

REGIONE EMILIA ROMAGNA

Delibera di Giunta - N.ro 2004/1280 - approvato il 28/6/2004

Oggetto: LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITA RIO REGIONALE PER L'ANNO 2004.

Prot. n. (ECS/04/13489)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

l'Accordo Stato-Regioni sancito l'8 agosto 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome, con il quale:

sono state determinate le risorse da destinare al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2001 e per il triennio 2002-2004, in relazione all'andamento del PIL così come previsto dal DPEF 2002-2006;

sono stati fissati, in via generale, gli adempimenti regionali cui l'incremento di risorse 2001 era subordinato;

Governo e Regioni si sono impegnati, in sede di prima applicazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, ad attivare un Tavolo di monitoraggio e verifica, presso la Segreteria della Conferenza Stato-Regioni, sui suddetti livelli effettivamente erogati e sulla corrispondenza ai volumi di spesa previsti e stimati;

Considerato che le questioni finanziarie del settore Sanità sono state al centro del dibattito della manovra di finanza pubblica del 2004 e che la Conferenza dei Presidenti delle Regioni ha avuto modo di denunciare, a più riprese, la presenza di alcune questioni che, se non risolte, possono pregiudicare la sopravvivenza finanziaria delle Regioni e la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e più precisamente:

definitiva valutazione sulla congruità fra prestazioni da garantire e risorse destinate al finanziamento dei LEA per il 2004;

finanziamento dell'assistenza prestata ai cittadini immigrati regolarizzati ai sensi della Legge 30 luglio 2002, n.189 (Bossi-Fini), ai quali deve essere garantita l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza;

eccessiva dilazione dei tempi di erogazione delle disponibilità finanziarie secondo il livello concordato con l'Accordo dell'8 agosto 2001, che porta a sottrarre liquidità alle Regioni per circa 8 miliardi di euro l'anno, trattenuti a livello centrale in attesa della verifica degli adempimenti regionali;

ricaduta di maggiori oneri legati ai rinnovi contrattuali del personale dipendente per oltre 5 miliardi di euro, a fronte dei quali la Legge finanziaria per il 2004 ha stanziato 825 milioni (550 per il 2004 e 275 per il 2005);

Preso atto che allo stato attuale le risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per il 2004 ammontano a complessivi 81.287.290.000,00 Euro, derivanti, in larga misura (80.500.770.000,00) dal citato Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, mentre per la restante parte da altri provvedimenti: per 5.000.000,00 dalla Legge finanziaria 2002 (Legge 448/2001, art.52, c.31) e per 6.840.000,00 a titolo di finanziamento alle Regioni per le attività di medicina penitenziaria ad esse trasferite; 774.680.000,00 Euro derivano dal medesimo Accordo, quale quota da ripartirsi tra le Regioni a titolo di riequilibrio fra le medesime, e a finanziamento dei maggiori oneri relativi alle spese per l'esclusività di rapporto per ospedali classificati, IRCCS e componente universitaria delle Aziende miste e dei Policlinici;

Preso altresì atto che:

le risorse vengono destinate, quanto a 78.748.952.000,00 Euro a finanziamento dei livelli essenziali di assistenza; quanto a 601.690.000,00 Euro ad attività a destinazione vincolata; quanto a 1.155.128.000,00 Euro per obiettivi di carattere prioritario a rilievo nazionale, a norma dell'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 662/96; 774.680.000,00 Euro vengono destinati alle finalità indicate dall'Accordo dell'8 agosto 2001, come riportate al punto precedente;

sulla base dell'intesa raggiunta in data 12 febbraio 2004 in sede di Conferenza Stato-Regioni le risorse ripartite alla Regione Emilia-Romagna per il 2004 ammontano, al netto delle entrate proprie trattenute a livello centrale a 5.575,883 milioni di euro a finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, cui si aggiungono 6,915 milioni quale concorso al finanziamento degli oneri per l'esclusività di rapporto e 0,510 per la medicina penitenziaria; si può invece stimare in circa 83,102 milioni il finanziamento degli obiettivi prioritari a rilievo nazionale, a valere sull'accantonamento specifico, per un totale di 5.666,410 milioni di euro;

a finanziamento della spesa complessiva del Servizio sanitario regionale concorrono inoltre il saldo attivo della mobilità inter-regionale, stimato, sulla

base degli scambi registrati nell'ultimo anno, in 231,631 milioni di euro e le entrate dirette delle aziende sanitarie, valutabili nell'ordine di 300 milioni di euro, tenuto conto sia dei ricavi e proventi di esercizio sia dei rimborsi e recuperi compensativi di voci di spesa;

Avuto presente che, in relazione agli adempimenti previsti a carico delle Regioni per l'accesso pieno ai finanziamenti previsti dall'Accordo dell'8 agosto 2001 (puntuale rispetto degli obblighi informativi sulla spesa sanitaria; rispetto del Patto di stabilità interno; impegno a mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA; monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere; adozione di criteri e modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità delle risorse; attuazione di iniziative per il contenimento delle liste di attesa; adozione di provvedimenti diretti a prevedere la decadenza dei Direttori generali in caso di mancato rispetto degli obiettivi economico-finanziari; impegno a mantenere la stabilità della gestione) la Regione Emilia-Romagna assume puntualmente i provvedimenti ritenuti idonei a garantirne il rispetto;

Ritenuto, in relazione a quanto sopra, di approvare in questa sede le principali indicazioni e i più rilevanti obiettivi per l'esercizio in corso, contenuti nel documento "Indicazioni e obiettivi di programmazione 2004", allegato A) al presente provvedimento, parte integrante e sostanziale del medesimo; il documento è articolato in quattro capitoli principali, che fanno rispettivamente riferimento: a) alle attività nei cui confronti si chiede alle Aziende Sanitarie di proseguire nel loro impegno ricercando un costante miglioramento dei risultati; b) alle aree di sviluppo del sistema che individuano ambiti di attività richiedenti l'avvio di nuove soluzioni organizzative e il varo di nuovi processi assistenziali; c) alle aree di supporto alla manovra finanziaria relative alla politica del personale, all'acquisto di beni e servizi, alla spesa farmaceutica; d) agli obiettivi di bilancio richiesti generalmente ai Direttori Generali e al relativo percorso di valutazione;

Ritenuto pertanto che:

sussistano le condizioni per finanziare le Aziende del Servizio sanitario regionale nelle misure e con le modalità di seguito indicate, a valere sulle disponibilità definite in sede di Conferenza Stato-Regioni del 12 febbraio 2004 e perciò su 5.666,410 milioni di Euro, comprensivi dei previsti finanziamenti per obiettivi prioritari a rilievo nazionale;

tali risorse si rivelano indispensabili al funzionamento del servizio sanitario regionale e costituiscono - così come ripartite - l'ammontare complessivo dei

trasferimenti in base al quale le Aziende predispongono gli strumenti di programmazione economico-finanziaria 2004;

Considerato che:

in relazione alla ricaduta dei maggiori oneri conseguenti ai rinnovi contrattuali del personale dipendente – area comparto e area dirigenza – la Legge 24 dicembre 2003, n.350 (Legge finanziaria 2004) ha stanziato 550 milioni di euro per il 2004 e 275 dal 2005;

la quota-parte riferita al 2004 per la Regione Emilia-Romagna ammonta a 47,590 milioni di Euro, a fronte di una valutazione di spesa regionale, in relazione alla scansione temporale con cui i miglioramenti retributivi diverranno esigibili, di 281 milioni di Euro, pari al 12,5% circa del monte-salari 2001; rispetto a tale maggiore spesa le aziende hanno ricevuto indicazione di accantonare nei bilanci al 31/12/2003 55 milioni, corrispondente al 2,46% del monte-salari di riferimento; la quota-parte riferita al 2005 ammonta a 23,795 milioni, a fronte di una previsione di spesa di 139 milioni;

Ritenuto di provvedere col presente atto al finanziamento del Servizio sanitario regionale, nella misura di 5.666,410 milioni di euro, al netto delle entrate proprie, trattenute e contabilizzate dalle Aziende nei rispettivi bilanci e al netto del saldo attivo di mobilità inter-regionale, rispetto alla quale le aziende contabilizzeranno, tempo per tempo, i flussi positivi e negativi nelle misure reali, rivestendo il trasferimento nazionale una funzione di finanziamento "per cassa" e non "per competenza";

Ritenuto di destinare, dei 5.666,410 milioni di euro sopra richiamati:

1. quanto a 5.540,153 a finanziamento dei livelli di assistenza, nel modo seguente:

5.200 tra le Aziende Usl sulla base dei parametri di ponderazione della popolazione di cui alla Relazione allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale; per il riparto vengono assunti i dati di popolazione all'1/1/2003, ultimi disponibili, integrata di una quota pari al 50% delle domande di regolarizzazione presentate dagli immigrati ai sensi della Legge Bossi-Fini; vengono altresì assunti i dati dei consumi sanitari per tipologia di prestazione/servizio, per classe d'età e sesso, la cui sistematica rilevazione ha consentito l'affinamento di criteri e parametri;

13 per far fronte all'adeguamento del riparto a quota capitaria, sulla base della consistenza effettiva della popolazione all'1/1/2004;

15,200 per assistenza termale;

42,870 per assistenza ai pazienti dimessi dagli ex OO.PP.;

45,200 per il finanziamento dell'ARPA (finanziamento comprensivo delle spese di sviluppo progetti)

82,633 a finanziamento dell'istituto di esclusività di rapporto del personale dirigente;

9,660 a finanziamento dell'estensione dei benefici contrattuali dell'esclusività di rapporto al personale universitario e al personale dipendente dagli Istituti Ortopedici Rizzoli;

19 a finanziamento del progetto "Emergenza e 118";

6,530 a finanziamento del progetto "sangue ed emoderivati";

3,150 a finanziamento del progetto "trapianti";

8,200 per altre funzioni rilevanti (hub & spoke);

1,550 per il programma di interventi sanitari a carattere umanitario;

7,750 vengono accantonati a finanziamento degli obiettivi di produzione di interesse regionale, in continuità rispetto all'Accordo regionale 2001-2003 con le strutture private accreditate, così come previsto dalle deliberazioni di questa Giunta n.2054/2001 e n. 1482/2003;

11,500 per i Diplomi e Corsi universitari;

21,500 vengono destinati all'assegno di cura, al fine di sostenere il mantenimento a domicilio dell'anziano non autosufficiente; vengono in tal modo assicurate risorse aggiuntive (4 milioni di euro in più rispetto al 2003) per ampliare gli interventi di sostegno alla domiciliarità, così come previsto dalla deliberazione n. 377/2004;

52,410 a titolo di contributo per i rinnovi contrattuali del personale dipendente, ad integrazione del contributo nazionale di cui alla citata Legge 350/2003;

1. quanto a 40 milioni di euro, a finanziamento delle Aziende Ospedaliero-universitarie, di cui:

33 a titolo di integrazione tariffaria per l'impatto che ricerca e didattica hanno sui costi di produzione delle aziende;

7 per progetti di eccellenza;

per il corrente esercizio 2004 il finanziamento viene adeguato in misura corrispondente a circa il 7% della produzione ospedaliera infra-regionale (2 punti percentuali in più rispetto al 2003), in analogia a quanto convenuto fra le Regioni per la remunerazione della produzione inter-regionale;

1. quanto a 21,257 milioni di euro, a finanziamento di strutture, funzioni e attività a valenza regionale, di cui:

3,460 per il finanziamento dell'Agenzia sanitaria regionale;

11,200 per obiettivi e progetti per l'innovazione;

3,300 per il finanziamento del progetto SOLE (Sanità on line);

3,297 per altre funzioni a gestione accentrata regionale (sistemi informativi, materiale di consumo, ecc.)

1. 65 milioni di euro vengono accantonati a titolo di fondo di riserva a finanziamento di specificità aziendali non riflesse dai criteri di finanziamento e a sostegno dei piani di rientro delle aziende in situazione di squilibrio economico-finanziario;

Ribadito infine che:

1) le Aziende Usl sono le uniche titolari del fondo di finanziamento;

2) le Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie sono finanziate direttamente dalla Regione soltanto per quanto attiene l'assegnazione alle stesse di quote a titolo di integrazione tariffaria per maggiori oneri sostenuti in relazione alla presenza della componente universitaria o per l'applicazione di specifici istituti contrattuali, nonché per partecipazione a progetti specifici o per funzioni svolte;

3) le prestazioni ambulatoriali e di degenza che le Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie erogheranno nel corso dell'anno ai cittadini costituiranno, valorizzate in base alle tariffe di riferimento regionale e ai piani di committenza, il "fatturato" effettivo;

4) anche alle Aziende Usl si applica il sistema di scambi legato alla mobilità per prestazioni sia ambulatoriali che di degenza;

5) i rapporti tra le Aziende sanitarie della Regione relativi ai flussi di mobilità sanitaria vengono regolati sulla base delle specifiche direttive e circolari emesse in materia;

Visto il parere favorevole espresso dalla Commissione Consiliare Sicurezza Sociale nella seduta del 22 giugno 2004;

Richiamata la proprie deliberazioni di seguito indicate:

n. 2832 del 17 dicembre 2001, concernente "Riorganizzazione delle posizioni dirigenziali della Giunta regionale - Servizi e professional";

n. 447 del 24 marzo 2003, avente titolo: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali";

Dato atto, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della propria deliberazione n. 447/2003 del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore Generale alla Sanità e Politiche sociali Dott. Franco Rossi;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

Delibera

1. di approvare il documento " Indicazioni e Obiettivi di programmazione 2004" di cui all'Allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di dare atto che, per quanto nelle premesse esposto e che qui integralmente si richiama, le risorse previste per l'anno 2004 a finanziamento del Servizio Sanitario Regionale ammontano a complessive 5.666,410 milioni di euro, cui si aggiungono 47,590 milioni quale quota-parte del finanziamento disposto dalla Legge 24 dicembre 2003, n.350 (Legge finanziaria 2004) a parziale copertura dei maggiori oneri contrattuali per il personale dipendente;

3. di stabilire che, al netto delle entrate proprie che vengono trattenute direttamente dalle aziende e dei saldi di mobilità che ricadono positivamente o negativamente sui singoli bilanci aziendali, le risorse di cui al punto b) siano

destinate al finanziamento della spesa sanitaria regionale per il 2004, così come in premessa esposto e riportato analiticamente nella Tabella 1 allegata al presente provvedimento, parte integrante e sostanziale dello stesso;

4. di ripartire:

alle Aziende USL la somma di 5.200 milioni di euro a finanziamento dei livelli di assistenza, sulla base dei parametri di ponderazione della popolazione, come illustrato nel documento "Criteri di finanziamento delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna – anno 2003" di cui all'Allegato B) al presente provvedimento; il riparto in capo alle singole Aziende viene indicato alle Tabelle 2 e 3, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

alle Aziende USL, Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie, agli Istituti Ortopedici Rizzoli e all'ARPA la somma di 100 milioni di euro quale contributo per i rinnovi contrattuali del personale dipendente, di cui 47,590 derivanti dalle maggiori risorse messe a disposizione dalla Legge finanziaria 2004 e 52,410 destinate dalle risorse complessivamente a disposizione del SSR; il riparto viene riportato alla Tabella 4, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

alle Aziende USL la somma di 21,500 milioni di euro per gli oneri riferiti all'erogazione dell'assegno di cura agli anziani, ripartiti sulla base della popolazione ultra 75-enne presente in ciascuna Azienda, nell'ammontare di cui alla Tabella 5, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

all'Agenzia Regionale per la Prevenzione Ambientale la somma di 45,200 milioni di euro, comprensiva del finanziamento delle spese di sviluppo progetti;

alle Aziende USL, Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie la somma di 82,633 milioni di euro, a parziale finanziamento dell'istituto di esclusività di rapporto del personale dirigente dipendente, sulla base degli oneri sostenuti dalle aziende per l'esercizio 2002, così come analiticamente riportato alla Tabella 6, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

1. di riservare a successivi e separati provvedimenti il riparto e l'assegnazione delle restanti risorse, pari a 264,667 milioni di euro;

2. di riservarsi di verificare a settembre le dinamiche della popolazione, al fine di apportare le necessarie rettifiche al presente provvedimento, a fronte della consistenza effettiva della popolazione all'1/1/2004;

3. di dare espressamente atto che il raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari definiti al capitolo 4) "Obiettivi ai Direttori Generali" del documento "Indicazioni e Obiettivi di programmazione 2004" di cui all'Allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, costituisce elemento di valutazione ai fini dell'applicazione dell'art. 52, comma 4, lettera d) della Legge 289/2002 (Legge finanziaria 2003;

4. di pubblicare il presente provvedimento, completo di tutti gli allegati, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

Tabella. 1

ALLEGATO A

Indicazioni e obiettivi di programmazione 2004

Indice

Premessa

1- Le aree di miglioramento e di prosecuzione dell'attività

1.1. Le principali attività realizzate nel 2003

1. Il consolidamento della competenza distrettuale nelle Aziende

2. 1.1.2. Piena integrazione della medicina generale e sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie.

