa, attribuibile, in particolare, ad aumentati consumi di farmaci cosiddetti innovativi.

Il tetto di spesa ospedaliera per l'anno 2008 stabilito dalla Finanziaria è del 2,4% del finanziamento della spesa sanitaria.

L'analisi dell'andamento dei consumi delle diverse categorie e/o di singoli farmaci nel panorama complessivo delle realtà aziendali dimostra che i soli provvedimenti centrali - o regionali - non sono in grado di garantire il contenimento della spesa al di

sotto del limite previsto, ma che necessita un forte impegno dei professionisti che effettuano la diagnosi e la cura negli ambiti di assistenza.

Al fine di contenere la spesa entro i limiti del tetto indicato occorre che si realizzi un efficace governo dell'uso dei farmaci mediante l'individuazione, la descrizione e la realizzazione di obiettivi assegnati ai Dipartimenti e alle Unità Operative delle singole realtà aziendali. Tali obiettivi devono prevedere uno specifico impegno e contributo da parte dei clinici in funzione delle specificità delle singole situazioni dettagliatamente analizzate.

Allo scopo le Aziende dovranno avvalersi degli istituti contrattuali riferiti alla parte variabile delle competenze e correlarla al raggiungimento dei risultati prefissati.

Si forniscono le linee di indirizzo per tre tipologie di obiettivi che dovranno trovare applicazione nelle Aziende:

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

L'obiettivo prevede l'applicazione integrale e coerente del sistema regionale, che si avvale della rete di centri autorizzati alla prescrizione di farmaci specialistici, per la garanzia di appropriatezza dell'uso degli stessi ed il loro monitoraggio economico.

Gli specialisti appartenenti ai Centri - che vengono designati come tali in funzione di specifiche prerogative di conoscenza, competenza e quindi di una migliore capacità critica di valutazione delle offerte terapeutiche – sono tenuti a stilare protocolli e piani terapeutici e ad effettuare usi in conformità alle migliori evidenze scientifiche nell'ambito delle indicazioni di registrazione dei singoli farmaci, alle Note AIFA e agli indirizzi della Commissione regionale del farmaco nonché delle Commissioni provinciali, che ne integrano le modalità di utilizzo nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.

Laddove esistano più centri designati alla prescrizione dello stesso farmaco per la stessa patologia, gli specialisti dovranno armonizzarne i protocolli; nel caso che lo stesso farmaco venga prescritto per patologie diverse è opportuno che gli specialisti trovino comunque momenti di confronto al fine di minimizzare gli usi difformi.

Occorre dar seguito coerente alle prescrizioni e permettere, mediante la raccolta dei protocolli così come i piani terapeutici per singolo paziente presso le Farmacie ospedaliere e territoriali di riferimento, la verifica di congruenza delle prescrizioni.

I Servizi farmaceutici sono tenuti ad inviare copia aggiornata al Servizio Politica del Farmaco della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali della Regione.

Le direzioni sanitarie hanno il compito di stimolare e contribuire a periodici *audit* clinici multidisciplinari, volti a verificare la congruità degli usi dei farmaci nell'ambito delle Unità Operative e dei Dipartimenti. Detti incontri costituiscono momenti di condivisione, di valutazione professionale di competenza, di responsabilizzazione riguardo agli esiti, di collaborazione alla definizione di azioni conseguenti.

Eventuali usi impropri vengono raccolti e formalizzati in collaborazione con i Servizi farmaceutici per una valutazione nell'ambito della Commissione Provinciale del Farmaco.

Aree reputate di particolare criticità sono valutate in sede istituzionale in collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale.

L'obiettivo è rivolto a tutti i centri autorizzati dalla Regione; in ogni Azienda è declinato con riferimento a responsabilità, criteri di valutazione, monitoraggio e strumenti di valutazione.

2. Adesione ai prontuari provinciali nella prescrizione dei farmaci

Nel 2007 la Regione ha messo a disposizione dei clinici delle strutture sanitarie il prontuario terapeutico vincolante che viene tenuto aggiornato dalla Commissione regionale del farmaco; tale strumento ha dato origine ai prontuari provinciali modulati in rapporto alle specifiche esigenze locali, approvati entro i termini previsti dell'anno 2007.

Si esplicano ora in tutta la loro efficacia.

L'adesione al prontuario e ai documenti con limitazioni d'impiego ad esso correlate, rappresenta una modalità non negoziabile alla quale tutti i sanitari che operano nelle strutture pubbliche sono tenuti, in quanto garantisce il rispetto dei criteri di appropriatezza, sicurezza ed economicità e favorisce l'uniformità a livello regionale delle scelte attinenti l'uso dei farmaci, a tutela dell'equità del servizio reso ai cittadini.

Nelle singole realtà aziendali il vincolo del prontuario costituisce un obiettivo prioritario per tutte le Unità Operative; deve essere monitorato nella degenza ordinaria, nei day hospital, nel regime ambulatoriale, nei *day service*, nei trattamenti dei pazienti soggetti a controllo ricorrente, nella presa in carico assistenziale, nel trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale, semiresidenziale, nell'*hospice* e nel trattamento dei pazienti seguiti dalle strutture territoriali.

Va tenuta presente l'importanza della prescrizione nell'ambito del prontuario provinciale del primo ciclo di trattamento dei pazienti dimessi dal ricovero ospedaliero destinati alla distribuzione diretta o a seguito di visita ambulatoriale in particolar modo laddove sia utilizzata la ricetta del SSN direttamente dal medico ospedaliero, per l'impatto conseguente sulla successiva prescrizione in ambito territoriale.

L'obiettivo è rivolto a tutti i medici ospedalieri. Le direzioni sanitarie, in collaborazione con i Servizi farmaceutici effettuano nell'ambito dei controlli previsti dalle norme il monitoraggio delle cartelle cliniche e delle lettere di dimissione con particolare riguardo a prescrizione in accordo con il prontuario provinciale, secondo indicazione di registrazione, note, indirizzi d'uso e schede del prontuario locale e regionale.

Le Commissioni provinciali coadiuvate dai Servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali monitorano la prescrizione, collaborano con i clinici per la riduzione delle proposte in difformità e inviano alla Commissione regionale i casi reiterati di deroga.

3. Prescrizione alla dimissione di farmaci con brevetto scaduto

La prescrizione di farmaci con brevetto scaduto costituisce uno strumento qualificante di contributo alla sostenibilità del sistema sanitario nazionale. Per tanto è determinante che le Aziende sanitarie, nelle forme e con gli strumenti ritenuti più idonei individuino interventi specifici ed incisivi affinché la prescrizione del farmaco generico-equivalente diventi prassi condivisa e abituale, in particolare nella lettera di dimissione.

Allo scopo i Servizi farmaceutici hanno il compito di fornire ai clinici con tempestività gli aggiornamenti periodici dei prodotti equivalenti immessi in commercio.

Le Direzioni sanitarie e le Direzioni farmaceutiche hanno il compito di sensibilizzare i clinici all'interno dei Dipartimenti, mediante interventi informativi, in collaborazione con le Commissioni terapeutiche locali.

Assistenza farmaceutica convenzionata

La spesa farmaceutica convenzionata nell'anno 2007 è stata di circa 780 milioni di euro, con un decremento del 3% rispetto all'anno precedente attribuibile per la maggior parte agli interventi dell'AIFA che riguardano la temporanea riduzione del 5% del prezzo di alcuni farmaci e l'introduzione del *pay back*.

Circa 150 milioni di farmaci di fascia A per la distribuzione diretta acquistati a carico delle farmacie ospedaliere, insieme con la farmaceutica convenzionata, danno luogo all' Assistenza farmaceutica territoriale che ha registrato una spesa di circa 930 milioni.

La spesa territoriale per il 2008 deve rispettare il tetto massimo del 14% indicato dalla legge finanziaria. Previsioni AIFA danno un incremento di oltre il 3% la spesa 2007, che nella nostra Regione deve necessariamente essere contenuto entro il 2% come già indicato in sede di concertazione.

Anche per la farmaceutica convenzionata sono determinanti gli obiettivi che vedono l'impegno dei medici prescrittori e l'attività di Commissioni appropriatezza, ove presenti.

Anche in questo caso le Aziende dovranno avvalersi degli istituti contrattuali riferiti alla parte variabile delle competenze e correlarla al raggiungimento dei risultati prefissati e al rispetto delle norme che regolano la convenzione.

Si forniscono le linee di indirizzo per tre tipologie di obiettivi che dovranno trovare applicazione da parte delle Aziende:

1. Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto

I Responsabili dei Dipartimenti delle Cure Primarie e le Direzioni farmaceutiche territoriali hanno il compito di sensibilizzare i clinici all'interno dei Nuclei, mediante interventi informativi finalizzati al tempestivo aggiornamento, in particolare rivolti a

procedure informatizzate di prescrizione e ad evidenziare il valore della prescrizione del farmaco con brevetto scaduto.

Le scelte prescrittive vanno ragionevolmente orientate non solo verso l'utilizzo del singolo farmaco equivalente in luogo del *branded*, ma anche nell'ambito della categoria terapeutica del farmaco con brevetto scaduto, effettuando una valutazione costo/beneficio.

Le Direzioni hanno il compito di monitorare e segnalare eventuali usi distorti degli equivalenti come l'incremento e/o l'uso concomitante degli uni e degli analoghi più recenti e costosi.

2. Prescrizioni che richiedono piano terapeutico

Correlata all'obiettivo di cui al punto 1. dell'Assistenza ospedaliera vi è la necessità di monitorare le prescrizioni in regime di convenzione di farmaci per i quali è prevista la stesura del protocollo e del piano terapeutico.

Tale forma di verifica, strutturata, sistematica e periodica, deve essere effettuata su tutte le prescrizioni. Le irregolari, che non trovano cioè a monte il piano terapeutico dello specialista o che non si attengono allo stesso sono da considerarsi illegittime e formalmente contestabili al medico prescrittore.

3. Appropriatezza prescrittiva

I Responsabili dei Dipartimenti delle cure primarie hanno il compito di stimolare e di contribuire a periodici *audit* clinici collegiali nell'ambito del nucleo di appartenenza, che prevedono d'ufficio la loro presenza unitamente al Referente del Nucleo e farmacisti, volti a verificare la congruità degli usi dei farmaci nell'ambito dei Nuclei. Ciò allo scopo di garantire maggiore sicurezza ai pazienti e miglior spesa per il sistema sanitario. Detti incontri costituiscono momenti di condivisione, di valutazione professionale di competenza, di responsabilizzazione riguardo agli esiti, di collaborazione alla definizione di azioni conseguenti.

Per quanto riguarda questo obiettivo sono auspicabili tutti i progetti che, ideati nell'ambito delle singole realtà aziendali, possano consentire di raggiungere il risultato.

Anche in questo caso vanno strutturati responsabilità, criteri di valutazione, monitoraggio e strumenti di valutazione.

Distribuzione diretta

Nel 2008 continua la distribuzione diretta di farmaci per il trattamento del paziente complesso, con polipatologia che richieda ripetuti accessi alla struttura sanitaria, per il primo ciclo di trattamento dopo dimissione da ricovero ospedaliero, per farmaci che la Commissione regionale ritenga utile nell'ambito delle strategie terapeutiche monitorare mediante una stretta sorveglianza delle richieste, dei consumi e della spesa.

La distribuzione per conto

Gli accordi di distribuzione tramite le farmacie convenzionate si realizzano e proseguono in ogni Azienda. In tutte le realtà è avviato un sistema di rilevazione tale da garantire in tempo reale la conoscenza dei farmaci ordinati, consegnati, giacenti e il conteggio dei pezzi distribuiti.

La Commissione paritetica attivata effettua periodici incontri volti al monitoraggio dell'accordo.

4. Politiche d'acquisto di beni e servizi: interventi d'area vasta e tramite Intercent-ER

Nel corso del 2008 dovrà essere ampliato il volume degli acquisti tramite gara centralizzata da parte dell'Agenzia regionale Intercent-ER: le gare sviluppate a livello regionale rappresentano l'11% della spesa per beni e servizi delle Aziende sanitarie; obiettivo per il 2008 è raggiungere il 20%.

Le aree su cui si ritiene di indirizzare l'attività di standardizzazione a livello regionale e conseguentemente avviare un percorso di approvvigionamento attraverso l'agenzia, sono prioritariamente:

1. il settore dell'energia, a partire da quella elettrica
2. la telefonia
3. i beni farmaceutici
4. i dispositivi medici/attrezzature
5. la raccolta dei rifiuti speciali
6. le banche dati.

In particolare:

- per quanto riguarda i beni farmaceutici, nel 2008 vanno esaminati e proposti oggetti che, prevedendo confronti con clinici e tecnici, portino ad una razionalizzazione e ad una omogeneizzazione di utilizzi e costi tra le diverse aree vaste;
- a seguito dell'aggiudicazione dell'appalto per la fornitura del servizio di telefonia fissa e trasmissione dati, viene avviata l'attività di monitoraggio relativamente a :
 - modalità e tempistica dell'applicazione del contratto;
 - benefici qualitativi che l'uso delle tecnologie innovative apporta nella fonia e trasmissione dati;
 - risparmi economici conseguiti su base annua.

Ai fini del perseguimento degli obiettivi di cui all'elenco, le Aziende dovranno:

- collaborare attivamente al monitoraggio individuando le risorse all'uopo dedicate;
- garantire il flusso informativo, secondo format predefiniti dal competente Servizio regionale, dei dati necessari al monitoraggio.

Il raggiungimento dell'obiettivo di affidare a Intercent-ER procedure di gara che coinvolgano il 20% della spesa sanitaria per beni e servizi sarà valutato, in capo alle singole aziende, con riferimento alla spesa aggregata di Area Vasta; l'adesione alle singole convenzioni sarà invece oggetto di valutazione azienda per azienda, con riferimento agli specifici fabbisogni dei beni e servizi oggetto di convenzione medesima.

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

Per le aziende sanitarie si richiamano:

- 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 DGR n. 1730 del 16 novembre 2007.

Ciò premesso e fermo restando che le Aziende devono privilegiare soluzioni progettuali, costruttive e gestionali che siano allineate a quanto richiamato dal "Protocollo di Kyoto" e dalla "Dichiarazione di Johannesburg", relativamente alle politiche energetiche ed ambientali si prosegue nello sviluppo dei progetti previsti dal 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 trattamento dei rifiuti sanitari con riduzione delle quantità prodotte.

Nel corso del 2008 in tema di politiche energetiche per le Aziende dovrà assumere particolare rilievo il perseguimento dei seguenti obiettivi :

- gara regionale, tramite l'Agenzia Regionale Intercent-ER, per la fornitura di energia elettrica;
- campagna di sensibilizzazione, informazione ed orientamento rivolta agli operatori delle Aziende sanitarie per l'uso razionale dell'energia;
- monitoraggio quali/quantitativo sull'uso dell'energia elettrica e termica. Il monitoraggio sarà effettuato sulla base di indicatori predisposti dal Gruppo Regionale Energia;
- preferenza alla produzione/utilizzo di energia, compatibilmente con la fattibilità tecnico-economica, da fonti rinnovabili, cogenerazione o sistemi tecnologici innovativi;
- applicazione dell'atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici (DGR 1730/2007).

Per le politiche ambientali gli obiettivi da perseguire nel corso del 2008 sono i seguenti :

- gara regionale, tramite l'Agenzia Regionale Intercent-ER, per la gestione dei rifiuti sanitari;

- individuazione delle risorse aziendali necessarie per attivare e/o continuare il miglioramento della gestione ambientale;
- nomina, per le Aziende che non abbiano ancora provveduto, del Mobility Manager Aziendale e redazione o aggiornamento del Piano della mobilità Aziendale (adempimenti previsti dalla legge 27/3/98);
- riduzione della quantità dei rifiuti pericolosi prodotti migliorandone la gestione (separazione delle diverse frazioni).

Le Aziende inoltre dovranno :

- garantire, nei tempi previsti, le risposte alle richieste regionali di dati relativi alla gestione ambientale;
- rendicontare nel Bilancio di missione l'impegno aziendale per le politiche per l'uso razionale dell'energia e il rispetto ambientale.

6. La Sanità Pubblica

Applicazione della Direttiva sull'organizzazione dei Dipartimenti

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2011 del 20 dicembre 2007 è stata approvata la "Direttiva alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'Atto aziendale di cui all'art. 3, comma 4, della L.R. 29/2004: indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di Cure Primarie, di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e di Sanità Pubblica".

La parte che riguarda il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) sintetizza gli orientamenti regionali in tema di sanità pubblica e delinea le risposte ai principali problemi connessi ai programmi di prevenzione e di promozione della salute. In particolare viene posta enfasi sui cambiamenti necessari per una moderna impostazione degli interventi di sanità pubblica, fra i quali la necessità di impostare il lavoro sui problemi prioritari di salute della popolazione e lo sviluppo delle competenze epidemiologiche, il ricorso a tecniche basate su prove di efficacia, il governo clinico delle attività di prevenzione.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, il documento afferma che il DSP è articolato in Strutture organizzative di livello aziendale che si integrano fra di loro su problemi di salute attraverso i Programmi (Sicurezza alimentare, Igiene e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, Effetti dell'ambiente sulla salute, Screening oncologici, Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, Promozione della salute).

