

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 972 del 23/06/2025

Seduta Num. 28

Questo lunedì 23 **del mese di** Giugno
dell' anno 2025 **si è riunita in** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) de Pascale Michele	Presidente
2) Colla Vincenzo	Vicepresidente
3) Allegni Gessica	Assessore
4) Baruffi Davide	Assessore
5) Fabi Massimo	Assessore
6) Frisoni Roberta	Assessore
7) Mammi Alessio	Assessore

Funge da Segretario: Colla Vincenzo

Proposta: GPG/2025/423 del 17/03/2025

Struttura proponente: SETTORE GESTIONE FINANZIARIA ED ECONOMICA DEL SSR
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE DEL
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2025

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Monica Fiorini

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visto il Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n. 68, "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", ed in particolare il Capo IV, che disciplina la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario;

Richiamata la Legge 30 dicembre 2021, n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" che all'art. 1, comma 258, individua in 128.061 milioni di euro il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato a decorrere dall'anno 2024;

Viste le seguenti disposizioni normative che hanno modificato il suddetto livello di finanziamento rideterminandolo per l'anno 2025 in 136.515,700 milioni di euro, con un incremento complessivo di oltre 2.498 milioni di euro rispetto al livello di finanziamento 2024 (134.017 milioni di euro) pari al +1,86%:

- art. 1 comma 535 della Legge n. 29 dicembre 2022 n. 197 (Legge di bilancio 2023) che incrementa di 2.600 milioni di euro per l'anno 2025 il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard definito dall'art. 1 comma 258 della citata Legge 234/2021;
- art. 1 comma 217 della Legge n. 213 del 30 dicembre 2023 (Legge di bilancio 2024) che incrementa di 4.000 milioni di euro per l'anno 2025 il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard "anche per le finalità di cui ai commi da 29 a 31, da 218 a 233, 235, da 244 a 246, 362 e 363";
- art. 1 comma 273 della Legge n. 207 del 30 dicembre 2024 (Legge di bilancio 2025) che incrementa di 1.302 milioni di euro per l'anno 2025 il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard "anche per le finalità di cui ai commi da 121 a 123, da 128 a 131, da 300 a 302, 308, 312 e 313, 323, 326, 332, 336 e 337, da 350 a 353, 358 e 359, 365 e 366";
- art. 1 commi 305, 340, 344, 349 della soprarichiamata Legge n. 207/2024 che incrementano rispettivamente di 1 milione (comma 305), di 30 milioni (comma 340), di 1,5 milioni (comma 344), di 0,5 milioni (comma 349) di euro il livello di finanziamento del fabbisogno nazionale standard, successivamente decurtato di 50 milioni di euro dall'art. 1 comma 375 della medesima Legge di bilancio per l'anno 2025;
- art. 1, commi 259 e 260, della citata Legge n. 234/2021 che incrementa il suddetto livello di finanziamento per l'anno 2025, rispettivamente, di: 300 milioni di euro per

l'incremento del Fondo di cui all'art. 1, comma 401, della Legge 11 dicembre 2016, n. 232, relativo al concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi e di 425 milioni di euro per il riconoscimento di un maggior numero di contratti in formazione specialistica;

- art. 1. comma 588 della sopracitata Legge n. 197/2022 che, al fine di attivare ulteriori borse di studio per i Medici di Medicina Generale (MMG) che partecipano ai costi di formazione, incrementa di ulteriori 5 milioni di euro il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale cui concorre lo Stato;
- art. 7 comma 6 lettera e) del Decreto Legge n. 73/2024 coordinato con la Legge di conversione n. 107/2024 che decurta di 160,3 milioni di euro il livello finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale cui concorre lo Stato;

Richiamati in particolare l'art. 1 comma 121 della Legge n. 207/2024 contenente disposizioni in materia di trattamento accessorio dei dipendenti pubblici ed i commi da 128 a 131 in relazione ai rinnovi contrattuali per il triennio 2025-2027, con specifico riferimento al comma 129 che dispone per il personale dipendente da amministrazioni, istituzioni ed enti pubblici diversi dall'amministrazione statale, che gli oneri per i rinnovi contrattuali per il triennio 2025-2027 determinati ai sensi dell'art. 1 comma 128 sono da porre a carico dei rispettivi bilanci e che tali disposizioni si applicano anche al personale convenzionato con il SSN (comma 130);

Richiamato l'art. 1, comma 223 e seguenti della Legge n. 213/2023, che ha introdotto una revisione dei tetti della spesa farmaceutica, prevedendo che, a decorrere dall'anno 2024, il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti di cui all'art. 1, comma 398, della Legge 11 dicembre 2016, n. 232, è rideterminato nella misura dell'8,5 per cento. Resta fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali di cui all'art.-1, comma 575, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145. Conseguentemente il limite della spesa farmaceutica convenzionata è rideterminato nel valore del 6,8 per cento a decorrere dall'anno 2024;

Richiamato l'art. 1 commi 218 e 219 della Legge n.213/2023 che autorizzano, al fine di far fronte alla carenza di personale sanitario nelle Aziende e negli Enti del Servizio sanitario nazionale (SSN) nonché di ridurre le liste d'attesa e il ricorso alle esternalizzazioni, incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico e del comparto della sanità operante nelle aziende sanitarie; alla copertura degli oneri indicati, pari complessivamente a 280 milioni di euro (200 milioni per il personale medico e 80 per il personale sanitario del comparto) per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard. Il suddetto art. 1,

al successivo comma 220, dispone altresì che gli importi indicati all'allegato III della L. 213/2023 costituiscono limite di spesa per ciascuna regione e provincia autonoma per le finalità di cui ai commi da 218 a 222. Richiamato altresì l'art. 4 comma 11 del Decreto-Legge n. 202 del 27 dicembre 2024 che autorizza le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nell'anno 2025 ad incrementare, a valere sul livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2025, la spesa per prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto sanità dipendenti dei medesimi Enti e Aziende nel limite degli importi lordi indicati, per ciascuna regione e provincia autonoma, nella tabella 1 allegata al suddetto decreto, pari complessivamente a 143.500.000 euro;

Richiamato altresì il Decreto-Legge n. 34/2020, "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito con modificazioni dalla Legge n. 77/2020, in cui, per l'attuazione delle finalità di cui all'art. 1, commi 4-5-8, ed all'art. 2, comma 10, del D.L. n. 34/2020 (potenziamento assistenza ospedaliera ed assistenza territoriale), sono previste, a decorrere dall'anno 2021, risorse pari a 1.115,713 milioni di euro ripartite alle Regioni e Province Autonome con le Tabelle "Allegato B" e "Allegato C" parti integranti del Decreto-Legge medesimo, in cui si prevede per la Regione Emilia-Romagna un importo pari ad euro 86.521.842,00;

Visto il Decreto 30 dicembre 2022 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze recante "Definizione dei nuovi criteri e dei pesi relativi per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard" che prevede, a decorrere dall'anno 2023, che la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard, ai fini della definizione dei fabbisogni sanitari regionali standard, avvenga applicando i criteri richiamati nell'art. 1 del Decreto in oggetto, secondo le pesature di seguito indicate: il 98,5 per cento delle risorse da ripartire tra le regioni distribuito sulla base dei criteri della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età, applicando il procedimento dettato dai commi dal 5 all'11 dell'art. 27 del Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n. 68; lo 0,75 per cento delle risorse da ripartire tra le regioni è distribuito in base al tasso di mortalità della popolazione (< 75 anni); lo 0,75 per cento delle risorse da ripartire tra le regioni è distribuito in base al dato complessivo risultante dagli indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari, indicati all'art.2. comma 2 dello stesso Decreto (incidenza della povertà relativa individuale, livello di bassa scolarizzazione e tasso di disoccupazione della popolazione);

Richiamato inoltre il Decreto Legislativo n. 118 del 23 giugno

2011 e successive modifiche ed integrazioni, recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", e, in particolare, l'art. 25 che prevede che i Bilanci preventivi economici annuali degli Enti del Servizio Sanitario siano predisposti in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e siano corredati, tra l'altro, dal Piano triennale degli investimenti;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

Visto altresì il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 25 novembre 2024 che dispone l'entrata in vigore dal 30 dicembre 2024 del nuovo nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, ai sensi dell'articolo 8-sexies, commi 5 e 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii.;

Considerato che a tutt'oggi non si è pervenuti in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ad un'Intesa in merito al riparto delle disponibilità finanziarie complessive per l'anno 2025 comprensive della quota relativa al fabbisogno finanziario indistinto, della quota premiale e delle quote di finanziamento vincolate, tra le quali quelle correlate alla realizzazione degli obiettivi di piano sanitario nazionale;

Considerato altresì che, alla luce del sopracitato Decreto 30 dicembre 2022 recante "Definizione dei nuovi criteri e dei pesi relativi per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard", è ragionevole stimare i criteri di riparto del fondo sanitario con riferimento almeno alla quota indistinta;

Valutata la necessità di avviare la programmazione sanitaria regionale per l'anno 2025 fornendo alle Direzioni aziendali le indicazioni ed i riferimenti necessari per formalizzare gli strumenti aziendali di programmazione e per attuare le politiche regionali al fine di assicurare un efficace e tempestivo governo delle risorse disponibili;

Ritenuto opportuno, nelle more della definizione delle risorse complessivamente disponibili a seguito dell'Intesa Stato-Regioni, attenersi, in questa fase previsionale, ad un criterio di prudenza ed impostare una prima programmazione regionale prendendo a riferimento per la definizione del quadro complessivo delle risorse una stima del fabbisogno finanziario indistinto ripartito fra le regioni e province autonome sulla base dei criteri già indicati per l'anno 2023 dal D.M. 30 dicembre 2022 soprarichiamato; stima che per la Regione Emilia-Romagna si attesta in: euro 9.897.392.754,00 quale fabbisogno

standard a finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, con un incremento del 1,8% rispetto al 2024; in euro 78.259.726,00 quale finanziamento vincolato alla realizzazione degli obiettivi prioritari di livello nazionale (importo stimato in misura pari all'anno 2024). A questi si aggiungono 105,3 milioni di euro quale stima, sulla base della medesima quota di accesso 2024, della quota di competenza regionale del Fondo farmaci innovativi (ex art.1, commi 400 e 401 Legge 11 dicembre 2016, n. 232, così come determinato sulla base di quanto previsto dall'art.1 comma 259 della Legge n. 234/2021); fondo unificato, a decorrere dall'anno 2022, ai sensi di quanto previsto dall'art. 35-ter del D.L. n. 73/2021 convertito con modificazioni dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106.

Richiamato altresì l'art. 1 comma 281 della Legge n. 207/2024 che detta disposizioni in materia di farmaci innovativi, antibiotici reserve, agenti anti-infettivi per infezioni da germi multiresistenti e farmaci ad innovatività condizionata e, in particolare, l'art. 1 comma 283 che dispone che le risorse del Fondo istituito ai sensi del citato art. 1, comma 401, della Legge n. 232/2016, sono finalizzate a favorire l'accesso a farmaci innovativi in specifiche indicazioni terapeutiche relative a malattie o condizioni patologiche gravi a medio-basso impatto epidemiologico, nonché l'art. 1 comma 284 della citata Legge n. 207/2024 che prevede che le risorse del Fondo di cui all'art. 1 comma 283 della medesima Legge non impiegate confluiscono nella quota di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato;

Considerato altresì che le risorse che deriveranno dai meccanismi del pay-back farmaceutico verranno inserite nella programmazione delle risorse in relazione agli effettivi incassi che si realizzeranno in corso d'anno;

Valutato pertanto, nelle more della definizione delle risorse complessivamente disponibili a seguito dell'Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, di quantificare, in questa fase previsionale, le risorse 2025 a disposizione del SSR in misura pari ad euro 9.908.996.650,00, al netto delle entrate proprie correnti, e già comprensive delle risorse già messe a disposizione dall'art. 1 commi da 218 a 222 della Legge n. 213/2023, pari a 21.084.000,00 per la Regione Emilia-Romagna (come da Allegato III della medesima Legge n. 213/2023) e dall'art. 4 comma 11 del Decreto-Legge n. 202 del 27 dicembre 2024, pari a 10.809.100,59;

Atteso altresì che a seguito del perfezionamento dell'Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, questa Giunta provvederà, con successivo atto deliberativo, a determinare in via definitiva il finanziamento delle Aziende sanitarie a carico del SSR;

Considerato che, in riferimento ai rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato, i trascinamenti a regime

del contratto 2016-2018, unitamente agli oneri da corrispondere nell'anno 2025 per il triennio contrattuale 2019-2021 e agli importi da accantonare nel 2025 per la copertura degli oneri dei rinnovi contrattuali per il triennio 2022-2024 (in misura pari al 5,78%, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 commi 29-31 della Legge di bilancio 2024) e per il triennio 2025-2027 (in misura pari al 1,8%, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 comma 128 della Legge n. 207/2024) comprensiva dell'Indennità di vacanza contrattuale IVC 2025-2027 da erogarsi in corso d'anno (art. 1 comma 128 cit.), unitamente alle disposizioni di cui all'art. 1 commi 121, 323, 352 e 352 della suddetta Legge n. 207/2024 in materia, rispettivamente, di trattamento accessorio, di incremento dell'indennità di pronto soccorso e di ulteriori indennità, ammontano complessivamente ad oltre 723 milioni di euro, con un incremento rispetto alla programmazione 2024 di 123 milioni di euro;

Evidenziato che l'anno 2025 si presenta particolarmente critico, come riportato anche dal Parere sul Documento di Finanza Pubblica 2025 espresso dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome (prot. 25/51/CU01/C2) per cui *"La spesa sanitaria è prevista in incremento del 3,6% rispetto al 2024. Tuttavia, il Fondo Sanitario Nazionale aumenta solo dell'1,8%, da 134,017 miliardi a 136,516 miliardi. La quota indistinta del Fondo Sanitario Nazionale aumenta solo dell'1,61%, passando da 128,600 miliardi a 130,669 miliardi. Questo incremento limitato del Fondo Sanitario Nazionale rispetto alla crescita complessiva della spesa sanitaria rappresenta una sfida significativa per le Regioni, che devono gestire l'aumento dei costi senza un corrispondente aumento delle risorse disponibili"*;

Considerato che le previsioni di incremento della spesa sanitaria in misura ben superiore all'aumento del livello di finanziamento sono da ascrivere ai notevoli incrementi attesi per una maggior spesa farmaceutica ospedaliera per continuare a garantire l'attuale livello assistenziale e la presa in carico dei pazienti, della spesa farmaceutica convenzionata dovuto all'applicazione di previsioni contenute nella Legge di Bilancio 2024 (Legge n. 213/2023) che hanno avuto impatto solo su alcuni mesi del precedente anno, per gli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali per il triennio 2025-2027 (1,8%) inclusa la corresponsione dell'Indennità di vacanza contrattuale 2025-2027 (art. 1 comma 128 Legge n. 207/24), dall'applicazione delle misure contenute nell'art. 1 comma 121 (incremento del trattamento accessorio), commi 323, 352-353 della Legge di bilancio 2025 (Incremento indennità di pronto soccorso e di altre indennità del personale dipendente) che sono a valere sul livello di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, così come il trascinarsi sul 2025 degli oneri connessi al rinnovo del contrattuale 2022-2024 (5,78%). A ciò si aggiunga l'impatto dal 2025 del nuovo nomenclatore tariffario per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica entrato in vigore il 30 dicembre 2024 (D.M.