1.1.3. Le cure domiciliari e le dimissioni protette.

1.1.4. I consultori familiari ed i percorsi integrati ospedale – territorio del programma speciale salute donna.

1.1.5. Potenziamento e qualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

1.1.6. Assistenza farmaceutica

1.1.7. La politica degli acquisti

1.2. Gli obiettivi 2004

1.2.1. Il Programma delle attività territoriali (PAT)

1.2.2. Lo Sportello Unico Distrettuale

1.2.3. Facilitazione dell'accesso ai percorsi di approfondimento diagnostico nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

1.2.4. Sviluppo della assistenza infermieristica nell'ambito delle cure primarie

1.2.5. Assistenza domiciliare

1.2.6. I programmi di assistenza integrata

1.2.7. Qualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

1.2.8. Governo delle liste di attesa.

1.2.9. L'Organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale

1.2.10. La programmazione ospedaliera

1.2.11 Il Pronto soccorso

1.2.12. Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e dell'uso del farmaco

1.2.13. Le vaccinazioni fortemente raccomandate

1.2.14 Il Sistema informativo a supporto della programmazione

2- Le aree di sviluppo

2.1. Riorganizzazione dell'attività odontoiatrica

2.2. Day Service ambulatoriale (DSA)

2.3. Il percorso integrato delle dimissioni protette

2.4. La nutrizione artificiale

2.5. L'attuazione della rete integrata ospedale territorio per le persone con grave disabilità acquisita

2.6. L'anziano e i programmi di prevenzione, cura, riabilitazione, e assistenza

2.7. Sistema informativo e costi del Dipartimento di salute mentale

2.8. Il Riordino delle attività di Medicina dello Sport

2.9. La diagnosi precoce delle lesioni pre-cancerose e dei tumori del colon-retto

2.10. La sicurezza alimentare

3- Le aree di supporto alla manovra finanziaria

3.1. Le politiche del personale

3.2. L'acquisto di beni e servizi

3.3. La spesa farmaceutica

4- Obiettivi ai direttori generali

Premessa

Il presente documento, allegato al provvedimento con cui il Fondo Sanitario regionale viene ripartito tra le Aziende Sanitarie, contiene le principali indicazioni e i più rilevanti obiettivi di programmazione per il 2004. Essi sono raggruppati in quattro capitoli principali che fanno riferimento rispettivamente: 1) alle aree di attività nei cui confronti si chiede alle Aziende Sanitarie di proseguire nel loro impegno ricercando un costante miglioramento dei risultati; 2) alle aree di sviluppo del sistema che individuano ambiti di attività richiedenti l'avvio di nuove soluzioni organizzative e il varo di nuovi processi assistenziali; 3) alle aree di supporto alla manovra finanziaria relative alla politica del personale, all'acquisto di beni e servizi inclusi i prodotti farmaceutici; 4) agli obiettivi di bilancio richiesti generalmente ai Direttori Generali e al relativo percorso di valutazione.

Questi elementi rappresentano la scelta, a favore di un progressivo miglioramento dei servizi, che la Regione intende confermare, pur nel quadro di crescenti difficoltà finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale.

Il miglioramento dei servizi tende quest'anno ad attribuire maggior rilievo ai programmi e agli obiettivi richiedenti un elevato grado di integrazione tra le politiche sanitarie e quelle sociali. Ci si riferisce ad esempio agli aspetti riguardanti la riorganizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale, ai programmi di assistenza al paziente cronico, all'attuazione della rete integrata per le persone con grave disabilità acquisita, ai programmi di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza dell'anziano.

Da questo punto di vista, occorre sottolineare che il presente documento anticipa in qualche misura il lavoro in corso, connesso alla predisposizione del Piano Sociale e Sanitario, cioè di un nuovo strumento di programmazione integrata tra questi due settori di assistenza. Tale scelta è stata dettata dalla consapevolezza che significativi miglioramenti nei livelli assistenziali, tanto nell'ambito sanitario quanto in quello sociale, siano conseguibili solo declinando operativamente il principio di integrazione e quindi cercando di coinvolgere tutti i principali soggetti operanti nei due ambiti in una logica di sistema, capace di valorizzarne il ruolo e di far emergere i benefici derivanti dalla loro azione sinergica.

1. Le aree di miglioramento e di prosecuzione dell'attività

1.1. Le principali attività realizzate nel 2003

1.1.1. Il consolidamento della competenza distrettuale nelle Aziende

Nel 2003 le Aziende Unita' Sanitarie Locali hanno consolidato la funzione del Distretto, al fine di dare risposte adeguatamente compiute ai bisogni di salute dei cittadini su un determinato territorio in termini di offerta dei servizi.

In tutti i Distretti della Regione è stato istituito il Dipartimento delle Cure Primarie, quale struttura tecnico-operativa che disciplina ed organizza la funzione di produzione propria dell'assistenza primaria, rivolta a tutta la popolazione del territorio di riferimento. Ciò ha consentito lo sviluppo delle cure primarie e dei percorsi assistenziali principali che si realizzano all'interno di questo ambito di assistenza.

Così come previsto dal DLgs 229/99, il Programma delle attività territoriali rappresenta l'atto esplicito della programmazione negoziata, attuata con le altre macrostrutture dell'azienda e con i Comuni, sulla base delle risorse assegnate e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale. Esso definisce i risultati di salute attesi, le attività previste e le risorse assegnate.

Attualmente la maggioranza dei Distretti ha predisposto il Programma delle Attività Territoriali. Si è infatti avviata una fase sperimentale che ne vede una progressiva implementazione in tutti i Distretti della Regione Emilia-Romagna, al fine di pervenire ad una omogenea modalità di programmazione in tutto il territorio regionale.

1.1.2. Piena integrazione della medicina generale e sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie.

Al fine di perseguire la piena integrazione della medicina generale le Aziende USL hanno attivato accordi aziendali con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e i medici di continuità assistenziale, in particolare attraverso l'ulteriore sviluppo delle forme associative dei MMG, per il consolidamento dell'assistenza domiciliare e l'implementazione di programmi assistenziali rivolti a pazienti con patologie croniche, al fine del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

E' stata condotta una attenta analisi e valutazione degli accordi aziendali stipulati con i MMG con particolare attenzione ai Nuclei di Cure primarie, Piani per la Salute, ADI, Associazionismo, Livelli di spesa programmata, Diabete. Tale analisi è stata presentata e discussa con le Aziende.

Anche nel 2003 è continuata la progettazione dei Nuclei per tutte le Aziende USL. Complessivamente è stato individuato, allo stato attuale, un numero complessivo di NCP pari a 201, con l'individuazione in tutte le realtà di un coordinatore/referente.

Gli Accordi che le diverse Aziende USL hanno siglato con i MMG ribadiscono i NCP quale struttura base del modello organizzativo delle Cure Primarie e quindi quale ambito privilegiato in cui perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale, integrazione delle attività territoriali, governo clinico in relazione agli obiettivi di salute, miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso linee-guida, audit clinico, formazione specifica.

1.1.3 Le cure domiciliari e le dimissioni protette.

La continuità delle cure risulta il punto nevralgico dei percorsi integrati ospedale-territorio e, tra questi, il percorso delle dimissioni protette é fondamentale per garantire la qualità delle cure.

Anche per il 2003 si è confermato il forte impegno delle aziende USL nelle cure domiciliari, consolidando, ed in alcuni casi aumentando, il numero di pazienti presi in carico.

Il progetto dimissioni protette è stato già avviato nelle Aziende con la stesura di protocolli integrati, ma richiede un ulteriore sviluppo soprattutto nelle realtà urbane dove maggiore è la complessità organizzativa e dove, peraltro, maggiore è il bisogno del cittadino ad essere accompagnato nei percorsi per realizzare la continuità della cura.

Le aree di responsabilità, in tema di dimissioni protette, richiamano quella del Direttore di Distretto e del Direttore di Presidio Ospedaliero che hanno la responsabilità di definire la realizzazione del percorso e la verifica di questo.

1.1.4. I consultori familiari ed i percorsi integrati ospedale – territorio del programma speciale salute donna.

Nell'ambito del programma regionale per la riorganizzazione dei consultori familiari, è stato privilegiato l'obiettivo di promuovere, tra i professionisti dei consultori con funzioni di coordinamento, competenze organizzative e di governo clinico finalizzate ad una rimodulazione delle attività consultoriali che permetterà di accompagnare i grandi cambiamenti in atto nel sistema sanitario.

Sul percorso per l'umanizzazione del parto sono state definite diverse raccomandazioni: le Linee-guida su "La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto" per cui è stata avviata una prima fase di implementazione nei centri nascita e un documento di consenso in merito a procedure, indagini strumentali, esami di laboratorio necessari ed utili a garantire un buon livello di qualità nell'assistenza alla gravidanza a basso rischio e uno strumento per la selezione di tali gravidanze, nella prospettiva di affidarne la gestione all'ostetrica, anche valorizzando le esperienze attuate in merito, e in particolare nelle case di maternità.

L'assistenza alla popolazione immigrata continua ad essere oggetto di particolare attenzione. Nel corso dell'anno è stata completata l'indagine tra gli operatori e tra le donne somale sulle mutilazioni genitali femminili. I risultati della ricerca sono stati pubblicati ed è stato inoltre elaborato un manuale destinato agli operatori stessi.

1.1.5. Potenziamento e qualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

Le liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, che tuttora incidono in maniera significativa sul livello di qualità del sistema sanitario percepito dal cittadino, sono state oggetto di una serie articolata di interventi.

Le principali strategie adottate per il loro governo hanno puntato sull'incremento dell'offerta di prestazioni e sull'appropriatezza nella loro erogazione, attraverso l'adozione di linee guida, il superamento della gestione frammentaria del paziente ed il miglioramento dell'accessibilità del cittadino alle prestazioni.

I passi rilevanti che le Aziende sanitarie hanno attuato in questo ambito sono stati orientati alla costruzione di percorsi integrati, che intendono dare risposta al problema clinico e non alla singola prestazione. In tale ambito la maggior parte delle Aziende per alcune problematiche ha attivato il Day-Service.

Il monitoraggio periodico dei tempi di attesa per un gruppo predeterminato di prestazioni è proseguito anche nel 2003 ed è stato ampliato il numero delle prestazioni rilevate, nelle quali sono naturalmente incluse tutte quelle previste dall'Accordo Stato-Regioni del luglio 2002. E' stata avviata la progressiva integrazione di questo monitoraggio con l'analisi retrospettiva dei tempi di attesa effettivi, resi disponibili da un sempre miglior livello qualitativo del flusso informativo ASA sulla specialistica ambulatoriale.

In coerenza con l'orientamento verso una crescente deospedalizzazione, l'aggiornamento del nomenclatore tariffario, oltre ad un necessario adeguamento delle tariffe, ha sancito la possibilità di eseguire in regime ambulatoriale nuove metodiche diagnostiche e selezionati interventi. E' a questo proposito degno di rilievo che, solo con l'attività svolta nei mesi successivi alla pubblicazione del nomenclatore, il 12% degli interventi di "Liberazione del tunnel carpale" eseguiti nel 2003 ed il 20,3% di quelli di "Facoemulsione ed aspirazione della cataratta" risultino effettuati in regime ambulatoriale. Tenuto conto che, rispetto all'anno precedente, non vi sono state sostanziali variazioni sul totale degli interventi di questo tipo, l'adozione del regime ambulatoriale ha certamente contribuito alla riduzione del tasso di ospedalizzazione in day-surgery.

1.1.6. Assistenza farmaceutica

Anche nell'anno 2003 le azioni realizzate dalle aziende sanitarie per il governo dell'assistenza farmaceutica e il contenimento della spesa, conseguenti agli obiettivi indicati dalla Regione, sono state indirizzate verso il potenziamento dell'erogazione diretta dei farmaci dopo ricovero o visita specialistica per le patologie che richiedono controlli ripetuti e per l'assistenza erogata dai servizi territoriali, nonché per il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva da parte dei medici convenzionati. I risultati sono stati raggiunti in maniera diversificata dalle varie aziende, determinando nel complesso una riduzione della spesa farmaceutica territoriale pari al -2,1% rispetto al risultato del 2002. Al contenimento della spesa territoriale ha contribuito in maniera significativa il D.M. 27 settembre 2002 di riclassificazione dei medicinali e il potenziamento dell'erogazione diretta dalle strutture territoriali e dal livello ospedaliero.

Al contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera hanno contribuito le unioni d'acquisto che le aziende hanno attivato, sviluppando ulteriormente l'esperienza per area vasta, sulla base dei principi di equivalenza terapeutica fra categorie omogenee di farmaci. Tale metodologia potenzia il processo di aggiornamento e omogeneizzazione del contenuto dei prontuari terapeutici aziendali e interaziendali e stimola il confronto fra clinici nell'ambito delle commissioni dedicate.

In ambito territoriale le Aziende hanno promosso esperienze formative e informative per il coinvolgimento dei MMG e PLS finalizzato alla prescrizione di farmaci che a parità di efficacia e sicurezza avessero minore costo, a partire da analisi della letteratura evidence based. Alcune aziende hanno sviluppato un programma di informazione indipendente sui farmaci attraverso la valutazione critica degli studi clinici, la loro validità e trasferibilità. In tema di farmaci generici si è registrato un incremento nell'uso di tali medicinali anche per la maggiore disponibilità di prodotti. A livello regionale l'incremento dei consumi di farmaci generici verificato nel 2003 rispetto all'anno precedente è stato del 16,8%.

Per sottolineare la condivisione delle responsabilità fra tutti gli operatori del SSR in materia di prescrizione farmaceutica, è stata siglata un'intesa fra le Organizzazioni Sindacali mediche e l'Assessore alla Sanità per la individuazione e realizzazione di livelli di attività programmata nell'ambito dell'assistenza farmaceutica. Tale intesa dovrà essere resa operativa nel corso del 2004.

1.1.7. La politica degli acquisti

La programmazione regionale per il 2003 ha orientato le Aziende Sanitarie ad una organizzazione dei processi di approvvigionamento di beni e servizi su tre macro-aree territoriali – Emilia Nord, Bologna e Ferrara, Romagna – e al conseguente superamento delle procedure aziendali di gara per l'acquisto delle principali categorie di beni. Sono stati richiesti inoltre alle Aziende studi di fattibilità per una organizzazione sovra-aziendale della funzione acquisto-stoccaggio-distribuzione dei beni.

Si riportano di seguito i risultati più significativi d'area:

Area Nord Emilia - referente AUSL di Modena

Superata la fase di gare in unione d'acquisto quale sommatoria dei prodotti in uso, consolidata da anni (oltre 100 milioni di euro a fine 2002 il volume delle gare in unione) l'attenzione dell'area è stata posta sulla fase della determinazione dei fabbisogni d'acquisto, comuni d'area.

Per quanto riguarda i farmaci, attraverso l'analisi delle equivalenze e le valutazioni operate dalla Commissione Interaziendale in rapporto con le Commissioni terapeutiche locali si è provveduto ad una comune SELEZIONE dei farmaci all'interno di classi omogenee. Le gare vengono effettuate quindi su uno o comunque pochi farmaci, tra i migliori di una classe, con lo scopo di sollecitare la concorrenza dei produttori sui principi attivi più studiati e razionalizzare l'uso dei medesimi all'interno delle strutture.

Le gare in unione d'acquisto conclusesi, sia per prodotti farmaceutici posti in equivalenza terapeutica, sia per prodotti in privativa industriale, coprono un valore globale di aggiudicazione di circa 7 milioni di Euro, su un importo complessivamente previsto di 16 milioni, dimostrando una buona performance, con risparmi sia sui prodotti in privativa a sconto minimo, sia su quelli a concorrenza. Sono stati tuttavia riscontrati alcuni aspetti di criticità quali la partecipazione di poche ditte ai lotti in equivalenza, lotti deserti, gestione problematica degli aspetti post-gara. Nel corso del 2004 è previsto il completamento delle gare per i restanti farmaci da acquisire col criterio dell'equivalenza e non, per un valore stimato di 107 milioni di Euro.

L'Area ha inoltre elaborato e presentato un progetto più complessivo che, oltre alle due fasi sopra esposte, prevede due ulteriori fasi:

unificazione della gestione delle gare, dei contratti e degli ordini in un unico soggetto

unificazione del Magazzino e della Logistica.

La centralizzazione delle gare, della gestione degli ordini e dei contratti di fornitura, risulta indispensabile per il superamento delle difficoltà operative attualmente in essere, anche sotto l'aspetto informativo e, soprattutto, allo scopo di ottimizzare le giacenze (che visto l'attuazione delle prime fasi può comportare notevoli economie di scala) e meglio pervenire alla gestione unificata del magazzino. Lo studio si è concentrato sui beni farmaceutici e sul restante materiale sanitario.

Area di Bologna e di Ferrara, referente AUSL Bologna Città

L'Area di Bologna si è concentrata sin dal 2001 su tre linee di intervento:

collaborazione organica e programmata fra i Servizi di approvvigionamento delle Aziende per l'allineamento delle scadenze contrattuali, la standardizzazione dei prodotti consumati, l'effettuazione di gare in unione d'acquisto con ripartizione delle stesse tra i vari Provveditorati;

costituzione di un ufficio interaziendale denominato "Centrale Interaziendale di Approvvigionamento" dei farmaci e dei prodotti farmaceutici(CIA), tramite Convenzione stipulata tra le Aziende, avente come missione la rinegoziazione degli acquisti dei prodotti di Farmacia in una logica comune, con modalità innovative ed una verifica del contesto logistico allo scopo di individuare modelli più economici e razionali

progetto relativo al nuovo servizio di logistica dei farmaci e dei beni sanitari di consumo, che si propone:

- di centralizzare il magazzino di farmacia delle diverse strutture, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia e l'efficienza delle attività
- di informatizzare gli armadi di reparto, mediante l'introduzione di penne ottiche per la registrazione dei carichi e degli scarichi.

A fine 2002 si sono inserite nel percorso, condividendone gli orientamenti, anche le due Aziende ferraresi.

Il volume delle gare in unione d'acquisto effettuate per il 2003, oltre 9 milioni di euro, si aggiunge ad una attività che, per il periodo 2001-2002, ha interessato beni per 62 milioni (oltre 48 per i soli farmaci).