Il documento infine ridisegna l'organizzazione dei Servizi di Medicina Legale, ponendola in capo alla Direzione sanitaria aziendale e affidandole il coordinamento delle attività di Gestione del rischio.

Occorre pertanto che le Aziende Unità sanitarie locali completino i propri atti aziendali con provvedimenti coerenti con le linee regionali.

Sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie

Nel corso del 2008 le Aziende sono tenute a perseguire gli obiettivi di seguito riportati, per specifico ambito:

a) Prevenzione delle malattie trasmesse da zanzara tigre

Assicurare la sorveglianza e il controllo delle malattie trasmesse da *Aedes albopictus* (Chikungunya e Dengue), attraverso:

- sorveglianza sanitaria e controllo della trasmissione delle malattie, secondo quanto contenuto nel "Piano regionale dell'Emilia-Romagna per la lotta alla zanzara tigre e la prevenzione della Chikungunya e della Dengue – Anno 2008";
- supporto alle attività di sorveglianza entomologica e lotta all'insetto vettore, secondo quanto contenuto nel "Piano regionale dell'Emilia-Romagna per la lotta alla zanzara tigre e la prevenzione della Chikungunya e della Dengue – Anno 2008".

b) Altri sistemi di sorveglianza

- assicurare la sorveglianza delle malattie infettive e gli interventi di controllo conseguenti, anche attraverso adeguate modalità organizzative per far fronte a situazioni di emergenza, come previsto dall' allegato 1 alla delibera di Giunta regionale n. 1095/2007, e per garantire la realizzazione delle attività di competenza aziendale nell'ambito dei piani di risposta ad emergenze infettive. In particolare, garantire:
 - i. 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 una 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;
 - ii. la partecipazione ai sistemi di sorveglianza regionali basati sui dati di laboratorio (antibioticoresistenza, meningiti batteriche);
- partecipare ai programmi regionali di sorveglianza delle zoonosi (vedi dettaglio più avanti);
- partecipare alla definizione del sistema regionale di sorveglianza sulle nuove diagnosi di positività da HIV.

c) vaccinazioni

- assicurare le attività necessarie a supportare l'avvio del programma di vaccinazione anti HPV, secondo le modalità previste dalla programmazione regionale,
- garantire il mantenimento dei livelli già raggiunti di copertura vaccinale per l'infanzia, migliorare le coperture vaccinali nei gruppi a rischio,
- assicurare la correttezza e tempestività dei ritorni informativi e la partecipazione ad indagini nazionali (ICONA).

Attuazione Piano regionale della Prevenzione

Con riferimento al nuovo ruolo previsto dalle linee guida regionali per i Dipartimenti di Sanità Pubblica, occorre sviluppare programmi aziendali sulle seguenti tematiche:

a) Screening oncologici

- dovrà essere garantito il rispetto della progressione delle chiamate dei tre programmi di screening oncologici attivi, curando il mantenimento dei livelli di adesione raggiunti e favorendo la partecipazione dei gruppi di popolazione più svantaggiata;
- dovrà essere curata la continuità 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 gli "standard desiderabili" definiti a livello regionale;

- dovrà essere garantita la partecipazione alle iniziative di controllo di qualità, adottando le eventuali misure correttive necessarie;
- per quanto riguarda i tumori colon-rettali, dovranno essere garantiti gli interventi sulla familiarità;
- dovrà essere assicurata la gestione dei registri tumori di popolazione attivati e la loro realizzazione nelle aree prive di registri tumori generali, nonché la partecipazione ai progetti valutativi definiti a livello regionale.

b) Altri programmi

Considerato che è stato prorogato per il 2008 il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, mantenendo gli obiettivi in essere, dovranno essere completate le azioni previste a livello regionale, con particolare riferimento alla **prevenzione delle malattie croniche (malattie cardiovascolari, obesità, diabete)**, alla prevenzione degli **infortuni domestici e stradali** e al funzionamento del **sistema di sorveglianza "PASSI"** sui fattori di rischio comportamentali riferiti.

Sicurezza sul lavoro

Il tema della sicurezza sul lavoro continua a costituire un obiettivo fondamentale per il Servizio Sanitario Regionale, cui competono le attività di vigilanza e di assistenza, e un impegno forte di tutto il sistema regionale.

Il tema della sicurezza sul lavoro è stato portato all'attenzione generale da drammatici episodi avvenuti nel corso dell'anno 2007, che hanno accelerato interventi normativi già in corso di elaborazione a livello nazionale. La Legge 123/07, all'art. 1, ha delegato il Governo alla stesura di un Testo Unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro, attualmente in fase avanzatissima di elaborazione: inoltre, in data 17 dicembre 2007, è stato approvato un DPCM che ha reso esecutivo l'accordo sottoscritto dal Governo e dalle Regioni il 1° Agosto 2007, concernente il "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro". L'accordo sancisce che la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori è una specifica competenza del Servizio Sanitario Nazionale, confermando in questo modo la scelta già operata con la legge 833/78; le Regioni e le Province autonome devono migliorare la qualità degli interventi di prevenzione sia come copertura quantitativa, sia come metodologia di intervento.

Pertanto gli obiettivi per l'anno 2008 consistono in:

- i. garantire le **attività di vigilanza ed assistenza** finalizzate alla riduzione degli infortuni sul lavoro, assicurando il raggiungimento degli obiettivi fissati dal DPCM 17 dicembre 2007. In particolare occorrerà raggiungere l'obiettivo di controllare ogni anno il 5% delle Unità Locali attive sul territorio di competenza: tenuto conto che finora l'obiettivo era del 3% e che l'attuale media regionale è pari al 3,38% (dati riferiti all'anno 2006), si ritiene congruo un obiettivo minimo per l'anno 2008

pari al 4,5%; tale incremento è compatibile con un obiettivo finale 2009 superiore al 5% fissato dal patto nazionale;

- ii. 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.

Al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi sopra declinati in relazione alle attività di vigilanza, le Aziende Usl dovranno presentare, entro il 31 maggio 2008 per una specifica valutazione da parte della Regione, un programma dettagliato che assuma come vincoli gli obiettivi sopra riportati per il 2008 e il 2009 e ne declini modalità operative, tempi, misure organizzative necessarie.

Inoltre, considerato che la **sicurezza nelle strutture sanitarie** continua ad essere un tema centrale ai fini del mantenimento dei complessivi livelli di qualità del Servizio Sanitario Regionale, occorrerà:

- assicurare il controllo delle strutture sanitarie pubbliche e private esistenti, finalizzato alla tutela della salute e della sicurezza dei pazienti e dei lavoratori;
- garantire il rispetto delle procedure e dei tempi previsti dalla normativa e dalla programmazione regionale per il rilascio delle autorizzazioni alle strutture sanitarie pubbliche e private ed ai professionisti del territorio di competenza di ciascuna Azienda Unità sanitaria locale;
- assicurare l'attività di competenza in ordine all'aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie autorizzate.

Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

L'anno 2007 si è principalmente caratterizzato dall'impegno dedicato dai Dipartimenti di Sanità Pubblica ed in particolare dai Servizi igiene alimenti e nutrizione e dalle Aree dipartimentali di sanità pubblica veterinaria alla formazione e qualificazione del personale addetto ai controlli ufficiali nel settore della sicurezza alimentare secondo le linee di indirizzo previste dallo specifico progetto regionale.

Va inoltre positivamente registrato l'impegno prestato dalle Aziende USL alla definizione dei contenuti e delle modalità di realizzazione del manuale della qualità dei due servizi interessati al controllo ufficiale.

Obiettivi per l'anno 2008

Nell'anno 2008 deve essere prevista la prosecuzione del percorso di adeguamento e miglioramento alle normative comunitarie del sistema regionale di controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare. Oltre alle azioni specifiche contenute nei progetti regionali, deve essere posta particolare attenzione alla rilevazione dell'attività svolta

e alla sua rendicontazione; i dati forniti devono essere allineati con le banche dati nazionali esistenti e con i campioni analizzati presso i laboratori ufficiali, ARPA e IZS.

Pur consapevoli del fatto che la quasi totalità delle prestazioni di controllo ufficiale sono obbligatorie e definite per legge, per l'anno 2008 si pone l'attenzione in particolare sui seguenti obiettivi prioritari:

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,
- corretta identificazione e registrazione di almeno il 99% degli orientamenti produttivi, nonché relativo aggiornamento degli allevamenti registrati in Banca Dati Nazionale,
- registrazione in Banca Dati Nazionale delle coordinate geografiche di almeno il 95% degli allevamenti di bovini, suini, ovi-caprini, avicoli con la sola esclusione di quelli per l'autoconsumo.

Igiene della produzione dei mangimi (Reg. 183/2005/CE)

Stesura e attuazione di una procedura per l'inserimento in BDR delle domande di registrazione/aggiornamento.

Farmacovigilanza (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.

Piani sorveglianza e monitoraggio:

- piano campionamento sugli alimenti per controlli microbiologici: almeno il 90% di congruità al piano,
- piani nazionali e regionali fitosanitari, residui, alimentazione animale, micotossine, 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.

Benessere animale

Allevamento

Controllo del benessere

- Almeno il 95% allevamenti vitelli carne bianca,
- Almeno il 50% allevamenti galline ovaiole,
- Almeno il 30% allevamenti suini,
- Almeno il 5% altre specie (bovini-latte carne, ovicaprini, volatili da cortile, ecc).

Trasporti

- Controllo al macello del 10% dei mezzi in applicazione del Reg. CE 1/2005,
- Controllo del 5% delle partite di animali in entrata a seguito di viaggi superiori alle 8 ore in applicazione del Reg. CE 1/2005.

Macello

- Verifica dell'attuazione delle procedure per la corretta applicazione del D.Lgs 333/1998 in tutti i macelli.
- Verifica dell'attuazione delle procedure per la macellazione rituale in tutti i macelli interessati.

Formazione, qualificazione personale percorso qualità:

- Qualificazione di almeno il 95% del personale addetto al controllo ufficiale nel settore della sicurezza alimentare con la qualifica di "ispettore qualificato".
- Partecipazione al corso regionale di formazione per auditor qualificati di un numero di operatori pari ai posti messi a disposizione per ogni AUSL.
- Produzione del manuale della qualità dei SIAN-SVET almeno per le parti 4, 5.1 e 5.2, 6 e 10.
- Audit su OSA: almeno 2 audit per auditor qualificato preferibilmente sulle seguenti categorie produttive: macelli carni rosse, sezionamenti, prodotti a base carne, prodotti base latte, trasformazione vegetali, centri produzione pasti, depositi farmaco, mangimifici.

Piano della prevenzione "Sorveglianza e prevenzione obesità"

- Realizzazione del 100% delle attività previste

Zoonosi

- definire interfaccia medico-veterinario,
- attuare il piano regionale di sorveglianza malattie trasmesse da insetti vettori,
- predisporre un protocollo dipartimentale per il coordinamento degli interventi nel corso delle indagini epidemiologiche in casi di malattie trasmesse da alimenti,
- coordinare nuclei multidisciplinari con i diversi Servizi e figure professionali interessate per incentivare la segnalazione dei casi di malattie trasmesse da alimenti e costituire un riferimento per la loro gestione,
- partecipare a corsi regionali rivolti ai referenti dei nuclei multidisciplinari di un numero di operatori pari ai posti messi a disposizione per ogni AUSL e attuare la formazione a ricaduta nel territorio di competenza.

7. Salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri

Applicazione della direttiva sull'organizzazione dei Dipartimenti

Le Aziende dovranno dare piena attuazione a quanto disposto con la delibera 2011/2007 inerente la formalizzazione dell'Atto Aziendale nelle sue componenti territoriali, con particolare riferimento a:

- a. Istituzione del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, inclusivo delle UU.OO di Psichiatria Adulti, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, SerT. Obiettivo primario per le Aziende USL è una definizione puntuale a livello locale della mission e dell'organizzazione dipartimentale.
- b. Formalizzazione del Programma Aziendale "Dipendenze Patologiche" che dovrà garantire la realizzazione della delibera 1533/2006 sul territorio provinciale per quanto di competenza aziendale ed in particolare presidiare i rapporti con il privato sociale e gli EELL del territorio, nonché la salvaguardia delle specificità tecniche dell'intervento sulle dipendenze patologiche.
- c. Per le Aziende che non hanno già un Programma o una U.O. di Psicologia, formalizzazione di una articolazione organizzativa, preferibilmente di Programma, con la quale garantire coordinamento ed unitarietà all'intervento psicologico nell'Azienda nelle sue declinazioni di Psicologia e Clinica e di Comunità. Tale articolazione sarà a sua volta coordinata dall'istituendo Programma regionale che curerà l'uniformità dei contenuti tecnico-professionali e delle realizzazioni a livello regionale.
- d. Per le Aziende USL di Bologna, Ferrara, Modena e Parma, istituzione dei Dipartimenti Integrati con la componente universitaria. Si richiede alle Aziende di formalizzare accordi locali tra Aziende USL ed Atenei che individuino i principi di funzionamento del Dipartimento Integrato, le Unità Operative coinvolte, l'afferenza del personale universitario, gli impegni finanziari conseguenti e le modalità di attribuzione e revoca degli incarichi.

Obiettivi per il 2008

In attesa della completa definizione del Piano obiettivo regionale, le aziende per il 2008 sono tenute a :

1. Dare piena attuazione a quanto disposto con la delibera 1654/2007 "Accordo generale per il triennio 2007-2009 tra la Regione Emilia-Romagna e l'AIOP in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata", che per il settore specifico della salute mentale prevede:
 - a. l'apertura di 90 p.l. complessivi di "Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo", destinato al trattamento di situazioni di crisi e di acuzie psichiatrica con particolare attenzione al bacino di utenza di riferimento, nell'ambito di specifici accordi con i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche competenti per territorio. Questi reparti, da integrare pienamente nella offerta pubblica, hanno anche la finalità di riportare in ambito provinciale

- b. la riconversione di 310 posti letto ospedalieri in strutture residenziali a trattamento intensivo o protratto, organizzati anche per l'assistenza di target specifici (doppia diagnosi, psicogeriatría, minori) per le quali sussiste analoga necessità di integrazione con l'offerta pubblica ed un governo dell'appropriatezza d'uso;
- c. per le Aziende USL di Bologna, Modena, Parma e Ravenna nel cui territorio insistono Case di Cura con specializzazione psichiatrica, sussiste l'obbligo di costituire una commissione di monitoraggio del processo di integrazione, di rendicontare in maniera esaustiva le spese sostenute, nonché di presidiare il percorso di accreditamento che investirà l'intera dotazione di posti letto nelle strutture ospedaliere. I rappresentanti delle strutture private dovranno essere invitati alle riunioni dei comitati di dipartimento competenti territorialmente, con particolare riferimento alla programmazione sanitaria, governo clinico e integrazione tra servizi pubblici e privati accreditati. La Commissione Locale di Monitoraggio è formata da tre rappresentanti di parte pubblica e tre rappresentanti di parte privata e deve essere istituita dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria.
2. Dare piena attuazione alla Delibera 1005/2007 "Accordo generale per il triennio 2007/2009 tra la RER ed il Coordinamento Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso, con particolare riferimento agli aspetti di programmazione e monitoraggio congiunto. Le Aziende Sanitarie sono tenute ad applicare le tariffe previste dall'Accordo e ad ottemperare le previsioni di ordine normativo con particolare attenzione all'istituzione ed al funzionamento delle Commissioni Locali, alla raccolta dei dati di attività e all'integrazione dei percorsi assistenziali.
3. Realizzare nell'ambito territoriale di competenza quanto richiesto in merito al Programma Regionale Integrato Autismo, consistente nella costituzione della rete regionale con tipologia Hub & Spoke. Il Programma ha caratteristiche tali da realizzare nel triennio requisiti di scientificità ed operatività, per cui sia possibile una procedura di accreditamento. Le Aziende USL, che sono state dotate delle necessarie risorse finanziarie, dovranno formulare un programma locale che espliciti la rete operativa nei diversi livelli:
- team aziendale/provinciale (1° livello) coinvolto nella definizione ed attuazione dei processi clinico-assistenziali;
 - centro hub di area vasta (2° livello) con compiti di monitoraggio e verifica dell'impegno del Programma, di supporto clinico-specialistico ai team aziendali, se concordato nella propria area di riferimento.
4. Realizzare nell'ambito del territorio il trasferimento delle funzioni, delle risorse e del personale della Sanità penitenziaria al SSR, inclusivo della realtà dell'OPG di Reggio Emilia, secondo quanto stabilito nell'articolo 2 comma 284 della Legge Finanziaria 2008 e nel DPCM attuativo recentemente approvato. Tali provvedimenti portano a compimento quanto parzialmente stabilito nel 2007 dagli accordi tra la RER ed il Ministero della Giustizia di cui alla delibera

746/2007. Nell'attuazione della previsione normativa indicata, è necessario che ogni Azienda sede di istituto penitenziario assicuri concretezza al principio dell'equità nell'assistenza al cittadino detenuto, garantendo sia l'assistenza qualificata all'interno del carcere che continuità nei percorsi tra l'interno e l'esterno. E' necessario inoltre dare organicità ai vari interventi che le Aziende mettono in atto per agevolare i percorsi di uscita dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

5. Le Aziende USL sono chiamate ad attivarsi nel supportare i flussi informativi regionali che si richiedono ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. In particolare, per ogni Unità Operativa coinvolta, le azioni dovranno tendere a:
 - UU.OO. Psichiatria Adulti. Implementazione e completezza dei flussi informativi inerenti al "Sistema Informativo Salute Mentale" che presenta ancora una base dati parziale sull'utenza, i prodotti e le prestazioni erogate dai servizi territoriali, residenziali ed ospedalieri;
 - UU.OO Neuropsichiatria Infantile. Le Aziende dovranno impegnarsi nella costruzione e nell'invio dei dati al sistema informativo regionale per questo tipo di utenza e per le attività ad essa erogate;
 - UU.OO. SERT. Le Aziende dovranno supportare l'applicazione della versione 2 del nuovo sistema informativo sulle dipendenze patologiche (SistER).

