

ALLEGATO B

GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE 2019

<i>Premessa</i>	<i>pag. 4</i>
1 – Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	pag. 5
1.1. Piano Regionale della Prevenzione e Legge regionale n. 19/18	pag. 5
1.1.1 Piano Regionale della Prevenzione	pag. 5
1.1.2 Legge regionale n. 19/18	pag. 5
1.2 Sanità Pubblica	pag. 6
1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi	pag. 6
1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	pag. 6
1.2.3 Piano di Prevenzione Vaccinale 2017-2019	pag. 7
1.2.3 Programmi di screening oncologici	pag. 8
1.2.4 Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	pag. 9
1.2.6 Strutture sanitarie, socio-assist.e sociosan.-	pag. 10
1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	pag. 10
1.3.1 Piano Regionale Integrato	pag. 10
1.3.2 Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali	pag. 10
1.3.3 Realizzazione dei controlli sui contaminanti	pag. 11
1.3.4 Mantenimento sistemi informativi	pag. 11
1.3.5 Tutela benessere animale	pag. 11
1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	pag. 12
2 – Assistenza territoriale	pag. 13
2.1 Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	pag. 13
2.2 Assistenza Territoriale	pag.14
2.2.1 Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa	pag. 14
2.3 Ospedali di Comunità	pag. 15
2.4 Assistenza Protesica	pag. 15
2.5 Cure palliative	pag. 16
2.6 Continuità assistenziale – dimissioni protette	pag. 16
2.7 Materno Infantile-percorso Nascita	pag. 17
2.7.1 Percorso Nascita	pag. 17
2.7.2 Salute riproduttiva	pag. 18
2.7.3 Percorso IVG	pag. 18
2.7.4 Procreazione Medicalmente Assistita	pag. 18

2.8	Contrasto alla violenza di genere	pag. 19
2.9	Salute in età pediatrica e adolescenziale	pag. 19
2.9.1	Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti	pag. 19
2.9.2	Potenziare il lavoro integrato sull'adolescenza	pag. 20
2.9.3	Lotta all'antibioticoresistenza	pag. 21
2.9.4	Promozione dell'allattamento	pag. 21
2.9.5	Promozione della salute in adolescenza	pag. 22
2.10	Assistenza territoriale alle persone con disturbi spettro autistico	pag. 22
2.11	Formazione specifica in medicina generale	pag. 22
2.12	Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	pag. 23
2.13	Trasporti per trattamento emodialitico	pag. 24
2.14	Assistenza sanitaria nelle carceri	pag. 25
2.15	Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici	pag. 25
2.15.1	Obiettivi di spesa farmaceutica RER	pag. 25
2.15.2	Obiettivi di appropriatezza ed equità	pag. 25
2.15.3	Attuazione protocollo d'intesa con le farmacie convenzionate	pag. 28
2.15.4	Adozione di strumenti di governo clinico	pag. 28
2.15.5	Farmacovigilanza	pag. 29
2.15.6	Dispositivi medici	pag. 29
2.15.7	Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi	pag. 30
2.15.8	Attuazione LR 2/2016	pag. 32

3 – Assistenza ospedaliera

pag. 33

3.1	Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	pag. 33
3.2	Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	pag. 34
3.2.1	Appropriatezza ed utilizzo efficiente risorsa posto letto	pag. 34
3.2.2	Reti di rilievo regionale	pag. 35
3.2.3	Emergenza Ospedaliera	pag. 39
3.2.4	Centrali Operative e 118	pag. 40
3.2.5	Attività Trasfusionale	pag. 41
3.2.6	Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	pag. 42
3.2.7	Volumi-esiti	pag. 43
3.3	Screening neonatale	pag. 44
3.4	Sicurezza delle cure	pag. 45
3.5	Accreditamento	pag. 46
3.6	Lesioni da pressione	pag. 47

3.7	Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari	pag. 47
4 – Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa		pag. 48
4.1	Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA	pag. 48
4.1.1	Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	pag. 48
4.1.2	Le buone pratiche amministrativo-contabili	pag. 49
4.1.3	La regolazione dei rapporti con i produttori privati	pag. 50
4.1.4	Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	pag. 50
4.1.5	Mobilità internazionale	pag. 54
4.2	Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	pag. 54
4.3	Il governo delle risorse umane	pag. 56
4.4	Programma regionale gestione diretta dei sinistri	pag. 59
4.5	Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	pag. 60
4.6	Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	pag. 61
4.7	Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti	pag. 62
4.8	Sistema Informativo	pag. 63
4.9	La gestione del patrimonio immobiliare.	pag. 64
4.9.1	Gli investimenti	pag. 64
4.9.2	Le tecnologie biomediche	pag. 64
4.9.3	Il governo delle tecnologie sanitarie e l'HTA	pag. 66
5 – Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale		pag. 68

Premessa

In analogia agli anni precedenti, gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2019 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel *Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFER)* che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale. Oltre a tali indirizzi si pongono per il Sistema sanitario Regionale ulteriori obiettivi da perseguire nel 2019, derivanti dal nuovo *Piano Sociale e Sanitario Regionale*.

Il 2019 rappresenta l'ultimo anno della presente legislatura ed occorre pertanto consolidare il percorso avviato oltre 4 anni fa e i relativi risultati raggiunti in relazione agli obiettivi strategici posti a inizio mandato, quali il *contenimento dei tempi di attesa* (sia per le prestazioni ambulatoriali sia per i ricoveri chirurgici programmati), la *riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi*, il completamento del percorso regionale attuativo della *certificabilità dei bilanci* delle Aziende sanitarie, il consolidamento dei servizi e delle prestazioni del *Fondo Regionale per la Non Autosufficienza*, e le *politiche di sviluppo dell'area dell'assistenza territoriale*.

Con riferimento a queste ultime, nell'ambito delle politiche di sviluppo di strumenti nuovi di prossimità e di integrazione dei servizi sanitari e sociali, le *Case della Salute* hanno progressivamente assunto, in questi anni, un particolare rilievo in quanto fautrici di un modello integrato e multidisciplinare di intervento sedi di progettazione di interventi di integrazione sociosanitaria, sulla base delle scelte della programmazione locale ed in coerenza con gli obiettivi del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019

In tema di prevenzione, il *Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018*, prorogato al 31 dicembre 2019, rappresenta la cornice strategica per raggiungere a livello regionale e aziendale gli obiettivi indicati nel *Piano della Prevenzione Nazionale*, secondo una programmazione ispirata a principi di equità, integrazione, partecipazione e intersettorialità.

Con riferimento all'*assistenza ospedaliera*, la DGR n. 1423 del 2/10/2017, recante l'attuazione del Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-2019 ha ribadito l'obiettivo di applicare gli standard nazionali previsti dalla L 135/2012 e dal DM 70/2015, contestualizzandoli alla realtà regionale (DGR 2040/2015), addivenendo alla realizzazione di una *rete ospedaliera e territoriale integrata*, che tenga conto dei volumi di attività e degli esiti di salute. Ulteriore specifico settore indicato quale obiettivo di azioni di razionalizzazione e miglioramento è quello dell'*emergenza-urgenza*, rispetto alla progettazione di azioni di miglioramento in relazione ai percorsi di accesso e all'integrazione ospedale-territorio

Anche per il 2019, proseguirà l'azione regionale tesa a garantire una progressiva *razionalizzazione della gestione dei beni* da parte delle Aziende Sanitarie anche con l'efficientamento su base sovra aziendale delle *piattaforme logistiche* intese come magazzini per lo stoccaggio e lo smistamento dei beni farmaceutici, dei dispositivi medici, dei beni economici. Accanto all'ottimizzazione della gestione delle piattaforme logistiche, gli obiettivi di razionalizzazione dell'acquisizione di beni vanno perseguiti attraverso una forte e sistematica collaborazione con l'Agenzia Intercent-ER, quale soggetto aggregatore regionale. Da ultimo, a supporto di tale azioni, l'*Information Communication Technology (ICT)* si configura sempre di più come uno strumento necessario e strategico per l'innovazione del Servizio Sanitario Regionale sia in un ambito organizzativo-procedurale sia nei processi volti a garantire la qualità e la sicurezza delle cure.

Più in generale, al fine di garantire la *sostenibilità economico-finanziaria complessiva del SSR*, sarà valutata la capacità delle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie di rispettare il vincolo del pareggio di bilancio e di garantire in corso d'anno un *andamento della gestione* coerente con tale obiettivo, nonché il mantenimento del rispetto dei tempi di pagamento.

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

1.1. Piano Regionale della Prevenzione e Legge Regionale n. 19/2018

1.1.1 Piano Regionale della Prevenzione

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018, prorogato al 31 dicembre 2019, rappresenta la cornice strategica per raggiungere a livello regionale e aziendale gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale, secondo una programmazione ispirata a principi di equità, integrazione, partecipazione e intersectorialità.

Nel 2019 si concluderà l'attuazione del PRP, realizzando quanto previsto dalla rimodulazione 2018-2019 approvata con DGR n. 788/2018. Parallelamente verrà predisposto il Profilo di salute su cui basare il PRP 2020-2025 ed avviato il percorso di elaborazione del nuovo PRP.

Nel 2019 prosegue l'impegno per le Aziende Sanitarie a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute previsti nei diversi Setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità - programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), garantendo attività programmate e cronoprogramma.

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

E' richiesta inoltre la collaborazione all'elaborazione del nuovo PRP, all'aggiornamento del Profilo di Salute.

➤ *Indicatori e target:*

Il PRP individua per ogni progetto una serie di indicatori rilevanti ("indicatori sentinella"), condivisi con il livello nazionale, per monitorare le azioni che rappresentano il core del piano.

Nel 2019 le Aziende Usl contribuiranno al raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella, secondo quanto indicato nella programmazione aziendale; per ogni singolo indicatore lo standard si considera raggiunto se il valore osservato non si discosta di più del 20% rispetto al valore atteso. In sintesi:

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

Anche le Aziende Ospedaliere partecipano all'implementazione del PRP, attuando le azioni di competenza previste e collaborando con le Aziende Usl al raggiungimento dei risultati:

- % indicatori assegnati alle Aziende ospedaliere nei progetti del PRP con valore conseguito $\geq 80\%$; target $\geq 95\%$.

1.1.2 Legge Regionale n. 19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria"

La recente Legge Regionale n. 19/2018 persegue la promozione della salute e la prevenzione in tutte le politiche, rafforzando i principi di partecipazione ed intersectorialità a cui si ispira anche il PRP. Tale Legge prevede l'implementazione di specifici strumenti di coordinamento delle politiche di promozione e prevenzione della salute, di raccordo con altri Enti ed Istituzioni coinvolti, di raccordo con il PRP.

In particolare è prevista l'istituzione di un Tavolo multisettoriale di coordinamento che verrà attivato nel 2019 e che verrà coinvolto anche nella fase preparatoria del nuovo PRP al fine di

favorirne l'approccio partecipativo ed intersettoriale, nonché il raccordo in fase di realizzazione delle azioni pianificate.

Nel corso del 2019 verranno inoltre realizzate iniziative di divulgazione sui principali contenuti della Legge ed avviate alcune attività prioritarie, alla cui attuazione le Aziende sanitarie dovranno assicurare la propria collaborazione.

1.2 Sanità Pubblica

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

Particolare attenzione dovrà essere posta alle seguenti aree di attività.

1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi

Il PRP ribadisce il ruolo essenziale, ai fini del monitoraggio e della valutazione dei risultati, della disponibilità dei dati derivati dai sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli e valorizzandoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment). A livello regionale sono già presenti numerosi sistemi informativi e banche dati aggiornate. E' essenziale che questo patrimonio informativo sia mantenuto e implementato in una visione unitaria, a supporto dei programmi di sanità pubblica, nonché dell'implementazione della L. R. 19/2018 sulla promozione della salute citata in premessa.

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

Va implementato il Registro regionale dei tumori, secondo quanto previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento del registro stesso.

Le Aziende USL assicurano inoltre l'aggiornamento dell'anagrafe dei medici abilitati al rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica e la completa messa a regime del "Portale della Medicina dello Sport" regionale per il rilascio delle certificazioni sportive.

➤ *Indicatori e target:*

- completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2019) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003; target $\geq 95\%$ al marzo 2020;
- realizzazione delle interviste PASSI programmate; obiettivo: Rapporto interviste PASSI realizzate/interviste PASSI programmate: target $\geq 95\%$ al febbraio 2020;
- confluenza dati e flussi sull'applicativo unico del registro regionale.

1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

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

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

Va rafforzata l'attività di sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradicazione di specifiche malattie infettive, quali il morbillo, la rosolia congenita, la pertosse e la poliomielite; inoltre va assicurato l'invio, ove previsto, dei campioni ai laboratori di riferimento regionali secondo le tempistiche adeguate.

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

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

In applicazione delle indicazioni regionali, va predisposto/aggiornato il protocollo riguardante i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST), tenendo conto di un approccio multidisciplinare e della rete delle competenze aziendali e/o interaziendali, assicurando inoltre la segnalazione da parte dei clinici, al DSP competente, di tutti i casi diagnosticati di malattia sessualmente trasmessa.

Va migliorata la capacità diagnostica per le malattie invasive batteriche (MIB): in ciascun ambito provinciale o sovra-provinciale deve essere garantita la disponibilità diretta o *in service* di accertamenti di biologia molecolare, da considerarsi come prima scelta diagnostica allorché si abbia il sospetto di una MIB da meningococco, anche al fine di consentire l'adozione delle appropriate misure profilattiche nel più breve tempo possibile.

Vanno aggiornate le Procedure Dipartimentali di Gestione dei focolai di Malattie a Trasmissione Alimentare (MTA), sottolineando il ruolo di case manager del referente MTA aziendale, al fine di ridurre le criticità legate alla gestione degli eventi e di rispondere ai debiti informativi verso il livello nazionale ed europeo.

Vanno consolidate le azioni per dare piena attuazione alle indicazioni della DGR n.828/2017 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi". Nelle Aziende Sanitarie va migliorato il processo di valutazione del rischio legionella attraverso un approccio multidisciplinare, garantendo la presenza nel Gruppo di valutazione del rischio di tutti i professionisti necessari ad affrontare il problema nella sua complessità. È necessario inoltre promuovere anche la corretta applicazione delle stesse da parte dei gestori di impianti e di strutture a rischio presenti nel territorio, realizzando adeguate azioni di formazione e informazione, e collaborare con i Comuni alla mappatura delle torri di raffreddamento e dei condensatori evaporativi esistenti sul territorio di competenza.

➤ *Indicatori e target:*

- n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata (periodo di attività del vettore): valore ottimale = 100%; valore accettabile = > 90%;
- % Strutture turistico-recettive esistenti/strutture turistico-recettive controllate; target = > 5%.

1.2.3 Implementazione del Piano di prevenzione vaccinale 2017-19 e monitoraggio legge 119/2017 (inerente disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale)

L'offerta vaccinale prevista dal PNPV 2017-19 e ricompresa interamente nei LEA per le classi di età e le categorie a rischio ivi contenute è stata completamente attivata nel corso del 2017 e 2018 (DGR 427/2017 e 693/2018). Sono pertanto state introdotte nel calendario vaccinale regionale le seguenti vaccinazioni:

- Prima infanzia: Meningococco B, rotavirus e varicella;

- Adolescenza: estensione della vaccinazione anti HPV ai maschi e introduzione 5° dose di antipolio;
- Donna in gravidanza: vaccinazione contro la pertosse;
- Età adulta/anziana (65enni): vaccinazione anti-pneumococco e anti Herpes Zoster.

Sono ora da incrementare le azioni finalizzate al miglioramento ulteriore delle coperture previste per i diversi interventi di prevenzione vaccinale.

In particolare, nel corso del 2019 si prevede:

- Ulteriore incremento della copertura vaccinale in età pediatrica, sia per le vaccinazioni obbligatorie che per quelle raccomandate;
- implementazione dell'offerta vaccinale (influenza e pertosse) alla donna in gravidanza;
- miglioramento delle coperture vaccinali per pneumococco e Herpes Zoster nei 65enni (come previsto dal PNPV);
- introduzione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'HPV alle ragazze 25enni in occasione del primo screening del tumore del collo dell'utero;
- offerta gratuita della vaccinazione contro l'HPV alle donne che hanno subito interventi di conizzazione al fine di ridurre le recidive;
- implementazione dell'offerta vaccinale alle persone con patologie croniche;
- Implementazione del nuovo Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2019-2023.

Inoltre, deve proseguire l'attività prevista per la piena attuazione della legge nazionale 119/2017, in particolare relativamente alla gestione degli inadempienti e ai recuperi vaccinali. Vanno infine garantite tutte le azioni necessarie per il passaggio alla nuova anagrafe vaccinale real time.

➤ *Indicatori e target:*

- copertura per le 10 vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia (valutate al 24° mese): target >95%;
- copertura vaccinale per la vaccinazione contro HPV: ragazzi della coorte di nascita 2006: target >60%;
- copertura vaccinale antipneumococco nella popolazione di età = 65 anni: target >= 55%.

1.2.4 Programmi di screening oncologici

Relativamente ai tre programmi di screening oncologici è necessario consolidare i percorsi attivi ormai da diversi anni nelle Aziende Sanitarie regionali, con l'obiettivo di mantenere i livelli di copertura raccomandati nella popolazione target, assicurando il rispetto degli specifici protocolli e garantendo il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso e degli standard di performance, con particolare attenzione al percorso per il rischio eredo-familiare del tumore della mammella. Va inoltre sviluppata la collaborazione necessaria ad offrire attivamente la vaccinazione anti HPV alle donne di 25 anni, non ancora vaccinate, che effettueranno per la prima volta lo screening cervicale, implementando la cooperazione applicativa con l'anagrafe vaccinale.

➤ *Indicatori e target:*

- Per lo screening cervicale: Percentuale di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale >= 60%; valore accettabile >=50 %;
- Per lo screening mammografico: Percentuale di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale >= 70%; valore accettabile >= 60%;

- Per lo screening colorettaile: Percentuale di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale $\geq 60\%$; valore accettabile $\geq 50\%$.

1.2.5 Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

IL PRP vigente prevede l'attuazione di diversi progetti finalizzati al miglioramento della salute e sicurezza dei lavoratori, mirati ai comparti a maggior rischio e ad alcuni rischi prioritari quali ad es. il rischio cancerogeno.

Tali progetti sono caratterizzati da interventi di informazione, formazione e assistenza che si affiancano ad interventi di vigilanza e controllo. Infatti per migliorare le condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori è indispensabile una strategia di intervento basata su una pluralità di strumenti, come peraltro indicato da tempo in diversi documenti di indirizzo a livello nazionale e regionale e richiamato anche nella DGR n. 200/2013 che approva le Linee Guida regionali sulle metodologie di esercizio della funzione di vigilanza/controllo da parte dei DSP.

L'attività di vigilanza e controllo va pertanto programmata secondo tale ottica ed accompagnata da azioni di informazione, formazione e assistenza, anche nell'ambito di piani mirati alle priorità di rischio presenti localmente sul territorio. Anche l'obiettivo di copertura della vigilanza del 9% delle unità locali esistenti va collocato in questa cornice di riferimento, valorizzando anche attività di controllo che, per loro tipologia, non prevedano accessi ispettivi in azienda. Ai fini del conseguimento di tale obiettivo si mantiene l'indicazione del contributo, tendenzialmente del 10%, da parte delle Unità Impiantistiche Antinfortunistiche (UOIA).

Vanno realizzate tutte le attività previste dal PRP, comprese quelle rivolte al mondo della scuola e quelle inerenti la promozione della salute nei luoghi di lavoro al fine di migliorare il contesto lavorativo e promuovere l'invecchiamento attivo. Il ruolo strategico dei luoghi di lavoro nella prevenzione delle principali malattie croniche non trasmissibili (MCNT), incoraggiando i lavoratori all'adozione di stili di vita salutari, è richiamato peraltro anche nella recente L. R. 19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria".

Prosegue l'attuazione del Piano amianto regionale, approvato con DGR n. 1945/2017 ed in particolare vanno sviluppate le seguenti azioni:

- assistenza informativa e sanitaria ai lavoratori ex-esposti ad amianto consolidando le attività degli ambulatori attivati presso i DSP, in raccordo con l'implementazione della Rete regionale per la presa in carico del paziente affetto da mesotelioma;
- interventi integrati tra Aziende USL, ARPAE e le Amministrazioni comunali per promuovere le bonifiche ed i controlli secondo criteri di priorità e supporto all'attuazione delle indicazioni che verranno emanate per la microraccolta di Materiali Contenenti Amianto (MCA);
- vigilanza e controllo nei cantieri di bonifica di MCA;
- implementazione del COR lavoratori ex-esposti ad amianto.

➤ *Indicatori e target:*

- % aziende con dipendenti ispezionate; obiettivo: $\geq 9\%$ delle PAT esistenti; ai fini del calcolo della copertura di vigilanza andranno incluse sia aziende controllate con accesso ispettivo, sia aziende controllate senza accesso ispettivo nel limite del 10%, nel contesto di specifici piani mirati o di specifiche azioni di monitoraggio e controllo;
- n. cantieri di rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08): $\geq 15\%$;
- informazione e formazione: n° iniziative di informazione e formazione realizzate su iniziative programmate: $\Rightarrow 80\%$.

1.2.6 Strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio sanitaria

Con la DGR n. 1943 del 04/12/2017, recante i requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie, è stato avviato il complessivo processo di revisione delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie. Nel 2018 sono state inoltre emanate le linee di indirizzo per i regolamenti locali sulle Case Famiglie che forniscono indicazioni anche riguardo all'attività di vigilanza e controllo che va proseguita secondo i criteri definiti.

I DSP devono assicurare:

- il funzionamento delle previste Commissioni dipartimentali e l'osservanza dei tempi previsti dal procedimento;
- l'aggiornamento per quanto di competenza dell'anagrafe delle strutture autorizzate;
- la vigilanza nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, comprese le strutture per anziani e disabili con massimo 6 posti letto, in collaborazione con i Comuni e i Dipartimenti di Cure Primarie, secondo le indicazioni regionali;
- l'assistenza diretta alla corretta applicazione dei requisiti autorizzatori.

➤ *Indicatori e target:*

- implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali: target 100% delle strutture autorizzate/anno.
- % strutture per anziani e disabili con massimo 6 posti letto controllate su esistenti; target: $\geq 50\%$

1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

Oltre a realizzare, registrare e rendicontare tutte le attività comprese nelle normative specifiche e nei piani nazionali e regionali in vigore, nonché attuare quanto previsto nel PRP come indicato in premessa, nel corso del 2019 occorrerà perseguire gli obiettivi definiti di seguito. Viene definito un obiettivo generale di attuazione di quanto previsto dal Piano Regionale Integrato (PRI). Vengono inoltre fissati obiettivi specifici su alcune attività comprese all'interno del piano, ma che richiedono una particolare attenzione in quanto negli anni precedenti hanno presentato criticità per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Ministero della Salute relativi agli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e che devono essere valutate secondo indicatori coerenti con quelli del sistema di valutazione nazionale.