Area Romagna - referente AUSL Rimini

E' stato costituito il gruppo interaziendale degli acquisti che ha elaborato un piano di lavoro diretto al superamento della variabilità dei prodotti esistenti nelle varie realtà, alla pianificazione delle gare in unione d'acquisto con ripartizione tra le aziende della gestione delle procedure di gara, all'esame delle diverse configurazioni di gestione dei servizi di pulizie e lavanolo.

Sono state programmate 34 gare, non sempre riferite a tutte le Aziende in considerazione delle diverse scadenze contrattuali, le cui procedure si sono concluse per un importo complessivo di circa 64,5 milioni di Euro, pari al 71% della spesa globale programmata, il cui importo maggiore è rappresentato dalla gara unica per l'acquisizione della quasi totalità dei Farmaci (51 milioni) e dei Dispositivi medici e altro materiale sanitario (10 milioni circa). Per la gara sui farmaci, in fase di aggiudicazione, lo scarto realizzato rispetto al valore base d'asta è stato mediamente del -4%.

Sostanzialmente in questa prima fase l'Area ha privilegiato la linea delle unioni d'acquisto ripartendo le relative procedure tra le Aziende.

E' inoltre stato costituito, in ottemperanza della deliberazione 896/2003, ed è operativo, il Gruppo regionale di progetto "Beni e servizi", presso la Direzione Generale Sanità e politiche sociali.

1.2. Gli obiettivi 2004

1.2.1. Il Programma delle attività territoriali (PAT)

I diversi momenti della programmazione sanitaria e socio-sanitaria (Piani sociali di zona, Programmi delle attività territoriali), devono essere ricomposti a livello regionale e locale per definire obiettivi integrati e comuni ed evitare duplicazioni dei tavoli di discussione e partecipazione.

Il tema dell'integrazione sociosanitaria assume rilevanza strategica e centralità nei processi programmatori e di governo del sistema, a livello aziendale, ma soprattutto distrettuale, con riferimento al processo sperimentale – oggi in via di conclusione – dei Piani sociali di zona, il cui ambito di programmazione coincide per una precisa scelta regionale con il distretto.

Tale scelta, motivata proprio da un forte investimento per realizzare l'integrazione, verrà consolidata e sviluppata nel prossimo Piano regionale sociale e sanitario. Questo nuovo strumento – che sarà adottato entro la fine del 2004 - sarà connotato da linee di indirizzo miranti a creare raccordi e coerenze tra programmazione sanitaria e programmazione sociale, definendo sia ambiti di specificità dei due settori sia aree di interrelazione, in particolare per l'integrazione sociosanitaria. A tale fine saranno introdotte dal Piano stesso alcune innovazioni che riguarderanno soprattutto gli strumenti di governo dell'integrazione (a livello sia politico sia tecnico) e i percorsi assistenziali. I cambiamenti su tali aspetti di sistema saranno coerenti con l'obiettivo di consolidare e qualificare il nuovo ruolo dei Comuni e in particolare dei Comuni associati nelle Zone sociali, che gestiranno sempre più in forma associata le diverse funzioni in area sociale e sociosanitaria, anche in attuazione della L.R. 2/2003 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali).

In particolare a livello distrettuale è fondamentale individuare modalità operative per costruire alcune coerenze di sistema.

Nell'anno 2004 il Programma delle attività territoriali (PAT), secondo le modalità previste dal Decreto Legislativo 229/99, da adottarsi con atto formale, dovrà contenere:

il percorso della concertazione;

i servizi, gli interventi e le attività del sistema distrettuale delle cure alla persona. In tale ottica sono parte integrante del PAT i programmi che si realizzano in ambito distrettuale oggetto di interazione con le altre macrostrutture aziendali (Presidio Ospedaliero, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Sanità Pubblica);

le risorse assegnate, per aree di intervento, nell'ambito della pianificazione aziendale;

gli strumenti e le modalità di verifica;

Per quanto riguarda gli interventi sociosanitari, il Programma assume le previsioni dei Piani sociali di Zona, come previsto, tra l'altro, dall'art. 11 della legge regionale n. 2/2003 . In particolare, nel processo di costruzione dei nuovi Piani di zona (2005-2007) dovranno essere oggetto di programmazione congiunta settori e ambiti d'intervento dove più alto è il livello d'integrazione: l'assistenza domiciliare, la salute mentale, la procreazione responsabile, le demenze senili, e più in generale gli anziani, i disabili, il percorso delle dimissioni protette.

1.2.2. Lo Sportello Unico Distrettuale

La facilità dell'accesso ai servizi sanitari è un diritto esigibile dei cittadini. Lo Sportello Unico Distrettuale è la struttura di riferimento che consente la disponibilità fisica dell'accesso e l'ottimizzazione della fruibilità dei servizi sanitari, attraverso la presa in carico amministrativa del cittadino.

Nel corso dell'anno è necessario completare la rete integrata degli sportelli unici distrettuali, a carattere polifunzionale, per le 5 procedure amministrative di seguito indicate:

iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e assegnazione codice STP (Stranieri Temporaneamente Presenti)

sceita del Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta

prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali

rilascio di attestati di esenzione

pagamento ticket.

Occorre inoltre, riguardo all'assistenza protesica, curare la predisposizione di dati informativi e migliorare i percorsi terapeutico-assistenziali, con particolare riferimento agli anziani non autosufficienti e ai disabili.

Dai prossimi mesi prenderanno avvio gli sportelli sociali di cui all'art.7 della L.R. 2/2003, nell'ambito di una sperimentazione regionale attivata con uno specifico bando, al quale hanno risposto, con progetti specifici di sportello, la maggioranza delle Zone. Coerentemente agli indirizzi regionali e alle

esperienze di sportelli settoriali già esistenti a livello locale, i progetti sono stati elaborati in molte realtà in raccordo con le Aziende Usl, che dovranno sviluppare la loro collaborazione anche nella fase di raccordo operativo e gestionale. L'obiettivo è quello di raccordare e semplificare i percorsi informativi e di orientamento e accompagnamento della persona, in un'ottica di organizzazione dei servizi caratterizzata dalla centralità dell'utente, e dalla unitarietà e coerenza della risposta e della presa in carico particolarmente in presenza di bisogni complessi sociosanitari.

1.2.3. Facilitazione dell'accesso ai percorsi di approfondimento diagnostico nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

Nel 2004 le aziende sono tenute a realizzare la fase conclusiva del progetto regionale di modernizzazione del Servizio sanitario regionale. . La prenotazione diretta, da parte del servizio, delle prestazioni diagnostiche terapeutiche successive alla visita specialistica effettuate nella stessa struttura, deve essere perciò estesa a tutti gli ambiti territoriali, adottando un modulo di richiesta/referto predisposto secondo i requisiti indicati nella DGR 2142/2000 e reso compatibile con il sistema informatizzato di prenotazione e di rilevazione dell'attività (flusso ASA). Il diritto del cittadino all'accesso facilitato dovrà essere comunque garantito, anche utilizzando modelli cartacei nel caso l'informatizzazione dei servizi ambulatoriali non fosse ancora completa.

L'utilizzo e la diffusione del modello di richiesta/referto, e delle procedure di prenotazione "dedicate" alla continuità del percorso diagnostico - terapeutico nell'ambito della stessa struttura, attengono alla dimensione della qualità del servizio specialistico. Debbono essere quindi parte integrante degli accordi di fornitura interaziendali e oggetto di valutazione congiunta tra Direttori di Distretto e Responsabili di Presidio Ospedaliero, con conseguente relazione al Comitato di distretto ed alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

1.2.4. Sviluppo della assistenza infermieristica nell'ambito delle cure primarie

Lo sviluppo delle cure primarie e dei nuclei ed il progressivo consolidamento dell'assistenza domiciliare avvengono anche attraverso una ulteriore crescita di tutte le professionalità.

La Regione Emilia-Romagna, nel 2003, ha delineato linee di indirizzo dell'organizzazione infermieristica nelle cure primarie e nei nuclei, con particolare riferimento all'ambito dell'assistenza domiciliare e ambulatoriale.

Per l'anno 2004 le Aziende dovranno mettere in atto azioni di sperimentazione di tali modelli organizzativi e assistenziali, al fine di valorizzare il ruolo infermieristico.

1.2.5. Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare nella nostra Regione rappresenta, in ambito distrettuale, un "set assistenziale" con struttura organizzativa definita, modalità operative consolidate ed attività specifiche svolte da équipe multiprofessionali.

L'équipe distrettuale, nella quale è massima l'integrazione dei due principali responsabili dell'assistenza domiciliare, medico ed infermiere, assicura l'assistenza al domicilio del paziente per l'intero arco della settimana. L'infermiere, inoltre, svolge la propria attività anche in qualità di operatore unico per programmi assistenziali di esclusiva attività di nursing.

Il Punto unico di accesso per le cure domiciliari sanitarie deve rappresentare la sede organizzativa in cui si attua la presa in carico dei pazienti.

Per il 2004, gli ambiti di miglioramento previsti sono relativi alla qualificazione dell'assistenza. Le Commissioni Professionali Domiciliari, attraverso il coordinamento regionale, avranno il compito di analizzare e approfondire i diversi set assistenziali di riferimento per rendere omogenei, a parità di condizioni cliniche, i profili adottati e i diversi livelli assistenziali. In questo ambito saranno implementati procedure e protocolli relativi alla prevenzione e cura di lesioni da decubito ed infezioni, sulla base di linee-guida prodotte a livello regionale.

Inoltre è opportuno che le Aziende sanitarie assicurino, al domicilio del paziente, le prestazioni specialistiche, maggiormente richieste, attraverso gli accordi locali con i medici specialisti ambulatoriali (ad esempio: cardiologia, fisioterapia, ecc.).

1.2.6. I programmi di assistenza integrata

a) La gestione integrata del paziente diabetico

Nel 2003 sono state definite le "Linee guida clinico-organizzative per il management del diabete mellito", come modello organizzativo di reti cliniche integrate da sviluppare per mantenere la qualità e l'efficacia del Servizio Sanitario di fronte ai mutati bisogni assistenziali.

L'obiettivo è di raggiungere e trattare nel modo più adeguato il maggior numero possibile di pazienti diabetici di tipo 2, considerato che il diabete è una delle più importanti malattie croniche e sociali.

L'assistenza integrata al diabetico, prevista dalle linee guida, contempla l'apporto di un ampio numero di figure assistenziali ed il lavoro interdisciplinare in team. La partecipazione del MMG, come punto di riferimento clinico per il paziente e per la sua famiglia nella rete della continuità assistenziale, è condizione indispensabile per garantire equità di accesso e continuità delle cure, in particolare per le patologie croniche a maggiore diffusione, in stretta integrazione con i medici diabetologi, componenti della rete per il livello specialistico.

Le aziende daranno attuazione alla circolare n. 14 del 5 settembre 2003 per la gestione integrata del paziente diabetico, fra medico di medicina generale e specialista, secondo le modalità individuate dall'apposito gruppo di coordinamento regionale;

b) Il trattamento integrato del paziente con disturbi mentali nella medicina generale

Nel triennio 2000-2002, la Regione Emilia Romagna ha promosso un Progetto rivolto alla integrazione fra i Medici di Medicina Generale ed i Dipartimenti di Salute Mentale, con lo scopo di migliorare i percorsi di cura rivolti ai pazienti con disturbi mentali e favorire interventi più tempestivi ed appropriati, attraverso lo sviluppo di servizi di consultazione dei DSM dedicati ai MMG.

I Nuclei delle Cure Primarie rappresentano la sede naturale per l'ulteriore sviluppo di questa collaborazione interdisciplinare; è infatti a tale livello organizzativo che vanno diffusamente creati stabili e strutturati rapporti fra MMG e articolazioni distrettuali del DSM.

Al fine di sviluppare ulteriormente la diffusione ed il consolidamento a livello distrettuale di tale Progetto, è necessario strutturare i rapporti di collaborazione tra i Dipartimenti di cure primarie ed i Centri di salute mentale, che rappresentano l'articolazione, a livello distrettuale, del Dipartimento di Salute mentale.

Nel corso dell'anno è necessario definire, a livello distrettuale e/o aziendale, protocolli/accordi che prevedano l'istituzione di percorsi condivisi fra cure primarie e psichiatria per migliorare la qualità della cura dei disturbi psichiatrici minori direttamente affrontati dal MMG, il corretto e tempestivo invio di pazienti con diagnosi severe ai Centri di Salute Mentale, appositi

servizi e funzioni di consulenza del Dipartimento di Salute Mentale per tutti i casi che richiedano una più stretta e diretta collaborazione fra professionisti.

c) La gestione integrata del bambino cronico e con disagio psico-sociale e l'Unità Pediatrica di Distretto

Per la gestione integrata del bambino cronico, fra il Pediatra di libera scelta, la pediatria di comunità e gli altri servizi sanitari e sociali, le aziende sono tenute a:

- partecipare al gruppo di lavoro regionale e alle specifiche iniziative di formazione;
- sviluppare, attraverso gruppi di lavoro con Pediatri di comunità e Pediatri di Libera Scelta, gli strumenti specifici previsti dal "Progetto salute infanzia" dell'Accordo attuativo regionale (bilanci di salute, libretto di salute, cartella clinica per i bambini affetti da patologia cronica);
- promuovere specifici incontri periodici, con i PLS e la Pediatria di comunità, per la valutazione comune dei problemi di salute segnalati con gli strumenti sopra indicati e degli eventuali interventi da attivare in ambito distrettuale, anche ai fini della ricerca attiva dei soggetti a rischio, cui offrire interventi programmati (es. controlli periodici per bambini con svantaggio psico-sociale, offerta attiva delle vaccinazioni raccomandate).

d) La continuità nell'ambito della procreazione responsabile e nell'assistenza alla donna in gravidanza

Per garantire la continuità dei percorsi le aziende sono tenute a:

- promuovere la collaborazione e la stesura di specifici protocolli fra consultori familiari, unità operative di ostetricia e ginecologia e gli altri servizi sanitari e sociali, anche nell'ambito della programmazione per i piani di zona;
- partecipare agli specifici gruppi di lavoro regionali, fornendo anche le informazioni richieste su linee guida adottate, percorsi differenziati tra fisiologia e patologia, funzioni dell'ostetrica nel percorso fisiologico.

e) La diffusione delle terapie palliative

Con la progressiva attivazione delle strutture residenziali per le cure palliative (Hospice), le Aziende sanitarie dovranno potenziare i percorsi di integrazione con particolare riguardo all'assistenza palliativa domiciliare. Contestualmente, dovranno essere effettuate iniziative formative relative sia ai percorsi

assistenziali che agli aspetti clinico-assistenziali delle terapie palliative oncologiche e non oncologiche. La formazione dovrà essere rivolta sia alle équipes degli Hospice sia alle équipes di assistenza domiciliare.

f) La qualificazione dell'assistenza ai pazienti stomizzati

L'erogazione dell'assistenza protesica ai pazienti portatori di stomie si configura come "servizio alla persona". Nel corso del 2004, le Aziende sanitarie dovranno attivare percorsi integrati, assistenziali e riabilitativi, per garantire una idonea presa in carico dei pazienti portatori di stomie, migliorando così la qualità di vita degli stessi soggetti.

g) Consolidamento della rete dei servizi dedicati alle demenze senili

Considerata conclusa positivamente l'esperienza della sperimentazione, attuata quale programma speciale del PSR 1999-2001, le Aziende Sanitarie sono tenute nel corso del 2004 a consolidare o a completare l'offerta dei servizi specifici per le demenze senili e qualificare i percorsi di accesso assicurando la continuità assistenziale nelle diverse fasi della malattia, nella prospettiva di inserirle nella normale programmazione generale delle attività aziendali, anche in considerazione del termine del sostegno regionale mediante specifici finanziamenti vincolati.

La qualificazione dei servizi della rete rappresenta l'obiettivo più critico tra quelli proposti dal Progetto regionale demenze. Le AUSL debbono impegnarsi per il raggiungimento di questo obiettivo ed assicurare che entro il 2004, in tutti i servizi convenzionati ai sensi della D.G.R n. 1378/99 sia predisposto e concordato con l'AUSL il programma di servizio di qualificazione dell'attività assistenziale rivolta agli anziani colpiti da demenza, secondo quanto indicato nel documento regionale "Proposta di un percorso di qualificazione dei servizi della rete per anziani" (marzo 2001) e da quanto emerso dalla sperimentazione condotta nell'ambito del Progetto ministeriale ex art.12 conclusosi nel dicembre 2003.

1.2.7. Qualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

1. Appropriatelyzza

Nell'ambito del più vasto programma di governo clinico, nel 2004 i Direttori Sanitari dovranno attivare tutti gli strumenti necessari (gruppi di lavoro, audit clinico ecc.) per assicurare l'adozione locale delle indicazioni regionali relative a MOC e a ecocolordoppler. L'attività di verifica coinvolgerà tutte le Aziende, che sono tenute a fornire la necessaria collaborazione ai competenti Servizi di coordinamento regionale

Anche per il 2004 le Aziende verificheranno con i Medici di medicina generale e con i servizi specialistici, all'interno dei gruppi paritetici aziendali, la prescrizione dei 28 esami di laboratorio di base ad alto rischio di inappropriatazza, che mostrano tuttora un trend di incremento.

b) Piani Attuativi Locali per la specialistica ambulatoriale

Nel corso del 2004 saranno definite le linee di indirizzo per la programmazione della rete dei servizi ambulatoriali, con l'individuazione di appositi indicatori di offerta e di consumo. Sulla base di queste indicazioni le Aziende USL potranno meglio precisare la programmazione del settore nell'ambito dei previsti Piani attuativi locali (PAL).

c) Revisione del nomenclatore tariffario

L'Accordo del 22 novembre 2001 tra Governo, Regioni e Province Autonome sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ha previsto, al punto 4.2, l'aggiornamento del Nomenclatore tariffario nazionale per la specialistica ambulatoriale.