8. Le cure primarie

Applicazione della direttiva sull'organizzazione dei Dipartimenti

Con Deliberazione della Giunta regionale n. 2011 del 20 dicembre 2007 è stata approvata la "Direttiva alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'Atto aziendale di cui all'art. 3, comma 4, della L.R. 29/2004: indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di Cure Primarie, di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e di Sanità Pubblica".

Nel documento il Dipartimento di Cure Primarie vede una profonda riorganizzazione che disegna nuovi ruoli, sia per i professionisti dipendenti che per i professionisti convenzionati, che sono chiamati ad assumere responsabilità in ordine alla pianificazione delle attività e all'orientamento professionale dei loro colleghi.

Parte di questo disegno riorganizzativo va attuato attraverso la stipulazione e l'applicazione degli accordi locali con le rappresentanze sindacali relative, ma il suo pieno sviluppo comprende l'eventuale adeguamento dell'atto aziendale, percorsi formativi anche congiunti tra i diversi professionisti che concorrono all'erogazione dei servizi delle Cure Primarie, e l'implementazione di un processo decisionale basato sulla partecipazione e sull'individuazione di responsabilità coerenti con la nuova configurazione.

La Regione individuerà strumenti di facilitazione e momenti di verifica dell'implementazione delle innovazioni organizzative; contemporaneamente le Aziende sono impegnate a contribuire a tale processo attraverso:

- una verifica dell'adeguatezza del loro assetto organizzativo e delle modalità di funzionamento dello stesso rispetto a quanto indicato in delibera;
- la partecipazione al processo di monitoraggio di applicazione degli accordi integrativi regionali.

I Nuclei di cure primarie nelle configurazioni avanzate

a) Aspetti organizzativi

Lo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie rappresenta un obiettivo strategico del nuovo Piano Regionale Sociale e Sanitario 2008-2010 (DGR n. 1448/2007 di proposta all'Assemblea Legislativa) attraverso un progressivo cambiamento della loro forma organizzativa, per passare da un'aggregazione funzionale, intesa come rete clinica integrata di operatori, ad una aggregazione strutturale che rappresenti il nodo fondamentale della rete integrata dei servizi distrettuali.

La forma organizzativa dei Nuclei di Cure Primarie prevede un modello organizzativo che favorisce l'integrazione interprofessionale attraverso il maggior coinvolgimento, in particolare, dei MMG e degli infermieri nelle attività distrettuali – anche al fine di migliorare i livelli di appropriatezza organizzativa e di appropriatezza clinica - e consente ai cittadini un'accresciuta accessibilità alle cure primarie, con un' ampia fascia di apertura degli studi medici.

L'obiettivo principale è di garantire, attraverso un approccio metodologicamente appropriato, la realizzazione di un monitoraggio organico e sistematico dello sviluppo in ambito aziendale dei Nuclei di Cure Primarie, sia dal punto di vista organizzativo sia dal punto di vista della salute dei cittadini e della qualità delle cure erogate.

La modificazione organizzativa dell'assistenza primaria e delle relazioni che questa intrattiene con gli altri livelli dell'assistenza sanitaria comporta l'avvio di un complesso processo di ridisegno organizzativo e funzionale nelle Aziende Sanitarie.

L'implementazione di tale modello organizzativo deve essere necessariamente accompagnato da un cambiamento culturale dei professionisti coinvolti.

Risultati attesi

Dovrà essere avviata la progettazione nelle Aziende USL circa la caratterizzazione innovata dei Nuclei di Cure Primarie, compatibilmente con le caratteristiche socio-demografiche del territorio di riferimento, orientata alla individuazione di una sede di riferimento, coerente con le funzioni previste dal modello organizzativo delle forme evolute dei Nuclei di Cure Primarie. La stessa sede è punto di riferimento dei Medici di medicina generale, dei Pediatri di libera scelta, che possono erogarvi direttamente l'assistenza in forma associata, dei medici di Continuità assistenziale, degli infermieri e di altri professionisti sanitari. In tale ottica la definizione dei Nuclei di Cure Primarie comporta un impegno sia strutturale che funzionale.

Indicatori

Strutturali: numero sedi di riferimento individuate per i Nuclei di Cure Primarie (NCP) in modo flessibile e congruente con le caratteristiche dei diversi ambiti territoriali.

Funzionali: verifica e valutazione dei contenuti dell'attività organizzativa pertinente ai NCP indicati e declinati localmente secondo gli specifici livelli di sviluppo dell'assistenza primaria, assicurando almeno la definizione delle relazioni tra Medici della medicina generale (MMG, CA) e infermieri.

b) Aspetti contrattuali

Tra gli obiettivi significativi previsti dall'Accordo Regionale per la Medicina Generale approvato con DGR n. 1398 del 9/10/2006, si evidenzia la modalità di lavoro integrato tra professionisti diversi per realizzare continuità di assistenza con una reale e sostanziale presa in carico del paziente anche con il coinvolgimento dei medici della Continuità Assistenziale.

Per rendere possibile una progettazione evidente e consolidabile nelle sue linee strategiche è necessario giungere alla sottoscrizione di accordi locali quale strumento appropriato per definire i progetti, le relative modalità operative e i criteri di valutazione.

Risultati attesi

L'Azienda concorderà entro il 2008, con le organizzazioni sindacali per la medicina generale, l'accordo per la definizione dei progetti e delle attività con gli obiettivi da perseguire, le modalità operative, gli indicatori di verifica e i riconoscimenti economici.

Indicatori

Accordi per la Medicina Generale sottoscritti e formalizzati.

c) Sviluppo dei sistemi di verifica e valutazione

I sistemi caratterizzati da organizzazioni complesse poggiano la loro prospettiva di miglioramento continuo sulla verifica e sulla valutazione degli andamenti legati agli elementi strutturali, di processo e di esito.

Nell'ambito delle attività del Nucleo di Cure Primarie è obiettivo strategico la messa in atto di un monitoraggio attento della corretta applicazione di quanto previsto nell'Accordo regionale, nonché una valutazione sugli effetti assistenziali, attraverso gli strumenti e i metodi definiti e condivisi a livello regionale, nell'ambito del gruppo di monitoraggio dell'ACR MG.

Ineludibili inoltre sono le azioni di controllo per verificare la rispondenza di autocertificazioni, di applicazioni contrattuali e normative al fine di avere un corretto quadro dell'esistente.

Rientra in tale attività di verifica l'allineamento dell'anagrafe degli assistiti dai Medici di medicina generale con le anagrafi comunali, tenuto conto dell'impatto economico e delle responsabilità amministrative contabili correlate.

Risultati attesi

Le aziende, in relazione all'applicazione degli accordi per la medicina generale, attueranno azioni di controllo e di valutazione per tutti gli elementi in gioco in ordine alle attività ed agli obiettivi prefissati.

Inoltre le Aziende dovranno mettere in atto azioni che migliorino ulteriormente l'allineamento delle anagrafi sanitarie con le anagrafi comunali, le modalità di rilevazione e la correzione delle anomalie esistenti.

Indicatori

Sistema dei controlli: tipologia e numero dei controlli messi in atto per gli aspetti correlati e reportistica legata al monitoraggio degli effetti applicativi degli accordi locali di medicina generale.

d) Sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali

La gestione delle malattie croniche è caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, per questo motivo la sfida maggiore è rappresentata dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizi ed utenti e tra professionisti e assistito. In questa logica si inserisce lo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie, dove le modalità assistenziali non potranno che tendere ad uno sviluppo integrato delle professionalità attraverso la costruzione di un sistema di relazioni cliniche, assistenziali ed organizzative che, partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, dovranno saper valorizzare il contributo dei diversi professionisti, integrare competenze, conoscenze e abilità specifiche.

In tale prospettiva trovano spazio per lo sviluppo le professioni sanitarie assistenziali (infermieri, terapisti della riabilitazione, ostetriche - per quest'ultima figura

professionale vedi anche obiettivo relativo alle linee di indirizzo per l'assistenza alla gravidanza) che, con incidenza diversa, attuano la loro funzione nei diversi setting assistenziali. I modelli organizzativi e assistenziali, pertanto, dovranno essere delineati in modo da trarre vantaggio dalle diverse responsabilità professionali correlate ai bisogni assistenziali, dalle loro interazioni e dall'individuazione, durante il processo assistenziale, della figura professionale che più opportunamente assicura la sintesi. Mentre per i processi clinici, o per le fasi cliniche di percorsi assistenziali complessi, la figura d'elezione è quella medica, le esperienze realizzate in questi anni, sottolineano le opportunità connesse all'allargamento delle competenze dei diversi professionisti assistenziali, soprattutto degli infermieri, che sono tra i professionisti numericamente più consistenti e più vicini, per la loro natura professionale, ai bisogni dei singoli e della popolazione.

L'esperienza maturata in Emilia Romagna, ha permesso alle professioni sanitarie di acquisire una significativa visibilità e autorevolezza, sia sotto il profilo delle competenze gestionali, sia sotto il profilo delle competenze clinico assistenziali che, con l'evoluzione e lo sviluppo delle cure primarie, dovranno comunque trovare una ridefinizione sviluppando maggiormente gli interventi di self care, disease e case management.

Nel corso del 2008 verrà predisposto un documento regionale che, oltre a valorizzare le esperienze già avviate in alcune realtà territoriali, sarà di indirizzo per lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali nei Dipartimenti di Cure Primarie. Le Aziende sono comunque tenute da subito a valutare e definire modalità operative che permettano la ridefinizione delle responsabilità nei processi assistenziali, in particolare per quanto riguarda le attività di accesso e la gestione delle patologie croniche così come delineato nella citata delibera di indirizzo e organizzazione dei dipartimenti territoriali.

9. Integrazione socio-sanitaria

Nel corso del 2007 si è avviato il percorso di costituzione dei nuovi strumenti della governance sociale, socio-sanitaria e sanitaria, anche anticipando i contenuti e le indicazioni del Piano Sociale e Sanitario Regionale.

Nel corso del 2008 le AUSL sono chiamate a contribuire alla adeguata dotazione, al consolidamento ed alla qualificazione degli strumenti tecnici di supporto sia al livello intermedio (Ufficio di supporto) che al livello di ambito distrettuale (Ufficio di Piano), ciò anche in considerazione della necessità di supportare adeguatamente e tempestivamente il processo di elaborazione ed approvazione entro il 2008 degli atti di programmazione triennale (“Atto di indirizzo e coordinamento” e “Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale”) con le modalità innovative ed integrate previste nel PSSR.

In particolare si richiama la necessità della partecipazione qualificata della AUSL alla costruzione integrata del Profilo di comunità, che deve rappresentare lo strumento unitario (sociale, socio-sanitario e sanitario) di lettura dei bisogni e dei determinanti della salute e del benessere in relazione alle specificità legate ad ogni territorio.

Inoltre, nella prospettiva dell'integrazione socio-sanitaria, le AUSL contribuiscono a perseguire i seguenti obiettivi:

- la connessione tra gli sportelli sociali e gli sportelli unici distrettuali e la predisposizione, su base distrettuale, di percorsi integrati ed unificati per usufruire dei vari servizi di rete;
- l'integrazione professionale, su base distrettuale, con gli operatori dei Comuni, per la definizione dei progetti assistenziali a partire dalla valutazione dei bisogni e della domanda, da promuovere anche mediante iniziative di formazione congiunta tra operatori dei servizi e/o operatori di sistema.

Per quanto riguarda il **FRNA** le Aziende sono chiamate a supportare, nell'ambito degli strumenti tecnici sopra richiamati e della partecipazione agli organi di governo (CTSS, Comitato di distretto):

- a) il processo di consolidamento degli strumenti di gestione assicurando il pieno rispetto di quanto previsto nella DGR 1206/2007 ed il monitoraggio del FRNA;
- b) l'avvio nel corso del 2008 di tutte le innovazioni ed attività individuate nella DGR 1206/2007 per lo sviluppo del sostegno al mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti, obiettivo che deve trovare prime significative evidenze nei programmi distrettuali per la non autosufficienza del 2008. In particolare, in attuazione della DGR 1206/2007 è necessario che sia garantito in ogni ambito distrettuale:
 - la condivisa definizione tra Comuni ed AUSL e l'effettiva operatività di un programma di dimissioni protette che assicuri, alle persone non autosufficienti dimesse dall'ospedale, la continuità assistenziale e l'adeguatezza dei percorsi assistenziali, garantendo tempestività, appropriatezza, presa in carico e accompagnamento delle famiglie nella fase del rientro e della riorganizzazione successiva alle dimissioni dalle strutture sanitarie individuando gli interventi attivabili nell'ambito del progetto

individualizzato di vita e di cure, attuando gli standard indicati nel paragrafo successivo "Ricoveri ospedalieri e continuità delle cure".

- un adeguato percorso condiviso tra AUSL e Comune per l'assistenza protesica, al fine di ottimizzare l'utilizzo di interventi e risorse, nel caso in cui sia necessaria la prescrizione di ausili, ortesi e protesi previsti dal DM 332/99 e successive modificazioni. Devono essere definiti percorsi socio-sanitari integrati, attraverso una stretta collaborazione tra i Dipartimenti delle cure primarie delle AUSL per l'erogazione dell'assistenza protesica, gli specialisti medici per la prescrizione, i servizi territoriali (SAA, servizi territoriali per disabili, etc.) che assicurano la valutazione e l'accesso e i servizi sociali dei Comuni che assicurino:

- √ l'appropriatezza dell'intervento;
 - √ la valutazione delle condizioni socio-familiari;
 - √ la tempestiva fornitura e fruibilità degli ausili, anche organizzando un trasporto tempestivo a domicilio per le persone fragili sole o con rete familiare e sociale debole, e promuovendo forme di sostegno e accompagnamento all'utilizzo corretto degli strumenti.
- il raggiungimento degli obiettivi minimi che debbono essere assicurati entro il 2009 in ogni ambito in base alla DGR 509/2007, programmando lo sviluppo degli interventi e dei servizi sanitari collegato al raggiungimento di questi obiettivi, in particolare per quanto riguarda la dotazione di posti residenziali nei soli distretti che sono al di sotto degli obiettivi minimi;
- il percorso di adeguamento da avviarsi nel corso del 2008 da parte dei soggetti gestori in vista dell'avvio della fase di transizione all'accreditamento definitivo, con particolare riguardo a quanto previsto dall'art 23 della L.R. 4/2008 in merito al superamento del frazionamento gestionale, alla omogeneità qualitativa ed alla costruzione delle condizioni per giungere alla remunerazione sulla base di tariffe.

In questo contesto le AUSL sono chiamate ad assicurare la completa attuazione alla Circolare n. 7/2007 "Omogeneizzazione delle prestazioni sanitarie nella rete dei servizi per anziani", in modo particolare per quanto riguarda criteri uniformi in merito al rimborso delle prestazioni infermieristiche e riabilitative, all'adeguamento ai criteri indicati in merito a presidi ed ausili, all'adeguamento ai criteri indicati in merito alle prescrizioni farmacologiche.

Considerando la fase di transizione verso l'accreditamento introdotta dall'art 23 della L.R. 4/2008, le AUSL debbono avviare un *percorso concordato in ambito locale tra AUSL ed Enti gestori, coordinato dal Comitato di Distretto con la partecipazione del Direttore del Distretto*, per giungere, nel corso del 2008, alla definizione di un programma che garantisca, entro il termine di avvio dell'accreditamento definitivo, la ricomposizione unitaria in capo all'ente gestore delle responsabilità gestionali anche per quanto attiene le prestazioni infermieristiche, riabilitative e il coordinamento infermieristico interno alle strutture. Tale obiettivo può essere perseguito attraverso soluzioni diverse, eventualmente anche ricorrendo all'istituto del comando secondo le vigenti disposizioni contrattuali.

10. Percorsi integrati ospedale-territorio

La lungodegenza

Il principio delle reti integrate di servizi, che caratterizza il sistema assistenziale della nostra Regione, si è andato sempre più traducendo in una organizzazione secondo livelli di intensità di cura, che integra l'assistenza ospedaliera per acuti con le fasi di postacuzie e di lungodegenza così come con le attività territoriali, residenziali e domiciliari.

