

**ALLEGATO B**
**GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE 2022**

<b>Premessa</b>	<b>4</b>
<b>1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</b>	<b>6</b>
1.1. Piano Regionale della Prevenzione e Legge Regionale n. 19/2018	6
1.1.1. Piano Regionale della Prevenzione	6
1.1.2. Legge Regionale n. 19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria"	6
1.2. Sanità Pubblica	6
1.2.1. Epidemiologia e sistemi informativi	6
1.2.2. Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	7
1.2.3. Implementazione del Piano di prevenzione vaccinale e monitoraggio legge 119/2017 (inerente disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale)	8
1.2.4. Programmi di screening oncologici	10
1.2.5. Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	10
1.2.6. Strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio sanitaria	11
1.3. Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	12
1.4. Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	13
1.5. PNRR - Corsi di formazione in infezioni ospedaliere - Action Plan	14
<b>2. Assistenza Territoriale</b>	<b>15</b>
2.1. Potenziamento dell'assistenza territoriale	15
2.2. Cure palliative	16
2.3. Assistenza Domiciliare Integrata - Continuità assistenziale – dimissioni protette	17
2.4. Migranti e Vulnerabilità	17
2.5. Percorso nascita	18
2.6. Percorso IVG	18
2.7. Contrasto violenza	18
2.8. Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	19
2.10. Salute Mentale, Dipendenze Patologiche (tutte le AUSL)	21
2.11. Salute nelle carceri (AUSL con sede carcere)	23
2.12. Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	24
<b>3. Assistenza Ospedaliera</b>	<b>27</b>
3.1. Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	28
3.2. Appropriatelyzza, utilizzo efficiente della risorsa posto letto, controlli sanitari, ricoveri interni ed esterni, codifica delle schede di dimissione ospedaliera	28
3.3. Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	29

3.4.	Reti cliniche di rilievo regionale	31
3.4.1.	Rete Cardiologica e Chirurgica Cardio-vascolare	31
3.4.2.	Rete dei Centri di Senologia	32
3.4.3.	Rete tumori ovarici	32
3.4.4.	Rete per la Terapia del dolore	32
3.4.5.	Reti per le patologie tempo-dipendenti	33
3.4.6.	Rete Neuroscienze	33
3.4.7.	Rete Malattie Rare	34
3.4.8.	Reti dei Tumori rari	35
3.4.9.	Rete delle cure palliative pediatriche (CPP)	35
3.4.10.	Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie	35
3.4.11.	Screening neonatale oftalmologico	35
3.5.	Centri di riferimento regionali	36
3.6.	Volumi-esiti	36
3.7.	Emergenza ospedaliera	37
3.8.	Attività trasfusionale	40
3.9.	Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	41
3.10.	Accreditamento	43
3.11.	Sicurezza delle cure	44
3.12.	Sviluppo e miglioramento della qualità delle cure	45
3.13.	Governo dei farmaci e dei dispositivi medici	47
<b>4.</b>	<b>Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa</b>	<b>60</b>
4.1.	Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA	60
4.1.1.	Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	61
4.1.2.	Le buone pratiche amministrativo-contabili	61
4.1.3.	La regolazione dei rapporti con i produttori privati	62
4.1.4.	Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	63
4.2.	Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi	69
4.3.	Il Governo delle Risorse Umane	70
4.4.	Programma regionale gestione diretta dei sinistri	73
4.5.	Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	75
4.6.	Sistema di audit interno	75
4.7.	Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	76
4.8.	Piattaforme informatiche più forti ed investimenti in biotecnologie e strutture per il rilancio del SSR	76
4.8.1.	Fascicolo sanitario elettronico/Portale SOLE	77
4.8.2.	Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88	77
4.8.3.	Interventi già ammessi finanziamento	79

4.8.4.	Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19 (Art 2, DL 19 maggio 2020, n.34)	79
4.8.5.	Piano investimenti: interventi di cui alla scheda 3	80
4.8.6.	Attività per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)_ Missione Salute	80
4.8.7.	Fondo Dopo di Noi	81
4.8.8.	Iniziative per la razionalizzazione dei consumi energetici e riduzione dell'impatto ambientale delle attività del SSR	81
4.8.9.	Progetto regionale Telemedicina	81
4.8.10.	Tecnologie Biomediche	82
4.8.11.	Sistema Informativo	83
<b>5.</b>	<b>Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</b>	<b>86</b>
5.1.	Sistema ricerca e innovazione regionale	86
5.2.	Innovazione nei servizi sanitari e sociali	86
5.3.	La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie	89
5.4.	Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento	89

## **Premessa**

La presente *delibera di programmazione* declina nel dettaglio le azioni che le Aziende del Servizio Sanitario Regionale devono attivare per raggiungere gli obiettivi, in una logica che ottimizzi le risorse disponibili con il fine di garantire ai cittadini dell'Emilia-Romagna un accesso universalistico, equo e sicuro alle cure.

Il riferimento sul quale incardinare la programmazione sanitaria del 2022 resta sempre e comunque *Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR)* che la Giunta regionale annualmente predisponde; documento che delinea, nel caso specifico, le politiche sanitarie e i macro-obiettivi sistemici da perseguire.

La programmazione sanitaria dell'anno 2022 risulta condizionata significativamente dal mancato finanziamento dei maggiori costi che le Regioni stanno sostenendo per la gestione della pandemia, a partire da quelli relativi all'organizzazione della campagna vaccinale autunnale e che ad oggi non trovano copertura nelle risorse previste dai decreti emergenziali stanziati per l'anno 2022. Il sistema sanitario deve inoltre farsi carico del considerevole aumento dei costi determinato dall'incremento dei prezzi delle fonti energetiche, a fronte di un finanziamento di appena 200 milioni previsto dal Decreto Legge n. 50/2022.

E' necessario considerare che le Regioni e le Aziende sanitarie sono altresì impegnate per assicurare contemporaneamente nell'anno 2022 la *gestione dell'emergenza da Covid-19* che sta proseguendo anche nell'anno in corso, il *recupero delle prestazioni sanitarie non urgenti che sono state rinviate nella prima fase pandemica*, la *progressiva attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR) e del Decreto Ministeriale n. 77/2022* concernente il Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN.

A tal fine, costituiscono obiettivi prioritari per le Aziende sanitarie, a cui è correlato il 70% della retribuzione di risultato la *garanzia della sostenibilità economica*, il *recupero delle liste d'attesa e l'attuazione degli interventi previsti dal PNRR per l'anno 2022*; alla rimanente quota del 30% i restanti obiettivi definiti nel presente quadro di programmazione.

Con riferimento alla garanzia della sostenibilità economica sarà valutata sia la capacità delle Aziende sanitarie di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato e in particolare gli obiettivi di budget specificamente assegnati con riferimento ai principali fattori produttivi che concorrono al maggior assorbimento di risorse, 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.

Stante che il perdurare della pandemia ha continuato ad avere un impatto sulla produzione delle Aziende sanitarie, a seguito del rinvio degli interventi programmati procrastinabili, pur nella garanzia del mantenimento dell'erogazione dei ricoveri urgenti e per patologie in classe A, e che nel 2021 le aziende sono riuscite ad aumentare considerevolmente la capacità di ricovero per interventi programmati, contribuendo al recupero della casistica rinviata nel 2020, per il 2022 viene dato mandato alle aziende di perseguire, all'interno della pianificazione aziendale, un miglioramento rispetto alla performance 2021, con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio. Si pone particolare enfasi per il 2022 sugli obiettivi di performance degli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio, con particolare riguardo alla casistica oncologica, obiettivo fondamentale per garantire un equo accesso ai servizi da parte dei cittadini. Anche per l'attività ambulatoriale l'obiettivo è di garantire valori di performance di almeno il 90%.

il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è parte di una più ampia strategia per l'ammmodernamento del Paese. La Missione che direttamente coinvolge la Direzione Cura della Persona, Salute e Welfare e le Aziende sanitarie è la Missione SALUTE. Gli ambiti di intervento della Missione SALUTE sono le *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale* e *l'Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*,

*Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.* Gli obiettivi, dopo la sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo, saranno l'avvio delle attività per l'implementazione degli interventi previsti nel Piano Operativo Regionale secondo le tempistiche e le modalità ivi declinate. Questi obiettivi vedranno coinvolte le Aziende sanitarie; solamente a seguito delle indicazioni, a cura del livello nazionale, relative alla governance del PNRR, si potranno operativamente agire ed ottimizzare la progettazione degli interventi e le procedure tecnico amministrative per il perseguimento degli obiettivi previsti dal PNRR.

Per quanto riguarda, infine, la struttura degli obiettivi di programmazione annuale, visto il consolidamento del *sistema di misurazione e valutazione del Servizio Sanitario Regionale*, così come declinato nella DGR n. 819 del 31.05.21 recante "*Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR*", si conferma l'impostazione definita nel corso degli ultimi anni in base alla quale gli obiettivi della programmazione annuale sono enucleati sulla base delle principali dimensioni della performance delle Aziende Sanitarie su cui è effettuata la valutazione delle stesse e individuando specifici indicatori e target per ogni obiettivo indicato, correlando pertanto in maniera stringente il sistema di programmazione con il sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende Sanitarie. Inoltre, sono stati indicati, laddove presenti, gli indicatori proposti dal *Nuovo Sistema di Garanzia* (di cui al DM 12.03.19) in quanto le Aziende dovranno mettere in campo le azioni finalizzate a garantire il raggiungimento degli obiettivi a livello regionale e superare positivamente la valutazione degli adempimenti 2022 a cui verrà sottoposta la Regione Emilia-Romagna, ai sensi di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005., .

## **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*

Con D.G.R. 1855 del 14.12.2020 è stata recepita l'Intesa sancita in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in data 6 agosto 2020, concernente il "Piano Nazionale della Prevenzione, (PNP) 2020-2025". Il Ministero della Salute ha rilasciato un'apposita piattaforma web-based in cui è stata inserita entro il termine del 31 agosto 2021 la programmazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) che discende, in attuazione della citata Intesa. In data 7 ottobre 2021 il Ministero ha dato riscontro sulla pianificazione regionale con proposta di alcune integrazioni che sono state inserite nel PRP.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 è stato approvato con D.G.R. 2144 del 20/12/2021, atto trasmesso al Ministero della Salute.

Il PRP è articolato in 10 Programmi Predefiniti descritti nel Piano Nazionale a cui si aggiungono 10 Programmi liberi introdotti a livello regionale in modo da sviluppare in modo completo gli obiettivi del PNP. Il PRP è sostenuto da azioni trasversali quali equità, intersectorialità, comunicazione e formazione che ne accompagnano l'attuazione sia a livello regionale che territoriale. Tale complessità ha richiesto la necessità di definire con chiarezza ruoli e strumenti per il governo del sistema nel quinquennio di vigenza del Piano, specificando compiti, interfacce, elementi per il monitoraggio e la valutazione. I dettagli di tale organizzazione sono definiti nel Documento di governance del PRP 2021-2025 approvato con D.G.R. 58 del 24/01/2022. In particolare, per il 2022, alle Aziende sanitarie sono richiesti impegno e collaborazione nell'implementazione del Piano a livello locale, con specifica attenzione alla progettazione e realizzazione delle azioni trasversali in ciascuno dei Programmi del PRP. Si richiede inoltre di contribuire al raggiungimento degli indicatori a livello locale come definiti nel documento di governance di cui alla DGR 58 del 24/01/2022.

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

Il PRP si inserisce nel percorso tracciato dalla Legge Regionale che all'art. 10 definisce anche le modalità di approvazione del PRP e stabilisce che obiettivi e azioni devono essere integrati a livello locale, nei Piani di zona e negli obiettivi di mandato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie allo scopo di coordinare gli interventi e valorizzare le risorse del territorio.

Anche nel 2022 verranno sostenute iniziative e progettualità di attuazione della Legge alla cui attuazione le Aziende sanitarie dovranno assicurare la propria collaborazione.

#### ➤ *Indicatori e target:*

- Raggiungimento degli indicatori locali definiti nel documento di governance di cui alla D.G.R. 58/2022; target: 100%.

### **1.2. Sanità Pubblica**

#### *1.2.1. Epidemiologia e sistemi informativi*

Per le attività di prevenzione, ai fini del monitoraggio e della valutazione dei risultati, è strategica la 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. È 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 seguenti sistemi di sorveglianza: *Sistema di Sorveglianza degli stili di vita* (PASSI, PASSI d'Argento) e il *Registro regionale di mortalità*; tra le attività di sorveglianza di cui migliorare la gestione e uniformare l'informatizzazione si richiamano gli *screening oncologici* e le *vaccinazioni (Anagrafe Vaccinale Regionale in Real Time AVR-RT)*.

Deve proseguire l'implementazione del 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.

Per quanto riguarda la Sorveglianza PASSI l'accuratezza e tempestività nella raccolta delle informazioni è funzionale anche al calcolo dell'indicatore composito sugli stili di vita P14C del Nuovo sistema di garanzia.

➤ *Indicatori e target:*

- completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2022) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003; target  $\geq 95\%$  al 31 marzo 2023;
- realizzazione delle interviste PASSI programmate; obiettivo: Rapporto interviste PASSI realizzate/interviste PASSI programmate; target  $\geq 95\%$  al 28 febbraio 2023;
- realizzazione delle interviste PASSI D'ARGENTO programmate; obiettivo: Rapporto interviste PASSI D'ARGENTO realizzate/interviste PASSI D'ARGENTO programmate; target  $\geq 95\%$  al 28 febbraio 2023;
- implementazione della base dati del Registro Tumori dell'Emilia-Romagna aggiornati al 31/12/2019, garantendo il massimo livello di accuratezza e completezza dei dati attraverso periodici controlli di qualità; target: SI'.

*1.2.2. Sorveglianza e controllo delle malattie infettive*

Va garantita l'attività di sorveglianza e controllo per l'emergenza COVID-19 ed in particolare la completezza e la tempestività di tutti i flussi informativi richiesti, in termini di esiti di laboratorio, tamponi e sierologici, segnalazione e gestione casi positivi, ricoveri ospedalieri e comunicazione decessi. Per garantire lo svolgimento quotidiano di tali attività dovranno essere previste adeguate risorse di personale. Per il raggiungimento degli obiettivi di sorveglianza e controllo è necessario realizzare una forte integrazione con i Servizi ospedalieri e territoriali (MMG e USCA) che hanno in carico i malati.

Vanno predisposte le azioni necessarie all'applicazione a livello locale del Piano strategico operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in accordo con quanto previsto dal piano regionale (Piano strategico operativo di risposta a una pandemia influenzale della Regione Emilia-Romagna) e da quello nazionale (Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale PAN-FLU 2021-2023).

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 e nazionali 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 per la conferma diagnostica, 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%;
- Presenza del protocollo Aziendale/interaziendale riguardante i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST); target: 100%.

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

Per il 2022 è attesa l'approvazione e la pubblicazione del nuovo Piano nazionale di prevenzione nazionale 2022-25. L'offerta vaccinale prevista è ricompresa interamente nei LEA per le classi di età e le categorie a rischio ivi contenute inoltre sono attese indicazioni di tipo organizzativo relativamente a formazione e all'accesso alle prestazioni. La Regione, come in passato, provvederà tramite proprio atto deliberativo al recepimento delle eventuali modifiche previste.

Continua la campagna nazionale di vaccinazione antiCOVID-19/SARS-CoV-2 in base all'andamento epidemiologico e alla disponibilità di vaccini di nuova generazione.

Per il 2022 le Aziende sanitarie dovranno:

- recepire DGR attuativa del nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale
- attuare le disposizioni pervenute dal Ministero e dalla regione relativamente alla vaccinazione antiCOVID-19/SARS-CoV-2

Anche nel 2021 si sono verificate diverse ondate pandemiche che hanno influito sulle attività vaccinali (soprattutto per quanto riguarda le vaccinazioni dell'adolescente e dell'adulto); pertanto i servizi vaccinali nel 2022 dovranno:

- garantire il mantenimento delle coperture vaccinali osservate nel 2021 (superiori o uguali al 95%) per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie e mantenimento o superamento delle coperture per le vaccinazioni raccomandate, raggiunte in tempi di pre-emergenza; a tal fine le Aziende dovranno dotarsi di un piano di recupero;
- garantire il proseguimento dell'attività prevista per la piena attuazione della legge nazionale 119/2017, in particolare relativamente alla gestione degli inadempienti e ai recuperi vaccinali;
- garantire l'implementazione dell'offerta vaccinale (influenza e pertosse) alla donna in gravidanza;
- perseguire miglioramento delle coperture vaccinali per pneumococco e Herpes Zoster nei 65enni (come previsto dal PNPV);
- implementare i percorsi d'accesso e garantire il mantenimento delle offerte attive e gratuite, relativamente alla vaccinazione HPV come previsto dalla DGR n. 1045/2019;
- implementazione dell'offerta vaccinale alle persone con patologie croniche;
- attuazione del nuovo Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, appena diverrà operativo.

Nel 2022 dovranno essere garantito il monitoraggio, oltre a tutte le azioni correttive necessarie, per il corretto invio delle informazioni vaccinali attraverso l'Anagrafe Vaccinale *Real Time* (AVR-RT).

➤ *Indicatori e target:*

- Creazione di un documento organizzativo aziendale, o interaziendale se presenti sul territorio AOsp e IRCCS, atto al recepimento della DGR attuativa del nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale: target 100%;
- NSG-P01C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib): target >95%;
- NSG-P02C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR): target >95%;
- creazione documento aziendale per un piano di recupero delle coperture e/o delle prestazioni vaccinali (vaccini del calendario pediatrico) e per l'adulto la vaccinazione contro Herpes zoster: target: 100%;
- copertura vaccinale antipneumococco nella popolazione di età = 65 anni: target >= 55%;
- riallineamento dei flussi informativi tra Anagrafe vaccinale aziendale e AVR-RT: target: <0,2% di dati in warning.

#### 1.2.4. Programmi di screening oncologici

Relativamente ai tre programmi di screening oncologici è necessario mantenere, nelle Aziende Sanitarie regionali, 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, compresa la valutazione ad hoc dell'impatto della pandemia da Covid19. Va inoltre proseguita la collaborazione con i dipartimenti di sanità pubblica per l'offerta della vaccinazione anti HPV alle donne di 25 anni e a quelle con lesioni specifiche riscontrate allo screening. Allo stesso tempo occorre predisporre le azioni necessarie a supporto dell'ingresso a screening con HPV test direttamente a 30 anni per le donne vaccinate contro l'HPV, completando l'integrazione tra AVR-RT (Anagrafe Vaccinale Regionale in Real Time) e software di screening aziendale. Deve proseguire il percorso per l'individuazione del rischio eredo-familiare del tumore della mammella e ovaio garantendo la presa in carico per le persone a rischio aumentato. Gli indicatori previsti riguardano la copertura ricavata dalla rilevazione puntuale regionale al 1° gennaio 2023 che può essere considerata un proxy della copertura dell'indicatore NSG dell'anno 2022, disponibile a maggio-giugno 2023.

Per il 2022, come previsto nel programma libero screening oncologici (PL13) del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, per tutte le AUSL, si richiede per lo screening cervicale e mammografico il raggiungimento del valore di copertura ottimale (almeno 60% per cervice e almeno 70% per mammella) e del valore accettabile per lo screening coloretale (almeno 50%);

➤ *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  $\geq 60\%$ ; valore accettabile  $\geq 50\%$ ;
- Per lo screening mammografico: Percentuale di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale  $\geq 70\%$ ; valore accettabile  $\geq 60\%$ ;
- Per lo screening coloretale: Percentuale di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale); valore ottimale  $\geq 60\%$ ; valore accettabile  $\geq 50\%$ .
- NSG-P15C: proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina e colon retto: valore accettabile  $\geq 50\%$ ; per mammella valore accettabile  $\geq 60\%$

#### 1.2.5. Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

L'Italia e la nostra Regione continuano ad avere una situazione epidemiologica gravata da una circolazione virale del SARS-COV-2 con andamento variabile nel tempo. La situazione consente tuttavia di aumentare le attività relative al tema della tutela della salute e sicurezza dei lavoratori rispetto all'anno precedente.

In quest'ottica si ritiene opportuno prevedere un'attività programmata di vigilanza, controllo e ispezione (e più in generale di P.G.) sia delle UO Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (UO PSAL) e sia delle UO Impiantistiche e Antinfortunistiche (UO IA) dei Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP) rivolta in particolare ai comparti a maggior rischio di infortunio quali edilizia ed agricoltura e ad alcuni rischi prioritari quali ad es. il rischio cancerogeno, stress lavoro-correlato e da sovraccarico biomeccanico.

A quanto sopra si affiancano le attività volte alla realizzazione del vigente Piano Regionale della Prevenzione (DGR n. 2044 del 20/12/2021) che prevede la realizzazione di Piani Mirati di Prevenzione (PMP) nell'ambito dei programmi che il piano regionale prevede in tema di sicurezza e salute in ambiente di lavoro. I Piani mirati per l'anno 2022 prevedono azioni di livello regionale, con la

partecipazione di operatori delle Ausl, per predisposizione di buone pratiche e strumenti di autocontrollo condivisi. Prevede poi iniziative a livello locale per il coinvolgimento delle attività produttive (incontro / seminario / convegno).

L'obiettivo di copertura della vigilanza delle unità locali esistenti, incrementato rispetto al 2021 e individuato al 7,5% per 2022, va collocato in questa cornice di riferimento, valorizzando anche attività di controllo che 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).

In base all'evoluzione dell'emergenza sanitaria COVID-19 e al conseguente impatto sul DSP, i SPSAL e le UOIA, in coordinamento con la Regione, potranno rimodulare il piano di lavoro 2022.

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

- assistenza informativa e sanitaria ai lavoratori ex-esposti ad amianto attraverso gli ambulatori attivati presso i DSP,
- promozione della 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:  $\geq 7,5\%$  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): target  $\geq 15\%$ ;
- attivazione a livello locale dei Piani Mirati di Prevenzione previsti dal Piano Regionale della Prevenzione con realizzazione di almeno 4 iniziative di coinvolgimento delle unità produttive (incontro / seminario / convegno);
- NSG-P07C - Denunce d'infortunio sul lavoro: variazione del tasso di frequenza di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente. Target: riduzione rispetto il valore medio del triennio precedente

#### *1.2.6. Strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio sanitaria*

La Legge Regionale 22/2019, recante nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, ha fortemente innovato la materia, introducendo nuove misure quali l'istituto della Comunicazione di svolgimento di attività sanitaria per garantire ai cittadini la tutela della salute, attraverso la sorveglianza sull'intera offerta dei servizi sanitari. La citata legge regionale è, altresì, intervenuta in tema di autorizzazione all'esercizio; ha confermato la competenza delle Commissioni per l'autorizzazione istituite presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende USL, ha innovato le procedure prevedendone la tempistica ed ha introdotto standard di controllo/anno delle strutture sanitarie.

I Dipartimenti di Sanità Pubblica devono assicurare:

- il funzionamento delle Commissioni dipartimentali per l'autorizzazione all'esercizio e l'osservanza dei tempi previsti dal procedimento amministrativo;

- la vigilanza sulle strutture Sanitarie, Socio-sanitarie e Socio-assistenziali, comprese le strutture per anziani e disabili con massimo 6 posti letto;
- l'alimentazione dell'anagrafe regionale delle strutture autorizzate e la trasmissione alla Regione dei dati relativi all'attività di verifica e controllo delle strutture Sanitarie e Socio-sanitarie.

➤ *Indicatori e target:*

- implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture Sanitarie, Socio-sanitarie: target 100% delle strutture autorizzate/anno.
- % partecipazione dei referenti aziendali a riunioni di coordinamento delle Commissioni per l'autorizzazione istituite presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende Usl, ex LR 22/19; target:  $\geq 90\%$ ;

### **1.3. Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione**

È stato formalizzato il Piano Regionale Integrato (PRI) 2020-2022 che comprende in un unico documento la programmazione regionale in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Il PRI individua per ogni piano specifico una serie di indicatori condivisi con tutte le AUSL per monitorare le azioni previste nel piano stesso.

Nel 2022 le Aziende Usl si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori.

Tra tutti gli indicatori previsti è stato individuato un sottoinsieme di "indicatori sentinella regionali" per il 2022, 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 l'anno in corso.

Si è deciso di monitorare tre indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) istituito dal Decreto del Ministero della Salute 12 marzo 2019 *Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*. Di questi due rientrano nel CORE, ossia il set di indicatori che il Ministero della Salute ha scelto per valutare le regioni e precisamente P10Z "Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino" e P12Z "Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale". Il terzo indicatore, P11Z "Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti", riguarda attività di controllo su requisiti degli allevamenti a cui i cittadini sono particolarmente sensibili e di importanza strategica per avviare un percorso di miglioramento della sostenibilità della zootecnia.

È stato introdotto un ulteriore indicatore riguardante l'attività di supervisione in sicurezza alimentare, che è ricompreso fra quelli richiesti annualmente dal Ministero della Salute. Si ritiene che tale indicatore sia particolarmente importante al fine di garantire uniformità ed efficacia dei controlli ufficiali come sottolineato anche a seguito delle raccomandazioni effettuate in corso di Audit sui controlli ufficiali effettuati dalla Commissione e dal Ministero della Salute.

➤ *Indicatori e target:*

- Indicatori sentinella regionali: % indicatori "sentinella regionali" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano; target 100% - Fonte dati (specificata in ogni indicatore nel PRI): sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo) o regionali (SEER) e rendicontazioni dalle AUSL;
- Supervisioni in sicurezza alimentare: numero di supervisioni rendicontate alla Regione entro il 31 marzo dell'anno successivo con l'invio della relativa documentazione; target trasmissione di due evidenze, riferite a due distinte

strutture afferenti all'area di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria di cui all'art. 7 quater del D.Lgs 502/92 (SIAN e unità operative SVET).

- NSG-P10Z: % = (% aziende bovine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe x 0,05) + (% capi ovicaprini controllati per anagrafe x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe x 0,1) + (% allevamenti apistici controllati per anagrafe x 0,1) + (% esecuzione del PNAA x 0,3) + (% controlli di farmacovigilanza veterinaria x 0,2) - Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo) e rendicontazioni dalle AUSL - target: >=95%
- NSG-P12Z: % = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari 3 x 0,2) - Fonte dati: sistema nazionale NSIS - target: >=95%
- NSG-P11Z: % = (% 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) Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo e Sintesis) e rendicontazioni dalle AUSL - target: >=95%.

#### **1.4. Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie**

Oltre a realizzare le attività relative alla salute e sicurezza degli operatori previste dal D. Lgs. 81/08, le Aziende Sanitarie dovranno:

- implementare le azioni finalizzate al completamento dell'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" ponendo l'attenzione in particolare al rischio tubercolosi sulla base delle indicazioni fornite dal documento "Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati". Mantenimento e rafforzamento delle misure di prevenzione del rischio da SARS-COV-2 per gli operatori del Servizio Sanitario Regionale e delle Strutture Private Convenzionate come da normativa ed indicazioni nazionali e regionali;
- promuovere ed offrire attivamente le vaccinazioni, compresa quella contro il COVID-19, agli operatori sanitari, valorizzando il ruolo del medico competente come previsto nel progetto sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro che prosegue nel PRP 2021-2025, attualmente vigente;
- proseguire la raccolta sistematica dei dati relativi alle segnalazioni di aggressioni a carico del personale sanitario, utilizzando la scheda regionale, e dare piena attuazione al progetto di prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari, inserito nell'attuale PRP 2021-2025, monitorando i risultati delle azioni realizzate.

#### ➤ *Indicatori e target:*

- copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari; target >=40%, o evidenza di un netto incremento rispetto alla percentuale raggiunta l'anno precedente;
- screening tubercolosi in tutti i nuovi assunti: target >=100%
- promozione della vaccinazione antiCovid-19 per la tutela della salute degli operatori sanitari ai sensi della normativa nazionale e secondo eventuali indicazioni ministeriali: Copertura complessiva (vaccinati e guariti) >95%

### 1.5. PNRR - Corsi di formazione in infezioni ospedaliere - Action Plan

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede tra le attività la Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere definendone anche il numero di personale da formare a livello di ogni regione.