In attesa del provvedimento nazionale, con la DGR 262/03 è stata operato un parziale aggiornamento del tariffario regionale, che ha portato all'inserimento di alcune nuove prestazioni ed alla revisione delle tariffe dei settori che maggiormente presentavano sofferenza in relazione al rapporto costi/remunerazione.

La riorganizzazione di alcuni settori della specialistica esige una revisione del nomenclatore anche nel 2004, in particolare per l'assistenza odontoiatrica e per l'inserimento di ulteriori prestazioni conseguenti all'innovazione tecnologica e/o a nuovi modelli organizzativi.

1.2.8. Governo delle liste di attesa.

a) Specialistica ambulatoriale

La Regione Emilia-Romagna anche per il 2004 intende perseguire quanto previsto dall'Accordo del 14 febbraio 2002 tra Governo, Regioni e Province Autonome in merito al monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali individuate, seguendo i criteri di priorità di accesso ed i tempi massimi di attesa, aggiunti come allegato 5 al Decreto sui Livelli essenziali di assistenza.

Si sottolinea, a questo proposito, che la Legge finanziaria per il 2003 vincola all'attivazione di detto monitoraggio l'accesso all'adeguamento del finanziamento del SSN per gli anni 2003-2005.

Le specifiche azioni sui tempi di attesa previste per il 2004, per molti aspetti già intraprese nell'anno 2003, rientrano nell'ambito di quanto già previsto nel Protocollo d'intesa con le OO.SS. siglato il 12.11.2002.

I criteri per il monitoraggio dei tempi di attesa utilizzati per l'anno 2004 sono quelli adottati a livello nazionale, integrati con le specificità regionali.

Gli standard cui fare riferimento sono gli stessi già adottati da questa regione (30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale), e dovranno essere garantiti all'80% dei cittadini che effettuano la prenotazione.

La rilevazione dei tempi di attesa non può prescindere dalla costruzione di liste separate, rese disponibili per la prenotazione con volumi differenziati fra le diverse tipologie di prestazioni, obiettivo già indicato anche per il 2003 e non ancora raggiunto dalle aziende. Va quindi completato il processo di separazione delle liste in prestazioni programmabili (prima visita o prima prestazione diagnostica-terapeutica), urgenti, di controllo (visite ed esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente) e di screening.

Si ricorda che gli standard dei tempi di attesa sopra indicati sono relativi alle sole prestazioni programmabili e che questa regione ha fissato anche lo standard per le prestazioni ambulatoriali urgenti, da garantire entro 7 giorni.

Per tutte le prestazioni che superano i tempi di attesa previsti, le Aziende sono tenute ad effettuare un'analisi approfondita dell'attività corrispondente svolta in libera - professione intramoenia, da rilevarsi puntualmente mediante il flusso ASA.

Tutte le Aziende dovranno inoltre prevedere, negli accordi aziendali con gli specialisti ambulatoriali territoriali ed ospedalieri, la possibilità di prenotare un numero di pazienti superiore rispetto al programmato (overbooking), calcolato sulla base degli abbandoni e delle rinunce attesi (variabile dal 18 al 26%).

Si richiede, infine, che i Direttori di Distretto presentino ai Comitati dei sindaci una relazione trimestrale sui tempi di attesa. Tale relazione sarà successivamente trasmessa dal Direttore Generale con le proprie valutazioni alle Conferenze territoriali sociali e sanitarie e, per conoscenza, all'Assessorato alla Sanità della Regione ed alle parti sociali interessate.

b) Ricoveri ospedalieri

Nel corso del 2003 è stata raggiunta la completezza nella rilevazione della data di prenotazione per i ricoveri programmati, con ciò realizzando la condizione indispensabile per la realizzazione di un sistema di monitoraggio delle liste di attesa per i ricoveri programmati su base regionale. I dati derivanti da tale monitoraggio testimoniano come, nel 2003, siano stati raggiunti gli obiettivi concordati a livello nazionale relativamente ad intervento di asportazione di cataratta, chemioterapia, coronarografia, interventi di asportazioni di neoplasie maligne mammarie, polmonari e gastroenteriche: unica area critica, fra quelle individuate a livello nazionale, rimane quella relativa all'intervento di protesi d'anca, per il quale, sia pure a fronte di un incremento della produzione fra il 2002 e il 2003, pari al 12%, andamento che testimonia la efficacia delle azioni mirate sviluppate a livello aziendale ed anche, per la parte relativa agli accordi con il privato, regionale, rispetto agli obiettivi nazionali, che prevederebbero il trattamento del 50% dei casi entro 90 giorni dalla prenotazione e del 90% dei casi entro 180 giorni dalla prenotazione, si è registrata, nel 2003, un dato pari al 44% e al 71% rispettivamente.

Numerose Aziende stanno avviando la gestione informatizzata della prenotazione dei ricoveri, con diversi livelli di estensione rispetto alla totalità delle attività e con diversi livelli di centralizzazione: questo percorso deve necessariamente essere esteso a tutte le realtà ospedaliere che erogano prestazioni di ricovero programmato, in primo luogo quale elemento di trasparenza dei percorsi, ma anche per dare piena affidabilità ai dati di monitoraggio delle liste.

Nel corso del 2004 si richiede pertanto alle Aziende di procedere a realizzare quanto necessario nelle singole realtà a far sì che, dal 2005, sia possibile avviare una gestione informatizzata della prenotazione dei ricoveri.

1.2.9. L'organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale

Nel corso del 2001 è stata ridefinita l'organizzazione del Dipartimento di Salute mentale (DSM) quale macrostruttura aziendale deputata alla organizzazione, gestione e produzione dei servizi per la salute mentale, come previsto dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 759/98, dal progetto Obiettivo Tutela Salute mentale di cui al DPR 10.11.99 e dalle linee-guida del 2000 "Linee per l'attuazione del Dipartimento di Salute Mentale". Con l'atto aziendale sono inoltre state individuate le strutture organizzative del DSM (Unità Operative), in relazione al processo di integrazione delle discipline e aree affini (Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, SERT, Psicologia Clinica).

Gli assetti organizzativi interni al DSM e soprattutto il sistema di relazioni organizzativo-funzionali con i SERT sono difformi tra le varie Aziende Sanitarie. Va inoltre definita più chiaramente l'integrazione delle attività con i Dipartimenti di Cure Primarie. Le nuove prospettive aperte dall'introduzione formale dei LEA, dall'approvazione della LR 2/03 di realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, dal prossimo avvio del processo di accreditamento delle strutture sanitarie incluse quelle del DSM, dalla predisposizione del nuovo strumento di programmazione integrata tra il settore sanitario e quello delle politiche sociali (Piano Sociale e Sanitario), richiedono di approfondire, individuare e definire più chiaramente i principali aspetti concernenti l'organizzazione e il funzionamento dei servizi di salute mentale al fine di migliorarne l'integrazione sia con gli altri servizi sanitari, sia con quelli sociali.

Tale lavoro sarà condotto nell'ambito delle attività di predisposizione del prossimo Piano Sociale e Sanitario e nella messa a punto dei relativi provvedimenti di attuazione.

1.2.10. La programmazione ospedaliera

Nel corso del 2003 sono proseguiti, a livello regionale, i lavori di programmazione e definizione dei meccanismi di funzionamento delle reti assistenziali per le aree di attività di rilievo regionale, parallelamente alle azioni di implementazione realizzate a livello aziendale. Le aree nelle quali si sono sviluppate le attività più significative sono quella della emergenza-urgenza sanitaria territoriale e centrali operative 118 per la quale è terminata l'elaborazione delle linee guida per l'organizzazione del sistema secondo il modello hub and spoke; il documento è stato approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 1349 del 14/7/2003; nell'ambito della realizzazione dei contenuti di tali linee guida è stato avviato un progetto formativo regionale per operatori di centrale operativa 118.

Relativamente alle alte specialità riabilitative, per la riabilitazione dei pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite, è stato definito l'assetto di rete e realizzata la formazione di tutti i referenti di rete e lo sviluppo di strumenti condivisi di selezione e registrazione dei casi, propedeutica anche alla creazione di un registro regionale, quale strumento di rilevazione epidemiologica e di outcome.

Nell'ambito del progetto di costituzione della rete di assistenza ai pazienti traumatizzati, sono stati condotti specifici approfondimenti sul percorso dei pazienti da parte della Agenzia Sanitaria Regionale ed è stato implementato il Sistema Informativo Regionale sui traumi gravi e programmate iniziative mirate di formazione degli operatori del sistema.

Anche relativamente alle terapie intensive neonatali, oltre alla prosecuzione dei lavori di implementazione della rete, si è proceduto alla istituzione del registro dei nati pretermine.

In area cardiologica è stato sviluppato il progetto di trattamento dell'infarto miocardico acuto con angioplastica primaria.

Nel complesso, per il 2004, si richiede alle Aziende di procedere, per quanto di competenza, alla realizzazione delle azioni previste dagli specifici documenti attuativi del PSR 1999-2001, con particolare riferimento all'area della emergenza territoriale. Alle Aziende sedi dei registri attivati per alcune specifiche aree, si richiede di garantirne la attività.

Per quanto riguarda la programmazione ospedaliera provinciale (PAL), le Aziende sono chiamate a procedere nel percorso di definizione, già completato da alcune di esse.

1.2.11. Pronto Soccorso

Nel corso del 2004 le Aziende saranno coinvolte nei lavori di verifica dell'impatto e delle modalità di applicazione locale della deliberazione della Giunta regionale n. 264 del 24/2/2003 che dettava linee di indirizzo per il miglioramento delle cure urgenti e della accessibilità ed appropriatezza delle attività di pronto soccorso, ridefinendo il sistema di compartecipazione alla spesa per le prestazioni erogate nel corso delle attività di pronto soccorso. L'attività di verifica è già stata avviata attraverso la comune analisi dei dati relativi al secondo semestre 2003 svoltasi nello scorso mese di maggio: dall'analisi è emersa la necessità di prevedere iniziative di confronto più specifico fra gli assetti e i percorsi relativi alle diverse realtà, con l'obiettivo di individuare le pratiche più efficaci.

Le Aziende saranno coinvolte in tale attività e chiamate ad avviare le azioni necessarie per migliorare ulteriormente il sistema regionale delle cure urgenti, secondo requisiti di omogeneità, appropriatezza ed equità.

1.2.12. Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e dell'uso del farmaco

Come già esposto nella delibera 896/2003 "Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2003. Linee di indirizzo per la programmazione delle attività delle aziende sanitarie", i cui contenuti rappresentano un riferimento anche per l'anno 2004, si ritiene che un'attenta politica del farmaco richieda la realizzazione di uno specifico programma aziendale in capo al Direttore sanitario, supportato da specifici organismi di competenza multidisciplinare. Il programma può avere un respiro temporale

articolato in più anni. Gli organismi che sono individuati per la sua realizzazione dovranno rappresentare le aree specialistiche e territoriali, individuando precise responsabilità di governo clinico e sviluppando tutti gli strumenti ad esso deputati; dovranno inoltre esplicitare l'ambito ed i contenuti del lavoro da svolgere nell'anno 2004.

Nel corso del 2004 le aziende dovranno comunque esplicitare tale programma, articolando le scelte in materia di monitoraggio e verifica dell'appropriatezza prescrittiva, criteri di valutazione rispetto a comportamenti non appropriati, formazione ai prescrittori e informazione ai cittadini. Le azioni messe in campo dovranno prevedere indicatori, tempi e modalità di verifica dei risultati.

a) I consumi territoriali

I provvedimenti nazionali, attualmente ancora in fase di definizione (testo aggiornato delle note CUF, nuovi farmaci rimborsabili) determineranno, secondo le prime stime, un consistente aumento della spesa farmaceutica.

Le aziende attiveranno e consolideranno un attento monitoraggio ed una continua sorveglianza delle prescrizioni, con i seguenti obiettivi:

sicurezza farmacologica, mettendo in campo valutazioni supportate dalla letteratura scientifica di riferimento per quanto riguarda sesso ed età dell'assistito su antibiotici, antidepressivi, antipsicotici, sulle interazioni con altri principi attivi per anticoagulanti, ipolipemizzanti, betabloccanti, triptani, e sulla polifarmacoterapia;

appropriatezza della cura, valutando il rispetto delle indicazioni approvate dall'autorizzazione all'immissione in commercio per finasteride, albumina, carnitina, acido neridronico;

adesione ai sistemi di erogazione diretta attivati dalle Aziende da parte dei cittadini (es. farmaci soggetti a piano terapeutico);

adesione alla terapia, valutando variazioni e sostituzioni con conseguente spreco di risorse a seguito dell'erogazione diretta dalla dimissione, con valutazioni riguardo alla scelta dei farmaci che devono garantire la continuità ospedale-territorio e all'utilizzo del prodotto commerciale erogato (specialità medicinale o generico).

Le aziende attiveranno e consolideranno sistemi di formazione ed informazione nei confronti dei medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale, riguardanti i dati di prescrizione

farmaceutica, la scelta del principio attivo a minore costo a fronte della equivalenza terapeutica, la lettura critica valutativa di quanto proposto dall'informazione scientifica, l'utilizzo dei farmaci generici, la rilevazione degli eventi avversi da farmaci.

Costituiscono obiettivi di risultato per i medici dipendenti anche gli andamenti della spesa farmaceutica territoriale, relativamente ai principi attivi maggiormente indotti dalla prescrizione specialistica.

Andrà prevista inoltre una formazione specifica per l'uso appropriato degli antibiotici e antibiotico resistenza, in relazione anche allo sviluppo del progetto ProBA (Progetto Bambini e Antibiotici, coordinato dall'Agenzia Sanitaria Regionale).

Dal momento che nell'anno 2003 la prescrizione attribuibile alla medicina territoriale non ha complessivamente raggiunto i risultati previsti, le indicazioni contenute nella delibera 896/2003 "Linee di indirizzo per la programmazione delle attività delle Aziende sanitarie" si ritengono valide anche per il 2004.

Le Aziende sono tenute ad inserire gli obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di valutazione dei consumi sopra descritti, negli accordi stipulati con le organizzazioni mediche e di verificarne periodicamente l'andamento. A tale fine non potendo prescindere dall'induzione che il livello specialistico esercita sui consumi territoriali, si ritiene opportuno applicare in modo uniforme l'intesa fra le Organizzazioni sindacali mediche del 18/9/2003 prot.n. ASS/DIR/03/34237 per la promozione di obiettivi comuni di corretto utilizzo dei farmaci e la loro verifica per quanto riguarda antiipertensivi, antibiotici, farmaci dell'apparato respiratorio e gastrointestinale, farmaci del sistema muscolo-scheletrico.

b) I consumi ospedalieri

Le Commissioni terapeutiche, assieme ai Servizi Farmaceutici, costituiscono un valido supporto alle Direzioni Sanitarie per il governo clinico del farmaco. La loro attività deve quindi essere resa visibile e potenziata. L'inserimento di nuovi farmaci nei Prontuari terapeutici deve avvenire solo previa valutazione delle Commissioni terapeutiche e deve tenere conto dei documenti elaborati dalla Commissione regionale del farmaco, dalle valutazioni condivise nelle Unioni d'acquisto di area vasta e da valutazioni di impatto economico sulla spesa farmaceutica territoriale. E' opportuno che le Commissioni terapeutiche, in collaborazione con le farmacie ospedaliere, promuovano la realizzazione di azioni di valutazione e verifica del rispetto degli indirizzi e delle indicazioni riportate dalla Commissione regionale del farmaco, e per

questi farmaci promuovano azioni riguardanti il monitoraggio costante dell'appropriatezza prescrittiva all'interno dell'ospedale, alla dimissione del paziente e per il trattamento di casi selezionati, specialmente per categorie di farmaci di grande impatto economico e recente immissione sul mercato, come clopidogrel, anticorpi monoclonali, antibiotici (es. linezolid) e antifungini (caspofungin e voriconazolo), antipsicotici atipici, eparine a basso peso molecolare ed analoghi (fondaparinux), fattori di crescita leucocitari ed eritrocitari. Le Commissioni stesse devono definire il loro programma di lavoro annuale e indicatori di autovalutazione dell'attività.

Per quanto riguarda l'erogazione diretta, i risultati fino ad ora conseguiti dovranno consentire una messa a regime dell'attività di erogazione diretta alla dimissione per tutti i cittadini siano essi residenti in regione o extraregionali. L'erogazione deve avvenire nel rispetto delle note CUF per evitare messaggi discordanti rispetto alla eventuale continuazione di terapia prescritta dal Medico di Medicina Generale. Tale modalità erogativa rappresenta un punto di qualificazione del SSR, gradito all'utenza ed in quanto tale deve essere garantito sia come interfaccia comunicativa e relazionale fra l'ospedale e il territorio, sia come momento di educazione sanitaria al cittadino. L'erogazione diretta ha inoltre una funzione di informazione e formazione sulle categorie di medici che operano in strutture di ricovero e che non essendo normalmente chiamati a prescrivere su ricettario SSN, non hanno dimestichezza con la normativa vigente (note CUF, Piani Terapeutici, terapia del dolore, fasce di concedibilità, pluriprescrizione).

Le Aziende dovranno utilizzare tutti gli spazi del contratto di lavoro del personale medico dipendente per collegare valutazioni di rispetto dei criteri di buona pratica clinica ai sistemi incentivanti di risultato.