La Regione è da tempo impegnata in una verifica dell'uso delle risorse di ricovero, degli assetti organizzativi, del ruolo delle diverse professioni, dell'adeguatezza dei percorsi adottati, della continuità assistenziale garantita in questi percorsi e dell'integrazione tra i diversi livelli di assistenza.

La verifica è stata condotta con strumenti di indagine qualitativi e con attenzione agli assetti organizzativi dichiarati, ed ha necessità di basare le conclusioni su una adeguata analisi quantitativa, che consentirà di formulare le indicazioni di sviluppo della funzione.

Alcune questioni evidenziate dal lavoro fin qui condotto possono tuttavia essere così sintetizzate:

- Le unità di Lungodegenza, Post-acuzie, Riabilitazione estensiva, non accolgono se non in minoranza pazienti inseriti in un percorso formalizzato.
- Pure marginale è la diffusione di responsabilità gestionale infermieristica.
- Il ruolo agito dalle UVG/UVM non è omogeneo a livello regionale, limitandosi in alcuni casi alla individuazione della destinazione del paziente, in altre partecipando alla progettazione del percorso.
- La gestione della dimissione protetta è formalizzata in tutte le realtà, ma esiste variabilità nel rispetto dell'anticipo convenuto di comunicazione all'ADI.
- Esiste una quota significativa di pazienti che ha un consumo ripetuto di ricoveri in lungodegenza, e tra questi 4 gruppi di patologie spigano il 70% delle giornate di degenza.

Tali dati preliminari, consentono di porre i seguenti obiettivi:

Gestione della casistica cronica ad elevato consumo di risorse di ricovero

Le aziende sono tenute ad analizzare la casistica caratterizzata da elevato consumo di risorse di ricovero (ricoveri ripetuti), e a mettere in atto strategie adeguate alla specifica situazione riscontrata, individuando percorsi assistenziali in grado di prevenire e minimizzare il ricorso al ricovero ospedaliero, coinvolgendo in tali strategie tutti i professionisti interessati, sia dei dipartimenti di cure primarie, sia dei dipartimenti ospedalieri. Poiché l'individuazione dei percorsi e la loro implementazione poggia particolarmente sulle risorse territoriali, il coinvolgimento dei Nuclei delle Cure Primarie appare indispensabile fin dal momento dell'analisi, in modo che la scelta dei percorsi da mettere in atto sia adeguata alle necessità e resa possibile dallo sviluppo della nuova organizzazione dei Dipartimenti delle Cure Primarie.

In tale contesto occorre sviluppare la gestione del percorso complessivo del paziente da contrapporre al prevalente approccio per episodio di cura: le Aziende sono pertanto tenute a garantire l'implementazione della rete assistenziale integrata definita dalla D.G.R. n. 1720/2007, "Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus. Programma stroke care".

Nell'anno 2008 le Aziende pertanto dovranno:

- promuovere percorsi integrati fra ospedale e territorio attraverso modalità di continuità di cura;
- rendere omogeneo l'intero percorso assistenziale (fase pre, intra e post ospedaliera).

Nel corso del 2008 verrà predisposto un documento di indirizzo regionale sulle patologie dell'apparato muscolo scheletrico nei pazienti anziani, dalla prevenzione alla gestione degli esiti, in analogia con il documento di indirizzo sullo stroke, attenendosi a principi di coinvolgimento multiprofessionale e plurispecialistico, sociale e sanitario, e valorizzando le esperienze già avviate (ortogeriatrics, prevenzione degli incidenti domestici). Le Aziende sono comunque tenute da subito a valutare prioritariamente la congruità dei percorsi dei pazienti anziani affetti da patologie traumatiche dell'apparato muscoloscheletrico, in particolare relativamente al timing degli interventi, alla integrazione delle diverse competenze nella fase di degenza, alla valutazione della appropriatezza ed efficacia della fase riabilitativa.

Le Aziende sono tenute a definire modalità per l'individuazione in ambito distrettuale della popolazione anziana con caratteristiche particolari di fragilità, pluripatologie e cronicità - attraverso l'analisi trasversale delle banche dati aziendali - e i relativi modelli di presa in carico integrata sociale e sanitaria specifici.

Dimissione protetta

Unitamente a quanto previsto dalle Delibere GR 509 e 1206 del 2007 istitutive del FRNA, è responsabilità condivisa tra Comuni e AUSL assicurare percorsi effettivi di dimissioni protette che garantiscano adeguate risposte ai bisogni delle persone e continuità di cura.

In questo quadro la dimissione protetta è il primo strumento che deve essere definitivamente adeguato a standard che permettano di garantire l'effettiva continuità delle cure ospedale-territorio.

Le AUSL sono tenute a partecipare in modo attivo a questo processo assicurando i seguenti standard:

- la necessità di utilizzare strumenti di gestione e modalità operative che comportano la definizione di protocolli condivisi, con l'identificazione delle equipe di professionisti che assicurano l'assistenza integrata; in tale ottica occorre pertanto affidare la responsabilità del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, quali il case e il disease management, che possono essere tra loro complementari. Tale figura assume durante il ricovero ospedaliero, un ruolo centrale in quanto garante della continuità del percorso assistenziale e quindi anche delle procedure di

- dimissione (ad esempio attivando le procedure per l'ottenimento degli ausili, o per le eventuali visite e controlli successivi al ricovero);
- l'individuazione tempestiva, all'ammissione in ospedale o comunque non oltre il momento del passaggio dalla fase acuta alla post-acuzie o lungodegenza, dei pazienti che presentano caratteristiche tali da richiedere, alla dimissione, percorsi e risorse a livello territoriale e la conseguente attivazione del percorso di dimissione protetta. Individuazione precoce e attivazione devono riguardare sia i residenti che i cittadini provenienti da altri territori;
 - la partecipazione attiva alla definizione ed attuazione dei protocolli condivisi socio-sanitari per l'attivazione di risorse complesse a livello territoriale (percorsi di adattamento domestico previsti dalla Del. GR 1206/2007, fornitura di ausili particolari, etc.) per rendere appropriata in termini qualitativi la dimissione, evitando l'allungamento dei tempi e dando certezza ai percorsi per i familiari;
 - la partecipazione attiva alla definizione ed attuazione di percorsi di facilitazione del processo di erogazione (compresa la consegna laddove necessario) degli ausili e presidi fondamentali per la qualità della vita dei pazienti (come ad esempio: letti articolati, letti e/o materassi antidecubito, presidi per l'incontinenza, ausili per la mobilità, ecc.);
 - il monitoraggio delle procedure e delle dimissioni protette attivate in un report annuale che evidenzi le dimissioni protette attivate, le caratteristiche degli utenti, le unità operative coinvolte, le criticità ed i problemi emersi, le soluzioni adottate;
 - il posizionamento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), che orienti maggiormente la propria attività verso i casi più complessi, sulla base dei bisogni assistenziali rilevati, pur mantenendo le competenze valutative derivate dalla vigente legislazione regionale;
 - la garanzia del rispetto per tutte le dimissioni della fornitura di prescrizioni e prenotazioni secondo le indicazioni regionali ed aziendali in materia.

11. L'accertamento e la valutazione della disabilità - LR 4/2008

In relazione alla necessità di razionalizzare l'iter di accertamento e di valutazione della disabilità e di rendere omogenei sul territorio regionale comportamenti e procedure, introducendo ogni opportuna modifica che garantisca efficienza ed efficacia, si è pervenuti alla promulgazione della Legge regionale 19 febbraio 2008, n. 4.

Un contesto favorente è stato rappresentato dalla Legge 9 marzo 2006, n. 80 che, all'articolo 6, comma 1, dispone che: *“Le regioni, nell'ambito delle proprie competenze, adottano disposizioni dirette a semplificare e unificare le procedure di accertamento sanitario di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, per l'invalidità civile, la cecità, la sordità, nonché quelle per l'accertamento dell'handicap e dell'handicap grave di cui agli articoli 3 e 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, effettuate dalle apposite Commissioni in sede, forma e data unificata per tutti gli ambiti nei quali è previsto un accertamento legale”*.

Per garantire equità e qualità, la Regione e le AUSL devono adottare “buone pratiche”, integrandosi con i servizi garantiti dai Comuni, dalle Provincie e dall'INPS. Gli aspetti problematici vanno rimossi attraverso la semplificazione amministrativa e la razionalizzazione organizzativa, in un quadro di complessivo miglioramento della organizzazione dei servizi sociali e sanitari.

Il nuovo modello di accertamento si attua attraverso una rivisitazione del sistema di sostegno alle persone con disabilità e alle loro famiglie, e implica sia nuovi indirizzi organizzativi e procedurali, sia nuove modalità e criteri scientifici per la valutazione quantitativa e qualitativa della persona con disabilità, basandosi sull'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) dell'OMS, da utilizzare in forma semplificata, in parallelo alle modalità consuete che garantiscono l'erogazione dei benefici economici, in ossequio a quanto richiesto dalle Commissioni Mediche di Verifica Provinciali (CMVP) dell'INPS, anche a tutela degli interessi generali della collettività, per quanto attiene al corretto appropriato utilizzo delle risorse messe in campo dallo Stato e dalla Regione.

Tutti gli interventi proposti si basano su un consolidato convincimento culturale che pone al centro del sistema il cittadino con disabilità e la sua famiglia; l'ICF rappresenta, proprio per il suo profilo “biopsicosociale”, uno strumento strategico nel favorire i percorsi di integrazione della persona con disabilità.

In tal senso la revisione delle modalità di accertamento previste dalla L.R. 4/2008, nella parte che prevede la semplificazione della certificazione, assume una valenza strategica, prioritaria e fondamentale per la costruzione e il radicamento di un sistema integrato di azioni di sostegno per la creazione di effettive condizioni di pari opportunità in favore delle persone con disabilità, che si configura come processo di valutazione multidisciplinare e presupposto fondamentale per la definizione dei progetti individualizzati connessi all'autonomia personale, all'istruzione, alla formazione, all'integrazione professionale e all'assistenza, allo scopo di definire il processo unitario di presa in carico, nel quale la valutazione dello stato di salute della

persona deve essere finalizzata alla quantificazione e qualificazione dei bisogni, delle abilità e quindi alla redazione del progetto individuale. Tale approccio implica che il processo valutativo risieda nella rete locale dei servizi pubblici sanitari, sociali e socio-educativi, attraverso una maggiore sinergia fra le istituzioni che sono chiamate a intervenire in ciascuna fase della vita della persona con disabilità.

Pertanto è necessario implementare sul territorio un compiuto sistema unitario di accertamento globale, che tenga conto dei principi della classificazione internazionale ICF, articolato in due momenti:

- il primo riguarda l'accertamento medico-legale della menomazione, cioè l'apprezzamento della compromissione delle funzioni e delle capacità della persona che esita in una certificazione formale che dà o meno accesso al sistema dei benefici previsto, in ossequio alla normativa vigente;
- il secondo momento di valutazione è funzionale a fornire un quadro completo delle capacità della persona, in rapporto al contesto di attività a cui deve essere avviata; in questo caso la valutazione è un momento della presa in carico della persona a cui fornire strumenti di sostegno idonei a contrastare le difficoltà; la presa in carico implica un sostegno continuativo e non solo iniziale, con interventi specifici a seconda delle attività (sostegno alla mobilità, all'inserimento scolastico e lavorativo), che implica una collaborazione continuativa fra i vari attori coinvolti nel processo (AUSL, Scuola, Comuni, Province e Regione).

Gli attuali aspetti problematici riguardano:

- difformità nell'accoglienza e informazione al cittadino;
- difformità nella modulistica utilizzata;
- difformità nella gestione delle convocazioni e dei tempi di attesa.

Accoglienza e informazione al cittadino

Il momento della presentazione della domanda di accertamento è un passaggio particolarmente significativo del rapporto fra cittadino e Pubblica Amministrazione, reso ancor più delicato nei casi in cui la persona non abbia dimestichezza con tutti gli aspetti burocratici legati alla complessa materia. Spesso il primo contatto si risolve con la consegna del modulo di istanza di accertamento senza informazioni aggiuntive e il cittadino spesso non ha idea di cosa accadrà da quel momento in poi.

Sussiste una certa disomogeneità territoriale nell'attenzione alla rilevazione della qualità del servizio affidato alle Aziende USL che effettuano l'accertamento in materia di disabilità, non risulta consolidato il ricorso a indicatori e standards utili a valutare e verificare la qualità dei servizi resi al cittadino, con conseguente impossibilità a effettuare una valutazione oggettiva del servizio, dei suoi costi e della sua efficacia.

Al fine di individuare le modalità di soluzione di tali problematiche, la Regione costituirà un gruppo di lavoro che fornisca utili indicazioni per:

- la definizione di protocolli omogenei per l'accoglienza/assistenza e l'informazione al cittadino che presenta istanza di riconoscimento; l'informazione deve essere esaustiva, possibilmente tramite opuscolo sintetico scritto e deve riguardare tutti gli argomenti: invalidità civile, handicap,

integrazione scolastica, inserimento lavorativo, patente di guida “speciale”, con un dettaglio su requisiti, benefici e prestazioni, agevolazioni varie, documentazione sanitaria da produrre; è opportuno che le informazioni siano organizzate per fasce di età: soggetti in età evolutiva (infradiciottenni), soggetti adulti (18-65 anni), soggetti anziani (ultrasessantacinquenni);

- le modalità di collegamento e collaborazione con gli sportelli sociali ed il punto unico di accesso distrettuale;
- facilitare le nuove modalità di lavoro con una formazione interna del personale addetto a queste funzioni;
- la definizione degli standards minimi e degli indicatori relativi alla qualità del servizio e al gradimento degli utenti. Il raggiungimento degli standards di qualità potrebbe essere adottato come condizione per la concessione di incentivazioni e per l'individuazione di obiettivi di budget dei servizi sanitari interessati.

Le aziende saranno tenute all'implementazione di tali azioni secondo la relativa pianificazione

I moduli di domanda e la documentazione da allegare

Dovranno essere puntualmente osservate le disposizioni che la Giunta Regionale deve emanare, ai sensi dell'art. 5 della L.R. 4/2008.

La gestione delle convocazioni

Tempi di convocazione

La L.R. 4/2008 prevede, all'art. 3, sesto comma, che gli accertamenti siano eseguiti entro sessanta giorni dalla data di presentazione della domanda, fatti salvi i diversi termini contemplati all'art. 6, comma 3-bis, della L. 80/2006 (quindici giorni) per le persone con patologia oncologica di recente insorgenza.

Azioni necessarie:

- informatizzare il processo e osservare il collegamento in rete fra tutti gli enti coinvolti (RURER), osservando la trasmissione telematica delle pratiche;
- mettere a punto strumenti di monitoraggio continuo, attraverso una rilevazione sistematica degli accertamenti;
- adottare prassi che abbrevino i tempi per la convocazione all'accertamento visita per tutti i cittadini che ne fanno richiesta, onde soddisfare il diritto di ottenere la certificazione (e le eventuali relative prestazioni e provvidenze), il prima possibile.

Criteria per la convocazione e il problema delle precedenze

La Legge 80/2006, art. 6, comma 1, prevede l'unificazione delle procedure di accertamento, ma, nel contempo, nel comma 3 bis, introduce elementi di parzialità rispetto all'ordine da seguire per le convocazioni: per i malati oncologici contempla un iter di accertamento accelerato, che deve essere effettuato dalle commissioni entro

quindici giorni dalla domanda dell'interessato, inoltre gli "esiti dell'accertamento hanno efficacia immediata per il godimento dei benefici da essi derivanti".

In linea generale, il principio sancito per legge che le convocazioni andrebbero effettuate in ordine cronologico, se da un lato garantisce una correttezza formale a tutela del cittadino, dall'altro - se interpretato restrittivamente - finisce per danneggiare lo stesso cittadino, a fronte di situazioni che meritano di essere affrontate in via prioritaria, rispetto ad altre.

Di fatto già oggi in molte realtà la gestione delle convocazioni non è eseguita in ordine cronologico, ma è condizionata da altri fattori quali ad esempio quelli organizzativi (disponibilità degli specialisti e degli operatori sociali).

Al tempo stesso vi sono "urgenze" che si aggiungono alle patologie oncologiche e, più in generale, alle patologie gravissime (basti pensare alle visite domiciliari); si dovranno osservare criteri oggettivi definiti a livello regionale (ad es. indici di gravità o di necessità assistenziali intensive e continuative) su cui basare le deroghe al principio di convocare a visita secondo un ordine strettamente cronologico, che potrebbero riguardare anche i casi di visita domiciliare.

12. Il programma di assistenza odontoiatrica

Le attività realizzate nei primi due anni di vita del programma (DGR 2678/2004) hanno portato ad importanti risultati, in primis come standardizzazione dell'offerta di cure odontoiatriche, che si presentava storicamente disomogenea sia in termini di strutture erogatrici, che di attività erogata (tipologia e volumi).