1.3.1 Piano Regionale Integrato

La Regione Emilia-Romagna con DGR n. 1500 del 10/10/2017 ha approvato il Piano Regionale Integrato che comprende in un unico documento la programmazione regionale in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, prorogato al 2019 in analogia al Piano Nazionale Integrato.

Il PRI individua per ogni piano specifico una serie di indicatori condivisi con tutte le AUSL per monitorare le azioni previste nel piano stesso. Tra tutti gli indicatori previsti ne sono stati individuati un gruppo, da considerare "sentinella" per il 2019, scelti tra quelli che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali per la valutazione degli adempimenti LEA e tra quelli che riguardano attività indicate come prioritarie dal Ministero della Salute per il 2019.

Nel 2019 le Aziende USL si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori.

➤ *Indicatori e target:*

- % indicatori "sentinella" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano; target 100% - Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo), sistema regionale ORSA e rendicontazioni annuali dalle AUSL;
- % della totalità di indicatori con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano; target 80% - Fonte dati: sistema regionale ORSA e rendicontazioni annuali dalle AUSL.

1.3.2 Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina e brucellosi ovicaprina e anagrafe ovicaprine

Nel 2019 le Aziende Usl, oltre ad attuare quanto previsto nel piano regionale integrato per i piani specifici per il controllo della brucellosi bovina e della brucellosi ovicaprina, dovranno registrare i relativi dati dei controlli ufficiali eseguiti nel sistema nazionale SANAN (indicatore LEA 2018). Le Aziende Usl dovranno inoltre attuare nelle aziende zootecniche ovicaprine le ispezioni per anagrafe ovicaprina registrandole sul portale nazionale VETINFO, applicativo "controlli".

➤ *Indicatori e target:*

- % degli allevamenti controllati sul totale degli allevamenti soggetti a controllo nell'anno; target 100% - Fonte dati sistema: SEER dell'IZSLER;
- % dei controlli sierologici effettuati mediante campionamento individuale caricati sul sistema SANAN; target 80% - Fonte dati: sistema SISVET di VETINFO;
- % aziende controllate nell'anno sul totale delle aziende soggette a controllo; target 3% - Fonte dati: portale nazionale VETINFO "Statistiche".

1.3.3 Realizzazione dei controlli sui contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari)

Nel 2019 dovranno essere attuati i controlli per la ricerca di residui negli alimenti di origine vegetale, rispettando la programmazione del Piano regionale per la ricerca dei fitosanitari.

➤ *Indicatore e target:*

- % campioni analizzati per il piano regionale fitosanitari, per ciascuna categoria di alimenti, sul totale dei campioni previsti dal piano regionale per quella categoria; target 100% - Fonte dati: sistema nazionale NSIS.

1.3.4 Mantenimento dei sistemi informativi gestionali per la trasmissione dei dati al sistema regionale ORSA

Nel 2019 le AUSL dovranno garantire che i dati presenti in ORSA soddisfino il debito informativo delle AUSL verso la Regione, così come definito dalle reportistiche annuali SISVET e SIAN.

➤ *Indicatore e target:*

- Idoneità dei dati AUSL, presenti nel sistema regionale ORSA, di rendicontazione annuale dell'attività di vigilanza nelle strutture registrate e riconosciute.

1.3.5 Tutela del benessere animale

Nel 2019 dovrà essere garantito il controllo negli allevamenti rispettando la percentuale di controlli ufficiali previsti dal piano regionale benessere animale per ciascuna delle categorie "bovini", "vitelli", "suini", "polli da carne", "ovaiole", benessere negli impianti di macellazione e caricati nel sistema nazionale VETINFO – CONTROLLI entro i tempi previsti [28 febbraio]

➤ *Indicatore e target:*

- % controlli ufficiali effettuati= (% controllo per benessere in allevamenti di vitelli x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di suini x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di ovaiole x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di polli da carne x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini" x 0,1) + (% controlli per benessere negli impianti di macellazione x 0,1); target: >=95%

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

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

- Implementare le azioni finalizzate all'adozione della cartella sanitaria e di rischio informatizzata, unica per tutte le Aziende sanitarie;
- proseguire l'attuazione della DGR n. 351/2018 "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario";
- promuovere ed offrire attivamente le vaccinazioni agli operatori sanitari, valorizzando il ruolo del medico competente come previsto nel progetto del PRP sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro, considerato anche a livello nazionale uno dei contesti più promettenti per promuovere, e dove possibile, effettuare le vaccinazioni;
- proseguire la raccolta sistematica dei dati relativi alle segnalazioni di aggressioni a carico del personale, utilizzando la scheda regionale, e dare piena attuazione al Piano di prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari, monitorando i risultati delle azioni realizzate.

➤ *Indicatori e target:*

- copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari; target >=34%, o evidenza di incremento rispetto all'anno precedente per chi ha già conseguito il 34% di copertura;
- operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio: target >=95%
- report sulle azioni realizzate; % azioni realizzate su quelle programmate: target >= 80%.

2. Assistenza Territoriale

2.1 Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

(coerenza con scheda 32, PSSR 2017 – 2019)

Le Aziende sanitarie (ciascuna Azienda USL in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS) devono garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in coerenza con la DGR 603/2019 "Piano Regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" che recepisce il PNGLA (Accordo Stato Regioni del 21/02/2019). Per il 2019 è prioritario l'obiettivo della continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, ovvero l'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al medico di medicina generale.

Si conferma la necessità di monitorare l'appropriatezza e congruità prescrittiva (corretta indicazione sul quesito diagnostico, nota per condizione/indicazione e classe di priorità) per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali.

Le Aziende sono tenute inoltre a monitorare le indicazioni normative sull'obbligo di disdetta (DGR 377/2016) nonché a potenziare la prenotazione tramite CUPWEB (DGR 1056/2015 e DGR 603/2019): in particolare, oltre alle prestazioni monitorare per i tempi di attesa, dovranno essere disponibili per la prestazione on-line almeno tutti i primi accessi (classe di priorità D della ricetta) delle restanti visite specialistiche e prestazioni di diagnostica strumentale.

Si confermano, ancora, le indicazioni previste dalla DGR 748/2011 in merito alla disponibilità di tutta l'offerta aziendale sul sistema CUP.

Pertanto, per l'anno 2019, si definiscono i seguenti obiettivi:

- Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro i tempi di attesa standard

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Indice di performance per le prestazioni con classe di priorità B e D, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte cruscotto regionale)	▪ $\geq 90\%$

- Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero mancate presentazioni all'appuntamento a causa dell'utente	\leq valore 2018
Numero disdette effettuate dal cittadino (entro e fuori termine)	$>$ valore 2018

Prescrizioni e prenotazione dei controlli – promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero di prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%) (fonte ASA/ARMP/DEMA)	$\geq 70\%$

Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo	≥ 55%
---	-------

- Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB/Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP (%)	▪ ≥ 85%

2.2 Assistenza territoriale

Nel 2018 la Regione Emilia-Romagna e le organizzazioni sindacali dei medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie hanno siglato l'accordo integrativo regionale (DGR 330/2018) che prevedeva che le Aziende istituissero le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) entro 120 giorni dalla adozione del regolamento aziendale sul funzionamento delle AFT.

Per il 2019 tutte le Aziende devono pertanto istituire le AFT, nel rispetto delle indicazioni contenute nell'accordo integrativo regionale, dando evidenza della loro istituzione e della adozione del regolamento per il loro funzionamento.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Adozione del regolamento per il funzionamento interno delle AFT	▪ Si
Istituzione delle AFT e individuazione del referente di AFT	▪ Si

2.2.1 Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa

(coerenza con scheda 1, PSSR 2017 – 2019)

Per il 2019, le Aziende USL:

- Proseguono nell'attivazione delle Case della Salute programmate e nell'individuazione di nuove progettualità a livello locale, in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie
- Consolidano l'implementazione dei contenuti della DGR 2128/2016, con particolare riferimento al ruolo dei professionisti coinvolti nel coordinamento delle CdS e nella garanzia dell'integrazione delle attività

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Attivazione Case della Salute programmate per il 2019	▪ 100%
Realizzazione degli ambulatori infermieristici della cronicità	▪ Valore 2019 > valore 2018
Coinvolgimento dei cittadini competenti nelle Case della Salute	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aziende USL di AVEN-AVEC: ≥ 1 Casa della Salute ▪ Azienda USL della Romagna: ≥ 1 Casa della Salute per ambito

Per la **gestione integrata delle patologie croniche**, le Aziende dovranno:

- proseguire il percorso di presa in carico integrata della BPCO e del diabete mellito tipo II nelle Case della Salute\NCP con l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione per ricoveri inappropriati attraverso l'utilizzo di tutte le risorse dell'assistenza territoriale come, per esempio, gli ambulatori infermieristici, gli Ospedali di Comunità, l'Assistenza Domiciliare.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO (Fonte: Profili NCP)	▪ valore 2019 < valore 2018
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per diabete (Fonte: Profili NCP)	▪ valore 2019 < valore 2018

- utilizzare lo strumento regionale dei "Profili di Rischio (**Risk-ER**)" al fine di garantire la presa in carico della **fragilità/multimorbilità**, nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Rivalutazione del piano assistenziale dei pazienti fragili, precedentemente presi in carico, alla luce dei nuovi profili di RiskER relativi al rischio 2019 trasmessi dalla Regione	▪ 100%
Utilizzo dei profili di rischio	▪ 100%
Utilizzo dei questionari di valutazione per la soddisfazione dei pazienti (PACIC) e dei professionisti (ACIC)	▪ 100%

Anche nel 2019, le Aziende dovranno raccogliere in maniera sistematica le informazioni relative all'organizzazione delle Case della Salute e sui servizi in esse attivi ("Sistema informativo Case della Salute"), provvedere alla compilazione dei dati richiesti nonché a comunicare formalmente in Regione l'attivazione delle nuove Case della Salute.

2.3 Ospedali di Comunità

(coerenza con scheda 3, PSSR 2017 – 2019)

Le Aziende USL\AOSP, in accordo con le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali, devono proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, valorizzando i percorsi di riconversione in coerenza con le indicazioni del DM/2015 n. 70, nella DGR 2040\2015 e del nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Attivazione degli Ospedali di Comunità programmati per il 2019	▪ Si
Degenza media in Ospedale di Comunità (Fonte: banca dati SIRCO)	▪ ≤ 20 giorni (DM 70/2015)

2.4 Assistenza protesica

Con la DGR n. 1844 del 05/11/2018 "Assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici: percorsi organizzativi e clinico-assistenziali. Linee di indirizzo regionali" la Regione ha fornito alle

Aziende sanitarie indicazioni alla luce della ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017).

Il provvedimento, tra le altre cose, ha l'obiettivo di ottimizzare la gestione dei percorsi organizzativi e assistenziali e la semplificazione delle procedure d'accesso, al fine di rispondere tempestivamente alle necessità delle persone disabili e alle loro famiglie, mettendo in campo tutte le possibili sinergie derivanti dall'integrazione di azioni cliniche, tecnologiche ed amministrative.

Per l'anno 2019 le Aziende dovranno implementare i contenuti della DGR 1844/2018 e individuare strumenti e modalità organizzative al fine di garantirne un'omogenea applicazione sul territorio regionale.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Evidenza delle azioni introdotte per assicurare omogeneità di applicazione sul territorio della DGR 1844/2018	▪ Si

2.5 Cure palliative

(coerenza con scheda 7, PSSR 2017 – 2019)

A seguito dei provvedimenti regionali relativi alle cure palliative, le Aziende sanitarie hanno attivato gli strumenti necessari per la rimodulazione delle reti locali di cure palliative (RLCP). Per proseguire il lavoro avviato, le Aziende, nel 2019, dovranno completare le reti (con tutti i nodi previsti e le équipe) per quello che riguarda la loro struttura organizzativa, il loro coordinamento ed i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure; in particolare, dovrà essere completata la riorganizzazione delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) e del nodo ospedale (consulenze).

Dovranno proseguire, a livello locale, i percorsi di formazione dei professionisti che operano nelle strutture che si interfacciano e interagiscono con la rete di cure palliative. In particolare, per le strutture residenziali per anziani, sarà necessario sviluppare una conoscenza diffusa delle Cure Palliative formando le figure sanitarie e socio-sanitarie maggiormente coinvolte nell'assistenza e nell'organizzazione (DGR 1423/2017 "Attuazione del piano sociale e sanitario 2017-2019. Approvazione delle schede attuative d'intervento e di Indirizzi per l'elaborazione dei piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale).

Al fine di sviluppare la cultura delle cure palliative e la comunicazione verso i cittadini informandoli sulle caratteristiche, le modalità e i criteri di accesso alla rete sarà necessario, nel 2019, completare e aggiornare, in coerenza con la riorganizzazione, le pagine dedicate alla RLCP nei siti aziendali.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Evidenza della realizzazione, all'interno dei siti aziendali, delle pagine web dedicate alla rete di cure palliative	▪ Si
Numero dei deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative, a domicilio o in hospice, sul numero di deceduti per causa di tumore	▪ ≥50%
Numero di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore sul numero dei deceduti per causa di tumore	▪ + 5% rispetto al 2018
Evidenza della individuazione delle Unità di cure palliative domiciliari di base e specialistiche (UCPD) come previsto dalla DGR 560/2017	▪ Si

2.6 Continuità assistenziale – dimissioni protette

(coerenza con scheda 3, PSSR 2017 – 2019)

Al fine di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale ed offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati, è necessario potenziare la capacità di presa in carico all'atto della dimissione ospedaliera, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità.

Anche per il 2019, le Aziende dovranno garantire una tempestiva presa in carico (PIC) della persona in dimissione protetta con l'obiettivo della continuità assistenziale, ovvero la prosecuzione del trattamento nel luogo di cura più appropriato, secondo la complessità e i bisogni del paziente, sulla base della progettualità sviluppata nell'ambito di centrali operative/punti unici di coordinamento.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
N. PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (Fonte: InSIDER)	▪ >=50%

2.7 Area Materno-Infantile

(coerenza con schede 15, 16, 17, 18, 25, PSSR 2017 – 2019)

2.7.1 Percorso Nascita

Per il 2019, le Aziende USL dovranno:

- monitorare l'applicazione dei protocolli STAM e STEN attivati.
- garantire un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica nella fisiologia e percorsi integrati sulla patologia. Per sostenere e promuovere attivamente la health literacy, andrà incoraggiata l'adozione generalizzata della cartella regionale sulla gravidanza e l'utilizzo dello strumento "Scheda scelta del parto" per migliorare le competenze delle donne e la loro capacità di partecipare al proprio percorso assistenziale. La "Scheda scelta del parto" è inoltre uno strumento importante, in associazione con l'ambulatorio della gravidanza a termine, della continuità assistenziale ospedale-territorio. La continuità assistenziale dovrà essere migliorata anche alla dimissione, promuovendo la definizione di protocolli integrati (per la fisiologia e per la patologia) per la dimissione madre bambino.
- garantire l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva a tutte le donne che lo richiedono, come previsto a seguito dell'approvazione dei nuovi LEA.
- promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono, in particolare le nullipare e le donne straniere
- garantire un'assistenza appropriata al parto riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIb e IVb, V di Robson (questionario LEA).

Le Aziende USL di Parma, Reggio Emilia, Modena e Ferrara dove, dal 2017, è in atto la riorganizzazione dei punti nascita sulla base delle indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 e del Protocollo metodologico per la richiesta di deroga del Ministero della Salute del 2015, dovranno mettere in atto tutte le azioni necessarie a garantire la qualità e la sicurezza del percorso nascita e la erogazione in condizioni di prossimità delle prestazioni legate alle fasi pre e post parto. Le Aziende USL di Reggio Emilia, Modena e Ferrara dovranno inoltre garantire la realizzazione delle condizioni necessarie per il mantenimento dell'apertura dei punti nascita in deroga, riferendo trimestralmente alla Direzione generale regionale cura della persona, salute e welfare lo stato di avanzamento di tali adeguamenti.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero gravide residenti assistite dai consultori familiari/Totale parti di residenti (%) (Fonte: banca dati CEDAP)	▪ >= 52% (media 2018)
Percentuale di tagli cesarei primari (Fonte: banca dati CEDAP)	▪ Hub < 25%

Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson (Fonte: banca dati CEDAP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spoke < 15% ▪ Hub ≤ 7% (media 2018) ▪ Spoke ≤ 9% (media 2018 per spoke con numero parti ≥1.000)
Evidenza delle azioni introdotte per la qualità e sicurezza del percorso nascita nei distretti dove è avvenuto il superamento di punti nascita	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si
Evidenza della realizzazione delle condizioni necessarie per il mantenimento dell'apertura dei punti nascita in deroga	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si

2.7.2 Salute riproduttiva

Le Aziende devono potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali, favorendo l'accesso ai consultori familiari degli adolescenti (età 14-19 anni) e garantendo l'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (età 20-34 anni) per la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale, family planning).

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/popolazione residente di età 14-19 anni (%) (Fonte: Sistema informativo SICO)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 7%

2.7.3 Percorso IVG

Nel 2019 dovranno essere garantite uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica) e la riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e intervento chirurgico.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Donne (residenti e non residenti) sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/Totale IVG chirurgiche (%) (Fonte: rilevazione IVG)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ≤ 25%
IVG mediche di residenti/totale IVG di residenti (%) (Fonte: rilevazione IVG)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 34% (media regionale 2018)

2.7.4 Procreazione Medicalmente Assistita

Nel 2019 le Aziende dovranno:

- monitorare il tempo di attesa per accedere alla PMA, sia omologa sia eterologa, al fine di un contenimento dei tempi di attesa ed una facilitazione dell'accesso.
- garantire l'applicazione delle DGR n. 927/2013 e n. 1487/2014, implementando il sistema informativo della donazione, con l'inserimento dei dati relativi ai gameti ricevuti da donatori (donazione oblativa, da egg-sharing o da banche estere) e a quelli utilizzati per cicli di PMA eterologa e proseguendo l'attività di promozione della donazione, coordinando gli interventi aziendali con le campagne regionali.

- aderire alle indicazioni regionali relative all'acquisizione di gameti dall'estero, tramite la stipula di specifici contratti con gli Istituti esteri individuati (determina dell'AUSL di Bologna n. 3109 del 18.10.2017), sulla base del fabbisogno del proprio centro PMA e della previsione economica aziendale per il 2019.

<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati (%) (Fonte: Sistema informativo della donazione)	▪ ≥ 90%

2.8 Contrasto alla violenza di genere

(coerenza con schede 14, 25, PSSR 2017 – 2019)

Le Aziende sanitarie dovranno promuovere e sostenere la partecipazione alla formazione della rete ospedale-territorio (compresi i PS generali, pediatrici e ostetrici, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, consultori familiari, pediatrie di comunità, servizi sociali, centri antiviolenza e centri di accompagnamento al cambiamento per uomini che agiscono violenza - centri Liberiamoci Dalla Violenza, LDV) a contrasto della violenza di genere e domestica in gravidanza e della violenza che coinvolge bambini e adolescenti.

Per il 2019, si definiscono i seguenti obiettivi:

- mantenimento delle attività in essere dei centri LDV, anche attraverso la realizzazione di momenti specifici per la qualificazione e promozione del centro LDV e di formazione dei professionisti (per le Aziende Usl di Parma, Modena, Bologna e della Romagna)
- monitoraggio attività centri per il trattamento di uomini autori di violenza (per le Aziende Usl di Parma, Modena, Bologna e della Romagna)
- collaborazione alle iniziative messe in campo dal livello regionale in tema di molestie e violenza nei luoghi di lavoro attraverso la sperimentazione di percorsi di ascolto e supporto
- partecipazione dei professionisti agli eventi formativi del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"
- definizione delle reti distrettuali e dei protocolli di riferimento per il contrasto della violenza di genere

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero di partecipanti che hanno concluso le 20 ore della formazione in e-learning del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere"/Numero totale iscritti alla formazione (%) (Fonte: piattaforma FAD Azienda USL Piacenza)	▪ ≥ 70%
Numero di uomini che hanno concluso il percorso di trattamento nel 2019 presso il centro LDV /Totale uomini ancora in trattamento nel 2019 nel centro LDV (indicatore valido per le Aziende Usl di Modena e Parma) (%) (Fonte: rendicontazione aziendale)	▪ ≥ 60%
Numero di contatti al centro LDV (indicatore valido per le Aziende Usl di Modena, Parma, Bologna e Romagna) (Fonte: rendicontazione aziendale)	▪ > dato 2018
Presenza di mappatura della rete distrettuale e del protocollo di riferimento per il contrasto alla violenza di genere (Fonte: rendicontazione aziendale)	▪ Si

2.9 Salute in età pediatrica e adolescenziale

(coerenza con schede 14, 37, PSSR 2017 – 2019)

2.9.1 Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti

Per il 2019, si definiscono i seguenti obiettivi:

- applicazione delle linee d'indirizzo di cui alla DGR 1677/2013 anche attraverso un programma formativo locale specifico (comprendente il corso di formazione specifica in Medicina generale) e la partecipazione dei professionisti ad eventi formativi regionali (comprendente la formazione a distanza del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere").
- monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti e dei quaderni correlati (vedi Piano regionale della prevenzione 2015-18, progetto 3.7 - DGR 771/2015).
- definizione delle reti distrettuali e dei protocolli di riferimento per il contrasto del maltrattamento/abuso su bambini e adolescenti
- collaborazione con il gruppo di coordinamento regionale, e relativi sottogruppi, alla realizzazione di nuovi quaderni per implementare interventi di prevenzione e cura.
- monitoraggio dell'applicazione delle Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio allontanamento (come da DGR 1102/2014, D.A. n. 120/2017 e DGR n. 1423/2017)

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero di bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso che hanno ricevuto un trattamento/Numero bambini in carico ai servizi sociali per maltrattamento-abuso ¹ (Fonte: flusso SISAMER)	▪ > 80%
Presenza di mappatura della rete distrettuale e del protocollo di riferimento per il contrasto del maltrattamento/abuso su bambini e adolescenti (Fonte: rendicontazione aziendale)	▪ Si

2.9.2 Potenziare il lavoro integrato e multi-professionale sull'adolescenza

Nel 2019, le azioni aziendali da sviluppare mirano a:

- dare attuazione alla Circolare 3/2018, in particolare per quanto riguarda l'applicazione della diagnosi strutturale e la sperimentazione di utilizzo della classificazione CD 0-3R sui nuovi casi
- dare attuazione alle raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" di cui alla Circolare n. 1/2017, in particolare per quanto riguarda l'accesso, la presenza di èquipe funzionali multiprofessionali e il potenziamento dei percorsi in emergenza/urgenza
- garantire la presenza di Unità di strada per la prevenzione dei rischi

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Utilizzo della classificazione CD 0-3R per i nuovi casi	▪ >=50%

¹ In analogia con la scheda attuativa d'intervento n. 37 sull'accoglienza dei bambini con bisogni complessi nell'ambito della protezione /tutela (tra cui i bambini vittime di maltrattamento/abuso) del nuovo PSSR 2017-19 (DGR n. 1423/2017), con il termine "trattamento" si intendono la valutazione, il progetto di intervento e il sostegno psicologico condivisi dall'equipe/UVM minori

Attivazione di punti di accesso dedicati agli adolescenti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Almeno 1 per azienda
Attivazione di una équipe aziendale funzionale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si
Adozione di una procedura aziendale di gestione delle emergenze e delle urgenze psicopatologiche ospedaliere e territoriali in infanzia e adolescenza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si
Presenza di Unità di Strada per la prevenzione dei rischi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Almeno 1 per azienda

2.9.3 Lotta all'antibiotico-resistenza

Per il 2019, le Aziende USL devono:

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

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero di RAD per PLS distribuiti nell'anno (Fonte: rilevazione aziendale)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 100 per PLS con almeno 800 assistiti ▪ ≥ 50 per gli altri

- Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica (età <14 anni, come rilevato tramite il flusso SIVER) con l'obiettivo di ridurre il tasso di prescrizione di antibiotici e di aumentare il rapporto fra le prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aziende con tasso 2018 $\geq 850/1000$ bambini/anno: <850 prescrizioni/1000 bambini/anno ▪ Altre Aziende: mantenimento o ulteriore riduzione rispetto al 2018
Rapporto tra prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aziende con rapporto 2018 $\leq 1,5$: $> 1,5$ ▪ Altre Aziende: mantenimento o ulteriore aumento del rapporto rispetto al 2018

2.9.4 Promozione dell'allattamento

Nel 2019, si definiscono i seguenti obiettivi:

- Miglioramento della qualità del flusso dati relativo all'allattamento (anagrafe vaccinale regionale)
- Migliorare i tassi di prevalenza di allattamento attraverso la pianificazione e l'implementazione di interventi a sostegno delle donne che vogliono allattare, fra cui la formazione a cascata del personale secondo il modello regionale di allattamento in posizione semi-reclinata.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Schede vaccinali in cui mancano i dati sull'allattamento/Totale di schede vaccinali inserite (%) (Fonte: flusso AVR)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aziende USL con valore 2018 < 10%: mantenimento o ulteriore riduzione ▪ Aziende con valore 2018 ≥ 10%: riduzione
% allattamento completo a tre mesi e cinque mesi (Fonte: flusso AVR)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A tre mesi: > 55% ▪ A cinque mesi: > 40% a cinque mesi e comunque aumentato rispetto al 2018

2.9.5 Promozione della salute in adolescenza

Per il 2019 le Aziende dovranno garantire gli interventi di promozione alla salute, all'affettività e alla sessualità, previsti anche nel Piano regionale della prevenzione 2015-2018 nel setting "Scuola" e nel setting 4 "Comunità – Programmi per condizione".