L'erogazione diretta dei farmaci, al momento della dimissione dal ricovero e/o dalla visita ambulatoriale, costituisce un servizio che migliora la qualità della prestazione assistenziale rivolta al paziente. Come tale, impegna e coinvolge oltre alle aziende territoriali, anche quelle ospedaliere. A fronte comunque del carico di lavoro sostenuto dalle Aziende ospedaliere il cui beneficio economico ricade principalmente sulle aziende territoriali, si ritiene che queste ultime debbano riconoscere tali maggiori costi all'interno degli accordi di fornitura, commisurandoli a quelli effettivamente sopportati dalle aziende ospedaliere.

Le Regioni, come previsto dal D.Lgs. 30/12/1992 n. 541 e dall'art. 48, comma 23, del D.L. 269/2003, provvederanno a disciplinare fra l'altro l'informazione scientifica, la pubblicità presso tutti gli operatori sanitari, la consegna dei campioni e dei prodotti promozionali. Nell'attesa di una più puntuale regolamentazione dell'accesso agli informatori scientifici nelle strutture

aziendali, si ritiene importante anticipare la necessità che gli incontri di informazione e promozione di nuovi medicinali possano essere attuati in gruppi multiprofessionali in cui sia coinvolto anche il farmacista, la direzione sanitaria ed almeno un rappresentante della Commissione terapeutica, da tenersi al di fuori dell'orario di lavoro, e con possibilità di discussione.

La Regione disciplinerà con atto successivo i criteri per un'informazione scientifica indipendente in materia farmaceutica.

Le Commissioni terapeutiche aziendali dovranno altresì promuovere specifici momenti di formazione rivolti ai medici aziendali, sia sul corretto uso dei farmaci, sia sulla legislazione legata alla prescrizione, ed in particolare sui temi dell'equivalenza terapeutica delle categorie di farmaci e delle valutazioni di impatto sul territorio, in termini di utilizzo e di spesa, dei farmaci acquistati dal livello ospedaliero. Il principio metodologico per la selezione dei principi attivi deve essere, quando possibile, basato sull'equivalenza terapeutica come già introdotto dal CeVEAS (Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria), che mette a disposizione i materiali predisposti per la selezione dei principi attivi in equivalenza nell'Unione d'acquisto dell'Emilia Nord. La metodologia applicata in quella sede, validata scientificamente da clinici ed epidemiologi competenti per disciplina e costantemente aggiornata, deve rappresentare lo standard di riferimento per la promozione di tali valutazioni.

1.2.13. Le vaccinazioni fortemente raccomandate

Le Aziende USL dovranno garantire l'adesione puntuale al piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, realizzando la campagna vaccinale straordinaria secondo le indicazioni regionali già fornite.

Per quanto riguarda le vaccinazioni antipneumococcica, antimeningococcica e antinfluenzale, oltre a garantire la ricerca attiva delle persone ad alto rischio (secondo indicazioni regionali già fornite), le Aziende USL dovranno assicurare la offerta della vaccinazione anche alle persone non comprese nei gruppi a rischio che ne facciano richiesta, previo pagamento della prestazione come da apposito tariffario regionale.

Nell'ambito di questi obiettivi andrà ricercata la collaborazione dei Pediatri di Libera scelta e dei Medici di Medicina Generale.

1.2.14. Il Sistema informativo a supporto della programmazione

Il sistema informativo sanitario regionale deve continuare a svilupparsi e migliorare per rispondere all'esigenza di integrare, in ambito regionale, le

rilevazioni dei principali settori di attività sanitaria con quelle dei costi dei servizi.

Allo stesso tempo deve essere in grado di rispondere alle nuove esigenze espresse dal livello nazionale attraverso la creazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario – NSIS - finalizzato a supportare il processo di regionalizzazione della Sanità.

Il biennio 2002-2003 si è caratterizzato per un profondo sforzo volto ad adeguare il sistema informativo sanitario regionale a nuove e molteplici esigenze, attraverso la revisione di alcune rilevazioni già esistenti, l'attivazione di nuove rilevazioni e l'integrazione di altre, al fine di garantire i flussi strategici necessari al governo del servizio sanitario.

Il 2004 è finalizzato al miglioramento di quanto già attivato o riorganizzato, ma con una attenzione particolare all'integrazione con i dati economici al fine anche di valutare, per alcune categorie di pazienti, profili assistenziali specifici. Più precisamente si fa riferimento a:

I ricoveri (SDO) : per la valutazione della continuità assistenziale e dei percorsi integrati ospedale-territorio, è necessaria la corretta compilazione della proposta di ricovero e modalità di dimissione . Per una migliore ed omogenea descrizione clinica della casistica si richiama il rispetto delle linee guida per la codifica delle diagnosi ed interventi – versione 2003.

L'attività specialistica ambulatoriale (ASA): questo sistema informativo, che ha rilevato nel 2003 60 milioni di prestazioni, necessita di un miglioramento della qualità delle informazioni in quanto è finalizzato, oltre alla programmazione del relativo livello d'assistenza, anche al monitoraggio dei tempi d'attesa, alla rilevazione dell'attività svolta in libera professione intramoenia, alla valutazione del day- service ambulatoriale (come specificato di seguito nella sezione di sviluppo), e alla valutazione dell'andamento dei programmi di screening – mediante il linkage tra specialistica e ricovero.

Pertanto si richiama l'attenzione alla qualità di: modalità di accesso - necessaria per la valutazione dei tempi d'attesa, dei programmi di screening, delle prestazioni radioterapiche e del day-service- (nel 2003 l'informazione risultava mancante nel 30% delle prestazioni) , data di prenotazione - necessaria per il monitoraggio delle liste d'attesa (nel 2003 l'informazione risultava mancante nel 17% delle prestazioni) , regime di erogazione - necessaria per la valutazione dell'attività in libera professione, codice di Pronto Soccorso per la valutazione di quanto previsto dalla delibera di Giunta 264/2003.

La rilevazione dei consumi farmaceutici territoriali (AFT) e ospedalieri (AFO): i risultati finora raggiunti sono soddisfacenti; l'elevato impegno dell'intero Servizio Sanitario Regionale su questo fronte esige di mantenere e migliorare i livelli raggiunti.

L'assistenza domiciliare(ADI): per permettere la valutazione della rete dei servizi assistenziali è obiettivo delle aziende migliorare la tempestività di tale flusso di dati;

Il certificato d'assistenza al parto (flusso CEDAP): è stato attivato nel 2002 in ottemperanza al D.M. n. 340 del 16/7/2001, ed è finalizzato alla raccolta delle informazioni relative a ciascun nato vivo o nato morto ed alle malformazioni congenite. Anche al fine di contribuire alla costruzione del registro dei nati pretermine (come specificato di seguito nella sezione di sviluppo) si pone l'obiettivo di migliorare la rilevazione in termini di completezza, qualità e in particolare la tempestività.

Il registro di mortalità (REM): tale rilevazione è un importante strumento per la valutazione degli esiti (linkage tra dati di ricovero SDO e mortalità) e il suo utilizzo in ambito regionale è aumentato al crescere degli studi epidemiologici sugli esiti. E' necessario che le Aziende garantiscano la tempestività della rilevazione, e l'integrazione della rilevazione con il Sistema Informativo Aziendale.

A fronte di questi impegni richiesti alle Aziende, la Regione si impegna dal canto suo a rendere sempre più fruibili alle Aziende gli archivi sanitari regionali, nel rispetto delle norme sulla privacy, così come previsto dal Testo Unico D. L.gs 196 del 30/6/2003.

2) Le aree di sviluppo

2.1. Riorganizzazione dell'attività odontoiatrica

Al fine di dare attuazione all'allegato 2B del DPCM 29/11/2001, nel corso del 2003 è stata approfondita l'analisi della struttura dell'offerta odontoiatrica e dei dati di attività del settore, utilizzando un apposito questionario di rilevazione ed i dati del flusso ASA. Nel 2004 è prevista, con apposito atto deliberativo e previo accordo con le parti sociali, l'adozione di linee di indirizzo regionali per la realizzazione di programmi di prevenzione della carie in età pediatrica e per l'accesso alle cure odontoiatriche a definite fasce di utenza.

Attualmente tutti i Distretti erogano cure odontoiatriche: sono presenti complessivamente 187 ambulatori odontoiatrici con una dotazione tecnologica di oltre 224 riuniti odontoiatrici, con diversi gradi di obsolescenza.

La realizzazione del programma di cure odontoiatriche in Emilia-Romagna prevede quindi il rinnovo del patrimonio tecnologico esistente ed un potenziamento ed una qualificazione delle strutture ambulatoriali presenti, per rendere più efficiente l'attuale rete dell'offerta odontoiatrica pubblica, prevedendo altresì integrazione con privati accreditati, al fine di garantire le cure odontoiatriche alle persone che presentano condizioni di particolare vulnerabilità di tipo sanitario e di tipo sociale.

Le linee di indirizzo definiscono le condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale sopracitate e prevedono uno speciale progetto di assistenza protesica rivolto alla popolazione anziana ed alle persone in condizioni di povertà.

Al fine di garantire un'equità di accesso alla quota parte di anziani in difficoltà economiche e alle persone che appartengono a nuclei familiari in condizioni di povertà, il progetto prevede un finanziamento congiunto del fondo sociale e del fondo sanitario per assicurare la copertura delle spese relative al manufatto protesico.

2.2. Day Service ambulatoriale (DSA)

Questo nuovo modello organizzativo della specialistica ambulatoriale, previsto dalla DGR 2142/2000 e già sperimentato in quasi tutte le aziende, è rivolto ad una casistica complessa, che richiede prevalentemente interventi integrati multidisciplinari, e si prefigge di portare a termine l'intero percorso diagnostico-terapeutico in un solo giorno o comunque in un numero limitato di accessi. Obiettivi sono garantire al paziente una risposta in tempi brevi, unitaria e non frammentata su singole prestazioni ambulatoriali, e rendere eseguibili a livello ambulatoriale le attività finora effettuate in Day Hospital, che non prevedono l'osservazione clinica del paziente.

Nel 2004 è richiesto alle Aziende di riesaminare le esperienze avviate alla luce delle linee guida emanate con la circolare regionale n. 8 del 30 aprile 2004, in particolare per i seguenti aspetti:

esplicitare a priori i protocolli diagnostico-terapeutici di DSA, con formalizzazione degli stessi da parte della direzione aziendale;

quantificare i volumi di prestazioni riservati per il DSA presso le radiologie, il laboratorio e gli altri servizi specialistici, per organizzare e pianificare le

prenotazioni per il DSA e per non far ricadere la priorità assegnata sulle altre linee di lavoro (ricovero, altra attività ambulatoriale);

predisporre la documentazione specifica, riconoscibile a livello aziendale (scheda ambulatoriale, referto finale per il medico curante);

individuare i referenti medici e i referenti per le procedure amministrative;

formare gli operatori dei Punti di Accoglienza, che sono deputati ad assicurare le prenotazioni secondo il percorso prestabilito, e i referenti per le procedure amministrative;

adeguare le procedure del flusso ASA per collegare al codice contatto tutte le prestazioni erogate in DSA e per inviarle con la corretta indicazione della modalità di accesso (codice 05);

fornire le informazioni richieste dallo specifico gruppo regionale che ha il compito di monitorare lo sviluppo dell'attività di DSA.

2.3. Il percorso integrato delle dimissioni protette

L'offerta di percorsi integrati ospedale–territorio di buona qualità ai cittadini ed alle loro famiglie e la continuità delle cure sono gli obiettivi cui tendere, attraverso azioni di miglioramento, per l'erogazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali in modo adeguato e tempestivo.

Per completare concretamente le reti integrate dei servizi, è necessario consolidare le relazioni funzionali tra le diverse équipes, sanitarie e socio-assistenziali, coinvolgendo gli operatori, nel rispetto dei singoli ruoli e autonomie professionali, strutturando collegamenti espliciti e visibili fra Distretto, Ospedale e Servizi Sociali dei Comuni che insistono sullo stesso territorio.

Gli ambiti di miglioramento del Percorso integrato dimissioni protette comprendono alcune direttrici concrete:

completare la rete integrata distrettuale-ospedaliera-sociale, identificando in modo esplicito i punti di riferimento e le responsabilità a livello ospedaliero e territoriale in tema di dimissione protette. Attualmente il Punto unico di accesso per le cure domiciliari sanitarie rappresenta, nell'ambito del Distretto, la sede organizzativa in cui si attua la presa in carico dei pazienti in dimissione protetta dall'ospedale;

definire meccanismi operativi chiari, espliciti e condivisi stabilendo precise procedure per le dimissioni protette tra i nodi della rete integrata distrettuale-ospedaliera-sociale;

individuare le responsabilità, in tema di dimissioni protette all'interno del percorso integrato:

Presidio Ospedaliero per la valutazione tempestiva, tendenzialmente all'ammissione, dei problemi alla dimissione, specificando gli ambiti sanitario, socio-assistenziale o socio-sanitario, avviando altrettanto tempestivamente il percorso;

Dipartimento di Cure Primarie per la realizzazione della presa in carico per gli interventi sanitari ed in collegamento con i servizi sociali dei Comuni (anche attraverso il SAA), per la realizzazione della presa in carico per gli interventi socio-sanitari e socio-assistenziali;

definire e condividere strumenti di gestione, modalità di lavoro comune e procedure per la comunicazione a supporto della rete integrata: modalità di contatto, documentazione integrata, incontri periodici programmati.

2.4. La nutrizione artificiale

Le crescenti indicazioni sull'utilizzo della nutrizione artificiale, laddove rappresenta una tecnica indispensabile nel trattamento dei pazienti impossibilitati a provvedere, anche transitoriamente, ad un'alimentazione naturale, impongono di dare indicazioni operative atte a uniformare e migliorare gli standard qualitativi assistenziali.

Al fine di soddisfare integralmente i bisogni nutrizionali dei pazienti che ne hanno la necessità, ed offrire a tutti le medesime opportunità di ricevere una Nutrizione Artificiale appropriata, efficace e sicura, la Regione Emilia-Romagna ha emanato la circolare n.4 del 6 aprile 2004.

Le aziende sanitarie sono tenute ad individuare il team nutrizionale che, nell'ambito del governo clinico, esercita la funzione di supervisione a livello aziendale e garantisce omogeneità di azioni e uniformità di interventi professionali. Il team nutrizionale ha inoltre il compito di rilevare l'attività di nutrizione artificiale nel territorio di competenza per le diverse tipologie di trattamento e nelle sedi di erogazione; a tale proposito il gruppo regionale ritiene utile adottare i criteri previsti dai registri italiani di nutrizione artificiale. L'avvio di un apposito flusso informativo avverrà dopo un confronto fra il gruppo di esperti regionali e i referenti dei team nutrizionali aziendali.

2.5. L'attuazione della rete integrata ospedale territorio per le persone con grave disabilità acquisita

Nel corso dell'anno 2004 la Regione prediporrà uno specifico progetto integrato socio-sanitario per le situazioni di grave disabilità acquisita, in particolare in età adulta, a seguito di patologia complessa (spesso progressiva), esiti di gravi patologie, esiti di traumi. Questo programma prevederà:

percorsi integrati tra la rete della riabilitazione, i servizi sanitari territoriali sanitari ed i servizi sociali in grado di assicurare continuità assistenziale ed adeguatezza degli interventi, anche mediante l'identificazione di un operatore di riferimento che permetta la personalizzazione dell'assistenza, la facilitazione dei percorsi assistenziali e l'opportuno raccordo con le strutture e i professionisti che si alternano nel processo assistenziale;

le azioni per garantire sempre, quando possibile, il mantenimento del paziente con gravi disabilità nel proprio ambiente familiare, sostenendo l'adattamento domestico alle esigenze della persona disabile ed utilizzando strumentazioni tecnologiche, informatiche, ausili ecc;

il completamento della rete Hub&Spoke della riabilitazione e assistenza dei pazienti gravemente disabili;

il sostegno dell'attività di cura dei familiari mediante servizi di supporto alla famiglia ed estensione dell'assegno di cura e di sostegno;

la definizione di idonee opportunità residenziali, sia prolungate che di sollievo per i familiari che assistono, progettate ed organizzate per garantire idonee risposte agli specifici e complessi bisogni, non esclusivamente di cura, delle persone con grave disabilità acquisita.

Al fine di sostenere l'attività di cura dei familiari sono da prevedere tra i servizi di supporto alla famiglia:

la presenza di un case-manager che permetta la personalizzazione dell'assistenza, la facilitazione dei percorsi assistenziali e l'opportuno raccordo con le strutture e i professionisti che si alternano nel processo assistenziale;

l'assegno di cura e di sostegno;

il ricovero dei pazienti presso strutture residenziali per periodi temporanei finalizzati al sollievo dei familiari che assistono;

la dotazione di strumentazioni tecnologiche, informatiche, ausili ecc, per favorire la permanenza del paziente al proprio domicilio;

L'utilizzo di idonei centri diurni.

2.6. L'anziano e i programmi di prevenzione, cura, riabilitazione, e assistenza

La rete dei servizi per anziani non autosufficienti, come del resto l'insieme dei servizi sociali e sanitari, è interessata da un processo di profonda trasformazione, che trova nella L.r. 2/2003 un coerente quadro di riferimento.

Il rafforzamento della responsabilità degli Enti locali rispetto ai problemi sociali, l'identificazione della zona sociale coincidente con gli ambiti territoriali dei distretti sanitari, il processo di programmazione (piani di zona), la trasformazione delle IPAB in Aziende pubbliche di servizi alla persona, rappresentano elementi importanti per la progressiva costruzione di un nuovo sistema territoriale dei servizi sociali e socio sanitari.