Superate le iniziali criticità, legate alla difficoltà di raggiungere i nuovi destinatari del programma (in maggior parte persone con caratteristiche socio-economiche disagiate che non consideravano prioritaria la salute del cavo orale), proprio nei confronti degli utenti più disagiati sono stati raggiunti i migliori risultati, con una copertura che ha raggiunto il 73% dei vulnerabili attesi nella fascia di reddito <7.500 euro ISEE, rispetto ad un 39% rilevato per la generalità degli utenti attesi.

La valutazione della fase transitoria ha indicato che esiste, a livello regionale, una potenzialità di erogazione in parte non ancora utilizzata e, di conseguenza, la revisione del programma, attualmente nella fase conclusiva del suo iter di approvazione, ha previsto l'aumento del numero dei destinatari delle cure.

La fattibilità di questo intervento si basa sull'utilizzo ottimale delle risorse proprie delle Aziende, nonché sulla possibilità di integrare l'offerta attraverso contratti con le strutture private già in possesso dell'accreditamento istituzionale.

L'ampliamento del numero dei destinatari dovrà essere realizzato mantenendo gli indici di copertura raggiunti e senza superare i tempi massimi di attesa stabiliti: 30gg per la visita programmabile, 60-90gg per il completamento del piano terapeutico di conservativa, 120-150gg per il completamento delle cure di protesica, 150-180gg per la presa in carico del bambino e l'avvio delle cure in ortodonzia.

Per gli obiettivi aziendali per l'anno 2008, inoltre, gli indicatori scelti riguardano i differenti settori di attività del programma.

Il valore degli standard è stato determinato sulla base dei risultati del monitoraggio aziendale del 1° semestre 2007, i dati completi dell'anno 2007 non sono infatti ancora validati.

Per due obiettivi è stato fissato uno standard comune a tutte le aziende: capacità di captazione della fascia di popolazione economicamente più disagiata e capacità di orientare le cure alla popolazione vulnerabile destinataria del programma.

Il primo di questi obiettivi, condiviso con i referenti aziendali nell'incontro realizzato il 6 novembre 2007, prevede che tutte le Aziende raggiungano il 75% di copertura dei vulnerabili in fascia ISEE1 o che mantengano il livello di copertura raggiunto nel 1° semestre 2007, se superiore a tale valore.

Il secondo obiettivo è relativo al numero di utenti non vulnerabili che ricevono trattamenti di conservativa, protesica e ortodonzia in rapporto al totale di utenti trattati. Obiettivo per tutte le Aziende è che questo indicatore non superi il 30%.

Inoltre, gli altri obiettivi saranno modulati per ciascuna Azienda a seconda del risultato ottenuto nel monitoraggio per il 2007 (per i settori in particolare di protesica e

ortodonzia), con riferimento al migliore dato aziendale rilevato che costituisce lo standard; gli indicatori da rilevare sono i seguenti:

- Numero utenti che hanno ricevuto la sola visita in rapporto al totale utenti; 2
- Numero di utenti non vulnerabili che ricevono trattamenti di conservativa, protesica e ortodonzia in rapporto al totale di utenti trattati;
- Percentuale di manufatti protesici, sul totale, erogati per cittadini in classe ISEE 1 e per cittadini nelle restanti classi di reddito, con riferimento anche alla protesica fissa;
- Tasso di utenti in trattamento ortodontico rapportato a 10.000 residenti in età ≤ 14 anni.

² Il programma prevede l'erogazione di cure odontoiatriche alla popolazione destinataria. Il numero di assistiti che, dopo la visita iniziale, non hanno ricevuto alcun tipo di trattamento non dovrebbe di conseguenza prevalere sul totale degli utenti trattati. Si evidenzia che la visita odontoiatrica è erogabile a tutti gli assistiti (vulnerabili e non) e che la mancanza di trattamenti successivi può essere ricondotta a motivazioni quali interventi in urgenza che si esauriscono con la sola visita, destinatari che non rientrano nelle categorie di vulnerabilità, rivalutazione dell'assistito per cure ortodontiche.

13. Assistenza Ospedaliera

Posti letto ospedalieri

L'accordo Stato Regioni 23 marzo 2005, all'articolo 4, primo comma, lettera a), impegna le Regioni a prevedere a carico del Servizio Sanitario Regionale uno standard di posti letto ospedalieri accreditati non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie con una possibile compatibilità di variazione non superiore al 5% in più. In relazione alla composizione demografica della propria popolazione, la nostra Regione ha fissato il proprio standard di riferimento a 4,725 posti letto per mille abitanti.

Per mantenere il rispetto dello standard succitato è necessario che nessuna nuova attivazione di posti letto sia prevista senza la contestuale disattivazione di una pari quantità.

Si richiama inoltre la necessità di rivedere le dotazioni laddove si caratterizzino per dati di utilizzo ridotto o siano dedicate al trattamento di casistiche trasferibili a regimi assistenziali non ospedalieri, in particolare relativamente ai ricoveri diurni di tipo medico.

Liste di attesa per i ricoveri ospedalieri

Nel corso del 2008 tutte le Aziende sono tenute ad andare a regime con la prenotazione informatizzata delle prestazioni di ricovero ospedaliero, contribuendo in tal modo alla realizzazione del progetto regionale di gestione informatizzata delle liste di attesa dei ricoveri (SIGLA).

Le Aziende dovranno inoltre garantire il rispetto dei tempi di attesa massimi previsti dalle disposizioni regionali: in particolare relativamente all'area oncologica si richiama alla massima attenzione circa la definizione della data di prenotazione in corrispondenza del momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico, avendo eseguito gli eventuali trattamenti ed approfondimenti diagnostici necessari a rendere possibile l'intervento medesimo.

Si richiama inoltre la necessità di dare realizzazione alle indicazioni regionali relative alla prioritizzazione dei ricoveri.

Emergenza territoriale

Nel corso del 2008 il sistema di emergenza territoriale della nostra Regione verrà interessato dall'avvio di due importanti percorsi:

- attivazione della rete radio multiservizi R3 in tecnologia TETRA;

- accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto non urgente svolto a mezzo ambulanza.

Relativamente alla rete multiservizi il percorso, che avrà sviluppo pluriennale, interesserà nel 2008 i territori delle province di Bologna, Modena e Reggio-Emilia. L' Azienda USL di Bologna dovrà garantire, anche per gli altri territori, la gestione delle implementazioni tecnologiche necessarie ad assicurare il passaggio dalla precedente rete operante in tecnologia analogica VHF al nuovo sistema digitale. Le altre Aziende Interessate dovranno garantire le necessarie attività propedeutiche, analisi, formazione, etc.

Relativamente al percorso di accreditamento, dovrà essere garantita l'adesione, anche per la componente amministrativa, ai diversi passaggi del percorso, che prevederà anche una riverifica delle modalità di remunerazione dei servizi, oltre all'aggiornamento della valutazione dei fabbisogni, secondo i criteri fissati dalla DGR 1349/2003.

Le Aziende dell'Area Vasta Romagna dovranno completare il percorso di integrazione delle Centrali Operative 118, garantendo l'adeguamento delle tecnologie ai nuovi assetti; le altre Aziende, sede di Centrale Operativa 118, dovranno attivare percorsi comuni di valutazione delle potenzialità/opportunità di integrazione, anche valorizzando gli strumenti rappresentati dai sistemi tecnologici.

L'Azienda USL di Bologna è inoltre impegnata nello sviluppo di una convenzione unica regionale con il SAER/CNSAS, tale attività dovrà essere adeguatamente supportata anche dalle componenti tecniche delle Centrali 118 regionali.

Miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei servizi di emergenza

Le aziende sono tenute ad analizzare le caratteristiche del fenomeno degli accessi impropri al Pronto Soccorso mettendo in atto delle strategie di miglioramento dell'accesso ai servizi appropriati, in primis ai Nuclei delle Cure Primarie.

Le esperienze di integrazione della Continuità Assistenziale con i servizi di Emergenza vanno ricondotte, laddove opportuno e reso possibile dall'esistenza di una sede del Nucleo in cui si concentri l'attività ambulatoriale dei professionisti che ad esso afferiscono, alla sede naturale che è appunto quella del Nucleo. Le relative modificazioni organizzative vanno messe in rapporto all'effettiva necessità riscontrata sulla base dei modelli di consumo dei servizi di emergenza (per i codici verdi e bianchi): le estensioni di orario vanno decise in rapporto a detti modelli, sia in termini di tipologia che di distribuzione nell'arco della giornata e riferendoli alla popolazione servita dai diversi Nuclei. Pure inclusa nei criteri di allargamento orario degli ambulatori dei Nuclei delle Cure Primarie dovrebbe essere la valutazione dell'opportunità di incremento effettivo di ore ambulatoriali, ovvero della semplice estensione della fascia oraria di accesso.

Nel rispetto delle norme sulla privacy, anche utilizzando le relative procedure messe a punto nel Progetto Sole, possono essere individuate modalità di comunicazione tra servizi dell'emergenza e Nuclei delle Cure Primarie, e/o, all'interno dei Nuclei delle Cure Primarie, tra i medici di continuità assistenziale e medici scelti dagli assistiti, che consentano di riportare sempre l'episodio di necessità di assistenza all'interno della gestione clinica del paziente da parte del medico curante.

Attività di controllo sulle cartelle cliniche

Si ribadisce che, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 88. comma 2 della L.388/2000 e dall'allegato 7 della DGR 2126/2005, le Aziende, al fine di prevenire comportamenti opportunistici e di incrementare il livello di appropriatezza delle attività ospedaliere, devono sottoporre a controllo, per ciascun erogatore, compresi pertanto gli erogatori interni, un minimo del 2% delle cartelle e delle corrispondenti schede di dimissione.

I contenuti dei controlli si devono prioritariamente attenere a quanto previsto all'allegato 7 della DGR 2126/2005, avendo come riferimento per la compilazione della SDO la revisione 2007 delle "Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera".

A livello locale le Aziende possono individuare, sulla base di specifiche criticità, ulteriori tipologie di casistica e di fenomeni da sottoporre a controllo.

Le Aziende inviano le risultanze dei controlli, da cui evincere anche il raggiungimento dell'obiettivo quantitativo minimo sopra richiamato, entro il 30 aprile dell'anno successivo (controlli 2007 entro il 30 aprile 2008) al Servizio Presidi Ospedalieri della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.

Servizi in rete per le cure palliative nella fase terminale della vita e ospedali senza dolore

Il Servizio Sanitario Regionale ha scelto di tutelare il diritto alla salute, anche come diritto a non soffrire per un dolore inutile. A tal fine le Aziende sanitarie devono completare il programma d'implementazione della rete degli hospice e delle cure palliative attraverso la realizzazione della seconda fase del programma regionale (ex Legge 39/99) e l'individuazione, per le Aziende che ancora non l'hanno fatto, del responsabile della rete delle cure palliative quale figura di coordinamento aziendale. Le Aziende dovranno inoltre elaborare un programma aziendale di cure palliative e terapia del dolore, garantendo l'integrazione dei soggetti che concorrono ai processi assistenziali.

Sulla base dell'esperienza acquisita dai Comitati "Ospedale senza dolore", le Aziende dovranno raggiungere gli obiettivi individuati con DGR n. 1051/2006 ed estendere ulteriormente le azioni di trattamento di tutti i tipi di dolore orientando in tal senso i modelli organizzativi, al fine di garantire la massima copertura.

Si raccomanda, inoltre, l'attivazione di percorsi clinico-organizzativi di integrazione con il territorio, in particolare per il dolore oncologico e per il dolore cronico; obiettivo delle Aziende è quindi quello di arricchire la composizione del comitato "Ospedale

senza dolore” con i professionisti delle cure primarie - medico di medicina generale e infermiere - trasformando così il Comitato in “Ospedale e Territorio senza dolore”.

14. Il piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa

Con il “*Piano Regionale sul contenimento dei Tempi di attesa*” (delibera di Giunta Regionale n. 1532 del 6 novembre 2006 integrata con delibera n. 73 del 29 gennaio 2007) sono stati delineati obiettivi inerenti la gestione delle liste di attesa dell’assistenza specialistica ambulatoriale per il rispetto dei Tempi di Attesa indicati dal Piano nazionale e per garantire l’equità di accesso, con riferimento agli aspetti organizzativi, di programmazione e monitoraggio.

In particolare *obiettivi generali del Piano* sono:

- Sistematizzare gli interventi che promuovono e verificano l'appropriatezza coerentemente con un sistema di produzione (contratti di fornitura, sistemi incentivanti, politiche tariffarie a rendimento decrescente per volumi o per grado di distanza dall’obiettivo di servizio) che possa adottare tempestivamente misure contenitive dei tempi di attesa in linea anche con il fabbisogno della popolazione;
- Mettere a punto strumenti per governare l’offerta e allineare tempestivamente la produzione a fronte del superamento dell’attesa massima, attraverso risorse interne o esterne all’Azienda, nell’ambito di forme contrattuali flessibili, strumenti contrattuali per la gestione dell’orario di lavoro, sistemi premianti, revisione dell’allocazione delle risorse tra urgenza e programmato;
- Mettere a punto i criteri per una corretta gestione delle liste di attesa finalizzati all’apertura continua delle agende di prenotazione, prevedendo la possibilità di prenotare un numero di pazienti superiore rispetto al programmato (overbooking), prenotare ad orari frazionati (per ridurre l’attesa tra l’ora fissata per l’appuntamento e l’ora effettiva di erogazione), definire le modalità di accesso per l’alta specialità;
- Definire i criteri per la riorganizzazione del sistema dei Centri di Prenotazione in ambito regionale;
- Definire criteri uniformi di priorità per garantire la coerenza su scala aziendale tra la durata dell’attesa e la gravità del bisogno;
- Migliorare il sistema di classificazione tra prime visite, follow-up e controlli e garantire le prestazioni di base in ambito territoriale;
- Monitorare il sistema per verificare il rispetto degli standard dei tempi massimi di attesa per le prestazioni individuate nel Piano Nazionale;
- Adottare misure da prevedere nel caso di impossibilità di garantire il rispetto del Tempo massimo di attesa per tutte le prenotazioni di prestazioni oggetto del piano regionale. Si ricorda infatti che la DGR 1532/2006 prevede che “il superamento dei tempi stabiliti comporta l’invio del cittadino a sedi preindividuate, presso le quali effettuare le prestazione richieste (libera professione per conto dell’azienda o privati accreditati).

Nel corso del 2007 le Aziende USL, in collaborazione con le Aziende Ospedaliere di riferimento, hanno adottato i Programmi attuativi aziendali, secondo le indicazioni del Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa e l’iter concordato con il livello nazionale, perseguendo in via prioritaria la programmazione e la gestione

complessiva dell'offerta nell'ambito del sistema CUP, con particolare attenzione alla gestione separata per primi accessi e controlli/prestazioni programmate e la valutazione ed eventuale rimodulazione del fabbisogno individuato con il Programma triennale della specialistica, adottato dalle Aziende sanitarie nel corso del 2005, in funzione del Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa.

Gli **obiettivi specifici per l'anno 2008**, riferiti in particolare ad alcuni punti qualificanti dei *Programmi attuativi aziendali*, vengono riportati di seguito con la definizione anche della periodicità della verifica e degli indicatori.

1. Definizione della produzione stimata per le prestazioni oggetto di monitoraggio che tenga conto dell'offerta complessiva suddivisa per prestazioni urgenti, programmabili e programmate, sulla base dei fabbisogni individuati con la programmazione.

In particolare le Aziende saranno tenute a:

- Individuare i volumi di offerta settimanale per Distretto e per tipologia di struttura erogante (ospedaliera, poliambulatorio, privato accreditato) con la distinzione anche delle prestazioni di base da garantire quindi su base distrettuale e prestazioni da garantire invece su base aziendale.
- Prevedere accordi di fornitura con il privato accreditato o con l'Azienda Ospedaliera di riferimento e, rispetto ai produttori interni, con intese che prevedano:
 - incrementi della produzione per far fronte a situazioni di criticità anche temporanea definendo i volumi complessivi preventivati per ciascuna tipologia di accordo;
 - modalità organizzative per rispondere tempestivamente a criticità riguardanti i Tempi massimi di Attesa e per ridurre a livelli fisiologici la numerosità di pazienti in lista.

Periodicità della verifica: semestrale.

2. Adozione di misure per il miglioramento dell'appropriatezza, individuando priorità di erogazione e criteri di accesso in particolare per prestazioni che prevedono l'utilizzo di alta tecnologia (RMN, TAC). Riferimento sono linee guida quali ad esempio le "Linee guida nazionali per la diagnostica per immagini" individuate dalla conferenza Stato-Regioni con accordo del 28/10/2004 e le "Linee guida per la qualità in Tomografia computerizzata" promosse da Regione Emilia-Romagna – Assessorato Politiche per la Salute di gennaio 2006.

Periodicità della verifica: semestrale.

Indicatore: Indice di consumo di RMN e TAC.

3. Messa in campo di misure per il miglioramento dell'accesso alle prestazioni.

In particolare sarà necessario:

- a) Prevedere una gestione separata delle prime visite dai controlli, per cui l'applicativo CUP deve essere in grado di distinguere i posti assegnati alle due differenti tipologie di accesso, gestire i pazienti in lista in maniera distinta, prevedere meccanismi automatici di riconversione di posti dalle prime visite ai controlli e viceversa in caso di posti rimasti vuoti e rilevare separatamente i tempi di attesa assegnati alle due tipologie di utenti.