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità/Popolazione target (14-19 anni) (Fonte: Rilevazione annuale del Servizio Assistenza territoriale)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ >= 19%

2.10 Assistenza territoriale alle persone con disturbi dello spettro autistico

Le Aziende USL dovranno dare piena applicazione alle previsioni del Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (DGR 212/2016), e, in particolare, presentare un Piano mirante a

a) rispettare lo standard previsto dal Pria per i tempi di attesa tra diagnosi ed inizio del trattamento nella fascia 0 – 6 anni (entro 60 gg.)

b) rispettare lo standard previsto dal Pria sul trattamento nella fascia 0 – 6 anni: 4 ore settimanali. L'azione prioritaria riguarda l'acquisizione di personale con competenze cognitivo - comportamentali. Tale personale potrà essere utilizzato:

1. per il trattamento diretto del bambino
2. per attività di case management e di supervisione, volte ad assicurare una coerenza di intervento nel contesto sanitario, educativo-scolastico (nidi e scuole dell'infanzia) e familiare
3. per attività di parent training.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Presentazione del Piano entro i tempi previsti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entro giugno 2019
Tempo massimo di attesa tra diagnosi di D.A. ed inizio del trattamento nella fascia 0 – 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 60 gg.
N. ore settimanali di trattamento del soggetto con D.A. nella fascia 0 – 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ almeno 4

2.11 Formazione specifica in medicina generale

Tutte le Aziende Sanitarie sedi di attività didattiche pratiche dovranno proseguire le attività per favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale facilitando il loro inserimento nei diversi setting e unità operative, nonché individuare la rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Documento di sintesi sulle azioni intraprese	▪ Si
Relazione sul funzionamento della rete	▪ Si

Le Aziende Sanitarie che sono anche sede di attività didattica teorica dovranno mettere a disposizione spazi idonei per lo svolgimento di tali attività.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Documento di sintesi sull'attività seminariale svolta	▪ Si

2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

(coerenza con schede 5, 6, 20, 21, PSSR 2017 – 2019)

Nel 2019 le Aziende devono garantire la completa attuazione di quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017 per l'area socio-sanitaria, in particolare per quanto riguarda le novità relative delle quote a carico del FSR previste al comma 4 dell'art. 22 (assistenza domiciliare socio-assistenziale post dimissione) e al comma 4 dell'articolo 34 (percentuale a carico del FSR tramite FRNA per laboratori protetti Centri occupazionali) e la valorizzazione del ruolo del care-giver.

In collaborazione con gli Enti Locali, occorre assicurare una presa in carico unitaria della persona con disabilità e della sua famiglia secondo l'approccio del progetto di vita indicato anche dalla Legge 328/00, dalla LR 2/03 e dalla Legge 112/2016 per le persone con disabilità grave, favorendo l'utilizzo di tutte le risorse disponibili per l'autonomia della persona con disabilità, non solo da parte della rete dei servizi, ma anche della famiglia e delle reti informali di cura ed in particolare attraverso progetti per la vita indipendente, il dopo di noi, servizi innovativi e a minore intensità assistenziale.

La programmazione 2019 del FRNA sarà approvata da questa Giunta con separato atto deliberativo.

A livello locale la programmazione e gestione del FRNA dovrà avvenire in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze per il 2019, in fase di definizione a livello nazionale, e con le risorse della Legge 112/2016 ("Dopo di noi").

Le Aziende Usi dovranno pertanto assicurare:

- l'attuazione in ogni ambito distrettuale, in collaborazione con gli Enti Locali, del programma regionale per il "Durante e Dopo di Noi" (DGR 733/17 e DGR 291/19) a favore delle persone con grave disabilità prive del sostegno dei familiari e del Piano sociale e sanitario regionale

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Programmazione e rendicontazione in ogni distretto di risorse e interventi del Fondo per il "Dopo di Noi" L.112/16 nel rispetto delle tempistiche regionali	▪ Si

- l'attiva partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti in attuazione della LR 2/2014 (linee di indirizzo regionali approvate con DGR 858/2017) con particolare attenzione a quanto previsto dal nuovo Piano sociale e sanitario regionale e relativi indirizzi attuativi (DGR 1423/2017). In particolare, per il 2019, è prioritaria la realizzazione, in ogni distretto, di almeno un'iniziativa di aggiornamento e sensibilizzazione rivolta agli operatori sanitari secondo le indicazioni regionali, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato;

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Realizzazione, in ogni distretto, di iniziative formative sul tema del caregiver, rivolte in particolare agli operatori sanitari	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si

- il rafforzamento delle iniziative volte a prevenire episodi di abuso all'interno dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, anche valorizzando la relazione con i gestori, i MMG di riferimento, le associazioni di volontariato, le famiglie e favorendo la partecipazione anche di gestori ed addetti delle piccole strutture sino a sei posti;

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Realizzazione di iniziative formative e di sensibilizzazione tese a promuovere una cultura orientata alla prevenzione e al contrasto degli abusi nelle relazioni di cura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si

- la qualificazione dell'offerta residenziale di accoglienza temporanea sia nel caso di dimissioni ospedaliere protette sia nel caso di sollievo del caregiver;

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
% di giornate in accoglienza temporanea di sollievo/giornate annue in CRA (fonte: flusso FAR)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ $\geq 2\%$

- la corretta applicazione del decreto Interministeriale di finanziamento del FNA che prevede l'utilizzo vincolato del 50% delle risorse per le persone con gravissima disabilità come individuate all'interno del decreto stesso. Ai fini della rendicontazione andrà garantito, se richiesto dal Ministero, l'inserimento dei dati dei beneficiari nel casellario dell'assistenza, secondo quanto previsto dal decreto nazionale.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Utilizzo di almeno il 50% delle risorse FNA per le persone con gravissima disabilità	<ul style="list-style-type: none"> ▪ $\geq 50\%$

- l'implementazione dei PDTA demenze a livello locale, così come previsto dalle linee di indirizzo regionali Percorso diagnostico terapeutico assistenziale – PDTA demenze (DGR 159/19). In particolare dovranno garantire lo sviluppo di tutte le fasi previste dallo stesso: sospetto diagnostico, diagnosi e cura, continuità assistenziale, fase avanzata e cure palliative, favorendo l'utilizzo di tutte le risorse dell'assistenza territoriale sanitaria, socio-sanitaria, sociale e delle associazioni.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Adozione formale PDTA aziendale demenze in applicazione PDTA regionale ex DGR 159/19) (Fonte: documenti aziendali)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si
Designazione di un referente aziendale per il monitoraggio del PDTA demenze (Fonte: documenti aziendali)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si

2.13 Trasporti per trattamento emodialitico

Le Aziende devono fornire evidenza dell'effettiva applicazione dei contenuti della circolare regionale n.13/2018 relativa ai "trasporti per trattamento emodialitico dal domicilio del paziente al centro di trattamento" al fine di garantire la complessiva presa in carico della persona in dialisi. A tal fine monitorano a livello locale la qualità del servizio in collaborazione con gli utenti o le associazioni che li rappresentano.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Evidenza di monitoraggio locale della qualità del servizio di trasporto per trattamento emodialitico	▪ Sì

2.14 Assistenza sanitaria nelle carceri

Nel 2019 le Aziende dovranno migliorare la qualità dei contenuti delle cartelle cliniche dei detenuti, attraverso la registrazione delle informazioni cliniche nelle apposite schede, e la loro gestione, secondo quanto previsto dal Flusso regionale SISPER e dai documenti ministeriali. È necessario inoltre che la cartella clinica sia chiusa nel momento in cui il detenuto viene dimesso per scarcerazione o trasferimento in altro Istituto.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Scostamento tra eventi critici registrati dal Ministero della Giustizia ed eventi critici registrati tramite SISPER (Flusso regionale SISPER, dati Ministero della Giustizia)	▪ ≤ 30%
Numero di cartelle cliniche aperte di persone dimesse e presenti in altro Istituto penitenziario della Regione	▪ ≤ 5

2.15 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.15.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna

Nel 2019 le Aziende devono contribuire a realizzare il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata netta entro il + 1,1% rispetto al 2018, cioè 479,3 milioni di euro. Tale obiettivo è definito come risultato tra fattori di incremento della spesa e fattori di potenziale risparmio.

Per quanto riguarda **l'acquisto ospedaliero dei farmaci**, si fissa a livello regionale una spesa sui livelli del 2018 con scostamenti differenziati a livello aziendale ed escludendo la spesa per i farmaci innovativi non oncologici e oncologici del fondo nazionale. Una quota di tale spesa, pari a 31,1 milioni di euro, è assegnata alle singole aziende sotto forma di fondo per i farmaci oncologici ad alto costo (cd. Gruppo B²).

L'impegno di risorse 2019 per i Farmaci innovativi non oncologici da fondo nazionale è stimato in circa 41 milioni di euro, quello per i Farmaci oncologici innovativi (cd. Gruppo A³) è stimato in un valore pari a 38,8 milioni di euro, salvo interventi sui termini di scadenza della innovatività di alcune molecole di particolare rilievo o l'inserimento di nuovi trattamenti innovativi.

² il gruppo B è costituito dai seguenti farmaci: nab paclitaxel, crizotinib, lenvatinib, palbociclib, ribociclib, osimertinib, carfilzomib, idelalisib, pomalidomide, ibrutinib (dal 5/01/2019), nivolumab (dal 25/03/2019), pembrolizumab (25% dell'uso complessivo dal 11/5/2019), atezolizumab (dal 25/03/2019).

³ il farmaco daratumumab è stato considerato nella previsione di spesa del gruppo A per l'intero anno 2019; è stato altresì considerato il farmaco pembrolizumab (100% del consumo fino al 10/5/2019; per il 75% dell'uso complessivo dal 11/5/2019).

2.15.2 Obiettivi di appropriatezza ed equità dell'assistenza farmaceutica territoriale

Per il 2019 le Aziende proseguono nel promuovere il ricorso ai farmaci equivalenti e la prescrizione, tra i farmaci privi di copertura brevettale, dei "generici puri".

Inoltre, è richiesto uno specifico impegno nell'uso appropriato delle classi di farmaci di fascia A a maggior rischio di inappropriata. In particolare:

- **PPI:** contenimento del consumo territoriale dei farmaci inibitori della pompa protonica, con obiettivo ponderato per ciascuna azienda sulla base del valore in DDD/1000 ab/die del 2018 come stabilito in specifica nota regionale. Si prevede una diminuzione media regionale del -4,6% al fine di avvicinarsi progressivamente al valore target di riferimento pari a 48 DDD/1000 ab die, al netto della mobilità sanitaria;
- **Antibiotici:** contenimento del consumo complessivo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci. Si segnala che nel 2019, per allinearsi agli aggiornamenti della dose definita giornaliera operati da WHO su alcuni principi attivi, le fasce di valutazione per l'uso complessivo degli antibiotici sistemici sono state modificate: le nuove DDD hanno determinato infatti una significativa riduzione dei tassi di consumo, pertanto il precedente target di riferimento di 16 DDD/1000 ab die è stato rideterminato pari a 13 DDD/1000 ab die per tutte le aziende. Si rafforza inoltre l'indicazione a limitare l'uso dei fluorochinoloni, recentemente ribadita dall'Agenzia europea per i medicinali (Procedura EMA/795349/2018) e dall'Agenzia italiana del farmaco (Nota informativa "Antibiotici chinolinici e fluorochinoloni per uso sistemico e inalatorio", 04/2019). In base alle nuove raccomandazioni, i chinoloni non saranno più disponibili in commercio mentre le indicazioni all'uso dei fluorochinoloni sono state drasticamente ridimensionate. Questi farmaci non devono più essere prescritti per il trattamento di infezioni non gravi quali, ad esempio, la cistite non complicata e l'esacerbazione acuta della broncopneumopatia cronica ostruttiva, in presenza di trattamenti alternativi. Una particolare cautela nell'uso dei fluorochinoloni dovrà infine essere riservata ad alcune specifiche categorie di pazienti (anziani, pazienti con compromissione renale, pazienti sottoposti a trapianto di organo solido, in trattamento con corticosteroidi) per l'aumentato rischio di eventi avversi (compromissione cognitiva o della memoria, tendinite, rottura di tendine, ecc.) indotte da questi antibiotici;
- **Omega 3:** riduzione del consumo di omega 3, alla luce delle recenti comunicazioni EMA relative alla mancata efficacia di tali farmaci anche nella prevenzione secondaria cardiovascolare. L'obiettivo, pertanto, è quello di perseguire una netta riduzione di impiego in questa indicazione (consumo territoriale complessivo per la classe stimato a 2,5 DDD/1000 ab die);
- **Farmaci BPCO:** promozione dell'uso appropriato delle terapie della BPCO nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti. Ciò potrà avvenire tramite l'attivazione di un percorso (nuovo PDTA) che consenta un'accurata diagnosi e il rispetto delle scelte terapeutiche più appropriate. Tale percorso dovrà coinvolgere a livello locale reti multidisciplinari di professionisti (specialisti, MMG, infermieri e farmacie di comunità);
- **NAO:** contenimento dell'incremento di spesa per i nuovi anticoagulanti orali (NAO) prescritti in tutte le indicazioni registrate, in modo tale da non superare il target definito in tabella. La prescrizione dovrà avvenire considerando, nella scelta del farmaco, anche il rapporto costo/opportunità, nel rispetto delle raccomandazioni contenute nei documenti regionali e loro aggiornamenti: **Doc PTR 182** - Documento regionale di indirizzo sul ruolo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella prevenzione del cardioembolismo nel paziente

con fibrillazione atriale non valvolare - e **Doc PTR 303** - I nuovi anticoagulanti orali (NAO) nel trattamento del tromboembolismo venoso e nella prevenzione delle recidive.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK)	▪ 4,5 pazienti su 1000 residenti

- **Documenti GReFO:** adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate dal gruppo GReFO. Nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità.
- **Impiego di farmaci biologici** in presenza di un biosimilare nella classe

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Impiego atteso del/dei biosimilare/i sul totale del consumo	
- <i>Epoetine</i>	▪ $\geq 90\%$
- <i>Ormone della crescita (GH)</i>	▪ $\geq 50\%$
- <i>Infliximab</i>	▪ 100%
- <i>Etanercept</i>	▪ $\geq 60\%$
- <i>Adalimumab</i>	▪ $\geq 60\%$
- <i>Follitropina alfa</i>	▪ $\geq 60\%$
- <i>Trastuzumab e rituximab sottocute in ambito oncologico</i>	▪ $\leq 20\%$
- <i>Rituximab in ambito reumatologico</i>	▪ $\geq 90\%$
- <i>Enoxaparina</i>	▪ $\geq 90\%$
- <i>Insulina lispro (ad azione rapida)</i>	▪ $\geq 80\%$

- **Insuline basali:** nell'ambito delle quattro insuline basali disponibili dovrà aumentare il ricorso a quelle con il migliore rapporto costo/beneficio, in particolare l'impiego delle insuline basali meno costose dovrà raggiungere almeno l'85% dei trattamenti complessivi con tali farmaci;
- **Farmaci antiretrovirali:** in questo ambito sono previsti
 - mantenimento di livelli di viremia <40 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati ($<5\%$ di fallimenti virologici/anno)
 - mantenimento della spesa entro i valori del 2018 considerando l'incremento previsto dei pazienti in trattamento, attraverso il ricorso a schemi terapeutici che comprendano farmaci a brevetto scaduto;
- **Farmaci epatite C:** per i farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica per l'anno 2019 la strategia terapeutica per i nuovi trattamenti e i ritrattamenti dovrà

avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale e pubblicati nell'aggiornamento più recente del Prontuario Regionale. Fra gli schemi terapeutici disponibili dovranno inoltre essere privilegiati quelli che, a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità;

- **Farmaci anti VEGF:** tra i farmaci antiVEGF per uso intravitreale, in generale favorire l'utilizzo dei farmaci che a parità di efficacia e sicurezza presentano il minore costo per terapia. Nei pazienti incidenti con indicazioni inserite nella legge 648/96, l'impiego del bevacizumab dovrà riguardare il 100% dei casi;
- **Farmaci neurologici:** diffusione e applicazione delle Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale sui farmaci neurologici (farmaci per il morbo di Parkinson, per la sclerosi multipla, per la cefalea), utilizzando gli indicatori definiti nei relativi documenti regionali e loro aggiornamenti (Doc PTR n. 239 e 271 e successivi aggiornamenti o pubblicazioni).

Tutti gli obiettivi descritti saranno valutati utilizzando gli *indicatori del sistema InSIDER*.

2.15.3 Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie convenzionate

Con riferimento alla DGR 329/2019, inerente il Protocollo d'intesa con le Farmacie convenzionate per il periodo 2019-2020, le Aziende dovranno garantire la partecipazione dei professionisti individuati ai gruppi di lavoro regionali che avranno l'obiettivo di definire modalità tecniche e operative di realizzazione delle attività indicate nell'Intesa e realizzare gli specifici obiettivi fissati.

2.15.4 Adozione di strumenti di governo clinico

Al fine di garantire un adeguato trattamento farmacologico nella continuità ospedale/territorio, attraverso la distribuzione diretta e per conto, è specifico obiettivo delle Aziende utilizzare esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario Terapeutico della propria Area Vasta.

È in capo ai medici prescrittori la compilazione di:

- 100% dei **piani terapeutici regionali** disponibili sulla piattaforma SOLE. Per i farmaci antivirali per l'epatite C, l'obiettivo per le Aziende che hanno già raggiunto il 100% di compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi è rappresentato dal mantenimento di tale valore, mentre per le rimanenti Aziende dovrà essere raggiunto l'obiettivo del 100% di compilazione del follow up;
- **registri** di monitoraggio sulla piattaforma **AIFA**, compresi quelli relativi ai farmaci innovativi che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back; al fine della gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...) la percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 95% dei trattamenti chiusi;
- **data base regionale delle eccezioni prescrittive**, che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario;
- prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici, al fine di una corretta e completa alimentazione del **database oncologico regionale**, rendendo possibile il monitoraggio sia dei farmaci oncologici parenterali sia di quelli orali. I dati conferiti nel data base oncologico dovranno riguardare il 100% dei trattamenti iniettabili somministrati, mentre

per le terapie orali ad alto costo si chiede una copertura del data base pari ad almeno il 80% dei trattamenti erogati. Inoltre, in linea con quanto già indicato nella circolare reg.le n.17/2016, è necessario provvedere alla compilazione di tutti i campi previsti dal tracciato del data base oncologico, con particolare riferimento a istotipo, stadio di malattia, identificazione di markers specifici per la scelta terapeutica.

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

Per quanto riguarda la qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche, le Aziende:

- promuovono l'applicazione delle raccomandazioni regionali e nazionali in ambito sanitario e socio-sanitario e negli istituti penitenziari della Regione affinché i temi della sicurezza nell'uso dei farmaci diventino componenti delle attività nella pratica professionale
- applicano la Raccomandazione regionale sulla ricognizione/riconciliazione delle terapie farmacologiche in tutti gli ambiti nei quali c'è prescrizione farmacologica, al fine di consentire ai medici prescrittori una conoscenza puntuale della terapia farmacologica corrente del paziente, la possibilità di fare sintesi sulle prescrizioni e di rivalutare i trattamenti.

2.15.5 Farmacovigilanza

Nel 2019 le Aziende dovranno:

- proseguire le attività di farmacovigilanza e vaccino-vigilanza, applicando la procedura operativa AIFA per i Responsabili locali di FV di giugno 2018.
- porre particolare attenzione alla qualità nella compilazione delle segnalazioni di sospette *Adverse Drug Reaction* (ADR), avendo cura di:
 - ⊖ raccogliere dai segnalatori eventuali elementi mancanti per migliorare la completezza dei dati relativi ai casi segnalati, in particolare le informazioni relative a: farmaci concomitanti, indicazione della posologia, *de-challenge* e *re-challenge* del trattamento, esito e follow-up, tempi di somministrazione del farmaco sospetto e di insorgenza della reazione, come base per l'applicazione degli algoritmi di valutazione;
 - ⊖ inserire in rete le informazioni in maniera organica nelle sezioni appropriate, con particolare riferimento a: correlazione madre-figlio; errore terapeutico; storia clinica e familiare.
- applicare, a partire dall'entrata in vigore della rinnovata rete nazionale di FV, le nuove regole di inserimento delle sospette ADR nella rete nazionale e supportare gli operatori sanitari alla corretta compilazione della scheda sia nel modello cartaceo sia on line, realizzando specifici eventi formativi.
- sviluppare i progetti regionali e multiregionali di farmacovigilanza attiva approvati da AIFA con apposita convenzione con il Servizio regionale Assistenza Territoriale.