25.11.24) ed il permanere di rilevanti costi energetici ed inflattivi;

Considerato altresì che l'incremento atteso dei costi per rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato e per costi energetici non è compensato da un analogo incremento del finanziamento a livello nazionale a copertura dei maggiori costi che si prevede sostenere, alla luce anche del fatto che il riparto delle risorse a livello nazionale fra le regioni avviene sulla base dei criteri indicati dal D.M. 30 dicembre 2022 sopracitato (al 98,5% a quota capitaria per popolazione residente) e non tiene conto delle peculiarità degli assetti organizzativi dei servizi sanitari regionali (costi effettivi sostenuti);

Valutato, nelle more della definizione di un quadro finanziario certo per l'anno 2025 disponibile solo a seguito dell'Intesa Stato-Regioni sul riparto delle disponibilità finanziarie complessive, che le Aziende sanitarie devono impostare la propria programmazione a valere sulle risorse complessivamente rese disponibili nell'anno 2025 con riferimento alla quota indistinta, valorizzando al contempo economie di spesa e obiettivi di appropriatezza, funzionali alla sostenibilità del sistema per l'anno in corso;

Ritenuto di determinare il volume stimato di finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025 in **9.908,997** milioni di euro come dettagliato nella Tabella 1 allegata, parte integrante del presente provvedimento;

Preso atto di quanto comunicato dai responsabili di settore in ordine alla determinazione degli obiettivi da porre alle direzioni aziendali in ordine alla programmazione per l'anno 2025, riepilogati negli allegati della presente delibera;

Dato atto che gli obiettivi di cui rispettivamente agli Allegati A "Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025 - Indicazioni per la Programmazione annuale delle Aziende Sanitarie" e B "Il quadro degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2025", parti integranti e sostanziali della presente delibera, sono assegnati a tutti i titolari di incarico di Direttore Generale e di Commissario Straordinario delle Aziende del SSR e degli Enti del SSR nel corso dell'anno 2025;

Accertato che questa Giunta ha designato i Direttori Generali e Commissari straordinari delle Aziende sanitarie e degli Enti del SSR (con le DGR n. 65/2025, 66/2025, 67/2025, 68/2025, 69/2025, 70/2025, 71/2025, 72/2025, 73/2025, 74/2025, 75/2025, 1516/2023, 1292/2022) provvedendo contestualmente ad assegnare gli obiettivi di mandato che:

- sono stati formulati sulla base del Programma di mandato di questa Giunta Regionale per la corrente legislatura, che contiene le fondamentali linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale;

- sono distinti, coerentemente con la normativa statale vigente, in obiettivi di salute ed assistenziali ed in obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi;
- costituiscono indicazioni di carattere strategico che verranno riprese ed ampliate dalla programmazione annuale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, che ne fissa i contenuti di dettaglio;
- le misure e le modalità di attuazione sono verificati da questa Giunta regionale, nella consapevolezza che il mancato conseguimento di alcuni obiettivi prioritari comporta la risoluzione del rapporto contrattuale del Direttore Generale/Commissario Straordinario;

Dato atto che, tra gli obiettivi prioritari che comportano la risoluzione del rapporto contrattuale del Direttore Generale e del Commissario Straordinario, figurano: la sostenibilità ed il governo dei servizi, l'impegno al raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari annualmente definiti dalla programmazione sanitaria regionale e al rispetto del vincolo di bilancio assegnato;

Dato altresì atto che, in applicazione dell'art. 1, comma 5, del D.P.C.M. 19 luglio 1995 n. 502 e successive modificazioni, i contratti stipulati con i singoli Direttori generali e Commissari Straordinari delle Aziende sanitarie regionali e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli prevedono l'erogazione di un trattamento economico variabile in relazione al raggiungimento di specifici risultati da determinarsi entro il limite massimo previsto dal suddetto D.P.C.M. 19 luglio 1995 n. 502 e ss.mm.ii.;

Stabilito pertanto che il limite massimo sopra richiamato si applica a tutti i Direttori Generali e ai Commissari Straordinari incaricati;

Considerato che il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente costituisce per le direzioni aziendali specifico obiettivo e che, in caso di mancato rispetto, opera l'art. 1, comma 865, della Legge n. 145 del 30.12.2018 e che la quota dell'indennità di risultato condizionata all'obiettivo è pari al 30%;

Dato atto che, già a partire dal mese di febbraio 2025, con nota prot. 21/02/2025.0177025.U la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare ha proceduto a fornire indicazioni per la predisposizione delle prime stime previsionali e a porre obiettivi in capo alle Aziende per ottimizzare la struttura dei costi aziendali e presidiare con tempestività l'andamento della gestione aziendale;

Valutata pertanto l'esigenza di impegnare nell'anno 2025 le Direzioni delle Aziende sanitarie regionali:

- nella predisposizione degli strumenti di programmazione aziendale dell'anno 2025 coerenti con i documenti

"Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025 - Indicazioni per la Programmazione annuale delle Aziende Sanitarie" e "Il quadro degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2025", rispettivamente Allegato A e Allegato B parti integranti e sostanziali della presente delibera, che rappresentano il quadro degli obiettivi cui sono impegnate le Direzioni aziendali nell'anno 2025, rispetto ai quali saranno operate le valutazioni e assunti i conseguenti provvedimenti a livello regionale;

- a tal fine, considerato che ciascuna Azienda, alle condizioni date, ossia in assenza di un sensibile incremento dei finanziamenti a livello nazionale, è prevedibile maturi un risultato mensile di gestione potenzialmente significativamente negativo, si ritiene, alla stregua di quanto già previsto dalla propria delibera n. 407/2022 recante "Prime indicazioni sulla programmazione 2022 per le Aziende del SSR" (pagine 6 e 7 e punto 5 del dispositivo), di continuare ad impegnare le Direzioni a mettere in campo ogni intervento utile a contenere i costi di sistema, con interventi di ottimizzazione dei costi stessi, senza che ciò incida sulle aree di attività direttamente interessate dalle dinamiche relative alla erogazione dei livelli essenziali di assistenza ed al recupero delle liste di attesa, nel rispetto degli accordi sottoscritti con le OO.SS. nell'ambito del Patto per il Lavoro e per il clima. Alla luce di quanto previsto dalla citata D.G.R. n. 407/2022 detti interventi saranno sottoposti a verifica bimestrale, al fine di verificare la sostenibilità complessiva di sistema;
- nel presidiare costantemente l'andamento della gestione economico-finanziaria aziendale;
- nella partecipazione al sistema di monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali, come previsto dalla sopra richiamata delibera n. 407/2022;
- nel complessivo governo dell'Azienda sanitaria e nel raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di mandato, tenuto conto altresì delle azioni previste per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza(PNRR);

Considerato in particolare che, in riferimento all'attuazione del PNRR - Missione 6 Salute, con le proprie delibere n. 219 del 21 febbraio 2022 e n. 811 del 23 maggio 2022 sono state assegnate alle Aziende sanitarie le risorse per la realizzazione degli investimenti e sono stati approvati i relativi interventi e che il quadro programmatico 2025 di cui all'Allegato B del presente provvedimento tiene conto degli obiettivi correlati all'attuazione degli interventi previsti dal PNRR;

Richiamata la propria delibera n. 705/2015, con la quale, al fine di rafforzare i principi di imparzialità, trasparenza e terzietà dei processi di valutazione dei Direttori generali

delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario Regionale, sono state ampliate le competenze dell'Organismo indipendente di valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale (OIV-SSR), già definite con D.G.R. n. 334/2014, includendo anche "la valutazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali, ivi compresa quella relativa ai Direttori generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale" e specificando che l'istruttoria del processo di valutazione rimane in carico alla competente Direzione Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione (ora Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare), alla luce delle disposizioni contenute nel Regolamento regionale 1° aprile 2019, n. 2 "Regolamento per il funzionamento degli organismi indipendenti di valutazione della Regione Emilia-Romagna e degli enti del sistema delle amministrazioni regionali" e di quanto indicato nella Determina della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 2161/2024;

Visto l'art. 1, commi 567-568 della Legge 23 dicembre 2014, n. 190, che prevede, tra l'altro:

- che l'accertamento da parte della Regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il Direttore Generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso;
- che la verifica del conseguimento, da parte dei Direttori Generali, degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario ed è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;

Richiamata altresì l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 (Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019) e in particolare la scheda 2 "Garanzia dei LEA" in cui Governo e Regioni convengono nell'individuare nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) lo "strumento di misurazione che, attraverso l'attribuzione di punteggi relativi ad un set di indicatori, è in grado di evidenziare le situazioni di garanzia dei LEA così come le eventuali criticità che possono determinare carenze della Regione nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia a livello complessivo sia a livello di singole aree assistenziali, comprendendo tra le criticità la presenza di grandi variabilità infra-regionali.";

Visto il Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 recante "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" in cui si individua, all'art. 2, comma 4, il sotto-insieme di indicatori da utilizzare per

valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA, a partire dal 1° gennaio 2020;

Preso atto che le valutazioni del sottoinsieme di indicatori di cui all'art. 2, comma 4, del citato D.M. del 12 marzo 2019 costituiscono parte integrante del sistema di verifica degli adempimenti cui sono tenute le regioni per accedere alla quota integrativa prevista dall'art. 2, comma 68, della Legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del Decreto-Legge n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012;

Viste le proprie delibere:

- n. 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal D.M. Salute 70/2015";
- n. 273/2016 "Approvazione sistema di remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati provvisoriamente e/o definitivamente";
- n. 2128/2016 "Case della salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina di iniziativa";
- n. 272/2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella regione Emilia-Romagna";
- n. 365/2017 "I° provvedimento attuativo nell'ambito dell'assistenza territoriale del DPCM 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 - S.O. N.15";
- n. 603/2019 "Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021";
- n. 2075/2018 "Rimodulazione delle modalità di compartecipazione alle prestazioni di assistenza sanitaria nella Regione Emilia - Romagna";
- n. 2076/2018 "Revisione delle modalità di compartecipazione alle prestazioni di assistenza sanitaria a favore delle famiglie con almeno 2 figli a carico";
- n. 1844/2018 "Assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici: percorsi organizzativi e clinico-assistenziali. Linee di indirizzo regionali", con cui sono state fornite alle Aziende sanitarie indicazioni alla luce della ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017);
- n. 344/2020 "Recepimento dell'Accordo Quadro tra Regione Emilia-Romagna e l'Associazione Italiana di Ospedalità privata (AIOP)-Sezione Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti finalizzati al coinvolgimento degli ospedali privati

accreditati nella rete ospedaliera regionale della gestione dell'emergenza COVID-19";