Al fine di assicurare lo sviluppo e il mantenimento delle competenze sul tema della lotta all'antibioticoresistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sia delle figure dedicate che degli operatori sanitari e sociosanitari che operano in tutti i setting assistenziali, a livello regionale è stato istituito, in coordinamento con l'ASSR, un Gruppo di lavoro regionale multidisciplinare per la formazione in tema di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) con la funzione di definire la strategia formativa, individuare le priorità, individuare le modalità più efficaci per raggiungere gli obiettivi formativi di interesse (programmi formativi regionali/indicazione alle Aziende sugli obiettivi da raggiungere, modalità di formazione più efficaci), individuare le metodologie e strumenti per valutare l'efficacia della formazione (Determinazione num. 832 del 19/01/2022 costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare "Formazione in tema di prevenzione e controllo dell'antibioticoresistenza")

Inoltre, nel corso dell'anno 2022 è stata sviluppata una collana di corsi FAD di "Governare del rischio infettivo correlato alla attività assistenziali" con l'obiettivo di Governare del rischio infettivo correlato alle attività assistenziali per:

- aumentare la consapevolezza sull'importanza del governo del rischio infettivo;
- fornire uno standard minimo di conoscenze condiviso a livello regionale;
- promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR (Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 di cui al PP 10 - Misure per il contrasto all'antimicrobico-resistenza; Piano Nazionale Contrasto all'antimicrobico Resistenza 2017-2020 e successive proroghe);
- rafforzamento della preparedness nel settore della prevenzione e controllo delle infezioni (Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale - PanFlu 2021-2023).

➤ *Indicatori e target:*

Raggiungimento milestone richieste nel PNRR Missione 6 componente 2.2b Formazione sulle ICA in ambito ospedaliero attraverso

- partecipazione a collana di corsi regionali FAD Gestione del Rischio Infettivo correlato alle attività assistenziali; target: 10% operatori sanitari;
- erogazione di corsi aziendali o interaziendali in tema di antimicrobicoresistenza accreditati ECM con utilizzo di parole chiave WHR-TIME GRU (ICA, AMR, antisepsi/disinfezione/sterilizzazione, igiene ambientale); target: almeno 2 corsi aziendali o interaziendali.

## 2. Assistenza Territoriale

### 2.1. Potenziamento dell'assistenza territoriale

Le Case della Salute e le Case della Comunità, la promozione della medicina d'iniziativa e il rafforzamento di un'assistenza di prossimità costituiscono obiettivi prioritari del *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021*, anche alla luce del percorso nazionale di adozione del Decreto di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, al fine di garantire omogeneità nella capacità di dare risposte integrate nella logica di proattività e prossimità degli interventi anche attraverso strumenti di telemedicina e di psicologia, in particolare per la fascia adolescenziale coerentemente con il Decreto 30.11.2021.

L'esperienza della pandemia ha evidenziato l'efficacia del modello assistenziale fondato sulla costruzione di percorsi, sulla continuità assistenziale e sulla forte interazione multiprofessionale. Si è inoltre confermato il ruolo strategico della rete integrata di cura costituita da molteplici livelli assistenziali fortemente collegati tra loro che hanno visto gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali come strumenti di *transitional care*, elementi di partenza per lo sviluppo del modello dell'assistenza territoriale definito dal D.M. 77/2022 e dal PNRR.

Per il 2022, si definiscono i seguenti obiettivi:

- Governo puntuale del percorso di realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali in coerenza con la programmazione del Piano Operativo Regionale 2022 in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie;
- Favorire la partecipazione delle comunità: 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 della salute;
- Implementazione del modello organizzativo-assistenziale territoriale con l'identificazione dell'Infermiere di Comunità integrato nei processi di presa in carico multidisciplinare
- Ulteriore implementazione della presa in carico della persona secondo la logica della medicina d'iniziativa e della proattività nel suo contesto familiare e comunitario, nella presa in carico integrata dei pazienti fragili e cronici per il tramite dell'equipe multidisciplinari delle Case della Comunità in stretta connessione con i professionisti della medicina convenzionata;
- Promozione dell'utilizzo di strumenti di telemedicina (DGR 1227/2021) per mantenere attivi servizi e attività a loro dedicati, modificandone le procedure al fine di ottenere anche a distanza la più ampia accessibilità e fruibilità di tali attività;
- Garantire la sistematica e tempestiva alimentazione ed aggiornamento del sistema informativo delle Case della Comunità sia nella prospettiva degli utenti sia nella prospettiva del governo dell'offerta;
- Rafforzamento del personale (psicologo, psicoterapeuta, educatore professionale, tecnico della riabilitazione psichiatrica, assistente sociale) per l'assistenza psicologica rivolta agli adolescenti negli spazi giovani;
- Analisi fattibilità di progetti integrati di Oncologia Territoriale nelle Case della Salute in aree disagiate. Il paziente oncologico necessita spesso di cure ripetute nel tempo, per questo la distanza dal centro di cura può rappresentare una criticità;
- Monitoraggio degli indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia rispetto alle ospedalizzazioni potenzialmente evitabili

#### Indicatori

Realizzazione di interventi di promozione della salute nelle Case della Comunità in integrazione con i Dipartimenti di

#### Target

- Almeno un intervento nelle CdC hub

Prevenzione e le risorse disponibili nella comunità di riferimento	
Utilizzo di strumenti di telemedicina per la presa in carico dei pazienti fragili e cronici	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidenza dell'uso degli strumenti di telemedicina (relazione attività e numero di pazienti presi in carico)</li> </ul>
Realizzazione di progetti di coinvolgimento della comunità locale all'interno dei percorsi delle Case della Comunità	<ul style="list-style-type: none"> <li>Almeno un progetto nel 50% delle CdC hub</li> </ul>
Potenziamento della rete dei servizi per realizzare azioni di prevenzione, ascolto, valutazione, accompagnamento ed eventuale presa in carico di preadolescenti, adolescenti e genitori fragili	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidenza del potenziamento della rete dei servizi con relazione su attività realizzate e nuovi servizi attivati</li> </ul>
Partecipazione all'aggiornamento del sistema informativo regionale (Albero delle strutture e Sportello URP regionale) delle Case della Salute ed alle eventuali attività di revisione ed integrazione	100%
Strutturazione di progetti integrati di Oncologia Territoriale nelle Case della Comunità in aree disagiate	Almeno un progetto per Azienda
Identificazione delle aree/territori di riferimento dell'Infermiere di Comunità	Evidenza della mappatura dei territori identificati
Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$ anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) di diabete, BPCO e scompenso cardiaco	$\leq 270$ per 1000 ab.
Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	$\leq 63$ per 100.000 ab.

## 2.2. Cure palliative

Nel 2022, le Aziende dovranno completare le reti di cure palliative (con tutti i nodi previsti e le équipe). In particolare, dovranno essere completati gli assetti organizzativi: delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (Nodo UCPD), dei Punti Unici di governo dell'accesso alla rete di cure palliative, e degli organismi tecnici di coordinamento della rete (descritti nella DGR 1770/2016), che supporta il coordinatore a pianificare, programmare e organizzare le attività di assistenza e di funzionamento della rete.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative, a domicilio o in hospice, sul numero di deceduti per causa di tumore</li> </ul>	$\geq 50\%$
<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore sul numero dei deceduti per causa di tumore</li> </ul>	+ 5% rispetto al 2021

### 2.3. Assistenza Domiciliare Integrata - Continuità assistenziale – dimissioni protette

La garanzia della continuità delle cure ai pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità è da sempre obiettivo strategico delle politiche regionali. Uno dei principali strumenti per favorire la presa in carico integrata e continuativa tra i diversi setting assistenziali è la dimissione protetta. La presa in carico, da parte dell'assistenza territoriale, all'atto della dimissione ospedaliera ha permesso in questi anni di offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati. In linea con quanto fatto fino ad ora e con quanto stabilito dal PNRR che rivolge una particolare attenzione al potenziamento dell'assistenza territoriale, in particolare alla finalizzazione del principio di «casa come primo luogo di cura». Le Aziende, per l'anno 2022, dovranno potenziare la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti garantendo la continuità assistenziale.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero PIC con presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (Fonte: InSIDER)	Almeno il 50% dei pazienti seguiti in assistenza domiciliare segnalati in dimissione
Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	> 2,6 (CIA1) >1,9 (CIA2) >1,5 (CIA3)
Pazienti >65 anni presi in carico in ADI	8,5% della popolazione residente >65 anni

### 2.4. Migranti e Vulnerabilità

Per l'anno 2022, le Aziende USL dovranno garantire di essere in linea con quanto indicato dalle linee guida ministeriali *I controlli alla Frontiera, la frontiera dei controlli* e *Interventi di assistenza e riabilitazione vittime di violenza intenzionale* e del protocollo di *determinazione olistica dell'età dei MSNA*, attraverso:

implementazione e formalizzazione dell'equipe multidisciplinare e multiprofessionale dedicata alla salute dei migranti, già sperimentata nell'ambito del progetto ICARE. In ottemperanza delle linee guida ministeriali l'equipe dovrà essere composta da: medico di riferimento, infermiere, ostetrica, ginecologo, pediatra e mediatrice culturale. A queste figure si aggiungono a tempo parziale uno psicologo (adulti o dell'età evolutiva) per le vittime di violenza ed un referente del servizio di igiene e sanità pubblica per vaccinazioni e sorveglianza sanitaria

Sempre in ottemperanza con le Linee guida ministeriali dovranno essere altresì formalizzati percorsi facilitati di consulenza e/o presa in carico su aree specialistiche quali: infettivologia, pneumologia, radiologia, dermatologia, proctologia, psichiatria adulti e neuropsichiatria infantile, auxologia, medicina legale e/o altre specialistiche laddove se ne ravvisi la necessità.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Formalizzazione Equipe multidisciplinare salute migranti	▪ 100%
Formalizzazione rete specialistica a supporto	▪ 100%
Adesione dei professionisti dell'equipe multidisciplinare e consulenti a specifici progetti formativi promossi dalla Regione	▪ >= 50%

## 2.5. Percorso nascita

Per il 2022, le Aziende USL dovranno garantire un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, in particolare promuovendo:

- la ripresa in presenza dei corsi di accompagnamento alla nascita, diversificando l'offerta per raggiungere il maggior numero di donne, in special modo le primigravide (obiettivo passibile di rimodulazione in base all'andamento della pandemia da SARS-COV-2)
- l'individuazione precoce delle donne a rischio di disagio psichico e psicosociale, prevedendo l'offerta attiva, sia alla donna che alla coppia, di colloqui psicologici che favoriscano il superamento del disagio, l'attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione
- l'assistenza appropriata al parto, riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nella I classe di Robson, al fine di rendere omogenea – fra tutti i punti nascita - la frequenza di questo intervento.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero di distretti che hanno organizzato corsi di accompagnamento alla nascita in presenza	100%
Numero di distretti che hanno attivato un programma per individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale/Totale dei distretti *100	≥30%
Percentuale di parti cesarei nella prima classe di Robson (valore medio regionale 2021 - Fonte: banca dati CEDAP)	≤6.0%

## 2.6. Percorso IVG

Le raccomandazioni del Ministero prevedono la possibilità di eseguire il trattamento farmacologico per l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) fino al 63° giorno di amenorrea in regime ambulatoriale e anche all'interno dei consultori familiari (CF).

Nel 2022 si verificherà l'applicazione della Determinazione n. 23606 del 10.12.2021 a livello ospedaliero con attivazione del percorso ambulatoriale. Si implementerà, inoltre, il percorso sperimentale di offerta di IVG farmacologica nei consultori familiari a partire dai territori identificati (Parma, Modena e Bologna).

INDICATORE	TARGET
Numero di IVG farmacologiche a livello ambulatoriale sul totale di IVG farmacologiche (Fonte: rilevazione IVG)	>20%

## 2.7. Contrasto violenza

Implementare a livello aziendale le Raccomandazioni regionali accoglienza e presa in carico in Pronto soccorso delle donne che subiscono violenza di genere (come da D.P.C.M. 24 novembre 2017).

Sostenere la partecipazione alle formazioni a distanza (FAD) dei/delle professionisti/e della rete ospedale-territorio (compresi i PS generali, pediatrici e ostetrici, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, consultori familiari, pediatrie di comunità e centri di accompagnamento al cambiamento per uomini che agiscono violenza - centri Liberiamoci Dalla Violenza, LDV) prima

edizione FAD a contrasto della violenza su bambini e adolescenti, e quarta edizione FAD violenza di genere e in gravidanza.

Nel 2022 le Aziende, che hanno operativo un Centro LDV, ne dovranno diffondere la conoscenza sul proprio territorio e sostenere la partecipazione dei professionisti alla formazione specialistica regionale del progetto "Il lavoro psicoterapeutico con gli autori di violenza domestica di genere intrafamiliare: l'approccio metodologico del Centro ATV di Oslo"

INDICATORE	TARGET
Implementazione delle Raccomandazioni regionali accoglienza e presa in carico in Pronto soccorso delle donne che subiscono violenza di genere (aggiornamento protocolli di accoglienza e presa in carico con conseguente attivazione della rete antiviolenza territoriale)	100%
Numero di nuovi iscritti del 2022 che hanno concluso la FAD del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere" sul totale del numero dei nuovi iscritti 2022 (%) (Fonte: piattaforma FAD Azienda USL Piacenza)	> 30%
Numero di partecipanti che hanno concluso la FAD del progetto "Accoglienza e cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento/abuso"/Numero totale iscritti alla formazione (%) (Fonte: piattaforma FAD Azienda USL Piacenza)	> 25%
Numero contatti al centro LDV (indicatore valido per le Aziende Usi di Modena, Parma, Bologna e Romagna) (Fonte: rendicontazione aziendale)	> valore 2021
Numero di nuovi professionisti che hanno concluso la formazione specialistica del progetto "Il lavoro psicoterapeutico con gli autori di violenza domestica di genere intrafamiliare: l'approccio metodologico del Centro ATV di Oslo"/Numero totale iscritti alla formazione (%) (Fonte: Azienda USL Modena) (Solo per le AUSL di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara e Romagna)	≥ 75%

## 2.8. Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Le Aziende sanitarie (ciascuna Azienda USL in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS), compatibilmente con l'emergenza sanitaria covid-19, ancora in corso, 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 2022 è prioritario l'obiettivo di ritornare ai valori di performance di almeno il 90%, garantire la 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/migliorare l'appropriatezza prescrittiva attraverso l'applicazione dei criteri clinici di accesso definiti a livello regionale e la formazione dei medici.

Si ribadisce a tale proposito l'importanza della corretta gestione di tutti i flussi informativi della specialistica ambulatoriale, ed in particolare la corretta rendicontazione delle DEMA chiuse nel flusso ricetta dematerializzata.

Le Aziende sono tenute inoltre a potenziare le disponibilità di prestazioni tramite CUPWEB (DGR 1056/2015 e DGR 603/2019): in particolare, oltre alle prestazioni monitorate per i tempi di attesa, deve essere concluso il caricamento di tutte le prestazioni di primo accesso (tipo accesso 1 e classi di priorità B,D,P della ricetta, comprese le visite di controllo con codice esenzione per patologia)

Infine saranno oggetto di monitoraggio l'avvio di percorsi di telemedicina per la presa in carico dei pazienti cronici.

Pertanto, per l'anno 2022, si definiscono i seguenti obiettivi:

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

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero di prestazioni di primo accesso definite obbligatorie a livello regionale presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB/Numero di prestazioni di primo accesso definite obbligatorie prenotabili agli sportelli CUP (%) (FONTE CUPWEB)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;= 90%</li> </ul>

- Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di priorità B (indicatore del NSG- IND0831-Insider)

<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso (di cui all'elenco sotto*) con classe di priorità B erogate entro 10 gg / Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso (di cui all'elenco sotto*) con classe di priorità B totali (%) (FONTE FLUSSO DEMA e EX ART.50)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;=90%</li> </ul>

- Appropriately prescrittiva di cui alla nota prot. 0282714.U del 21-3-22:

<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informazione e formazione MMG e specialisti (FONTE AZIENDE SANITARIE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;=60% medici</li> </ul>

Presa in carico: promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente (di cui alla nota prot.0282798.U del 21-3-22):

<ul style="list-style-type: none"> <li>Informazione e formazione MMG e specialisti di cui alla nota di presa in carico (FONTE AZIENDE SANITARIE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;=60% medici</li> </ul>
<p><i>Indicatore (IND0787 – Insider)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Numero di prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%) (FONTE ASA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;=90%</li> </ul>
<p><i>Indicatore</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo (%) (FONTE AZIENDE SANITARIE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;=80%</li> </ul>

<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero di prescrizioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista sul totale prescrizioni tipo accesso 0 (FONTE ASA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><math>\geq 80\%</math></li> </ul>
<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero di prenotazioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista sul totale prescrizioni tipo accesso 0 (FONTE AZIENDE SANITARIE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><math>\geq 70\%</math></li> </ul>

- Telemedicina:

<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoraggio prestazioni a distanza: aumento in valori assoluti delle televisite/prestazioni organizzative rispetto al 2021 come da indicazioni Circolare 2/22 (FONTE AZIENDE SANITARIE e ASA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento <math>10\%</math> rispetto al 2021</li> </ul>
<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Attivazione modalità di teleconsulto tra MMG e specialisti (FONTE AZIENDE SANITARIE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SI almeno una specialità</li> </ul>

- Tempi di attesa (viene escluso dal monitoraggio ai fini valutativi, il primo trim 22 per ondata covid):

<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso con classe di priorità D prenotate entro gli std / Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso totali (FONTE CRUSCOTTO REGIONALE TEMPI DI ATTESA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><math>\geq 90\%</math></li> </ul>

\* *Visita oculistica: 95.02; Mammografia: 87.37.1, 87.37.2; TAC torace: 87.41, 87.41.1; Ecocolordoppler: 88.73.5, 88.77.2, 887621; RM colonna: 88.93, 88.93.1; Ecografia ostetrica e ginecologica: 88.78, 88.78.2, 88.79.7; Visita ortopedica: 89.7B.7; Visita cardiologica: 89.7A.3*

## 2.9. Salute Mentale, Dipendenze Patologiche (tutte le AUSL)

Le Aziende sanitarie devono garantire i servizi di salute mentale e dipendenze patologiche rispettando gli obiettivi previsti dalla normativa regionale e nazionale e monitorati attraverso gli indicatori di SIVER.

Particolare attenzione dovrà essere posta alle seguenti aree di attività.

### Sviluppo delle attività di psicologia nelle Case della Comunità

Gli interventi psicologici nel contesto delle Case della Comunità hanno assunto particolare rilevanza nel corso della pandemia Covid 19 e nella programmazione regionale. Successivamente alla

sperimentazione avviata nel 2021, le Aziende USL dovranno sviluppare le attività di psicologia nel contesto delle Case della comunità, come previsto negli obiettivi di mandato, con un sistema di progressiva implementazione delle figure professionali dedicati a tale attività.

**Indicatore:**

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Presenza di due psicologi per ogni Distretto da dedicare alle Case della Comunità.	100% dei Distretti

*Qualificazione del sistema di accoglienza e cura dei minorenni*

Con la Delibera di Giunta n. 1444/2020 è stato avviato un percorso volto alla qualificazione del sistema di accoglienza e cura dei minorenni, per prevenire l'allontanamento dei minorenni dalla famiglia ove possibile, potenziare il sistema di valutazione e gestione delle situazioni di potenziale pregiudizio per il minore, migliorare ed integrare il sistema di raccolta dei dati e delle informazioni, potenziare un approccio integrato per la tutela dei minori.

Nel corso del 2022 le AUSL dovranno attivare con gli Enti locali del proprio territorio, in sede di Conferenza territoriale sociale e sanitaria, le equipe di secondo livello, e predisporre le procedure per il reclutamento di personale.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
<i>Formalizzazione delle équipe di secondo livello per la Tutela minori secondo la tempistica delineata dalla DGR 1627/2022</i>	▪ 100%

*Avvio della cartella CURE per i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e la Tutela minori area sanitaria*

Con Determinazione 44/2019 Intercenter è stato avviato il progetto per la costruzione della cartella socio-sanitaria CURE (Cartella Unica Regionale Elettronica) del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche delle Azienda USL. La cartella è stata già operativa per i Centri di Salute mentale. Entro maggio 2022 la cartella dovrà essere avviata in tutti i servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, entro dicembre 2022 per i Servizi di Tutela minori area sanitaria.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Avvio della cartella CURE nei Servizi di Neuropsichiatria infanzia e adolescenza	▪ 100%
Avvio della cartella CURE nei servizi Tutela minori area sanitaria	▪ 100%
<i>(Fonte: verbali di collaudo e rilevazione specifica regionale)</i>	

*Monitoraggio indicatore previsto da Nuovo Sistema di Garanzia*

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
<i>Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in Psichiatria</i>	<=6,9%

*Riduzione della lista d'attesa REMS*

Nel corso del 2021 vi sono stati diversi eventi che hanno messo in evidenza le criticità collegate ai pazienti autori di reato con misure di sicurezza (lista d'attesa nelle REMS, detenuti sine titolo, sentenza della Corte costituzionale e Corte europea dei diritti dell'uomo, monitoraggio Agenas e Ministero della salute).

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
<i>Azzeramento dei pazienti "sine titolo" presenti nella lista d'attesa REMS (Fonte: SMOP)</i>	Target zero

#### Programma psicopatologia 14 - 25

Le Aziende sanitarie dovranno dare applicazione al progetto regionale "Adolescenza" (DGR 590/2013) e alle raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" di cui alla Circolare DG Cura della persona salute e welfare n. 1/2017, ed in particolare:

Formalizzazione modelli organizzativi a sostegno della transizione tra servizi per minori ed i servizi per adulti.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
<i>Definizione di un modello organizzativo a sostegno della transizione (Fonte: almeno il 40% dei casi di passaggio di assistiti divenuti maggiorenni e con diagnosi psichiatrica dai Servizi di NPIA ai Servizi CSM, rilevato attraverso la cartella CURE)</i>	100%

#### Budget di salute dipendenze patologiche

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
<i>Avvio sperimentale del Budget di salute per assistiti delle dipendenze patologiche (Fonte: compilazione della scheda di valutazione e monitoraggio regionale sul Budget di salute)</i>	Invio della scheda di rilevazione e monitoraggio regionale sul Budget di salute

### **2.10. Salute nelle carceri (AUSL con sede carcere)**

Lo sviluppo della Telemedicina in Sanità Penitenziaria rappresenta una rilevante opportunità per migliorare e ampliare la qualità e la tipologia di servizi offerti alle persone detenute nelle carceri, abbattendo considerevolmente i tempi di attesa e gli impatti organizzativi connessi con gli spostamenti e i trasferimenti degli stessi. Le difficoltà organizzative relative all'attività di accompagnamento dell'assistito recluso ai presidi ospedalieri esterni, per l'effettuazione di visite specialistiche ed esami diagnostici, evidenziano l'importanza di supportare l'attività sanitaria all'interno degli Istituti, quando possibile, con strumenti e modalità messi a disposizione dalla Telemedicina. Durante il 2021 tutte le Aziende USL hanno sperimentato attività di Telemedicina. L'obiettivo è di consolidare e attivare nuovi servizi di telemedicina.

#### Attivazione servizi di Telemedicina negli Istituti penitenziari

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Attivazione di servizi di Telemedicina negli Istituti penitenziari: <ul style="list-style-type: none"> <li>- attivazione consulenze psichiatriche</li> <li>- attivazione consulenze sulle dipendenze patologiche</li> <li>- attivazione di almeno 3 servizi specialistici di Telemedicina tra quelli che l'AUSL ha attivi sul proprio territorio.</li> </ul>	Attivazione di almeno 5 servizi

### **2.11. Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza**

La programmazione 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 e gli altri fondi nazionali, garantendo le rendicontazioni sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi.

Per le persone con disabilità, 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, dalla Legge 112/2016 e dalla DGR 733/2017, 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. Particolare attenzione va assicurata ai bisogni conseguenti alla emergenza da COVID-19 ed al sostegno alla domiciliarità.

Occorre inoltre assicurare in collaborazione con gli Enti Locali gli interventi previsti a sostegno della domiciliarità dalla DGR 130/2021 garantendo l'utilizzo e la rendicontazione delle risorse del Fondo Nazionale per le non autosufficienze attraverso il sistema SIOSS.

Le Aziende USL dovranno partecipare alla realizzazione delle linee di intervento di cui al punto A dell'allegato 1 alla propria deliberazione n. 2318/2019 "Misure a sostegno dei caregiver" ed impegnarsi, nel corso del 2022, in collaborazione con gli Enti Locali, alla realizzazione degli interventi di cui al punto B, di specifica rilevanza aziendale, prestando particolare attenzione all'individuazione di soluzioni innovative, flessibili e personalizzate, anche promuovendo l'utilizzo delle schede e degli strumenti diffusi con determinazione n. 15465 del 10/09/2020.

Per quanto riguarda il "Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare", le Aziende USL promuovono un'omogenea applicazione delle indicazioni operative per l'utilizzo delle risorse assegnate, nell'ambito del percorso regionale per il riconoscimento e il sostegno al caregiver familiare di cui alla L.R. 2/2014, garantendo la relativa rendicontazione, in collaborazione con gli Enti locali.

Le Aziende USL dovranno dare piena applicazione a quanto previsto dal Piano regionale Demenze (DGR 990/16) ed alla realizzazione ed implementazione dei PDTA demenze a livello provinciale, garantendo un percorso di presa in carico integrata e corretta gestione dei BPSD (disturbi psicologici e comportamentali associati alle demenze, spesso causa di precoce istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione), e promuovere l'adozione della scheda CDR (Clinical Dementia Rating) per valutare le gravi e gravissime demenze (stadi 4 e 5) oggetto di finanziamento da parte del FNA (Fondo Nazionale Non Autosufficienza).

Inoltre, è necessario garantire il monitoraggio dell'indicatore previsto nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia, che fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali/semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale.

Anche nel 2022 occorre continuare a garantire le azioni relative alla gestione della pandemia Covid-19 nella rete dei servizi territoriali per anziani e disabili, in particolare le Aziende devono:

- continuare a garantire il supporto per la prevenzione dei contagi da COVID-19, promuovendo la formazione degli operatori sul controllo delle infezioni;
- garantire l'attuazione del Piano di vaccinazione regionale nei servizi socio-sanitari residenziali, semi residenziali e domiciliari;
- adempiere alla richiesta di informazioni provenienti dal livello regionale e nazionale.