Indicatori di osservazione

- N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AUSL per 100.000 abitanti (Fonte: SIV-ER)
- N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AOSP e IRCCSS per 1.000 posti letto (Fonte: SIV-ER).

2.15.6 Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Al fine di migliorare la conoscenza sui temi della sicurezza dei dispositivi medici e degli obblighi di segnalazione degli incidenti, le Aziende sanitarie devono programmare, anche nell'anno 2019, un'adeguata offerta formativa, residenziale o a distanza, per gli operatori sanitari coinvolti nel loro impiego. In particolare, si assegna alle Aziende l'obiettivo di documentare, nel triennio 2017-2019, la partecipazione ad un evento formativo sulla dispositivo-vigilanza di almeno il 60% del personale sanitario assegnato alle UU.OO. di anestesia, terapie intensive e semi-intensive, chirurgie generali e specialistiche, cardiologia ed emodinamica, endoscopia digestiva.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2019 di ciascuna azienda sanitaria (Fonte: rilevazione aziendale)	▪ ≥ 1 evento
Numero di operatori sanitari che risultano assegnati alle UUOO specificate al 31-12-2019 e che hanno partecipato ad un evento formativo sul tema nel triennio 2017-2019/Numero totale degli operatori sanitari assegnati (Fonte: rilevazione aziendale)	• $\geq 60\%$

2.15.7 Obiettivi di tracciabilità, equità e spesa SSN dei dispositivi medici

Nel 2018 la spesa rilevata nel flusso Di.Me. è stata pari a circa 441 milioni di euro (spesa complessiva di DM, IVD, attrezzature), con un incremento di 4,3% rispetto all'anno 2017. Il consumo dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN per il 2018, rilevato dal flusso Di.Me., ha rappresentato circa il 97,6% degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, superando positivamente la soglia fissata dell'indicatore LEA per la valutazione della qualità del flusso (95%). È stato posto l'obiettivo di copertura, rispetto ai costi rendicontati nei conti economici, anche per i dispositivi medico-diagnostici in vitro per i quali la soglia da raggiungere era stata fissata al 25%, a livello regionale nel 2018 è stata superata la quota del 45%. Il raggiungimento di tali soglie esprime la maturità del flusso DiMe, consentendo un uso più affidabile dei dati ivi contenuti.

Obiettivi di tracciabilità

È opportuno confermare anche per il 2019 l'obiettivo di copertura del 95% degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, al fine di valutare l'effettivo allineamento tra l'alimentazione del flusso e i costi rendicontati nei conti economici stessi, alla luce della evoluzione delle modalità di acquisto e delle regole di tracciabilità dei dispositivi medici (contratti a prestazione, mancato rinnovo dei codici di repertorio per prodotti di classe I, ecc.).

Al fine di garantire l'applicazione delle norme vigenti in materia di concorso dei fornitori al ripiano del superamento del tetto di spesa nazionale e regionale per l'acquisto di dispositivi medici, è necessario che le Aziende sanitarie si adoperino per assicurare la corretta compilazione della fattura elettronica e, in particolare:

- la separata evidenza del costo del bene da quello dell'eventuale servizio;
- l'indicazione della tipologia di dispositivo (DM/IVD, Kit/Assemblato, Dispositivo privo di repertorio);
- l'indicazione del codice di repertorio.

Le Aziende sanitarie, che non ne fossero già in possesso, dovranno programmare le azioni necessarie per l'adozione del Registro operatorio. Si ritiene infatti che la raccolta delle informazioni relative ai dispositivi medici impiegati, congiuntamente all'individuazione del paziente, della condizione clinica e della prestazione erogata, completi il panorama degli strumenti a disposizione del sistema sanitario regionale per la valutazione dell'appropriatezza d'impiego e per il controllo della spesa.

Obiettivi di spesa

La spesa prevista per il 2019 corrisponde a quella registrata a consuntivo 2018 (412 ml per DM e IVD a livello regionale) nelle singole Aziende. In considerazione del fatto che nel 2018 il tetto di spesa ha raggiunto il 5,4% sul fondo sanitario, si impone comunque la necessità di intervenire sull'impegno complessivo di risorse:

- migliorando la collaborazione con la centrale acquisti regionale IntercentER, al fine di partecipare alle nuove strategie di approvvigionamento e garantire una più ampia adesione alle gare di ambito sovra aziendale;
- favorendo un'attenta programmazione della casistica attesa;
- promuovendo le attività di valutazione multidisciplinare per migliorare l'appropriatezza dell'impiego.

Affinché tutte le Aziende sanitarie possano mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa dei dispositivi medici, si propongono alcuni strumenti sperimentali, già condivisi con i gruppi di lavoro regionali, che supportino nell'individuazione delle aree con uso potenzialmente inappropriato dei dispositivi rispetto alla complessità dei pazienti trattati. Le aree individuate devono poi essere oggetto di specifici approfondimenti aziendali, per la definizione di un corretto rapporto costo/complessità. Per l'anno 2019 gli ambiti d'intervento proposti, dal livello regionale, sono:

- Protesi d'anca (classe CND P0908);
- Dispositivi per funzionalità cardiaca - Pacemaker (classe CND J0101);
- Dispositivi per funzionalità cardiaca – Defibrillatori impiantabili (classe CND J0105).

Gli obiettivi, di tipo osservazionale per il 2019, mirano ad una riduzione del costo per paziente trattato tenendo conto dello scostamento tra il tasso grezzo 2018 (calcolato come rapporto tra la spesa e il numero di pazienti trattati) e il tasso aggiustato, ottenuto valutando fattori di confondimento relativi alla casistica trattata. Solo per le aziende con un tasso grezzo superiore all'aggiustato è proposto un obiettivo di riduzione dei costi per il 2019.

Si chiede alle aziende sanitarie di fornire una sintetica relazione, a chiusura d'anno, in cui vengano riportate:

- le azioni adottate;
- gli strumenti impiegati;
- eventuali criticità "bloccanti" riscontrate nel perseguimento degli obiettivi assegnati.

Tali relazioni saranno impiegate per valutare a livello regionale, la possibilità di estendere l'applicazione degli strumenti suddetti agli anni successivi e/o la necessità di effettuare eventuali adeguamenti.

-Obiettivi di equità

Rilevato che per il paziente con patologia diabetica l'accesso alla fornitura di beni sanitari (insuline, aghi, siringhe, penne etc...) avviene con diversa facilità tra le aziende, per l'anno 2019 si chiede di rivedere le procedure e i percorsi erogativi di tali beni, al fine di limitare gli spostamenti degli assistiti, specie se anziani e residenti in zone decentrate. Tale revisione deve essere orientata

all'individuazione di punti unici di erogazione per tutti i beni sanitari destinati agli assistiti con malattia diabetica.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico (Fonte: flusso Di.Me. e conto economico)	▪ $\geq 95\%$
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico (Fonte: flusso Di.Me. e conto economico)	▪ $\geq 40\%$

Indicatori di osservazione

- Variazione costo medio regionale per paziente, per le protesi d'anca, verso 2018 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)
- Variazione costo medio regionale per paziente, per pacemaker, verso 2018 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)
- Variazione costo medio regionale per paziente, per defibrillatori impiantabili, verso 2018 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)

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

Per il 2019 le Aziende USL devono provvedere all'istruttoria delle domande di concessione dei contributi regionali alle farmacie rurali e alla relativa erogazione (art. 21 comma 2, L. 2/2016)

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Effettiva liquidazione entro il 31/12/2019 dei contributi concessi alle farmacie rurali ex art.21 comma 2 LR 2/2016 (Fonte: rilevazione regionale)	• Si

3. Assistenza Ospedaliera

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

La DGR n. 272/2017 e il nuovo PRGLA 2019-2021 (DGR 603 del 15/04/2019), redatto sulla base del PNGLA 2019-2021, hanno fissato obiettivi e scadenze finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna.

Dovranno essere garantiti:

- Il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali (circolare 7/2017, nota PG 2017/0720985 del 16/11/2017)
- Il controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale
- la gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione
- la finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate
- una adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini
- il governo delle sospensioni e del rinvio degli interventi programmati.

Le aziende devono proseguire con la corretta e completa alimentazione del flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA, strumento attraverso il quale la Regione monitorerà i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico; la Regione provvederà inoltre a valutare la completezza del flusso SIGLA mediante link con il flusso SDO.

Le aziende nel corso del 2019 dovranno esaurire le liste di attesa dei pazienti inseriti prima del 1/1/2018 (rif. Nota PG 93684 del 9/2/2018).

Per ogni Azienda sanitaria dovrà essere garantita l'analisi di appropriatezza e conseguente omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione peri-operatoria del paziente. Per ciascuna struttura andrà conseguita l'unificazione della organizzazione del percorso.

Le aziende devono predisporre materiali informativi uniformi, almeno di livello aziendale, inerenti le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato.

Rispetto agli elementi di trasparenza si richiamano le necessità di pubblicazione dei dati previste dalle norme sulla trasparenza.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda	
o Per i tumori selezionati:	90% entro 30gg
o Per le protesi d'anca:	90% dei casi entro 180gg
o Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio.	90% entro la classe di priorità assegnata
Monitoraggio dei tempi di attesa in modo prospettico sulla base dei dati SIGLA	
o Per gli interventi monitorati (di cui sopra):	90% entro la classe di priorità assegnata
o Per tutte le altre prestazioni previste dal nomenclatore con classe di priorità A:	90% entro 30 giorni
Casi cancellati o ricoverati nel corso del 2018 e 2019, con data di prenotazione antecedente il 31/12/2017 sul totale dei casi in lista al 31/12/2017:	100%
Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione	100% (3/3)

perioperatoria e informazione N° di obiettivi raggiunti:	
Indice di completezza	>= 90%

3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Nell'anno 2019 dovranno proseguire le azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni contenute nella DGR 2040/2015 anche in relazione alle indicazioni già fornite o che saranno prodotte in corso d'anno.

Per quanto concerne l'obiettivo della riconduzione dei Posti Letto ai tassi previsti dal DM 70/2015 (3,7 x 1000), questo può considerarsi sostanzialmente raggiunto a livello regionale.

Si richiama le Aziende sanitarie alla necessità di concordare preventivamente qualsiasi modifica incrementale rispetto al dato del 31.12.2018.

Anche a parità di posti letto totali non potranno essere accolte richieste di variazioni che comportino un passaggio di posti letto tra discipline per acuti, lungodegenza e riabilitazione (né tra le diverse sub discipline riabilitative) se non compatibili con gli standard complessivi regionali e motivati da uno specifico fabbisogno espresso formalmente.

Per discipline afferenti alle reti Hub & Spoke (H&S), così come individuate dalla DGR 2040/2015, la verifica del fabbisogno avviene a livello regionale, pertanto, nelle more dell'adozione degli specifici indirizzi elaborati da gruppi multidisciplinari e multiprofessionali incaricati della revisione delle reti regionali, non potranno essere previste attivazioni di posti letto per le discipline afferenti alle suddette reti.

Anche per l'anno 2019 si ritiene inoltre necessario porre l'attenzione sulle seguenti aree tematiche:

- Appropriately dei ricoveri
- Reti di rilievo regionale
- Emergenza ospedaliera e territoriale
- Attività trasfusionale
- Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule
- Volumi ed esiti

3.2.1 Appropriately ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriately di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche anche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza.

Particolare attenzione dovrà essere posta negli ambiti e nelle discipline che presentano le maggiori criticità (otorino, ortopedia, urologia, gastroenterologia) mediante l'elaborazione di percorsi e protocolli specifici per le condizioni suscettibili di trasferimento al regime diurno o ambulatoriale.

L'efficiente utilizzo dei posti letto è legato a diversi indicatori tra i quali la degenza media: a tal proposito va sottolineato come i dati regionali riportino una variabilità rilevante e sempre crescente fra le diverse realtà ospedaliere, con un Indice Comparativo di Performance che va, nel 2018, da 1.45 a 0.67 (rif. DGR 2040 da 1.26 a 0.9) per i singoli stabilimenti pubblici.

Un'adeguata gestione dei PL (bed management, protocolli per le dimissioni difficili, ecc.) favorisce inoltre un miglioramento delle performance in entrata: tempi di attesa per i ricoveri chirurgici e sovraffollamento in PS.

Indicatori	Target
DRG potenzialmente inappropriati/ appropriati (griglia LEA)	<0,19
N° di ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriatezza relativi ai DRG chirurgici riduzione per ciascun DRG	< anno 2018
N° di ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 088 – Malattia polmonare cronica ostruttiva: riduzione del tasso di	<= 59.1 (valore nazionale 2016)

ospedalizzazione per 100.000*	
N° di ricoveri ordinari in discipline per acuti relativi ai DRG 429 – Disturbi organici e ritardo mentale: riduzione del tasso di ospedalizzazione per 100.000**	<= 27.1 (valore nazionale 2016)

*Le aziende che hanno valori inferiori o pari al valore nazionale dovranno mantenere o ridurre i valori raggiunti nel 2018. Il risultato calcolato sulla popolazione residente sarà applicato indistintamente a tutti i produttori del territorio.

**Le aziende che hanno valori inferiori o pari al valore nazionale dovranno mantenere o ridurre i valori raggiunti nel 2018. Il risultato calcolato sulla popolazione residente sarà applicato indistintamente a tutti i produttori del territorio.

3.2.2 Reti di rilievo regionale

Nel corso del 2019 proseguirà la definizione delle caratteristiche generali e dei profili dell'organizzazione e del funzionamento delle Reti ospedaliere di rilievo regionale, ripuntualizzando gli obiettivi di sistema che si intendono perseguire, gli strumenti operativi adottabili e le principali problematiche che emergono dalla analisi degli assetti oggi in campo.

Nel 2017 è stata istituita una Cabina di Regia regionale (DGR 1907-29/11/2017) con lo scopo di analizzare lo stato dell'arte relativamente alle singole reti già attive e alle principali problematiche che si troverà ad affrontare il sistema delle cure della regione Emilia-Romagna. Ciò anche al fine di garantire la coerenza di quanto sviluppato con le prioritarie esigenze del sistema sanitario regionale, con gli assetti derivanti dalla applicazione del nuovo Protocollo d'Intesa Regione-Università e con la necessità di valorizzare gli IRCCS regionali.

Nel 2018 sono stati costituiti i Coordinamenti Regionali di Rete per le funzioni Cardiologica e Chirurgica Cardio-vascolare, Neuroscienze, Oncologica e Oncoematologica, con DGR 972/2018, e con determinazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare (DGCPWS) i relativi Gruppi di Lavoro.

Sono obiettivi regionali per l'anno 2019:

- Definizione della proposta di organizzazione di rete per gli specifici ambiti;
- Definizione dei criteri clinico-organizzativi e degli strumenti di attività di rete;
- Definizione degli indicatori di valutazione e monitoraggio dell'attività di rete;
- Predisposizione di documenti relativi alle proposte di rete negli specifici ambiti.

E' obiettivo per le Aziende Sanitarie la garanzia della partecipazione fattiva e del supporto dei propri professionisti agli organismi sopra indicati, avuto riferimento ai ruoli formalmente attribuiti e ai mandati conferiti dai provvedimenti regionali di costituzione

Di seguito si riportano gli obiettivi relativi a specifiche reti, derivanti da provvedimenti nazionali e/o regionali.

3.2.2.1 - Rete Neuroscienze

In relazione agli obiettivi per l'anno 2019 previsti dal Coordinamento Regionale Neuroscienze (DGR 972/2018) e con determinazione DGCPWS N. 20577 del 07/12/2018 i relativi Gruppi di Lavoro, nelle more della formalizzazione delle indicazioni regionali inerenti la Rete della Patologia Cerebrovascolare (Ictus Ischemico ed Emorragico ed Emorragia Subaracnoidea), con le Aziende sanitarie regionali sarà verificata l'aderenza agli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus previsti dal DM 70/2017: *Stroke unit* (SU) di I livello o area *stroke* e *Stroke Unit* di II livello.

Inoltre, per le Aziende Sanitarie con *Stroke Unit* eleggibili a *stroke unit* di II livello (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda USL di Bologna – IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Azienda USL della Romagna) sarà verificata l'aderenza allo standard di trattamento di almeno 500 casi/anno di ictus.

L'attività del coordinamento regionale prevede ulteriori due ambiti di intervento:

- Sovraspecialità neurochirurgiche
- PDTA parkinson e demenza giovanile

Oltre agli indicatori pertinenti già riportati alle sezioni "reti tempo dipendenti" e "centri di riferimento regionali" saranno monitorati i seguenti aspetti:

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA per la "malattia di Parkinson" secondo le linee di indirizzo regionali fornite in corso d'anno	SI
Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA per la "demenza giovanile" secondo le linee di indirizzo regionali fornite in corso d'anno	SI

3.2.2.2 - Rete dei Centri di Senologia

Con deliberazione della Giunta regionale è stata costituita la Rete regionale dei Centri di Senologia dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale, definendone altresì l'organizzazione e il funzionamento. Le aziende sono chiamate ad applicare la DGR di cui si tratta uniformando l'organizzazione e il funzionamento dei Centri al modello descritto e assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
% interventi in centri <150 casi/ anno	0
% di pazienti sottoposte a reintervento sulla mammella entro 4 mesi dall'intervento di chirurgia conservativa	< 7.5 Media nazionale
% di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico	>= 80%
% di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico	>=90%
% pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico	>=90%

3.2.2.3 - Rete Malattie Rare

Le Aziende sede di Centro Hub delle reti H&S per le malattie rare e per la Fibrosi Cistica devono garantire ai pazienti il primo accesso tramite prenotazione telefonica entro tempi compatibili con patologie potenzialmente ingravescenti. I centri devono garantire la presa in carico multidisciplinare favorendo la funzionalità delle reti intraaziendali anche mediante la messa a disposizione di ore di consulenza degli specialisti coinvolti.

I centri dovranno rivolgere particolare attenzione alle attività di counselling genetico e psicologico rivolto al paziente e ai familiari ed ai progetti di transizione dall'età pediatrica all'età adulta mediante l'individuazione di referenti clinici e di percorsi integrati.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Invio entro il 31/12/2019 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri Hub per malattie rare e Fibrosi Cistica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tempo di attesa medio per il primo accesso ○ Organizzazione dei percorsi di follow up attraverso calendarizzazione delle visite successive presso l'UO di riferimento ○ Organizzazione delle visite specialistiche presso altre UUOO per la presa in carico multidisciplinare ○ Offerta di counselling genetico (modalità e tempi) ○ Offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi) 	100% dei contenuti previsti

<ul style="list-style-type: none"> ○ Individuazione di percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta (UO coordinatrice e percorso) 	
--	--

3.2.2.4 - Reti dei Tumori rari

Con determinazioni della DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 20731/17 e n. 11617/18 (integrata con determinazioni n. 20263/18) si sono costituiti rispettivamente i gruppi di lavoro per i GIST e Sarcomi viscerali e per i tumori rari neuroendocrini, cerebrali, testa-collo e Sarcomi ossei dell'adulto, costituiti dai professionisti all'uopo individuati dalle Direzioni di tutte le Aziende sanitarie della Regione.

I gruppi di lavoro hanno il compito di individuare i nodi delle reti e di condividere gli appropriati percorsi diagnostici e terapeutici attraverso la redazione di appositi documenti tecnici da approvarsi tramite delibera regionale.

A tal fine di individuare come obiettivo delle Aziende sanitarie la garanzia della partecipazione fattiva e del supporto dei propri professionisti agli organismi sopra descritti, con riferimento ai ruoli formalmente attribuiti.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Partecipazione ai gruppi di lavoro con l'obiettivo di individuare centri di diverso livello per favorire la centralizzazione delle attività che richiedono presenza di massa critica al fine di garantire l'alta specializzazione dei professionisti e la formalizzazione di team multidisciplinari	100% dei contenuti previsti
Partecipazione ai gruppi di lavoro con l'obiettivo di redigere percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, in linea con le migliori evidenze scientifiche, che garantiscano al paziente la migliore presa in carico.	100% dei contenuti previsti

3.2.2.5 - Rete per la Terapia del dolore

Con deliberazione della Giunta regionale n. 967 del 04/07/2011 sono stati adottati i primi provvedimenti d'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, approvando linee guida per la funzione della terapia del dolore nella regione Emilia-Romagna e dando mandato alla Direzione Generale competente di istituire una struttura organizzativa regionale di coordinamento della funzione di terapia del dolore per la promozione, lo sviluppo e il monitoraggio degli interventi aziendali negli ambiti trattati dalla legge 38/2010.

La Struttura è stata rinnovata con determinazione del DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 16688 del 24/10/2017 e ha il compito di coordinare la promozione e lo sviluppo degli interventi aziendali per la funzione di terapia del dolore, monitorare lo sviluppo della funzione di terapia del dolore, verificare l'assetto della funzione di terapia del dolore, coordinare gli interventi attuativi del progetto "Ospedale-territorio senza dolore", elaborare eventuali proposte di adeguamento della programmazione regionale in materia.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 792 del 20/05/2019 è stato rivisto l'assetto della rete di terapia del dolore della regione Emilia-Romagna attraverso l'istituzione del Centro Hub satellite piattaforma logistica Area Emilia Nord - centro coordinatore Centro Terapia Antalgica Castelfranco Emilia per l'erogazione di prestazioni antalgiche di II livello.

In corso d'anno, in accordo con le Aziende dei centri coinvolti, saranno riviste le assegnazioni dei codici di disciplina.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025)	>95%

3.2.2.6 - Rete delle Cure Palliative Pediatriche

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

A tal fine le Aziende sanitarie hanno partecipato attraverso i propri specialisti al gruppo di coordinamento tecnico-professionale costituito presso il Servizio Assistenza Ospedaliera e hanno predisposto il "documento di percorso CPP Regione Emilia-Romagna". La DGR n. 857/2019 ha definito la rete regionale per le CPP e ha approvato un documento tecnico che individua i ruoli e le interconnessioni fra i nodi, nonché le caratteristiche e i compiti delle due strutture di riferimento: il PUAP e la UVMP. Le DDGG dovranno riservare una particolare attenzione a questa materia favorendo la predisposizione dei percorsi che andranno a definirsi con il proseguo dei lavori anche grazie all'individuazione del Gruppo di Coordinamento per le CPP. Dovranno inoltre favorire lo sviluppo di migliori connessioni fra il nodo ospedale, il nodo territorio e il day care, che rappresenta la sede delle attività del futuro Hospice pediatrico già prima della sua realizzazione anche mediante la revisione dei percorsi aziendali in linea con le indicazioni che saranno fornite in corso d'anno con delibera specifica.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Partecipazione delle Aziende che saranno coinvolte al Gruppo di Coordinamento per le CPP	si
Individuazione dei responsabili del PUAP da parte delle Aziende Usl	Si, tutte le Aziende USL
Individuazione dei responsabili dell'UVMP a livello provinciale da parte delle Aziende Sanitarie	Si, tutte le Aziende Sanitarie

3.2.2.7 - Reti per le patologie tempo-dipendenti

In relazione alle reti tempo-dipendenti alla luce delle indicazioni della DGR 2040/2015 e all'Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2018, alle Aziende è richiesto di garantire qualità e sicurezza mediante il rispetto degli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
volumi IMA per struttura	>= 100 casi/anno
Volumi per Trauma Center	>= 240 traumi gravi/ anno
Volumi PCTA	> =250/anno
Volumi PTCA primarie	>= 75 (proporzione di PTCA primaria >= 65%)
% di casi di stroke con centralizzazione primaria	> 80%
% transiti in stroke unit	> 75%
% trombolisi e.v.	> 15%
% intra-arteriosa	> 5 %
% riabilitazione post-stroke codice 56	> 9%

3.2.2.8 - Centri di riferimento regionali

Nel corso del 2017 e del 2018 con i seguenti atti sono state definite le funzioni dei centri di riferimento regionali per:

<i>Patologia/percorso</i>	<i>Atto</i>
Neoplasia Ovarica	DGR 2113/2017
Malattie Croniche Intestinali (MICI)	DGR 1188/2017
Chirurgia endoscopica dell'orecchio	DGR 2112/2017
Neurochirurgia pediatrica	Nota PG 203519/2017
Neurochirurgia dell'ipofisi	
Chirurgia dell'epilessia	DGR 1172/2018
Centro terapia antalgica	DGR 792/2019
Centro Patologie Sistema Venoso	DGR 739/2018

Nel corso del 2019 i centri di primo e secondo livello dovranno proseguire l'implementazione dei percorsi di diagnosi e trattamento coerenti con le indicazioni regionali.