- n. 368/2020 "Prime disposizioni inerenti la realizzazione del programma Covid-19 intensive care dell'Emilia-Romagna";
- n. 404/2020 "Primi provvedimenti per il riavvio dell'attività sanitaria programmata in corso di emergenza covid-19. Modifica alla deliberazione di giunta regionale n. 368/2020";
- n. 469/2020 "Approvazione delle linee di indirizzo sulle politiche del personale delle Aziende ed Enti del SSR di cui ai verbali di confronto sottoscritti ai sensi dei vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro del personale del SSN, in materia di stabilizzazione del personale precario, di allocazione delle risorse che finanziano il trattamento accessorio e di individuazione degli strumenti utilizzabili per il riconoscimento del maggiore impegno correlato all'emergenza epidemiologica covid-19";
- n. 583/2020 "Modifiche ad alcune indicazioni contenute nell'allegato b "Linee guida riattivazione dei servizi" della deliberazione n.404/2020";
- n. 677/2020 "Emergenza pandemica Covid-19 - Disposizioni in ordine al piano di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera di cui all' art. 2 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34";
- n. 815/2020 "Approvazione dei verbali di confronto sottoscritti ai sensi dei vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro del personale del SSN, relativi ai criteri di riparto e di finalizzazione delle risorse stanziati dal D.L. 34/2020 ad integrazione dei fondi contrattuali di finanziamento del trattamento economico accessorio del personale dipendente delle aziende ed enti del SSR";
- n. 1541/2020 "Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e l'Associazione italiana di ospedalità privata (AIOP) - sezione Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere - 2020;
- n. 1793/2020 "Misure per l'attuazione degli interventi di assistenza territoriale per far fronte alla pandemia da Sars-Cov-2, ai sensi dell'art. 1 del D.L. n. 34/2020 convertito con la L. n. 77/2020 e approvazione del "Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa" ai sensi dell'art. 29 D.L. n.104/2020";
- n. 1875/2020 "Adegamenti alle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera e residenziale sanitaria in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna di cui alla deliberazione di giunta regionale n. 1673/2014";
- n. 94/2021 "Approvazione delle linee generali di indirizzo sulle materie oggetto di confronto regionale ai sensi dell'art. 6 del CCNL dell'area dirigenziale sanità sottoscritto il 19 dicembre 2019";

- n. 529/2021 "Approvazione dei verbali di confronto sottoscritti con le organizzazioni sindacali regionali, ai sensi dei vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro del personale del SSN, relativi ai criteri di riparto e di finalizzazione delle risorse stanziati dalla legge n. 178/2020 ad integrazione dei fondi contrattuali di finanziamento del trattamento economico accessorio del personale dipendente delle aziende ed enti del SSR";
- n. 819/2021 "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR";
- n. 856/2021 "Ridefinizione misure straordinarie per emergenza Covid-19 nei servizi socio-sanitari";
- n. 219/2022 "PNRR missione 6 salute - Assegnazione alle aziende sanitarie ed enti del SSR delle risorse per la realizzazione degli investimenti ed approvazione dei relativi interventi";
- n. 251/2022 "Approvazione Del Piano Strategico Operativo di risposta a una pandemia influenzale della Regione Emilia-Romagna";
- n. 486/2022 "Disposizioni in merito alla cessazione dello stato di emergenza da Covid-19 nei Servizi Socio-Sanitari";
- n. 647/2022 Aggiornamento misure straordinarie legate al Covid-19 nei servizi socio-sanitari";
- n. 811/2022 "PNRR missione 6 salute componente 1 e 2: aggiornamento dell'elenco degli interventi di cui alla propria delibera n. 219/2022 e approvazione del piano operativo regionale";
- n. 886/2022 "Nuove disposizioni operative in materia di accreditamento delle strutture sanitarie in attuazione della L.R. 22/2019";
- n. 1240/2022 "Verbale di intesa tra la Regione Emilia-Romagna, Direzione generale cura della persona, salute e welfare e le Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale per la definizione di misure eccezionali e temporanee per la garanzia dell'erogazione dell'assistenza primaria";
- n. 1362/2022 "Approvazione del verbale di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale per il settore dell'emergenza sanitaria territoriale";
- n. 262/2023 "Approvazione, a seguito di confronto regionale, del piano di riparto tra le Aziende e gli Enti del servizio sanitario regionale delle risorse di cui all'art. 1, comma 293, della legge n. 234/2021, dirette a riconoscere le particolari condizioni di lavoro svolto dal personale del comparto assegnato ai servizi di pronto soccorso. assegnazione delle relative risorse alle aziende sanitarie;

- n. 647/2023 "Direttiva relativa ai criteri di programmazione della committenza di prestazioni aggiuntive da parte del personale medico in funzione della garanzia dei livelli di assistenza nei servizi di emergenza-urgenza del sistema sanitario regionale, in applicazione dell'art. 20 della legge regionale n. 23 del 2022";
- n. 675/2023 "Approvazione protocollo di intesa tra Regione Emilia-Romagna e l'associazione italiana di ospedalità privata (AIOP) - sezione Emilia-Romagna - per la regolamentazione dei rapporti economici finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere per l'anno 2023;
- n. 878/2023 "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna a decorrere dal 1.07.2023";
- n. 990/2023 "Linee guida per la predisposizione del piano integrato di attività e organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR";
- n. 1206/2023 "Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia Romagna - prima fase attuativa -anno 2023";
- n. 124/2024 "Approvazione dei centri di eccellenza, di riferimento e di coordinamento della rete regionale per le malattie rare, di cui all'intesa della conferenza stato-regioni del 9 novembre 2023;
- n. 620/2024 "Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi d'attesa: prima fase attuativa";
- n. 702/2024 "Assegnazioni alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna a copertura degli oneri anni 2019-2023 per il rinnovo contrattuale dell'Area dirigenziale della Sanità del Servizio Sanitario Regionale per il triennio 2019-2021 siglato il 23.01.2024";
- n. 1162/2024 "Assegnazione e concessione del finanziamento di cui al DM 23 gennaio 2023 nell'ambito del Sub-investimento M6-C1-1.2.1. «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) a titolo di contributo degli oneri complessivi per il rafforzamento delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare. CUP E49G23000270007";
- n. 1619/2024 "Assegnazione alle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna delle risorse a concorso della copertura degli oneri anni 2019-2023 e anno 2024 del personale convenzionato con il SSR (AA.CC.NN. triennio 2019-2021) e a copertura degli oneri anni 2019 - 2023 derivanti dall'applicazione dell'art. 1, commi 526-528, legge n. 145/2018";
- n. 1931/2024 "Assegnazioni alle Aziende sanitarie delle risorse a concorso degli oneri anni 2019-2024 per i rinnovi

contrattuali della Dirigenza amministrativa, tecnica e professionale del SSR -Triennio 2019-2021, delle risorse a copertura degli oneri anno 2023 art. 1, cc. 435 e 435 bis, L. N. 205/2017 (comprehensive delle risorse calcolate a montante anni 2019-2022) e delle risorse a copertura degli oneri anni 2022-2024 art. 1, c. 293, L. N. 234/2021 e s.m.i. in applicazione della D.G.R. n. 1190/2024”;

- n. 1984/2024 “PNRR M6 C2 - Investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province Autonome". Annualità 2024. Concessione e impegno delle risorse a favore delle Aziende sanitarie e contestuale accertamento”;
- n. 2030/2024 “Assegnazione ad Aziende USL della Regione Emilia-Romagna delle risorse a concorso degli oneri anni 2019-2023 per i medici pediatri di libera scelta (ACN Triennio 2019-2021)”;
- n. 2223/2024 “PNRR M6 C2 - Investimento 1.3.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione "Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali". Assegnazione, concessione di nuove risorse PNRR a favore delle Aziende sanitarie. CUP diversi”;
- n. 2355/2024 “PNRR M6 C2 Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.2 Grandi apparecchiature sanitarie: DGR n. 2380/2022 e n. 2350/2023 concessione ed impegni di spesa di ulteriori risorse con contestuale accertamento dell'entrata. CUP nell'elenco allegato”;
- n. 390/2025 “Introduzione misure di compartecipazione alla spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale e modifica delle disposizioni inerenti all'esenzione dal ticket delle prime visite per le famiglie con almeno due figli a carico di cui alla D.G.R. n. 2076 del 03/12/2018”;

Viste:

- la L.R. 31/03/2025, n. 2 “Disposizioni collegate alla Legge regionale di Stabilità per il 2025”;
- la L.R. 31/03/2025, n. 3 “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025-2027 (Legge di Stabilità regionale 2025)”;
- la L.R. 31/03/2025, n. 4 “Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna 2025-2027”;
- la delibera di Giunta regionale n. 470 del 01/04/2025 “Approvazione del Documento tecnico di accompagnamento e del Bilancio finanziario gestionale di previsione della Regione Emilia-Romagna 2025-2027”;

Richiamate:

- la L.R. n.9/2018 "Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle Aziende sanitarie e Gestione Sanitaria Accentrata. Abrogazione della Legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50, e del Regolamento regionale 27 dicembre 1995, n. 61. Altre disposizioni in materia di organizzazione del Servizio Sanitario Regionale" e ss.mm.ii.;
- la L.R. n. 19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria";
- la L.R. n. 22/2019 "Nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Abrogazione della legge regionale n. 34 del 1998 e modifiche alle leggi regionali n. 2 del 2003, n. 29 del 2004 e n. 4 del 2008";

Ritenuto, alla luce di quanto sopra rappresentato e nelle more della definizione dell'Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni sul riparto del complesso delle disponibilità finanziarie per l'anno 2025, che la programmazione sanitaria regionale dell'anno 2025 possa ragionevolmente essere impostata sulla base di un volume complessivo di risorse pari a **9.908,997** milioni di euro e che si proceda, in questa sede, al riparto delle risorse disponibili tra le diverse linee di finanziamento; a queste risorse si aggiungono le risorse stanziare a carico del bilancio regionale;

Considerato che, per definire il complessivo livello delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale per il 2025, è necessario tenere anche conto del presumibile acconto sul saldo attivo per la remunerazione delle prestazioni rese in regime di mobilità interregionale, ad oggi non ancora disponibile, e pertanto stimato in misura analoga all'anno 2024 (525,4 milioni di euro), nonché delle entrate dirette delle Aziende sanitarie, a fronte di prestazioni rese, risorse che, pur concorrendo alla copertura della complessiva spesa sanitaria regionale, dovranno essere contabilizzate nei bilanci aziendali in relazione alle prestazioni e ai servizi effettivamente resi in corso d'anno;

Richiamata al riguardo la deliberazione n. 390/2025 "Introduzione misure di compartecipazione alla spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale e modifica delle disposizioni inerenti all'esenzione dal ticket delle prime visite per le famiglie con almeno due figli a carico di cui alla D.G.R. n. 2076 del 03/12/2018" e di cui le Aziende sanitarie dovranno tener conto nei rispettivi bilanci;

Dato atto che le linee guida per la predisposizione del PIAO nelle aziende del SSR, adottate con DGR n. 990/2023, contengono anche specifici indirizzi in merito al Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP), che si configura quale strumento di programmazione attuativo delle scelte strategiche contenute nel PIAO, e al percorso procedurale per la sua approvazione; in

particolare essa dispone che il PTFP adottato in via provvisoria dalla Aziende ed Enti del SSR è approvato dal Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, valutata la sua coerenza con le linee di indirizzo di cui al D.M. 8 maggio 2018, con le indicazioni operative regionali e con i contenuti della programmazione regionale;

Ritenuto opportuno modificare gli indirizzi prima richiamati prevedendo, al fine di garantire un migliore livello di omogeneità nelle modalità delle verifiche regionali sugli strumenti di programmazione delle Aziende ed Enti del SSR, che il PTFP adottato in via provvisoria sia approvato dalla Giunta regionale, in sede di approvazione dei bilanci preventivi economici;

Visti:

- gli articoli 2 "Programmazione economico finanziaria del SSR" e 3 "Criteri di finanziamento del SSR e dell'integrazione socio-sanitaria" della Legge Regionale n. 9/2018;
- la Legge Regionale n. 29 del 23 dicembre 2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale" che all'articolo 3, comma 2 stabilisce che le Aziende USL siano finanziate dalla Regione in relazione ai livelli essenziali di assistenza, secondo criteri di equità e trasparenza, in base alla popolazione residente nel proprio ambito territoriale, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi;

Dato atto che, alla luce dell'andamento effettivo di alcuni fattori della produzione che saranno monitorati in corso d'anno, e del livello effettivo delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale per il 2025 in ragione dell'Intesa Stato-Regioni sul riparto delle disponibilità finanziarie per l'anno 2025, questa Giunta si riserva di definire eventuali ulteriori politiche di sistema e/o ulteriori manovre di sostegno alle aziende sanitarie;

Acquisito il parere della Commissione Assembleare "Politiche per la salute e politiche sociali" espresso in data 17/06/2025 con protocollo n. PG/2025/17661, ai sensi della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29, art. 6, comma 1 e s.m.i.;

Richiamati:

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii., e in particolare l'art. 22;
- la Legge 13 agosto 2010, n. 136, avente ad oggetto "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" e la determinazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di

lavori, servizi e forniture del 7 luglio 2011, n. 4, recante "Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136", aggiornata con le delibere ANAC n. 556 del 31 maggio 2017 e n. 371 del 27 luglio 2022;

- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43, "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e ss.mm.ii.;

Richiamate le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni;

Richiamate altresì le proprie delibere:

- n. 325 del 7 marzo 2022 "Consolidamento e rafforzamento delle capacità amministrative: riorganizzazione dell'ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale", che ha modificato l'assetto organizzativo delle Direzioni generali e delle Agenzie e istituito i Settori a decorrere del 01/04/2022;
- n. 1615 del 28/09/2022 "Modifica e assestamento degli assetti organizzativi di alcune Direzioni Generali/Agenzie della Giunta regionale";
- n. 2077 del 27/11/2023 "Nomina del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza";
- n. 2317 del 22 dicembre 2023 "Disciplina organica in materia di organizzazione dell'ente e gestione del personale. aggiornamenti in vigore dal 1° gennaio 2024";
- n. 2319 del 22/12/2023 "Modifica degli assetti organizzativi della Giunta regionale. Provvedimenti di potenziamento per fare fronte alla ricostruzione post alluvione e indirizzi operativi";
- n. 157 del 29 gennaio 2024 "Piano integrato delle attività e dell'organizzazione 2024-2026. Approvazione" e succ. mod.;
- n. 876 del 20/05/2024 "Modifica dei macro-assetti organizzativi della Giunta Regionale";
- n. 1639 del 08/07/2024 "Modifica dei macro-assetti organizzativi della Giunta Regionale";
- n. 2376 del 23/12/2024 "Disciplina organica in materia di organizzazione dell'Ente e gestione del personale. Aggiornamenti in vigore dal 1° gennaio 2025";
- n. 279 del 27/02/2025 "Conferimento incarico di Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare a dirigente regionale";