In questo quadro ogni processo di innovazione e trasformazione anche nel versante socio-sanitario deve vedere attivi e partecipi tutti i soggetti coinvolti, a partire dai Comuni e dalle AUSL.

Anche alla luce della realizzazione del fondo sociale regionale per la non autosufficienza, risulta prioritario realizzare questo processo di collaborazione in ogni ambito territoriale.

A regime, il governo unitario del sistema dovrà essere garantito prevedendo un ruolo della Conferenza sociale e sanitaria, in ambito provinciale/aziendale e un ruolo del Comitato di distretto, in ambito di distretto/zona sociale.

In attesa di più precise specificazioni sugli strumenti di governo unitario tra AUSL e Comuni, delle attività socio-sanitarie - specificazioni che saranno contenute nel prossimo Piano regionale sociale e sanitario - è indispensabile che ogni azione che si intraprenderà nel settore, nel corso del 2004, sia condivisa attraverso l'istituzione di strumenti stabili di coordinamento da AUSL e Comuni.

a) I programmi di prevenzione e di supporto per l'anziano fragile

Il completamento della rete di assistenza sociale e sanitaria in ambito distrettuale, a favore della popolazione anziana, è finalizzata ad individuare le principali problematiche che presenta l'anziano che vive solo al proprio domicilio. Nell'ambito dei piani di zona, recepiti nel piano delle attività

territoriali di Distretto, è opportuno siano pianificati programmi congiunti di sorveglianza e di tutela nei casi di maggiore fragilità e solitudine degli anziani.

In via straordinaria per il 2004, qualora gli strumenti di programmazione citati non l'abbiano già previsto, dovrà essere data priorità a programmi tesi a ridurre gli effetti negativi della calura estiva sulla popolazione anziana e fragile. I programmi dovranno prevedere, previa individuazione dei soggetti maggiormente a rischio, a partire dalle condizioni di solitudine: attività di sostegno sociale di rete, promozione di momenti di aggregazione e di contrasto della solitudine, diffusione di informazioni e consigli pratici, la pronta e mirata attivazione della rete di servizi (domiciliari, residenziali e di ricovero) allo scopo di supportare la popolazione anziana più fragile rispetto alle conseguenze di condizioni climatiche eccezionali.

b) Linee di sviluppo della rete dei servizi per anziani non autosufficienti

Fermi restando gli standard vigenti in termini di posti letto, la rimodulazione della rete distrettuale di assistenza residenziale e semiresidenziale, nell'ambito dell'attuazione della L.R. 2/2003 e successive integrazioni normative, prevede un adeguamento dell'assistenza nelle strutture residenziali. In attesa della completa attuazione di detta Legge regionale, in particolare dell'adozione degli atti previsti degli art. 35 e 38, entro il mese di luglio 2004 saranno aggiornate le disposizioni vigenti (DGR 1378/99 e DGR 564/2000) al fine di concludere in tempi definiti il processo di omogeneizzazione tra casa protetta e RSA e di consentire l'introduzione di elementi di flessibilità nella gestione del personale di assistenza, necessari all'attuale processo di riorganizzazione delle strutture residenziali.

In tale prospettiva, le funzioni attualmente svolte dalle RSA verranno ricomprese ed assicurate all'interno di una unica tipologia residenziale, denominata "Casa protetta/RSA", articolata di norma per nuclei funzionali in grado di assicurare diversi livelli di intensità assistenziale e di tipologia di ricovero (di sollievo, medio, prolungato) in relazione ai bisogni di ogni persona.

Pertanto nel corso del 2004 le Aziende:

non attivano nuovi posti di RSA,

promuovono, a partire dalle realtà che presentano una più elevata presenza di RSA, una trasformazione dei nuclei di RSA in case protette, utilizzando tutti gli spazi di flessibilità oggi già previsti dalla delibera GR 1378/1999 (punti 3.4.3, 3.4.4., 4.3) per garantire comunque adeguati livelli assistenziali agli anziani ospiti,

assicurano una gestione integrata e sinergica di tutto il personale che opera nei nuclei di RSA adiacenti a nuclei di casa protetta, in particolare del personale infermieristico e riabilitativo.

In considerazione delle trasformazioni che hanno interessato le condizioni degli ospiti delle strutture residenziali e del numero crescente di situazioni complesse con significativi bisogni assistenziali sia sociali che sanitari, dovranno essere previste differenti tipologie di servizi assistenziali, per rispondere in modo più adeguato ai bisogni di personalizzazione dell'assistenza.

In questa prospettiva di qualificazione delle risposte assistenziali, le AUSL nel corso del 2004 si attivano anche per monitorare le tipologie di servizi assistenziali citate, nonché le situazioni di adulti non anziani ospitati nella rete per anziani non autosufficienti con esiti da trauma con cerebrolesioni o da patologie cronico degenerative (SLA, Sclerosi multipla, etc.) ad alto livello invalidante o in stato comatoso o con altre analoghe patologie, al fine di poter progettare soluzioni più adeguate ai molteplici e complessi bisogni di questi pazienti e dei loro familiari, rispetto alle quali comunque, la Regione fornirà specifiche indicazioni.

In generale la prospettiva di qualificazione ed articolazione assistenziale costituisce un importante quadro di riferimento anche per il processo avviato con la DGR 336/2004 e la DGR 773/2004 per la costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP). Tale processo si sviluppa in una logica di evoluzione delle capacità gestionali ed organizzative delle ASP, nonché delle loro capacità di produrre ed erogare servizi socio-assistenziali e socio-sanitari necessari alle esigenze della programmazione locale garantendo efficienza, economicità e qualità delle prestazioni.

I requisiti richiesti alle istituende Aziende di servizi alla persona, le tipologie dei servizi erogabili, la complessità e l'innovazione delle attività da svolgere, ed infine l'avvio del programma di trasformazione delle attuali IPAB, offrono la possibilità ai Comitati di Distretto di prevedere in ogni ambito distrettuale una modulazione dell'offerta dei servizi in stretta connessione con gli altri servizi sanitari e sociali, per offrire articolate opportunità alle persone anziane con differenti bisogni assistenziali e con gradi crescenti di impegno sanitario, assistenziale e tutelare e con alcune specificità per problematiche particolari quali le demenze senili.

Le "linee di indirizzo per le AUSL per l'attuazione delle azioni regionali 2004 con riferimento alla rete dei servizi per anziani non autosufficienti" allegate alla DGR 377/2004 prevedono, contestualmente all'aumento degli oneri a rilievo sanitario per l'anno 2004, l'avvio di un processo volto alla definizione di

un sistema di determinazione delle tariffe e delle rette, basato su una analisi condivisa dei costi di produzione, che superi progressivamente l'attuale situazione di completa autodeterminazione delle rette a carico degli anziani da parte degli enti gestori e promuova maggiore omogeneità e trasparenza, oltrechè un miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza gestionale.

Realizzare le azioni contenute nella DGR 377/2004 rappresenta un obiettivo fondamentale per tutte le AUSL ed è una delle condizioni per poter consentire in prospettiva l'avvio del fondo sociale regionale per la non autosufficienza all'interno di un sistema governato e condiviso.

In questo quadro si pone inoltre l'esigenza di sperimentare nuovi strumenti, capaci di individuare i bisogni assistenziali dei singoli ospiti, di favorire la personalizzazione degli interventi e di correlarli ai fabbisogni assistenziali e di benessere complessivo. Questi strumenti devono permettere al Comitato di distretto, all'AUSL ed agli enti gestori di esercitare un monitoraggio quali-quantitativo dell'assistenza erogata e dei relativi costi.

In questa prospettiva nel corso del 2003 l'Agenzia Sanitaria Regionale, nell'ambito del progetto di ricerca sulle infezioni e lesioni da decubito nelle residenze per anziani sviluppato in tre AUSL del territorio regionale, ha utilizzato, in via sperimentale, uno strumento sistematico di rilevazione che indaga alcune aree problematiche delle persone inserite in programmi di assistenza a lungo termine. Lo strumento utilizzato è stato il RUG (Resources Utilitation Groups).

Si tratta dello stesso strumento già in fase di sperimentazione in altre Regioni italiane e previsto nell'ambito del progetto nazionale "mattoni", per la parte di attività n.12 affidata alla Regione Marche, che coinvolgerà altre regioni italiane.

Nel 2004, al fine di acquisire più fondati elementi di valutazione, tale sperimentazione coinvolgerà un numero statisticamente significativo di strutture.

Nel corso della sperimentazione, nel corso 2004 si avvierà un gruppo di lavoro, coinvolgendo gli enti locali, gli enti gestori, il terzo settore, l'associazionismo, per individuare strumenti ed indicatori da affiancare al RUG per valutare i fattori di benessere sociale complessivo degli anziani ospiti, collegati alla normale vita quotidiana, che rappresentano altrettanti elementi qualificanti della qualità della vita all'interno delle strutture residenziali, valorizzando il connotato di "abitazione" che tali strutture devono comunque conservare.

Nella definizione dello strumento per la valutazione del benessere sociale si terrà conto anche degli elementi indicati nella Determina del Direttore Generale Politiche sociali n. 2601 del 28/3/2001.

Nella sperimentazione vanno coinvolte, in ogni caso, tutte le professionalità sociali e sanitarie operanti nelle strutture residenziali, nel rispetto del modello organizzativo, favorendo una comune corresponsabilità nell'acquisizione delle abilità e delle competenze nell'utilizzo degli strumenti.

Al termine della sperimentazione, valutando anche l'utilizzo di altri strumenti in uso in altre sperimentazioni in atto nel territorio regionale, si potrà svolgere una valutazione analitica e completa e conseguentemente definire l'adozione di un sistema omogeneo che assicuri la valutazione dei bisogni assistenziali dei singoli ospiti, favorisca la personalizzazione degli interventi, assicuri la correlazione con i fabbisogni assistenziali e di benessere complessivo, e la valutazione ed il monitoraggio dei Programmi Assistenziali Personalizzati.

In ogni caso la definizione del sistema di valutazione interno alle strutture residenziali dovrà essere definito anche in relazione ed in continuità con la prossima direttiva prevista dal comma 5 dell'art 7 della L.r. 2/2003.

La rimodulazione della rete deve inoltre permettere di individuare le specificità assistenziali che possono trovare scelte organizzative peculiari anche nell'ambito di una stessa struttura residenziale.

In tale ottica dovrà essere adeguato l'attuale sistema delle autonomie/responsabilità professionali sia per quanto riguarda gli operatori sociali che per quanto riguarda gli operatori sanitari,

Il progressivo inserimento dell'OSS (Operatore Socio-Sanitario), nell'ottica della qualificazione e dell'integrazione dell'assistenza di base, che prevede il graduale superamento dei profili di AdB e OTA (i relativi corsi formativi sono stati sospesi nel 2002 con DGR 1097/02), permette maggiore flessibilità nei modelli assistenziali ed una maggiore adeguatezza del piano personalizzato di assistenza e richiede conseguentemente una ridefinizione del modello organizzativo e dell'integrazione dei ruoli.

L'individuazione di nuove responsabilità derivanti dal cambiamento del profilo di alcuni operatori, non potrà lasciare indifferente l'organizzazione e le funzioni all'interno delle stesse strutture, poiché provoca inevitabilmente cambiamenti anche nelle altre parti dell'organizzazione. La maggiore presenza, lo sviluppo dell'autonomia e della professionalità di alcune figure portano alla necessità di rivedere il modello dell'organizzazione e le relazioni all'interno delle strutture residenziali.

c) Sviluppo e Qualificazione dell'assistenza nella rete dei servizi

Obiettivo prioritario è la qualificazione della qualità della vita e dell'assistenza orientate al benessere delle persone anziane e dei loro caregiver in tutti i servizi della rete.

L'obiettivo della personalizzazione dell'assistenza e dell'attenzione globale ai bisogni degli anziani ospitati, rappresenta la scelta strategica qualificante da perseguire nei prossimi anni, come indicato all'interno del Piano regionale di azione per la popolazione anziana, all'interno della quale è opportuno collocare ed orientare anche le azioni di miglioramento avviate ed in corso di realizzazione anche nel 2004.

In questo quadro sono da incentivare le modifiche organizzative orientate alla maggior personalizzazione ed allo sviluppo di processi di empowerment degli anziani ospiti e dei loro familiari ed in particolare a dare maggiore connotazione "comunitaria" e domestica delle strutture, con una forte attenzione alle relazioni ed alle persone anziane che vi risiedono. Occorre garantire una forte tensione perché nelle strutture residenziali la tutela degli ospiti e la "professionalizzazione" degli interventi sia sempre coniugata con un "clima" organizzativo ed umano significativo, rispettoso della dignità, della libertà di scelta degli anziani ospiti.

In tale prospettiva, per quanto riguarda le strutture residenziali e semiresidenziali le Ausl verificano il grado di attuazione degli obiettivi indicati nella Determina del Direttore Generale Politiche sociali n. 2601 del 28/3/2001 ed assicurano il monitoraggio dell'effettiva elaborazione, adozione e del corretto utilizzo di tutti i protocolli previsti dall'allegato delle DGR 1378/99 e successive integrazioni.

Le azioni finalizzate ad un miglior governo clinico-assistenziale e ad una qualificazione del contesto di vita debbono garantire uno sviluppo armonico dell'erogazione dell'assistenza.

Per quanto riguarda lo specifico delle azioni di miglioramento dell'assistenza sanitaria, nel 2004 in particolare è opportuno concentrare l'attenzione su alcuni aspetti rilevanti ed in particolare:

prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito;

riduzione delle infezioni;

riduzione dei mezzi terapeutici di limitazione personale;

prevenzione delle cadute;

miglioramento dell'adeguatezza delle prescrizioni farmacologiche con particolare riferimento all'uso di psicofarmaci.

Le AUSL debbono assicurare che l'ente gestore di ogni servizio semiresidenziale e residenziali adottati entro il 2004 un sistema di monitoraggio per ciascuna delle aree problematiche sopra elencate.

In relazione ad alcune di queste problematiche (in particolare lesioni da decubito e infezioni), saranno prodotte a livello regionale linee-guida riguardanti la prevenzione e la cura. Le Aziende sanitarie svolgeranno un'azione di coordinamento al fine di favorirne la diffusione e l'implementazione o l'adeguamento di protocolli e procedure coerenti con le suddette linee-guida.

E' anche opportuno che tali strumenti siano adottati in modo omogeneo su tutti gli ambiti assistenziali: ospedali, residenze, semiresidenze, assistenza domiciliare.

Inoltre, le Aziende USL assicurano interventi specifici di formazione per gli tutti gli operatori socio-sanitari e sanitari, attraverso momenti multiprofessionali ad approfondimenti specifici.

In particolare sarà a carico delle Aziende USL l'aggiornamento specifico degli operatori delle residenze.

Ogni azione di miglioramento, anche dell'area sanitaria, dovrà coinvolgere gli enti gestori e le figure di coordinamento delle strutture, garantendo coerenza delle azioni con il modello organizzativo e uno sviluppo armonico dell'erogazione dell'assistenza, complessivamente orientato al benessere dell'anziano ospite.

d) Il sostegno del lavoro di cura dei familiari

La maggiore disponibilità di risorse del fondo sanitario regionale per l'assegno di cura disposta per il 2004 è contestuale alla definizione più precisa di criteri di gestione e di concessione degli assegni in modo da garantire maggiore omogeneità ed equità a livello regionale.

Inoltre il completamento della fase di regolarizzazione delle assistenti familiari, in maggioranza straniere, pone l'esigenza di adeguare la normativa vigente alle esigenze di sostegno del processo di emersione, regolarizzazione e qualificazione del lavoro di cura a domicilio.

La Regione entro il mese di luglio 2004 provvederà ad una prima integrazione della direttiva 1377/99 fornendo più specifiche indicazioni in merito ai criteri di gestione dell'assegno di cura per assicurare una maggiore omogeneità e sostenere il processo di regolarizzazione del lavoro di cura delle assistenti familiari.

In questa prospettiva è opportuno che le AUSL ed i Comuni, nell'ambito delle Zone sociali, promuovano un confronto per aree territoriali vaste al fine di evidenziare i punti di forza e di debolezze delle rispettive esperienze e promuovere già nel 2004 un processo di maggiore omogeneità in ambiti territoriali più ampi.

Contemporaneamente verrà attivato un gruppo di lavoro per l'elaborazione più complessiva della nuova direttiva inerente l'assegno di cura, prevista dall'art.12 della L.r. 2/2003.

2.7. Sistema informativo e costi del Dipartimento di salute mentale

Per il 2004 le Aziende Sanitarie devono impegnarsi ad avviare un flusso informativo su base individuale, atto a consentire un monitoraggio stabile dell'attività assistenziale garantita dai servizi del Dipartimento di Salute Mentale. L'attivazione di questo nuovo flusso informativo, le cui specifiche saranno fornite alle Aziende con successive indicazioni, previa condivisione delle stesse con le Aziende medesime, consentirà tra l'altro di ottemperare al debito informativo che il nuovo Sistema Informativo Sanitario stabilirà fra non molto nei confronti di tutte le Regioni. Nell'ambito di questo programma uno degli aspetti prioritari è rappresentato dall'attività erogata a favore dei pazienti provenienti dagli ex Ospedali Psichiatrici e dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Nei confronti di questa particolare tipologia di pazienti verranno fornite a breve specifiche indicazioni.

Sotto il profilo dei costi, si sta attivando uno specifico gruppo di lavoro volto a valutare l'adeguatezza delle informazioni raccolte attraverso i sistemi di contabilità analitica delle Aziende Sanitarie. I Responsabili dei DSM saranno coinvolti in questo processo di valutazione.