Con la DGR n. 1945 del 04/12/2017 è stato inoltre approvato il nuovo *Piano amianto della Regione Emilia-Romagna* che prevede, fra l'altro, la presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma con definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) secondo le indicazioni regionali.

In corso d'anno saranno definite e approvate le Linee Guida regionali relative al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le pazienti affette da endometriosi, con definizione della rete regionale.

In corso d'anno sarà inoltre definito il Percorso di valutazione e preparazione paziente in *lista attesa per il trapianto di rene*. Tale percorso dovrà essere implementato in tutte le aziende sanitarie e dovrà avere il proprio punto di coordinamento presso le nefrologie aziendali.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Centri hub: dare attuazione alla DGR rispetto alla mission prevista per il Centro	Si
Centri di riferimento neurochirurgia pediatrica e dell'ipofisi: definizione dei percorsi e delle funzioni dei centri	Si
Per tutte le Aziende: Definire in collaborazione con il Centro di riferimento specifico percorsi di invio dei pazienti	Si
% casi trattati nei centri hub	>2018
Mesotelioma: tempo intercorso tra accesso al Centro di I livello per sospetto diagnostico e definizione della diagnosi <28 giorni lavorativi	>90%
Tempo intercorso tra data del referto patologico e inizio del percorso terapeutico <21 giorni lavorativi	>90%

3.2.3 Emergenza ospedaliera

Il miglioramento dell'accesso ai servizi in emergenza urgenza ed in particolare il buon funzionamento delle strutture di Pronto Soccorso è responsabilità complessiva dell'intero ospedale e con esso dell'intera rete dei servizi sanitari.

In relazione al Piano per il miglioramento dell'Accesso in Emergenza-urgenza che declina le strategie volte al miglioramento dell'accessibilità in emergenza e urgenza le Aziende devono applicare tali direttive conseguendo il miglioramento dei tempi di permanenza che tendenzialmente non dovranno superare le 6 h + 1h per i casi di maggiore complessità.

L'indicatore complessivo dovrà essere così calcolato per ciascun pronto soccorso generale e PPI ospedaliero nonché per il PS specialistico dell'Istituto Ortopedico Rizzoli:

- $(N^{\circ} \text{ di accessi con permanenza } < 6h + N^{\circ} \text{ di accessi con permanenza } > 6h \text{ e } < 7h \text{ con prestazioni di diagnostica per immagini e specialistica } \geq 2) / N^{\circ} \text{ totale di accessi in PS generale (esclusi giunti cadavere e abbandoni)}$

L'obiettivo finale del 100% potrà essere conseguito gradualmente come specificato negli indicatori e target per l'anno 2019 riportati in tabella.

Dovrà essere attuata la riorganizzazione del triage e dei percorsi interni ai PS nonché delle funzioni di supporto (diagnostica, consulenze, trasporti).

Dovranno essere inoltre implementati i piani operativi per la gestione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso, elaborati in linea con le direttive fornite dalla DGR 1827 del 17/11/2017 con particolare riferimento alla rilevazione dell'algoritmo NEDOCS per la valutazione del sovraffollamento, all'implementazione o adeguamento della funzione di bed-management nonché all'adozione delle azioni previste per il miglioramento della fase di INPUT (accessi evitabili) ed OUTPUT (boarding).

Deve inoltre essere migliorata la rilevazione dei dati di attività e l'utilizzo della reportistica per sviluppare audit su tematiche clinico-organizzative con particolare riferimento alla gestione in emergenza di patologie rilevanti (es. infarto, traumi, sepsi, stroke).

I sistemi informativi dovranno prevedere un collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale.

Le aziende dovranno dare attuazione a quanto verrà concordato in materia di integrazione delle risorse umane dedicate al conseguimento degli obiettivi di miglioramento.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
% accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali e PPI ospedalieri con <45.000 accessi	>95%
% accessi con Permanenza <6h +1 per PS generali e PPI ospedalieri con >45.000 accessi	>90%
% raggiungimento obiettivi del Piano di Miglioramento	100%

Tutti i PS con performance migliori sono tenuti al mantenimento dei risultati raggiunti al 31.12.2018.

3.2.4 Centrali Operative e 118

Al fine di sviluppare e mantenere le competenze necessarie per la gestione delle emergenze anche nelle condizioni di attivazione delle procedure di Disaster Recovery e Business Continuity le Aziende Sanitarie sedi di Centrali Operative 118 (USL di Bologna, l'Azienda USL della Romagna e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma) devono garantire la funzione di interoperabilità delle Centrali 118 attraverso la rotazione degli operatori nelle tre Centrali Operative 118.

Le Aziende Sanitarie che svolgono servizio di emergenza territoriale assicurano l'applicazione omogenea dei protocolli infermieristici avanzati adottati ai sensi dell'art. 10 DPR 27 marzo 1992, tenuto conto del contesto di riferimento ed in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016.

L'Azienda USL di Bologna garantisce il necessario supporto tecnico e amministrativo al funzionamento della base di elisoccorso notturna di Bologna avvalendosi della collaborazione delle altre Aziende sanitarie così come previsto dalle apposite convenzioni stipulate per l'utilizzo del personale medico ed infermieristico. Le Aziende Sanitarie sedi dei siti di atterraggio e decollo notturni devono garantire lo specifico supporto tecnico e amministrativo necessario.

Durante un arresto cardiaco l'intervento precoce da parte di un cittadino presente sul posto, attraverso le prime manovre di rianimazione e l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico, può rivelarsi decisivo per la sopravvivenza del paziente. Per questa ragione è necessario incentivare iniziative e progetti di "*defibrillazione precoce territoriale*" da parte di personale non sanitario. In tal senso le Aziende Sanitarie assicurano l'adeguato supporto al percorso di accreditamento dei centri di formazione BLS/D per personale laico, verificando la qualità dei corsi erogati, la localizzazione dei defibrillatori attraverso l'APP DAE-Responder.

	<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Obiettivo per Aziende USL di Bologna e Romagna e AOU di Parma:	% infermieri di ogni Centrale 118 deve effettuare almeno 2 turni/anno presso ogni Centrale	25 %

	Operativa non sede della propria unità operativa.	
Obiettivo per le Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale	evidenza di formazione rispetto al percorso di omogeneizzazione dei protocolli avanzati infermieristici	95% del personale che svolge attività di emergenza territoriale 118.
Obiettivo per Azienda USL di Bologna	Garanzia della continuità del servizio di elisoccorso notturno.	si
Obiettivo per le Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale	verifica sul campo dei corsi BLS erogati da soggetti accreditati	5 %
Obiettivo per le Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale e per le Aziende sede di Centrale operativa 118	localizzazione dei defibrillatori comunicati alle Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale devono essere censiti all'interno del registro informatizzato messo a disposizione dalla Regione.	90%
Obiettivo per le Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale e per le Aziende Sede di centrale operativa	evidenza del completamento delle schede di intervento nei campi destinazione del paziente, classe e tipo di patologia riscontrata.	90%

3.2.5 Attività trasfusionale

Deve essere *garantito il contributo all'autosufficienza regionale e nazionale*, in stretta e fattiva collaborazione con le associazioni dei donatori per soddisfare il fabbisogno di sangue ed emocomponenti, anche in attuazione di quanto previsto dalle nuove convenzioni stipulate con le Federazioni e le Associazioni di donatori e dal Piano Regionale Sangue.

Particolare attenzione dovrà essere rivolta ad *incentivare le donazioni in aferesi di plasma* sia per uso clinico sia per la produzione di medicinali plasma derivati, obiettivo da raggiungere anche attraverso l'estensione dei tempi di apertura delle strutture dove avviene la raccolta. Al riguardo si precisa che la Regione in collaborazione con le Federazioni e le Associazioni di donatori, ha programmato una campagna informativa sull'importanza del dono del plasma ed il Centro Regionale Sangue produrrà nel corso del 2019 materiale informativo dedicato.

Per quanto riguarda la corretta gestione della risorsa sangue occorre consolidare ulteriormente, a livello aziendale, *l'utilizzo del PBM (Patient Blood Management)*, già avviato nel 2017, ai sensi del DM 2 novembre 2015 e secondo le linee guida del CNS.

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo di corretta gestione della risorsa sangue, è stato costituito nel 2018 un gruppo di lavoro regionale sulla prevenzione dell'errore ABO, coordinato dal Centro Regionale Sangue, per la produzione di linee d'indirizzo regionali per l'applicazione del PBM che sarà reso disponibile nel 2019.

Per quanto riguarda l'attività di *produzione e cessione degli emocomponenti ad uso non trasfusionale* una maggiore trasparenza e regolamentazione nell'attività è stata garantita anche attraverso la stipula, nel corso del 2018, di specifiche convenzioni in materia, ai sensi di quanto previsto nella delibera di Giunta 865/2016. Nel corso del 2019 deve essere continuata l'attività tramite l'attivazione delle nuove convenzioni ove richieste.

Nel corso del 2019 il gruppo di lavoro regionale individuato per la definizione degli aspetti di pianificazione ed organizzazione della *concentrazione delle attività di qualificazione biologica e di lavorazione degli emocomponenti* raccolti nelle due Aree Vaste Emilia Centrale e Nord, proseguirà i

lavori individuando il percorso condiviso di centralizzazione delle attività. Il tavolo di lavoro vede la Partecipazione del Centro Regionale Sangue, dei TrASFusionisti e delle Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue.

I livelli aziendali dovranno contribuire alle attività specifiche del gruppo di lavoro.

E' stato avviato il processo di *implementazione della rete informatica regionale unica* per il sistema sangue, che prevede di completare, entro il 2019, l'informatizzazione dell'Area Vasta Emilia-Centro e di Modena. E' richiesto l'impegno delle Aziende coinvolte.

Dovrà inoltre essere data attuazione a quanto previsto dal Piano Sangue 2017-2019 con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- piena funzionalità dei Centri per la cura delle talassemie e delle emoglobinopatie e dei Centri di diagnosi e cura dell'emofilia e delle altre malattie emorragiche congenite
- piena funzionalità dei COBUS.

All' Azienda Ospedaliera di Ferrara si richiede il monitoraggio dell'adesione al progetto regionale di fornitura delle sacche per un gruppo di pazienti talassemici con intervallo trasfusionale critico, che dovrebbe concludersi nel corso del 2019.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Predisposizione e invio di report trimestrali sui dati di attività	>= 80%
Attivazione, nel 2019 delle convenzioni relative all'utilizzo di emocomponenti ad uso non trasfusionale laddove siano pervenute richieste conformi a quanto previsto dalla DGR 865/2016	si
Adozione di un programma di PBM aziendale.	si
Adozione del sistema informativo unico regionale (secondo calendario concordato)	si

3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

L'attività di donazione d'organi, tessuti e cellule rappresenta oramai, in Italia e quindi anche in Emilia-Romagna, un atto medico di primaria e assoluta importanza. La nostra regione, nel corso degli anni, ha sempre investito sulla crescita e sulla diffusione della cultura "donativa" e oggi, nell'ambito del percorso di riordino ospedaliero, vi è l'obbligo di considerare il processo di donazione d'organi, tessuti e cellule un'attività sanitaria concreta e routinaria al pari di ogni altro atto medico e chirurgico. La donazione degli organi e dei tessuti, oltre all'enorme valore etico che intrinsecamente porta con sé è, ovviamente, la base imprescindibile sulla quale si regge l'attività trapiantologia regionale e di conseguenza la possibilità di cura per pazienti non altrimenti curabili.

Sono obiettivi per l'anno 2019:

- 1) Raggiungere la piena operatività, in termini di personale e di ore dedicate, degli Uffici di Coordinamento Locale alla donazione degli organi e dei tessuti così come definito nella Delibera Regionale 665/2017.
- 2) Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia è richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali) compreso tra il 15 e il 30%.
- 3) Per i Presidi Ospedalieri con neurochirurgia è richiesto un PROC-2 (Indice di Procurement determinato dal rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta) superiore al 50%.
- 4) Per tutti i presidi Ospedalieri è richiesto un livello di opposizione alla donazione degli organi inferiore al 30%.
- 5) Prelievo da un numero di donatori di cornee pari ad almeno il 18% dei decessi dell'anno precedente con età compresa tra i 3 e gli 80 anni come da indicazioni del CRT-ER.

- 6) Prelievo di un numero di donatori multi-tessuto (età compresa tra i 3 e i 78 anni) come da indicazioni del CRT-ER per ciascuna azienda.
- 7) Donazione di organi da donatore a cuore fermo (DCD):
 - Presidio Ospedaliero di Cesena: almeno 5 segnalazioni di donazioni DCD. Sempre per il Presidio Ospedaliero di Cesena, in ottemperanza alla DGR 917 del 18/06/2018 che identifica l'ospedale Bufalini quale Centro di Riferimento Regionale per la donazione di organi a cuore fermo e nell'ottica di una sempre più efficiente rete intra-aziendale per la donazione DCD, si richiede l'avvio di una fattiva collaborazione con il Presidio di Ravenna al fine di implementare in tale sede la suddetta tipologia di donazione (creazione di rete "Area vasta Romagna" programma DCD)
 - Presidio Ospedaliero di Baggiovara: almeno 5 segnalazioni di donazioni DCD
 - Presidio Ospedaliero di Parma: almeno 4 segnalazioni di donazioni DCD
 - Presidio Ospedaliero Bologna S. Orsola-Malpighi: almeno 2 segnalazioni di donazioni DCD
 - Presidio Ospedaliero Bologna Ospedale Maggiore: almeno 1 segnalazione di donazione DCD
 - Presidio Ospedaliero di Reggio-Emilia: avvio, anche con il supporto dell'Ospedale Bufalini di Cesena che da DGR 917/2018 è stato individuato quale Centro di Riferimento Regionale per la donazione di organi a cuore fermo, di un percorso per la donazione di organi da DCD che, eventualmente, si concretizzi con l'effettuazione di una donazione da DCD nel corso del 2018.
 - Presidio Ospedaliero di Ravenna: avvio di una fattiva collaborazione con il Presidio di Cesena al fine di implementare la donazione di organi da DCD.
- 8) Distribuzione entro l'anno in corso, in accordo con il Coordinatore Locale alle donazioni, degli incentivi generati dal "fondo procurement" dell'anno precedente.

Per AUSL di Bologna e Imola

Data attuazione alla riorganizzazione della Banca Cornee dell'Emilia Romagna così come da Delibera Regionale 2118 del 10/12/2018 si richiede:

- Numero di cornee processate in banca sul numero totale di cornee arrivate $\geq 95\%$
- Numero di cornee assegnate dalla banca sul numero totale delle cornee pervenute $\geq 50\%$

3.2.7 Volumi-esiti

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, nel rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati sarà necessario portare a completamento la concentrazione degli interventi previsti. Il monitoraggio dell'attività verrà effettuato tramite i dati presenti nelle banche dati disponibili ed aggregati per "reparto".

In particolare, le Aziende devono completare il *superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali per colecistectomia inferiore ai 100 casi*, e completare l'attuazione del piano di ridefinizione della rete per il *trattamento delle fratture di femore*, garantendo le soglie di volume tenuto conto delle caratteristiche specifiche di accessibilità dei singoli stabilimenti ospedalieri che trattano casistiche meno numerose di 75 interventi/anno.

Le Aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private accreditate, avviando, in conformità alla DGR n. 2329/2016 "Approvazione dell'accordo quadro di regolamentazione dei rapporti tra regione Emilia-Romagna e Ospedali Privati Accreditati aderenti ad AIOP per la fornitura di prestazioni erogate nel triennio 2016-2018", programmi di progressiva adesione agli standard qualitativi e quantitativi individuati dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 o di superamento delle attività specifiche qualora le strutture dovessero risultare non in linea con

tali parametri. Ciò anche mediante la previsione nell'ambito dei contratti di fornitura di indicazioni in merito a: ruolo delle strutture private con volumi al di sopra o prossimi alle soglie nelle reti provinciali, necessità di discussione multidisciplinare dei casi, predisposizione di PDTA integrati pubblico/privato.

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

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

Ogni centro che tratti *casistica chirurgica oncologica* è vincolato a garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito di una valutazione multidisciplinare, sul modello del breast multidisciplinary team.

Si raccomanda a tutte le Aziende il *miglioramento delle performance* (in termini di adeguatezza dei volumi) per operatore e per struttura delle seguenti casistiche: tumore della mammella, PTCA, fratture di femore.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per Struttura	>=100 /anno
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di casi con degenza postoperatoria <= 3 gg	>=75%
numero minimo di interventi chirurgici per frattura di femore per Struttura	>=75 /anno tenuto conto delle caratteristiche specifiche di accessibilità dei singoli stabilimenti ospedalieri
interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore	>=70%
Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare	100%

3.3 Screening neonatali (screening oftalmologico, screening uditivo, screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie)

In linea con quanto previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2015-2018 in materia di screening neonatali e in applicazione del documento "Linee Guida alle Aziende Sanitarie per la realizzazione dello Screening della funzione visiva in epoca neonatale in Emilia-Romagna", l'attivazione dello screening oftalmologico neonatale, mediante il test del riflesso rosso, su tutti i nuovi nati, dovrà avvenire in tutti Punti Nascita della Regione entro il 2018.

Il test del riflesso rosso deve essere effettuato dai pediatri/neonatologi ospedalieri a tutti i nuovi nati prima della dimissione dal Punto Nascita e ripetuto dal Pediatra di Libera scelta nei bilanci di salute effettuati nel primo anno di vita.

Per una corretta effettuazione di tale screening si ritiene fondamentale l'integrazione tra neonatologi/pediatri ospedalieri, pediatri di libera scelta ed oculisti del SSN.

Ciascuna Azienda Sanitaria dovrà elaborare protocolli/procedure volti ad ottenere uno screening con copertura del 100% dei nati.

Per quanto attiene allo screening uditivo, con la deliberazione di Giunta Regionale n.694 del 23 maggio 2011, la Regione Emilia-Romagna ha definito l'implementazione dello "Screening perdita congenita dell'udito" e del "Percorso clinico ed organizzativo per i bambini affetti da ipoacusia in Emilia-Romagna" impegnando le Aziende Sanitarie della regione a dare attuazione a quanto stabilito dalle linee guida approvate. La particolarità di questa programmazione regionale è quella di integrare lo screening audiologico neonatale al percorso terapeutico assistenziale garantendo un Percorso aziendale di continuità assistenziale del neonato con sordità o ipoacusia dedicato, per favorire il perseguimento di uniformità ed equità di accesso per tutti i minori ipoacusici seguiti dalle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza, anche attraverso il confronto

fra le diverse esperienze a livello aziendale, di area vasta e regionale, riuscendo così a non vanificare il lavoro dello screening uditivo che ha portato ad una identificazione precoce.

Lo screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie è stato allargato ad un panel di patologie molto più ampio rispetto quelle individuate a livello nazionale già dall'anno 2010 ed offerto a tutti i nuovi nati della Regione. Con la L. 167/16 e il DM 13 ottobre 2016 lo screening è entrato nei LEA ed è stato definito un pannello a livello nazionale e con DGR 2260/18 si è recepita la normativa nazionale provvedendo alla ulteriore definizione del sistema screening regionale. Per il miglior funzionamento del sistema e per mantenere l'obiettivo dell'offerta dello screening a tutti i nuovi nati dovranno essere garantiti da parte del centro screening la formazione continua ai Punti Nascita (relativa all'informazione delle famiglie e raccolta del consenso informato, alla corretta raccolta del campione ematico e all'utilizzo del sistema di gestione del percorso screening) e dovranno essere rafforzati i rapporti di condivisione e collaborazione fra laboratorio di screening e centro clinico al fine della maggiore tempestività nella diagnosi e nel successivo intervento terapeutico.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
% di Punti Nascita della Regione in cui è stato attivato lo screening oftalmologico entro il 2019	100%
% di neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche	100%
% di neonati con conferma di malattia endocrina o metaboliche presi contestualmente in carico dal centro clinico del sistema screening o indirizzati presso altri centri clinici con competenze specifiche	100%

3.4 Sicurezza delle cure

Nel 2019 dovrà continuare l'impegno delle aziende sanitarie sul tema della sicurezza delle cure, consolidando il rapporto con il Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente – Osservatorio regionale per la sicurezza delle cure. In tal senso dovrà continuare ad essere assolto il flusso informativo relativo agli eventi sentinella – SIMES Ministero della Salute - e incident reporting, nonché dovrà essere garantita l'attività per la costante implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure ed il relativo monitoraggio Agenas.

Particolare attenzione dovrà essere posta all'implementazione delle raccomandazioni relative al percorso nascita e all'effettuazione di analisi di casi significativi (SEA) per la sicurezza in ostetricia.

La verifica dell'applicazione delle raccomandazioni potrà essere effettuata anche in occasione di Visite per la Sicurezza (applicazione dello strumento Vi.Si.T.A.RE con riferimento alla prevenzione della violenza a danno di operatore).

Sempre riguardo alle buone pratiche, la sicurezza in chirurgia rimane un ambito meritevole di particolare attenzione; sono state pertanto emanate le "Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell'adulto" e le "Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto", che dovranno essere recepite tramite emanazione di relative procedure aziendali. Dovrà continuare ad essere garantito l'assolvimento del debito informativo previsto dalla circolare 18/2016 (Surgical Safety Checklist - SSCL) e l'attività di osservazione diretta sull'utilizzo della check list di sala operatoria (Progetto OssERvare), con le relative azioni di miglioramento.

Dovranno essere garantiti gli obblighi connessi all'applicazione della Legge 8 marzo 2017 n.24 "Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"; in particolare, dovrà essere elaborata e pubblicata sul sito aziendale una relazione annuale consuntiva sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento messe in atto. Tale relazione potrà discendere dal report di attuazione delle attività previste dal Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC) nell'anno 2018, che andrà anche aggiornato rispetto alle attività previste per il 2019.