Le Aziende Usl dovranno pertanto assicurare:

- Programmazione e gestione unitaria in collaborazione con gli Enti Locali delle risorse FRNA

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Compilazione in collaborazione con gli UDP del quadro allargato delle risorse FRNA: adempimento debiti informativi regionali	100%
Rendicontazione in collaborazione con gli UDP dei dati di attività del sistema dei servizi FRNA: adempimento debiti informativi regionali	100%

- Programmazione e rendicontazione risorse FNA e fondo "Dopo di Noi"

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Rendicontazione in collaborazione con gli UDP sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi FNA: adempimento debiti informativi sistema SIOSS	• 100%
Rendicontazione in collaborazione con gli UDP sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi fondo "Dopo di Noi": adempimento debiti informativi sistema SIOSS	• 100%

- Prevenzione dei contagi e gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19 nella rete dei servizi socio-sanitari per anziani e disabili

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Attuazione del Piano di vaccinazione regionale nei servizi socio-sanitari: utenti vaccinati nei servizi residenziali e semi residenziali per anziani e disabili al 30 giugno 2022	• ≥ 90%

- Sostegno per le persone anziane e disabili ed i loro caregiver, in collaborazione con gli Enti Locali, con particolare attenzione al sostegno alla domiciliarità

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Rendicontazione utilizzo Fondo Caregiver in collaborazione con gli UDP in particolare per i progetti personalizzati di sollievo al care giver in ambito domiciliare. Adempimento debiti informativi	• 100%

- Recepimento delle schede e degli strumenti per il riconoscimento e il sostegno del Caregiver familiare, di cui alla determinazione n. 15465 del 10/09/2020

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
• Evidenza diffusione scheda "Riconoscimento del caregiver familiare" in ogni ambito Distrettuale	• 100%
• Evidenza di utilizzo "sezione Caregiver" con valutazione dei bisogni all'interno dei progetti personalizzati attivati/aggiornati nel 2021	• Almeno 50% dei progetti personalizzati nell'anno

- Monitoraggio indicatore da Nuovo Sistema di Garanzia

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero di Anziani Non Autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/popolazione residente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><math>\geq 24,6</math></li> </ul>

- Realizzazione ed implementazione dei PDTA demenze a livello provinciale così come previsto dalla DGR 159/2019*

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Adozione formale PDTA aziendale o interaziendale* secondo i documenti aziendali pubblicati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100%</li> </ul>

\*Nelle province dove esistono più Aziende

- Adozione della scheda CDR (Clinical Dementia Rating) da parte delle aziende sanitarie per valutare le gravi e gravissime demenze (stadi 4 e 5) oggetto di finanziamento da parte del FNA (Fondo Nazionale Non Autosufficienza)*

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Numero di utenti con scheda CDR sul totale dei pazienti secondo la documentazione in possesso dell'Azienda	<ul style="list-style-type: none"> <li><math>\geq 70\%</math></li> </ul>

### **3. Assistenza Ospedaliera**

#### **3.1. Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero**

Durante il biennio 2020-2021, a seguito dell'epidemia COVID-19 sul territorio della Regione Emilia-Romagna, si è resa necessaria una profonda rimodulazione organizzativa dei servizi ospedalieri conseguente alla necessità di rispondere alle esigenze determinate dalla diffusione di una patologia infettiva altamente contagiosa e impattante sulle condizioni di salute dei cittadini. Nel 2022, il fenomeno epidemico è ancora presente e impattante sull'organizzazione della rete ospedaliera, anche se il livello di impegno di occupazione dei posti letto e di accesso alle strutture di emergenza-urgenza è diminuito rispetto al biennio precedente.

Nell'anno 2022 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, confermate ad oggi anche in presenza dell'emergenza pandemica.

Per quanto concerne l'obiettivo della riconduzione dei Posti Letto ai tassi previsti dal DM 70/2015 (3,7 per 1000 abitanti), questo può considerarsi sostanzialmente raggiunto a livello regionale. Le Aziende sanitarie sono tenute a concordare preventivamente qualsiasi modifica incrementale della dotazione di posti letto rispetto al dato del 31.12.2019.

La Regione Emilia-Romagna con DGR 677 del 15.06.2020 ha adottato il Piano di Riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera regionale, in recepimento del D.L. 34/2020. Tale piano di adeguamento strutturale è in corso di attuazione e le Aziende sono oggetto di monitoraggio periodico da parte della Regione sul rispetto dei tempi di conclusione dei lavori previsti.

Secondo quanto previsto dall'art. 2 comma 1 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, sono state avviate le azioni per il raggiungimento dello standard di dotazione di posti letto di terapia intensiva, pari a 0,14 per 1.000 abitanti, tramite la realizzazione di nuovi 197 posti letto per rispondere in maniera più adeguata alle esigenze determinate dall'emergenza COVID-19.

In relazione all'adeguamento della dotazione regionale di area semi-intensiva, definito dall'art. 2 comma 2 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, non è previsto un aumento di posti letto ma la riqualificazione di posti letto di area medica già esistenti, con il raggiungimento di una dotazione complessiva pari a 312 posti letto.

In coerenza con le precedenti disposizioni, si ribadisce che, 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 2022 si ritiene inoltre necessario porre l'attenzione sulle seguenti aree tematiche:

- Appropriatelyzza dei ricoveri
- Reti di rilievo regionale
- Volumi ed esiti
- Emergenza ospedaliera e territoriale
- Attività trasfusionale
- Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule
- Sicurezza delle Cure e qualità dell'assistenza

### 3.2. **Appropriatezza, utilizzo efficiente della risorsa posto letto, controlli sanitari, ricoveri interni ed esterni, codifica delle schede di dimissione ospedaliera**

L'efficiente utilizzo dei posti letto può essere descritto efficacemente da diversi indicatori, tra i quali risulta particolarmente significativo l'ICP (Indice Comparativo di Performance), in quanto mette a confronto la degenza media di un reparto o di un ospedale rispetto a quella regionale a parità di disciplina o di struttura permettendo il confronto di realtà territoriali differenti; va sottolineato come i dati regionali dell'anno 2021 riportino una variabilità rilevante fra le diverse realtà ospedaliere, se pur con un trend migliorativo rispetto agli anni precedenti, con un ICP che, compresi i casi estremi varia da 1.31 a 0.81 (per i soli stabilimenti pubblici).

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

<i>Indicatori</i>	<i>Soglie indicatori</i>
Indice Comparativo di Performance	ICP compreso tra 0.9 e 1.26

In attuazione agli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione dei ricoveri medici e chirurgici in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA.

Particolare attenzione dovrà essere posta agli ambiti e alle discipline che presentano le maggiori criticità (ORL, Ortopedia, Urologia, Gastroenterologia) legate ai DRG potenzialmente inappropriati indicati nell'allegato 6-A) del DPCM 12/01/2017 (LEA), mediante la definizione di percorsi e protocolli specifici per le condizioni suscettibili di trasferimento al regime diurno o ambulatoriale. Si ricorda peraltro che alcune prestazioni in regime ordinario risultano attualmente disincentivate attraverso l'abbattimento tariffario previsto dalle DGR 918/2018 e 1875/2020.

Nell'ambito della verifica dei LEA, il DM 12 marzo 2019 – "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", operativo dal 1° gennaio 2020, ha identificato per l'analisi dell'Assistenza Ospedaliera sette indicatori cosiddetti "Core" che risultano determinanti per la valutazione complessiva a livello nazionale dell'area stessa.

*Nuovo Sistema di Garanzia (DM 12/03/2019) - Obiettivi 'core' dell'Area di Assistenza Ospedaliera*

<i>Indicatori core Area Ospedaliera</i>	<i>Target Regionale</i>
H01Z – Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	140 per 1.000 abitanti
H02Z – Quota interventi per TM mammella eseguiti in reparti con interventi annui >150 (con 10% tolleranza)	>=90%
H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	< 0,15
H05Z – Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>= 90%

<i>Indicatori core Area Ospedaliera</i>	<i>Target Regionale</i>
H013C – Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore (*) in regime ordinario	>= 80%
H017C/H18C – % parti cesarei primari in strutture con <1.000 parti e % parti cesarei primari in strutture con ≥1.000 parti	<p>&lt;1.000 parti            &lt;=20% · <i>punteggio sufficienza</i>            &lt;=15% <i>punteggio massimo</i></p> <p>≥1.000 parti:            &lt;=25% · <i>punteggio sufficienza</i>            &lt;=20% · <i>punteggio massimo</i></p>

(\*) Calcolato in ore secondo protocollo PNE, versione aggiornata di quello NSG (entro 2 giorni).

#### Controlli Sanitari esterni e interni

Si richiede particolare attenzione nel favorire l'attuazione di quanto contenuto nella Determina DGCPWS n. 335 del 03/01/2022 (Piano Annuale dei Controlli 2022, cosiddetto PAC), con specifico riferimento al rispetto dei criteri di campionamento e al raggiungimento delle soglie di verifica delle cartelle cliniche per ciascuna tipologia di controllo ivi indicata. Speciale cura dovrà essere rivolta al completamento delle informazioni riguardanti i controlli sanitari nel flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e alla rendicontazione semestrale dell'attività di controllo sanitario, entrambe caratterizzate allo stato attuale da una estrema variabilità interaziendale.

Per garantire la rendicontazione regionale annuale al Ministero della Salute, ciascuna Azienda oltre ai controlli previsti dalla già citata Determina 335/2022, dovrà aggiungere almeno un ulteriore 2,5% di controlli interni e/o esterni relativi ai ricoveri con DRG ad elevato rischio di inappropriately indicati nell'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017 (LEA).

I controlli sanitari andranno effettuati secondo le indicazioni fornite dalla Determina 11240 del 06/07/2020, prediligendo la modalità a distanza qualora possibile oppure, in caso debbano svolgersi necessariamente in presenza, previa garanzia della sicurezza degli operatori secondo le vigenti disposizioni sulla prevenzione della malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) e mediante la disponibilità di sedi specificamente dedicate di pertinenza non sanitaria (biblioteche, uffici, aule, etc.).

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Ulteriori controlli interni ed esterni sui DRG a rischio di inappropriately, secondo l'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017	≥ al 2,5% della produzione annua complessiva di ricoveri per struttura

### **3.3. Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero**

Durante il 2021, l'epidemia COVID-19 ha assorbito gran parte delle risorse ospedaliere, sebbene in misura minore rispetto al 2020. Il perdurare della pandemia ha tuttavia continuato ad avere un impatto sulla produzione, a seguito del rinvio degli interventi programmati procrastinabili, pur nella garanzia del mantenimento dell'erogazione dei ricoveri urgenti, per patologie in classe A e tempo-dipendenti.

Tenuto conto di quanto premesso e sulla base di quanto previsto dalla DGR 272/2017 e dalla DGR 603/2019 (recante il nuovo PRGLA 2019-2021), a tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio epidemico, rimangono sempre garantiti:

- il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti con le 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 informatizzata delle agende di prenotazione e la loro manutenzione;
- la finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate;
- una adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini.

Nonostante il contesto descritto in premessa, nel 2021 le aziende sono riuscite ad aumentare considerevolmente la capacità di ricovero per interventi programmati, contribuendo al recupero della casistica rinviata nel 2020.

Per il 2022 viene dato mandato alle aziende di perseguire, all'interno della pianificazione aziendale, un miglioramento rispetto alla performance 2021, con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio.

In riferimento alla casistica rinviata durante il 2020 e il 2021, nel 2022 è previsto che le aziende recuperino l'intera casistica, adottando specifici programmi aziendali finalizzati al pieno raggiungimento dell'obiettivo.

Le Aziende devono altresì garantire 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 monitora i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico; la Regione provvederà inoltre a valutare la completezza del flusso SIGLA mediante linkage con il flusso SDO.

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

Le Aziende devono infine predisporre materiali informativi uniformi, di livello almeno intra-aziendale, inerenti le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato. Rispetto agli elementi di trasparenza si richiama la necessità di pubblicazione dei dati, come previsto dalla normativa.

Si pone particolare enfasi per il 2022 sugli obiettivi di **performance degli interventi chirurgici** oggetto di monitoraggio, con particolare riguardo alla casistica oncologica, obiettivo fondamentale per garantire un equo accesso ai servizi da parte dei cittadini. Viene altresì richiesto il **recupero della casistica rinviata** durante il 2020 e 2021 a causa della pandemia.

Il raggiungimento di tali obiettivi è legato alla capacità di aumento della produzione chirurgica totale, per la quale viene richiesto un valore di almeno il 92% rispetto al 2019.

Gli obiettivi di seguito elencati sono riferiti alla performance complessiva regionale; a questi le Aziende sono chiamate a concorrere in maniera diversificata, tenuto conto del contesto locale e della propria capacità produttiva e degli eventuali accordi con il privato accreditato, alla luce anche del protocollo di intesa di cui alla DGR n. 1145 del 2022 in merito al recupero delle liste di attesa.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
<i>Calcolo retrospettivo da SDO dell'erogato entro i tempi per gli interventi sottoposti a monitoraggio</i>	
Per gli interventi oncologici soggetti a monitoraggio PNGLA	≥ 90% entro i tempi di classe di priorità
Per gli interventi di protesi d'anca	≥85% entro i tempi di classe di priorità
Per gli interventi cardiovascolari soggetti a monitoraggio PNGLA	≥ 90% entro i tempi di classe di priorità
Per gli interventi di chirurgia generale soggetti a monitoraggio PNGLA	≥ 75% entro i tempi di classe di priorità
Per gli interventi di biopsia percutanea del fegato	≥ 90% entro i tempi di classe di priorità

Produzione chirurgica totale per azienda	≥92% della capacità produttiva chirurgica del 2019
<i>Monitoraggio prospettico sulla base dei dati SIGLA</i>	
Indice di completezza Flusso SIGLA / SDO	≥ 90%
<i>Volume degli interventi chirurgici per azienda produttrice</i>	
Attuazione del Piano Operativo di Recupero degli interventi chirurgici rinviati durante il 2020 e 2021, a causa della Pandemia Covid-19	≥80% recupero della casistica

### 3.4. Reti cliniche di rilievo regionale

Nel 2021 sono stati rinnovati i Coordinamenti Regionali di Rete per le funzioni di Cardiologia e Chirurgia Cardio-vascolare, Neuroscienze, Oncologia e Oncoematologia, con DGR 154/2021.

Sono obiettivi regionali per l'anno 2022:

- il proseguimento delle attività per la predisposizione di documenti relativi alle proposte di rete negli specifici ambiti;
- il monitoraggio degli assetti di rete definiti;
- la definizione di nuove proposte di organizzazione di rete negli specifici ambiti.

È 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. Le attività degli organismi summenzionati dovranno tenere conto delle esigenze e delle riconfigurazioni dei servizi venutesi a creare a seguito della pandemia COVID-19.

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

#### 3.4.1. Rete Cardiologica e Chirurgica Cardio-vascolare

Nel 2022 verrà verificata l'aderenza agli standard delle Unità operative ospedaliere per il trattamento dei pazienti con infarto miocardico acuto previsti dal DM 70/2015, dalla DGR 2040/2015 e dall'Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2018. Verranno, altresì, monitorati l'applicazione dei contenuti delle DGR 2185/2019 "Definizione della rete della Cardiologia Interventistica Strutturale dell'Emilia-Romagna - Approvazione di indicazioni regionali per il trattamento della stenosi aortica avanzata con impianto transcateretere di protesi valvolare aortica (TAVI)", DGR 877/2021 "Linee di indirizzo regionali per la costituzione della Rete per l'Emergenza-Urgenza Cardiologica e Chirurgica Cardiovascolare, ai sensi della DGR N. 2040/2015" e della DGR 198/2022 "Linee di indirizzo per la rete regionale dell'Aritmologia ed Elettrofisiologia Cardiologica nella Regione Emilia-Romagna".

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Mantenimento del numero di interventi TAVI/anno	target 2021
% Pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in Emodinamica (fast track)	≥70%
% Pazienti con STEMI trattati con angioplastica primaria entro 0-1 giorno (≤ 90 min)	≥80%
Numero di ICD mono e bicamerale eseguiti in piattaforma operativa	≥ 50 procedure
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%

### 3.4.2. Rete dei Centri di Senologia

Nel 2022 prosegue il monitoraggio dell'attività della Rete regionale dei Centri di Senologia dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (DGR 345/2018). Il volume di casi di tumore maligno della mammella trattati per anno superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi, che garantisce l'efficacia e la sicurezza dell'intervento, è entrato recentemente nel sistema core degli indicatori di valutazione del Nuovo Sistema di Garanzia (D.M. 12 marzo 2019).

Le Aziende sono chiamate a proseguire l'applicazione e il monitoraggio della DGR sopra citata uniformando l'organizzazione e il funzionamento dei Centri al modello descritto, garantendo che l'indicazione chirurgica sia posta a seguito di valutazione multidisciplinare e assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti, in primis l'adeguato volume di attività.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
% interventi in centri di senologia <150 casi/ anno	0
% di pazienti sottoposte a reintervento alla mammella entro 4 mesi dall'intervento di chirurgia conservativa	< 6,2% (Media nazionale PNE)
% 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%

### 3.4.3. Rete tumori ovarici

Con DGR 2242/2019 è stata costituita la Rete regionale e il PDTA per il trattamento della neoplasia ovarica dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità caratterizzata dall'approccio multidisciplinare e dall'associazione positiva tra volumi di attività chirurgica per tumore ovarico delle strutture ed esiti clinici.

Le Aziende sono chiamate a dare attuazione alle indicazioni di cui si tratta alla DGR, rendendo omogenei l'organizzazione e il funzionamento dei Centri al modello descritto.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
% di casi concentrati nei centri HUB individuati dalla DGR 2242/2019	≥ 80%

### 3.4.4. Rete per la Terapia del dolore

In ottemperanza a quanto previsto dalla legge 15 marzo 2010, n. 38, dalle DGR n. 967/2011 e n. 1185 del 26/07/2021 di recepimento degli Accordi Stato Regioni (Rep. N. 119/CSR) è dato mandato alla Direzione Generale competente di istituire una struttura organizzativa regionale di coordinamento della rete di terapia del dolore. Inoltre, con deliberazione della Giunta regionale n. 792/2019 è stato rivisto l'assetto della rete di terapia del dolore della regione Emilia-Romagna con 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.

Nel 2021 sono state definite, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, indicazioni regionali per il trattamento farmacologico e interventistico del dolore cronico da parte di un gruppo di lavoro regionale dedicato (Determinazione DG Cura della Persona, Salute e Welfare n. 14184/2021 "Indicazioni agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in ordine al trattamento del dolore cronico") Le Aziende sono chiamate a dare attuazione alle indicazioni riportate nel documento di indirizzo.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025)	> 95%
Attuazione delle Indicazioni regionali per il trattamento del dolore cronico	100%

#### 3.4.5. Reti per le patologie tempo-dipendenti

In relazione alle reti tempo-dipendenti, alla luce delle indicazioni della DGR 2040/2015 e DGR n. 972/2018 di recepimento dell'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.

L'erogazione delle prestazioni relative alla presa in carico di pazienti con patologie tempo-dipendenti dovrà essere ritenuta prioritaria e dovranno pertanto essere predisposti percorsi sicuri anche in presenza di criticità legate alla pandemia COVID-19.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Volumi IMA per struttura	≥ 100 casi/anno
Volumi per Trauma Center	≥ 240 traumi gravi/ anno
Volumi PTCA	≥250/anno
Volumi PTCA primarie	≥ 75 (proporzione di PTCA primaria ≥ 65%)
% di casi di Ictus con centralizzazione primaria	> 82%
N° casi di Ictus/Anno in Stroke Unit di 2° livello	>= 500
% Transiti in Stroke Unit	> 62%
% Trombolisi e.v.	> 19%

#### 3.4.6. Rete Neuroscienze

Nel 2022, vista la DGR n. 2060/2021 "Approvazione di linee di indirizzo per l'organizzazione della rete cerebrovascolare dell'Emilia-Romagna" che contiene indicazioni inerenti la Rete della Patologia Cerebrovascolare (Ictus Ischemico ed Emorragico ed Emorragia Subaracnoidea), sarà verificata l'aderenza agli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus previsti dal DM 70/2015: Stroke Unit di I° livello e di II° livello. Inoltre, per le Aziende sanitarie sedi di 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.

Nel 2022 inoltre saranno monitorati i seguenti aspetti, viste la DGR n. 2062/2021 e la DGR n. 2189/2021 riguardanti le linee di indirizzo per l'organizzazione dei PDTA, rispettivamente, della persona con Demenza giovanile, con OSA "Apnee Ostruttive nel Sonno" e nelle more della formalizzazione delle indicazioni regionali per il PDTA Parkinson.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA per la "Demenza giovanile" secondo la DGR n. 2062/2021	100%

Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA OSAS "Apnee Ostruttive nel Sonno" secondo la DGR n. 2189/2021	100%
Adozione a livello aziendale/provinciale del PDTA per la "Malattia di Parkinson" secondo le linee di indirizzo regionali fornite in corso d'anno	100%

*Coordinamento Regionale Neuroscienze (DGR n. 154/2021)*

*3.4.7. Rete Malattie Rare*

Con DGR 1351/2017, DGR 695/2018 e DGR 1411/2019 è stata ridefinita la rete regionale dei centri di riferimento per le malattie rare. Le Aziende Sanitarie sede di centro Hub delle reti H&S per le malattie rare devono garantire ai pazienti un accesso diretto per la conferma diagnostica entro tempi compatibili con la potenziale evolutività della patologia, e successivamente alla conferma diagnostica, la presa in carico multidisciplinare, favorendo la funzionalità delle reti intraziendali anche mediante la messa a disposizione degli specialisti coinvolti.

I centri dovranno rivolgere particolare attenzione alle attività di counselling genetico e psicologico rivolte 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.

Le Aziende dovranno garantire modalità di presa in carico efficaci per i pazienti con malattie rare, predisponendo anche percorsi adeguati di telemedicina per garantire la continuità assistenziale a questa categoria di soggetti, anche in presenza di riduzione delle attività conseguente all'emergenza pandemica COVID-19.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Predisposizione ed invio da parte delle Aziende sede di centri Hub per malattie rare di relazione contenente le seguenti specifiche: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo di attesa medio per il primo accesso</li> <li>• Organizzazione dei percorsi di follow up attraverso calendarizzazione delle visite successive presso l'UO di riferimento</li> <li>• Organizzazione delle visite specialistiche presso altre UUOO per la presa in carico multidisciplinare</li> <li>• Offerta di counselling genetico (modalità e tempi)</li> <li>• Offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi)</li> <li>• Individuazione di percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta (UO coordinatrice e percorso)</li> </ul>	100%

*3.4.8. Reti dei Tumori rari*

Con Determine DGCPWS n. 20731/2017 e n. 11617/2018 (integrata con Determina n. 20263/2018) sono stati definiti 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 individuati dalle Direzioni delle Aziende sanitarie della Regione.

In particolare, per quanto riguarda la rete H&S dei GIST e Sarcomi viscerali ufficializzata con DGR 1439/2019, il gruppo di lavoro ha il compito di definire dei criteri clinici e chirurgici per la centralizzazione dei casi di maggiore complessità al centro HUB e l'individuazione di indicatori di risultato per la valutazione periodica dei centri della rete.

Per quanto riguarda la rete dei Tumori cerebrali, il gruppo di lavoro ha il compito di definire i nodi delle reti e di condividere l'appropriato percorso diagnostico-terapeutico attraverso la redazione del documento tecnico, da approvarsi tramite delibera regionale.

Ai sopradescritti fini si individua 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 e alla individuazione del percorso che garantisca il maggior beneficio per il paziente.

La presa in carico per patologie tumorali, per definizione appartenenti alla classe di priorità A, dovrà essere garantita anche in presenza di iperafflusso di pazienti in ospedale a seguito di recrudescenze dell'epidemia COVID-19, con la conseguente riduzione delle attività programmate procrastinabili.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Partecipazione al gruppo di lavoro dei tumori cerebrali per la realizzazione di quanto previsto in termini di obiettivi e tempistiche	100%
Partecipazione al gruppo di lavoro dei GIST e sarcomi viscerali con l'obiettivo di definire criteri clinici e chirurgici e individuare indicatori di risultato per la valutazione periodica dei centri della rete	100%

#### *3.4.9. Rete delle cure palliative pediatriche (CPP)*

La DGR 857/2019 ha approvato il "Documento di percorso CPP Regione Emilia-Romagna" che ha definito i ruoli e le interconnessioni fra i nodi della rete (nodo ospedale, nodo territorio, nodo hospice pediatrico) e individuato caratteristiche e compiti delle due strutture di riferimento per le CPP: il Punto Unico di Accesso Pediatrico (PUAP) e l'Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica (UVMP). Con determina della DGCPWS n. 370/2020 è stato inoltre istituito il gruppo di lavoro regionale per il monitoraggio e l'implementazione della rete delle CPP. Le Aziende sanitarie dovranno riservare una particolare attenzione a questa materia favorendo la predisposizione dei percorsi di CPP nelle proprie sedi, in relazione a quanto previsto dal documento di percorso regionale e lo sviluppo, anche mediante la revisione dei percorsi aziendali, di efficaci connessioni fra il nodo ospedale, il nodo territorio e il day care palliativo pediatrico, che rappresenta il primo nucleo del futuro hospice pediatrico.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Garanzia del conferimento dei dati richiesti	100%
Partecipazione delle Aziende al gruppo di lavoro regionale per il monitoraggio e l'implementazione della rete per le CPP tramite i referenti individuati	100%
Presenza in ciascuna Azienda di almeno un medico e un infermiere specificamente formato in CPP o in procinto di iniziare un percorso formativo	100%

#### *3.4.10. Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie*

Lo screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie è stato allargato ad un panel di patologie molto più ampio rispetto a quelle individuate a livello nazionale già dall'anno 2010 ed offerto a tutti i nuovi nati della Regione. La L.167/16 e il DM 13 ottobre 2016 hanno definito a livello nazionale un pannello per lo screening (incluso nei LEA). Con DGR 2260/18 è stata recepita la normativa nazionale con una ulteriore definizione del sistema di screening regionale. Per garantire un adeguato funzionamento del sistema e l'obiettivo di offerta dello screening a tutti i nuovi nati, il centro screening deve assicurare 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 i rapporti di condivisione e collaborazione fra il laboratorio di screening e il centro clinico, per permettere la massima tempestività nella diagnosi e nel successivo intervento terapeutico.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Percentuale di neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche	100%

Percentuale di consensi informati correttamente somministrati ai genitori dei neonati prima del prelievo	100%
Percentuale di prelievi effettuati nelle tempistiche previste dal DM 13 ottobre 2016	100%
Percentuale delle famiglie richiamate per nuovo prelievo/accesso al centro clinico entro le tempistiche richieste dal laboratorio di screening neonatale	100%

#### 3.4.11. Screening neonatale oftalmologico

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", è stato attivato lo screening oftalmologico neonatale in tutti Punti Nascita della Regione, mediante 'test del riflesso rosso'.

Ciascuna Azienda Sanitaria dovrà comunicare i protocolli/procedure implementati al fine di:

- effettuare il 'test del riflesso rosso' a tutti i nuovi nati prima della dimissione dal Punto Nascita da parte dei pediatri/neonatologi ospedalieri;
- favorire l'integrazione fra i neonatologi/pediatri ospedalieri, i pediatri di libera scelta (che devono ripetere il test nei bilanci di salute effettuati nel primo anno di vita) e gli oculisti del SSN.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Punti Nascita della Regione in cui è attivo lo screening oftalmologico	100%
Punti Nascita che hanno implementato un protocollo/procedura per favorire l'integrazione fra i neonatologi/pediatri ospedalieri, i PLS e gli oculisti del SSN	100%

### 3.5. Centri di riferimento regionali

Nel 2022 le Aziende sono chiamate a implementare e monitorare le funzioni e le interfacce collaborative con gli altri centri regionali e il territorio delle strutture ospedaliere individuate nelle DGR che hanno avuto come oggetto la definizione dei Centri di riferimento regionali (DGR 2113/2017 "Centro di riferimento regionale per il trattamento della neoplasia ovarica", DGR 1188/2017 "Centro di riferimento regionale per la diagnosi ed il trattamento delle Malattie Croniche Intestinali", DGR 1172/2018 "Centro Hub interaziendale per la Chirurgia dell'Epilessia", DGR 2199/2019 "Centro regionale interaziendale di Neurochirurgia Pediatrica", DGR 2184/2019 "Centro regionale Pituitary Unit").

Sono inoltre chiamate a implementare e monitorare le reti e i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) definiti finora a livello regionale, secondo le indicazioni previste (Nota PG 0456474/2020-mesotelioma pleurico; DGR 2307/2019 "Definizione della rete clinica regionale e approvazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la diagnosi e la cura dell'endometriosis").

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Centri Hub: implementare le funzioni previste per il Centro sec. DGR	> 90%
Per tutte le Aziende: monitorare i percorsi di invio dei pazienti ai centri della rete definiti dalle DGR	100%
% casi trattati nei centri Hub	≥ 2021

### 3.6. 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 si dispone 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 per fratture di femore inferiori ai 75 interventi/anno.

Le Aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private accreditate, avviando, in conformità alla DGR n. 1541 del 09/11/2020 "*Protocollo d'intesa tra regione Emilia-Romagna e l'Associazione Italiana di Ospedalità Privata (AIOP) – Sezione Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere – 2020*", 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.

Per quanto riguarda gli *interventi chirurgici relativi al trattamento del tumore della mammella*, si ribadisce che sono stati identificati 12 Centri di Senologia (CdS) a direzione pubblica cui afferiscono le funzioni di coordinamento della rete territoriale e la responsabilità complessiva di gestione del processo. Pertanto, tali attività sono da effettuarsi esclusivamente nella rete definita a livello regionale.