Al fine di avere la situazione aggiornata delle prestazioni effettivamente erogate all'utente, è necessario prevedere il ritorno dell'erogato nel sistema CUP; sarà, quindi, possibile attivare gli automatismi che consentiranno di far confluire una prima visita in un controllo direttamente in sede di prenotazione. In questa fase alcune Aziende, in accordo con le equipe eroganti, stanno sperimentando l'automatismo (visita oculistica per Forlì; visita dermatologica e urologica per Bologna; visita cardiologica per Parma) al fine di valutare come poter procedere successivamente.

Devono essere previsti a livello aziendale sistemi di monitoraggio o messaggi di warning che permettano l'individuazione delle situazioni difformi rispetto all'appropriatezza prescrittiva predisponendo dei report utili per il confronto tra i Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri e delle Cure Primarie con i prescrittori.

Devono essere previsti, inoltre, report regionali che permettano analisi di appropriatezza/consumo.

Per poter agevolare il prescrittore, è necessario prevedere azioni da attuare tramite la rete SOLE, ovvero l'attivazione di un warning in sede prescrittiva che evidenzia se la medesima prestazione è stata prescritta/refertata nei 6 mesi precedenti (in corso di attivazione, come indicato su circolare 10/07).

- b) Prevedere un automatismo dei sistemi CUP che, in base alla prestazione richiesta (di base o non di base) ed alla residenza dell'utente, consenta l'individuazione del suo bacino di riferimento (zonale/distrettuale/aziendale) al fine della prenotazione, coerentemente con quanto previsto dal piano aziendale.
- c) Mettere in campo strumenti per evitare il ricorso alla sospensione delle prenotazioni nei casi di indisponibilità delle agende ed evitare l'abuso delle "preliste".
- d) Prevedere strumenti per agevolare le disdette anche tramite meccanismi automatici in modo da rendere immediatamente disponibili i posti liberatisi e consentire la costante pulizia delle liste di attesa.
- e) Porre particolare attenzione, da parte delle direzioni aziendali, sull'uso di strumenti quali la LISTA DI ATTESA INFORMATIZZATA (LAI) o AGENDE SEMPRE APERTE. Questi strumenti possono essere funzionali ad analizzare il

fabbisogno solo per periodi di tempo limitati; non ad essere utilizzati come strumento costante per gestire il problema delle liste di attesa.

Il tempo di attesa del cittadino deve considerare la data di inserimento in LAI come data dell'avvenuto contatto con la struttura e non la data in cui il paziente viene ricontattato per l'assegnazione dell'appuntamento. A tale proposito si ricorda, come previsto dalla Legge Finanziaria per l'anno 2006 e successivamente ribadito dalla DGR 1532/2006, che le agende di prenotazione non possono essere chiuse per alcun motivo; pertanto l'attività di prenotazione deve essere garantita in maniera continuativa e per tutte le prestazioni.

Periodicità della verifica: semestrale.

4. Definizione, entro dicembre 2008, di un piano di comunicazione chiaro nei contenuti che metta in luce le garanzie aziendali ma anche le forme di responsabilizzazione dei cittadini.

5. Adozione, entro dicembre 2008, di misure da prevedere nel caso di impossibilità di garantire il rispetto del Tempo massimo di attesa per tutte le prenotazioni di prestazioni oggetto del piano regionale.

In particolare le aziende saranno tenute a dettagliare le misure da mettere in campo, con l'individuazione delle modalità organizzative per l'invio dei pazienti a cui non si riescono a garantire i TMA, e delle sedi individuate per l'invio di tali pazienti, presso le quali effettuare le prestazioni richieste (libera professione per conto dell'azienda o privati accreditati).

6. Applicazione, entro dicembre 2008, della circolare 10/2007 con rispetto delle relative scadenze.

7. Elaborazione, entro dicembre 2008, dei dati riferiti ai Tempi di attesa Effettivi.

Indicatori:

Indice di Performance Effettivo per i primi 9 mesi 2008

Indice di Performance Effettivo per ANNO 2007.

8. Rilevazione Tempi di attesa Prospettici con applicativo MAPS su elenco di prestazioni del Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa coerentemente con il Piano Nazionale.

Periodicità della verifica:

Gennaio 2008, aprile 2008, luglio 2008 e ottobre 2008

Indicatori:

Indice di Performance Prospettico rilevazioni di Gennaio 2008 (coincidente con monitoraggio nazionale), aprile 2008, luglio 2008 e ottobre 2008.

Nuova reportistica con evidenza degli indicatori allegati al Piano regionale come ad esempio: Indice di offerta annuale, Indice di produzione, Indice di consumo standardizzato.

15. Il percorso nascita

Il riordino avviato nella nostra Regione sin dal 1996 con la rimodulazione della rete ospedaliera e i successivi atti di indirizzo sull'organizzazione e il funzionamento del S.S.R. e delle Aziende sanitarie, hanno sempre più valorizzato le logiche di integrazione, di reciproca responsabilizzazione e valorizzazione delle diverse professionalità coinvolte, soprattutto in interventi che devono necessariamente *collegare "in rete" i diversi settori sociali e sanitari, distrettuali ed ospedalieri.*

Questa necessità di integrazione viene ribadita e rafforzata dal *Piano Sociale e Sanitario 2008-2010* che indica tra i percorsi assistenziali ad elevata integrazione l'area materno-infantile, individuando, tra le forme di intervento da sviluppare, la realizzazione di progetti e servizi che rafforzino localmente il diritto alla tutela della "buona" nascita, anche in applicazione della L.R. 26/98 sull'umanizzazione del parto.

La continuità e l'appropriatezza degli interventi nell'assistenza alla gravidanza, al parto ed al puerperio sono tra gli obiettivi prioritari del S.S.R. ed il complesso delle azioni realizzate, in applicazione delle *leggi regionali* in materia, del *progetto obiettivo nazionale materno infantile*, del *programma regionale di riorganizzazione dei Consultori Familiari*, del *Piano Sanitario Regionale 1999-2001* e del *Piano Sociale e Sanitario 2008-2010*, permettono di articolare su obiettivi specifici gli interventi di miglioramento da parte delle Aziende sanitarie.

Nell'ambito dei gruppi di lavoro multidisciplinari della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica sul Percorso Nascita sono state individuate le priorità per la qualità dell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio sulle quali impegnare il S.S.R. per il triennio 2008- 2010.

Tali priorità, e i documenti elaborati dai gruppi di lavoro con le linee guida e le raccomandazioni di riferimento, sono stati presentati alle Direzioni Generali per concordare le modalità di attuazione e sono stati fatti propri dalla Regione in una apposita direttiva sul *Programma percorso nascita*, in corso di adozione. Una prima tematica, relativa al controllo del dolore in travaglio di parto è già stata recepita con D.G.R. n. 1921 del 10 dicembre 2007 e fornisce specifiche indicazioni alle Aziende sanitarie per il 2008.

Relativamente al complesso delle azioni per realizzare il Programma percorso nascita, costituito da specifici Progetti, le Aziende sanitarie sono tenute, per il 2008, ad elaborare piani provinciali per l'attuazione, preceduti da un percorso di condivisione con le Direzioni sanitarie e di Distretto ed i servizi interessati, con il supporto dei coordinatori e componenti dei gruppi della Commissione che hanno elaborato i singoli documenti.

Coerentemente, infatti, allo stile di lavoro utilizzato dalla Commissione Nascita ed al ruolo di organismo tecnico per il governo clinico del complesso delle attività coinvolte nei progetti, i coordinatori degli stessi avranno la funzione di facilitazione nella predisposizione dei piani, nella verifica di congruità, nonché nell'individuazione di soluzioni innovative che possano essere utilmente generalizzate.

Le Aziende dovranno pertanto:

- Realizzare incontri di presentazione ai gruppi tecnici aziendali per area vasta dei singoli progetti entro il 30/06/2008;
- Presentare al servizio regionale competente i piani provinciali preliminari entro il 30/09/2008;
- Presentare i piani provinciali di attuazione entro il 31/12/2008.

Il piano provinciale di attuazione sarà elaborato prevedendo modalità, fasi e tempi di realizzazione diversificati per ogni singolo progetto, sulla base del contesto locale e delle criticità presenti.

16. La gestione del rischio

Garantire la sicurezza delle persone che utilizzano i servizi sanitari è compito primario delle strutture e delle organizzazioni del Servizio Sanitario Regionale e condizione fondamentale per assicurare una assistenza di buona qualità.

La gestione dei rischi di diversa natura cui i diversi ambiti assistenziali possono esporre le persone ospiti, è parte integrante della loro sicurezza e si esplicita nelle attività cliniche, gestionali e amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre il rischio di eventi avversi e di danni per i pazienti, gli operatori e i visitatori, nonché il rischio di una perdita di fiducia e di un danno economico per l'organizzazione sanitaria.

La gestione del rischio è inoltre il modo in cui l'azienda sanitaria, e più in generale il Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, si rendono responsabili delle conseguenze indesiderate dell'attività sanitaria, integrando le funzioni di riparazione e risarcimento con quelle di studio dei fenomeni e di correzione delle condizioni che facilitano l'errore clinico, organizzativo e gestionale.

La strategia di gestione del rischio del SSR si articola nei due obiettivi fondamentali, relativi a :

1) attuazione delle linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di Gestione del Rischio per la prevenzione degli errori clinici, organizzativi e gestionali e, di conseguenza, degli eventi avversi;

2) gestione dei danni provocati in corso di assistenza sanitaria nei diversi contesti di cura (ospedale, assistenza ambulatoriale, distrettuale, domiciliare, residenziale).

Obiettivi specifici delle Aziende e, conseguentemente dei loro operatori ai diversi livelli di responsabilità, sono:

- formulare il programma aziendale di gestione del rischio sotto la responsabilità della Direzione sanitaria aziendale, secondo quanto previsto dagli indirizzi regionali;
- sviluppare sistematici report aziendali sui problemi emersi, sulle iniziative adottate e sui risultati raggiunti, a partire da quello del 2007;
- realizzare gli obiettivi alle Aziende individuati nella DGR 686/2007, ad oggi non pienamente raggiunti, con particolare riguardo a: completamento del sistema di Incident Reporting; utilizzo di indicatori pertinenti per la valutazione periodica delle performance; sviluppo e applicazione di strumenti per la prevenzione del rischio, la gestione reattiva del caso e la gestione della crisi aziendale in occorrenza di eventi avversi, anche al fine di intrecciare strettamente gli aspetti della gestione del rischio con quelli relativi alla qualità delle prestazioni sanitarie;
- sviluppare competenze aziendali specifiche per la gestione della sinistrosità, attraverso forme di compensazione, commisurate alla gravità degli eventi e attraverso adeguate forme di collaborazione con le compagnie assicurative;

- favorire la ricomposizione dei rapporti con i danneggiati anche attraverso percorsi di mediazione del conflitto;
- sviluppare competenze aziendali specifiche legali e medico-legali al fine di far fronte alle necessità di gestione/cogestione del contenzioso, nonché sostenere gli aspetti medico-legali delle attività professionali;
- analizzare i reclami per mettere in luce le problematiche cruciali in ambito assistenziale e gestirli adeguatamente, anche e soprattutto al fine di ricostruire il rapporto di fiducia nel Servizio sanitario;
- descrivere adeguatamente le condizioni dell'Azienda rispetto ai danni ed agli eventi avversi derivanti dall'attività sanitaria, costruendo una mappatura della sinistrosità quanto a frequenza, gravità e luogo di occorrenza, con caratteristiche di esaustività della rilevazione e di confrontabilità su tutto il territorio regionale, assicurata con l'obbligo dell'immissione dei dati in un software per la gestione del contenzioso, che renda disponibili i dati anche a livello regionale.

Al fine di sostenere il raggiungimento di questi obiettivi, le Aziende dovranno:

- elaborare nell'ambito del programma ECM aziendale piani di formazione sul sistema di gestione del rischio rivolti ai Direttori di Dipartimento (Collegio di Direzione) e ai Direttori di struttura complessa programmi di formazione specifica destinati agli operatori che si occupano di aspetti medico-legali, legali e assicurativi;
- prevedere criteri derivati dalla attuazione del programma di gestione del rischio fra gli obiettivi di risultato del personale.

Attuazione delle indicazioni dei gruppi di lavoro istituiti con atto OSP/07/288021

Le aziende sono tenute a implementare le indicazioni conclusive dei gruppi di lavoro istituiti con l'atto in questione (Istituzione gruppi di lavoro inerenti le tematiche indicate dalla relazione conclusiva redatta dalla commissione d'indagine istituita con decreto dell'Assessore Politiche per la Salute n. 38 del 28-9-2007), non appena questi saranno emanati.

17. Ricerca, Innovazione e Formazione

Il 2008 dovrà vedere ulteriormente consolidata la capacità del Servizio Sanitario Regionale di governare i processi di innovazione tecnologica, clinica ed organizzativa che lo attraversano, di acquisire il pieno governo delle attività di ricerca realizzate nelle aziende sanitarie e di considerare la formazione continua professionale come uno strumento decisivo anche per raggiungere questi due obiettivi.

L'innovazione tecnologica e clinico-organizzativa

Per quanto riguarda i processi di innovazione tecnologica, viene ribadita la necessità che l'acquisizione di alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche, quelle cioè caratterizzate da elevati costi di investimento e/o manutenzione, sia 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.

L'Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI), avviato dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale nel corso del 2007 in collaborazione con tutte le Aziende Sanitarie, rappresenta il contesto che deve rendere operativamente possibile l'elaborazione di tali piani di adozione in un quadro di piena integrazione tra le diverse responsabilità cliniche, manageriali e organizzative a livello locale e regionale

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, dovrebbero essere accompagnati a livello locale da una 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 dovrebbero essere precocemente segnalate all'ORI, affinché quest'ultimo sia in condizione di esercitare laddove necessario una azione di supporto mediante la messa a disposizione di rilevanti documenti scientifici utili ad indirizzare le scelte aziendali, la facilitazione di relazioni tra ambiti aziendali diversi, ma accomunati da comuni intenti innovativi, ed il sostegno metodologico ed operativo alle conseguenti iniziative di formazione e ricerca.

Nel corso del primo semestre 2008 verranno definite, con il concorso delle Aziende sanitarie, le modalità operative attraverso le quali le azioni sopra elencate verranno effettivamente realizzate, incluse le modalità delle segnalazioni aziendali 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 dalla adozione di una tecnologia diagnostica o terapeutica, ma da un significativo mutamento introdotto nei contesti clinico-assistenziali sul piano della organizzazione dei servizi, dei ruoli professionali, dei percorsi e dei processi assistenziali dei pazienti.

Queste iniziative rappresentano un patrimonio di esperienze che il SSR deve poter

conoscere e valorizzare opportunamente.

A questo scopo, nel corso del 2008, in collaborazione con le Aziende Sanitarie, verrà avviato un percorso finalizzato a consentire l'individuazione di rilevanti iniziative di innovazione clinico-organizzativa in alcuni ambiti di particolare rilievo, quali la gestione della cronicità nell'ambito dei Distretti, la Salute Mentale, la gestione del rischio clinico, l'adozione di forme di information /communication technology per la gestione dei pazienti, programmi di implementazione di linee-guida, la gestione clinico-organizzativa delle liste di attesa.

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 nella sezione terza del Bilancio di Missione aziendale.

Obiettivi per le Aziende sono:

- partecipare alle diverse articolazioni delle attività dell'ORI;
- rendicontare attraverso il Bilancio di Missione, le iniziative di innovazione tecnologica, clinica ed organizzativa

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.

Al fine di rendere concretamente possibile da parte delle Aziende Sanitarie una diretta assunzione di responsabilità per quanto attiene la ricerca, la costruzione delle condizioni operative che rendano tracciabili le attività di ricerca realizzate nelle aziende sanitarie rappresenta un elemento essenziale.

In questo senso, il consolidamento della capacità aziendale di esercitare una azione di monitoraggio ed indirizzo sulle attività di ricerca, dovrebbe sostanziarsi nel corso del 2008 nella implementazione di un anagrafe aziendale della ricerca, che consenta un monitoraggio dinamico e costantemente aggiornato dello stato di avanzamento dei singoli progetti e del relativo impiego delle risorse finanziarie, del personale, degli strumenti e delle competenze coinvolte. Questo strumento renderà possibile l'opportuna rendicontazione delle attività di ricerca sia nei Bilanci aziendali per quel che attiene alle loro implicazioni economiche, sia nei Bilanci di Missione aziendali, per una adeguata rappresentazione della capacità innovativa espressa dall'azienda. Inoltre, la disponibilità di una anagrafe aziendale per le attività di ricerca renderà possibile anche la creazione di un database regionale, indispensabile per consentire anche a questo livello una opportuna azione di indirizzo che valorizzi le capacità progettuali presenti nel Servizio Sanitario Regionale.