Un requisito previsto dal DM 70/2015 e dall'accreditamento istituzionale è quello della garanzia di adeguata formazione in tema di sicurezza delle cure, rispetto al quale dovranno essere effettuati eventi formativi per il consolidamento delle reti dei referenti/facilitatori presso i Dipartimenti/Unità Operative.

Il coinvolgimento dei cittadini per il miglioramento della sicurezza rimane un tema fondamentale e dovrà essere favorito attraverso il rapporto con i Comitati Consultivi Misti, nonché attraverso l'adesione all'iniziativa informativa regionale "Open Safety Day".

Occorre inoltre continuare l'attività di implementazione delle *Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente* ed effettuare le azioni previste dai Piani Aziendali di Prevenzione delle Cadute.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC): report di attuazione delle attività previste dal PPSC per l'anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019	Si
Strutture segnalanti (incident reporting) 2019 – strutture segnalanti 2018	>=3
effettuazione check list di sala operatoria: copertura SDO su procedure AHRQ4 linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	>= 90%
	>= 85%
Effettuazione di osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare)	Almeno 75 osservazioni per azienda
Evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia	100% di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici
Effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento alla prevenzione della violenza a danno di operatore	Almeno 1 Unità Operativa
Recepimento delle Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell'adulto	Emanazione procedura aziendale
Recepimento delle Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto	Emanazione procedura aziendale
Operatori che hanno partecipato a FAD cadute nel 2019/operatori che hanno partecipato nel 2018	+ 30%
Estendere l'attività di auditing, tra pari, sull'adesione alle linee di indirizzo regionali cadute / procedura Aziendale ad altre quattro unità operative (a scelta dell'azienda in base alle priorità di intervento-miglioramento) scegliendo i primi 20 dimessi del mese di settembre 2019.	N. 4 audit e reporting complessivo dei risultati

3.5 Accredimento

Entro il 31/12/2019 tutte le aziende sanitarie dovranno essere sottoposte a verifica di rinnovo dell'accreditamento ai sensi della DGR 1943 del 4.12.2017, "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie".

Si precisa che, quanto contenuto nell'allegato alla Delibera in oggetto sostituisce integralmente i requisiti approvati al punto 1 dell'allegato n. 3 della DGR 327/2004. Tali requisiti, che dovranno essere posseduti al momento della presentazione della domanda di rinnovo, variazione o nuovo accreditamento, saranno applicati a livello delle Direzioni delle Aziende Sanitarie. Le aziende, al momento della domanda devono inoltre possedere i requisiti specifici vigenti ed applicabili alle attività oggetto di accreditamento.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Effettuazione della verifica di rinnovo di accreditamento entro il	100%

31/12/2019	
Conferma del Possesso dei requisiti generali di cui alla DGR 1943/2017 al momento verifica effettuata dall'OTA	100%

3.6 Lesioni da pressione

Le lesioni da pressione rappresentano uno dei problemi assistenziali più frequenti sia in ambito ospedaliero e territoriale, con forti implicazioni sulla cura, sociali ed economiche. L'evento lesione da pressione è riconosciuto un indicatore di qualità delle cure a livello internazionale e il ruolo della prevenzione è fondamentale per evitare l'insorgenza o l'aggravamento di una lesione.

Il Ministero della salute, nel monitoraggio di verifica degli adempimenti LEA prevede il PDTA sulle "Ulcere da pressione" che, a livello regionale, abbiamo completato con la definizione della buona pratica di prevenzione delle lesioni da pressione. Le linee di indirizzo regionali forniscono lo standard di riferimento per diffondere la buona pratica assistenziale integrandosi con le indicazioni regionali sul trattamento delle lesioni da pressione.

Le Aziende sanitarie sono tenute a condurre l'audit "T1" per monitorare l'adesione alle Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione delle lesioni da pressione /Procedura Aziendale nelle unità operative pilota (n. 4 area medica e n. 2 area chirurgica) come da percorso di implementazione regionale delle linee di indirizzo regionali. Per la diffusione della buona pratica di prevenzione delle lesioni da pressione agli operatori sanitari è stato elaborato un corso FAD regionale sulla prevenzione LDP che sarà attivo a partire dal mese di luglio 2019.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Conduzione dell'audit "T1" nelle unità operative pilota	100%
Il 75% degli operatori sanitari (infermieri e medici) appartenenti alle unità operative pilota devono aver eseguito il Corso FAD regionale sulle linee di indirizzo delle lesioni da pressione	75%

3.7 Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica degli accessi vascolari

Con determinazione DGCPWSW 7252/2018 è stato costituito il Gruppo di lavoro per la definizione delle linee di indirizzo regionali sulla buona pratica e sull'utilizzo degli accessi vascolari centrali e periferici nell'ambito del sistema sanitario regionale.

Per accesso vascolare si intende l'accesso al circolo ematico tramite un dispositivo vascolare a pazienti acuti e cronici per finalità diagnostiche e terapeutiche. Gli accessi vascolari sono generalmente distinti in due tipi: centrali e periferici. C'è ampia varietà di opzioni disponibili e la selezione del device deve avvenire in base ai bisogni clinico assistenziali del paziente, alla tipologia, alla durata e alla frequenza della terapia infusione (o altro).

L'accesso vascolare nel percorso di diagnosi e cura di un paziente sulla base dei bisogni di salute riveste grande importanza, per la maggiore complessità clinico assistenziale dei pazienti.

Le Aziende sanitarie sono tenute a recepire le linee di indirizzo regionali e ad aggiornare la loro procedura aziendale.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Aggiornamento della procedura aziendale secondo le Linee di indirizzo regionali	100%

Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

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

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

Si riprendono pertanto anche per il 2019 gli impegni delle Direzioni aziendali:

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

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

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

In particolare, l'andamento della gestione al IV trimestre 2019, corredato dalla relativa certificazione, dovrà essere formalizzato con specifico atto dalla Direzione Generale aziendale entro la data del 31.01.2020.

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

4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2019 proseguirà l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).

La Direzione aziendale dovrà pertanto garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente anche ai fini del

riconoscimento dell'indennità di risultato, in conformità a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019).

La corretta acquisizione delle fatture elettroniche sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e conseguenti tempi amministrativi certi per la liquidazione delle fatture dei fornitori sia della Regione, per la GSA, che delle Aziende sanitarie sono i presupposti per una corretta relazione col mercato e per pagamenti tempestivi. La trasparenza dei risultati deve essere garantita attraverso la pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016.

Dal 1° gennaio 2019 un primo gruppo di Aziende sanitarie e la GSA utilizzano il nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC). Le difficoltà iniziali, legate al cambiamento del software, al contesto di riferimento relativo a un sistema unico di anagrafiche centralizzate, potrebbero causare problematiche con particolare riguardo alle fasi del ciclo passivo quali la registrazione delle fatture, il controllo e la liquidazione delle fatture e il pagamento dei fornitori, soprattutto a causa dell'attività di recupero dati dai precedenti sistemi contabili. Entro l'esercizio i tempi di pagamento dovranno comunque essere allineati alla normativa vigente.

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

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

➤ *Indicatore e target:*

- Indice di tempestività dei pagamenti; target: ≤ 0

Le Aziende sanitarie sono tenute al rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2019. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.

➤ *Indicatore e target:*

- Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali; target: 100%

4.1.2 *Le buone pratiche amministrativo-contabili*

Nel 2017 si è concluso il *Percorso di Attuativo della Certificabilità (PAC)* nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dalle disposizioni nazionali e regionali; le Aziende Sanitarie hanno superato con giudizio complessivamente positivo le Revisioni Limitate effettuate dai Collegi Sindacali.

Nel corso del 2019 le Aziende sanitarie sono tenute:

- a proseguire nell'applicazione delle Linee Guida regionali;
- nel perfezionamento progressivo degli strumenti di controllo interno e al superamento delle criticità emerse dal perfezionamento degli strumenti di controllo interno e dai Monitoraggi Regionali e dalle Revisioni Limitate.

Con riferimento al *miglioramento del sistema informativo contabile*, nel corso del 2019 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:

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

- *Indicatore e target:*
 - Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio. Target: 90% del livello di coerenza

Completano e integrano il Percorso la nuova *legge regionale n. 9/2018* sul finanziamento, programmazione e controllo delle aziende sanitarie e della GSA (in particolare per la previsione di avvio di una nuova funzione aziendale e regionale di Audit) e l'avvio di un nuovo sistema informativo contabile per l'area amministrativo contabile (GAAC), cui aderiscono le prime aziende a partire dal 2019.

La Legge n. 9/2018 prevede all'art. 3 ter della legge regionale 29 del 2004 l'istituzione di un **"Sistema di Audit interno"** nelle Aziende Sanitarie.

Nel corso del 2019 la Regione è impegnata nell'istituzione e coordinamento di un gruppo di lavoro regionale che prevede la partecipazione di referenti Aziendali con il compito di favorire e coordinare le funzioni di Audit aziendale nella fase di istituzione

- *Indicatori e target:*
 - Istituzione Sistema di Audit; Target: raggiungimento 100% adempimenti

4.1.3 La regolazione dei rapporti con i produttori privati

In coerenza con il quadro regolatorio e relazionale definito nell'ambito degli Accordi Quadro – vavevoli per il triennio 2016-2018 - fra la Regione Emilia-Romagna e le strutture private accreditate aderenti AIOP (DGR 2329/16), Hesperia Hospital (DGR 4/17) ed i Centri Riabilitativi Privati ex art. 26 (DGR 5/17), si prevede di regolamentare nel corso dell'anno 2019 il sistema dei rapporti con gli ospedali privati accreditati definendo nuovi Accordi Quadro che, alla stregua dei precedenti, riguarderanno congiuntamente l'attività di Alta, Non alta specialità e Psichiatria.

Proseguiranno altresì le Commissioni Paritetiche preposte al monitoraggio degli accordi quadro regionali.

Gli Accordi regionali hanno natura di contratto normativo e costituiscono il quadro di riferimento per la definizione da parte delle Aziende USL degli accordi a livello locale con le strutture private accreditate.

Le Aziende USL dovranno pertanto nel 2019 allinearsi ai contenuti dei redigenti accordi regionali e garantire l'alimentazione, nelle scadenze prestabilite, della *Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra la Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati* con i dati di fatturato progressivi. Le informazioni si renderanno utili anche ai fini della definizione dei dati di consuntivo dell'anno di riferimento da presentare alla Commissione Paritetica.

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

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

Nel corso del 2018 sono state svolte le attività necessarie all'implementazione del nuovo sistema informativo al fine di avviare un primo gruppo di Aziende al 01/01/2019. In particolare, sono stati approvati i documenti requisiti utente, sono stati eseguiti i precollaudi, le attività per il popolamento e allineamento delle anagrafiche centralizzate, le attività necessarie per la migrazione dei dati e la formazione agli utenti.

Nel corso del 2019, oltre all'avvio di un primo gruppo di Aziende Sanitarie (compresa la GSA), proseguono le attività necessarie all'implementazione del nuovo sistema informativo al fine di garantire l'avvio dei gruppi di aziende per step successivi, secondo la programmazione regionale.

Particolare attenzione sarà rivolta al governo delle Anagrafiche Centralizzate e all'allineamento delle anagrafiche aziendali alle nuove anagrafiche centralizzate del GAAC da parte delle Aziende il cui avvio è previsto successivamente al 01/01/2019.

Nel 2019 è inoltre previsto l'avvio del modulo della Gestione Regionale Dati finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi economici e patrimoniali per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP). L'avvio di tale modulo riguarda la totalità delle Aziende Sanitarie della Regione (compresa la GSA).

Nel 2019, le Aziende sanitarie sono impegnate:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- a garantire la partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo GAAC, ridefinita in Cabina di Regia;
- ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema;
- ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC;

Le Aziende Sanitarie il cui avvio è previsto in data 01/01/2019 dovranno:

- assicurare le attività necessarie all'implementazione del nuovo sistema informativo sino alla piena messa a regime;
- assicurare le attività necessarie all'acquisizione dei dati dai sistemi esterni quali a titolo esemplificativo Cup 2000, GRU secondo le tempistiche programmate in fase di Stati Avanzamento Lavori con il DEC e il RTI;
- assicurare le attività necessarie all'invio dei flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali;

Le Aziende Sanitarie il cui avvio è previsto in data successiva al 01/01/2019 dovranno:

- assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- assicurare l'alimentazione dei dati economici e patrimoniali attraverso l'utilizzo dello specifico modulo GAAC "Gestione Regionale Dati" finalizzato a gestire la Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della Regione, il Bilancio Consolidato e i flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali (CE, SP, COA, LA e CP);
- assicurare le attività che saranno richieste dalla Regione, dal Tavolo GAAC, dal RTI, dal DEC per garantire gli avvisi dei successivi Gruppi di Aziende secondo le tempistiche programmate.

➤ *Indicatore e target:*

- Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC; target: 100%
- Avvio del primo gruppo di Aziende al 01/01/2019: target: 100%
- Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati – Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della regione e Flussi CE e SP: 100%

Si evidenziano inoltre i seguenti adempimenti normativi la cui applicazione ha impatto sul GAAC:

Legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Finanziaria 2018)

I commi da 411 a 415 – art.1 della Legge n.205/2017 dettano disposizioni finalizzate a consentire un monitoraggio completo dell'intero ciclo degli acquisti.

Attualmente il sistema di monitoraggio della spesa delle Amministrazioni Pubbliche, tra cui rientrano gli Enti del SSN, è realizzato attraverso 3 sistemi:

- Il sistema informativo sulle operazioni degli enti pubblici (SIOPE), con cui gli istituti tesorieri degli enti comunicano alla Banca d'Italia e alla Ragioneria Generale dello Stato l'ammontare dei pagamenti eseguiti giornalmente dagli enti pubblici, distinti per natura della spesa; da ottobre 2018 il sistema **SIOPE+**, di cui al DM 25 settembre 2017 è in grado di rilevare automaticamente i pagamenti eseguiti dalle amministrazioni pubbliche e di collegarli alle rispettive fatture;
- Il *sistema di interscambio (SDI)*, attraverso cui transitano tutte le fatture emesse nei confronti delle Amministrazioni Pubbliche;
- La *piattaforma dei crediti commerciali (PCC)*, che:
 - acquisisce dal SDI, in modalità automatica, i dati delle fatture elettroniche indirizzate alle Amministrazioni Pubbliche;
 - acquisisce dalle Amministrazioni Pubbliche le informazioni sui pagamenti eseguiti a fronte di ciascuna fattura (conteggiando anche i tempi di pagamento).

La Ragioneria Generale dello Stato sta realizzando una soluzione per monitorare l'intero ciclo degli acquisti, introducendo un'ulteriore rilevazione attraverso:

- il *nodo di smistamento degli ordini di acquisto (NSO)*, di cui al DM 7 dicembre 2018 che gestisce la trasmissione in via telematica dei documenti informatici attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti dei beni e servizi tra gli enti del servizio sanitario nazionale di cui all'art. 19, comma 2, lettere b) e c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118, nonché i soggetti che effettuano acquisti per conto dei predetti enti, e i loro fornitori di beni e servizi.

Il decreto 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e delle Finanze definisce modalità e tempi per l'attuazione del NSO. A decorrere dal 01 ottobre 2019 l'emissione dei documenti informatici attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti dei beni e servizi è effettuata esclusivamente in forma elettronica e la trasmissione avviene per il tramite del Nodo di Smistamento degli Ordini (**NSO**).

A decorrere dalla medesima data (01/10/2019), sulle fatture elettroniche sono obbligatoriamente riportati gli estremi dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti dei beni e servizi, secondo le modalità stabilite nelle linee guida. Le Fatture non conformi a quanto previsto dalla DM 7 dicembre 2018 non possono essere liquidate e di conseguenza pagate.

Sul sito internet del ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato nella sezione dedicata (<http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/e-government/amministrazioni-pubbliche/acquisti-pubblici-in-rete-apir/nodo-di-smistamento-degli-ordini-di-acquisto-delle-amministrazioni-pubbliche-nso/>) sono pubblicate le regole tecniche relative alle modalità di emissione e trasmissione nonché le linee guida (in attesa di pubblicazione) concernenti la gestione dei documenti informatici attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti dei beni e servizi.

Il progetto sul monitoraggio degli acquisti avviato dalla Ragioneria Generale dello Stato si inserisce e rafforza il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti già avviato in Regione Emilia Romagna in attuazione della delibera di Giunta Regionale n. 287/2015.

Le Aziende devono assicurare la collaborazione con IntercentER per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi in applicazione della DGR n. 287/2015, anche in vista dei nuovi adempimenti previsti dalla Legge finanziaria 2018, oltre a garantire una corretta implementazione del nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile.

Con riferimento specifico all'applicazione del DM 7 dicembre 2018 dal 01/10/2019 le Aziende devono procedere alla completa dematerializzazione degli ordini inviati ai fornitori, utilizzando la piattaforma NoTI-ER, quale intermediario per l'invio a NSO.

In continuità con gli esercizi precedenti le Aziende devono proseguire nelle attività volte ad assicurare l'emissione di ordini di acquisto sia per i beni che per i servizi. A tal fine si ricorda, che, con riferimento alla gestione dei servizi, le Linee Guida PAC (DGR 1562/2017) relative all'Area Debiti – Costi stabiliscono: *“l'ordine rappresenta lo strumento imprescindibile del sistema di controllo interno, per il controllo continuo della spesa, del rispetto del budget e dei limiti contrattuali.*

L'emissione dell'ordine deve essere preventiva e preferibilmente mensile o riferita a un arco di tempo infra-annuale (bimestre, trimestre...); qualora risulti impossibile definire a priori l'esatta quantità e qualità del servizio necessario, può essere valutata la possibilità di effettuare un ordine presunto di spesa, integrato/rettificato alla fine del periodo di riferimento sulla base degli effettivi consumi.

La gestione dei servizi deve essere informatizzata e garantire l'integrazione tra i vari sistemi di gestione ordini, contratti, budget, contabilità generale e contabilità analitica, al fine di consentire:

- *il controllo del rispetto dei limiti contrattuali;*
- *il controllo del rispetto dei budget assegnati;*
- *la verifica che le richieste di emissioni ordini siano state soddisfatte;*
- *il monitoraggio dell'andamento della spesa.*

L'emissione dell'ordine solo al momento del ricevimento della fattura non soddisfa le esigenze sopramenzionate. Qualora, per alcune particolari tipologie di servizi, l'emissione dell'ordine preventivo non fosse percorribile (per esempio le Utenze), si devono utilizzare altre modalità analoghe che impegnino comunque budget e contratti e consentano i controlli suddetti.”

Fatturazione Elettronica

A partire dal 1° gennaio 2018 all'interno delle fatture elettroniche emesse nei confronti degli enti del SSN relative ad acquisti di prodotti farmaceutici dovranno essere fornite indicazioni in merito alle informazioni relative al Codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) e al corrispondente quantitativo di cui al comma 2 dell'art. 29 del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96.

Il comma citato prevede inoltre l'obbligo di non procedere con il pagamento dei corrispettivi indicati nelle fatture nell'ipotesi in cui all'interno delle medesime non siano riportate le succitate indicazioni.

In continuità con l'esercizio precedente nel 2019 le Aziende devono assicurare l'istituzione di idonei strumenti di controllo finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

La Legge 27 dicembre 2017, n. 205, prevede, a decorrere dal 1° gennaio 2019, l'introduzione della **fatturazione elettronica obbligatoria** nell'ambito dei rapporti tra **privati** (modifica alla disciplina contenuta nel D.Lgs. n. 127/2015).

Le Aziende Sanitarie, già soggette all'obbligo della fatturazione elettronica PA, a decorrere dal 01/01/2019 dovranno emettere le fatture verso i privati in formato elettronico in modalità integrata con il sistema regionale per la fatturazione elettronica NoTIER e secondo le specifiche tecniche definite dall'Agenzia Regionale per lo Sviluppo dei Mercati Telematici – Intercenter.

Le Aziende devono assicurare l'applicazione del dettato normativo.

4.1.5 Mobilità Internazionale

Con il DPR 224 del 24/11/2017 avente ad oggetto "Regolamento recante disciplina delle modalità applicative dei commi da 82 a 84 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228 (legge di stabilità 2013), nonché le relative procedure contabili, ai sensi dell'articolo 1, comma 86, della legge 24 dicembre 2012, n.228.", i crediti/debiti/saldi di mobilità internazionale vengono inseriti nel riparto delle risorse disponibili per il SSN.

Per la gestione del processo che genera i saldi di mobilità relativi all'assistenza sanitaria all'estero è in corso il Progetto EESSI elaborato dall'Unione Europea (UE) che prevede, a partire dal 1° luglio 2019, la dematerializzazione dei documenti (tranne i documenti portabili come, ad esempio, la TEAM) e delle fatture della mobilità internazionale. Ad oggi la scadenza del 1° luglio 2019 è inderogabile, e sono previste sanzioni per i Paesi che non partiranno sull'intero territorio nazionale con la dematerializzazione.

Il progetto è stato presentato alle regioni nel dicembre 2017 ed è stato attivato un gruppo di lavoro Regioni/ASL-Ministero della Salute per seguire gli stati di avanzamento del progetto stesso. Già in occasione dell'inserimento dei saldi di mobilità internazionale nel riparto 2018 è emersa la necessità, da un lato, di presidiare questo flusso di dati per migliorarne la qualità, dall'altro di avere strumenti adeguati che permettano alle regioni la verifica puntuale dei dati stessi. Il progetto EESSI si auspica, inoltre, che possa favorire la tempestività del processo di gestione a carico delle Aziende USL e della definizione dei saldi di mobilità internazionale.

Le Aziende sanitarie sono tenute nel 2019 a mettere in atto tutte le attività necessarie per l'utilizzo a regime dell'applicativo RINA sviluppato per EESSI.

➤ *Indicatore e target:*

- Tempestività nella gestione delle fatture emesse e ricevute e qualità dei dati forniti; target: 100%

Il citato DPR 224/17 prevede, inoltre, un trasferimento delle competenze amministrative e contabili in capo alle Aziende USL relativamente a tutte le richieste di rimborso che saranno presentate alle Rappresentanze diplomatiche a partire dal 08/02/2019 dai cittadini italiani e loro familiari che si rechino in uno Stato estero con il quale non vigono accordi di sicurezza sociale, per svolgervi temporaneamente un'attività lavorativa (assistenza indiretta). A livello regionale è stata adottata la circolare n. 3 del 1° febbraio 2019 finalizzata a fornire indirizzi applicativi del DPR 618/1980 e DPR 224/2017.

Le Aziende sanitarie sono tenute a presidiare questa funzione e all'applicazione delle disposizioni contenute nella circolare regionale.

4.2 Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Anche nel 2018 è proseguito il percorso di evoluzione del sistema regionale di acquisizione di beni e servizi, che ha visto il continuo accentramento delle procedure di gara a livello regionale e di Area Vasta. Ciò è avvenuto anche grazie alla maggiore integrazione dell'Agenzia Intercent-ER e le strutture aziendali e di area vasta deputate all'acquisto di beni e servizi.