Relativamente alla percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore dal momento del ricovero, si richiama l'attenzione al raggiungimento o mantenimento di livelli indicati al punto riguardante il Nuovo Sistema di Garanzia. Si precisa che, anche in presenza di valori target degli indicatori, le eventuali riduzioni rispetto al dato storico saranno oggetto di valutazione negativa.

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

Si conferma per ogni centro che tratti casistica chirurgica oncologica il vincolo a garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito di una valutazione multidisciplinare e ad assicurare adeguati volumi di attività per singole tipologie di interventi in relazione al miglioramento degli esiti. Si raccomanda quindi 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>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Colecistectomia: numero minimo di interventi di colecistectomia per struttura	≥ 100 per anno
Frattura di femore: numero minimo di interventi per frattura di femore per Struttura	≥ 75 /anno tenuto conto delle caratteristiche specifiche di accessibilità dei singoli stabilimenti ospedalieri
Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare	100%

### 3.7. Emergenza ospedaliera

La rete dell'Emergenza-urgenza ospedaliera e territoriale della regione Emilia-Romagna ha risposto in maniera eccellente alla forte pressione subita nel corso del biennio 2020-2021 a causa della pandemia COVID-19. Tale sforzo di natura strutturale e organizzativa è stato ottenuto grazie a una azione di governo e coordinamento sia dal livello regionale sia aziendale e dalla dedizione dimostrata

da tutto il personale sanitario coinvolto. Il sistema è al momento in una fase di equilibrio che può essere definita inter-pandemica, con un numero di accessi di pazienti con sospetto COVID-19 notevolmente ridotti rispetto ai picchi pandemici con volumi di accesso e case-mix prevalentemente tornati ai profili pre-pandemici. Tuttavia, non è possibile prevedere l'evoluzione dell'epidemia nei prossimi mesi, anche a causa della diffusione di nuove varianti del virus SARS-CoV-2.

Per garantire una migliore gestione dei casi e percorsi sicuri sia per pazienti con COVID-19 sia per pazienti con altre condizioni, nel corso del biennio 2020-21, in prosecuzione nel 2022, i DEA e i PS sono oggetto di un esteso Piano di Riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera regionale, adottato in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 2 del D.L. 34/2020 con DGR 677 del 15.06.2020. Tale piano è in corso di attuazione e le Aziende sono oggetto di monitoraggio periodico da parte della Regione Emilia-Romagna per il rispetto dei tempi di conclusione dei lavori previsti.

La DGR n. 1423/2017 attuativa del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 ha definito quale intervento attuativo prioritario quello del miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza (scheda 33), ricomprendendo pertanto in tale azione tutto il sistema articolato di strutture che includono oltre al Pronto Soccorso, i punti di primo intervento ospedalieri e territoriali, i servizi per la continuità assistenziale, nonché i centri specialistici con accesso in urgenza (a 24h o differibile) ed altri percorsi specifici. Per quanto riguarda l'emergenza il sistema fa riferimento alle strutture in grado di intervenire h 24-7 giorni/7, in primis dunque le strutture dell'emergenza ospedaliera (PS) e territoriale (118).

Con due successive Deliberazioni di giunta regionale DGR 1827 del 17.11.2017 e DGR 1129 del 8.7.2019, la Regione Emilia-Romagna ha operato un profondo rinnovamento dell'organizzazione dell'ambito di Emergenza Ospedaliera, attraverso l'implementazione di un Piano per il miglioramento dell'Accesso in Emergenza-urgenza. Il Piano declina le strategie volte al miglioramento dell'accessibilità in emergenza e urgenza che le Aziende sono tenute ad applicare, con il fine di conseguire il miglioramento dei tempi di permanenza in PS, previsti entro le 6 ore (+ 1 ora per i casi di maggiore complessità).

Nell'ambito del Piano per il miglioramento dell'Accesso in Emergenza-urgenza, con DGR n. 1230 del 03.08.2021, la Regione Emilia-Romagna ha adottato le nuove Linee di Indirizzo Regionali per il Triage in Pronto Soccorso che hanno introdotto 5 codici di priorità e hanno permesso di ottenere una precoce identificazione dei pazienti in condizioni critiche e pericolose per la vita, con immediato accesso alle cure e l'attribuzione di codici di priorità di accesso alle cure più appropriato in relazione alla criticità delle condizioni cliniche di presentazione, al possibile rischio evolutivo e al numero/tipologia di risorse necessarie per un adeguato percorso di cura. Tale attività è stata completata con l'adeguamento dei sistemi informativi al nuovo sistema di triage in Pronto Soccorso, e dall'introduzione di modalità efficaci di monitoraggio degli indicatori di performance previsti, nonché da un percorso formativo rivolto a tutti gli operatori sanitari di Pronto Soccorso.

Allo scopo di migliorare il flusso, i tempi di attesa e l'appropriatezza degli accessi in DEA/PS, nel corso del 2022 verranno date indicazioni alle Aziende per l'attivazione degli ambulatori per la presa in carico di pazienti a bassa criticità/bassa complessità, integrati all'interno della struttura di DEA/PS. Resta a discrezione delle Aziende la possibilità di implementare tale modalità organizzativa.

Proseguono le attività di monitoraggio sui tempi di attesa in Pronto Soccorso e gli incontri tra la Direzione Generale Cura della Persona e interlocutori Aziendali (Direzioni Sanitarie, RAE, DEA, ICT) per l'analisi dei dati di performance e dei flussi relativi all'ambito emergenza-urgenza.

Il DM 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza - urgenza" introduce all'interno del flusso ministeriale EMUR-NSIS la presenza del codice identificativo 'missione 118' nel tracciato Pronto Soccorso.

La DGR 1129/2019 ha inoltre previsto l'adeguamento dei sistemi informativi di PS per garantire l'interoperabilità con gli applicativi gestionali ospedalieri e di emergenza territoriale 118. I sistemi informativi dovranno pertanto prevedere l'attuazione di una procedura per garantire il collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
-------------------	---------------

<i>Rispetto dei tempi d'attesa</i>	
% accessi con Permanenza <6h + 1 h per PS generali e PPI ospedalieri con <45.000 accessi	>95%
% accessi con Permanenza <6h + 1 h per PS generali e PPI ospedalieri con >45.000 accessi	>90%
<i>Interoperabilità flussi</i>	
Attuazione procedura di interoperabilità informatica flusso EMUR-NSIS Pronto Soccorso ed Emergenza Territoriale	100%

#### Numero di emergenza europeo 112 - Centrali Operative 118 - Emergenza territoriale

Con DGR 1993/2019 sono state fornite le disposizioni in ordine alla realizzazione sul territorio della Regione Emilia-Romagna del servizio "Numero Unico di Emergenza Europeo 112" individuando a tale scopo due Centrali Uniche di risposta collocate rispettivamente a Bologna, presso l'Azienda USL di Bologna, e a Parma, presso l'Azienda Ospedaliera di Parma. Sono in corso di realizzazione gli interventi strutturali per l'allestimento delle stesse. Le Aziende coinvolte dovranno predisporre, in accordo con la Cabina di Regia regionale 112, le procedure operative in attuazione al Disciplinare Tecnico Operativo (DTO) di cui alla DGR 1993/2019.

#### Centrali Operative 118 ed emergenza territoriale

L'intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso in codice rosso rappresenta un indice di qualità della risposta del sistema di emergenza territoriale inserito nei LEA unitamente al numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ).

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 (AUSL 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 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.

Si ritiene prioritario incentivare iniziative e progetti di "defibrillazione precoce territoriale" da parte di personale non sanitario. A tal fine 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 e la localizzazione dei defibrillatori attraverso l'APP DAE-Responder.

L'emergenza COVID-19 ha coinvolto in modo significativo la rete dell'emergenza territoriale. I trasporti in emergenza hanno visto un incremento dei volumi dei servizi erogati pari a circa 3 volte l'erogato in condizioni standard.

Il piano di potenziamento della rete è stato predisposto sulla base di quanto previsto dall'Art. 2 del Decreto Legge n. 34 del 19.05.2020 e dalla DGR 677/2020.

<i>Aziende Sanitarie</i>	<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
Tutte le AUSL e AOU di Parma	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso in codice rosso corrispondente al 75° percentile della	<=21 punteggio sufficienza

<i>Aziende Sanitarie</i>	<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
	distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata.	<=18 punteggio massimo
	Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ).	90%
	Completamento dei dati Flusso EMUR-NSIS circa i campi destinazione del paziente, classe, tipo di patologia riscontrata e prestazioni 118	90%
	Censimento e localizzazione dei defibrillatori comunicati alle Aziende Sanitarie all'interno del registro informatizzato regionale.	90%
	Acquisizione del personale sanitario e tecnico destinato ai mezzi di soccorso di cui al DL 34 art.2 comma 5.	90%
	Evidenza di formazione rispetto al percorso di omogeneizzazione dei protocolli avanzati infermieristici	95% del personale infermieristico che svolge attività di emergenza territoriale
Tutte le AUSL	Verifica sul campo dei corsi BLS/D erogati da soggetti accreditati	5% dei corsi effettuati
AUSL di Bologna AUSL della Romagna AOU di Parma	Effettuazione di almeno 2 turni/anno presso ogni Centrale Operativa non sede della propria unità operativa da parte del personale infermieristico	35% del personale infermieristico di ogni Centrale operativa 118
AUSL di Bologna AOU di Parma	Realizzazione degli interventi strutturali per l'attivazione del Numero di Emergenza Europeo 112	100% AUSL BO 95% AOU PR

### 3.8. Attività trasfusionale

Il sistema sangue della Regione Emilia-Romagna ha risposto adeguatamente all'impatto derivante dall'emergenza COVID-19 che ha determinato difficoltà di tipo logistico-organizzative. I dati dell'attività del Centro Regionale Sangue relativi all'anno 2021 hanno comunque mostrato una sostanziale tenuta delle attività rispetto all'anno precedente, con un aumento delle unità di sangue intero funzionale all'aumento delle unità trasfuse.

Per l'anno 2022 deve essere garantito il contributo all'autosufficienza regionale e nazionale, in stretta e fattiva collaborazione con le associazioni e federazioni 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 l'uso clinico sia per la produzione di medicinali plasmaderivati, con particolare attenzione alla produzione di immunoglobuline per cui è previsto uno shortage a seguito del picco pandemico 2020-2021, nel periodo 2021-2022.

Per quanto riguarda la corretta gestione della risorsa sangue, occorre consolidare ulteriormente a livello aziendale, l'utilizzo del PBM (Patient Blood Management), programma già avviato nel 2017 ai sensi del DM 2 novembre 2015 e secondo le linee guida del CNS, ed estenderlo a tutti i percorsi clinici per la casistica degli interventi in elezione.

Particolare attenzione inoltre dovrà essere posta all'utilizzo appropriato degli emocomponenti e dei medicinali plasma derivati (MPD), con focus sulla richiesta di immunoglobuline e.v., anche attraverso la costituzione di specifici gruppi di lavoro interdisciplinari aziendali.

Per quanto riguarda l'attività di produzione e cessione degli emocomponenti ad uso non trasfusionale, una maggiore trasparenza e regolamentazione dell'attività è stata garantita attraverso la stipula, negli anni precedenti, di specifiche convenzioni in materia, ai sensi di quanto previsto nella DGR 865/2016. Nel corso del 2022 è necessario regolare l'applicazione degli accordi ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1° agosto 2019 "Modifiche al decreto 2 novembre 2015, recante: «Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti».

Nel corso del 2022 le Aziende Sanitarie devono impegnarsi a partecipare e a fornire i dati richiesti al 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. Il tavolo di lavoro vedrà la partecipazione del Centro Regionale Sangue, dei direttori dei Servizi Trasfusionali e delle Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue. A tal fine, a febbraio 2021 l'attività di qualificazione biologica del SIMT di Reggio Emilia è stata trasferita presso il Polo di Qualificazione Biologica di Parma. Le Aziende dovranno contribuire alle attività specifiche del gruppo di lavoro.

Dovrà inoltre essere data attuazione a quanto previsto dal Piano Sangue vigente, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- piena funzionalità dei COBUS;
- applicazione delle Good Practice Guidelines (GPGs) nel processo trasfusionale.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Predisposizione e invio al CRS dei report trimestrali sui dati di attività di Unità raccolte e trasfuse	100%
Attivazione a richiesta, e revisione degli accordi preesistenti, delle Convenzioni relative all'utilizzo di emocomponenti ad uso non trasfusionale ai sensi della normativa di cui al DM 1° agosto 2019	100%
Garanzia della validazione dei flussi Ministeriali entro i termini previsti (SISTRA Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali)	100%
Garanzia dell'attività dei COBUS (secondo ASR 21/12/2017), con incontri almeno trimestrali	>70%
Recepimento delle Good Practice Guidelines (GPGs), almeno per il settore della raccolta sangue	100%
Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale per l'utilizzo appropriato di MPD	100%

### **3.9. Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule**

L'attività di donazione d'organi, tessuti e cellule rappresenta un atto medico di primaria e assoluta importanza. Il processo di donazione e trapianto di organi rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La donazione di organi è compito ordinario delle Terapie Intensive e di tutto l'ospedale come atto medico di valore etico e terapeutico successivo all'accertamento di morte con "criteri neurologici" o "cardiaci". La donazione ha sempre rappresentato un obiettivo del SSR e deve esserlo per le singole Aziende e il singolo operatore. 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 è la base imprescindibile sulla quale si regge l'attività trapiantologica regionale e di conseguenza la possibilità di cura per pazienti non altrimenti curabili. Tra i settori di alta specializzazione, il sistema donativo-trapiantologico è una delle reti più complesse e articolata per la molteplicità dei professionisti coinvolti e per le fitte interazioni che lo rendono un modello organizzativo d'eccellenza.

Sono obiettivi per l'anno 2022:

- 1) Rendere pienamente operativi i Coordinamenti locali ospedalieri alla donazione con assegnazione di personale medico e infermieristico adeguato alle potenzialità donative specifiche dell'Azienda e garantendo ad entrambe le figure ore dedicate al procurement al di fuori delle ore di assistenza (DGR 665/2017). A supporto del Coordinatore Ospedaliero e dell'attività donativa, trasversale a tutto l'Ospedale, prevedere inoltre l'istituzione di un Comitato Aziendale Ospedaliero alla donazione, presieduto dal direttore Sanitario, che includa, oltre al Coordinatore Locale, i responsabili delle diverse Unità Operative e servizi Sanitari
- 2) Garantire, anche in corso di ulteriore ondata pandemica, la piena operatività, in termini di personale e di ore dedicate, degli Uffici di Coordinamento Locale alla donazione degli organi e dei tessuti.
- 3) Garantire l'attività donativo-trapiantologica sia mantenendo percorsi "puliti" che ne consentano la continuità sia la disponibilità costante di un posto letto in Terapia Intensiva per l'accoglienza di un potenziale donatore.
- 4) Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: viene 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%.
- 5) Per i Presidi Ospedalieri con neurochirurgia: viene 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%.
- 6) Per tutti i presidi Ospedalieri: viene richiesto un livello di opposizione alla donazione degli organi inferiore al 30%.
- 7) Prelievo da un numero di donatori di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi dell'anno 2021 con età compresa tra i 3 e gli 80 anni, come da indicazioni del CRT-ER.
- 8) Prelievo da un numero di donatori multi-tessuto (età compresa tra i 3 e i 78 anni) come da indicazioni del CRT-ER per ciascuna azienda.
- 9) Per la Donazione cuore fermo (DCD), è prevista l'attività nei seguenti centri:
  - Presidio Ospedaliero di Cesena, Ospedale Bufalini
  - Presidio Ospedaliero di Baggiovara, Ospedale Sant'Agostino Estense
  - Presidio Ospedaliero di Parma, Ospedale Maggiore
  - Presidio Ospedaliero Bologna S. Orsola - Malpighi
  - Presidio Ospedaliero Bologna Ospedale Maggiore
  - Presidio Ospedaliero Bologna Bellaria
  - Presidio Ospedaliero di Reggio-Emilia, Ospedale S. Maria Nuova
- 10) Banca cornee dell'Emilia-Romagna, AUSL di Bologna. Deve essere garantita la piena operatività dell'attività di Banca secondo il nuovo assetto organizzativo e deve essere prevista la processazione in banca di almeno il 90% di cornee rispetto al totale di cornee pervenute.
- 11) Donazione da vivente di epifisi femorali. La Banca del Tessuto Muscolo-scheletrico (BTM) presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR) è l'Hub regionale per il banking muscolo-scheletrico. Al fine di implementare la donazione da vivente di epifisi femorali si definiscono i seguenti obiettivi aziendali per l'anno 2022:
  - istituire equipe locale multidisciplinare per la selezione del donatore
  - implementare percorso di valutazione di idoneità alla donazione di TMS

- coordinarsi con la BTM per definire modalità di prelievo del tessuto e invio in BTM
- convenzionarsi con la BTM per definire i criteri di scambio del TMS.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
<i>Garanzia dell'attività donativo-trapiantologica</i>	
Piena operatività del Coordinamento Locale della donazione degli organi e dei tessuti così come definito nella Delibera Regionale 665/2017 (personale e ore dedicate)	100%
Emergenza Covid-19: creazione di percorsi "puliti" che consentano la continuità dell'attività donativo-trapiantologica	100%
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%
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)	>50%
Tutti i presidi Ospedalieri: livello di opposizione alla donazione degli organi	<33%
Numero di donatori di cornee sul totale dei decessi dell'anno 2019 con età compresa tra i 3 e gli 80 anni, come da indicazioni del CRT-ER.	≥18%
Prelievo da un numero di donatori multi-tessuto (età compresa tra i 3 e i 78 anni)	come da indicazioni del CRT-ER per ciascuna Azienda
<i>Donazione cuore fermo (DCD)</i>	
N. segnalazioni donatori di organi a cuore fermo/n. segnalazioni donatori di organi a cuore battente	10%
<i>Banca cornee dell'Emilia-Romagna, AUSL di Bologna</i>	
Numero di cornee processate in banca sul numero totale di cornee arrivate	≥90%
Piena operatività dell'attività di Banca secondo il nuovo assetto organizzativo	100%
<i>Donazione da vivente di epifisi femorali per BTM</i>	
Numero di pazienti valutati (per idoneità) rispetto al numero di candidati alla protesi	≥60%
Percentuale di donazione rispetto agli idonei	≥50%

### **3.10. Accreditemento**

Tutte le Aziende sanitarie sono state sottoposte a verifica di rinnovo dell'accreditamento ai sensi della DGR n.1943 del 4.12.2017, "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie", entro il termine previsto del 31/12/2019.

Per favorire il mantenimento della rispondenza ai requisiti generali e specifici di accreditamento previsti dalle delibere regionali, a tutte le Aziende sanitarie viene richiesto di effettuare attività di audit interno e/o autovalutazione a livello direzionale e delle articolazioni organizzative e utilizzare le risultanze di questa attività di sorveglianza interna per attivare azioni di miglioramento di respiro aziendale.

Nel corso del 2022 è prevista l'attivazione di un progetto di revisione e aggiornamento dei requisiti specifici, previsti dalle normative regionali. Si chiede pertanto alle Aziende di facilitare la partecipazione alle iniziative che verranno previste ed ai lavori programmati.

Ai sensi del D.Lgs 261/2007, le Regioni e le Province Autonome, in attuazione della normativa vigente in materia, organizzano, presso i servizi trasfusionali e le unità di raccolta sangue, attività di verifica finalizzate all'accertamento della rispondenza ai requisiti previsti a distanza non superiore a due anni. Nel corso dell'anno le Aziende per le cui strutture è prevista la scadenza del termine, dovranno superare le verifiche relative al Sistema Trasfusionale effettuate dall'OTA su mandato della DG Cura della Persona, Salute e Welfare.

L'emergenza COVID-19 ha determinato difficoltà nella conduzione di verifiche sul campo, previste dalla normativa vigente del sistema accreditamento. In deroga a tali modalità, è stata prevista la possibilità di effettuare parte delle verifiche programmate attraverso mezzi informatici con il completamento delle verifiche sul campo in date successive al momento emergenziale e nel rispetto dei vincoli di sicurezza dettati dall'epidemia.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
<i>Verifiche relative al sistema trasfusionale</i>	
% di verifiche relative al sistema trasfusionale superate/totale delle verifiche effettuate dall'OTA	100%
<i>Progetto di revisione e aggiornamento dei requisiti specifici</i>	
Numero di professionisti partecipanti alle iniziative promosse nell'ambito del progetto di revisione dei requisiti specifici di accreditamento/Numero di professionisti convocati	80%

### **3.11. Sicurezza delle cure**

Il permanere della epidemia COVID-19 ha posto alle organizzazioni sanitarie la tematica della gestione e analisi delle variabili riguardanti il rischio sanitario (risk management). Le Aziende e le altre strutture sanitarie si trovano infatti ad affrontare questioni relative all'analisi dei rischi specifici derivanti dalla pandemia e "rivalutazione dei rischi" a seguito della riorganizzazione di servizi e attività. In questo contesto, la funzione deputata alla gestione del rischio sanitario, si trova ad adeguare i propri modelli di monitoraggio al mutato quadro di riferimento, sia per quanto riguarda l'individuazione delle aree critiche che possono generare conseguenze negative per gli utenti, sia per i possibili contenziosi che possono derivare da tali accadimenti.

La Regione Emilia-Romagna ha elaborato e trasmesso alle Aziende (nota prot. 30/06/2020.0477007 del 30/06/2020) le linee di indirizzo per il Piano-Programma per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio, in relazione all'epidemia COVID-19, a seguito delle quali i Piani-Programma aziendali sono stati aggiornati.

In questo contesto è opportuno effettuare una valutazione sulla possibile applicazione degli strumenti della gestione del rischio.

Appaiono adeguati alla situazione attuale, oltre all'utilizzo degli strumenti "tradizionali" di gestione del rischio (Incident reporting, Sea, RCA, Morbidity e Mortality review, ecc.), anche l'utilizzo di strumenti utilizzati solitamente in modo "proattivo" nelle organizzazioni ad "alta affidabilità", quali: simulazioni e training sul campo per migliorare le competenze di team, riunioni di briefing/debriefing per la gestione di situazioni di "crisis management", osservazioni dirette e safety walkround (visite per la sicurezza) atte a verificare l'adozione di comportamenti idonei rispetto alle indicazioni per la sicurezza degli operatori e dei pazienti, analisi dei processi ad elevato rischio, analisi dei fattori umani per l'acquisizione di conoscenze generali e formative relative alle *No Technical Skills* (NTS) e al *team working*.

Tali strumenti, infatti, meglio si adattano alla forte esigenza di incidere sui comportamenti umani e sull'affidabilità delle organizzazioni in un brevissimo arco di tempo. L'emergenza Covid-19 ha permesso di comprendere quanto fondamentale sia la capacità delle organizzazioni sanitarie di

rimodularsi nell'arco di pochi giorni o addirittura di poche ore, per far fronte a necessità impellenti ed immediate.

Si fornisce indicazione di proseguire anche nel 2022 nell'utilizzo degli strumenti con particolare riferimento a:

- utilizzo dell'incident reporting per la raccolta delle segnalazioni di interesse per la sicurezza, anche quelle connesse alla gestione del COVID-19;
- effettuazione di visite per la sicurezza/ safety walk round (modello regionale Vi.si.t.a.re), in sinergia con i referenti aziendali per il rischio infettivo;
- applicazione della check list di sala operatoria;
- osservazioni dirette sul campo, con particolare riferimento all'attività chirurgica (programma regionale OssERvare).

Nel corso del 2022 verrà sviluppata e sperimentata la nuova piattaforma regionale 'Segnal-ER' per la raccolta delle segnalazioni e dei sinistri, al fine di integrare le diverse fonti informative relative alla sicurezza delle cure, segnalazioni dei cittadini e gestione dei sinistri.

Si chiede alla Direzioni di partecipare alle attività richieste dalla Regione per la sua sperimentazione ed implementazione nelle Aziende sanitarie.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Effettuazione di osservazioni dirette in sala operatoria (utilizzando l'App regionale OssERvare)	Almeno 50 osservazioni/anno
Effettuazione check list di sala operatoria: - copertura SDO su procedure AHRQ4 - linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	>= 90% >= 90%
Effettuazione di visite per la sicurezza in sinergia con i referenti aziendali per il rischio infettivo	Almeno due visite/anno
Partecipazione alle attività di sperimentazione e implementazione della nuova piattaforma SegnalER	Sì

### **3.12. Sviluppo e miglioramento della qualità delle cure**

Nel 2022 dovrà proseguire l'impegno delle aziende sanitarie nel garantire le attività per la costante implementazione delle linee di indirizzo e delle buone pratiche regionali diffuse negli anni precedenti, con particolare riferimento a:

- "Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale" (circolare PG 2016\_786754 del 23/12/2016);
- "Linee indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" (determinazione n. 17558 del 31/10/2018);
- "Emergenza COVID 19 – Integrazione delle linee di indirizzo RER sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" (determinazione n. 8630 del 22/05/2020);
- "Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari" (determinazione n. 801 del 20/01/2021);
- "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" (determinazione n. 4125 del 10/3/021).

La formazione del personale del Servizio Sanitario Regionale è determinante per valorizzare le competenze professionali, adeguandole ai nuovi bisogni assistenziali dei pazienti e alle innovazioni organizzative.

Si richiede alle aziende di promuovere la diffusione delle buone pratiche anche tramite la formazione da parte dei professionisti sanitari, stimolando la fruizione delle iniziative formative create dal Settore

Assistenza Ospedaliera in collaborazione con l’Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, disponibili per tutte le aziende sanitarie sulla piattaforma regionale “e\_laber” (<https://www.e-laber.it/>).

Attualmente sono attivi i seguenti percorsi:

- Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale - Edizione 2022;
- Triage in Pronto Soccorso: nuovi colori per accogliere - Edizione 2022;
- Preveniamo la contenzione - Buone pratiche in Emilia-Romagna - Edizione 2022;
- Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell’assistenza ospedaliera e territoriale - Edizione 2022;
- Le medicazioni avanzate - Edizione 2022;
- Valutazione e Categorizzazione delle lesioni da pressione - Edizione 2022;

Il corso FAD sulla valutazione e categorizzazione delle lesioni da pressione è il primo step di un programma formativo che prevede successivamente la partecipazione dei professionisti infermieri a seminari aziendali teorico-pratici. Questi avranno come docenti i Referenti Aziendali per le lesioni cutanee, i quali hanno partecipato al corso regionale per diventare formatori nel corso del 2021. L’obiettivo primario del programma formativo è quello di standardizzare/uniformare il processo di categorizzazione, migliorando le competenze degli infermieri di clinica nella valutazione delle lesioni da pressione e la loro capacità di differenziarle da altre forme di lesioni cutanee quali le dermatiti da incontinenza, nonché migliorare l’attendibilità dei dati rilevati sia in occasione delle indagini di prevalenza che imputati nei futuri sistemi di monitoraggio implementati a livello regionale. L’obiettivo secondario è quello di coinvolgere i referenti aziendali delle lesioni cutanee nel ruolo di formatori a livello locale e di promuovere la loro funzione di supporto/consulting nei confronti degli infermieri di clinica al fine di potenziare il trasferimento delle conoscenze acquisite nella pratica assistenziale e di creare connessioni fra i professionali all’interno delle Aziende. I coordinatori infermieristici delle Unità Operative oggetto di interesse sono chiamati a mantenere alta l’attenzione nelle UUOO sul tema delle LDP, a promuovere la partecipazione alla formazione dei componenti del proprio staff e a facilitare l’organizzazione di momenti di incontro/confronto fra i referenti aziendali e gli infermieri di clinica, anche una volta terminati i percorsi formativi.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Partecipazione al corso FAD regionale “Preveniamo la contenzione - Buone pratiche in Emilia-Romagna - Edizione 2022” da parte dei professionisti sanitari (Medici, Infermieri, Fisioterapisti) e degli operatori socio sanitari dei setting assistenziali nei quali si fa ricorso all’utilizzo di mezzi di contenzione (UUOO di geriatria, UUOO di area medica, UUOO di area chirurgica, UUOO di Medicina Riabilitativa ed eventuali altri setting a discrezione delle singole Aziende).	40%
Partecipazione al corso FAD regionale “ <u>Valutazione e Categorizzazione delle lesioni da pressione - Edizione 2022</u> ” da parte degli Infermieri dei setting assistenziali maggiormente esposti all’insorgenza delle LDP (UUOO di terapia intensiva, UUOO di lungodegenza post acuzie, UUOO di geriatria, medicina generale, UUOO di medicina riabilitativa, unità spinali e gravi cerebrolesioni ed eventuali altri setting a discrezione delle singole Aziende).	20%
Svolgimento da parte di ciascuna Azienda di almeno una edizione dei seminari di approfondimento sulla valutazione, differenziazione e categorizzazione delle Lesioni da pressione, tenuti dai referenti aziendali per le lesioni cutanee (RALC) che hanno partecipato alla formazione regionale	Sì

### 3.13. Governo dei farmaci e dei dispositivi medici

#### 3.13.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna

Nel 2022 è previsto un contenimento dell'incremento della spesa netta convenzionata entro il +1,4% rispetto al 2021, con scostamenti differenziati a livello aziendale. Tale previsione tiene conto della ripresa complessiva dei consumi dopo la flessione osservata nella fase pandemica e del perseguimento di specifici obiettivi di contenimento per le categorie terapeutiche maggiormente suscettibili di impieghi inappropriati, in particolare inibitori di pompa protonica, omega 3, vitamina D. Sono considerati separatamente gli importi da corrispondere alle farmacie quale remunerazione aggiuntiva per l'erogazione di farmaci a carico SSN, poiché sono previste risorse appositamente dedicate secondo quanto stabilito dal Decreto 11/08/2021 (GU n.259 del 29/10/2021).