Nel frattempo verrà chiesto alle Aziende di fornire informazioni analitiche riguardanti i costi 2004 delle singole strutture residenziali e semi-residenziali e le modalità della loro copertura, con particolare riferimento alle strutture ospitanti pazienti provenienti dagli ex Ospedali Psichiatrici e dagli Ospedali psichiatrici giudiziari.

2.8. Il Riordino delle attività di Medicina dello Sport

In data 26 aprile 2004 è stata approvata la Deliberazione di Giunta regionale n. 775, avente per oggetto "Riordino delle attività di medicina dello sport; individuazione di ulteriori prestazioni nei livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio sanitario regionale".

Si tratta di un provvedimento che ha importanti contenuti innovativi per la promozione e tutela dell'attività fisica e sportiva nella popolazione, e si propone di sviluppare ulteriormente il contributo del Servizio sanitario regionale a politiche più complessive finalizzate al miglioramento della qualità della vita e della salute dei cittadini.

Naturalmente perché ciò avvenga è indispensabile il coinvolgimento e il contributo fattivo di tutti i settori della società civile, dalle Istituzioni alla Scuola, agli Enti di promozione sportiva, alle società sportive, al mondo del volontariato.

Nella delibera viene delineato un riorientamento delle attività dei Servizi di Medicina dello sport, che assumono la denominazione di "Servizi di medicina dello sport e promozione dell'attività fisica", dalla mera attività di certificazione della idoneità alla pratica sportiva agonistica ad un impegno a più largo raggio volta a favorire la diffusione in sicurezza dell'attività fisica e sportiva ad un numero crescente di persone di ogni fascia di età. Con questa delibera i servizi di Medicina dello sport, inseriti all'interno dei Dipartimenti di sanità pubblica, dovranno lavorare in modo più integrato e sinergico con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e gli altri specialisti delle Aziende sanitarie, per associare ad una più concreta tutela sanitaria delle attività sportive di qualunque livello una effettiva semplificazione delle procedure certificative in uso attualmente.

Inoltre questa collaborazione è importante per promuovere l'abitudine all'attività motoria anche per le persone affette da malattie cronico-degenerative, che possono beneficiare dell'esercizio fisico, come ormai è documentato dalla letteratura internazionale.

Nell'ambito di queste finalità la Regione Emilia-Romagna ha deciso di estendere la gratuità delle visite e delle certificazioni dei minori e dei disabili di ogni età, già prevista per l'attività sportiva agonistica, anche all'attività sportiva non agonistica per gli stessi gruppi.

Lo strumento innovativo adottato è il "libretto sanitario dello sportivo", un documento che verrà conservato dal titolare e sul quale verranno registrate le visite annuali per l'idoneità alla pratica sportiva agonistica e non agonistica. In

questo modo si eviteranno richieste ripetute di certificazioni e il libretto potrà essere esibito in ogni circostanza che lo richieda: l'interessato e tutti i medici che nel tempo valuteranno l'idoneità alla attività fisica potranno avere un documento unico e valido nel tempo.

L'inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal Servizio sanitario regionale della certificazione di idoneità alla pratica sportiva non agonistica per i minori e disabili di ogni età, pone il problema della organizzazione della attività che ne consegue: infatti si rende necessario predisporre modalità di erogazione diverse dal passato, quando, come noto, tali certificazioni erano gratuite solo se rilasciate dai Medici di Medicina Generale o Pediatri di Libera Scelta per uso scolastico.

E' indispensabile che il servizio venga organizzato in modo da essere facilmente fruibile da parte della popolazione, operando in collaborazione con le scuole, le società sportive e gli enti di promozione per evitare che le richieste siano concentrate unicamente in alcuni periodi dell'anno e per programmare l'attività anche presso sedi più vicine all'utenza.

Le Aziende dovranno altresì prevedere forme efficaci di collaborazione con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta e tra questi e le strutture di Medicina dello sport per il rilascio delle certificazioni a carico del Servizio sanitario regionale, nonché per concordare percorsi e attività mirata di consulenza. Indicazioni più specifiche al riguardo saranno contenute nell'Accordo che si sta perfezionando a livello regionale con gli stessi MMG e PdLS.

2.9. La diagnosi precoce delle lesioni pre-cancerose e dei tumori del colon-retto

La strategia per la diagnosi precoce dei tumori e delle lesioni pre-cancerose del colon-retto (al secondo posto per incidenza e mortalità per tumore sia negli uomini che nelle donne) si dovrà articolare, in Emilia-Romagna, come segue:

Un programma di screening su chiamata per la popolazione maschile e femminile compresa fra i 50 ed i 69 anni, mediante l'offerta del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci con sistema immunologico (FOBT) ogni due anni.

La popolazione interessata è di poco superiore ad un milione di abitanti. E' già in corso la fase preparatoria; le Aziende sanitarie, di concerto tra loro nel caso di Aziende USL e Aziende Ospedaliere che insistono sullo stesso territorio, dovranno garantire il puntuale rispetto delle scadenze previste per

questa fase, in modo che il programma si attivi concretamente fra la fine del 2004 e l'inizio del 2005 su tutto il territorio regionale.

Offerta di una colonscopia in prima battuta, nei familiari di primo grado di pazienti affetti da tumori del colon-retto, visto l'alto rischio in questa ristretta fascia di popolazione (6-7% della popolazione generale). In caso di rifiuto l'alternativa è costituita dal test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT). Per questo occorre che ciascuna Azienda sanitaria, con la collaborazione dei Gastroenterologi, degli Oncologi e dei Medici di Medicina Generale, individui appositi percorsi e ne garantisca la sistematica applicazione.

Adozione di iniziative, con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale, per estendere e incoraggiare il ricorso a prestazioni di diagnosi precoce dei tumori coloretali anche per le persone comprese fra i 70 ed i 74 anni, considerata l'alta incidenza della patologia anche in questa fascia di età e che l'esecuzione di una colonscopia per queste persone è prevista tra le prestazioni gratuite incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

2.10. La sicurezza alimentare

La sicurezza alimentare sta avendo un momento di profonda trasformazione: la normativa europea, a seguito delle emergenze occorse in campo alimentare, si sta innovando completamente ponendo di fatto la necessità di sviluppare un modello applicativo idoneo, rispondente alle necessità di garanzia del consumatore.

Questo obiettivo necessita di un forte coordinamento dell'attività dei controlli negli alimenti, riorientando i SIAN (Servizi di Igiene Alimentare e Nutrizionale) e le ASPV (Area Sanità Pubblica Veterinaria) verso un'attività di certificazione di sicurezza della filiera eseguita per conto del consumatore. Rivestono, in quest'ambito, particolare importanza strategica l'anagrafe bovina, il sistema informativo veterinario e medico della sanità pubblica, l'attività stessa degli operatori.

In quest'ottica per l'anno 2004 inizierà il processo di attivazione delle procedure per il riconoscimento e la verifica dei laboratori di analisi privati che svolgono attività per l'autocontrollo delle industrie alimentari e l'individuazione di sistemi di accreditamento degli allevamenti.

Nel campo della nutrizione, ambito "nuovo" di intervento, verranno definite le azioni di controllo e le modalità di sorveglianza nutrizionale.

In questo ambito si dovrà avviare il monitoraggio dell'obesità infantile con ricerche specifiche sulle abitudini alimentari rapportate all'età e all'ambiente familiare. Inoltre si vuole indirizzare l'intervento verso quelle patologie a causa nutrizionale, quali le cardiache e vascolari, forme di ipernutrizione che rappresentano nel nostro Paese una delle cause più frequenti di malattia.

Accanto alle azioni tracciate sarà avviato un sistema di verifica dei servizi di riferimento basato sull'audit. In questa prima fase si prevede di visitare almeno il 50% delle Aziende USL.

3) Le aree di supporto alla manovra finanziaria

3.1. Le politiche del personale

Lo scenario normativo nazionale su cui fondare le azioni di gestione della spesa per il personale del SSR per l'esercizio 2004 (Legge n. 350/2003) si presenta sostanzialmente invariato rispetto a quello delineato dalla Legge Finanziaria per l'anno 2003 (Legge n. 289/2002).

In particolare vengono riproposte le disposizioni relative alle limitazioni alle assunzioni di personale a tempo indeterminato, le quali definiscono due diverse fasi temporali, governate rispettivamente, la prima, dalla regola del divieto di effettuare nuove assunzioni, salvo specifiche e limitate eccezioni (tra le quali rientrano le assunzioni previste ed autorizzate ai sensi del DPCM del 12 settembre 2003, nonché, come è ragionevolmente sostenibile in via interpretativa, quelle riferibili al personale infermieristico) e, la seconda, dai limiti che saranno fissati con apposito regolamento governativo da emanare previo accordo in sede di Conferenza Unificata. La prima fase avrà comunque termine il 30 giugno 2004, giacché la mancata adozione del regolamento entro questa data rende applicabile quello emanato per l'anno 2003.

In questo scenario, considerando che il contenuto del DPCM del 12 settembre 2003 - e presumendo che un'eventuale regolamentazione riproposta per l'intero anno in corso conterrà principi di tenore analogo a quelli di cui al DPCM di cui sopra - comporta una interpretazione flessibile delle norme della legge finanziaria e si pone in sostanziale continuità, sul piano degli obiettivi e degli strumenti, con la manovra perseguita a livello regionale per il 2003, gli obiettivi regionali inerenti il governo del personale delle Aziende sanitarie possono essere fissati anche attraverso la via amministrativa.

In tal senso, si ritiene opportuno impostare la propria azione di governo delle risorse umane delle Aziende sanitarie per il 2004 mediante la fissazione di un

obiettivo di contenimento della spesa del personale che, valorizzando le forme di flessibilità già stabilite per gli enti e le aziende del SSN dal DPCM 12 settembre 2003, garantisca il raggiungimento delle finalità sottese alla normativa finanziaria nazionale.

A questo fine le Aziende sanitarie regionali dovranno orientare per il 2004 le proprie azioni di gestione degli organici e delle assunzioni, nonché degli istituti contrattuali incidenti sulle dinamiche di costo del personale, nell'ottica di pervenire ad un obiettivo di riduzione della spesa pari allo 0,6% del monte salari rilevato per l'anno 2001. Tale obiettivo dovrà garantire, nell'ambito dell'intero SSR, una riduzione di spesa pari a 13,5 milioni di Euro, corrispondente all'applicazione delle misure contenute nella legge finanziaria.

Nell'ambito di questo obiettivo di spesa ciascuna azienda potrà definire le politiche del personale ritenute più adeguate ed appropriate per il conseguimento degli obiettivi aziendali, in particolare nella scelta della composizione qualitativa, ossia della tipologia e della distribuzione dei profili professionali, della propria dotazione organica.

L'obiettivo di spesa è fissato per tutte le Aziende del SSR nella medesima misura. Tuttavia, al fine di contemperare le esigenze di contenimento e razionalizzazione della spesa –previste dalle norme finanziarie - e la necessità di dare esecuzione ad azioni o programmi già in corso o già approvati, la Giunta regionale potrà autorizzare specifiche e motivate deroghe derivanti da esigenze organizzative di particolare rilevanza.

Questo nell'ottica di assegnare un diverso obiettivo di governo della spesa per il personale, nella misura in cui esso derivi dall'esigenza di effettuare:

assunzioni di personale a tempo indeterminato e determinato

altre misure di gestione degli organici e di revisione degli assetti organizzativi incidenti sulle dinamiche di costo del personale strettamente necessarie per fronteggiare esigenze organizzative di particolare rilevanza.

Le suddette esigenze organizzative dovranno comunque rientrare nell'ambito delle seguenti fattispecie di carattere generale:

1. attivazione di nuovi servizi nell'ambito delle priorità definite nel sistema di programmazione regionale o locale,
2. rientro nella gestione diretta dell'Azienda di servizi precedentemente gestiti da soggetti terzi a fronte di sperimentazioni gestionali ovvero di esternalizzazioni, purché non differibili o sostituibili,

3. realizzazione di processi di ridefinizione dell'assetto organizzativo che rispondano ad esigenze improrogabili o che si configurino quali adempimenti dovuti per dare attuazione ad istituti contrattuali o per ottemperare ad accordi con le organizzazioni sindacali già perfezionati nel corso degli esercizi precedenti.

Per ottenere l'autorizzazione a derogare all'obiettivo di contenimento della spesa per il personale, le Aziende dovranno presentare all'Assessorato alla Sanità, entro il termine perentorio del 15 luglio 2004, una richiesta di autorizzazione contenente l'indicazione dei seguenti elementi:

Azienda

Esigenza organizzativa con specifici riferimenti agli atti normativi, programmatori e negoziali che ne facciano emergere la rilevanza, con particolare riguardo alle priorità derivanti dalla programmazione regionale e locale.

Analisi organizzativa, con l'indicazione delle modalità e delle misure con le quali si intende far fronte all'esigenza evidenziata, secondo questa articolazione:

descrizione delle misure di revisione dell'assetto organizzativo;

descrizione delle ricadute di queste azioni sulla gestione del personale, ad esempio: maggiori fabbisogni (assunzioni a tempo indeterminato, assunzioni a tempo determinato, assunzioni tramite altre forme contrattuali nell'ambito del lavoro subordinato, conferimento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa), azioni che incidono sui fondi contrattuali, eccetera;

descrizione delle eventuali misure adottate al fine di favorire un contenimento della spesa del personale intesa in una accezione ampia (comprendendo quindi le voci di costo che non incidono direttamente sul monte salari), nell'ottica del tendenziale raggiungimento dell'obiettivo di contenimento fissato dalla Giunta regionale, quali ad esempio:

razionalizzazioni organizzative che generino forme di migliore allocazione delle risorse interne

contenimento dell'utilizzo di forme di lavoro atipiche (ad esempio co.co.co., incarichi libero professionali, convenzioni)

altre misure di contenimento del costo del personale (es. ulteriore riduzione del fondo ferie rispetto agli obiettivi già definiti)

Delle diverse misure ed azioni dovrà essere precisato se siano un completamento di processi già avviati nel corso del 2003. Per completamento si intende non il semplice trascinarsi economico delle operazioni già compiute, ma le ulteriori azioni incrementalmente attuate a partire dall'anno 2004.

Quantificazione dell'impatto economico delle singole azioni inerenti la gestione del personale: per ciascuna delle azioni organizzative inerenti la gestione del personale aventi una ricaduta economica, va operata una quantificazione della maggiore o minore spesa prevista. Ad esempio, in relazione alle nuove assunzioni a tempo indeterminato e/o determinato, dovranno essere indicati i seguenti dati: numero, tipologia, profilo professionale, collocazione organizzativa, data di assunzione, impatto economico delle assunzioni sull'esercizio 2004 e su base annua, nonché l'eventuale modifica della dotazione organica.

Impatto economico netto sul costo del personale di ciascuna delle esigenze organizzative evidenziate. Esso risulta dalla differenza tra l'impatto economico delle azioni che comportano un aumento della spesa e quello delle eventuali azioni di contenimento della medesima.

Quantificazione della maggiore spesa oggetto della richiesta di autorizzazione.

Al fine di rendere più agevoli le modalità di presentazione delle richieste di autorizzazione, il Servizio Giuridico amministrativo e Sviluppo delle risorse umane della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, elaborerà ed invierà tempestivamente a ciascuna Azienda una scheda con l'indicazione dei dati e delle motivazioni sopra evidenziate che dovranno essere comunicate a sostegno della richiesta di autorizzazione alla deroga dell'obiettivo assegnato.

A seguito dell'istruttoria effettuata dal Servizio competente, la Giunta provvederà ad autorizzare, con un unico atto deliberativo, le richieste di deroga presentate dalle Aziende entro il termine perentorio sopra indicato, sulla base degli elementi di valutazione già descritti in precedenza e nell'ottica di garantire una compatibilità delle dinamiche di costo espresse dal sistema regionale con gli obiettivi fissati dalla manovra finanziaria statale.

Infine, le Aziende dovranno recepire puntualmente le disposizioni contenute nel recente CCNL per il personale dei livelli, sottoscritto il 19 aprile 2004, curando con particolare attenzione gli ambiti applicativi innovativi e peculiari del contratto in oggetto e che, di conseguenza, possono comportare rischi di difformità o non coerenza nella fase interpretativa o nella fase applicativa; particolare attenzione dovrà perciò essere riservata ai seguenti istituti:

Applicazione delle linee guida regionali di indirizzo per la contrattazione integrativa;

Rispetto dei criteri in materia di classificazione del personale (progressioni orizzontali e verticali);

Inserimento delle risorse interessate nei profili professionali di nuova istituzione, garantendo –ove previste- modalità di selezione idonee ed evitando il riconoscimento generalizzato di stati personali o di servizio;

Correttezza e tempestività di riconoscimento degli istituti, specie di natura economica, che non richiedono il confronto con le organizzazioni sindacali o che, comunque, non comportano l'adozione di decisioni di carattere discrezionale.

Per quanto riguarda la razionalizzazione dei processi di gestione delle risorse umane, quali Procedure concorsuali, Gestione stipendi e Gestioni previdenziali, le Aziende - nell'ambito dell'Area Vasta di riferimento ed a seguito delle analisi compiute nel corso degli esercizi precedenti - dovranno predisporre progetti per la concreta implementazione delle relative procedure, individuando a tal fine le risorse umane e strumentali necessarie e verificando gli effettivi benefici economici. Le Aziende dovranno inoltre predisporre idonei meccanismi e flussi informativi, secondo modalità da concertare con i competenti Servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, tali da garantire l'esercizio delle funzioni di monitoraggio ed indirizzo in capo alla Regione per quanto riguarda gli organici ed il costo del lavoro.