Richiamate infine le seguenti determinazioni dirigenziali:

- n. 2335 del 09 febbraio 2022, recante "Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto legislativo n. 33 del 2013. Anno 2022";
- n. 6229 del 31 marzo 2022, recante "Riorganizzazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Istituzione aree di lavoro. Conferimento incarichi dirigenziali";
- n. 7162 del 15 aprile 2022, recante "Ridefinizione dell'assetto delle Aree di lavoro dirigenziali della Direzione Generale Cura della Persona ed approvazione di alcune declaratorie";
- n. 28254 del 30/12/2024 recante "Conferimento di incarico dirigenziale presso la Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare";

Dato atto che il Responsabile del procedimento nel sottoscrivere il parere di legittimità, attesta di non trovarsi in situazioni di conflitto, anche potenziali, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

1. di determinare il volume complessivo di risorse a finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025, per le considerazioni in premessa esposte e qui integralmente richiamate, in **9.908,997** milioni di euro, come dettagliato nella Tabella 1 allegata, parte integrante del presente provvedimento;
2. di destinare le risorse complessivamente disponibili, come di seguito riportato:
 - **8.328,314** milioni di euro vengono destinati al finanziamento dei Livelli di assistenza; il riparto tra le Aziende sanitarie avviene: a quota capitaria, per funzioni e progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento; nella cifra di cui sopra è ricompresa la quota a finanziamento del FRNA a carico del FSR (316,998 per politiche a favore della popolazione anziana e 93,392 a favore della popolazione affetta da disabilità); sono inoltre compresi euro 56,042 milioni a finanziamento dell'Agenzia per la Prevenzione, l'Ambiente e l'Energia dell'Emilia-Romagna (ARPAE) per l'erogazione dei livelli essenziali assistenza afferenti all'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro;

- **138,513** milioni di euro finanziano l'integrazione alla quota capitaria delle Aziende Usl e garantiscono sostegno all'equilibrio economico-finanziario aziendale;
- **75,910** milioni di euro sono riservati al finanziamento del Sistema integrato Servizio Sanitario Regionale - Università;
- **250,126** milioni di euro finanziano la qualificazione dell'assistenza ospedaliera delle Aziende Ospedaliere-Universitarie e degli IRCCS, e garantiscono il sostegno all'equilibrio economico-finanziario aziendale;
- **46,645** milioni di euro sono destinati al finanziamento delle strutture e delle funzioni regionali e dell'innovazione; sono ricompresi 3,5 milioni per le iniziative di cui alla Legge Regionale n.19/2018 in materia di prevenzione;
- **1.069,489** milioni di euro comprendono:
 - 10,000 milioni di euro destinati al Fondo risarcimento danni da responsabilità civile per far fronte ai risarcimenti assicurativi di seconda fascia (sinistri oltre la soglia di 250.000 euro) per le Aziende partecipanti al "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie";
 - 105,3 milioni di euro destinati al finanziamento dei costi per l'acquisizione dei farmaci innovativi, ai sensi dall'art. 1 commi 281-284 della Legge n. 207/2024;
 - 41,407 milioni di euro costituiscono il Fondo regionale a finanziamento dei costi per i fattori della coagulazione del sangue per il trattamento di pazienti emofilici;
 - 37,901 milioni sono destinati al finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2025 relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009;
 - 6,450 milioni sono destinati alla copertura finanziaria dell'impatto delle variazioni in tema di mobilità infra-regionale;
 - 723,588 milioni di euro sono destinati al finanziamento degli oneri contrattuali del personale dipendente e convenzionato derivanti dalla sottoscrizione dei contratti 2016-2018, 2019-2021, alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo contrattuale 2022-2024, nonché per la corresponsione dell'indennità di vacanza contrattuale IVC 2022-2024, al fine di dar seguito alle misure indicate nella legge di bilancio 2024 (art. 1, commi 27 e 28), al rinnovo contrattuale 2025-2027 e per la corresponsione dell'indennità di vacanza contrattuale IVC 2025-2027 (art. 1, comma 128 della Legge 207/2024) e

attuazione misure di cui agli art. 1 c. 121, 323, 352-353 l. 207/24;

- 31,8 milioni di euro a copertura delle misure disposte dall'art. 1 commi 218-220 della Legge di bilancio 2024 e dall'art. 4 comma 11 del D.L. n. 202/24;
- 13 milioni di euro sono destinati ad un fondo di sostegno per eventuali interventi urgenti e indifferibili che potrebbero essere sostenuti in corso d'anno dalle aziende sanitarie, come previsto dalla D.G.R. n. 1980/2022;
- 99,950 milioni di euro restano accantonati a copertura degli oneri connessi al trasferimento in capo al SSN delle certificazioni INAIL e alle politiche nazionali in tema di RIA, nonché per fronteggiare eventuali esigenze si dovessero riscontrare in corso d'anno rispetto alle linee di finanziamento definite con la presente delibera;

3. di definire in questa sede il riparto delle risorse a favore delle Aziende del SSR, con le modalità e secondo gli importi definiti nel documento Allegato A "Finanziamento del Servizio Sanitario regionale e delle Aziende per l'anno 2025" parte integrante e sostanziale della presente delibera (Tabelle A2 e A3);
4. di disporre che i documenti "Finanziamento del Servizio Sanitario regionale e delle Aziende per l'anno 2025" e "Il quadro degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2025", rispettivamente Allegato A e Allegato B, parti integranti e sostanziali della presente delibera, rappresentano il quadro degli obiettivi cui sono impegnate le Direzioni aziendali nell'anno 2025, rispetto ai quali saranno operate le valutazioni e assunti i conseguenti provvedimenti a livello regionale; a tali obiettivi è correlata la corresponsione dei compensi aggiuntivi di cui all'art. 1, comma 5, al D.P.C.M. 15 luglio 1995, n. 502 e ss.mm.ii., previsti dai contratti stipulati con i singoli Direttori Generali/Commissari Straordinari delle Aziende sanitarie e dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli;
5. di vincolare in questa sede una quota pari al 30% dell'indennità di risultato al rispetto degli obiettivi inerenti alla garanzia della sostenibilità economica e alla promozione dell'efficienza operativa (inclusa l'attuazione del PNRR) e dell'innovazione ed una quota pari all'70% agli obiettivi inerenti alla promozione dei Livelli Essenziali di Assistenza (riservando una quota del 30% a quelli inerenti il rispetto dei tempi di attesa e l'accesso in ambito specialistico ambulatoriale e di ricoveri), come dettagliati nell'Allegato B del presente provvedimento, demandando alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare gli elementi di dettaglio e le specifiche per singole Aziende, nonché la determinazione dei criteri e delle modalità operative con le quali verrà effettuata la valutazione dei

Direttori Generali/Commissari Straordinari, alla luce delle disposizioni contenute nel Regolamento regionale n. 2/2019 relativo alle funzioni attribuite all'Organismo Indipendente di Valutazione per il SSR e di quanto indicato nella Determina della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 2161/2024;

6. che il rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato costituisce obiettivo ai fini dell'accesso all'indennità di risultato;
7. che il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente costituisce per le direzioni aziendali specifico obiettivo; in caso di mancato rispetto opera l'art. 11, comma 865, della Legge n. 145/2018; la quota dell'indennità di risultato condizionata all'obiettivo è pari al 30%;
8. di modificare la disciplina regionale relativa al percorso procedurale per l'approvazione regionale del Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del SSR di cui alla propria precedente delibera n. 990/2023, stabilendo che il Piano triennale dei fabbisogni del personale adottato in via provvisoria dalle Aziende sanitarie in sede di adozione dei bilanci economici preventivi sia approvato dalla Giunta regionale contestualmente all'approvazione dei bilanci economici preventivi;
9. di stabilire che le Direzioni delle Aziende sanitarie regionali e dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli il Bilancio preventivo economico dell'anno 2025, integrato dal Piano degli investimenti 2025-2027, secondo quanto previsto dall'art. 25 del D.Lgs. n. 118/2011 e dall'art. 7 della L.R. n. 9/2018 e ss.mm.ii., e nel rispetto delle linee di indirizzo definite nei documenti richiamati al precedente punto 4;
10. di definire che la verifica dell'andamento della gestione aziendale, rispetto all'obiettivo economico finanziario assegnato, debba essere ordinariamente effettuata con cadenza bimestrale, come previsto dal punto 5 del dispositivo della delibera n. 407/2022; ove necessario, le Aziende sanitarie dovranno mettere in atto azioni di rientro, da realizzarsi, entro la chiusura dell'esercizio;
11. che si provvederà alle ulteriori pubblicazioni previste dal Piano integrato delle attività e dell'organizzazione nonché dalla Direttiva di Indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione ai sensi dell'art. 7 bis del D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.

TABELLA 1-2025

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE		ANNO 2025
VOLUME COMPLESSIVO DELLE RISORSE PER LA PROGRAMMAZIONE 2025		9.908.997
1	FINANZIAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA <i>di cui</i> Risorse ripartite a quota capitaria 7.701.476 ARPAE (compresi rinnovi contrattuali) 56.042 Piano attuativo Salute mentale e Superamento ex OO.PP. 40.000 Integrazione Sanità penitenziaria 7.190 FRNA quota "storica" aggiornata ex DGR 273/2016 316.998 Piano di miglioramento accesso al PS 7.040 Potenziamento assistenza ospedaliera e territoriale (DL 34/2020) 86.522 Progetti e funzioni sovra-aziendali - specificità aziendali: 113.046 <i>Emergenza 118</i> 47.440 <i>Progetto sangue ed emoderivati</i> 10.350 <i>Trapianti e Donazioni, Medicina rigenerativa</i> 11.650 <i>Altre funzioni sovra-aziendali e specificità aziendali</i> 43.605	8.328.314
2	AZIENDE USL - integrazione alla quota capitaria	138.513 138.513
3	FINANZIAMENTO SISTEMA INTEGRATO SSR - UNIVERSITA' Integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica Aosp/Univ. e IOR 47.250 Corsi universitari delle professioni sanitarie e integrazione medici in formazione specialistica 28.660	75.910
4	AZIENDE OSPEDALIERE - QUALIFICAZIONE E INTEGRAZIONE FIN. Finanziamento a funzione (al netto integrazione tariffaria ricerca e didattica) e per pronto soccorso 208.431 Aziende Ospedaliere - integrazione 41.695	250.126
5	SPESA DIRETTAMENTE GESTITA E FINANZIAMENTO RICERCA E PROGETTI REGIONALI PER L'INNOVAZIONE Obiettivi e progetti per l'innovazione... 15.474 Altro (sistemi informativi, materiali di consumo, ICT....) 20.503 Ricerca IRCCS + PRIER 6.500 DSM, SegnalER, GAAC 668 Prevenzione e sanità pubblica 3.500	46.645
6	ULTERIORI RISORSE PER SSR Fondo regionale Gestione sinistri 10.000 Fondo farmaci innovativi (art.1 c. 281 - 284, L. 207/24) 105.300 Fondo Fattori della coagulazione del sangue 41.407 Finanziamento ammortamenti non sterilizzati ante 2009 37.901 Impatto Mobilità infraregionale 6.450 Rinnovi contrattuali (CCNL 2016-18; CCNL 2019-21; ACN 19-21; IVC 2022-2024; art. 1 c. 29-31 L. 213/23; IVC 2025-27; art. 1 c. 121, 128-130, c. 323, c. 352- 353 L. 207/24) 723.588 Applicazione art. 1, c. 218-220 della L. 213/23, art. 4 c. 11 del DL 202/24 31.893 Fondo per interventi urgenti, indifferibili e per obsol. Tecn. 13.000 Accantonamento (RIA e INAIL) 14.664 Altri accantonamenti 85.286	1.069.489

valori x 1000

ALLEGATO A

Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025

Indicazioni per la Programmazione annuale delle Aziende Sanitarie

1. La legge di bilancio 2025 e il quadro finanziario nazionale

Il complessivo livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per il 2025 si attesta in un volume di risorse pari a 136.515,700 milioni di euro (+2,4 mld rispetto al 2024, pari al +1,86%), così composto:

- 128.061 milioni di euro rappresenta il fabbisogno sanitario standard definito per l'anno 2025 dall'articolo 1, comma 258 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Legge di bilancio 2022); fabbisogno che viene incrementato di 2.600 milioni di euro dall'art. 1 comma 535 della L. n. 29 dicembre 2022 n. 197 (Legge di bilancio 2023), di 4.000 milioni di euro per l'anno 2024 dall'art. 1 c. 217 della L. n. 213 del 30 dicembre 2023 (Legge di bilancio 2024), ulteriormente incrementato di 1.302 milioni di euro per l'anno 2025 dall'art. 1 c. 273 L. 207 del 30 dicembre 2024 (Legge di bilancio 2025), di 1 milione dall'art. 1 c. 305 della L. 207/24, di 30 milioni dall'art. 1 c. 340 della L. 207/24, di 1,5 milioni dall'art. 1 c. 344 della L. 207/24, di 0,5 milioni dall'art. 1 c. 349 della L. 207/24 e ridotto di 50 milioni di euro dall'art. 1 c. 375 della L. 207/24
- 300 milioni di euro per l'incremento del Fondo di cui all'articolo 1, comma 401, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, relativo al concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi (art. 1, c. 259, L. 234/2021);
- 425 milioni di euro per il riconoscimento di un maggior numero di contratti in formazione specialistica (art. 1, c. 260, L. 234/2021);
- 5 milioni per incremento borse di studio MMG (Art. 1, c. 588, L. 197/22)
- La decurtazione per - 160,3 milioni di euro per l'anno 2025 del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato come disposta dal DL n. 73/2024 coordinato con la legge di conversione n. 107/24 all'art. 7 recante *"Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario"* comma 6 lettera e) a copertura degli oneri derivanti da tale disposizione.