Per l'acquisto ospedaliero di farmaci, si prevede a livello regionale una spesa di 1,113 mld di euro corrispondente a +6,2% verso il 2021, con scostamenti differenziati fra le Aziende sanitarie. Tale obiettivo è definito come risultato tra fattori di incremento della spesa e fattori di potenziale risparmio, ed esclude i farmaci innovativi previsti nel fondo nazionale, l'ossigenoterapia, i vaccini e le terapie con i farmaci HCV per la cura di persone risultate positive attraverso la campagna di screening dell'infezione, ed è monitorato in corso d'anno tramite verifiche a cadenza bimestrale.

Ciascuna Azienda sanitaria dovrà contribuire al raggiungimento dell'obiettivo regionale secondo la modulazione indicata nella tabella sotto riportata, che tiene conto delle diverse specificità presenti a livello locale.

Aziende sanitarie	Obiettivi di spesa farmaceutica				
	spesa netta convenzionata 2022		spesa per acquisto ospedaliero* 2022		
	Importo (€) stimato 2022	var. vs 2021	Importo (€) stimato 2022	var. vs 2021	monitoraggio per area (Ausl+Aou+IRCSS)
AUSL Piacenza	29.592.353	1,6%	59.972.738	6,1%	6,1%
AUSL Parma	45.030.348	1,7%	57.407.557	5,4%	6,5%
AOU Parma			55.788.209	7,6%	
AUSL Reggio E.	50.324.276	0,2%	124.093.127	8,0%	8,0%
AUSL Modena	75.284.247	1,1%	132.548.750	5,7%	4,9%
AOU Modena			44.663.026	2,5%	
AUSL Bologna	103.048.268	1,3%	115.956.671	9,6%	6,8%
AOU Bologna			145.314.943	4,7%	
IOR			3.066.638	2,0%	
AUSL Imola	16.534.145	3,5%	25.676.182	6,5%	6,5%
AUSL Ferrara	43.868.854	-0,4%	42.427.169	7,4%	4,3%
AOU Ferrara			46.925.663	1,7%	
AUSL Romagna	124.671.649	2,3%	230.900.906	5,7%	5,7%
IRST			28.223.326	10,9%	10,9%
<b>Emilia-Romagna</b>	<b>488.354.141</b>	<b>1,4%</b>	<b>1.112.964.904</b>	<b>6,2%</b>	<b>6,2%</b>

\* esclusi farmaci innovativi, ossigeno, vaccini, farmaci HCV per la cura di persone risultate positive attraverso la campagna di screening dell'infezione. Include anche i farmaci oncologici ad alto costo per le indicazioni terapeutiche prive del requisito di innovatività e pertanto non ricompresi nel fondo farmaci innovativi

L'impegno di risorse stimato 2022 per i *Farmaci innovativi* che trovano copertura nel fondo nazionale è complessivamente quantificato in 90,2 milioni di euro, ed è relativo sia ai *farmaci innovativi oncologici* sia ai *non oncologici*.

### 3.13.2 Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica

Per il 2022 le Aziende proseguono nel promuovere il ricorso ai farmaci privi di copertura brevettuale, siano essi generici o biosimilari.

E' richiesto uno specifico impegno nell'uso appropriato delle classi di farmaci prevalentemente territoriali a maggior rischio di inappropriata. In particolare:

- **Antibiotici:** contenimento del consumo degli antibiotici sistemici attraverso la promozione dell'uso appropriato di questi farmaci al fine di contrastare la diffusione delle resistenze microbiche. Questo obiettivo è stato perseguito, anche in corso di pandemia da COVID-19, cercando di far fronte alla particolare situazione epidemiologica. Nel 2020-2021, le chiusure dovute alla pandemia hanno determinato una minor circolazione degli agenti patogeni e una conseguente riduzione dei consumi di antibiotici in tutti gli ambiti territoriali della Regione. Nel 2022, come effetto delle riaperture, è attesa una risalita dei consumi di antibiotici; da ciò deriva la necessità di ridefinire le soglie di valutazione per l'indicatore di monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia, tenendo conto del target raccomandato. Il pannello di indicatori attualmente in uso in ambito regionale verrà rivalutato ed eventualmente aggiornato a partire dal prossimo anno, tenuto conto degli andamenti osservati.

Monitoraggio indicatore previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia.

Indicatore	Target
Antibiotici: consumo in DDD per 1.000 abitanti	≤ 5652

- **PPI:** in relazione al trend di incremento regionale del consumo territoriale osservato negli ultimi anni, per ogni Azienda sanitaria vengono definiti specifici obiettivi di contenimento modulati sulla base dell'aumento registrato nell'anno precedente al fine di contribuire al raggiungimento del seguente target medio regionale:

Indicatore	Target medio regionale
▪ consumo territoriale PPI	▪ ≤56 DDD/1000 ab die

- **Omega 3:** considerate le condizioni di rimborsabilità degli omega 3 definite dalla nota AIFA 13 nel 2019 che ne esclude l'impiego nella prevenzione cardiovascolare secondaria e che la riduzione d'uso attesa per questa classe di farmaci non è stata sinora osservata, vengono definiti per ciascuna Azienda sanitaria specifici obiettivi di contenimento modulati sulla base dell'aumento registrato nell'anno precedente al fine di contribuire al raggiungimento del seguente target medio regionale:

Indicatore	Target medio regionale
▪ consumo territoriale omega 3	▪ ≤3,5 DDD/1000 ab die

- **Vitamina D:** le condizioni di rimborsabilità introdotte dalla nota AIFA 96 nel 2019 per l'impiego in prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D nell'adulto (>18 anni) non hanno consolidato nel tempo gli effetti sulla riduzione dei consumi previsti, che hanno registrato nel 2021 la tendenza a un graduale incremento. Vengono così definiti per ogni Azienda sanitaria specifici obiettivi di contenimento modulati sulla base dell'aumento registrato nell'anno precedente al fine di contribuire al raggiungimento del seguente target medio regionale:

<i>Indicatore</i>	<i>Target medio regionale</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>consumo territoriale Vitamina D</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>≤128 DDD/1000 ab die</li> </ul>

Inoltre, per il colecalciferolo è opportuno tenere conto che, nel rispetto della necessità clinica e dell'aderenza terapeutica del paziente, la formulazione multidose in gocce presenta il miglior rapporto costo/opportunità ed è da preferire rispetto alla monodose.

▪ *Farmaci per la cronicità nell'ottica della territorializzazione delle cure:*

Le nuove note AIFA introdotte a partire dall'anno 2020, quali:

- nota 97, relativa alla prescrizione degli anticoagulanti AVK e NAO/DOAC nel trattamento della FANV;
- nota 99 per la prescrizione dei farmaci utilizzati nella terapia di mantenimento dei pazienti con diagnosi certa di BPCO (LABA; LAMA; LABA/ICS; LABA/LAMA; LABA/LAMA/ICS);
- nota 100 riferita all'uso degli inibitori del SGLT2, degli agonisti recettoriali del GLP1, degli inibitori del DPP4 e loro associazioni nel trattamento del diabete mellito tipo 2;

sostengono lo sviluppo della territorialità dell'assistenza sanitaria sottolineando il ruolo centrale della medicina di base in quanto consentono la prescrizione di farmaci precedentemente affidati dal punto di vista prescrittivo ai soli specialisti.

Dette note AIFA sono mirate a garantire, a partire dall'inquadramento diagnostico-terapeutico, l'appropriatezza sia nella prescrizione nei pazienti naïve sia nel mantenimento delle terapie, favorendo al contempo il raccordo nonché lo scambio delle necessarie informazioni per una gestione integrata organizzativo/gestionale con gli specialisti.

In quest'ottica svolgono un ruolo fondamentale la formazione dei professionisti sanitari; le Aziende sanitarie dovranno proseguire nell'ambito della formazione obbligatoria, nella realizzazione di corsi di formazione mirati, con approccio multidisciplinare (con particolare riferimento ai rapporti fra ospedale e territorio), anche a declinare come gli approcci prescrittivi definiti dalle note AIFA debbano integrarsi nei PDTA locali affinché sia garantita la centralità del paziente, l'integrazione tra gli interventi il ricorso alla diagnostica sfruttando la digitalizzazione delle informazioni.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Formazione obbligatoria destinata ai Medici di medicina generale per gli argomenti sopra indicati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>un'iniziativa formativa per almeno 1 su 3 fra gli argomenti sopra indicati</li> </ul>

Per quanto riguarda i farmaci con uso/prescrizione prevalentemente ospedaliera, è richiesta l'adesione ai risultati di gara. Inoltre, una particolare attenzione deve essere posta alle classi di farmaci di seguito elencate al fine di garantirne un uso ottimale:

- *Antibiotici:* monitoraggio dell'uso dei farmaci con indicazione nel trattamento di infezioni nosocomiali da germi difficili multiresistenti, che sono compresi nella lista di farmaci

“reserve” della classificazione AWaRe dell’OMS, per i quali AIFA ha definito schede di prescrizione cartacee<sup>1</sup>.

- **Antidiabetici:** nei pazienti in terapia con metformina somministrata a dosi e tempi adeguati che necessitano di un secondo ipoglicemizzante, in presenza di un rischio cardiovascolare elevato o di una patologia renale cronica, è preferibile associare una gliflozina o un GLP-1a, in coerenza con la nota AIFA 100.

Nell’ambito delle quattro insuline basali disponibili deve proseguire 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.

<i>Indicatori</i>	<i>Target</i>
▪ % di pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1a rispetto al totale dei pazienti che devono associare a metformina un secondo antidiabetico (orale o GLP-1a)	▪ ≥ 40%
▪ % di pazienti con insuline basali meno costose rispetto al totale dei pazienti in trattamento con insuline basali	▪ ≥ 85%

- **Farmaci intravitreali anti VEGF:** per le indicazioni sovrapponibili fra le diverse opzioni terapeutiche disponibili, uso prevalente del farmaco con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
▪ per le indicazioni comprese in Nota AIFA 98 e nel rispetto delle sovrapponibilità terapeutiche in essa individuate, impiego prevalente del farmaco antiVEGF con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti	▪ ≥ 85%

- **Farmaci oncologici e oncoematologici:** adesione alle raccomandazioni regionali sui **farmaci oncologici** formulate dal GReFO e adottate dalla Commissione regionale del farmaco. Al fine di rispettare le previsioni di utilizzo contenute in tali raccomandazioni, si chiede di porre particolare attenzione ai farmaci per i quali è stato definito che, 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 anche del rapporto costo/opportunità nell’uso prevalente.

<i>Indicatore<sup>^</sup></i>	<i>Target</i>
<i>Relativamente ai farmaci per i quali le raccomandazioni GReFO prevedono un costo/opportunità vengono definiti i seguenti obiettivi:</i>	<i>% di utilizzo del farmaco meno costoso<sup>#</sup></i>
Melanoma avanzato/metastatico, 1° Linea di terapia o linee successive: dabrafenib+trametinib, vemurafenib+cobimetinib, encorafenib+binimetinib (Ref. Determina aggiornamento PTR n.7621 del 06/05/2020)	≥40%
Ca della prostata metastatico, castrazione resistente - 1° Linea di terapia: abiraterone, enzalutamide*	≥60%

<sup>1</sup> Cefiderocol, ceftazidima/avibactam, ceftolozano/avibactam, dalbavancina, imipenem/cilastatina/relebactam, meropenem/vaborbactam, oritavancina

(Ref. Determina aggiornamento PTR n. 6822 del 10/05/2018, doc PTR 252)	
Ca della prostata nei due setting: 1) NON metastatico, castrazione resistente 2) metastatico, ormono sensibile: apalutamide, enzalutamide * Determina in fase di stesura	≥60%
Ca ovarico 2°Linea di terapia, paz BRCA wt o non noto: <u>niraparib*</u> , <u>rucaparib</u> Ref. Determina aggiornamento PTR n. 7621 del 6/05/2020	≥60%
Tumore del polmone NSCLC avanzato, 1° linea di terapia, setting di pazienti con PD-L1 ≥ 50%: Pembrolizumab*, atezolizumab Determina in fase di stesura	≥60%
<i>*sul totale dei farmaci considerati; * il monitoraggio potrà avvenire solo se disponibili le informazioni sull'indicazione e linea terapeutica; gli indicatori potranno essere di valutazione o di osservazione in funzione dell'impatto economico dei vari trattamenti</i>	

Al fine di favorire il raggiungimento dell'obiettivo è necessario un costante monitoraggio dei costi delle terapie informando tempestivamente i clinici prescrittori.

- **Farmaci biologici:** impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe, secondo quanto sotto riportato.

<i>Indicatore: Impiego atteso del/dei biosimilare/i sul totale del consumo</i>	<i>Target</i>
– Epoetine	▪ ≥ 90%
– Infliximab	▪ ≥ 90%
– Etanercept	▪ ≥ 90%
– Adalimumab	▪ ≥ 90%
– Follitropina alfa	▪ ≥ 65%
– Trastuzumab e rituximab sottocute in ambito oncologico * <i>*sul totale dei pazienti trattati</i>	▪ ≤ 20%
– Bevacizumab	▪ ≥ 90%
– Enoxaparina	▪ ≥ 90%

- **Terapia immunosoppressiva con i farmaci biologici:** in assenza di specifiche condizioni cliniche, in linea con le indicazioni contenute nelle raccomandazioni regionali:
  - uso prevalente dei farmaci anti-TNF alfa con il miglior rapporto costo opportunità come biologici di prima scelta in caso di fallimento, intolleranza o controindicazione a csDMARDs, nei pazienti incidenti affetti da patologia dermatologica e/o reumatologica;
  - uso prevalente dei farmaci biologici con il miglior rapporto costo opportunità nei pazienti affetti da patologia dermatologica e/o reumatologica già in trattamento con biologico che effettuano per la 1° volta un cambio di terapia ad altro biologico <sup>2</sup>.

<sup>2</sup> in caso di modifica della terapia per eventi avversi o inefficacia è necessario effettuare una segnalazione di farmacovigilanza

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>nei pazienti incidenti affetti da malattie cutanea e/o reumatologica (psoriasi, artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti) impiego prevalente di farmaci anti-TNF alfa a miglior costo opportunità come biologici di prima scelta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>≥ 75%</li> </ul>

- Farmaci epatite C*: fra gli schemi terapeutici a base degli antivirali diretti (DAA) disponibili (Doc PTR n. 229), per l'uso prevalente nei pazienti naive dovranno essere privilegiati quelli che, a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità, presentano il miglior rapporto costo/opportunità.

<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>% di pazienti <i>naive</i> trattati con il farmaco meno costoso rispetto al totale dei pazienti <i>naive</i> in trattamento con DAA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>≥ 90%</li> </ul>

### 3.13.3 Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie convenzionate

La deliberazione di Giunta regionale n. 480 del 28 marzo 2022 proroga al 31 dicembre 2022 la validità della DGR 329/2019 inerente alla Farmacia dei servizi, in accordo con le Associazioni di categoria delle farmacie convenzionate. Ciò tenuto conto che sullo sviluppo delle attività previste nell'Intesa 2019 ha avuto forti ripercussioni l'arrivo della pandemia da Coronavirus e che durante lo stato di emergenza sanitaria le farmacie convenzionate hanno sviluppato al loro interno nuove attitudini contribuendo alla gestione della crisi con particolare riguardo all'esecuzione di test antigenici rapidi nonché alla somministrazione dei vaccini anti SARS-CoV-2/COVID19.

L'atto deliberativo 480/2022 sottolinea che, in coerenza con lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale, e in particolare delle Cure primarie, le farmacie possono diventare parte del sistema casa della comunità a livello distrettuale, prevedendo un loro coinvolgimento nei programmi orientati all'intercettazione precoce del bisogno e alla prevenzione, nonché alla partecipazione a percorsi di presa in carico del paziente.

Per l'anno 2022 le Aziende sanitarie dovranno stimolare le Farmacie convenzionate affinché realizzino in particolare le attività rivolte ai seguenti ambiti:

- partecipazione alle attività di promozione dell'aderenza alla terapia/ricognizione farmacologica/farmacovigilanza, rivolte ai cittadini affetti da patologie croniche, a partire dalla BPCO; gli indicatori associati a detta attività saranno applicati a partire dall'anno 2023, anche in coerenza alla progettualità legate al Cronoprogramma regionale di cui all'Intesa rep. atti 41/CSR del 30 marzo 2022;
- supporto ai cittadini nell'ottenimento dell'identità digitale propedeutica alla consultazione del Fascicolo sanitario elettronico, previa adeguata e specifica formazione dei farmacisti;

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>% farmacie convenzionate che hanno sviluppato la funzione di rilascio identità digitale al cittadino sul totale delle farmacie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>≥ 70%</li> </ul>

- partecipazione al progetto di farmacovigilanza attiva VIGIRETE che potrà peraltro consentire la raccolta di sospette ADR anche nell'ambito della vaccinazione contro il coronavirus nella popolazione generale;

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % farmacie convenzionate coinvolte nel progetto di farmacovigilanza attiva VIGIRETE sul totale delle farmacie del territorio (Fonte: portale VIGIRETE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ≥ 66%</li> </ul>

### 3.13.4 Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali

È in capo ai medici prescrittori:

- la compilazione dei 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;
- la corretta compilazione e chiusura delle schede dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA relative ai farmaci destinati alla terapia del COVID-19 (es. remdesivir e anticorpi monoclonali);
- la prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici, al fine di un miglioramento del tasso di copertura del database oncologico regionale per tutti i campi previsti dal tracciato, rendendo possibile il monitoraggio dei farmaci oncologici parenterali e in particolare di quelli orali.

Per alcuni trattamenti di rilievo nelle terapie COVID-19 (anticorpi monoclonali e antivirali), il cui approvvigionamento è gestito a livello nazionale con fondi a carico della Struttura Commissariale, è stato individuato il Centro Antidoti dell’Azienda Ospedaliera – Universitaria di Ferrara quale struttura hub per la gestione centralizzata delle scorte nazionali delocalizzate nella nostra Regione. Per tali farmaci le Aziende sanitarie sono pertanto tenute ad applicare il percorso di approvvigionamento condiviso nonché il monitoraggio del loro uso.

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:

- applicano le Raccomandazioni regionali sulla sicurezza delle terapie e in particolare - in ambito ospedaliero e territoriale - gli aspetti legati alla ricognizione/riconciliazione farmacologica al fine di consentire ai professionisti sanitari che intervengono nel percorso di cura del paziente una conoscenza puntuale della terapia farmacologica corrente e al medico la possibilità - nell’assicurare le cure necessarie - di fare sintesi sulla terapia e rivalutarla qualora necessario;
- organizzano corsi di formazione specifici (in modalità residenziale o a distanza o tramite FAD) sulla ricognizione/riconciliazione delle terapie farmacologiche, rivolti agli operatori sanitari (in particolare neoassunti) coinvolti nei percorsi di gestione del farmaco;

### 3.13.5 Farmacovigilanza

Nel 2022 le Aziende, in continuità con l’anno 2021, dovranno:

- proseguire le attività di farmacovigilanza e vaccino-vigilanza, applicando la procedura operativa AIFA per i Responsabili locali di FV del 10 dicembre 2021 (Revisione 02);

- porre particolare attenzione, anche in relazione dell'entrata in vigore della nuova Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF), alla qualità nella compilazione delle segnalazioni di sospette *Adverse Drug Reaction* (ADR), avendo cura di:
  - promuovere segnalazione on line attraverso la Piattaforma AIFA (<https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/>);
  - inserire le segnalazioni tempestivamente nella RNF, tramite la validazione delle segnalazioni on-line e la gestione delle schede cartacee, entro 7 giorni dalla data di ricevimento delle stesse (comma 5, art.22, D.M. 30/04/2015);
  - raccogliere dai segnalatori gli elementi utili a migliorare la completezza delle informazioni per un'adeguata valutazione dei casi, quali ad esempio: tempi di somministrazione del farmaco sospetto e di insorgenza della reazione, posologia, farmaci concomitanti, condizioni cliniche preesistenti, *de e re-challenge* del trattamento, esito e follow-up, documentazione clinica a supporto del caso, come base per la valutazione del *causality assessment*;
  - gestire in modo appropriato la qualità delle schede di riferite a errore terapeutico;
- garantire un'adeguata offerta formativa, residenziale o a distanza, per gli operatori sanitari, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta in tema di farmacovigilanza e vaccino-vigilanza;
- sviluppare le attività previste nei progetti regionali e multiregionali di farmacovigilanza attiva in corso approvati da AIFA (vedi tabella), e in particolare raggiungere gli obiettivi prefissati per ognuno di essi nelle tempistiche previste;

Progetti di Farmacovigilanza attiva										
Azienda sanitaria e CRFV	REGIONALI			MULTIREGIONALI						
	FV in onco-ematologia	FF orali alterabili negli over 65enni	FV in reuma-dermo-gastro	FV in onco-ematologia	FV pazienti pediatrici ospedalizzati	Rete ospedaliera FV	Sorveglianza reazioni a vaccino in pediatria	Network FV nelle Farmacie convenzionate	CORE Real-world use of biological drugs in an Italian dermatology setting	Efficacia e sicurezza rituximab originatore e biosimilare
	ACRONIMI									
	POEM2	SOFARE	REDEGA	POEM3	PAPEOS	FARO	VIGIFARM ACOVAX	VIGIRETE		SURE
AUSL Piacenza	X	X		X	X		X		Farmacie convenzionate di tutte le AUSL	
AUSL Parma		X								
AOSP Parma	X			X	X					
AUSL Reggio Emilia		X	X	X		X				X
AUSL Modena		X	X		X					
AOSP Modena	X		X	X	X					X
AUSL Bologna	X	X		X	X	X	X			
AOSP Bologna	X		X	X		X				
AUSL Imola	X	X		X	X					
AUSL Ferrara		X					X			
AOSP Ferrara	X		X	X	X	X				
IRST	X			X						
AUSL Romagna	X	X	X	X	X	X	X			
CRFV	X	X	X	X	X	X	X	X		

**Indicatori:**

- N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AUSL per 100.000 abitanti (Fonte: rete nazionale di Farmacovigilanza)
- N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AOSP e IRCCSS per 1.000 ricoveri (Fonte: rete nazionale di Farmacovigilanza)

**Target**

- $\geq 50$
- $\geq 5$

### 3.13.6 Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Il governo dei dispositivi medici per l'anno 2021 ha dovuto tenere conto della ripresa delle attività ordinarie e il persistere dell'attività di assistenza intensiva per la cura della patologia COVID-19. Come prevedibile si è trattato solo di un parzialmente ritorno alla normalità nell'anno 2021, rendendo necessario per l'anno 2022 il recupero dell'attività che si aggiunge ai volumi storici. Considerando che i dispositivi medici sono tra i più importanti driver di spesa è necessario individuare azioni che garantiscano l'accesso alle cure dei pazienti e la possibilità di utilizzo di prodotti innovativi con particolare attenzione all'impatto sul bilancio.

#### Obiettivi di spesa

Per l'acquisto di dispositivi medici, si fissa a livello regionale una spesa di 643,6 milioni di euro corrispondente a +2% verso il 2021, con scostamenti differenziati a livello aziendale. Tale obiettivo è definito come risultato tra fattori di incremento della spesa, stimati su trend storico, e fattori di potenziale risparmio, derivanti da: azioni legate all'uso appropriato dei DM, corretto impiego delle gare d'acquisto e contenimento degli acquisti legati alla gestione della malattia COVID-19. Gli obiettivi di sostenibilità economica sono oggetto di valutazione.

#### Obiettivi di appropriatezza

Per il 2022 alle Aziende è richiesto uno specifico impegno nell'uso appropriato di alcuni dispositivi medici, al fine di ottimizzare l'uso delle risorse materiali ed economiche. In particolare:

- Guanti non sterili

L'emergenza correlata alla gestione dell'emergenza COVID-19 ha evidenziato un incremento della spesa correlata all'utilizzo dei guanti non sterili. Si richiama la necessità di adesione al documento regionale di appropriatezza sui Guanti non Sterili «Indicazioni operative sui guanti monouso per uso sanitario».

Azioni:

- Monitoraggio della quantità consegnata per tipologia di guanto nell'anno 2022;
- Consolidamento della collaborazione tra Referenti SPP e farmacista di riferimento;
- Vigilanza attiva da parte del CIO.

Obiettivo:

Riduzione della quantità in riferimento al 2021, con decremento modulato tra le aziende Sanitarie in base alla contrazione già realizzata nell'anno 2021 rispetto al 2020.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Riduzione delle quantità di guanti non chirurgici (cnd T0102) rispetto al 2021	▪ -20%

- Applicazione delle buone pratiche per il corretto utilizzo dei dispositivi di medicazione.

Avendo osservato un incremento dei consumi e in relazione all'aggiudicazione della gara Intercenter "Fornitura di materiale da medicazione avanzata 2 in concorrenza" che ha portato ad un importante aggiornamento nella disponibilità di tali dispositivi medici nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, la formazione rappresenta il punto cardine del corretto utilizzo di tali dispositivi. Per diffondere i contenuti che riguardano l'utilizzo appropriato di tali prodotti è stato predisposto un percorso formativo per garantire la condivisione dei criteri di appropriatezza di utilizzo alla luce dei documenti di riferimento della Regione Emilia-Romagna (Protocolli di trattamento delle Lesioni da Pressione e delle Lesioni Vascolari e le Linee di indirizzo sulla prevenzione delle Lesioni da Pressione).

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Partecipazione al corso FAD "Le medicazioni avanzate 2022" disponibile su E-laber	▪ Partecipazione del 60% del personale infermieristico che

opera nei setting di Medicina, Area Critica, Lungodegenza, Chirurgia, ADI.

- Implementazione progetto "Sistemi professionali per la misura rapida della glicemia PoCT"

È in essere la convenzione Intercenter Diabetologia Ospedaliera 2 "Fornitura di sistemi professionali per la misura rapida della glicemia PoCT (Point of Care Testing) e pungidito occorrenti alle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna", pubblicata su <https://intercenter.regione.emilia-romagna.it/servizi-pa/convenzioni/convenzioni-attive/2019/diabetologia-ospedaliera-2/diabetologia-ospedaliera-2>, attiva dal 27/11/2019.

Le principali novità introdotte nella nuova iniziativa di gara riguardano il lotto che ha per oggetto il sistema per la misurazione della glicemia capillare, attraverso l'uso di glucometri collegati in remoto con il laboratorio analisi di riferimento per la loro supervisione, in osservanza a quanto previsto dalle norme di accreditamento della Regione Emilia-Romagna per i sistemi PoCT, ossia per tutti quegli strumenti utilizzati nella diagnostica di laboratorio ma collocati fuori dallo stesso e utilizzati non da personale tecnico di laboratorio ("Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Medicina di laboratorio"- documento GPG/2014/441).