Infatti nel 2018 è stato approvato dalla Giunta regionale con Delibera n.744/2018 il nuovo Accordo di Programma tra la Regione Emilia-Romagna e Intercent-ER inerente le attività in capo all'Agenzia. Il nuovo accordo prevede, oltre all'adeguamento degli indicatori di performance, un'evoluzione del sistema di relazione dell'Agenzia con il sistema sanitario regionale, con un maggiore coinvolgimento delle Direzioni delle Aziende Sanitarie nei processi di gestione e monitoraggio degli acquisti di beni e servizi.

In parallelo all'adozione del nuovo Accordo, le procedure e gli standard di elaborazione del MastePlan degli acquisti del sistema sanitario regionale sono stati aggiornati sin base all'adozione del Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti n. 14/2018 che disciplina le modalità con cui le amministrazioni dovranno programmare le acquisizioni di forniture e servizi a partire dal biennio 2019-2020.

Sul fronte della digitalizzazione delle procedure di acquisto, a ottobre 2018 è entrato in vigore a livello nazionale l'obbligo per tutte le amministrazioni di effettuare le procedure di gara in modalità telematica. L'adempimento a tale obbligo è stato pienamente rispettato dal sistema sanitario regionale in quanto la Delibera di Giunta Regionale 2194/2016 aveva già introdotto l'obbligo per le Aziende Sanitarie di utilizzare la piattaforma di e-procurement regionale per l'espletamento di gare di beni, servizi e lavori.

Anche sul fronte del ciclo passivo nel 2018 si è registrato un deciso incremento del tasso di dematerializzazione grazie al progressivo aumento degli ordini e dei documenti di trasporto inviati e ricevuti dalle Aziende Sanitarie attraverso il nodo regionale NoTI-ER.

Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie

Come detto con delibera la Giunta regionale n.744/2018 è stato approvato il nuovo Accordo di Programma tra la Regione Emilia-Romagna e Intercent-ER.

L'obiettivo del nuovo Accordo è che la pianificazione e le strategie di acquisto definite a livello regionale vengano maggiormente condivise dalle Direzioni aziendali; al di là degli obiettivi quantitativi relativamente alla centralizzazione delle procedure e all'utilizzo dell'e-procurement, si è inteso creare maggiore *commitment* delle Direzioni aziendali sullo sviluppo complessivo del sistema, in modo da evitare comportamenti tattici a livello aziendale e fare in modo che le priorità definite siano condivise in tutta l'organizzazione aziendale.

Per realizzare tale obiettivo nel 2019 verrà ulteriormente implementato il sistema di governance degli acquisti, prevedendo:

- incontri di condivisione che coinvolgano, oltre alle strutture aziendali deputate agli acquisti, anche le Direzioni aziendali;
- la definizione di meccanismi di coordinamento che garantiscano una tempestiva ed efficace adesione delle Aziende alle iniziative di acquisto regionali;
- un più intenso e diretto presidio del territorio, con riferimento sia alle strutture deputate agli acquisti sia con gli utilizzatori dei beni e servizi, anche per verificare e risolvere tempestivamente eventuali criticità.

Sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo

La legge 205/2017 (legge di bilancio per il 2018) all'art. 1, commi 410 e seguenti, ha previsto l'obbligo per gli enti del sistema sanitario nazionale di emettere, trasmettere, conservare e archiviare elettronicamente i documenti attestanti l'ordinazione di beni e servizi. Il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze emanato il 7 dicembre 2018 ha fissato la data del 1 ottobre 2019 per l'entrata in vigore dell'obbligo. Anche in questo caso il lavoro condotto negli anni scorsi per la dematerializzazione del ciclo degli acquisti consentirà alle Aziende Sanitarie di adempiere a tale obbligo senza particolari criticità- Occorre tuttavia capitalizzare al massimo le efficienze conseguibili, sfruttando al meglio gli strumenti implementati Per il 2019 si prevede quindi di:

- sviluppare le forme di automatismo nella riconciliazione di fatture, ordini e documenti di trasporto per ridurre risorse impegnate ed errori;
- aumentare il numero di procedure di valore inferiore alla soglia comunitaria gestite attraverso il mercato elettronico regionale al fine di incrementare l'efficienza, la trasparenza e la tracciabilità di tali procedure.

➤ *Indicatori e target:*

- Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi a livello regionale di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno il 45% del totale degli acquisti di beni e servizi;
- Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2019 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore all'85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2019 per le medesime categorie;
- Indizione di almeno 50 richieste di offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, ecc.)
- Completa dematerializzazione degli ordini inviati entro il 31 dicembre 2019.

4.3 Il Governo delle Risorse Umane

In conformità a quanto disposto dall'art. 6 – comma 2 - del D.Lgs. n. 165/2001 (successivamente modificato dal D.Lgs. n. 75/2017), sulla base delle linee di indirizzo fissate con il DM 08/05/2018 e recepite dalla Regione Emilia-Romagna con propria Delibera n. 1412 del 03/09/2018, a decorrere dall'anno 2018 la copertura dei fabbisogni di personale delle Aziende sanitarie è stata pianificata sulla base dell'approvazione dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), che di fatto hanno portato al superamento degli annuali Piani aziendali di Assunzione, quale strumento di programmazione rivolto al reclutamento di personale da parte dagli Enti del SSR, al fine di far fronte alle diverse esigenze operative, in modo da assicurare il regolare svolgimento delle attività e garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

In riferimento ai Piani Triennali dei Fabbisogni del Personale (PTFP), le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di Strutture Complesse, siano coerenti con le linee guida emanate con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015.

Nella fase di redazione ed autorizzazione dei PTFP, sarà assicurata particolare attenzione all'Area dell'Emergenza Urgenza, in quanto a livello regionale si evidenziano criticità che è prioritario superare e adeguare alla domanda assistenziale, processo di adattamento che inciderà sulle valutazioni che saranno effettuate in sede di verifica complessiva dei fabbisogni Aziendali.

Le Aziende del SSR dovranno altresì completare l'implementazione delle procedure dirette a dare applicazione agli indirizzi regionali in materia di superamento del precariato e di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile, contenuti nei diversi protocolli sottoscritti con le Organizzazioni sindacali regionali, sia per il personale del comparto che per quello delle aree dirigenziali, valorizzando tutte le potenzialità racchiuse nelle procedure disciplinate dall'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017 e negli ulteriori strumenti definiti dal legislatore.

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

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

Al fine di ottimizzare i processi di reclutamento del personale ed efficientare le procedure di assunzione, le aziende, in via sperimentale, dovranno programmare le attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato almeno a livello di area vasta.

Presso ciascun Ente del Servizio Sanitario regionale, dal 2019, è divenuta operativa l'applicazione del software unico denominato "Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), in grado di favorire un confronto costante tra le Aziende Sanitarie e la Regione Emilia-Romagna, unificando in tal modo i comportamenti nell'applicazione degli istituti previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro, onde evitare disparità di trattamento tra lavoratori del medesimo comparto contrattuale. Poter disporre delle funzionalità di una banca dati unica, permetterà inoltre di razionalizzare tutti i dati rappresentati in una logica di sistema condiviso e integrato, perseguendo in tal modo l'obiettivo di garantire il governo del sistema centralizzato e di uniformare la struttura e il contenuto di tutte le informazioni inerenti il rapporto di lavoro di ciascuna unità di personale.

Gestione del sistema sanitario regionale e del personale:

Le Aziende del SSR saranno impegnate, altresì, nell'attuazione di progetti e programmi a supporto dei processi di innovazione, di sviluppo e potenziamento alle politiche di integrazione a livello sovra aziendale, per l'accorpamento di attività e funzioni tecnico amministrative, di supporto professionale e sanitario. Dovranno oltremodo essere garantiti il regolare accesso alle prestazioni rivolte all'utenza e la razionalizzazione dei sistemi organizzativi allo scopo di valorizzare professionalmente il personale e favorire la piena e qualificata erogazione dei servizi, nonché la riduzione delle liste di attesa.

In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, anche per l'anno 2019 si ritiene necessario proseguire nell'impegno collettivo al fine di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale. Attraverso incontri periodici ai Tavoli di confronto attivati a livello regionale, provinciale o di Area Vasta, per le materie la cui specificità lo consenta, si cercherà di stabilire, criteri omogenei di interpretazione normativa, analisi e definizione di politiche del personale, anche di livello sindacale, gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale, sistemi di valutazione del merito e dello sviluppo delle competenze professionali e qualsiasi altro argomento che interessi e coinvolga il Sistema sanitario regionale nel suo complesso.

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

Rispetto alle potenzialità offerte dallo sviluppo del suddetto Progetto GRU, ormai operativo presso tutte le Aziende Sanitarie, obiettivo prioritario sarà il pieno utilizzo dei Moduli implementati, in particolare quelli riferiti a "Portale del dipendente", "Formazione" e "Valutazione", predisponendo contestualmente la messa a regime dei moduli "Concorsi" e "Turni", al fine di assicurare il concreto efficientamento dei processi di programmazione e controllo gestionale.

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

Nel corso del 2019 le Aziende dovranno proseguire il percorso di avvicinamento dei propri sistemi di valutazione e valorizzazione del personale al "modello a tendere" condiviso con l'OIV-SSR, nel

rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali di lavoro e della normativa di riferimento e con un pieno utilizzo del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU).

➤ *Indicatori:*

- Rispetto dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati.
- Attuazione e monitoraggio del Piano di avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni e i tempi previsti dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR.
- pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende, in particolare quelli riferiti a "Portale del dipendente", "Formazione" e "Valutazione". Messa a regime ed effettivo utilizzo dei moduli "Concorsi" e "Turni".
- Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti.
- Prosecuzione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta.

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS:

Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali restano improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. A tal fine occorre proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti "precari" e la tutela della genitorialità, con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi (anche in relazione alle opportunità fornite dall'art. 16 del D.L. 98/2011 in tema di risorse derivanti dalle economie di gestione prodotte dai processi di riorganizzazione).

In tale contesto, anche per quanto riguarda il triennio 2019-2021, assumono particolare rilievo gli Accordi siglati tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. Confederali e di Categoria nel corso degli anni 2016, 2017 e 2018, in merito alle politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario, di riduzione e controllo del lavoro precario della Dirigenza medica e non medica e di applicazione delle disposizioni in tema di stabilizzazione del personale "flessibile" di cui al DLGS n. 75/2017, presso le Aziende e gli Enti del SSR della Regione Emilia-Romagna (personale del Comparto)".

Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, le Aziende dovranno garantire, in coerenza con le normative vigenti, l'applicazione delle linee generali di indirizzo sulla contrattazione integrativa aziendale (c.d. confronto regionale) di cui alla DGR n. 2278 del 27/12/2018, per il personale del Comparto, e dai protocolli e atti di indirizzo relativi alla Dirigenza.

Sulla base dell'Accordo sottoscritto con i Sindacati Confederali il 7 settembre 2017, in materia di qualificazione del sistema della formazione universitaria, si ritiene strategica la prosecuzione del progetto di sostegno economico alle attività didattiche, c.d. progetto tutor, anche per il 2019.

➤ *Indicatori e target:*

- Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo o di contrattazione collettiva e integrativa.

Costi del personale:

➤ *Indicatori e target:*

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

4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Come noto, dal 2017 tutte le Aziende sono inserite nel Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile, approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013. Risulta dunque fondamentale consolidare le azioni rivolte alla piena attuazione del Programma regionale di gestione diretta dei sinistri, in coerenza con il contesto normativo e amministrativo di riferimento.

In primo luogo, ad oltre due anni dall'entrata in vigore della Legge 8 marzo 2017, n. 24 *"Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"* - rispetto alla quale, come noto, furono date alle Aziende prime indicazioni operative non vincolanti (nota PG/2017/0302132 del 20 aprile 2017) -, risulta oggi necessario, anche alla luce delle modifiche introdotte dalla L. 11.1.2018, n. 3 ad alcuni istituti, fornire alle Aziende indicazioni più strutturate anche in ordine alle modalità applicative dell'art. 13 L. 24/2017 in tema di *"Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità"*. Pertanto, alle Aziende saranno date nuove indicazioni (presumibilmente tramite circolare) che in parte modificheranno e/o integreranno le Linee di indirizzo per la definizione delle procedure interne di gestione del sinistro, in cui sono indicati requisiti di processo e organizzativi minimi che tutte le aziende devono garantire (dette Linee di indirizzo furono trasmesse alle Aziende nella loro originaria versione con nota pg/2016/0776113 del 20 dicembre 2016).

Le Aziende dovranno uniformarsi anche a livello procedurale interno alle nuove indicazioni. In particolare, sarà anzitutto necessario che le Aziende sanitarie strutturino nell'ambito delle proprie procedure interne di gestione del sinistro tempestivi processi di individuazione e consultazione del personale coinvolto nell'evento fonte di potenziale responsabilità.

L'adeguamento delle procedure interne di gestione dei sinistri alle nuove indicazioni regionali costituirà elemento di valutazione.

➤ *Indicatore e target:*

- Presentazione alla regione delle nuove procedure interne di gestione del sinistro, adeguate ai nuovi indirizzi applicativi forniti dalla regione, entro 45 giorni dalla data di emanazione dei nuovi indirizzi.

Secondariamente, la tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di valutazione risulta fondamentale alla riuscita del Programma. E' dunque indispensabile che le Aziende sanitarie:

- si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: *"Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione"*, approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014, così come precisato anche con nota PG/2019/159500 del 13.2.2019;
- eseguano ciascuna fase di gestione del sinistro (apertura, istruttoria, decisoria e definizione) onde assicurare che entro 6 mesi dalla data di richiesta di risarcimento sia conclusa la fase decisoria interna al CVS, con conseguente trasmissione al Nucleo Regionale di Valutazione – per i sinistri di seconda fascia – della documentazione completa.

Attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria delle pratiche (Presenza della Valutazione medico-legale; Determinazione CVS) costituirà elemento di valutazione.

➤ *Indicatore e target:*

- Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico legale e determinazione CVS entro 31.12; target: >=media regionale

Inoltre, come noto, è disponibile per tutte le Aziende sanitarie un sistema di reportistica che rappresenta il ritorno informativo del sistema "gestione dei sinistri". L'alimentazione del data base costituisce sia adempimento per le aziende, sia lo strumento che permette il monitoraggio dell'effettiva implementazione del percorso di gestione dei sinistri. La corretta alimentazione del database costituirà elemento di valutazione.

➤ *Indicatore e target:*

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

Infine, posto che le Aziende hanno aderito al Programma regionale in tempi diversi, come noto allo stato attuale le Aziende operano ancora secondo una duplice modalità di gestione dei sinistri: a quella diretta, in ritenzione totale del rischio, si affianca in parallelo quella residuale assicurativa, per i sinistri aperti prima dell'ingresso della singola Azienda nel nuovo Programma regionale. A tal proposito, nel corso del 2018 le Aziende hanno sviluppato un primo progetto interno di smaltimento dei casi ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale, con evidenza dei casi per i quali è in corso una vertenza giudiziale o silenti/senza seguito da almeno 5 anni. L'attuazione di detto piano di smaltimento è fondamentale anche per l'anno 2019, anche al fine di progressivamente liberare risorse.

L'aggiornamento e la implementazione di detto piano di smaltimento per l'anno 2019 costituirà elemento di valutazione.

➤ *Indicatore e target:*

- Entro il 31 luglio 2019, invio alla regione del Piano aziendale aggiornato di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al Programma regionale, con evidenza di quelli silenti, di quelli per i quali è tuttora in corso una vertenza giudiziale, e di quelli attivi non giudiziali smaltiti nell'anno 2018 sulla base dei dati indicati nel precedente piano 2018.

4.5 Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

Con la Legge regionale 9/2017 sono state introdotte norme per la migliore attuazione delle disposizioni nazionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza nella pubblica amministrazione da parte delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale.

A questo fine le aziende provvedono a garantire la piena applicazione di quanto previsto da tale norma, in coerenza anche con quanto stabilito a livello nazionale. In particolare, tenuto conto dell'approvazione con DGR 96 del 29/01/2018 dello schema-tipo di codice di comportamento, le Aziende devono completare l'attivazione delle misure ivi previste per la gestione anche documentale dei conflitti di interesse (resa possibile grazie alle funzionalità ormai a regime del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" - GRU). Le Aziende devono inoltre disciplinare, in attuazione di quanto previsto all'art.16 dello schema tipo del codice di comportamento, la materia della "formazione sponsorizzata".

Le Aziende dovranno seguire le indicazioni condivise nel Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione istituito con Determina del Direttore Generale n.19717 del 5/12/2017.

➤ *Indicatori e target*

- avvenuta approvazione della regolazione della materia " *formazione sponsorizzata*" entro la fine del 2019-(target 2019:>=70%)
- % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2019- (target 2019:>=90%)

Rispetto al tema del conflitto di interesse si richiamano la DGR 69/2019, contenente Indirizzi per la gestione dei conflitti di interesse dei componenti di commissioni e gruppi di lavoro che svolgono attività di valutazione e decisione su farmaci e dispositivi medici o di elaborazione di linee guida o di percorsi diagnostico terapeutici, attivi all'interno della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare Regione Emilia- Romagna e la successiva Determinazione n. 1896 del 4 febbraio 2019 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, con la quale è stata adottata una specifica procedura volta a garantire che l'attività dei componenti dei gruppi di lavoro sia condotta con obiettività e indipendenza di giudizio e non vi interferiscano interessi dei componenti che potrebbero influenzarne l'imparzialità nelle valutazioni e nelle decisioni. La determinazione 1896/2019 affronta uno snodo fondamentale su cui nessuna normativa finora ha prodotto strumenti attuativi: la gestione esplicita dei conflitti di interesse, definendo modalità di esame degli interessi, di attribuzione del livello di rischio e determinando le conseguenti restrizioni.

E' in corso di adozione un provvedimento della Giunta finalizzato al potenziamento delle misure di prevenzione e di contrasto degli eventi corruttivi in ambito funerario nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e nelle strutture socio-sanitarie a carattere residenziale accreditate; si prevede l'introduzione di una procedura diretta all'accREDITAMENTO delle imprese di onoranze funebri che accedono ai locali delle camere mortuarie e locali annessi delle strutture sopra richiamate e la valutazione e qualificazione delle procedure attualmente adottate in ambito funerario dalle medesime strutture al fine di favorire l'adozione di modalità operative uniformi per la gestione, in ambito sanitario, dei decessi. Le Aziende sono tenute ad assicurare tempestivamente la conformità alle norme ed alle indicazioni regionali; le procedure aziendali devono assicurare in materia altresì la puntuale implementazione del Codice di comportamento di cui allo schema tipo approvato con la già citata DGR n.96/2018.

Con riferimento alle misure inerenti la rotazione del personale, previste nei piani triennali di prevenzione della corruzione, assume particolare rilievo, viste le numerose relazioni con soggetti esterni, la definizione di criteri e modalità per l'applicazione della rotazione, sia territoriale che funzionale, del personale veterinario operante nei controlli delle aziende zootecniche. In quest'area, la rotazione programmata del personale, resa possibile dalla dimensione dei Servizi veterinari aziendali e dalla numerosità delle imprese da controllare, insieme ad una attenta valutazione delle dichiarazioni di potenziale conflitto di interessi, da richiedersi specificatamente, costituisce una delle principali forme di prevenzione dei fenomeni corruttivi.

4.6 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

Le Aziende Sanitarie provvedono a garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con la normativa nazionale e con le indicazioni dell'Autorità Garante, e a livello regionale, attraverso la condivisione e il rispetto delle indicazioni del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle Aziende e degli Enti del SSR, istituito con determinazione n. 15305 del 25/09/2018 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.

➤ *Indicatori e target*

- Attività formativa e informativa rivolta ai soggetti designati ex art. 2 quaterdecies del D.lgs. 196/2013 s.m.i. e in generale ai soggetti definiti nella delibera aziendale di definizione delle responsabilità in materia di protezione dei dati personali adottata della singola Azienda ; Target: almeno 2 incontri formativi
- Aggiornamento del registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE 2016/679) e recepimento delle indicazioni regionali in relazione all'adozione di un software unico di gestione; Target: 100%;
- Predisposizione di un documento aziendale (regolamento, procedura) di definizione della policy aziendale in tema di trattamento dei dati personali Target: 100%.

4.7 Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

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

Information Communication Technology (ICT)

Fascicolo Sanitario Elettronico

Incremento delle funzionalità del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), quale unico strumento di comunicazione online con i cittadini per la consegna dei referti, per il pagamento e la prenotazione telematica. Recepimento del Decreto 4 agosto 2017 "*Modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'art. 12, comma 15-ter del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221*" ; in particolare dovranno essere adeguati tutti i sistemi aziendali all'invio dei documenti clinici individuati come nucleo minimo e quelli integrativi ritenuti strategici per la regione Emilia-Romagna.

Le Aziende entro il 31/12/2019 devono adattare i loro software all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale, nonché alla diffusione dei servizi esposti sul FSE come cambio/revoca MMG/PLS, offerta prenotazioni on line, pagamenti on line.

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

➤ *Indicatori e target*

- % documenti prodotti nella regione per i propri assistiti rispetto alle tipologie individuate a livello regionale da mettere a disposizione dell'infrastruttura di FSE.
(Numero di referti digitalizzati in CDA2 o in altro formato / ricette ambulatoriali (comma 5, ovvero ricette rosse e dematerializzate), aggregate per singolo assistito – struttura – dato) - Target: 90%
- % documenti prodotti nella regione solo per i propri assistiti che hanno espresso il consenso.
(Numero di referti digitalizzati in CDA2 per l'anno 2019 (cumulato da gennaio a dicembre) calcolato per i soggetti per i quali risulta il consenso all'alimentazione / insieme dei referti prodotti dall'azienda per l'anno 2019 calcolato solo per i soggetti per i quali risulta il consenso all'alimentazione)- Target: 100%

Prescrizioni dematerializzate

L'adempimento al D. Lgs. 179/2012 relativo alla dematerializzazione delle prescrizioni e ormai in fase di messa a regime, le Aziende entro la fine del 2019 devono concludere l'adeguamento di tutti i software coinvolti nella gestione della ricetta dematerializzata in particolare devono sensibilizzare i prescrittori verso l'utilizzo dello strumento e il personale amministrativo per la corretta presa in carico ed erogazione. Inoltre, le Aziende devono accettare la completa dematerializzazione del percorso di prenotazione, erogazione e pagamento ticket delle prestazioni sanitarie senza richiedere più all'assistito documentazione cartacea. Andranno favoriti i percorsi regionali di superamento della stampa del promemoria.

➤ *Indicatori e target*

- invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate; Target: 100%
- implementazione delle politiche per non richiedere più documentazione cartacea all'assistito; Target: 100%

Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi

Le Aziende Sanitarie nel corso del 2019 devono utilizzare esclusivamente i servizi esposti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare suddivisi in due macro-categorie:

- servizi dell'Anagrafe Strutture: consentono di ottenere informazioni anagrafiche relative alle strutture fisiche, alle strutture erogatrici ed agli enti (titolari e gestori) che sono archiviati nella banca dati dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- servizi di decodifica: consentono di visualizzare le informazioni relative alle decodifiche (dizionari) che sono archiviate nel database regionale delle tabelle di riferimento (metadati).