L'art. 1 comma 273 della L. 207/24 (legge di bilancio 2025) interviene pertanto sul livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2025, incrementandone il valore complessivo di 1,302 mld di euro, prevedendo tuttavia che tale incremento sia destinato *"anche per le finalità di cui ai commi da 121 a 123, da 128 a 131, da 300 a 302, 308, 312 e 313, 323, 326, 332, 336 e 337, da 350 a 353, 358 e 359, 365 e 366"*, vale a dire a copertura degli oneri derivanti da:

- *Rinnovi contrattuali per il triennio 2025-2025 per personale dipendente del SSN e per il personale convenzionato (commi 128-131).* Tale disposizione – che si applica sia al personale dipendente che al personale convenzionato - prevede incrementi retributivi dell'1,8% per il 2025 (previsione contenuta nella relazione tecnica alla Legge di bilancio), comprensivi

dell'IVC 2025-2027 da riconoscere al personale dipendente nella misura dello 0,6% dal 1 aprile 2025 al 30 giugno 2025 e dello 1% a decorrere dal 1 luglio 2025;

- *Disposizioni in materia di trattamento accessorio (comma 121).* La disposizione prevede che le risorse destinate ai trattamenti accessori di competenza di ciascun anno a partire dal 2025 possano essere incrementate, rispetto a quelle destinate a tali finalità nel 2024 con le modalità e i criteri stabiliti dalla CCNL 2022-2024 di una misura percentuale quantificata nella relazione tecnica della legge di bilancio in 0,22% del monte salari 2021;
- Dell'incremento dell'*indennità di pronto soccorso* (comma 323), dell'incremento dell'*indennità di specificità dirigenza medica e veterinaria* (c.350), *dirigenza sanitaria non medica* (c. 351), dell'*indennità di specificità infermieristica* e dell'*indennità di tutela del malato e per la promozione della salute* (c. 352 e 353);
- Aggiornamento delle *tariffe per DRG post-acuzie* (c. 300), dei LEA (c. 302), per l'attuazione delle misure per il *Piano pandemico nazionale* (c. 308), per *potenziamento delle cure palliative* (c. 332), per la *premialità per liste di attesa* (c. 358) e disposizioni in materia di prestazioni sanitarie offerte da *comunità terapeutiche* in regime di mobilità interregionale (c. 365)

Il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per il 2025 è così suddiviso:

Risorse complessive	136.515.700.000
Fondo farmaci innovativi	964.000.000
Vincolato (penitenziaria, Obiettivi PSN, OPG, veterinaria, Reg. Calabria 72 mln, 77 mln tariffe DRG, 50 mln agg. LEA, bonus psic., quota premiale liste attese, comunità terap.)	2.575.414.256
Vincolato già ripartito (DM 77)	841.500.000
Vincolato per altri enti	1.124.528.545
Quota premiale (0,25%)	341.289.250
Fabbisogno indistinto (comprensivo DL 34/2020, superticket, fibrosi cistica, prestazioni aggiuntive)	130.668.967.949

Il livello complessivo del fabbisogno indistinto è pari a 130,669 mld di euro, comprensivo delle risorse per la soppressione del c.d. superticket (554 mln), della fibrosi cistica (4,390 mln), del DL 34/2020 (1,115 mld) e delle risorse per incremento tariffe per prestazioni aggiuntive di cui all'art. 1, c. 218-220 L. 207/24 e art. 4 c. 11 del DL n. 202 del 27 dicembre 2024 (423,4 mln), con un incremento complessivo di 2,069 mld rispetto al 2024, vale a dire +1,61%.

Con riferimento alle previsioni di incremento della spesa sanitaria per l'anno 2025, contenute nel *Documento di Finanza Pubblica 2025* deliberato dal Consiglio dei Ministri il 9 aprile 2025, si riporta, al riguardo, quanto indicato nel Parere, ai sensi dell'articolo 9, c. 2, lettera a) del Dlgs 281/97 espresso dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome sul DPF 2025 (prot. 25/51/CU01/C2) per cui *“La spesa sanitaria è prevista in incremento del 3,6% rispetto al 2024. Tuttavia, il Fondo Sanitario Nazionale aumenta solo dell'1,8%, da 134,017 miliardi a 136,516 miliardi. La quota indistinta del Fondo Sanitario Nazionale aumenta solo dell'1,61%, passando da 128,600 miliardi a 130,669 miliardi. Questo incremento limitato del Fondo Sanitario Nazionale rispetto alla crescita complessiva della spesa sanitaria rappresenta una sfida significativa per le Regioni, che devono gestire l'aumento dei costi senza un corrispondente aumento delle risorse disponibili”*.

Il fabbisogno standard da ripartire tra le Regioni

Il riparto per l'anno 2025 fra le Regioni e Province autonome delle risorse finanziarie riguarda il finanziamento indistinto, *al netto delle risorse che vengono ripartite con criteri di riparto predefiniti in precedenti norme (superticket, DL 34/2020, fibrosi cistica, incremento tariffe per prestazioni aggiuntive)*, per un volume di risorse complessive pari ad oltre 128,551 mld di euro da ripartire secondo i criteri introdotti dal DM 30 dicembre 2022 recante *"Definizione dei nuovi criteri e dei pesi relativi per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard"* e la distribuzione della quota premiale per 341,289 milioni di euro (pari nell'anno 2025 allo 0,25% del livello di finanziamento complessivo):

valori in milioni di euro	anno 2019	anno 2020	anno 2021 (*)	anno 2022 (**)	anno 2023 (§)	anno 2024	anno 2025
risorse complessive disponibili	114.474	120.517	123.461	125.980	128.869	134.017	136.516
di cui:							
- fabbisogno standard e finalizzata a quota d'accesso	111.075	113.069	115.737	117.417	122.136	126.646	128.551
- quota premiale	286	295	390	504	644,346	670	341

(*) Comprensivo di 1,4 mld per copertura costi emergenziali (Intesa 29/CSR/22 800 mln; di cui ai DL 4/22 e 17/22 e 277/CSR/21 600mln di cui al DL 146/21)

(**) Comprensivo di 1,6 mld per far fronte ai maggiori costi energetici e al perdurare effetti pandemia (DL 50/22 e DL 144/22)

(§) comprensivo di 1,4 mld per energia

Non risulta ad oggi ancora definita l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni sul riparto delle risorse del FSN per l'anno 2025 né in merito alla distribuzione della quota indistinta, né della quota premiale.

2. Le stime delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale

Stante l'attuale situazione in cui ancora non si è addivenuti ad una Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni sul riparto delle risorse 2025, sia riguardante il fabbisogno standard (la cosiddetta quota indistinta) sia le risorse relative alla quota premiale e agli obiettivi di piano, e vista la necessità di definire il quadro programmatico per l'anno 2025 al fine di avviare il percorso di predisposizione dei bilanci economici preventivi delle Aziende sanitarie, si stimano le risorse disponibili a livello regionale sulla base dei criteri già stabiliti dal Decreto 30 dicembre 2022 recante *"Definizione dei nuovi criteri e dei pesi relativi per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard"* attualmente vigente, considerando in via prudenziale il solo incremento della quota indistinta rispetto alla quota 2024, come determinata dall'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 28.11.2024, e per quanto riguarda gli obiettivi di piano si stima un valore analogo al 2024.

Si stima altresì, con la medesima quota di accesso 2024, la quota di competenza regionale del Fondo farmaci innovativi, fondo che dal 2023 è stato unificato a livello nazionale e la cui consistenza per l'anno 2025 è analoga all'anno 2024 (1,3 mld).

Le risorse complessivamente a disposizione del SSR per l'anno 2025, al netto delle entrate proprie correnti, comprensive delle risorse già ripartite dalla legge di bilancio 2024 (art. 1 c.218-220), dal DL n. 202/24 (art. 4, c.11), dal DL n.34/2020 e per il finanziamento della soppressione del cd. Superticket e fibrosi cistica (in misura pari all'anno 2024) sono così stimate in fase di programmazione:

	Anno 2025
Fabbisogno standard LEA (*)	9.725.436.925
Obiettivi di Piano	78.259.726
Fondo farmaci innovativi	105.300.000
Totale FSR in programmazione	9.908.996.650

(*) Comprensivo risorse di cui al DL 34/2020, superticket (l. bil. 2020); nelle more dell'Intesa in conferenza stato-regioni

L'incremento stimato delle risorse disponibili per la programmazione 2025 è complessivamente di circa 180 milioni di euro rispetto al livello effettivo 2024, come determinato dalle Intese in Conferenza Stato-Regioni del 28.11.2024.

A fronte di tale quadro programmatico, l'anno 2025 si presenta pertanto particolarmente critico, come certificato anche dal Parere della Conferenza delle Regioni in ordine al Documento di Finanza Pubblica 2025, in ragione del fatto che il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario standard incrementa complessivamente del 1,8% a fronte di una spesa sanitaria che aumenta in misura ben superiore (stimato un + 3,6%) per i notevoli incrementi attesi per una maggior spesa farmaceutica ospedaliera per continuare a garantire l'attuale livello assistenziale e la presa in carico dei pazienti, della spesa farmaceutica convenzionata dovuto all'applicazione di previsioni contenute nella Legge di Bilancio 2024 (L. 213/2023) che hanno avuto impatto solo su alcuni mesi del precedente anno, per gli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali per il triennio 2025-2027 (1,8%), dall'applicazione delle misure contenute nell'art. 1 c. 121 (incremento del trattamento accessorio), c. 323, 352-353 della L. di bilancio 2025 (Incremento indennità di pronto soccorso e di altre indennità del personale dipendente) che sono a valere sul livello di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, così come il trascinarsi sul 2025 degli oneri connessi al rinnovo del contrattuale 2022-2024 (5,78%), e che complessivamente per la Regione Emilia-Romagna vedono un incremento rispetto al quadro programmatico 2024 di oltre 123 milioni di euro. A ciò si aggiunga l'impatto dal 2025 del nuovo nomenclatore tariffario per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica entrato in vigore il 30 dicembre 2024 (DM 25.11.24) e il permanere di rilevanti costi energetici ed inflattivi.

Il Fondo sanitario regionale garantirà altresì il proprio supporto al Fondo regionale per la non autosufficienza in sede di programmazione con risorse complessive pari a 410,390 milioni di euro, comprensivi della quota parte di 93,392 mln per la disabilità.

3. Il finanziamento alle Aziende sanitarie regionali

Nella Regione Emilia-Romagna il modello di finanziamento delle Aziende sanitarie si basa da anni sul finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, sull'applicazione del sistema tariffario, sul finanziamento delle funzioni e su finanziamenti integrativi a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario.

Il finanziamento a quota capitaria per livelli essenziali di assistenza che viene annualmente ripartito tra le Aziende USL si propone di offrire ad ogni assistito di ogni ambito territoriale la stessa opportunità di accesso all'assistenza, dando alla popolazione di assistiti un peso proporzionale al rischio di aver bisogno di prestazioni; la formula allocativa che oramai da molti anni, pur con affinamenti progressivi, è stata utilizzata per il finanziamento annuale, tiene conto dell'età e quindi dell'invecchiamento come misura principale di rischio.

Il percorso, iniziato nel 2016, di progressiva revisione e affinamento dei criteri di finanziamento sia con riferimento alle Aziende USL, sia alle Aziende Ospedaliere e agli IRCCS pubblici, ha comportato nel 2018

una definitiva revisione dei criteri a quota capitaria per le Aziende USL attraverso una maggior considerazione della diversa struttura per età della popolazione (e conseguentemente dei bisogni ad essa associati) tramite l'introduzione di un fattore correttivo che tiene conto dell'indice di vecchiaia. Inoltre, per le Aziende Ospedaliere e IRCSS pubblici si è proceduto nella direzione di qualificare ulteriormente il finanziamento a fronte delle principali funzioni svolte, quale remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale.

Pertanto, alla luce di tali revisioni ed affinamento, anche per il finanziamento 2025 si è provveduto ad aggiornare il sistema dei criteri di riparto delle risorse sia alle Aziende USL sia alle Aziende Ospedaliere.

3.1 Il Finanziamento delle Aziende USL

Il finanziamento delle Aziende USL è determinato sulla base della popolazione residente, ponderata, per età e genere.

Per il riparto delle risorse a quota capitaria si è utilizzata la popolazione residente di riferimento al 1.1.2024 (così come avviene a livello nazionale) e sono state aggiornati al 2024 i consumi della popolazione di riferimento, laddove il riparto delle risorse avviene utilizzando la popolazione pesata. In allegato vengono riportati i criteri di finanziamento e le tabelle che esplicitano il finanziamento a quota capitaria (Tabella A1).