La garanzia del corretto funzionamento dei glucometri e dell'accuratezza del dato sono requisiti di importanza fondamentale poiché, sulla base dei valori glicemici rilevati, vengono prese decisioni cliniche e terapeutiche legate alla somministrazione di insulina al paziente diabetico.

Il progetto di implementazione del Sistema PoCT Glicemia terminerà nel 2022 ed in continuità con quanto avvenuto nel 2021, lo si ripropone tra gli obiettivi all'attenzione delle direzioni generali.

Nel 2021 hanno implementato il Sistemi POCT glicemia le seguenti aziende: Ausl Piacenza, Ausl Parma, Aosp Parma, Ausl Reggio Emilia, Ausl E Aosp Modena, Ausl Ferrara, Aosp Ferrara, Ausl Romagna.

Nell' anno 2022 il progetto si concluderà con l'arruolamento delle seguenti aziende sanitarie: Ausl Bologna,

1. Aosp Bologna,
2. Ausl Imola,
3. Istituto Montecatone,
4. Istituto ortopedico Rizzoli.

Con il completamento delle seguenti azioni:

1. Contatti per Tavolo tecnico
  - a. Attivazione tavolo tecnico Servizio Tecnologie Informatiche (IT)-ROCHE
  - b. Attivazione tavolo tecnico Servizio di Ingegneria Clinica (SIC) -ROCHE
  - c. Attivazione tavolo tecnico ROCHE Sistema informativo di laboratorio (LIS) con supervisione di IT e SIC
2. Installazione con verbale di collaudo del sistema,
3. Recepimento di contratto con emissione di ordinativi

<i>Indicatore:</i>	<i>Target:</i>
1. Contatti per Tavolo tecnico	1. 100%
2. Installazione con verbale di collaudo del sistema,	2. si/no
3. Emissione ordinativi	3. 100%

Tutte le Aziende Sanitarie dovranno produrre/condividere una reportistica trimestrale in collaborazione con il fornitore, per monitorare l'attività della strumentazione installata

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
-------------------	---------------

Publicazione e diffusione di almeno 1 reportistica periodica	▪ 100%
--	--------

- Adesione alle gare regionali

Per l'anno 2022 sono individuate le seguenti convenzioni Intercenter oggetto di monitoraggio, per la valutazione di una puntuale adesione alle strategie di gara da parte di tutte le aziende al fine di ottenere la miglior performance economica negli acquisti.

- Medicazioni per ferite, piaghe e ulcere (M0404);
- Dispositivi da elettrochirurgia (K02);
- Protesi d'anca (P0908);
- Stent coronarici (classe CND P07040201);

Indicatore	Target
Riduzione della spesa per le medicazioni per ferite, piaghe e ulcere (cnd M0404), in conseguenza alla miglior adesione alle gara	▪ -1,5%
Distribuzione consumi dispositivi da elettrochirurgia secondo la strategia di gara: Ultrasuoni 60% e Radiofrequenza 40%	▪ 60/40%

*Rendicontazione nel flusso DiMe e obiettivi di tracciabilità*

Si rinnova anche per il 2022 l'impegno delle aziende sanitarie per il controllo sull'impegno complessivo di risorse:

- migliorando la collaborazione con la centrale acquisti regionale Intercenter, al fine di condividere le 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 controllo della spesa dei dispositivi medici, si rinnovano alcuni strumenti d'osservazione, 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 della casistica:

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

*Indicatori di osservazione*

- Variazione costo medio regionale per paziente, per le protesi d'anca, verso 2021 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)
- Variazione costo medio regionale per paziente, per pacemaker, verso 2021 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)
- Variazione costo medio regionale per paziente, per defibrillatori impiantabili, verso 2021 (Fonte: flusso Di.Me. e SDO)

Si conferma anche per il 2022 l'obiettivo di copertura del flusso 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, alla luce della evoluzione delle modalità di acquisto e delle regole di tracciabilità dei dispositivi medici. Considerando l'aumento degli acquisti di dispositivi di classe prima (mascherine, camici...) per la gestione dell'emergenza sanitaria, potenzialmente privi di codice di repertorio e quindi non rilevabili nel flusso DiMe, e che l'adempimento nazionale richiede il raggiungimento della soglia del 75%, si pone il target al 90% per le aziende sanitarie della regione. 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;
- Per le aziende che impiegano il GAAC, il corretto utilizzo del codice BDR per la creazione o la bonifica delle anagrafiche centralizzate.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico (Fonte: flusso DiMe e conto economico) -	▪ ≥ 90%
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico (Fonte: flusso DiMe e conto economico)	▪ ≥ 40%

#### *Dispositivo Vigilanza*

Il settore dei dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro costituisce, sia in ambito nazionale che europeo, un aspetto di grande rilevanza nei percorsi diagnostici e terapeutici dell'assistenza sanitaria, contribuendo al miglioramento del livello di protezione della salute attraverso lo sviluppo di soluzioni innovative per la diagnosi, la prevenzione, la cura e la riabilitazione. La vigilanza sui dispositivi ha come finalità quella di garantire un elevato livello di protezione e tutela della salute e della sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di tutti i soggetti che a vario titolo interagiscono con essi. Ciò è reso possibile attraverso il funzionamento di un sistema di vigilanza che consente l'identificazione rapida di ogni problema legato a un dispositivo nonché con l'individuazione di eventuali azioni correttive volte ad eliminare e/o ridurre le problematiche che occorrono in fase post commercializzazione. L'entrata in vigore del Regolamento (UE) 2017/745 (MDR) e 2017/746 (IVDR), il quadro normativo di riferimento in materia di vigilanza, subisce un profondo rafforzamento, inoltre Il Decreto ministeriale 31 marzo 2022, istituisce la Rete Nazionale Della Dispositivo-Vigilanza con il relativo sistema informativo.

A livello regionale è in corso l'aggiornamento del documento regionale "Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro",

Inoltre, nel corso del 2022 sarà pienamente attiva la rete "Regionale Dei Referenti Dispositivo-Vigilanza", con il compito di:

1. collaborare alla realizzazione di progetti formativi;

2. implementare la vigilanza attiva degli avvisi di sicurezza, curandone la diffusione alle Aziende Sanitarie e coordinando la realizzazione degli interventi eventualmente necessari;
3. monitorare le segnalazioni di incidente con DM provenienti dalle strutture sanitarie regionali pubbliche e private;
4. predisporre un ritorno informativo alle aziende sanitarie sull'attività di segnalazione degli incidenti a livello regionale.

Da quanto sopra premesso si chiede alle Aree Vaste (Avec, AVEN) ed Ausl Romagna, di condividere tematiche correlate alla Dispositivo Vigilanza.

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>
Due riunioni svolte nell'ambito della Commissione Dispositivi Medici di Area Vasta/ Ausl Romagna durante le quali si affronterà un tema correlato alla vigilanza sui Dispositivi Medici	▪ 100%

Affinché tutte le Aziende sanitarie possano monitorare il numero di segnalazione incidente, si rimanda all'indicatore di osservazione IND0376 che rappresenta il numero di segnalazioni incidente con DM ogni 10.000 ricoveri.

#### **4. 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.

Per l'anno 2022 le Direzioni aziendali dovranno garantire:

- Il rispetto del vincolo di bilancio assegnato, concorrendo al raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale;
- Il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, in considerazione anche della modifica della struttura dei costi determinatasi a seguito dell'emergenza COVID-19, avendo cura di predisporre con particolare accuratezza i *modelli CE Covid*, al fine di rappresentare i costi sostenuti per fronteggiare l'emergenza covid e l'attuazione della campagna vaccinale.
- La partecipazione al sistema di monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali e in particolare alle verifiche sul rispetto degli obiettivi di budget definiti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, come previsto dalla Deliberazione n. 407/2022 recante "Prime indicazioni sulla programmazione 2022 per le Aziende del SSR" (punto 5 del Dispositivo);
- La 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 e in particolare gli obiettivi di budget specificamente assegnati con riferimento ai principali fattori produttivi che concorrono al maggior assorbimento di risorse, 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.

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.

➤ *Indicatori e target:*

- Rendicontazione Costi Covid: accurata compilazione da parte delle aziende sanitarie dei prospetti inerenti la rilevazione degli accadimenti contabili connessi alla gestione emergenziale COVID-19 e allineamento alle indicazioni contabili ; target: 100%
- Rispetto delle tempistiche di trasmissione e accuratezza di predisposizione dei dati per il monitoraggio economico bimestrale; target: 100%

#### 4.1.1. Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2022 proseguirà l'impegno per consolidare il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR in conformità alle 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.

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:  $\leq 0$

Le Aziende sanitarie sono tenute al rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2022. 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 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.

Con determina n. 24526 del 23/12/2021 avente ad oggetto "Costituzione della "Cabina di Regia PAC" per l'aggiornamento delle Linee Guida Regionali del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) di cui alle deliberazioni di giunta regionale n. 1562/2017 e n.2119/2017" è stata istituita la Cabina di Regia PAC con i seguenti compiti:

- definizione dei criteri, dei principi e della metodologia di lavoro;
- pianificazione e organizzazione delle attività finalizzate all'aggiornamento del PAC per adeguamenti normativi;
- pianificazione e organizzazione delle attività finalizzate all'aggiornamento del PAC alla luce dell'implementazione a livello regionale del sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC);
- l'individuazione ed il coordinamento dei Gruppi di lavoro operativi necessari per sviluppare specifiche aree tematiche;
- l'approvazione degli elaborati predisposti dai Gruppi medesimi e la verifica della loro applicabilità;

Nel corso del 2022 le Aziende sanitarie sono tenute:

- a proseguire nell'applicazione delle Linee Guida regionali;
- a partecipare alla Cabina di Regia PAC;
- a partecipare ai gruppi di lavoro operativi necessari per l'aggiornamento delle Linee Guida regionali;
- nel rafforzamento dei controlli operativi connessi alle fasi di predisposizione del bilancio di esercizio e dei documenti a corredo.

Con riferimento al *miglioramento del sistema informativo contabile*, nel corso del 2022 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 (compreso *modello CE COVID*), SP, LA e CP (così come definiti dal decreto 24 maggio 2019). Con riferimento in particolare al modello CP, di rilevazione dei conti dei presidi ospedalieri articolato in ricavi e costi in analogia con il modello CE, le Aziende dovranno porre particolare attenzione alla corretta alimentazione del modello al fine di garantire l'equilibrio della gestione dei presidi ospedalieri.

➤ *Indicatore e target:*

- Coerenza nella compilazione degli schemi di bilancio. Target: 90% del livello di coerenza
- Partecipazione ai gruppi di lavoro. Target: si/no

Con riferimento alle *partite vetuste anni 2017 e precedenti*, nel corso del 2022 le Aziende sanitarie devono procedere ad un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali partite, tenuto anche conto che le partite pregresse (crediti, debiti, note di credito da ricevere, quote inutilizzate di contributi, ecc..) sono attentamente analizzate dal MEF, in sede di verifica degli adempimenti e dalla Corte dei Conti in sede di controllo sui bilanci aziendali.

Le Aziende dovranno pertanto verificare:

- la sussistenza del presupposto giuridico per il mantenimento a bilancio di tali partite e, in mancanza di esso, provvedere a rilevare un'insussistenza dell'attivo, valutando l'impatto sul proprio bilancio;
- fornire puntuali motivazioni sulla necessità di mantenere tali partite nel bilancio d'esercizio 2022.

➤ *Indicatore e target:*

- Coerenza con la sussistenza a bilancio delle partite vetuste anni 2017 e precedenti. Target: 90% delle partite vetuste

#### 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 regionali le strutture private accreditate aderenti AIOP, Hesperia Hospital e con i Centri Riabilitativi Privati ex

art. 26 prosegue anche per l'anno 2022 il sistema dei rapporti con gli ospedali privati accreditati sulla base di quanto stabilito, rispettivamente, dalle DGR n. 1541/2020, n. 1821/2020 e 1951/2020. 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.

In analogia a quanto già previsto nelle delibere di programmazione degli scorsi anni, Le Aziende USL dovranno nel 2022 allinearsi ai contenuti dei protocolli 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*

La realizzazione del progetto GAAC prevede l'implementazione di un Sistema unitario per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC) in tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna e rappresenta uno degli obiettivi strategici di questa Regione.

Si tratta di una architettura software complessa, nel cui sistema rientra ogni singolo aspetto contabile di interesse delle singole Aziende Sanitarie e funzionale a garantire "le necessarie autonomie aziendali e, al tempo stesso, consentire la realizzazione di sinergie gestionali, a livello sovra aziendale, assicurando, a livello regionale, i necessari strumenti di controllo e programmazione".

A tutto il 2021 l'implementazione del nuovo sistema unico regionale per la gestione informatica dell'area amministrativa contabile (d'ora in poi GAAC) ha visto l'ingresso di 6 Aziende Sanitarie, compresa la Gestione Sanitaria Accentrata (Azienda Usl di Ferrara, Azienda Usl di Imola, Istituto Ortopedico Rizzoli, Azienda Usl di Bologna Azienda Ospedaliera di Bologna e la GSA).

Si ricorda che l'implementazione del GAAC nelle Aziende Sanitarie avviate riguarda tutti i moduli previsti dal progetto: Contabilità Generale, Contabilità Analitica, Cespiti, Magazzino, nonché le integrazioni locali e regionali (per es. Gestione Risorse Umane – GRU, Banca Dati Regionale – BDR). Sin dall'avvio è stata implementata la piattaforma per la gestione delle anagrafiche centralizzate che è utilizzata da tutte le Aziende in produzione GAAC. A fine 2021 in concomitanza con le attività di avvio delle Aziende Modenesi è stata estesa l'anagrafica centralizzata a tutte le Aziende di AVEN limitatamente ai prodotti di interesse dell'Unità Logistica Centralizzata.

Inoltre, è stata implementata la Piattaforma della Gestione Regionale dei Dati (GRD) utilizzata da tutte le Aziende Sanitarie della Regione e dalla Regione per soddisfare i seguenti adempimenti:

- flussi Economici e Patrimoniali a preventivo, trimestrali e consuntivo per gli adempimenti regionali e ministeriali (CE e SP ministeriali);
- verifiche e i monitoraggi periodici effettuati dalla Regione sull'andamento della gestione;
- verifica rapporti intercompany, flussi economici e patrimoniale relativi agli scambi tra Aziende Sanitarie della Regione (Matrice Scambi);
- verifica dei flussi inerenti le assegnazioni dei contributi afferenti il perimetro sanitario (GSA);
- bilanci consolidati preventivi, trimestrali e consuntivi;
- modelli e flussi di contabilità analitica (COA, LA e CP);
- costi pro-capite.

La dichiarazione dello stato di emergenza e la diffusione della pandemia, che ha condizionato pesantemente la programmazione delle attività di implementazione e di sviluppo programmate sulle altre aziende che sono state inevitabilmente sospese per dare spazio alle attività urgenti ed emergenti volte a contrastare la diffusione della pandemia.

Si ricorda che il progetto GAAC prevede un Tavolo GAAC che è stato ridefinito in Cabina di Regia come da nota prot. 0496628.U del 10/07/2020 e successive modifiche e integrazioni che sono agli atti del Servizio Gestione Amministrativa della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare. Per lo svolgimento della propria attività la Cabina di Regia si è dotata di un proprio regolamento interno approvato nella seduta del 09 settembre 2020.

Si ricorda inoltre che il progetto GAAC prevede la gestione centralizzata di specifiche anagrafiche ritenute strategiche a livello regionale, con l'obiettivo di ottimizzare la gestione delle stesse, riservando il trattamento del dato a un governo centrale, oltre a migliorare l'omogeneità e confrontabilità dei flussi informativi. Anche per l'esercizio 2022 si confermano le attività di governo dell'anagrafica centralizzata degli articoli di beni e servizi in capo ai 3 Poli di Governo, così come individuati con nota PG/2018/691083 del 19 novembre 2018:

- Azienda Usl di Reggio Emilia per i beni e i cespiti/investimenti;
- Azienda Usl della Romagna principalmente per i servizi non sanitari e alcuni servizi sanitari (es. Service sanitari, trasporti sanitari);
- Azienda Usl di Bologna principalmente per i servizi sanitari e alcuni servizi non sanitari (es. consulenze non sanitarie, lavoro autonomo non sanitario).

Nel 2021 proseguono le attività necessarie all'implementazione del GAAC al fine di garantire l'avvio di ulteriori gruppi di Aziende per step successivi, secondo quanto definito nei piani di avvio condivisi tra Aziende e Fornitore. 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 nel corso del 2022 e 2023.

Nel 2022, 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 alla Cabina di Regia;
- ad assicurare alla Cabina di Regia, al Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) e al fornitore aggiudicatario (RTI) 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 della Cabina di Regia, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC;

Le Aziende Sanitarie il cui avvio è avvenuto a tutto il 2021 dovranno:

- assicurare le attività necessarie al consolidamento delle funzionalità del nuovo sistema informativo;
- assicurare le attività necessarie al consolidamento dell'acquisizione dei dati dai sistemi esterni, quali a titolo esemplificativo, sistema GRU, Piattaforma SATER secondo le tempistiche programmate in fase di Stati Avanzamento Lavori con il Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) e il fornitore aggiudicatario (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 nel 2022 dovranno:

- assicurare le attività necessarie all'implementazione del nuovo sistema informativo sino alla piena messa a regime;

- assicurare il rispetto delle tempistiche definite nel piano di avvio, tra cui si ricorda a titolo esemplificativo, ma non esaustivo il termine per la consegna dei tracciati complete delle mappature, tracciati delle anagrafiche complesse dei beni e dei soggetti, tracciati locali di contabilità e magazzino ecc... per le migrazioni di prova e definitive;
- assicurare le attività necessarie all'acquisizione dei dati dai sistemi esterni quali a titolo esemplificativo le casse di riscossione, sistema GRU, Piattaforma SATER secondo le tempistiche programmate in fase di Stati Avanzamento Lavori con il Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) e il fornitore aggiudicatario (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 2022 dovranno:

- assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- assicurare il rispetto delle tempistiche definite nel piano di avvio, tra cui si ricorda a titolo esemplificativo, ma non esaustivo il termine per la consegna dei tracciati complete delle mappature, tracciati delle anagrafiche complesse dei beni e dei soggetti, tracciati locali di contabilità e magazzino ecc... per la migrazione di prova e definitive;
- 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, dalla Cabina di Regia, dal fornitore aggiudicatario (RTI), dal Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) per garantire gli avvisi dei successivi Gruppi di Aziende secondo le tempistiche programmate.

Anche per l'anno 2022, le Aziende Usl di Bologna, Usl di Reggio Emilia e Usl della Romagna in qualità di *Poli di Governo* dell'anagrafica centralizzata dei beni/cespiti e dei servizi dovranno garantire l'attività di governo dell'anagrafica centralizzata con particolare riferimento:

- alla verifica che i nuovi articoli candidati non generino dei duplicati;
- a valutare l'approvazione, il rifiuto delle candidature di nuovi articoli o di modifica in tempi congrui a soddisfare le esigenze delle Aziende che devono provvedere ad emettere gli ordini;
- a verificare la correttezza della classe merceologica attribuita, dell'Unità di Misura, della Categoria Inventariale, della CIVAB e in generale delle altre informazioni costituenti l'anagrafica;
- a supportare il referente tecnico, di cui alla nota Regionale PG/2019/0482084 avente ad oggetto "*Sistema Informativo Unico Regionale per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC) delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna – Integrazione con la Piattaforma SATER*", nel caso dovesse necessitare di chiarimenti sull'anagrafica centralizzata;
- all'aggiornamento della linea guida sul processo di candidatura e governo dell'anagrafica di propria competenza, anche alla luce dell'aggiornamento delle linee guida regionali sul Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC).

➤ *Indicatori e target:*

- Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC; target: 100%
- Attività di migrazione preliminare – rispetto della tempistica di consegna dei tracciati: target: 100%
- Integrazione sistema GRU: target: 100%
- Avvio delle Aziende in programma nel 2022: target: 100%
- Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati – Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della regione e Flussi regionali e ministeriali: target:100%

- Aggiornamento della Linea Guida sul processo di candidatura e governo dell'anagrafica centralizzata: target: 100%

Si evidenziano inoltre i seguenti adempimenti normativi la cui applicazione ha impatto sul GAAC e sui sistemi informativi aziendali attualmente in uso:

*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.

Come noto, al fine di incentivare l'efficienza e la trasparenza del sistema di approvvigionamento della pubblica amministrazione, i commi 412 e seguenti della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (Legge di bilancio 2018), con particolare riferimento al potenziamento del monitoraggio della spesa sanitaria, anche in relazione al perseguimento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, hanno previsto, per gli enti del SSN di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b) e c) del decreto legislativo 23 giugno 2011 n.118, la trasmissione in forma elettronica dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi, secondo modalità e tempi definiti con decreti del Ministero dell'Economia e delle Finanze, sentita l'Agenzia per l'Italia Digitale e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

La trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi è attuata per il tramite del *Nodo di Smistamento degli Ordini di acquisto (NSO)*, che gestisce la trasmissione in via telematica dei documenti informatici attestanti l'ordinazione (ordini di acquisto) e l'esecuzione (documenti di trasporto, stati di avanzamento dei lavori, etc.) degli acquisti di beni e servizi tra gli enti del SSN (compresi i soggetti che effettuano acquisti per conto dei predetti enti) e i loro fornitori di beni e servizi.

Con decreto 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e delle Finanze modificato successivamente con decreto del 27 dicembre 2019 sono state definite modalità e tempi di attuazione delle norme di cui sopra con un avvio più graduale del NSO:

- Per i beni a decorrere dal 1° febbraio 2020 avvio del NSO e dal 1° gennaio 2021 non sarà possibile dar corso alla liquidazione e successivo pagamento di fatture non conformi a quanto disposto al comma 3 dell'art.3 del DM;
- Per i servizi a decorrere dal 1° gennaio 2021 avvio del NSO e dal 1° gennaio 2022 non sarà possibile dar corso alla liquidazione e successivo pagamento di fatture non conformi a quanto disposto al comma 3 dell'art.3 del DM;

Le modalità di emissione e trasmissione sono disciplinate dalle regole tecniche nonché alle linee guida la gestione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi che sono pubblicate sul sito internet del Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato nella sezione dedicata.

Si ricorda che 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 degli adempimenti di cui alla Legge finanziaria 2018, oltre a garantire una corretta implementazione del nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile.

Nel 2022, tenuto conto che non sussistono più differenze tra beni e servizi, le Aziende sono invitate a garantire l'emissione degli ordini per l'acquisto di beni e servizi, utilizzando la piattaforma NoTI-ER, quale intermediario per l'invio a NSO.

Si ricorda inoltre che la Regione Emilia-Romagna ha trasmesso a tutte le Aziende una linea guida regionale, redatta allo scopo di fornire indicazioni utili alla messa a punto di una organizzazione Aziendale ed amministrativa in grado di affrontare positivamente lo sviluppo e la piena messa a regime dell'ordine elettronico NSO (ultima versione: NSO\_LG\_RER v.0.5 del 25/10/2021), oltre all'attivazione di un monitoraggio periodico sullo stato di avanzamento di NSO (Prot. 24/06/2022.0580446).

➤ *Indicatori e target:*

- *Emissione ordine NSO sui beni escluse Aziende intercompany: target: 100%*
- *Emissione ordine NSO sui servizi escluse Aziende intercompany: target:100%*
- *Rispetto tempistica monitoraggio regionale: target: 100%*

### Fatturazione Elettronica

Anche per l'anno 2022 proseguono le attività di controllo dei dati che il fornitore è obbligato ad inserire in Fatturazione Elettronica.

Controllo ordine NSO: Le disposizioni contenute all'art.3, comma 4 del DM 7 dicembre 2018, come modificato e integrato dal DM 27 dicembre 2019, prevedono che l'associazione tra Ordine e fattura è assicurata mediante l'indicazione sulla fattura degli estremi dell'ordine di acquisto, che sono contenuti nella Tripletta di identificazione. Eccezionalmente l'associazione tra ordine e fattura può realizzarsi mediante l'Ordine di convalida.

Si sottolinea che, ai sensi del comma 4 della norma citata, tale prescrizione nel 2022 è obbligatoria sia per beni che per i servizi. Ciò significa che gli Enti del SSN non possono dar corso alla liquidazione e successivo pagamento di fatture non conformi.

Le Aziende devono assicurare adeguati controlli finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

Controllo sui Farmaci: a partire dal 1° gennaio 2018 all'interno delle fatture elettroniche emesse nei confronti degli enti del SSN relative ad acquisti di prodotti farmaceutici devono 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 gli esercizi precedenti anche nel 2022 le Aziende devono assicurare l'istituzione di idonei strumenti di controllo finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

Controllo sui Dispositivi Medici: L'art. 1, comma 557 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021", nel sostituire il comma 8 dell'art.9-ter del decreto legge 19 giugno 2015 n.78, ha previsto, tra l'altro, che il superamento del tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici debba essere rilevato sulla base del fatturato di ciascuna Azienda anziché, come originariamente previsto, sulla base dei modelli di rilevazione economica consolidati regionali CE.

Inoltre, il legislatore ha esplicitato che, nell'esecuzione di contratti in essere è fatto obbligo di indicare nella fatturazione elettronica "in modo separato il costo del bene e il costo del servizio".

Al riguardo sono state fornite indicazioni operative per l'applicazione delle disposizioni di cui sopra da parte del Ministero della salute con nota DGSISS 0002051-P-del 08/02/2019 avente ad oggetto "Fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici – Indicazioni operative per l'applicazione delle disposizioni previste dall'articolo 9-ter, comma 8, del Decreto Legge 19 giugno 2015 n.78, come modificato dall'articolo 1, comma 557 della legge 30 dicembre 2018, n. 145". Tale circolare

ministeriale è stata trasmessa alle Aziende Sanitarie della Regione con nota regionale PG/2019/0241311, avente medesimo oggetto, con preghiera di darne applicazione.

Infine, con Circolare Ministeriale n.7435 del 17 marzo 2020, al fine di assicurare la corretta attribuzione dei dispositivi medici alle diverse voci di spesa, è stato specificato che è indispensabile che la struttura sanitaria o l'ente regionale che opera per suo conto, dia indicazioni specifiche ai fornitori di dispositivi medici per la compilazione delle fatture elettroniche con l'indicazione del Tipo DM del numero di repertorio e del Conto CE/SP identificato dalla struttura sanitaria.

A tal fine la Circolare Ministeriale n.7435 del 17 marzo 2020 richiama gli adempimenti dell'ordine NSO e la necessità di emettere ordini elettronici con le informazioni sui DM coerenti a quanto il fornitore dovrà poi riportare sulla fattura e prevede che gli Enti del SSN non possono dar corso alla liquidazione e successivo pagamento di fatture non conformi a quanto previsto dalla normativa citata.

Nel 2022 le Aziende Sanitarie della Regione devono assicurare l'applicazione del dettato normativo attraverso l'utilizzo di idonei strumenti di controllo finalizzati a consentire la verifica della correttezza dei dati riportati nella fattura elettronica con riferimento ai dati identificativi dell'ordine NSO, dei farmaci e dei Dispositivi Medici, così come previsto dalla normativa di riferimento.

Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC): la legge 30 dicembre 2018, n. 145, come novellata dal decreto-legge 6 novembre 2021, n.152, introduce per gli enti e organismi di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n.196, diversi dalle amministrazioni dello Stato, misure tese a garantire sia il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla direttiva europea sia lo smaltimento dello stock dei debiti pregressi.

Si ricorda che il dato dello stock di debito residuo, oltre ad essere oggetto di valutazioni comparative con le registrazioni comunicate in PCC, è la base di riferimento per l'applicazione delle analisi metodologiche condotte sui debiti commerciali e necessarie anche a rispondere alle richieste che pervengono da parte della Commissione europea nell'ambito della procedura d'infrazione UE per i ritardi dei pagamenti nei debiti commerciali delle PA (aggravata dalla sentenza di condanna pronunciata da parte della Corte di Giustizia europea, in data 28 gennaio 2020, che ha accertato la violazione da parte dell'Italia dei termini di pagamento imposti dalla Direttiva 2011/7/UE).