➤ *Indicatore e target*

- % servizi interrogati/servizi resi disponibili. Target: 95%

Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di Pronto Soccorso e Ricovero Al fine di consentire la digitalizzazione del processo organizzativo-gestionale che si origina con la produzione dei certificati di malattia nel corso del 2019 le Aziende Sanitarie dovranno garantire l'invio dei certificati di malattia telematici INPS prodotti durante gli eventi di Pronto Soccorso e Ricovero ospedaliero, per adempire a quanto previsto dal Decreto 18 aprile 2012.

➤ *Indicatori e target*

- Numero dei certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Pronto Soccorso: Target 80%
- Numero dei certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Ricovero ospedaliero: Target 80%

4.8 Sistema Informativo

Negli ultimi anni è stato implementato un sistema di reportistica (PREDEFINITA, DINAMICA, INSIDER) che ha contribuito al miglioramento per quanto riguarda la qualità e la completezza dei flussi informativi. Gli obiettivi 2018 di interconnessione dei flussi NSIS sono stati raggiunti con ampia soddisfazione. Nel 2019 gli obiettivi saranno rivolti al miglioramento e completezza dei flussi che riguardano le reti cliniche (DBO, DB clinici) e flussi specifici quali ASA (attivazione flusso Day Service Ambulatoriale, PS (miglioramento del tempo di boarding, processo etc.), SDO (area chirurgica con particolare attenzione ai flussi SSCL, SICHER) e flusso HIV (nuova attivazione).

Inoltre, come già avviato nell'anno 2018, si procederà a miglioramento della rendicontazione di area tematiche specifiche (trasversale a tutti i flussi), quali: STP e detenuti
Gli indicatori utilizzati nell'2018 (tempestività e variabilità) hanno evidenziato un miglioramento comune a tutte le aziende che per essere mantenuto verranno trasformati in osservazione e non saranno più parte degli obiettivi di valutazione.

➤ *Indicatori e target:*

o **DB oncologico**

- linkage flusso SDO e ASA: Target >80%
- riduzione dell'utilizzo della codifica "non noto" nelle variabili:
Target tutti tumori [istotipo: <5%, stadio: <15%],
Target tumore alla mammella [estrogeni: <20%, progesterone: <20%,
Ki67: <25%; HER2-ihc: <30%; HER2-ish: <40%]

o **DB clinici**

- linkage flusso SDO con congruenza all'intervento: Target >90%

o **PS**

- % scarti delle schede con P210,P356: Target <5%
- % segnalazione delle schede con P211: Target <5%

o **SDO**

- campo check list di sala operatoria: Target 0% compilato con 0 o 1 a fronte di codice procedura 00.66
- codice procedura 00.66 : Target 100% codifica codice del reparto sede di emodinamica (all'interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service)
- Ricoveri programmati con data di prenotazione=data ammissione: Target <= al 5% (segnalazione 0159 campo B018)

o **FLUSSO HIV** trasmissione del flusso nei tempi programmati: Target 100%

o **DSA** trasmissione del flusso nei tempi programmati: Target 100%

4.9 Gestione del Patrimonio Immobiliare

4.9.1 Gli investimenti

Aggiudicazione degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" nel rispetto della tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 così come modificato dall'art. 1 comma 436 della L. 27 dicembre 2017 n. 205.

Trasmissione nei tempi programmati della documentazione necessaria per la predisposizione del Documento programmatico del prossimo Accordo di programma (proposta delibera CIPE programma investimenti art. 20 legge 67/1988).

Rispetto tempistica prevista da INAIL nel caso di interventi urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, ai sensi dell'articolo 1, commi 602 e 603, della legge 11 dicembre 2016, n. 232.

Presentazione, nel corso del 2019, delle richieste di liquidazione a saldo dei finanziamenti assegnati a interventi conclusi e attivati che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo.

➤ *Indicatori e target*

- Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'Accordo di Programma Addendum. Target: 100%
- Trasmissione richieste di liquidazione a saldo relative a interventi conclusi e attivati. Target: Richieste di liquidazione per un importo pari al 100% del residuo relativo a interventi conclusi e attivati.

Prevenzione incendi e sismica

Monitoraggio degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015), in coerenza con la pianificazione degli investimenti.

Azioni di miglioramento sismico negli edifici delle Aziende sanitarie (definiti strategici ai sensi DGR 1661/2009) secondo le indicazioni fornite dalle "Linee di indirizzo per la gestione del rischio sismico nelle strutture sanitarie" emanate dalla Regione Emilia-Romagna (marzo 2018)

Aggiornamento delle informazioni relative ai Complessi Immobiliari (CI) delle Aziende sanitarie nel sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC)

➤ *Indicatori e target*

- Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sismica e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie. Target 100%

Manutenzione

Monitoraggio della manutenzione ordinaria degli immobili delle Aziende sanitarie, "monitoraggio manutenzione ordinaria" attraverso il progetto di AGENAS.

➤ *Indicatori e target:*

- Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria. Target: 100%

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia e alla gestione ambientale, in coerenza con la pianificazione degli investimenti, e in applicazione dei Criteri Ambientali Minimi per l'affidamento dei servizi di progettazione e lavori per la nuova costruzione, ristrutturazione e manutenzione di edifici pubblici approvati con DM 11/10/2017. Monitoraggio delle azioni in materia di uso razionale dell'energia e gestione dei rifiuti sanitari.

Aggiornamento delle informazioni relative ai Complessi Immobiliari (CI) delle Aziende sanitarie nel sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC)

➤ *Indicatori e target*

- Correttezza dati e rispetto dei tempi previsti dai monitoraggi attivati con i sistemi informativi regionali (energia, rifiuti). Target: 100%

4.9.2 Tecnologie Biomediche

Le Aziende Sanitarie devono massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative, garantendone un utilizzo sicuro ed efficiente.

In particolare l'utilizzo delle Grandi Apparecchiature Sanitarie, di cui al DM 22 aprile 2014 e ulteriori (TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari, Robot chirurgici, Gamma Camere, TAC/Gamma Camere, TAC/PET, Mammografi, Angiografi) deve essere ottimizzato e alle azioni sulla appropriatezza delle prestazioni si devono affiancare azioni contro la potenziale obsolescenza degli impianti. L'eventuale diminuzione della numerosità delle installazioni non costituisce di per sé, nel nostro contesto regionale, una limitazione di accesso alle prestazioni.

Gli anni di servizio delle Grandi Apparecchiature (GrAp) dovranno essere contenuti, come media aziendale, al di sotto degli 8 anni.

La fonte per la rilevazione sarà il flusso Ministeriale NSIS – GrAp, che assieme ai dati per l'Osservatorio Tecnologie (OT, installato regionale delle tecnologie biomediche e dati di attività) costituisce un obbligo informativo.

Dovranno inoltre essere sottoposte a istruttoria tecnico-scientifica da parte del Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB) le nuove installazioni di tecnologie e software-DM aventi i seguenti requisiti (PG/2016/680403):

- Grandi Apparecchiature oggetto del flusso ministeriale DM 22 aprile 2014 e ulteriori;
- di rilevante impatto economico riferite a tecnologia singola o di sistema che realizza la medesima funzione (di importo superiore alla soglia comunitaria europea); tecnologie innovative (non presenti sul territorio regionale).

➤ *Indicatori e target*

- Trasmissione flusso ministeriale NSIS-GrAp e flusso regionale OT secondo scadenze prestabilite. Target: 100%
- Tutte le tecnologie aventi i requisiti definiti in PG/2016/680403 dovranno essere sottoposte a istruttoria preliminare all'acquisizione (o alla reinstallazione in diverso presidio) al GRTB. Target: 100%
- Potenziale obsolescenza dell'installato: media degli anni di servizio per le Grandi Apparecchiature < 8 anni. Target 100%

$$\frac{\sum_{i=1}^N \text{Data (31/12/2019)} - \text{Data (Collaudo NSIS - GrAP)}}{N \text{ Apparecchiature Aziendali NSIS - GrAP}} < 8 \text{ anni}$$

4.9.3 Il governo delle tecnologie sanitarie e l'attività di Health Technology Assessment (HTA)

Con atto n.157 del 21 settembre 2017, in sede di conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome, è stata sancita l'Intesa sul documento strategico per l'*Health Technology Assessment dei dispositivi medici*, definito Programma Nazionale HTA dispositivi medici (PNHTADM).

Tale Intesa è volta a sostenere la rete nazionale di collaborazione tra le regioni per la definizione e per l'utilizzo di strumenti per il governo delle tecnologie sanitarie e per l'HTA, favorendo lo sviluppo di un modello istituzionale di HTA che garantisca l'azione coordinata dei livelli nazionale, regionali e delle aziende accreditate del SSN per il governo dei consumi dei dispositivi medici a tutela dell'unitarietà del sistema, della sicurezza e della salute dei cittadini.

Il documento strategico, predisposto dalla Cabina di Regia, di cui la Regione Emilia-Romagna è componente, prevede ed illustra le fasi del PNHTADM nelle quali sono parti attive le regioni e le loro aziende sanitarie: l'identificazione delle necessità valutative, la selezione e prioritizzazione delle valutazioni di tecnologie e interventi sanitari; l'organizzazione delle attività tecnico-scientifiche di assessment; l'organizzazione delle attività di appraisal ; l'integrazione delle conclusioni nelle decisioni e il monitoraggio della loro adozione.

Al Capitolo 3 del documento strategico, “*Segnalazione e prioritizzazione delle tecnologie da valutare con procedure HTA*”, si prevede che le proposte di valutazione delle tecnologie innovative possano essere avanzate alla Cabina di Regia, tra gli altri, dalle aziende sanitarie e dai professionisti del SSN per il tramite delle Regioni.

Le Aziende Sanitarie dovranno pertanto garantire attiva partecipazione ai processi di segnalazione delle tecnologie sanitarie, con il pieno e diretto coinvolgimento dei professionisti, dei pazienti e dei cittadini e loro associazioni, al fine di garantire che il PNHTADM sia strumento di raccolta e presa in considerazione delle istanze di tutti i soggetti appartenenti al SSR, nel rispetto delle regole di accessibilità e trasparenza. Le segnalazioni dovranno essere effettuate tramite il sistema di notifica predisposto da Agenas e disponibile all’indirizzo <http://htadm.agenas.it/>, previa approvazione della Commissione dei Dispositivi Medici di Area Vasta di riferimento e comunicazione alla Commissione Regionale per i Dispositivi Medici.

Con riferimento ai Centri collaborativi, quali soggetti facenti parte del PNHTADM, la Regione Emilia-Romagna ha individuato quale proprio Centro collaborativo regionale l’Azienda USL- IRCCS di Reggio Emilia. La Regione, sulla base dei criteri di accreditamento definiti da Agenas in attuazione della legge n.205/2015 comma 552, ha presentato domanda di ammissione all’Albo nazionale dei Centri Collaborativi regionali dichiarando la capacità dell’Azienda USL- IRCCS di Reggio Emilia di produrre documenti di HTA e il possesso delle competenze specifiche relative alle diverse dimensioni di valutazione. Il Centro collaborativo regionale dovrà assumere gli incarichi di valutazione che verranno attribuiti dalla Cabina di Regia e contribuire alle eventuali raccolte dati o survey necessarie alle valutazioni attivate dal PNHTADM.

L’Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia inoltre continuerà a svolgere per conto della Regione Emilia-Romagna le attività tecnico-scientifiche richieste dalla collaborazione alla Joint Action 3 di EUnetHTA (European Network in HealthTechnology Assessment), co-finanziata dalla Commissione Europea.

Con riferimento al Cap.2 “Prodotti attesi” del documento strategico, ove si specifica che la Cabina di Regia produce un insieme di documenti connessi alle attività di HTA da comunicare ai decisori nazionali e regionali per i livelli di rispettiva competenza, l’Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia dovrà supportare la Direzione Generale della Cura della Persona, Salute e Welfare nelle attività di diffusione e disseminazione dei rapporti di HTA prodotti sia nell’ambito del PNHTAM che nell’ambito della collaborazione europea EUnetHTA.

Per le Aziende sanitarie

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Designazione di un referente aziendale per la compilazione delle segnalazioni di tecnologie sanitarie da proporre a valutazione	Sì
Evidenza di partecipazione ai processi istituiti dalle Commissioni DM di Area Vasta, per la prioritizzazione delle segnalazioni di tecnologie da proporre a valutazione	Sì
Evidenza di adempimento alle richieste di informazioni relative all’utilizzo locale di tecnologie sanitarie, effettuate dai Centri Collaborativi e da Agenas per conto del PNHTADM.	Sì

Per Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Evidenza di adempimento degli incarichi attribuiti dalla Cabina di Regia e approvati dalla Direzione Generale della Cura della Persona, Salute e Welfare	Sì
Evidenza di adempimento degli obblighi richiesti dalla partecipazione alla Joint Action 3 EUnetHTA	Sì

5 Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Gli ambiti prioritari di attività che richiedono un impegno specifico da parte delle Aziende nel 2019 sono:

- la partecipazione al processo di riordino dei Comitati Etici e al rilancio del sistema ricerca e innovazione nel Servizio Sanitario Regionale,
- il supporto al Piano Sociale e Sanitario,
- il contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza sanitaria,
- la partecipazione ai progetti di innovazione sociale,
- il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento,
- la formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.

Gli obiettivi da raggiungere nel 2019 vengono indicati di seguito.

Riordino dei Comitati Etici e rilancio del sistema ricerca e innovazione

Come previsto dalla DGR 2327/2016 dal 01/01/2018 sono stati istituiti tre Comitati Etici di Area Vasta che accorpano i nove preesistenti. Nel 2019 verrà avviato l'utilizzo della piattaforma informatica regionale licenziata a fine 2018 e per la quale è in corso la messa a punto di interfacce con i sistemi aziendali di protocollazione. Nel 2019 verranno anche avviate le azioni previste da un documento di rilancio del sistema di ricerca e innovazione del Servizio Sanitario Regionale in corso di approvazione.

Si richiede la collaborazione di tutte le segreterie dei Comitati Etici (sia centrali che locali) nella attivazione e corretta alimentazione della piattaforma e la partecipazione delle Aziende Sanitarie alle azioni che scaturiranno dall'approvazione del documento regionale.

➤ Indicatori e target:

- le Aziende dovranno assicurare la collaborazione delle Segreterie dei CE nella fase di attivazione della piattaforma. Target: alimentazione della piattaforma secondo i tempi e i modi che verranno definiti a livello regionale.
- Le Aziende dovranno assicurare la partecipazione ai gruppi di lavoro che verranno attivati in conseguenza dell'approvazione del documento regionale.

Supporto al Piano Sociale e Sanitario

Medicina di genere (Scheda 9)

Affinché la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del sistema, si rende necessario procedere attraverso diverse azioni. In primo luogo si individua l'attivazione di un coordinamento "Medicina di genere ed equità", nella direzione generale Cura alla Persona, Salute e Welfare per analizzare le azioni trasversali implementate nella prospettiva di genere e promuovere iniziative di confronto finalizzate alla loro armonizzazione e verifica.

In secondo luogo l'adozione da parte di tutte le Aziende sanitarie dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare si definisce come obiettivo da realizzare nell'arco di vigenza del Piano: per testare la fattibilità e definire modelli e strumenti d'intervento utili a raggiungere l'obiettivo, si prevede che in fase di primo avvio almeno in un territorio regionale si sperimenti l'approccio di medicina di genere e se ne verifichino gli esiti, l'appropriatezza clinico-diagnostica, organizzativa, terapeutica ecc.

➤ *Indicatori e target:*

- Le aziende dovranno assicurare l'attivazione di almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati, inserendo tali attività nel programma aziendale sull'equità

Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti (Scheda 11)

Le disuguaglianze sociali e l'equità in ambito sanitario rappresentano uno dei temi cruciali per le politiche pubbliche: non sempre, infatti, i processi dell'organizzazione quotidiana dei servizi prendono in considerazione la pluralità delle differenze e riescono a produrre un'eguaglianza sostanziale nella realizzazione del diritto alla salute e al benessere sociale, quanto piuttosto riproducono le disuguaglianze sociali pre-esistenti (o ne producono di nuove).

Il documento dell'OMS "Governance for health equity" (2003) traccia le principali strategie per tradurre in pratica il concetto di equità: politiche e programmi intersettoriali, assunzione di un approccio intercategoriale e non targettizzante, assunzione di pratiche "empowering", lavoro di rete, promozione di comportamenti pro-attivi.

Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale nel sistema regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari è necessario prevedere:

- a) azioni di sistema, cioè indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità, ma che imprimano trasformazioni del sistema servizi nel suo complesso;
- b) azioni che pongano lo sguardo sia all'interno delle organizzazioni/istituzioni (diversity management), sia verso l'esterno (fruitori dei servizi, utenti, familiari).

➤ *Indicatori e target:*

Tutte le aziende dovranno:

- Adottare un piano aziendale delle azioni sull'equità nel rispetto delle differenze, quali strumenti di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione attraverso il coordinamento del referente aziendale per l'equità e il supporto del board aziendale (o altre forme di contributo);
- Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità&Diversità.
- Utilizzare almeno uno strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assessment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale.

Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)

Tra gli strumenti previsti nell'ambito della Programmazione locale per la salute e il benessere locale, in relazione al Piano Sociale e sanitario 2017-2019, vi è il Community Lab. È una metodologia che attiva processi di innovazione, ricerca e pratica connessa alla capacità degli attori sociali coinvolti di generare processi di empowerment di comunità. In particolare, è possibile l'utilizzo del Community Lab nei Piani di Zona seguendo le Linee Guida "La programmazione partecipata per un welfare pubblico di comunità" (Bologna,2017).

Sono quindi prevedibili due direzioni principali di applicazione:

- a) Potenziare il rapporto tra servizi territoriali e comunità di riferimento in una prospettiva di sviluppo di empowerment di comunità in particolare in riferimento alla promozione alla salute;
- b) Utilizzare il metodo Community Lab per accompagnare le sperimentazioni locali di partecipazione delle comunità nella programmazione locale.

➤ *Indicatori e target:*

- Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto al percorso Community Lab programmazione locale partecipata e promozione alla salute.

Health Literacy (Scheda 27)

L'health literacy rappresenta il grado della capacità degli individui di avere accesso comprendere ed utilizzare le informazioni sanitarie per favorire e mantenere una buona salute. Studi internazionali dimostrano che i pazienti si sentono in imbarazzo perché non hanno capito ciò che dice il medico e sono riluttanti ad interrompere per fare domande mentre i professionisti sanitari utilizzano termini scientifici parlano rapidamente ed interrompono il paziente. Possedere una buona health literacy è premessa di un dialogo costruttivo tra professionisti sanitari e persone. Diventa importante investire sulla formazione dei professionisti, produrre e rivedere materiale informativo in modalità partecipata con pazienti e caregiver e favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie.

- *Indicatori e target:*
 - Realizzare almeno una formazione a livello aziendale su health literacy
 - Produrre almeno 1 materiale informativo in modo partecipato con pazienti e caregiver

Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali (Scheda 34)

La strategia che qui si intende delineare è costituita da elementi che rafforzino i presupposti di base necessari al lavoro integrato e multi-professionale. Le azioni da sviluppare mirano:

- alla formazione-intervento nell'ambito del networking (cura della rete) e knotworking (cura del nodo) in quanto processi basilari per l'integrazione utilizzando "l'approccio dialogico" finlandese nell'ambito del Programma adolescenza;
- all'accompagnamento alla sperimentazione di alleanze tra università e servizi nella prospettiva di riconoscere il territorio come luogo della formazione "situata" sul lavoro in equipe multi-professionali;
- alla diffusione di strumenti regionali per promuovere forme di scambio tra i territori, anche favorendo l'acquisizione della metodologia del Community Lab e il trasferimento degli strumenti organizzativi facilitanti il lavoro di rete e l'integrazione tra servizi e professionisti.

- *Indicatori e target:*
 - Partecipazione di almeno una azienda sanitaria di area vasta alla formazione-intervento sull'approccio dialogico nell'ambito del Programma adolescenza in accordo con gli enti locali.

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Il problema dell'antibioticoresistenza, legato sia all'uso non responsabile di antibiotici che alla trasmissione di infezioni in ambito assistenziale, richiede attenzione continua e interventi mirati. In particolare, bisogna promuovere, nel rispetto degli assetti organizzativi proposti dalle linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo DGR 318/2013, l'implementazione delle attività specifiche contemplate nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2019. Nel 2018, inoltre, è stato recepito a livello regionale il Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobicoresistenza (DGR 1021/2018) ed è stato costituito un Gruppo tecnico di lavoro per l'implementazione del PNCAR a livello regionale (Determinazione della Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare Num. 5590 del 20/04/2018).

Gli elementi a cui dare priorità sono:

- sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER),
 - *Indicatori e target:*
 - % di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento primo semestre dell'anno); Target: 75% di interventi sorvegliati;
- sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MAppER,
 - *Indicatori e target:*
 - Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario; Target: 20 litri per 1000 giornate di degenza.
- estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie, attraverso la predisposizione di una reportistica aziendale specifica,
 - *Indicatori e target:*
 - Predisposizione di un report annuale di AUSL sul consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate.
- stretto monitoraggio delle attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi.
 - *Indicatori e target:*
 - (indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP) % Ospedali dell'Azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert); Target: 100% di Ospedali dell'Azienda partecipanti.

Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Con la DGR 1943/2017 sono stati approvati i nuovi requisiti generali di accreditamento che sostituiscono integralmente quelli presenti nella DGR 327/2004; con la stessa DGR si stabilisce che tali requisiti si applicano ai processi direzionali e trasversali dell'intera organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private; pertanto i suddetti requisiti sono applicati prioritariamente a livello delle Direzioni delle diverse organizzazioni sanitarie; si passa dunque dal livello dipartimentale, storicamente oggetto di accreditamento, all'accREDITAMENTO di tutta l'Azienda sanitaria.

Nel 2018 sono iniziate le attività di verifica sulle strutture sanitarie, e per quanto riguarda le Aziende sanitarie pubbliche il 2019 prevede la conclusione di tali attività.

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

- Implementare nel sistema di gestione aziendale le caratteristiche richieste dai requisiti di accreditamento deliberati con DGR 1943/2017, misurando il grado di adesione dei processi direzionali agli stessi requisiti, mediante autovalutazione ed audit interno, predisponendo le

evidenze a supporto e le eventuali azioni di miglioramento necessarie anche a seguito degli audit esterni.

➤ *Indicatori e target:*

- produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione. Target: Sì
- Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei requisiti di accreditamento, svolta tramite i valutatori inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della stessa ASSR, appartenenti alle Strutture sanitarie, garantendo la loro partecipazione sia alle visite di verifica, a seguito di convocazione formale, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze.
 - *Indicatori e target:*
 - numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori pre-convocati (target 70%).

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

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

Gli obiettivi per il 2019 in ciascuna Azienda sono la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione:

➤ *Indicatori e target:*

- progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di misurare il trasferimento gli apprendimenti al contesto lavorativo. Target: almeno 4
- progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative. Target: almeno 3