Le risorse complessivamente previste per le Aziende USL con la presente delibera di programmazione 2025 sono definite in misura pari alle risorse effettive 2024 distribuite a quota capitaria (comprehensive dell'integrazione alla DGR 945/24 determinata dalla DGR 2282/24) incrementate in misura pari all'aumento a livello nazionale della quota indistinta (1,61%) per un importo complessivo di euro 7.556,149 milioni di euro, unitamente alle risorse destinate alla funzione di pronto soccorso pari a 145,3 milioni di euro (distribuite anch'esse a quota capitaria aggiornata). Le risorse distribuite a quota capitaria sono altresì integrate da un fondo perequativo (dimensionato in 35 milioni di euro) ripartito alle aziende in maniera da sostenere l'avvicinamento ad una crescita al 1,6% delle risorse indistinte, come rappresentato in Tabella A2, e sono al netto delle risorse a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario (risorse che in sede previsionale non sono distribuite). In questa sede, vengono altresì ripartite, in misura analoga al 2024, le risorse di cui al DL 34/2020 finalizzate al potenziamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale per un importo pari ad euro 61.422.673,00 per le Ausl. Complessivamente le risorse a disposizione delle aziende sanitarie in sede di programmazione si attestano in 7.730,520 milioni di euro (+1,6% rispetto al quadro programmatico 2024, di cui alla DGR 945/24).

In continuità con gli anni precedenti le voci di finanziamento delle Aziende USL sono comprensive di una quota, spettante alle Aziende Ospedaliere-Universitarie, a copertura dei costi fissi, per lo più riferiti al fattore personale e alle funzioni che queste esercitano nella complessiva garanzia dei LEA a livello territoriale, che vengono trattenute dal finanziamento per livelli di assistenza delle AUSL in misura analoga al 2024 (cfr. tab A2) e vincolate alle Aziende Ospedaliere-Universitarie e IRCCS (Tab.A3) .

Si precisa che per l'Azienda USL di Modena, il finanziamento 2025 tiene conto, in analogia al 2024, del passaggio definitivo dell'Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara all'Azienda Ospedaliere-Universitaria di Modena (in virtù del progetto di sperimentazione gestionale approvato con DGR 1004/2016 conclusosi con DGR 2024/18, con modifica dal 1.1.2019 degli assetti organizzativi delle due aziende) ed il contributo vincolato all'AOSPU di Modena è pari al valore già definito nel 2017, ossia € 12.020.890 (cfr. Tab. A4 dell'Allegato A della DGR 830/2017). Per quanto riguarda l'AUSL di Ferrara il finanziamento vincolato alle AOSPU tiene conto anche del protocollo di intesa tra l'Azienda USL e l'Istituto ortopedico Rizzoli per lo sviluppo e gestione in collaborazione delle attività di ortopedia e riabilitazione presso il territorio della

provincia di Ferrara (in virtù del progetto autorizzato con deliberazione di giunta regionale n. 1015/2021) per un importo pari ad euro 605.744,88.

I finanziamenti riconosciuti alle Aziende USL a copertura degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2025, relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009 sono altresì evidenziati in tabella A2.

Infine, in analogia al 2024, si ritiene di dover consolidare, sin dalla fase di programmazione, il riconoscimento in capo alle Aziende delle funzioni dalle stesse esercitate in relazione ai processi di integrazione sovra-aziendale di funzioni tecniche, amministrative e professionali in misura analoga a quanto indicato nella DGR 2282/24. Per quanto riguarda l'Area metropolitana di Bologna, viene riconosciuto un finanziamento aggiuntivo all'Azienda USL di Bologna (capofila) in relazione alla funzione "Sviluppo dei processi di integrazione dei Servizi delle Aziende metropolitane e di Area Vasta", con contestuale trattenuta di pari importo all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, all'Ausl di Imola e Istituto Ortopedico Rizzoli, per le funzioni che gli stessi hanno delegato all'Azienda territoriale.

3.2 Il Finanziamento delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS

Le risorse complessivamente previste per le Aziende Ospedaliero-universitarie e degli IRCCS con la presente delibera di programmazione 2025 sono definite in misura pari alle risorse effettive 2024 distribuite in sede di programmazione 2024 (DGR 945/24) incrementate in misura pari all'aumento a livello nazionale della quota indistinta (1,61%). Il finanziamento complessivo delle Aziende Ospedaliero-universitarie e degli IRCCS è determinato sulla base dei criteri adottati negli anni precedenti, aggiornati sulla base degli ultimi dati completi disponibili (anno 2024). Si prevede in particolare un finanziamento omnicomprensivo a funzione - come remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale (ai sensi dell'articolo 8-sexies del dlgs 502/1992 e s.m.i.) , nell'ambito del limite massimo stabilito dall'art.15, comma 13, lett.g, del d.l. n. 95/2012 (30%), e sulla scorta della metodologia prevista dalla legge di stabilità 2016 a verifica della condizione di sostenibilità delle AOSPU/IRCCS - nella misura del 18,8% dell'attività di ricovero ed ambulatoriale prodotta, per un importo pari ad euro 204,636 milioni. Tale finanziamento introdotto sin dal 2018 assorbe il finanziamento del sistema integrato SSR-Università che negli anni 2018 e retro integrava la remunerazione a tariffa delle prestazioni, pari al 7% della produzione ospedaliera in favore di cittadini residenti nella Regione, come riconfermato nel Protocollo Regione-Università siglato nel corso del 2016. A tale finanziamento, si aggiunge il riconoscimento di euro 51,044 milioni di euro per la funzione del Pronto Soccorso; tali risorse sono state determinate in ragione della metodologia adottata in sede di programmazione 2024 e in misura pari al margine di contribuzione negativo per accesso al pronto soccorso (inteso come differenziale fra costi pieni 2023 e valorizzato a tariffa al netto del ticket) sostenuto dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie e dall'IRCCS Rizzoli. Così come per le AUSL, le risorse complessive riconosciute per il 2024 sono comprensive di un fondo perequativo pari a 14,225 milioni di euro per sostenere un avvicinamento ad una crescita minima a livello aziendale del 1,61% del finanziamento indistinto e sono al netto delle risorse a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario (risorse che in sede previsionale non sono distribuite).

A tali finanziamenti, si aggiunge l'assegnazione di risorse riferibili al DL 34/2020 per un importo pari ad euro 19.053.368, ripartite in misura analoga all'anno 2024 (cfr. Tabella A3) e dei contributi a carico delle Aziende USL (67,3 mln), anch'esse ripartite in misura analoga al 2024.

I finanziamenti riconosciuti alle Aziende Ospedaliere a copertura degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2025, relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009 sono altresì evidenziati in tabella A3.

4. Indicazioni per la predisposizione dei Bilanci Economici Preventivi 2025

I Bilanci economici preventivi devono essere predisposti in base alle disposizioni dell'art. 25 del D.lgs n. 118/2011 e in coerenza con le presenti linee di indirizzo regionali, nonché con gli obiettivi economici aziendali specifici indicati con apposita nota.

Per quanto riguarda i fattori produttivi a maggior assorbimento di risorse, si forniscono le seguenti indicazioni per la determinazione delle stime previsionali aziendali e per le assegnazioni degli ulteriori finanziamenti a concorso della copertura dei costi correlati (oltre ai contributi già riportati nelle tabelle A2 e A3):

➤ **Spesa Farmaceutica e per dispositivi medici:**

Nel 2025 è previsto un incremento della *spesa farmaceutica convenzionata* dovuto all'applicazione di previsioni contenute nella Legge di Bilancio 2024 (L. 213/2023) che hanno avuto impatto solo su alcuni mesi del precedente anno, quali la transizione al canale distributivo della farmaceutica convenzionata dei medicinali afferenti alla categoria farmacologica delle gliptine per effetto della riclassificazione in fascia A (GU n.108 del 10 maggio 2024) e l'applicazione del nuovo sistema di remunerazione delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime di SSN a partire da marzo 2024, oltre all'aumento della quota fissa aggiuntiva per i farmaci inseriti nella lista di trasparenza a 0,115 euro con decorrenza 1° gennaio 2025. Inoltre, è previsto un aumento dei consumi soprattutto per i farmaci destinati alla cura delle patologie croniche, in particolare cardiovascolari, del sistema nervoso e dell'apparato respiratorio. Pertanto, tenuto conto delle previsioni sopra citate, è stato stimato un impatto complessivo sulla spesa netta convenzionata pari al + 3,8% rispetto al 2024, con scostamenti differenziati a livello aziendale, anche in relazione alla spesa netta pro-capite pesata. Al raggiungimento dell'obiettivo dovranno concorrere i risparmi derivanti dal contenimento delle categorie terapeutiche maggiormente suscettibili di impieghi inappropriati e dal ricorso ai farmaci non coperti da brevetto.

Per l'*acquisto ospedaliero di farmaci*, si prevede a livello regionale una spesa di 1,438 mld di euro corrispondente a +7,6% verso il 2024, con scostamenti differenziati fra le Aziende sanitarie. Tale previsione considera sia l'incremento dovuto alla ricaduta dei farmaci con innovatività scaduta nell'anno precedente o in scadenza nell'anno in corso che l'aumento legato al numero di casi trattati e ai costi delle terapie a maggior impatto, in particolare nell'ambito delle malattie onco-ematologiche, rare, su base immunologica, neurodegenerative, calcolati su base storica; inoltre, sono considerati i fattori di potenziale risparmio derivanti dall'adesione alle gare d'acquisto regionali, inclusi prodotti biosimilari, nonché agli obiettivi regionali di appropriatezza e sostenibilità orientati in particolar modo a favorire, quando possibile, criteri di scelta dei farmaci basati sul miglior rapporto costo/opportunità. L'obiettivo esclude invece l'ossigenoterapia, i vaccini, i farmaci con innovatività piena nonché i farmaci con innovatività condizionata e gli antibiotici *reserve* che, secondo quanto stabilito dalla Legge n.207/2024, a partire dal 1° gennaio 2025 hanno accesso al fondo nazionale di cui all'art. 1, comma 401 della Legge 232/2016, seppur entro i limiti di risorse previsti. Il rispetto dell'obiettivo è monitorato in corso d'anno tramite verifiche a cadenza bimestrale.

A fronte di un fondo per farmaci innovativi dimensionato in misura pari a quanto programmato nel 2024 (105,3 mln), l'impegno di risorse stimato per i farmaci innovativi (pieni e condizionati) e antibiotici reserve è quantificato - in via previsionale – come da sottostante, in cui è indicato per ogni azienda il finanziamento a concorso della copertura della spesa sostenuta dalle aziende per tali farmaci. Con riferimento al dimensionamento del fondo complessivo, si richiama quanto previsto dall'art. 1 comma 284 della L. 207/2024 che dispone che le risorse del Fondo farmaci innovativi non impiegate confluiscono nella quota di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato.

Aziende	Innovativi e antibiotici reserve (art. 1 c. 281-284 L. 207/24)
AUSL Piacenza	3.516.127
AUSL Parma	1.743.361
AOSP Parma	9.210.793
AUSL Reggio E.	8.059.828
AUSL Modena(^)	4.996.924
AOSP Modena	9.746.515
AUSL Bologna	8.279.731
AOSP Bologna	19.816.288
IOR	77.518
AUSL Imola (§)	746.136
AUSL Ferrara	1.874.143
AOSP Ferrara	4.706.397
AUSL Romagna (*)	18.803.686

(^) stima incl. 21.254 per Sassuolo; (§) stima 82.421 per Montecatone; (*) stima 5.788.881 per IRST

Si precisa che gli *accordi di fornitura tra aziende sanitarie* non devono tenere conto nelle partite di scambio dei farmaci coperti dal fondo nazionale, essendo oggetto di un finanziamento dedicato a copertura dei costi sostenuti (fino al limite aziendale riconosciuto). Allo stesso modo, non devono essere evidenziati a bilancio per tali farmaci ricavi per *mobilità extraregionale attiva*, essendo riferibili al fondo nazionale.

Con riferimento ai *fattori della coagulazione del sangue*, anche per l'anno 2024 viene riconosciuto un finanziamento pari al costo effettivo sostenuto per il trattamento dei pazienti residenti. In via previsionale le Aziende dovranno indicare un importo in linea con l'anno 2024 (DGR 2284/2024).

Per l'*acquisto di dispositivi medici* nel 2025 è prevista una spesa di 720,3 milioni di euro corrispondente ad un incremento rispetto al 2024 in linea con l'incremento massimo delle risorse del fondo sanitario (1,9%). Questa stima si basa sull'analisi storica dei consumi registrati nel periodo 2021-2024 per ciascuna azienda, ricalibrata in funzione di tale percentuale incrementale massima consentita. La sostenibilità economica viene valutata attraverso il mantenimento del rapporto tra la spesa per i dispositivi medici e il FSR. Le Aziende sanitarie dovranno tener conto degli specifici obiettivi di budget indicati per l'anno 2025 ed oggetto di monitoraggio e verifica bimestrale, nonché di quanto previsto dall'art. 1 c. 331 della L. 207/2024 in base al quale il rispetto del budget aziendale per i dispositivi medici costituisce elemento di valutazione dei direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale e dei direttori di strutture aziendali.