Si invitano le Aziende ad applicare la circolare n.17 del 07/04/2022 del Ministero delle Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, avente ad oggetto "I tempi di pagamento dei debiti commerciali delle pubbliche amministrazioni – Adempimenti previsti dalla legge 30 dicembre 2018, n.145, come modificata dal decreto-legge 6 novembre, n.152. In particolare, si fa presente che limitatamente agli anni 2022 e 2023, le pubbliche amministrazioni possono elaborare l'indicatore relativo allo stock del debito scaduto sulla base dei propri dati contabili se trasmettono alla PCC la comunicazione relativa allo stock dei debiti commerciali scaduti e non pagati relativa ai due esercizi precedenti, previa verifica dell'organo di controllo di regolarità amministrativa e contabile. A tal fine, la comunicazione dello stock del debito è richiesta anche per gli enti soggetti alla rilevazione SIOPE plus.

Pertanto, l'Azienda che per il 2022 e 2023 si avvale della facoltà di comunicare lo stock del debito avrà cura di:

1. trasmettere, mediante l'apposita funzionalità del sistema PCC, la comunicazione dell'importo del debito commerciale residuo scaduto per i due esercizi finanziari precedenti. (es. nel 2022 si aggiorna il 31/12/2021 e il 31/12/2020);
2. sottoporre alla verifica del competente organo di controllo di regolarità amministrativa e contabile l'avvenuta comunicazione dello stock di debito residuo scaduto.

Le amministrazioni pubbliche che si avvalgono della facoltà di applicare le misure di garanzia relative allo stock di debito residuo scaduto a partire dai propri dati contabili avranno cura di verificare le eventuali cause di scostamento con i dati presenti nel sistema PCC e di completare, in particolare, le registrazioni dei pagamenti mancanti al fine di allineare i dati sulle posizioni debitorie risultanti dalla predetta piattaforma con l'importo dello stock di debito residuo scaduto.

Nel 2022 le Aziende sono invitate a garantire l'allineamento dei dati contabili ai dati presenti nella PCC con particolare riferimento alla corretta gestione delle sospensioni finalizzate anche alla corretta rilevazione dello stock del debito calcolato dalla PCC.

➤ *Indicatore e target:*

- Stock del debito comunicato dall'ENTE (risultante all'Ente dai propri sistemi contabili)/stock del debito calcolato dalla PCC; Target: almeno il 95%

#### **4.2. Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi**

Nel biennio appena trascorso il sistema pubblico degli approvvigionamenti ha profuso un forte sforzo per garantire i beni e i servizi necessari a fronteggiare l'emergenza sanitaria legata alla diffusione del Covid-19, a fronte di un mercato impreparato a gestire la nuova domanda. Nel corso del 2021 la situazione di mercato è andata via via normalizzandosi e si è potuti ritornare a modalità di approvvigionamento più tradizionali.

Terminata l'emergenza sanitaria, nei prossimi tre anni il settore degli acquisti sarà condizionato dalla necessità di realizzare gli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, elaborato dallo Stato Italiano nell'ambito del Programma Next Generation EU dell'Unione Europea. Si tratta del più grande piano di investimenti mai concepito in ambito pubblico, circa 221,5 miliardi di euro, da realizzarsi in un arco temporale decisamente ristretto. Il Piano è articolato in 6 missioni (Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo, Rivoluzione verde e transizione ecologica, Infrastrutture per una mobilità sostenibile, Istruzione e ricerca, Inclusione e coesione) e impatterà tutti i livelli della Pubblica Amministrazione.

Le procedure di gara per la realizzazione degli interventi del PNRR avranno caratteristiche peculiari; con il Decreto semplificazioni bis è stato previsto il ricorso a procedure semplificate che garantiscono un'accelerazione delle tempistiche di approvvigionamento ma soprattutto sono stati definiti gli obblighi in materia di impiego femminile, giovanile e di personale svantaggiato che dovranno essere posti in capo agli aggiudicatari delle procedure.

Un altro fattore che influenzerà il settore degli appalti nei prossimi anni è la riforma del Codice dei contratti, misura prevista nell'ambito del PNRR come leva di sviluppo e competizione. Occorrerà valutare in che direzione si svilupperà la riforma e, soprattutto, se saranno finalmente realizzati alcuni asset fondamentali (sistema di qualificazione delle Stazioni Appaltanti, sistema di qualificazione dei fornitori, ecc.) previsti dal Codice e che consentirebbero un reale snellimento delle procedure.

Fortissimo impatto sul settore degli appalti ha, infine, il rincaro delle materie prime che, a partire dalla seconda metà del 2021, ha visto il vertiginoso incremento, dapprima del costo dei vettori energetici e, di conseguenza, dei costi di produzione. Tali aumenti, fotografati da tassi di inflazione mai registrati negli ultimi 30 anni, stanno comportando enormi criticità nel settore degli approvvigionamenti; nell'autunno del 2021, ad esempio, il Governo è dovuto intervenire con un provvedimento ad hoc per far fronte all'aumento dei prezzi nel settore dei lavori che rischiava di bloccare i cantieri in corso. Nel settore dei beni e servizi l'impatto più importante si avrà nel 2022 in quanto occorrerà da un lato intervenire sui contratti in essere per aggiornare le condizioni economiche al nuovo contesto e dall'altro definire le basi d'asta delle nuove procedure di gara in modo da consentire l'effettiva partecipazione delle imprese. Tali attività risultano particolarmente complesse sia per la necessità di distinguere fra reali modifiche delle condizioni di mercato e fenomeni speculativi, sia per la presenza di un contesto normativo in cui i percorsi per la modifica delle condizioni contrattuali sono tutt'altro che chiari.

In tale contesto fortemente critico è quindi necessario che le Aziende si attengano strettamente alle modalità di approvvigionamento definite a livello regionale e utilizzino in maniera sempre più sistematica gli strumenti di acquisto messi a punto a livello regionale.

➤ *Indicatori e target:*

- Percentuale di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi (per iniziative centralizzate si intendono le convenzioni/accordi quadro messi a disposizione da Intercent-ER o, in caso di assenza di iniziative regionali, da Consip s.p.a. e gli acquisti di beni legati all'emergenza Covid-19 effettuati tramite le Aziende Sanitarie Capofila delegate dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare): 58% per ASL, 55% per Aziende Ospedaliere, 30% per IOR.

#### 4.3. Il Governo delle Risorse Umane

In analogia agli anni precedenti, gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2022 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 XI legislatura regionale.

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. Per il 2022 le aziende del SSR dovranno procedere all'adozione del PTFP relativo al triennio 2022-2024 in applicazione della normativa appena indicata, nelle more della compiuta implementazione della disciplina relativa al Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO), di cui all'art. 6 del decreto-legge n. 80/2021, convertito con modificazioni dalla legge n. 113/2021.

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.

L'esecuzione dei *Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP)* anche nel corso del 2022, sarà rivista e rimodulata al fine di far fronte all'emergenza pandemica in atto, e favorire la riduzione delle liste di attesa, in coerenza con gli specifici disposti normativi contenuti nei decreti emergenziali emanati per fronteggiare la pandemia derivante dal Sars-Cov-2.

Nella fase di redazione ed autorizzazione dei PTFP, sarà assicurata particolare attenzione alle assunzioni e agli altri istituti di supporto finalizzati alla gestione dell'emergenza Covid e alla riduzione delle liste di attesa.

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. Dovranno inoltre essere programmate ed implementate, in coerenza con la programmazione triennale dei fabbisogni di personale, le procedure di stabilizzazione previste dall'articolo 1, comma 268, lett. b) della L. 234/2021, in materia di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza COVID-19 nelle aziende ed enti del SSN. La norma di legge appena richiamata prevede che l'assunzione a seguito delle procedure di stabilizzazione avvenga secondo criteri di priorità definiti

da ciascuna regione. A questo fine, si conferma l'indicazione già espressa per le stabilizzazioni ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 75/2017, diretta a prevedere particolari forme di valorizzazione del servizio maturato presso il SSR e presso l'azienda che effettua l'assunzione. Rispetto invece alle modalità di impiego dei diversi strumenti di stabilizzazione, occorrerà privilegiare, per la copertura dei fabbisogni di personale, le procedure definite ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 75/2017, rispetto a quelle previste dalla legge di bilancio n. 234/2021. Ciò anche in considerazione del maggiore servizio richiesto come requisito per la partecipazione alle relative procedure.

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, nonché a fronteggiare la pandemia derivante dal Sars-Cov-2 e a favorire la riduzione delle liste di attesa.

La progressione e l'incentivazione delle suddette politiche di stabilizzazione, dovrà conseguentemente limitare il ricorso al lavoro atipico non correlato alla gestione emergenziale Sars-cov-2 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 ed in particolare ai decreti emergenziali emanati per fronteggiare la pandemia derivante dal Sars-Cov-2.

Al fine di ottimizzare i processi di reclutamento del personale ed efficientare le procedure di assunzione, le aziende, 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 2018, 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, con particolare riguardo ed in coerenza alle problematiche connesse all'emergenza pandemica da Covid-19 e alla diffusione sistematica della campagna vaccinale.

In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, anche per l'anno 2022 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 governo del progetto denominato "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU). 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 sviluppo del Sistema sulla base delle decisioni della cabina di regia GRU.

Rispetto alle potenzialità offerte dallo sviluppo del suddetto Progetto GRU, ormai operativo presso tutte le Aziende Sanitarie, obiettivo prioritario sarà lo sviluppo dei nuovi moduli secondo il cronoprogramma definito dalla cabina di regia nonché il pieno ed esclusivo utilizzo dei moduli già implementati, al fine di assicurare il concreto efficientamento dei processi di programmazione e controllo gestionale. L'eventuale utilizzo di software alternativi per la gestione di applicazioni già esistenti nel sistema GRU non sarà considerato all'interno dei finanziamenti regionali.

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, sia favorire la riduzione delle liste di attesa, sia il rispetto dei vincoli di spesa, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali.

Nel corso del 2021 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), al fine di garantire la sistematicità e la correttezza metodologica delle procedure di misurazione e valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze.

Nell'ambito dell'attività di costruzione di sistemi di valutazione integrata dei dipendenti delle Aziende ed Enti del SSR, anche alla luce dei contratti nazionali siglati, si conferma l'importanza di definire e attuare i percorsi aziendali d'attuazione delineato nelle Linee guida e di indirizzo per lo sviluppo dei processi aziendali emanate dall'OIV-SSR al fine di garantire la sistematicità e la correttezza metodologica delle procedure di misurazione e valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze.

Nell'ambito dell'attività di costruzione di sistemi di valutazione integrata dei dipendenti delle Aziende ed Enti del SSR, anche alla luce dei contratti nazionali siglati, si conferma l'importanza di definire e attuare i percorsi aziendali d'attuazione delineato nelle Linee guida e di indirizzo per lo sviluppo dei processi aziendali emanate dall'OIV-SSR al fine di garantire la sistematicità e la correttezza metodologica delle procedure di misurazione e valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze.

In sintesi gli indicatori sono:

- Rispetto dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati, in coerenza alle problematiche connesse all'emergenza pandemica in atto e alla normativa emanata in materia.
- Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende. Effettuazione di almeno il 30% delle prove selettive attraverso l'utilizzo del modulo "Concorsi".
- Avvio dei nuovi moduli e rispetto del cronoprogramma.
- Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard 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 2022-2024, assumono particolare rilievo gli Accordi siglati tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. Confederali e di Categoria 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", presso le Aziende e gli Enti del SSR della Regione Emilia-Romagna.

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), nonché degli eventuali nuovi rinnovi del CCNL per il personale del Comparto e della Dirigenza.

➤ *Indicatori e target:*

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

*Costi del personale:*

Anche nel corso dell'anno 2022 le Aziende sanitarie dovranno impegnarsi al fine di garantire il giusto equilibrio tra un'efficiente e accessibile erogazione dei livelli essenziali di assistenza e un attento governo della spesa, la cui sostenibilità dovrà essere costantemente assicurata attraverso puntuali monitoraggi e le periodiche rendicontazioni economico-finanziarie previste dalle normative vigenti.

➤ *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, in coerenza alle problematiche connesse all'emergenza pandemica in atto e alla normativa emanata in materia, alla riduzione delle liste di attesa e alla prosecuzione della campagna vaccinale.

#### **4.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri**

L'adesione di tutte le Aziende sanitarie regionali al 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, rende necessaria la previsione di continue azioni di consolidamento e implementazione, indirizzate alla piena realizzazione del Programma regionale, in coerenza con il contesto normativo, regolatorio e amministrativo di riferimento.

In primo luogo, la tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di Valutazione risulta fondamentale alla riuscita del Programma, così come le corrette modalità di relazione tra Aziende ed il NRV sinistri.

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, come precisato nella nota PG/2020/0462697 del 24.6.2020.

In particolare, al fine di efficientare il processo, consentire tempi adeguati di istruttoria e di programmazione dei casi sottoposti al NRV, assicurare decisioni il più possibile tempestive e utili alla riduzione del contenzioso e dei tempi di liquidazione dei sinistri, è stabilito che:

"la richiesta di parere senza il contestuale caricamento – entro due giorni lavorativi - di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria e amministrativa) è da ritenersi istanza nulla, non produttiva di alcun effetto e improcedibile d'ufficio, senza necessità di ulteriori comunicazioni da parte della segreteria del NRV";

"per i sinistri di fascia regionale è necessario che il Responsabile aziendale dell'attuazione del programma regionale dichiari nell'istanza di parere che il sinistro oggetto di intervento del NRV è stato trattato e istruito conformemente alle indicazioni di cui Circolare regionale 12/2019, pena anche in tal caso l'improcedibilità della domanda", ed a tal fine, per ragioni di uniformità e facilitazione, si è reso disponibile apposito fac-simile di istanza di parere che deve essere utilizzato dalle Aziende sanitarie.

Attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche sia di relazione tra Aziende e NRV sinistri costituirà elemento di valutazione.

➤ *Indicatori e target:*

- Rispetto dei tempi di processo: % di istanze di parere al NRV con contestuale caricamento (ossia entro massimo 2 giorni lavorativi) di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria, amministrativa, ivi inclusa quella richiesta dalla Circolare 12/2019); target: 100%;
- Rispetto dei tempi di processo: relativamente ai sinistri aperti dopo l'1 aprile 2017, % di istanze di parere al NRV sinistri che dichiarino che il sinistro oggetto di intervento del NRV è stato trattato e istruito conformemente alle indicazioni di cui Circolare regionale 12/2019, anche mediante utilizzo del fac-simile messo a disposizione delle Aziende; target: 100%;

Al fine di promuovere la massima collaborazione fra il livello regionale e quello aziendale e garantire la necessaria istruttoria dei casi di seconda fascia, il Nucleo regionale di valutazione svolge una programmazione annuale delle attività, con sedute calendarizzate almeno ogni 3/4 settimane, informandone le Direzioni generali.

Per garantire un'efficace e tempestiva cogestione dei sinistri, è necessario che le Aziende si adeguino alle indicazioni fornite con nota prot. 1165981 del 17.12.2021: "Direttive per la cogestione del sinistro su offerte transattive, acquiescenza o impugnazione di decisioni della autorità giudiziaria", in relazione a ciascuna delle fattispecie ivi delineate. Il rispetto delle suddette indicazioni costituirà elemento di valutazione.

In particolare, al fine di efficientare il processo e garantire un'efficace e tempestiva cogestione dei sinistri è necessario che le Direzioni aziendali rispettino le direttive fornite in relazione a ciascuna delle fattispecie sottoindicate:

- 1) Proposta di conciliazione sia in seno al procedimento ex art. 696 bis c.p.c. che nel corso del giudizio di merito;
- 2) Ordinanze emesse all'esito dei procedimenti ex art. 702 bis c.p.c e/o di sentenze pronunciate a definizione di giudizi ordinari e notificate all'Azienda;
- 3) Sentenze pronunciate all'esito di giudizi ordinari di cognizione non notificate all'Azienda.

➤ *Indicatori e target:*

- Rispetto delle tempistiche e dei parametri stabiliti con nota prot. 1165981 del 7.12.2021 per i casi 1), 2) e 3): % provvedimenti emessi in corso di procedimenti giudiziari pervenute al NVR nel rispetto dei tempi indicati. target: 85%;

#### **4.5. Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza**

In attuazione di quanto disposto dalla Legge regionale 9/2017, Capo III , art.5, in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, le Aziende sanitarie e gli Enti del SSR provvedono a garantire la piena applicazione della norma, in coerenza anche con quanto stabilito a livello nazionale.

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.22853 del 21/12/2020.

Le Aziende dovranno confermare la raccolta costante e aggiornata delle dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi, secondo le modalità definite, prevedendo ove occorra l'implementazione della modulistica relativa e l'aggiornamento degli strumenti finalizzati alla promozione dei conflitti di interessi.

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.

Le Aziende sono tenute ad adempiere agli obblighi previsti dall'ANAC.

Le Aziende dovranno confermare le misure, i criteri e le modalità inerenti l'applicazione del principio di rotazione del personale, quale misura di prevenzione dei fenomeni corruttivi, con particolare riferimento alle aree a più elevato rischio.

##### **➤ Indicatori e target**

- % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d'anno; target: >=90%

#### **4.6. Sistema di audit interno**

La Legge regionale 16 luglio 2018, n. 9, con l'introduzione dell'art. 3 ter - "Sistema di audit interno" - nella legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29, ha, da un lato, implementato l'architettura dell'organizzazione delle Aziende del SSR, prevedendo l'istituzione della funzione aziendale di Audit interno, e, dall'altro, ha previsto l'attivazione di una cabina di regia regionale, con l'istituzione, avvenuta con DGR n. 1972/2019, del Nucleo Audit regionale.

Attraverso specifiche Linee guida regionali, che le Aziende sanitarie saranno tenute a dare attuazione secondo le modalità e le tempistiche indicate nelle Linee guida stesse, il Nucleo Audit regionale fornirà le prime indicazioni:

- per la definizione, l'implementazione ed il mantenimento del Sistema di Controllo Interno aziendale, basato su una struttura a tre linee di difesa e che (tenuto conto delle analisi svolte nelle 13 Aziende sanitarie nel corso 2021) preveda l'identificazione delle strutture organizzative specificamente deputate allo svolgimento dei controlli di secondo livello (in tema di gestione dei rischi), ivi compresa la definizione delle componenti minime del controllo di secondo livello;

- per la definizione degli elementi essenziali del Mandato e del Regolamento di Audit interno (finalità, poteri, responsabilità e ambiti di competenza della funzione aziendale di Audit interno, principi e standard professionali cui ispirarsi, posizionamento nell'organizzazione aziendale, metodologia di lavoro, modalità operative e strumenti con cui realizzarla, ivi compresi la definizione delle tempistiche, l'armonizzazione e la standardizzazione delle fasi del processo di Audit interno) e per la definizione dei Piani pluriennale e annuale di Audit.

Per il 2022:

- a. le Aziende sanitarie che non vi hanno ancora provveduto sono tenute alla formale istituzione della funzione aziendale di Audit interno.

*Indicatori e target:*

- o Istituzione della funzione aziendale di Audit interno: SI'/NO.
- b. le funzioni/strutture aziendali di Audit interno dovranno svolgere una valutazione – con approccio risk based - di almeno una procedura PAC, scelta in una delle aree attinenti ai Costi/Debiti o alle Immobilizzazioni/Patrimonio Netto, e, in relazione ad una delle aree generali o specifiche di rischio corruttivo, identificate nell'allegato n. 1 di cui alla Delibera ANAC n. 1064 del 13.11.2019, di un processo previsto nel PTPCT aziendale. Le modalità di effettuazione di tale valutazione saranno indicate dal Nucleo Audit regionale.

*Indicatori e target:*

- o Completamento attività al 31/12/2022: 100% di quanto previsto

#### **4.7. Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali**

Il Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, pienamente applicabile dal 25 maggio 2018, detta una complessa disciplina di carattere generale in materia di protezione dei dati personali, prevedendo molteplici obblighi ed adempimenti a carico dei soggetti che trattano dati personali, ivi comprese le Aziende Sanitarie.

Le disposizioni nazionali contenute nel D.lgs.196/2003, nonché i Provvedimenti di carattere generale emanati dall'Autorità Garante, continuano a trovare applicazione nella misura in cui non siano in contrasto con la normativa succitata.

A questo fine le aziende provvedono a garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea, in coerenza con quanto verrà stabilito a livello nazionale e a livello regionale.

*Indicatori e target*

- predisposizione di un modello per l'analisi del rischio e per la valutazione dell'impatto; Target: 100%
- aggiornamento policy aziendali per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche (teleconsulto telemedicina, app sanitarie,...); Target: 100%
- definizione dei profili di titolarità/ responsabilità e/o contitolarità nell'attività di ricerca scientifica; Target: 100%

#### **4.8. Piattaforme informatiche più forti ed investimenti in biotecnologie e strutture per il rilancio del SSR**

##### *4.8.1. Fascicolo sanitario elettronico/Portale SOLE*

Nel corso del 2022, oltre a garantire tutti gli interventi necessari per il contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, si dovrà completare il percorso di integrazione dei centri privati accreditati con l'infrastruttura SOLE/FSE al fine di garantire l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, ripreso anche nelle azioni del PNRR, e della corretta gestione delle prescrizioni dematerializzate.

Le Aziende dovranno garantire gli adeguamenti dei propri sistemi per la produzione della documentazione sanitaria secondo le specifiche nazionali e fornire ai professionisti sanitari gli strumenti necessari alla consultazione della documentazione sanitaria del paziente.

Inoltre, è stato attivato il servizio sanitari online per la comunicazione della cessazione del contratto di lavoro del proprio medico di assistenza da parte delle Aziende sanitarie verso i propri assistiti.

La programmazione comprenderà anche interventi di adeguamento per la trasmissione di nuove tipologie di referti, dopo la definizione delle specifiche nazionali.

Inoltre, nel corso dell'anno sono programmati gli interventi per l'attuazione delle misure urgenti in materia del Fascicolo Sanitario Elettronico e gli interventi di adeguamento della documentazione sanitaria digitale secondo le specifiche nazionali e alla piena interoperabilità con l'infrastruttura nazionale, in rispetto alla programmazione prevista per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Infine, dovranno essere attivate delle azioni propedeutiche all'evoluzione del FSE 2.0 necessarie per il subentro dell'Anagrafe Nazionale degli Assistiti.

➤ *Indicatori e target:*

- Documenti consultati: Numero di utenti che sono acceduti al Fascicolo Sanitario Elettronico sul numero di cittadini che hanno ricevuto un documento indicizzato sul FSE; Target: 60%
- Operatori abilitati al FSE: Numero di operatori abilitati al Portale FSE professionisti sul numero di operatori sanitari autorizzati; Target 40%
- Operatori abilitati al FSE: Numero di operatori abilitati alla consultazione dei documenti del FSE tramite chiamata applicativa sul numero di operatori sanitari autorizzati; Target 40%
- Numero consensi registrati: Numero consenso alla consultazione valorizzato sul Numero totale dei FSE attivati; Target 80%
- Numero centri privati integrati: Numero dei centri privati accreditati integrati nella rete SOLE sul Numero totale dei centri privati accreditati; Target 100%
- Comunicazioni cessazione rapporto MMG/PLS: Numero di cittadini che hanno ricevuto comunicazione tramite FSE rispetto al numero di assistiti dei MMG/PLS cessati; Target: 50%
- Analisi specialistica ambulatoriale ricette dematerializzate: Numero di prestazioni specialistiche erogate e prescritte dematerializzate con stato "chiuso" riscontrato sul Sistema di Accoglienza Regionale sul numero di prestazione specialistiche dematerializzate erogate e rendicontate nel flusso ASA; Target: 95%

##### *4.8.2. Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88*

#### Accordo di Programma V fase, 1° stralcio

L'Accordo di Programma (AdP) V fase, 1° stralcio è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna in data 29 luglio 2021. L'Accordo prevede la realizzazione di 38 interventi con le condizionalità procedurali e temporali di cui all'art. 20 L.67/88.

A seguito della sottoscrizione dell'Accordo di Programma V fase, 1° Stralcio le Aziende dovranno dare seguito a quanto previsto dalle procedure normative per la predisposizione della progettazione degli interventi e dei capitolati di appalto per la fornitura delle tecnologie.

➤ *Indicatori e target:*

- Avvio della progettazione degli interventi strutturali ed impiantistici di cui all' AdP V fase, 1° Stralcio; target si/no
- Completamento dell'iter per l'ammissione a finanziamento dei piani di fornitura di tecnologie biomediche ed informatiche; il mancato completamento dell'iter va motivato con relazione scritta del RUP controfirmata dal Direttore Generale; target si/no

Accordo di Programma V fase, 2° Stralcio

La Giunta Regionale con DGR 1455/2021 recante "Individuazione interventi da finanziarsi con risorse destinate alla prosecuzione dell'art.20 della legge n.67/88" ha previsto il finanziamento degli interventi come da prospetto di seguito rappresentato:

N° INTERVENTO	AZIENDA	TITOLO INTERVENTO	RISORSE STATALI (euro)	5% Regionale (euro)	TOTALE
APF 01	AUSL PC	Nuovo Ospedale di Piacenza	87.350.000,00	4.597.368,42	91.947.368,42
APF 02	AUSL MO	Nuovo Ospedale di Carpi	57.000.000,00	3.000.000,00	60.000.000,00
APF 03	AUSL ROMAGNA	Nuovo Materno Pediatrico di Ravenna	16.625.000,00	875.000,00	17.500.000,00
<b>TOTALE</b>			<b>160.975.000,00</b>	<b>8.472.368,42</b>	<b>169.447.368,42</b>

➤ *Indicatori e target:*

- Predisposizione completa ed esaustiva dello Studio di Fattibilità (SdF) dell'ospedale di Piacenza, dell'ospedale di Carpi e del Nuovo Materno Pediatrico di Ravenna e di altri eventuali interventi perché possano essere approvati dal Gruppo tecnico regionale entro il 2022. La mancata o la non completa predisposizione dello Studio di Fattibilità vanno motivate con relazione scritta del RUP controfirmata dal Direttore Generale; target 100%.

Nuovo Ospedale di Cesena (Ausl Romagna)

Nel corso del 2022 l'Azienda USL Romagna dovrà predisporre il progetto definitivo rispettando le tempistiche previste dal cronoprogramma del progetto di fattibilità tecnico economica II fase. Eventuali ritardi rispetto la programmazione dovranno essere motivati con apposita relazione firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale.

➤ *Indicatore e target:*

Predisposizione progetto definitivo del nuovo ospedale di Cesena rispettando il cronoprogramma di cui al progetto di fattibilità tecnico economica II fase.  
target si/ no

Polo delle medicine e poli funzionali (Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna IRCCS)

Nel corso del 2022 l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna IRCCS dovrà predisporre lo studio fattibilità del nuovo polo delle medicine e dei poli funzionali (ex comma 95, L.145/2018) in tempo utile perché il Gruppo Tecnico regionale possa completare l'iter istruttorio e possano essere predisposti gli atti tecnico amministrativi per inviare lo studio di fattibilità all'esame del Nucleo nazionale di valutazione degli investimenti del Ministero della Salute entro dicembre 2022.

➤ *Indicatore e target:*

- Predisposizione dello studio di fattibilità in tempo utile per l'invio al Ministero della Salute entro dicembre 2022.  
target si/ no

*4.8.3. Interventi già ammessi al finanziamento*

Le Aziende dovranno completare o fornire adeguata motivazione sottoscritta dal RUP e dal Direttore Generale del mancato completamento di tutti gli interventi finanziati con Accordi di Programma (ex art. 20 L. 67/88) sottoscritti precedentemente al 2016 nonché adoperarsi per presentare le richieste di liquidazione degli interventi conclusi e attivati, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo. Si sottolinea che eventuali ritardi nella progettazione /esecuzione rispetto la programmazione degli interventi sono oggetto di controllo del Corte dei Conti.