Obiettivi per le Aziende sono:

- consolidare l'infrastruttura aziendale per ricerca ed innovazione;

- avviare l'anagrafe aziendale delle attività di ricerca;
- rendicontare nell'apposita sezione del Bilancio di Missione le attività di ricerca.

E' essenziale che venga garantita la partecipazione aziendale ai progetti di ricerca condotti nell'ambito del PRIER e, coerentemente con le indicazioni del Piano Sociale e Sanitario Regionale, le Aziende sanitarie anche per il 2008 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:

- 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, al fine di rendere possibile nel corso del 2008 la produzione del primo 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 Istituti Ortopedici 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.

Collaborazioni: tutte le Aziende sanitarie regionali.

- √ Registro Tomografia Computerizzata Multistrato Cardiaca: soddisfare il debito informativo concordato, al fine di rendere possibile nel corso del 2008 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.

La Formazione

Su questo tema l'impegno delle singole Aziende sanitarie e dell'insieme del SSR si basa su queste premesse:

- la necessità di considerare la formazione continua del personale come uno strumento decisivo nel processo di costante adeguamento dei servizi alle innovazioni tecnologiche, cliniche ed organizzative introdotte, oltre che nello sviluppo della capacità di fare ricerca utile ai bisogni conoscitivi di operatori e servizi;
- l'opportunità di ottimizzare gli investimenti per l'accesso alla documentazione scientifica, valorizzando l'integrazione con le funzioni di formazione e di sviluppo dell'e-learning;
- le caratteristiche del nuovo programma nazionale di Educazione continua in medicina attualmente in fase di avvio, che prevede sostanziali novità a livello aziendale in particolare per quanto riguarda l'accreditamento istituzionale (il governo della formazione diventa un elemento dell'accreditamento aziendale), l'accreditamento delle aziende come provider ECM e lo sviluppo delle capacità di programmazione e valutazione in particolare attraverso la sperimentazione e diffusione dei Dossier formativi individuali e di gruppo;
- l'impegno a sviluppare la collaborazione con il sistema regionale delle Università per la formazione delle professioni e le scuole di specializzazione medica;
- il ruolo dei Collegi di Direzione, con funzione di indirizzo e coordinamento delle diverse attività di formazione che si realizzano nell'Azienda.

Obiettivi per le Aziende per il 2008 sono:

- procedere all'accreditamento istituzionale alla luce delle indicazioni regionali;
- procedere all'accreditamento delle aziende come provider ECM al fine di rendersi autonome anche dal punto di vista della gestione dei crediti formativi

per il personale;

- mantenere la collaborazione con l'ASR per la valutazione della qualità della formazione;
- avviare la realizzazione di programmi di information literacy per promuovere l'uso della documentazione scientifica;
- avviare la realizzazione degli Accordi applicativi locali del Protocollo d'intesa Regione-Università per le scuole di specializzazione medica;
- valorizzare il ruolo di tutor didattico nelle sue varie forme relative ai corsi e ai master per le professioni, alle scuole di specializzazione medica, alla formazione continua dei MMG e degli altri operatori.

L'accreditamento

Il processo di accreditamento istituzionale è, nella nostra regione, a regime dal settembre 2004.

Nel corso del prossimo anno:

- dovrà essere completato l'accreditamento delle strutture private che possiedono contratti di fornitura nei confronti delle aziende;
- dovranno inoltre essere emendate le criticità emerse nel corso del 2007 particolarmente nella gestione dei rapporti di interfaccia con strutture private profit o non profit nel settore della psichiatria e delle tossicodipendenze;
- dovrà inoltre essere mantenuto da parte delle aziende vigilanza sullo 'stato di accreditamento' mediante verifiche periodiche interne di parte 1° (auditing interno) nell'intervallo che intercorre fra due cicli di verifiche, portato a quattro anni dalla recente approvazione della LR 4/2008. Tali audit dovranno avere un mandato integrato agli obiettivi specifici aziendali, in particolare quelli che traducono indicazioni regionali in tema di percorsi clinico – assistenziali e di gestione del rischio, comprensivo della sorveglianza delle infezioni in chirurgia generale, ortopedia, terapia intensiva.
- dovranno inoltre essere completati percorsi aziendali di accreditamento, curando lo sviluppo organizzativo dei sistemi di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza, incluso l'adempimento del debito informativo regionale; evidenziando il contributo delle strutture complesse alla analisi del rischio nel contesto specifico e prevedendo anche il completamento delle verifiche di accreditamento per stabilimento a partire dalle priorità individuate.

La partecipazione dei cittadini

La promozione della partecipazione dei cittadini alla gestione dei servizi e l'attività di ascolto, che debbono essere attivamente proposte nei confronti dei cittadini e della comunità, si appoggiano:

- allo sviluppo/alimentazione/monitoraggio dei flussi informativi e delle iniziative relative al coinvolgimento di cittadini (segnalazioni, valutazioni

- di percezione, storie di malattia, focus per patologia o gruppi, audit civico, ecc.) ed al loro utilizzo in percorsi di miglioramento;
- allo sviluppo e sperimentazione di modalità organizzative per la gestione delle differenze fra gli utenti costruendo percorsi che individuino target/aspetti specifici condivisi in Area Vasta;
 - alla partecipazione ad iniziative/progetti/ricerche relativi alla definizione di modelli clinico organizzativi sul target degli anziani.

18. I progetti ICT per il 2008

Vengono di seguito riportati i principali Progetti/Servizi ICT oggetto della deliberazione della Giunta Regionale 2253/2007. Per ciascuno di essi verranno individuati gli specifici obiettivi per ogni azienda.

Mappa sistemi informativi, Progetti ICT e standard

- Individuazione referente aziendale e partecipazione agli incontri regionali,
- Aggiornamento portale.

Sole

- Individuazione delle priorità di collegamento dei MMG e PLS convenzionati con le Aziende USL.

Formazione

- Partecipazione a 2 sessioni di corsi SOLE in aula per ogni MMG/PLS con certificazione ECM (Indicatore: percentuale MMG+PLS a cui è stata fornita formazione rispetto al totale collegati),
- Formazione in modalità e-learning dei MMG/PLS: partecipazione a 1 sessione di corso per il 30% (Indicatore: 30% rispetto ai medici collegati),
- Operatori Cup: partecipazione a 2 sessioni di corsi SOLE in aula su Catalogo SOLE per il 90% (Indicatore: percentuale Operatori CUP (dipendenti e altri: farmacisti, ecc...) a cui è stata fornita formazione rispetto al totale collegati),
- Personale CED aziendale: partecipazione a 1 sessione di corso su infrastruttura e servizi SOLE,

Consolidamento funzionalità avviate

- CUP e Accesso Diretto (laboratorio, ecc.): prenotazione/accettazione delle prescrizioni presenti sul repository SOLE almeno il 25% a giugno e almeno il 50% a dicembre,
- Radiologia: refertazione del 30% degli esterni prenotati CUP tramite SOLE,

Deployment nuove funzionalità

- Specialistica: piano di implementazione delle funzionalità di prescrizione e refertazione presso gli ambulatori ai fini della D.G.R. 2002/2007 "Direttiva alle Aziende sanitarie per il rispetto dell'adempimento relativo alla sostituzione della modulistica 'deburow' per la specialistica ambulatoriale di cui alla DGR. 2035/2006". (Il piano deve contenere: il numero di specialisti presenti, il numero di postazioni previste con attivi i servizi di prescrizione e refertazione, la percentuale di copertura degli specialisti e degli ambulatori a metà anno e a fine anno),
- Pronto Soccorso: invio del 30% dei referti,
- Ricoveri: invio del 40% delle lettere di dimissione,
- Catalogo SOLE: individuazione e continuità del referente aziendale, adozione del catalogo SOLE ed allineamento del catalogo Aziendale secondo indicazioni regionali (Indicatore: percentuale di prestazioni del Catalogo Aziendale allineate al Catalogo Sole e gestione delle tabelle di transcodifica in tutti gli applicativi interessati); diffusione catalogo SOLE presso gli specialisti

(Indicatore: percentuale SPECIALISTI a cui è stata fornita formazione rispetto al totale).

Supporto al Piano Attuativo Regionale per il contenimento dei tempi d'attesa (SPARTA)

- Realizzazione di un unico sistema di prenotazione a livello provinciale (punto 2 Circ.10/07),
- Inserimento di tutta l'offerta nel sistema CUP provinciale (punto 3 Circ.10/07; piano degli interventi effettuati distinti tra prestazioni ad oggi non a CUP e prestazioni parzialmente a CUP),
- Separazione prime visite e controlli (punto 3.3 Circ.10/07; dichiarazione della ripartizione in percentuale dei posti disponibili complessivamente a livello aziendale tra prime visite e controlli per singola visita),
- Applicazione priorità/codice colori (punto 3.5 Circ. 10/07: quota dell'offerta gestita in maniera indistinta),
- Gestione delle sospensioni temporanee di erogazione (punto 3.7 Circ. 10/07; numero pazienti gestiti con questa procedura),
- Gestione del profilo del prenotatore (punto 3.8 Circ. 10/07; dichiarazione di implementazione profili utenti nel sistema CUP),
- Rilevazione del bacino di riferimento (punto 4.1 Circ.10/07; data di effettivo avvio utilizzo del campo),
- Distinzione prenotazione della prima visita e della visita di controllo: Automatismi e Reportistica delle anomalie (punto 4.2 Circ. 10/07; percentuale delle prime visite riconvertibili in controlli a seguito dell'esito dell'analisi dei dati),
- Aumento della tipologia di prestazioni prenotabili telefonicamente (punto 4.3 Circ. 10/07; verifica tramite NV),
- Pagamento: unificazione delle procedure di incasso nell'ambito dell'intera provincia,
- Applicazione di criteri omogenei per il calcolo del ticket (punto 5.1 Circ. 10/07: implementazione di meccanismo di calcolo del ticket secondo i criteri della circolare),
- Informazione agli utenti del nuovo sistema (punto 8 Circ. 10/07; avvio delle campagne informative aziendali).

Sistema per l'integrazione Socio-sanitaria

- Utilizzo sistema regionale di monitoraggio FRNA (indicatore: percentuale numero Distretti che utilizzano alla fine del 2008 il programma, obiettivo: 100%),
- Utilizzo "modulo assegno di cura" collegato al sistema regionale di monitoraggio FRNA (indicatore: percentuale numero Distretti che utilizzano alla fine del 2008 il programma, obiettivo: almeno il 75% dei Distretti).

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

- Facilitazione delle operazioni di avviamento dei moduli di connessione, di definizione delle tabelle di transcodifica dei nomenclatori e formazione del personale interessato.

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

- Rispetto scadenze previste nell'invio e validazione dati (Indicatore: percentuale di invii e validazioni effettuati in tempo),
- Facilitazione delle operazioni necessarie al reperimento dei dati relativi ai TDA eventualmente richiesti dalle AUSL.

Integratore CUP

- Individuazione del referente aziendale del progetto (Lettera di nomina del referente),
- Condivisione catalogo prestazioni prenotabili nel CupInt (Validazione agende sovrazionali).

PACS federato

- Partecipazione all'individuazione dei casi d'uso per la fase di analisi dei requisiti del sistema,
- Definizione delle esigenze di condivisione/utilizzo delle informazioni fra le diverse soluzioni di pacs aziendali,
- Partecipazione all'individuazione dei vincoli d'integrazione presenti fra le diverse soluzioni di pacs aziendali.

Progetto PROFILER

- Compilazione 100% schede di monitoraggio semestrale sugli investimenti in edilizia sanitaria, socio sanitaria ed ammodernamento tecnologico finanziati Stato/Regione entro le date stabilite dal Servizio Strutture Sanitarie e Socio – sanitarie.

Progetto Anagrafe Regionale Assistiti

- Garanzia della qualità dell'anagrafe: precisione e tempestività (Indicatori: numero di record formalmente errati o doppi; grado di recepimento nel sistema informativo aziendale del codice fiscale validato dal sistema TS; presenza dei dati dell'assistito relativi al comune di residenza, data di inizio residenza e cittadinanza).

Sistema di pagamento cedolini MMG/PLS

- Aggiornamento dell'anagrafica degli assistiti della procedura Compensi MMG/PLS e allineamento della stessa con la Nuova anagrafe Assistiti Regionale (Indicatori: correzione tempestiva degli errori; numero di differenze riscontrate tra i due sistemi a cadenza mensile).

Call center numero verde regionale

- Allineamento banca dati alle linee guida regionali,
- Mantenimento delle informazioni aziendali aggiornate,
- Risposta tempestiva ad eventuali segnalazioni di difformità.

Rete Hub & Spoke per traumi (SIAT)

- Individuare gli indicatori di utilizzo del sistema,

- Individuare gli indicatori di performance del sistema,
- Individuare le migliorie da applicare al sistema.

19. Sistema informativo regionale e debiti informativi delle Aziende

Il 2008 vede il Servizio Sanitario Regionale impegnato a garantire qualità dei servizi e rispetto dei vincoli di spesa: l'attività di stretto monitoraggio necessita di un efficiente sistema informativo con dati tempestivi e corretti. Lo sviluppo da parte del Ministero della Salute del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) ha inoltre prodotto un disegno di sistema informativo omogeneo a livello nazionale sulla base di tre assi informativi: il paziente, la prestazione, l'erogatore ed ha contribuito al suo sviluppo mediante collaborazioni Regioni-Ministeri (progetto Mattoni, la Cabina di Regia dell'NSIS), e decreti attuativi. Vanno ricordate anche le indicazioni del Piano Sociale e Sanitario Regionale e degli atti di programmazione regionale sullo sviluppo del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) e degli strumenti necessari al suo monitoraggio. Infine gli obiettivi per il 2008 derivano anche dalla necessità di rispettare gli adempimenti nazionali a cui è vincolato l'accesso su quote del Fondo Sanitario Nazionale, così come sono stati dettagliati nel "quadro degli adempimenti del SSR". In questi ultimi anni si è data una accelerazione alla periodicità dello scambio di dati con un impegno gravoso sia per il livello aziendale che regionale. Al fine di rendere più flessibile e meno gravosa la gestione, il sistema informativo della sanità sta procedendo ad una migrazione su nuove piattaforme tecnologiche.

Tessera Sanitaria e monitoraggio della spesa sanitaria (art. 50 legge 326/2003)

Il 29 febbraio 2008 è terminata la fase sperimentale del progetto tessera sanitaria (Decreto del 21 dicembre 2007 pubblicato su G.U. n. 2 del 3/1/2008) e quindi il Ministero dell'Economia e Finanze, mediante decreto, definirà i criteri di applicazione delle penalità ai sensi della Legge finanziaria per l'anno 2006 L. 266/2005, sul monitoraggio della spesa farmaceutica; mentre per la specialistica ambulatoriale la responsabilità è in capo alla Regione, che si è avvalsa del comma 11. Si sottolinea che il monitoraggio della spesa ai sensi dell'art. 50 rientra tra gli adempimenti previsti ai fini dell'accesso a quote del Fondo Sanitario Nazionale.

Si esplicitano i seguenti obiettivi 2008 per la specialistica ambulatoriale:

- completezza della rilevazione mensile. L'80% delle prestazioni trasmesse deve riferirsi al mese di competenza;
 - trascrizione del codice a barre della ricetta.

Il raggiungimento di questi obiettivi è condizionato da una gestione completamente informatizzata della prenotazione ed erogazione dell'attività specialistica ambulatoriale.

Per un corretto e puntuale monitoraggio della spesa occorre garantire la qualità e l'aggiornamento delle anagrafiche di seguito riportate: anagrafe assistiti, anagrafe esenzioni, anagrafe medici prescrittori ed attribuzione ricettari.

In specifico si puntualizzano gli obiettivi sull'anagrafe assistiti, coerentemente con quanto indicato nella sezione dedicata ai Nuclei di Cure Primarie.

Anagrafe degli assistiti: E' obbligo, per legge, delle Aziende USL garantire l'allineamento dell'anagrafica degli assistiti. Va garantita dalle Aziende un'attività di controllo delle anomalie evidenziate nell'ambito del progetto "Tessera sanitaria" che esplicitamente confermi o smentisca l'esistenza delle anomalie segnalate dal flusso predetto secondo le specifiche indicazioni già fornite alle aziende.

Anagrafe delle strutture autorizzate ed accreditate

In relazione alla D.G.R. n. 327/2004, che sancisce le norme in materia di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie e stabilisce, inoltre, che le Aziende Sanitarie debbano provvedere all'inserimento nell'anagrafe regionale - costituita in attuazione dell'art. 6 della L.R. 34/98 e confermato dalla L.R. 4 /2008 - delle informazioni relative alle strutture sanitarie autorizzate ed al loro aggiornamento. Nell'ottobre 2007 ha avuto inizio il popolamento dell'Anagrafe regionale da parte delle Aziende USL. E' obiettivo delle Aziende USL – Dipartimenti di Sanità Pubblica garantire l'alimentazione continua e la qualità di tali informazioni con particolare riferimento alle informazioni sull'autorizzazione e sulle anagrafiche delle strutture che alimentano la validazione dei dati di attività e costituiscono debito informativo verso il Ministero della Salute. Tale anagrafe è strumento per il monitoraggio dell'attuazione di quanto previsto dall'Accordo Regione Emilia-Romagna – AIOP per la Salute Mentale (si veda il relativo paragrafo 7) ed il monitoraggio della mappatura dei posti letto (si veda il relativo paragrafo 13).