➤ **Mobilità Infra-Regionale:**

Per quanto riguarda la valorizzazione delle prestazioni in mobilità infra-regionale, le Aziende dovranno prevedere quanto segue:

- Per la mobilità *extra-provinciale* relativa all'attività di degenza, i valori di produzione risultanti dalla matrice di mobilità predisposta dal livello regionale (sulla base dei dati di produzione consuntivi 2024), salvo accordi consensuali fra le Aziende.

Le Aziende, con impatto negativo, dispongono a valere sull'anno 2025 dei seguenti finanziamenti a copertura dell'impatto degli adeguamenti della matrice infra-regionale (extra-provinciale) rispetto ai valori di mobilità contabilizzati nel 2024.

Aziende sanitarie	Impatto adeguamento matrice di mobilità infra-regionale (extra-provinciale) BEP 2025 vs BEP 2024 (=Cons 2024)	Finanziamento a copertura impatto mobilità infraRER (*) 2025
Piacenza	-€ 1.772.114	€ 1.772.114
Parma	-€ 310.787	€ 310.787
Reggio Emilia	-€ 1.482.480	€ 1.482.480
Modena	€ 258.856	
Bologna	-€ 1.015.325	€ 1.015.325
Imola	-€ 352.004	€ 352.004
Ferrara	-€ 1.517.471	€ 1.517.471
Romagna	€ 467.796	
Totale Aziende USL	-€ 5.723.528	€ 6.450.181
Aosp-Univ. Parma	€ 643.278	
Aosp-Univ. Modena (con f	€ 123.567	
Aosp-Univ. Bologna	€ 3.582.188	
Aosp-Univ. Ferrara	€ 542.488	
Ist. Ort. Rizzoli	€ 832.008	
Totale Az. Osp + Rizzoli	€ 5.723.528	€ -

Nel caso di accordi con Aziende Ospedaliero-Universitarie/IOR la valorizzazione economica dell'attività di degenza dovrà fare riferimento alla DGR n. 878/2023.

- Relativamente alle *altre voci di mobilità extra-provinciale* (fatta eccezione per le degenze) le Aziende dovranno tenere conto della produzione 2025 in base agli ultimi dati disponibili dai ritorni informativi, salvo accordi consensuali tra le aziende; laddove tali valori siano difforni fra azienda creditrice ed azienda debitrice, il valore di riferimento sarà quello dell'azienda creditrice.
- Per la *mobilità infra-provinciale* le Aziende devono presentare valori che siano allineati e quadrati fra Azienda committente e Azienda erogatrice.

➤ **Mobilità Extra-Regionale:**

Per quanto riguarda la valorizzazione delle prestazioni in mobilità extra-regionale:

- Relativamente alla mobilità extraregionale attiva, le Aziende sanitarie dovranno esporre una stima della propria attività 2025 specificando nella relazione di accompagnamento un dettaglio dei criteri di stima utilizzati.

- Per quanto riguarda la mobilità passiva interregionale, le Aziende USL dovranno fare riferimento ai dati di cui alla nota Prot. 05/07/2024.0736472 ad oggetto “Mobilità passiva interregionale anno 2023: disponibilità dati per le Aziende”.
- Relativamente alle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale rese da strutture private accreditate per residenti fuori regione, ai sensi di quanto previsto dalla nota Prot. 20/05/2025.0496430, le Aziende USL dovranno indicare in questa prima fase previsionale un valore non superiore alla produzione fatturata a livello aziendale nell’anno 2023. Successivamente, ai fini del rispetto del vincolo di cui al DL 95/12 per l’anno 2025, come indicato dalla richiamata nota, verranno fornite puntuali indicazioni alle Aziende in ordine alla determinazione di valori economici aziendali che tengano conto anche delle prestazioni di alta complessità (così come definite a livello nazionale) fino ad un valore complessivo compatibile con il rispetto a livello regionale del suddetto vincolo.

➤ **Acquisto di prestazioni ospedaliere da privati accreditati per residenti RER**

Con riferimento alle prestazioni acquistate da strutture private accreditate per cittadini residenti le Aziende USL a fini previsionali dovranno indicare, nelle more della definizione del nuovo accordo quadro regionale, valori in linea con quanto previsto dai protocolli d’intesa tra Regione Emilia-Romagna e Associazione Italiana di Ospedalità Privata (AIOP) - Sezione Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti economici finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere per l’anno 2024 (di cui alla DGR 1422/2024), con Hesperia Hospital (di cui alla DGR 1821/2020) e con i Centri Riabilitativi ex art. 26 (di cui alla DGR 1951/2020), tenendo conto di eventuali committenze aggiuntive a livello locale. Con riferimento alle strutture private aderenti AIOP, la DGR n. 1422/2024 definisce i budget di riferimento per l’attività di non alta specialità per quanto concerne i Budget 1 “Intra-AUSL” e 2 “Extra-Ausl”. Per quanto riguarda l’attività “Extra-Ausl” si rimanda a quanto già comunicato con nota Prot__23_01_2025_0067276, mentre per l’Alta specialità si rimanda alla nota Prot. 26/11/2024.1303095. In corso d’anno, a seguito di decisioni che potranno essere assunte in vista del rinnovo dell’Accordo quadro regionale verranno tempestivamente fornite ulteriori indicazioni.

➤ **Personale Dipendente**

Le linee guida per la predisposizione del PIAO nelle aziende del SSR adottate con DGR n. 990/2023 contengono anche specifici indirizzi in merito al Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP), che si configura quale strumento di programmazione attuativo delle scelte strategiche contenute nel PIAO, e al percorso procedurale per la sua approvazione; in particolare essa dispone che il Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare indica annualmente, in coerenza con le linee di programmazione regionali, le modalità operative e le tempistiche per la predisposizione della proposta di Piano attuativo del PIAO relativo al PTFP. Pertanto, con successiva nota del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare verranno fornite le specifiche indicazioni per la predisposizione della proposta di PTFP 2025-2027, da inoltrare per l’approvazione regionale, in coerenza con le linee di programmazione regionali e con l’obiettivo economico-finanziario assegnato. La tempistica verrà definita in coerenza con quella relativa alla definizione del bilancio preventivo 2025.

▪ **Rinnovi contrattuali triennio 2016-2018**

In analogia al 2024, si procede al finanziamento degli oneri di competenza 2025 disposti dal CCNL 16-18 per il personale della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa e del comparto con esclusione della percentuale dell'1,09% che rimane a carico dei bilanci aziendali:

Aziende	Finanziamento dirigenza sanitaria rinnovo triennio 16 -18 3,48% - 1,09%	Finanziamento dirigenza sanitaria rinnovo triennio 16 -18 Dirigenza professionale, tecnica e amministrativa	Finanziamento dirigenza sanitaria rinnovo triennio 16 -18 Personale Comparto
Ausl Piacenza	1.534.032	69.943	2.797.314
Ausl Parma	1.124.762	60.889	2.013.203
Ausl Reggio Emilia	2.896.391	146.201	5.253.571
Ausl Modena	2.523.161	109.333	4.666.442
Ausl Bologna	3.715.602	191.926	6.287.760
Ausl Imola	716.719	48.564	1.668.438
Ausl Ferrara	999.143	58.400	2.282.055
Ausl della Romagna	6.070.359	286.026	11.303.291
Az. Osp.- Univ. Parma	1.879.092	59.508	2.978.467
Az. Osp.- Univ. Modena	1.212.744	72.124	1.879.737
IRCCS Az. Osp.- Univ. Bologna	2.422.710	88.039	3.684.010
Az. Osp.- Univ. Ferrara	1.394.565	40.433	2.001.656
IRCCS Ist. Ort. Rizzoli	607.654	64.895	962.490
Totale complessivo	27.096.934	1.296.281	47.778.434

▪ **Rinnovi contrattuali triennio 2019-2021**

In analogia al 2024, si procede al finanziamento degli oneri di competenza 2025 derivanti dalla sottoscrizione del CCNL 2019-2021 per il personale del comparto, della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa come di seguito rappresentato:

Aziende	Finanziamento CCNL 19-21 Personale Comparto	Finanziamento CCNL 19-21 dirigenza sanitaria	Finanziamento CCNL 19-21 Finanziamento dirigenza professionale, tecnica e amministrativa
Ausl Piacenza	8.125.453	2.752.762	70.575
Ausl Parma	5.636.752	2.194.431	71.909
Ausl Reggio Emilia	14.149.646	5.156.545	147.354
Ausl Modena	11.532.849	4.012.258	101.321
Ausl Bologna	19.252.767	6.528.863	172.707
Ausl Imola	4.019.245	1.244.813	31.160
Ausl Ferrara	6.367.695	1.835.539	70.787
Ausl Romagna	34.867.356	11.370.755	250.033
Aosp-Univ. Parma	9.437.176	2.721.946	48.584
Aosp-Univ. Modena	8.237.704	2.527.104	64.287
IRCCS Aosp-Univ. Bologna	11.738.607	3.382.790	77.361

Aosp-Univ. Ferrara	5.654.858	1.879.951	29.348
IOR	2.553.909	1.010.035	65.007
Totale	141.574.018	46.617.792	1.200.434

In fase previsionale le Aziende sanitarie possono già prevedere il finanziamento a copertura degli oneri relativi a **indennità di pronto soccorso** per il **comparto** (in linea con 2024 e complessivamente pari a 6.073.782,00 euro) e per la **dirigenza** (in linea con 2024 e complessivamente pari a 7.283.640 euro) e le risorse previste a copertura degli oneri relativi **all'ordinamento professionale comparto (0,55%)** in linea con importo assegnato nel 2024 (complessivamente pari a 9.996.318,84 euro).

▪ **Rinnovi contrattuali triennio 2022-2024**

In relazione al rinnovo contrattuale del personale dipendente triennio 2022 – 2024, le Aziende dovranno operare, in sede previsionale, accantonamenti in misura pari all'indennità di vacanza contrattuale **IVC 2022-24** che dovrà essere corrisposta in corso d'anno, nella misura incrementale (6,7) prevista dall'art. 1 comma 28 L. 213/2023 (disposizione applicabile anche al SSN, in base a quanto disposto dal comma 29, ultimo periodo). Il differenziale tra l'incremento retributivo del 5,78% previsto dell'art. 1 comma 27 della L. 213/2023 e l'IVC 2022-2024 - diversamente da quanto indicato nel 2024 - rimane per un 50% accantonato a livello regionale in GSA (verrà distribuito alle aziende, una volta sottoscritto il contratto) e per l'ulteriore 50% dovranno le singole aziende disporre specifici accantonamenti come di seguito indicato, a fronte dei quali sono previsti i seguenti finanziamenti a copertura dei relativi maggiori oneri:

Aziende	Finanziamento a copertura IVC 2022-2024 "potenziata" (art. 1 c. 28 L. 213/23)	Finanziamento a copertura dell'accantonamento 5,78% (al netto IVC) (50%)
Ausl Piacenza	5.971.380	3.702.050
Ausl Parma	4.305.084	2.731.139
Ausl Reggio Emilia	10.775.838	6.732.884
Ausl Modena	8.066.514	5.156.622
Ausl Bologna	14.354.689	8.345.242
Ausl Imola	2.845.676	1.723.233
Ausl Ferrara	4.422.435	2.855.336
Ausl Romagna	25.199.892	14.983.407
Aosp-Univ. Parma	6.631.841	3.903.343
Aosp-Univ. Modena	6.281.402	3.814.664
IRCCS Aosp-Univ. Bologna	8.577.320	4.866.952
Aosp-Univ. Ferrara	3.959.669	2.595.584
IOR	2.203.203	1.205.914
Totale	103.594.942	62.616.371

Le risorse in applicazione delle misure contenute negli art. 1 c. 321, 323, 353 e 354 della L. 207/24 rimangono, in questa sede previsionale, accantonate a livello regionale in GSA.

▪ **Rinnovi contrattuali triennio 2025-2027**

In relazione al rinnovo contrattuale del personale dipendente triennio 2025 – 2027, le Aziende dovranno operare accantonamenti in misura pari all'**IVC 2025-2027** così come determinata ai sensi di quanto disposto dall'art. 1 comma 128 della L. 207/2024.

A fronte di tali costi, le aziende potranno disporre di finanziamenti dedicati come riportato nella tabella che segue:

Aziende	Finanziamento a copertura IVC 2025-27 Personale comparto	Finanziamento a copertura IVC 2025-27 dirigenza sanitaria	Finanziamento a copertura IVC 2025-27 dirigenza professionale, tecnica e amministrativa
Ausl Piacenza	625.393	279.214	13.898
Ausl Parma	469.940	231.557	14.315
Ausl Reggio Emilia	1.131.463	544.099	24.129
Ausl Modena	887.282	371.768	20.019
Ausl Bologna	1.563.263	689.514	34.580
Ausl Imola	306.832	127.349	6.445
Ausl Ferrara	495.020	178.966	13.293
Ausl della Romagna	2.662.035	1.142.474	42.915
Az. Osp.- Univ. Parma	795.371	305.657	10.525
Az. Osp.- Univ. Modena	651.641	321.134	12.084
IRCCS Az. Osp.- Univ. Bologna	949.716	378.656	15.237
Az. Osp.- Univ. Ferrara	415.843	205.848	6.042
IRCCS Ist. Ort. Rizzoli	232.373	102.285	11.790
Totale complessivo	11.186.172	4.878.523	225.273

Il differenziale tra l'incremento retributivo previsto per l'anno 2025 dall'art. 1 c. 128 della L. 207/2024 (quantificato nella relazione tecnica alla legge di bilancio in 1,8%) e l'IVC 2025-2027 rimane, in questa sede previsionale accantonato a livello regionale in GSA e verrà ripartito una volta sottoscritto il relativo contratto.