3.2. L'acquisto di beni e servizi

La programmazione 2004 in tema di beni e servizi parte e si sviluppa da due serie di presupposti:

1. Le esperienze che si possono ritenere già maturate nelle Aziende in sede di aggregazione della domanda in area vasta. Con tale termine si intende far riferimento ad un ambito territoriale funzionale alla realizzazione di specifici processi assistenziali o di supporto, flessibile in relazione alle esigenze proprie della materia trattata; si tratta quindi di ambiti di ampiezza territoriale in grado di collegare e mettere in rete i diversi gradi di specializzazione/eccellenza maturati dalle singole aziende.

2. La Legge Regionale 24 maggio 2004, n. 11 "Sviluppo regionale della società dell'informazione" che istituisce il Sistema regionale di negoziazione telematica per le Pubbliche Amministrazioni, mirato a promuovere un sistema di razionalizzazione degli acquisti in ambito regionale;

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, la Legge intende sviluppare una funzione di servizio a favore delle Aziende sanitarie, proponendo un centro regionale d'acquisto per i beni che le aziende sanitarie ritengono dotati delle caratteristiche di serialità e fungibilità e offrendo la possibilità di allestire le procedure di gara per le unioni di acquisto che le aziende stanno organizzando o vorranno organizzare nell'ambito dei processi già avviati, oltre che supporto tecnologico alle gare telematiche e al mercato elettronico.

Ferma restando la valenza pluriennale degli obiettivi posti con la deliberazione 896 del 2003, si rende opportuno per l'anno in corso che le Aziende pongano in essere una serie di azioni che portino alla ulteriore semplificazione e miglioramento dei processi di acquisto nelle Aree territoriali di riferimento, attraverso :

La individuazione, per ciascuna delle tre aree, del modello organizzativo più funzionale ad una gestione dell'intero processo di approvvigionamento (selezione, acquisto, stoccaggio, distribuzione) sovra-aziendale; tale modello sarà caratterizzato dalla concentrazione dell'attività e dalla contemporanea partecipazione di tutte le aziende dell'area.

La presentazione di progetti per la realizzazione di magazzini sovra-aziendali e per la conseguente modalità di distribuzione ai centri utilizzatori;

L'estensione di procedure di gara d'area per categorie di prodotti ulteriori rispetto ai farmaci e ai dispositivi medici;

L'adozione dei criteri di equivalenza già messi a punto dall'area Emilia-Nord sia come principio metodologico per l'acquisizione dei farmaci sia come criterio di selezione dei farmaci da mantenere nel Prontuario ospedaliero, in quanto trattasi di una esperienza volta al miglioramento dell'appropriatezza dei consumi.

La realizzazione di una piattaforma tecnologica a supporto di un sistema regionale di e-procurement e la costituzione di una struttura regionale di acquisto centralizzato di beni e servizi impongono l'avvio di una serie di attività e relazioni con le Aziende finalizzate:

alla individuazione dei beni standardizzabili e fungibili, suscettibili di acquisti centralizzati a livello regionale; a tal fine il Gruppo di lavoro istituito presso la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali in esecuzione alla delibera 896/2003 promuoverà le attività e gli strumenti necessari.

all'acquisizione di informazioni relative alle iniziative di e-commerce eventualmente in essere o programmate a livello aziendale, per il necessario esame di congruità rispetto al progetto regionale.

3.3. La spesa farmaceutica

La Legge 326/2003 di conversione, con modificazioni, del D.L. 30 settembre 2003, n.269 recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici, individua per l'assistenza farmaceutica complessiva, un tetto di riferimento per il SSN pari al 16% della spesa sanitaria in ogni singola regione, mantenendo il vincolo del 13% per la spesa farmaceutica territoriale. All'art. 48 comma 5 lettera f) della citata legge è indicata la corresponsabilità fra regioni, industria e farmacisti, in caso di superamento del tetto di spesa previsto, con la quantificazione del 60% dell'eventuale sfondamento a carico dell'industria farmaceutica e delle farmacie al pubblico.

La Regione Emilia-Romagna conferma come linea strategica per il 2004 il consolidamento delle azioni intraprese nel corso del biennio 2002-2003 con particolare attenzione alle azioni che garantiscono la qualità, l'appropriatezza e il gradimento dell'assistenza erogata ai cittadini.

In particolare, in considerazione dei livelli di spesa 2003, le previsioni di bilancio aziendali per il 2004 dovranno attestarsi sul mantenimento di tali livelli. Tale obiettivo risulta perseguibile attraverso le azioni indicate nel presente provvedimento, cui potranno aggiungersi anche i significativi effetti derivanti dall'applicazione dei meccanismi definiti dal citato articolo 48.

Circa la distribuzione diretta dei farmaci di cui all'art 8 della Legge 405/2001 le Aziende, nel promuovere accordi con le Organizzazioni dei farmacisti convenzionati, privilegiano quelle categorie di farmaci che non richiedono la presa in carico e il controllo periodico e ricorrente del paziente, riservando negli altri casi l'erogazione diretta alle proprie strutture.

E' inoltre obiettivo delle Aziende utilizzare sistemi di classificazioni dei beni farmaceutici trasversali fra le varie realtà, in particolare, così come la classificazione ATC e il codice MINSAN per le specialità medicinali sono divenuti riferimento e patrimonio comune, la classificazione regionale per i dispositivi medici deve essere applicata da tutte le Aziende per permettere la rilevazione trasversale dei consumi ed il confronto fra le diverse realtà.

4) Obiettivi ai direttori generali

La Legge 27 dicembre 2002, n.289 - Finanziaria 2003 – ha subordinato l'accesso delle Regioni ai fondi determinati dall'Accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001 ad una serie di adempimenti regionali, tra i quali l'adozione di provvedimenti diretti a prevedere "la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie ed ospedaliere" (art.52, comma 4, lettera d).

Con deliberazione n. 1569/2003 la Giunta Regionale ha dato corso, per il 2003, alle disposizioni della Finanziaria, eccependo comunque che:

1. spetta alla Regione determinare l'obiettivo economico-finanziario da assegnare alle Direzioni aziendali e che tale obiettivo non può prescindere da una puntuale valutazione delle condizioni specifiche di ciascuna azienda e contestualmente dall'obbligo, per la Regione, di assicurare comunque, attraverso le aziende sanitarie, le prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza.

2. un'applicazione letterale del disposto della Legge Finanziaria avrebbe determinato -stante l'accertata insufficienza delle risorse previste a finanziamento dell'esercizio 2003 - effetti generalizzati e incongruenti nei confronti dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

Per il corrente anno 2004, nel confermare le osservazioni di cui sopra, si determina quale obiettivo generale per le Direzioni Aziendali il concorso al miglioramento del risultato economico-finanziario del Servizio sanitario regionale. Tale obiettivo viene definito, a livello sia di sistema sia di singola Azienda, al netto dell'impatto degli oneri conseguenti ai rinnovi contrattuali del personale dipendente e deve essere raggiunto mediante:

il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario da parte di quelle aziende che hanno consolidato negli ultimi anni una stabilità della gestione;

un miglioramento complessivo del risultato d'esercizio per le restanti aziende.

Il procedimento di verifica rimane fissato con le medesime modalità definite dalla Giunta con la citata deliberazione 1569/2003 "Obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna per l'anno 2003 ai sensi dell'art. 52, 4°comma punto d) della Legge 27 dicembre 2002, n. 289 – Finanziaria 2003" e precisamente con cadenza sia infra-annuale (entro il 15 settembre) che annuale (successivamente alla redazione del bilancio d'esercizio).

ALLEGATO B

Criteri di Finanziamento delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna - Anno 2004

L'allocazione delle risorse finanziarie alle Aziende UsI del Sistema sanitario regionale viene effettuata in base alla numerosità della loro popolazione, ponderata sulla base di criteri espliciti e predefiniti, che tengono conto delle differenze delle caratteristiche socio-demografiche e di bisogno sanitario esistenti fra le diverse aree geografiche.

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

Per l'assegnazione 2004, si evidenzia che:

i criteri sono stati applicati alla popolazione residente in ciascuna UsI all'1/1/2003 integrata con gli stranieri. È nota infatti la tendenza ad un aumento della popolazione regionale complessiva, strettamente connessa all'immigrazione, che non interessa tutti gli ambiti territoriali e viceversa, la riduzione della popolazione residente in taluni ambiti. Per l'anno 2003, l'incertezza è maggiore se si tiene conto della regolarizzazione degli immigrati (57.059 domande in Emilia-Romagna di cui circa il 92% regolarizzate). Dato questo contesto si è deciso, in analogia a quanto applicato a livello nazionale, di imputare gli stranieri, in base alle domande di regolarizzazione, al 50% nella classe di età 15-44 anni. Anche quest'anno è comunque prevista la verifica della popolazione residente all'1/1/2004 ed una eventuale revisione del finanziamento;

come ciascun anno, sono stati aggiornati i dati relativi alla utilizzazione dei diversi servizi che stanno alla base del sistema di ponderazione, ma non sono cambiati i criteri. Le quote assegnate a ciascun livello di assistenza sono state parzialmente modificate alla luce sia di una analisi più puntuale dei costi - resa possibile dal miglioramento dei sistemi di rilevazione -, sia per effetto degli indirizzi di programmazione regionale, con un ulteriore spostamento di risorse dal livello assistenza ospedaliera all'assistenza distrettuale ed una rimodulazione al suo interno. Di seguito sono illustrate, per ciascun livello essenziale di assistenza, le modifiche introdotte per l'anno 2004.

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

La quota assegnata a questo livello non subisce, in percentuale, variazioni rispetto agli anni precedenti. Complessivamente, e tenendo conto della quota destinata all'Arpa, il 1° livello di assistenza assorbe il 5,3% delle risorse assegnate.

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

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

L'assegnazione tra le diverse aziende ha tenuto conto della popolazione residente all'1/1/2003 integrata con gli stranieri (domande di regolarizzazione) imputati al 50 % nella classe di età 15-44 anni , cui è stata aggiunta, per le Aziende interessate, una stima dei flussi turistici e della presenza di studenti universitari fuori-sede. In particolare sulla base dei dati forniti dall'Assessorato al Turismo relativi all'anno 2002, sono stati considerati i flussi turistici dell'Appennino emiliano-romagnolo, della riviera e dei capoluoghi di provincia. La numerosità della presenza turistica e la sua durata è stata espressa in numero di persone-anno equivalenti. Per gli iscritti all'Università residenti fuori provincia, sono stati utilizzati i dati forniti dall'Assessorato alla Formazione ed Università relativi all'anno accademico 2002-2003, anch'essi rapportati a persone-anno equivalenti.

Sicurezza e igiene del lavoro: assorbe il 18% delle risorse del primo livello. I criteri hanno tenuto conto del numero delle unità locali da controllare e del relativo numero di addetti.

Verifiche di sicurezza: assorbe il 6,5% delle risorse del livello, distribuite in base al numero degli impianti da verificare.

Veterinaria: assorbe il 31,5% delle risorse del 1° livello. All'interno di questa funzione è stata distinta la Sanità Pubblica (pari al 45% della veterinaria), assegnata in base al numero di Unità Bovine Equivalenti (UBE), e l'igiene degli alimenti (55%) distribuita in base alla popolazione residente all'1/1/2003 ma integrata con le stesse modalità descritte per la funzione di igiene pubblica, esclusi gli stranieri.

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

A questo livello nel 2003 erano state assegnate il 50% delle risorse disponibili per l'attribuzione con quota capitaria pesata, ma l'indirizzo di trasferimento di attività dall'assistenza ospedaliera alla specialistica ambulatoriale ha

determinato un incremento di risorse in questo livello d'assistenza. Il livello è ulteriormente suddiviso per specifiche funzioni, per ciascuna delle quali sono stati elaborati criteri specifici, che tengono conto degli indirizzi della programmazione regionale.

Assistenza farmaceutica (14,0% del totale complessivo, con una diminuzione dello 0,3% rispetto al 2003). Le risorse sono state ripartite per quota capitaria pesata. Il sistema di pesi è stato costruito utilizzando i consumi farmaceutici specifici per sesso ed età relativi al 1° semestre 2003 di tutte le Aziende territoriali della Regione, rilevati dal flusso informativo regionale "assistenza farmaceutica territoriale". La popolazione residente all'1/1/2003 è stata integrata con gli stranieri (domande di regolarizzazione) imputati al 50% nella classe di età 15-44 anni.

Medici di medicina generale (6,0% del totale complessivo, percentualmente di poco inferiore al 2003). Comprende i costi delle convenzioni con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, nonché quelli relativi alla continuità assistenziale (guardia medica). Come per gli anni precedenti, data la scarsa flessibilità di questa voce di spesa, sono stati utilizzati come criteri di assegnazione i costi stimati relativi alle quote previste dalla convenzione, che comprendono anche gli eventuali ulteriori costi per i cittadini presenti non residenti (studenti, stranieri, ecc.).

Assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale (13,8%, con un incremento sul 2003 dello 0,3%). Il sistema di pesi, specifico per sesso ed età, è stato costruito sulla base della utilizzazione della assistenza specialistica ambulatoriale osservata nel 2002 in tutte le Aziende Sanitarie della Regione. La popolazione residente all'1/1/2003 è stata corretta tenendo conto della presenza di studenti, imputati al 25% ed integrata con gli stranieri (domande di regolarizzazione) imputati al 50% nella classe di età 15-44 anni.

Salute mentale (3,6%, come per il 2003). Le risorse relative alla funzione di neuropsichiatria infantile rappresentano lo 0,6% del complesso (17% di questa funzione) e sono state assegnate sulla base della distribuzione della popolazione di età inferiore ai 18 anni. La assistenza psichiatrica per adulti (3%) è stata invece assegnata in base alla popolazione residente di età 18-64 integrata con gli stranieri (domande di regolarizzazione) imputati al 50% nella classe di età 15-44 anni.

Queste risorse finanziano soltanto l'attività dei servizi psichiatrici distrettuali, e non comprendono quindi quella ospedaliera ed il progetto speciale. Le risorse complessivamente destinate all'assistenza psichiatrica, considerando anche quelle relative al progetto speciale "superamento degli ospedali psichiatrici" e

quelle ricomprese nel livello "assistenza ospedaliera" (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), superano il 5%.

Dipendenze patologiche (1%, nessuna variazione rispetto al 2003). Il criterio di assegnazione è dato dalla popolazione residente in età 15-44 anni integrata con gli stranieri (domande di regolarizzazione) imputati al 50 %, corretta con l'incidenza della tossicodipendenza nei diversi ambiti territoriali.

Assistenza domiciliare (2,0%, rispetto all'1,6% nel 2003). L'incremento delle risorse destinato a questa funzione è dovuto principalmente allo sviluppo della rete delle cure palliative, avviato dal 2003. Il miglioramento del sistema di rilevazione dell'assistenza domiciliare ha permesso una migliore conoscenza delle caratteristiche demografiche dei pazienti. Dal momento che 148 persone ogni 1000, di età oltre gli 80 anni, sono state assistite a domicilio nel corso del 2002, il criterio di riparto alle aziende delle risorse per questa funzione è stato aggiornato, assegnando il 25% sulla base della distribuzione della popolazione residente di età 45-74 anni, ed il restante 75% in base alla distribuzione degli ultra 75-enni.

Assistenza sanitaria residenziale e semiresidenziale (7,2%, con un incremento dello 0,2% rispetto al 2003). Sulla base della valutazione dei costi per la protesica nelle strutture residenziali e semiresidenziali, è stata incrementata la quota di risorse destinate a questo livello. Fino allo scorso anno la protesica era imputata all'interno del livello residuale "altre funzioni assistenziali". Il criterio di assegnazione è basato sulla distribuzione degli ultra 75-enni.

Altre funzioni assistenziali (2,9%, nessuna variazione rispetto al 2003)

Il 2,9% delle risorse complessivamente disponibili è stato ripartito per ulteriori funzioni assistenziali del livello assistenza distrettuale. All'interno di questa funzione, sono stati evidenziati in particolare i programmi "salute donna" e "salute infanzia". Le risorse destinate a "salute donna" corrispondono allo 0,54% delle risorse complessivamente disponibili a livello regionale e sono state assegnate in base alla numerosità delle donne in età feconda (da 14 a 49 anni). Al programma "salute infanzia" è assegnato lo 0,72% delle risorse complessive, distribuite in base alla frequenza dei bambini in età 0-4 anni. La restante quota (1,64%) è stata attribuita in base alla numerosità della popolazione di età inferiore ai 65 anni.

3° Livello: Assistenza ospedaliera (45%)

A questo livello, sono state assegnate nel 2004 il 45,0 % delle risorse complessive (45,5% nel 2003), a fronte del 46% attribuite fin dal 1998, per

tener conto dell'ulteriore spostamento di attività residenziali per acuti secondo altre modalità assistenziali. La ponderazione della popolazione è stata effettuata sulla base della utilizzazione dei servizi ospedalieri specifici, per sesso ed età, distinti in degenza ordinaria e day-hospital, con riferimento ai ricoveri osservati nel 2002, comprensivi della mobilità passiva extraregionale (ricoveri effettuati dai cittadini dell'Emilia-Romagna in altre Regioni). Per la degenza ordinaria, anche quest'anno, l'utilizzazione specifica per sesso ed età ha tenuto conto anche dei "grandi vecchi", ossia gli ultra 85-enni.

Alla utilizzazione dei servizi ospedalieri è stata applicata una correzione con un indicatore proxy del bisogno, applicato alla sola degenza ordinaria, rappresentato dalla radice cubica del tasso standardizzato di mortalità (SMR) relativo alla popolazione di età inferiore ai 75 anni e riferito al triennio 1998-2000.