Altri obiettivi

Di seguito si forniscono alcune indicazioni per specifici ambiti:

Assistenza farmaceutica: gli obiettivi individuati nell'ambito della sezione "Politiche del farmaco e governo della spesa farmaceutica" sono perseguibili se contestualmente viene garantita la tempestività e qualità dei dati a supporto delle

valutazioni di monitoraggio e del raggiungimento dei tetti di spesa previsti dalla finanziaria per il 2008. Si fa riferimento ai flussi informativi denominati AFT, AFO, e FED, le cui regole di rilevazione e trasmissione sono individuate dalla circolare n° 14 del 21 dicembre 2007 e sono coerenti con la normativa nazionale L. 222/2007. Il rispetto di tali specifiche è obiettivo 2008.

Sanità Pubblica: coerentemente con gli obiettivi definiti nella specifica sezione relativamente ai sistemi di sorveglianza, si richiama l'attenzione alla rilevazione dei laboratori di analisi chimiche e microbiologiche, che necessita ancora di attenzione ed integrazione in ambito aziendale, per raggiungere livelli di qualità accettabili.

Mobilità sanitaria: gli accordi di mobilità interregionale con le Regioni di confine (Marche e Veneto), prevedono un impegno della Regione a garanzia dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero. A tale scopo si richiama quanto previsto anche nel paragrafo 13 in tema di attività di controllo.

Integrazione socio-sanitaria: a supporto della gestione del FRNA è in corso di implementazione il relativo sistema informativo. Finora si sono sviluppati segmenti di sistema informativo. In questo ambito nel 2008 si dovrà avviare lo sviluppo, in modo condiviso con il sistema degli Enti Locali, del sistema informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, coerentemente con eventuali indicazioni nazionali.

Adempimenti regionali

Si riportano di seguito alcuni adempimenti alla cui verifica la Regione è soggetta, nello specifico da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA; tali adempimenti si inseriscono nella più vasta disciplina delle relazioni introdotte dall'Intesa 23 marzo 2005 tra le Regioni e gli organi centrali, di cui il presente documento ha già dato conto al capitolo 1.

Nello specifico si tratta della "Scheda di verifica dell'erogazione dei LEA":

1. Obblighi informativi (valutazione sulle rilevazioni di: Modelli ministeriali, 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, Contabilità analitica, Dispositivi medici).
2. Mantenimento dell'erogazione dei LEA:
 - Indicatori sui vari livelli di assistenza: Prevenzione, Distrettuale, Distrettuale anziani, Distrettuale disabili, Distrettuale malati terminali,

- Distrettuale farmaceutica, Distrettuale Salute mentale, Ospedaliera, Emergenza;
 - Verifiche sulle Procedure di accreditamento per tutte le tipologie di strutture;
 - Verifiche sulla Riduzione delle aree di inappropriatazza per la specialistica ambulatoriale;
 - Valutazione degli Strumenti di valutazione multidimensionale dell'anziano e del disabile;
 - Valutazione sull'Attività di controllo sulle cartelle cliniche;
 - Liste di attesa: Piani regionali sui Tempi d'attesa;
 - Carta dei Servizi: aggiornamento della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie.
3. Assistenza Ospedaliera: indicatori su posti letto/standard.
 4. Assistenza ExtraOspedaliera: indicatori su: Cure domiciliari, Cure residenziali per anziani, Cure residenziali per disabili fisici, psichici e sensoriali stabilizzati, Cure a favore di pazienti con Alzheimer.

Ulteriori obiettivi

1. Alimentazione dell'Osservatorio Tecnologie costituito presso il Servizio Programmazione Economico Finanziaria, gestito dal GRTS-Gruppo Regionale Tecnologie Sanitarie, relativo alle Apparecchiature Biomediche installate, con particolare enfasi sulla qualità del dato richiesto dalla procedura e in considerazione del fatto che tramite l'Osservatorio Tecnologie verranno alimentati i flussi HSP 14 e STS 11 oggetto di verifica ai sensi degli adempimenti verso il livello nazionale (vedi sezione specifica "adempimenti").
2. Alimentazione Osservatorio Acquisti sulla piattaforma Intercent-ER nelle forme e nelle modalità che verranno comunicate.

Nuovo Piano dei conti regionale e contabilità separata FRNA

Con Delibera della Giunta Regionale n. 2313/2007 è stato approvato il nuovo Piano dei Conti Regionale modificato e maggiormente articolato per adeguarlo alle esigenze emerse in sede nazionale e regionale, quali:

- corretta compilazione dei nuovi modelli CE ed SP: Decreto del Ministero della Salute 13 novembre 2007 con il quale è stato definito il livello di informazioni contabili di carattere economico che le Aziende ed Enti del SSN debbono inviare alle Regioni ed al Ministero della Salute tramite il modello CE (conto economico) nonché quelle di carattere patrimoniale tramite il modello SP (stato patrimoniale);
- gestione e rendicontazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA): art. 51 della LR 23 dicembre 2004, n. 27 che istituisce il FRNA prevedendone una contabilità separata e destinazione vincolata nell'ambito del

bilancio delle Aziende Usl, e DGR 1206/2007 “Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. Indirizzi attuativi della deliberazione G.R. 509/2007” di approvazione degli “Indirizzi e criteri di gestione e rendicontazione del FRNA”.

A far tempo dall'esercizio 2008 le Aziende Sanitarie sono tenute ad adeguare il Piano dei conti aziendale ai nuovi schemi approvati. Le Aziende inoltre potranno e dovranno ulteriormente articolare il proprio piano dei conti in modo tale da soddisfare comunque ulteriori esigenze informative interne ed esterne, ed in particolare quelle connesse agli obblighi informativi verso il Ministero della Salute.

Le Aziende dovranno impegnarsi ad assicurare la qualità dei dati economici e un corretto allineamento Piano dei conti aziendale – Piano dei conti regionale - modello CE.

La contabilità separata del FRNA, che potrà essere realizzata attraverso l'utilizzo del nuovo piano dei conti regionale, dovrà essere completata dalle Aziende Usl con una contabilità a livello distrettuale, garantita dalle Aziende attraverso la soluzione informatica ottimale tra quelle offerte dai sistemi contabili in uso presso le Aziende, quali ad esempio la gestione di un bilancio separato per ogni Distretto, ulteriore articolazione del Piano dei conti aziendale, ecc.

SIOPE

Dal 1° gennaio 2008 è entrato a regime presso tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna il sistema di codifica dei pagamenti e degli incassi SIOPE (Sistema Operativo delle Operazioni degli Enti Pubblici) stabilito dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 5 marzo 2007.

Le Aziende dovranno valutare eventuali integrazioni al proprio piano dei conti aziendale al fine di consentire la corretta codifica gestionale da attribuire agli ordinativi di incasso e di pagamento, tenuto conto delle istruzioni contenute nel Glossario dei codici gestionali e delle indicazioni fornite dalla Ragioneria Generale dello Stato.

Le Aziende dovranno inoltre provvedere ad una tempestiva regolarizzazione degli incassi e dei pagamenti effettuati in assenza dell'ordinativo.

20. Modalità di 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 2008, le Aziende dovranno fare specifico riferimento alle attività svolte e ai risultati conseguiti rispetto alle linee di programmazione 2008, così come verrà indicato in un documento appositamente predisposto al fine di uniformare modalità e contenuti di rendicontazione. 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 le Linee di programmazione per il 2008, 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.

In corso d'anno verranno specificati in capo alle Direzioni aziendali obiettivi di risultato in relazione al contenimento della spesa farmaceutica, al contenimento dei tempi d'attesa, all'assistenza odontoiatrica e ai progetti di ICT.

Appendice

I principali provvedimenti regionali assunti nel corso del 2007 e nei primi mesi del 2008 rilevanti ai fini della programmazione

- Deliberazione n. 6 del 10 gennaio 2007
APPROVAZIONE DEL PIANO ENERGETICO REGIONALE.
- Deliberazione n. 73 del 29 gennaio 2007
PIANO REGIONALE SUL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA.
INTEGRAZIONE ALLA DELIBERAZIONE N. 1532 DEL 06.11.06.
- Deliberazione n. 509 del 16 aprile 2007
FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - PROGRAMMA
PER L'AVVIO NEL 2007 E PER LO SVILUPPO NEL TRIENNIO 2007-2009.
- Deliberazione n. 686 del 14 maggio 2007
LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE DEL
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2007.
- Deliberazione n. 746 del 21 maggio 2007
APPROVAZIONE DELL'ATTO DI INTESA TRA LA RER ED IL MINISTERO DI
GIUSTIZIA E DELL'ACCORDO DI COLLABORAZIONE PER IL TRIENNIO
2007 - 2009 TRA LA RER E IL DAP-PRAP, IN MATERIA DI ASSISTENZA
SANITARIA EROGATA A FAVORE DELLE PERSONE DETENUTE NEGLI
ISTITUTI PENITENZIARI DEL TERRITORIO REGIONALE.
- Deliberazione n. 946 del 25 giugno 2007
ADOZIONE DEL PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE AI SENSI
DELLA DGR 1540/2006.
- Deliberazione n. 1005 del 2 luglio 2007
APPROVAZIONE DELL' ACCORDO GENERALE PER IL TRIENNIO
2007/2009 TRA LA RER E IL COORDINAMENTO ENTI AUSILIARI IN
MATERIA DI PRESTAZIONI EROGATE A FAVORE DELLE PERSONE
DIPENDENTI DA SOSTANZE D' ABUSO.
- Legge Regionale 4 luglio 2007, n. 9
RAZIONALIZZAZIONE DELL'IMPIEGO DEL PERSONALE NELLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE REGIONALE E LOCALE. MISURE STRAORDINARIE
PER IL TRIENNIO 2007-2009 AI FINI DELLA STABILIZZAZIONE DEL
LAVORO PRECARIO E DELLA VALORIZZAZIONE DELLE ESPERIENZE
LAVORATIVE DEL PERSONALE REGIONALE

- Deliberazione n. 1095 del 23 luglio 2007
 PROGETTO “SOSTEGNO ALLE FUNZIONI DI INTERFACCIA TRA LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME E IL CENTRO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLE MALATTIE” - ADEMPIMENTI CONSEGUENTI.
- Deliberazione n. 1138 del 27 luglio 2007
 APPROVAZIONE INTERVENTI DEL QUARTO AGGIORNAMENTO PROGRAMMA REGIONALE E DELLA SECONDA FASE PROGRAMMA ODONTOIATRIA IN ATTUAZIONE DELIBERA DELL' ASSEMBLEA LEGISLATIVA N. 119 DEL 13 GIUGNO 2007.
- Deliberazione n. 1206 del 30 luglio 2007
 FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA. INDIRIZZI ATTUATIVI DELLA D.G.R. 509/2007.
- Deliberazione n. 1448 del 1 ottobre 2007
 PIANO SOCIALE E SANITARIO 2008-2010.
- Deliberazione n. 1654 del 5 novembre 2007
 APPROVAZIONE DELL'ACCORDO GENERALE PER IL TRIENNIO 2007-2009 TRA LA REGIONE EMILIA ROMAGNA E L' ASSOCIAZIONE DELLA OSPEDALITA' PRIVATA AIOP IN MATERIA DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE EROGATE DALLA RETE OSPEDALIERA PRIVATA.
- Deliberazione Assemblea Legislativa n. 141 del 14 novembre 2007
 APPROVAZIONE DEL PIANO ENERGETICO REGIONALE (Proposta della G.R. in data 10 gennaio 2007, n. 6).
- Deliberazione n. 1720 del 16 novembre 2007
 APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER L' ORGANIZZAZIONE DELL' ASSISTENZA INTEGRATA AL PAZIENTE CON ICTUS - PROGRAMMA STROKE CARE.
- Deliberazione n. 1730 del 16 novembre 2007
 APPROVAZIONE ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO SUI REQUISITI DI RENDIMENTO ENERGETICO E SULLE PROCEDURE DI CERTIFICAZIONE ENERGETICA DEGLI EDIFICI.
- Deliberazione n. 1921 del 10 dicembre 2007
 LINEE GUIDA ALLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA PER IL CONTROLLO DEL DOLORE IN TRAVAGLIO DI PARTO.
- Deliberazione n. 2002 del 20 dicembre 2007
 DIRETTIVA ALLE AZIENDE SANITARIE PER IL RISPETTO DELL'ADEMPIMENTO RELATIVO ALLA SOSTITUZIONE DELLA

MODULISTICA 'DEBURO' PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE DI CUI ALLA DGR 2035/2006.

- Deliberazione n. 2011 del 20 dicembre 2007
DIRETTIVA ALLE AZIENDE SANITARIE PER L'ADOZIONE DELL'ATTO AZIENDALE, DI CUI ALL'ART. 3, COMMA 4, DELLA LR 29/2004: INDIRIZZI PER L'ORGANIZZAZIONE DEI DIPARTIMENTI DI CURE PRIMARIE, DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE E DI SANITA' PUBBLICA.
- Legge Regionale 21 dicembre 2007, n. 24
LEGGE FINANZIARIA REGIONALE ADOTTATA A NORMA DELL'ART. 40 DELLA LEGGE REGIONALE 15 NOVEMBRE 2001, N. 40 IN COINCIDENZA CON L'APPROVAZIONE DEL BILANCIO DI PREVISIONE PER L'ESERCIZIO FINANZIARIO 2008 E DEL BILANCIO PLURIENNALE 2008-2010
- Legge Regionale 21 dicembre 2007, n. 25
BILANCIO DI PREVISIONE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA PER L'ESERCIZIO FINANZIARIO 2008 E BILANCIO PLURIENNALE 2008-2010.
- Legge Regionale 21 dicembre 2007, n. 28
DISPOSIZIONI PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI
- Deliberazione n. 2175 del 27 dicembre 2007
PROVVEDIMENTI ATTUATIVI DEL COMMA 796, LETTERA O), DELL'ART. 1 DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2006 N° 296 - RETE LABORATORISTICA REGIONALE.
- Deliberazione n. 2242 del 27 dicembre 2007
PROGRAMMA DI RICERCA REGIONE/UNIVERSITA' 2007-2009 DI CUI ALLA DGR 1870/2006. AMMISSIONE A FINANZIAMENTO DEI PROGETTI E ASSEGNAZIONE FONDI PER L'ANNO 2007 AGLI ENTI PROPONENTI.
- Deliberazione n. 2253 del 27 dicembre 2007
APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER L'ATTIVITA' DELLA SOCIETA' PARTECIPATA "CUP 2000 S.P.A." E APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA ANNUALE DI ATTIVITA' DA AFFIDARE ALLA SOCIETA' PER L'ANNO 2008.
- Deliberazione n. 2313 del 27 dicembre 2007
PIANO DEI CONTI DELLE AZIENDE SANITARIE. ADEGUAMENTO AL D.M. 13.11.2007, E ALL'ART. 51 DELLA L.R. 23-12-2004, N. 27
- Deliberazione n. 200 del 18 febbraio 2008
REVISIONE DEI PIANI AZIENDALI PER IL SUPERAMENTO DELLA FASE TRANSITORIA DELL' ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA SANITARIA DEL

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. ATTUAZIONE DELL' ART. 8 COMMA 5 DELLA LEGGE REGIONALE 23 DICEMBRE 2004, N. 29

- Legge Regionale 19 febbraio 2008, n. 4
DISCIPLINA DEGLI ACCERTAMENTI DELLA DISABILITA' – ULTERIORI MISURE DI SEMPLIFICAZIONE ED ALTRE DISPOSIZIONI IN MATERIA SANITARIA E SOCIALE.
- Deliberazione n. 236 del 25 febbraio 2008
RECEPIMENTO DELL'INTESA STATO, REGIONE E PROVINCE AUTONOME DEL 20 DICEMBRE 2007 E APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA REGIONALE DI VACCINAZIONE ANTI-HPV.
- Deliberazione n. 249 del 3 marzo 2008
ASSEGNAZIONE DI FINANZIAMENTI ALLE AZIENDE SANITARIE PER IL SOSTEGNO DELLE ATTIVITA' DI INTERESSE REGIONALE SUGLI SCREENING PER LA PREVENZIONE DEI TUMORI DEL COLLO DELL'UTERO, MAMMELLA, DEL COLON-RETTO E DEI REGISTRI TUMORI DI POPOLAZIONE .
- Deliberazione n. 280 del 3 marzo 2008
APPROVAZIONE DEL “PIANO REGIONALE DELL'EMILIA-ROMAGNA PER LA LOTTA ALLA ZANZARA TIGRE E LA PREVENZIONE DELLA CHIKUNGUNYA E DELLA DENGUE - ANNO 2008” E ASSEGNAZIONE E CONCESSIONE DEI RELATIVI FINANZIAMENTI ALL'AOSP-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA, ALL'AZIENDA USL DI CESENA E ALL'ARPA E.R.

- - - - -