➤ *Indicatori e target*

- Completamento interventi/piani di fornitura relativi ad Accordi di Programma sottoscritti ante 2016;  
target 100%
- Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati (salvo interventi per i quali è previsto un intervento complementare a quello principale e per interventi con contenziosi in corso).  
*Target: Richieste di liquidazione per un importo pari al totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati*

*4.8.4. Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19 (Art 2, DL 19 maggio 2020, n.34)*

L'art. 2 del DL 19 maggio 2020 n. 34 ha previsto il potenziamento della rete ospedaliera per fronteggiare l'emergenza COVID-19, richiedendo alle Regioni la predisposizione di appositi Piani in cui fossero descritti gli interventi previsti per:

- il potenziamento delle Terapie Intensive (TI), con la realizzazione di *197 Posti Letto (PL) aggiuntivi rispetto alla dotazione regionale;*
- la realizzazione di *312 PL di Terapia Semi Intensiva (TSI), in sostituzione di altrettanti PL di degenza ordinaria;*
- l'adeguamento *funzionale dei Pronto Soccorso (PS) per separare i percorsi dei pazienti COVID e non-COVID;*
- l'acquisto di *autoambulanze attrezzate per il trasporto dei pazienti COVID.*

Il piano, predisposto dalla Regione Emilia-Romagna sulla base delle "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera" inviate dal Ministero della salute con la Circolare n. 0011254 del 29/05/2020, è stato approvato dalla Regione con la DGR 677/2020 e dal Ministero della

salute con Decreto Direttoriale prot. 0014319 del 13/07/2020 e successivamente aggiornato e rimodulato.

Dal 2022 il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera è parte integrante del PNRR e ne deve rispettare i requisiti temporali. La gestione dei fondi di cui all'art.2 del DL 19 maggio 2020 n. 34 è in capo alla "Unità per il Completamento della Campagna Vaccinale" (ex Struttura Commissariale per l'Emergenza COVID-19) e dal 1° gennaio 2023 sarà in capo al Ministero della Salute.

*Indicatori e target:*

- *Programmazione interventi:* rispetto delle date previste dalla programmazione condivisa, peraltro, con l'Unità per il completamento della campagna vaccinale e per l'adozione di altre misure di contrasto alla pandemia. Ogni eventuale ritardo dovrà essere motivato con apposita relazione firmata dal RUP e controfirmata dal Direttore Generale.  
Target: sì /no
- *Monitoraggio avanzamento e rendicontazione:* riscontro tempestivo ed esauriente ai monitoraggi richiesti e predisposizione della documentazione necessaria per rimodulazioni e rendicontazioni accurata e precisa.  
Target: sì/no

#### *4.8.5. Piano investimenti: interventi di cui alla scheda 3*

Le Aziende potranno realizzare solo gli interventi (lavori e acquisizione tecnologie biomediche ed informatiche) aventi copertura finanziaria certa. Gli interventi non aventi copertura finanziaria certa dovranno essere rappresentati esclusivamente in scheda 3 del piano investimenti.

Le Aziende sono richiamate a seguire scrupolosamente, nel caso di interventi urgenti ed indifferibili, quanto previsto dalla DGR 1396/2021 recante "Approvazione disciplinare per la gestione dei finanziamenti assegnati alle aziende sanitarie regionali per la realizzazione di interventi indifferibili e urgenti"

*Indicatori e target:*

- Rappresentazione interventi non aventi copertura finanziaria in scheda 3;  
target 100%
- Completa documentazione asseverante condizioni di urgenza ed indifferibilità;  
target 100%

#### *4.8.6. Attività per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)\_ Missione Salute*

Nel corso del primo semestre 2022 le Aziende dovranno produrre tutta la documentazione tecnico amministrativa necessaria per la predisposizione del Piano Operativo regionale propedeutico alla sottoscrizione del Contatto istituzionale di Sviluppo.

Nel corso della seconda metà 2022 il Soggetto Attuatore (Regione Emilia-Romagna) e i Soggetti Attuatori Esterni (Aziende sanitarie) dovranno dare seguito alle misure/attività necessarie per rispettare le condizionalità documentali e temporali previste dal PNRR Missione Salute, con particolare riferimento alla progettazione degli interventi previsti dalla Componente1: *Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale* e dalla Componente 2: *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.*

➤ *Indicatori e target:*

- Rispetto delle condizionalità documentali e temporali previsti dal PNRR\_ Missione Salute; target sì/no

#### 4.8.7. Fondo Dopo di Noi

In attuazione a quanto previsto dall'Allegato D della DGR 637/2019 "Disciplinare per la liquidazione dei contributi relativi agli Interventi strutturali previsti dal Fondo per il Dopo di Noi" le Aziende sanitarie, nel corso del 2022, dovranno garantire il rispetto dei tempi per la liquidazione dei saldi dei contributi assegnati agli Enti attuatori degli interventi.

Indicatore Fondo Dopo di Noi		Target
1	Liquidazione del saldo del finanziamento destinato alla realizzazione degli interventi strutturali finanziati dal Fondo per il Dopo di Noi (Allegato B DGR 637/2019)	100% Liquidazione del saldo del finanziamento entro 3 mesi dal ricevimento della richiesta completa di liquidazione inviata dai soggetti attuatori degli interventi strutturali

#### 4.8.8. Iniziative per la razionalizzazione dei consumi energetici e riduzione dell'impatto ambientale delle attività del SSR

Le Aziende sanitarie dovranno partecipare attivamente al progetto di comunicazione, sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori del Servizio Sanitario Regionale (SSR) per orientare i comportamenti individuali verso la riduzione degli sprechi.

Il progetto ha lo scopo di comunicare pubblicamente quali azioni sono state realizzate dalla Regione e dalle Aziende sanitarie per ridurre gli impatti ambientali e quali comportamenti può adottare ciascuno di noi per contribuire a ridurre gli sprechi e gli impatti negativi su clima, ambiente e salute. L'obiettivo è quello di quantificare i risultati raggiunti, stimare i benefici attesi dalle nuove attività introdotte e stimolare il coinvolgimento delle persone che frequentano le strutture sanitarie e vi lavorano, per ridurre lo spreco di risorse ed energia nelle Aziende sanitarie.

I benefici attesi, in materia di valore pubblico generato, sono riconducibili alla risposta ai cambiamenti climatici e possono essere espressi come mitigazione (riduzione delle emissioni di gas climalteranti) e adattamento (risposta efficace alle nuove condizioni ambientali imposte dai cambiamenti climatici irreversibili); inoltre, le azioni che consentono un risparmio nella spesa per energia, rifiuti e altri servizi ambientali liberano risorse per il Servizio sanitario, che possono essere utilizzate per fornire migliori prestazioni sanitarie ai cittadini.

- Partecipazione attiva al progetto "Iniziative per la razionalizzazione dei consumi energetici e riduzione dell'impatto ambientale delle attività del SSR "; target si/no

#### 4.8.9. Progetto regionale Telemedicina

Nel 2021 si porterà a termine la fase sperimentale del Progetto regionale di Telemedicina finalizzato all'implementazione dei servizi di telemonitoraggio a domicilio dei pazienti cronici, residenti nelle zone disagiate della nostra Regione. Si tratta di aree montane, geograficamente meno accessibili, nelle quali soprattutto a causa delle difficoltà di collegamento, l'offerta dell'assistenza sanitaria può risultare non adeguata con il conseguente rischio di creare discriminazioni nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

La pandemia COVID-19 ha ritardato la completa implementazione di tali Servizi essendo gli operatori sanitari delle Case della Salute coinvolte nel Progetto, impegnati a fronteggiare l'emergenza sanitaria. L'evoluzione del Progetto iniziale, già integrato con l'Anagrafe Regionale Assistiti e con il Fascicolo Sanitario Elettronico, ha previsto l'integrazione e lo sviluppo dei servizi di Televisita per la verifica del percorso assistenziale programmato e dello stato di salute dei pazienti colpiti dal virus.

Nel corso del 2021, anche al fine di garantire l'adozione di modelli assistenziali omogenei, si provvederà ad utilizzare la nuova piattaforma quale infrastruttura tecnica unica a livello regionale per l'implementazione dei servizi di telemedicina e la rilevazione delle prestazioni da remoto, ciò anche attraverso forme di interoperabilità e integrazione dei sistemi già esistenti presso le Aziende Sanitarie.

Indicatore Progetto regionale di Telemedicina			Target
1	Attivazione dei Servizi di Telemonitoraggio nelle Case della Salute delle Aziende Sanitarie candidate	N. Case della Salute candidate dell'Azienda/N. Case della Salute dell'Azienda con Servizi di Telemonitoraggio attivati	100% Tutte le Case della Salute dell'Azienda candidate
2	Predisposizione workflow del percorso organizzativo-assistenziale implementato a livello di ciascuna Casa della Salute al 31/12/2021	Invio del workflow aggiornato al 31/12/2021 alla Regione	Invio entro febbraio 2022

#### 4.8.10. Tecnologie Biomediche

Nel 2022 si continuerà a dare seguito agli interventi di potenziamento e riorganizzazione delle strutture sanitarie previsti dal Decreto Rilancio n.34 del 19 Maggio 2020 con il potenziamento delle terapie intensive e semintensive, nonché di adeguamento delle strutture di pronto soccorso con una spesa prevista per tecnologie biomediche di oltre 31 Milioni di Euro; è previsto inoltre il completamento dei collaudi e la messa in servizio delle 17 ambulanze attrezzate per il rafforzamento della rete di emergenza territoriale, per una spesa di 2,3 Milioni di Euro.

Con la fine dello Stato di Emergenza, le tecnologie ricevute dalla Struttura Commissariale per far fronte alle emergenze pandemiche sono state assegnate in maniera definitiva alle Aziende Sanitarie secondo la distribuzione in essere, ad integrazione delle suddette acquisizioni finanziate dal DL34/2020: si tratta di 3.800 apparecchiature (tra cui 701 ventilatori polmonari, 811 pompe di infusione farmaci, 410 pompe per nutrizione enterale, 300 monitor di parametri vitali, 9 centrali di monitoraggio, 44 ecografi portatili ecc) per un valore di oltre 14 Milioni di Euro.

Durante il 2022 si darà seguito inoltre alle azioni previste per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): al momento sono previste azioni per il rinnovo tecnologico delle grandi apparecchiature di diagnostica e per lo sviluppo della telemedicina, sia domiciliare che di prossimità presso le Case della Salute, i MMG e i PLS.

Durante il 2022 si prevede l'avvio degli interventi previsti dall'Accordo di Programma V fase I stralcio statali di cui all'art. 20 L.67/88: gli interventi dedicati alle tecnologie biomediche sono 11, per una quota del finanziamento di oltre 35 Milioni di Euro, per la maggior parte dedicati al rinnovo tecnologico (sostituzione di tecnologie obsolete), ma anche al potenziamento e alle tecnologie innovative.

A supporto del sistema informativo unico regionale per la Gestione informatizzata dell'Area Amministrativa preposto al mantenimento e sviluppo della anagrafica centralizzata delle tecnologie biomediche Contabile (GAAC), proseguirà la gestione della codifica unica regionale denominata

CIVAB-RER, per la quale è attivo dal 2018 un gruppo di candidati al quale partecipano tutte le Aziende del SSR, e un gruppo di validatori distribuiti in maniera uniforme tra AVEN, AVEC e AUSL Romagna.

Sul versante dei flussi informativi, continuerà il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate previsto dal DM del 22 aprile 2014, con la pubblicazione e il monitoraggio del livello qualitativo delle registrazioni delle Strutture Pubbliche e il controllo e sollecito delle registrazioni da parte delle Strutture Private. Si provvederà inoltre all'elaborazione dei report relativi all'Osservatorio Tecnologie del Servizio Sanitario Regionale, con la sperimentazione di nuove forme di reportistica per favorire la tempestività e fruibilità delle informazioni.

Il Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB), proseguirà nelle funzioni di valutazione delle acquisizioni di tecnologie ad elevato impatto tecnologico ed economico in ambito regionale, sia in sostituzione per obsolescenza funzionale che per potenziamento e innovazione tecnologica. E' necessaria una azione di controllo del rispetto delle istruttorie, in particolare per quanto riguarda le dismissioni all'atto della messa in servizio delle nuove apparecchiature richieste per sostituzione.

➤ *Indicatori e target:*

- **PNRR** – Rinnovo tecnologico: monitoraggio sostituzioni; Target: rispetto dei cronoprogrammi di installazione
- **Sostenibilità economica** – Rispetto delle istruttorie tecnico-scientifiche del GRTB per tecnologie ad elevato impatto tecnologico, economico e innovativo; Target: 100%
- **Flussi informativi (questionario LEA)** – Verifica della corretta registrazione NSIS delle apparecchiature da parte delle strutture private di afferenza; target: 100% registrazioni

*4.8.11. Sistema Informativo*

Il sistema di reportistica e indicatori (Predefinita, Dinamica, InsidER) sviluppato nel corso degli anni è lo strumento che permette di contribuire al miglioramento del livello di qualità e di completezza dei flussi informativi e, nel corso del 2022, continuerà ad evolvere per allargare ulteriormente il perimetro di monitoraggio ad altre aree di interesse, mediante la costruzione di reportistiche dinamiche ad hoc, ivi inclusi i moduli di dettaglio per permettere alle Aziende il download dei dati di propria competenza. Inoltre, dovranno essere mantenute le rilevazioni giornaliere legate al monitoraggio della pandemia Covid-19 e all'alimentazione della piattaforma di biosorveglianza Dafne.

Nel corso del 2022 si prevede di mantenere gli standard qualitativi finora raggiunti. Particolare attenzione si porrà sul flusso DBO, al fine di aumentare la completezza delle informazioni raccolte riguardanti i test genomici ormonoresponsivi per tumore alla mammella effettuati in Regione Emilia-Romagna per la rendicontazione ministeriale.

Costituisce obiettivo prioritario per le Aziende sanitarie il mantenimento e l'alimentazione tempestiva del patrimonio informativo regionale.

In particolare, l'attenzione viene posta sui flussi che vanno a costituire il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), in quanto:

- questi flussi rappresentano un Adempimento LEA ai sensi di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005
- il rispetto degli obblighi informativi costituisce prerequisito alla valutazione di tutti gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Si ricorda altresì che, ai sensi dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, il mancato rispetto dei contenuti e tempistiche di conferimento dei flussi informativi ricompresi in NSIS costituisce motivo di grave inadempienza per i direttori generali.

➤ *Indicatori e target*

*Tempestività nell'invio dei dati:*

- Indicatori di valutazione: flussi SDO, ASA no DSA (target: >95%), FED (esclusa DPC), FED (solo DPC), PS, DiMe, AFO,
- Indicatori di osservazione: flussi AFT, ADI, DSA in ASA, FAR, SIRCO, SICO, AS, IVG

*Aggiornamento dei dati:*

- Indicatori di valutazione: SDO
- Indicatori di osservazione: PS, ASA no DSA, AFT, FED (esclusa DPC), FED (inclusa DPC), DiMe, AFO
- Target: sono flussi specifici e in quanto tali saranno specificati all'interno delle rispettive sezioni su InsidER.

*SDO*

- Compilazione del campo check list di sala operatoria con 0 o 1 a fronte di codice di procedura 00.66 - Target 0%
- Codifica del codice del reparto sede di emodinamica (all'interno del presidio utilizzare il trasferimento interno, fuori dal presidio utilizzare il trasferimento esterno o service) per il codice di procedura 00.66 - Target 100%
- Ricoveri programmati con data di prenotazione=data ammissione - Target <= al 5% (segnalazione 0159 campo B018)
- Mancata compilazione del campo del CF per i nati in struttura - Target 75% (OSSERVAZIONE)

*Flussi FED, AFO, DiMe*

- Trasmissione dei flussi entro le scadenze programmate - Target 100%

*Flusso FED*

- Trasmissione dei dati relativi alla DPC entro il 2° mese successivo alla competenza (con riferimento ai tempi programmati per le scadenze del flusso) – Target 100%

*Flussi AS e IVG*

- Trasmissione dei flussi entro le scadenze programmate (ind.osservazione)

*Flusso SSCL*

- Linkage SDO e SSCL su procedure di Taglio Cesareo - Target 75%

*Flusso DBO*

- Completezza della corrispondenza delle informazioni raccolte nel flusso ASA e nel flusso DBO (link ASA – DBO, indicatore di valutazione) - Target 95%

*Flusso PS*

- Utilizzo delle vecchie diagnosi Covid per gli accessi in PS (ind.osservazione) – Target < 1%
- % di utilizzo del problema principale "PROBLEMA NON NOTO" sul totale degli accessi dell'aggregazione "Disturbi generali e problemi minori" ((ind.osservazione)) – Target: in diminuzione rispetto al 2021.

*Flusso ADI*

- % TAD aperta e chiusa entro il giorno successivo (come da reportistica predefinita, (ind.osservazione))

*Flusso CEDAP*

- Completezza rispetto alla banca dati SDO (Adempimento LEA) - Target: 98,5%

BOLLA

## **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 2022 sono:

- il sistema della ricerca e innovazione nel Servizio Sanitario Regionale,
- la partecipazione ai progetti coordinati dall'Agenzia Sanitaria e Sociale con l'obiettivo di promuovere l'innovazione nei servizi sanitari e sociali,
- il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento
- il supporto alla formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.

Gli obiettivi da raggiungere nel 2022 vengono indicati di seguito.

### **5.1. Sistema ricerca e innovazione regionale**

In ottemperanza alla DGR 910/2019, le Aziende Sanitarie sono chiamate a collaborare alla costruzione del sistema regionale per la ricerca e l'innovazione, con particolare riguardo ai seguenti ambiti:

- supporto alle attività dei tre Comitati Etici di Area Vasta, con particolare attenzione alla corretta alimentazione della piattaforma SIRER da parte delle segreterie locali e degli uffici ricerca delle Aziende sanitarie ed al supporto ai ricercatori da parte delle figure di amministrazione di sistema e data manager individuati a livello aziendale,
  - supporto alle attività progettuali regionali relative al monitoraggio delle pubblicazioni scientifiche con l'obiettivo di valutare le attività di ricerca aziendali.
- Indicatori e target:
- o le Aziende dovranno assicurare che le Segreterie dei CE e gli Uffici Ricerca procedano alla corretta alimentazione della piattaforma. Target: Caricamento in piattaforma del parere del Comitato Etico in modo esaustivo (valori mancanti < 10%).
  - o Le Aziende dovranno assicurare la partecipazione ad un Gruppo di Lavoro regionale che verrà istituito per la messa a punto di un sistema di monitoraggio della ricerca sulla base di indicatori bibliometrici.

### **5.2. Innovazione nei servizi sanitari e sociali**

#### *Contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza*

La DGR 318/2013 ha definito le linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo; tali linee sono state riprese da progetti specifici nell'ambito del Piano Regionale della 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). Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 individua le "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-resistenza" come uno dei 10 Programmi Predefiniti, programmi vincolanti per tutte le Regioni e che vengono monitorati attraverso indicatori (e relativi valori attesi) uguali per tutte le Regioni.

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),

*Ø Indicatori e target:*

- o % di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento primo semestre dell'anno); Target: 75% di interventi sorvegliati;
- o 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,

*Ø Indicatori e target:*

- o Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario; Target: 30 litri per 1000 giornate di degenza.

§ estensione del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani alle strutture socio-sanitarie.

*Ø Indicatori e target:*

- o % di strutture che hanno riposto alla rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici sul totale delle strutture socio-sanitarie accreditate invitate; Target 50% di strutture invitate.

*Equità in tutte le politiche e medicina di genere*

Le disuguaglianze sociali sono uno dei temi cruciali per le politiche pubbliche e il loro contrasto rappresenta una riserva di potenziale guadagno in salute a livello di popolazione. Le condizioni patologiche e i determinanti sociali, ambientali ed economici interagiscono tra loro con conseguenze diseguali tra le fasce sociali e le organizzazioni sociali e sanitarie si confrontano sempre più con forme di vulnerabilità multidimensionali e non riconducibili a classificazioni tradizionali (es. poveri, emarginati...).

Le strategie di equità, quindi, non possono più limitarsi a interventi per target specifici, ma devono continuare a prendere corpo come approccio strutturale ed intersezionale nel sistema regionale dei servizi sanitari e sociosanitari, prevedendo:

- L'approfondimento del legame tra vulnerabilità sociali e fragilità cliniche, analizzando i meccanismi organizzativi dei servizi sociali e sanitari alla base delle possibili iniquità/discriminazioni;
- La promozione di politiche intersettoriali e approcci intersezionali, mirati a favorire l'empowerment, il lavoro di rete e la partecipazione inclusiva delle comunità;
- Il sostegno a politiche di intervento coerenti a tutti i livelli del sistema;
- L'applicazione di un principio di universalismo proporzionale (offerta uguale per tutti, accompagnata da una redistribuzione di risorse in base a determinati bisogni rilevati).

Parallelamente, le strategie di equità si connettono anche al tema dell'umanizzazione dei servizi e a quanto definito dall'OMS come "centralità del paziente": questa si configura come una delle sei dimensioni fondamentali della qualità dell'assistenza, che oltre a essere efficace, efficiente, accessibile, equa e sicura, dovrebbe prendere in considerazione le preferenze e le aspirazioni dei singoli utenti e le culture delle loro comunità.

A livello regionale, la riduzione delle disuguaglianze è un asse centrale del tuttora vigente Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-2019, del PSSR attualmente in fase di definizione e del nuovo Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2021-2025), che prevede un'azione trasversale di equità sul Piano nella sua interezza e sui singoli programmi che lo compongono.

Inoltre, resta attiva l'attenzione alla traduzione pratica della medicina di genere come azione pervasiva a tutti i livelli del sistema, nella prospettiva del recepimento del Piano nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere e della prosecuzione della diffusione dell'approccio e di sensibilizzazione degli operatori al riguardo.

Restano di conseguenza attive le leve della valutazione e delle azioni di diffusione culturale e sviluppo di competenze nel sistema regionale dei servizi sanitari e sociali, in accordo con l'impianto di governance per l'equità delineato e consolidato negli anni precedenti.

Infine, sulla scorta dell'esperienza maturata rispetto alla pandemia Covid-19 e all'impatto di questa sul sistema di servizi, si rende necessario continuare a riflettere su come le prassi organizzative e lavorative si stanno modificando e sulle conseguenti difficoltà/priorità emergenti in termini di equità dei servizi, al fine di individuare i meccanismi che consentono di superare tali difficoltà e definire come portarli a sistema.

• *Indicatori e target:*

Tutte le aziende dovranno:

- Disporre di almeno un referente aziendale per l'equità e assicurarne la partecipazione agli incontri del coordinamento regionale dei referenti per l'equità.
- Portare a conclusione il percorso in collaborazione con l'ASSR per la definizione dei dispositivi organizzativi per il supporto all'equità, tramite la determinazione di un nuovo piano e board aziendale comprensivo di una scheda di attività annuale relativa al 2022.
- Definire e avviare almeno una procedura di equity assessment, con particolare riferimento agli obiettivi relativi al Piano Regionale della Prevenzione, alle indicazioni di cui alla parte "Equità" del documento di governance del PRP 2021-2025 e alla Legge Regionale n. 19/2018.
- Assicurare la partecipazione del referente aziendale per l'equità (e di eventuali altri professionisti/e individuati/e dalla Direzione Generale in collaborazione con l'ASSR) agli incontri del gruppo di lavoro regionale sul diversity management.
- Attivare almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori/trici e dei professionisti/e, compresi i medici convenzionati.

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

La "Salute in tutte le politiche" costituisce il quadro di riferimento dell'attuale Piano regionale della prevenzione, in linea con i precedenti Piani regionali dal 2005 ad oggi. Questa cornice concettuale, che riconosce la salute come un complesso sistema dipendente da fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali, è stata ulteriormente valorizzata dalla Legge Regionale n.19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria".

Salute in tutte le politiche è una strategia di presa di decisione in cui decisori di settori diversi e la comunità, nelle sue diverse forme ed espressioni, dialogano, riflettono e ponderano - in modo congiunto - questioni di salute, sostenibilità ed equità prima di adottare una politica o un intervento. Il processo decisionale e di azione, diventa così di co-decisione e di co-azione ed è centrato sul miglioramento dei determinanti sociali di salute di una comunità e dei suoi ambienti di vita, come ad esempio la scuola, il luogo di lavoro e le aree verdi... in una prospettiva di One Health.

Nel percorso Community Lab "Un Futuro Piano per la Promozione della Salute", realizzato nel 2019, partendo da questa premessa, si è svolto un processo di ricerca-formazione-azione che ha visto coinvolte tutte le Aziende Sanitarie della Regione e che ha portato ad evidenziare 4 assi lungo i quali si sviluppano le traiettorie delle attività di promozione della salute: facilitazione, sconfinamento; sostenibilità e accountability. (Linee Guida "Un Futuro Piano per la Promozione della Salute" 2021)

In continuità con il lavoro precedente, nel 2022 si propone di proseguire il percorso Community Lab come metodo di sostegno e accompagnamento a prassi innovative di promozione del benessere che partano dalle quattro direttrici precedentemente descritte e le sviluppino con un particolare riferimento all'attuazione di processi in cui gli oggetti di intervento necessitano un'azione multidisciplinare, multilivello, intersettoriale e partecipativa (di comunità).

Questa edizione del Community Lab si inserisce nella fase attuativa del Piano della Prevenzione e focalizza l'azione in un'area d'intervento specifica: la generazione del benessere in età evolutiva, comprendendo i programmi predefiniti ed i programmi liberi del PRP che intercettano la fascia di età 0-18 anni.

• *Indicatori e target:*

- o Partecipazione dei professionisti sanitari di almeno un distretto per azienda al percorso Community Lab "Promozione del benessere in età evolutiva", in attuazione del PRP.

### **5.3. La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie**

La formazione, sempre di più, diventa leva strategica nel cambiamento organizzativo e nella modifica dei comportamenti professionali. Le attività formative blended, che prevedono l'alternanza di diverse tipologie di formazione (FAD sincrona/FAD asincrona, formazione sul campo, residenziale), sono quelle più in grado di promuovere il cambiamento dei comportamenti e di sostenere modifiche organizzative. Diventa così fondamentale anche la verifica di efficacia e l'impatto organizzativo delle azioni formative.

Pertanto, deve essere assicurato:

- il sostegno ad attività formative blended in cui sono previste alternanza di diverse tipologie (FAD sincrona/FAD asincrona, formazione sul campo, residenziale) con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo

*Indicatori e target:*

- Formazione erogata blended (alcuni esempi: sincrona/asincrona + formazione sul campo; residenziale + asincrona; sincrona+ formazione sul campo): n° eventi (almeno 3) con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo.

### **5.4. Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento**

Le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna hanno affrontato, negli anni 2018-2019, le attività di verifica rispetto al nuovo modello di Accreditamento Istituzionale delineato dalla DGR 1943/2017 i cui requisiti trovano applicazione prioritariamente a livello direzionale e che devono anche trovare riscontro e ricaduta nella realtà delle singole articolazioni aziendali.

Gli anni successivi sono stati caratterizzati da un diffuso rallentamento delle attività di verifica e sorveglianza, in relazione all'emergenza pandemica, nell'ottica di ridurre le occasioni di contagio e di andare incontro alle esigenze del personale sanitario già impegnato nella gestione dell'emergenza stessa.

Obiettivi per il 2022 sono:

- Effettuare attività di audit interno e/o autovalutazione a livello direzionale e delle articolazioni organizzative per valutare la sussistenza dei requisiti generali e la loro ricaduta. Utilizzare le risultanze di questa attività di sorveglianza interna come spunto per attivare azioni di miglioramento di respiro aziendale.

*Indicatori e target:*

- Produzione e invio di una relazione sintetica delle attività di audit/autovalutazione
- Individuazione di una o più azioni di miglioramento di livello aziendale scaturite dall'attività di audit/autovalutazione

Target: SI

- Sostenere l'attività istituzionale di verifica di Accreditamento svolta dall'Organismo Tecnicamente Accreditante della RER, garantendo l'adesione dei Valutatori regionali afferenti alle Aziende, a seguito di convocazione formale, e la loro partecipazione alle iniziative di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze specifiche.

*Indicatori e target:*

- Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati (target 80%).

- Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori afferenti all'Azienda (target: 50%)
- Numero valutatori partecipanti alle iniziative di formazione-aggiornamento/numero valutatori convocati (target: 80%)

BOLLA