➤ **Personale Convenzionato**

▪ **Rinnovi ACN triennio 2016-2018**

Con riferimento agli oneri derivanti dall'applicazione del rinnovo ACN per il triennio 2016-2018, le Aziende potranno disporre, a valere sull'anno 2025 e in continuità con il 2024, delle seguenti assegnazioni:

Aziende	Risorse a copertura oneri rinnovo contrattuale 2016-18
Ausl Piacenza	1.173.477
Ausl Parma	1.918.779
Ausl Reggio Emilia	2.425.272
Ausl Modena	2.930.914
Ausl Bologna	3.926.136
Ausl Imola	525.573
Ausl Ferrara	1.598.028
Ausl della Romagna	4.413.294
Totale	18.911.473

▪ **Rinnovi ACN triennio 2019-2021**

Con riferimento ai maggiori oneri derivanti dall'applicazione del rinnovo ACN per il triennio 2019-2021, le Aziende potranno disporre per la quota di competenza 2025 delle seguenti assegnazioni:

Aziende	MMG, PLS, continuità assistenziale	medici SUMAI
Ausl PC	792.421	56.036
Ausl PR	1.367.828	149.857
Ausl RE	1.365.136	477.592
Ausl MO	1.958.699	508.311
Ausl BO	2.758.028	612.985
Ausl IMOLA	385.469	90.100
Ausl FE	942.828	247.109
Ausl Romagna	3.316.541	553.850
TOTALE	12.886.951	2.695.839

▪ **Rinnovi contrattuali triennio 2022-2024**

In relazione al rinnovo contrattuale triennio 2022 – 2024 che prevede un incremento retributivo del 5,78%, si richiama l’articolo 1, comma 30 della L. 213/23 che prevede che *“Le disposizioni del comma 29 si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale”*. Le Aziende dovranno pertanto effettuare appositi accantonamenti come di seguito indicato. A fronte di tali accantonamenti, commisurati in misura pari al 50% dell’accantonamento complessivo atteso a livello regionale sono disposti specifici finanziamenti. Il restante 50% delle risorse previste a copertura degli oneri in applicazione l’art. 1 comma 30 della L. 213/2023 rimarrà accantonato in GSA e verrà ripartito alle aziende successivamente alla sottoscrizione dell’ACN.

Aziende	Finanziamento a copertura accantonamento 2022-24 MMG, PLS, continuità assistenziale (50%)	Finanziamento a copertura accantonamento 2022-24 medici SUMAI (50%)
Ausl PC	1.014.957	65.268
Ausl PR	1.700.814	145.674
Ausl RE	1.887.205	410.527
Ausl MO	2.806.261	465.661
Ausl BO	3.043.874	388.047
Ausl IMOLA	485.705	48.778
Ausl FE	1.364.263	230.133
Ausl Romagna	4.314.246	482.425
TOTALE	16.617.325	2.236.514

▪ **Rinnovi contrattuali triennio 2025-2027**

In relazione al rinnovo contrattuale triennio 2025 - 2027, le risorse a copertura dei costi di competenza 2025, ai sensi di quanto previsto dall’art 1. c. 130 della L. 207/24, sono, in questa fase previsionale, accantonate in GSA.

➤ **Fondo risarcimento danni da responsabilità civile**

L’accantonamento al Fondo risarcimento danni da responsabilità civile, effettuato a livello regionale sul bilancio della GSA, dovrà far fronte alla copertura dei costi derivanti da risarcimenti assicurativi di seconda fascia (sinistri oltre la soglia di 250.000 euro).

➤ **Investimenti**

Dovranno essere rappresentati nei dati economici di preventivo 2025 gli effetti degli investimenti finanziati con contributi in conto esercizio dedicati (finanziamenti a progetto), non assegnati a quota capitaria; pertanto, dovrà essere data evidenza della rettifica, dell'ammortamento e dell'utilizzo del contributo in conto esercizio (sterilizzazione). Le indicazioni per la compilazione del Piano Investimenti 2025-2027 sono state fornite con la nota Prot. 21/03/2025.0288818.U "Compilazione Schede consuntivo investimenti Bilancio di esercizio 2024 e Schede Piano investimenti 2025-2027".

Con riferimento agli interventi urgenti, indifferibili e imprevedibili, in questa sede le Aziende non dovranno iscrivere rettifiche di contributi in conto esercizio per investimenti. Per l'anno 2025 è prevista la disponibilità di un fondo pari a 13 milioni di euro, con il quale saranno finanziati gli interventi urgenti, indifferibili e imprevedibili che risponderanno tassativamente ai criteri di cui alla DGR 1980/2022.

Per quanto riguarda gli oneri conseguenti all'attivazione dell'applicativo per il progetto DSM-DP e SegnalER, le Aziende dovranno prevedere i seguenti finanziamenti a copertura dei relativi oneri:

Aziende	DSM (SERT e NPIA)	SEGNALER	TOTALE
AUSL PC	5.950,05	16.613,82	22.563,87
AUSL PR	-	16.613,82	16.613,82
AUSL RE (*)	40.538,64	16.613,82	57.152,46
AUSL MO	10.170,89	16.613,82	26.784,71
AUSL BO	18.560,04	16.613,82	35.173,86
AUSL IMOLA	2.825,33	16.613,82	19.439,15
AUSL FE	7.119,99	16.613,82	23.733,81
AUSL ROMAGNA	23.614,21	16.613,82	40.228,03
AOSP PR		16.613,82	16.613,82
AOSP MO		16.613,82	16.613,82
AOSP BO		16.613,82	16.613,82
AOSP FE		16.613,82	16.613,82
IOR		16.613,82	16.613,82
TOTALE	108.779,15	215.979,66	324.758,81

➤ **Risorse per la non autosufficienza**

Per quanto concerne il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza per l'anno 2025 e il Fondo nazionale non autosufficienza i relativi riparti tra le Aziende sanitarie saranno trasmessi con successiva comunicazione da parte del Settore regionale competente.

Le indicazioni contabili, le tempistiche di redazione dei bilanci preventivi economici 2025 e le modalità di trasmissione verranno definite con apposita nota di trasmissione da parte del Settore Gestione Finanziaria ed economica del SSR.

ALLEGATO

- **Criteri Finanziamento Livelli essenziali di assistenza**
- **Tabella A1-Finanziamento 2025: assegnazione risorse per livello di assistenza**
- **Tabella A2-Finanziamento 2025: Aziende USL**
- **Tabella A3-Finanziamento 2025: Aziende Ospedaliero-Universitarie/IRCCS**

Finanziamento livelli essenziali di assistenza

Di seguito sono illustrati i criteri utilizzati per la definizione delle risorse per ciascun livello essenziale di assistenza, di cui valori sono riportati alla Tabella A1

1° Livello: Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Il lavoro di revisione dei criteri di finanziamento ha evidenziato che c'è distanza tra il livello di finanziamento (5% delle risorse) ed il livello dei costi; si sono pertanto applicati i criteri specifici del livello prevenzione al 70% delle risorse assegnate, mentre il restante 30% è stato assegnato sulla base della popolazione residente aggiornata al 1.1.2024. Le risorse distribuite a quota capitaria nell'ambito di questo livello comprendono altresì le risorse finalizzate all'attuazione del piano pandemico, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 c. 308 della L. 20/24. Complessivamente, tenendo conto della quota destinata ad ARPAE per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, il 1° livello di assistenza assorbe il 5,20% delle risorse assegnate.

2° Livello: Assistenza Distrettuale

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

- *Assistenza farmaceutica* (14% del totale complessivo). La ponderazione della popolazione è avvenuta sulla base dei consumi farmaceutici osservati (dati 1° semestre 2024) per genere e per fascia di età; le fasce di età sono le stesse utilizzate per il sub-livello specialistica ambulatoriale; la classe degli over 75 è ulteriormente disaggregata per apprezzare i consumi della fascia 74-84 ed over 85, dato l'aumento di consistenza dei consumi di questa fascia di età.
- *Medici di medicina generale* (7% del totale complessivo). Finanzia i costi delle convenzioni con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, nonché quelli relativi alla continuità assistenziale. Per l'assegnazione si è tenuto conto dei costi sostenuti relativamente alle sole voci fisse e variabili previste dall'accordo collettivo nazionale anno 2023 (dati al 31.12.24).
- *Assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale* (14,7% del totale complessivo). Anche per questo livello di assistenza, come per la farmaceutica, dato l'aumento di consistenza e di consumi degli anziani, i pesi sono stati calcolati con la classe degli over 75 disaggregata (74-84 ed over 85). I consumi si riferiscono all'anno 2024 – flusso regionale ASA.
- *Salute mentale* (3,6% del totale complessivo). Per il livello salute mentale si è mantenuto il livello di finanziamento degli scorsi anni (3,6%) distribuito sulla base della popolazione residente al 1.1.2024 in considerazione dell'andamento delle patologie psichiatriche tra gli anziani. Queste risorse non esauriscono il finanziamento dell'assistenza psichiatrica in quanto non comprendono quella di tipo ospedaliero ed i progetti speciali;
- *Dipendenze patologiche* (1,2% del totale complessivo). Si è utilizzata la popolazione residente corretta con la prevalenza di alcool, fumo, tossicodipendenza e ludopatia. Per la prevalenza sono stati utilizzati i dati del sistema informativo SIDER, anno 2022.
- *Assistenza domiciliare e hospice under 75 anni* (0,8% del totale complessivo). Per questo livello di assistenza è stato introdotto il target di popolazione distinguendo gli under 75 anni dagli over 75 anni: la quota per over 75 anni (2,4%) è confluita nel livello dell'assistenza residenziale e semiresidenziale che rappresentava 3,3% nel 2019. Il criterio di riparto delle risorse per questa funzione si basa sulla distribuzione della popolazione residente di età 45-74 anni al 1.1.2024.
- *Assistenza sanitaria Domiciliare, semiresidenziale, residenziale ed Hospice over 75 anni* (5,7% del totale complessivo). La quota è ripartita sulla base della distribuzione della popolazione ultra 75 enne

corretta con l'indice di vecchiaia riferito alla popolazione al 1.1.2024. Questo livello comprende anche l'assistenza protesica nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

- *Altre funzioni assistenziali* (2,22% del totale complessivo) Anche in questo livello si è introdotto un Questo livello viene ripartito al 50% sulla base della popolazione residente, ed il 50% sulla base della popolazione minorenni 0-18 anni al 1.1.2024.
- *Contributo al FRNA – disabili* (1,28 del totale complessivo). Si tratta di una quota di FSN che alimenta il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

<i>3° Livello: Assistenza ospedaliera</i>

Per il riparto delle risorse tra le aziende si è utilizzata la popolazione residente al 1.1.2024, ponderata sulla base dei dati di consumo osservati per età e genere, in regime ordinario e day hospital - dati SDO 2024- con la disaggregazione, come già fatto negli anni precedenti, della fascia di età over 75 in 74-84 ed over 85; all'utilizzo dei servizi è stata applicata, per la sola degenza ordinaria, una correzione con un indicatore proxy del bisogno, rappresentato dalla radice cubica del tasso standardizzato di mortalità (SMR 2022-2024) relativo alla popolazione di età inferiore ai 75 anni.

Tabella A1-Finanziamento 2025: assegnazione risorse per livello di assistenza

	Prevenzione collettiva	Assistenza distrettuale									Ospedaliera	TOTALE (12)
Aziende USL	(1)	Farmaceutica territoriale (2)	MMG (3)	Specialistica (4)	Salute Mentale (5)	Dipendenze patologiche (6)	ADI e HOSPICE Under 75 anni (7)	Residenziale e semi- res. Adi e Hospice (over 75 anni) (8)	Altro (9)	Contributo Al FRNA disabili (10)	(11)	
Piacenza	23.985.372	68.640.109	31.954.967	71.609.969	17.466.071	6.562.728	3.867.631	28.469.223	10.963.362	5.972.954	224.073.015	493.565.401
Parma	38.078.623	104.987.727	52.314.124	111.385.606	27.905.484	10.185.178	6.021.608	37.664.891	17.842.161	9.471.135	336.840.028	752.696.565
Reggio Emilia	43.699.338	119.149.470	62.746.571	127.645.960	32.261.528	10.241.143	7.067.939	38.517.546	21.046.511	11.357.212	383.855.418	857.588.635
Modena	54.298.460	163.092.790	84.611.395	172.960.038	43.086.696	14.180.493	9.444.579	58.265.684	27.725.757	14.835.884	525.762.859	1.168.264.634
Bologna	62.768.322	210.693.735	102.666.293	220.767.259	54.092.216	16.248.040	11.786.303	89.187.793	33.455.631	18.293.847	678.314.256	1.498.273.693
Imola	9.519.215	31.789.677	15.396.734	33.218.334	8.072.405	2.768.704	1.806.562	12.984.826	5.124.691	2.772.184	101.430.920	224.884.252
Ferrara	24.029.476	89.002.154	40.216.615	90.622.433	20.742.924	6.689.872	4.958.311	51.626.082	12.135.764	7.143.320	287.897.037	635.063.987
Romagna	83.647.906	270.505.218	139.023.742	282.544.327	68.394.047	23.797.633	15.496.260	113.984.457	42.779.345	23.545.464	862.093.583	1.925.811.980
TOTALE REGIONE	340.026.712	1.057.860.881	528.930.440	1.110.753.925	272.021.369	90.673.790	60.449.193	430.700.501	171.073.220	93.392.000	3.400.267.117	7.556.149.148
Totale comprensivo di ARPAE	396.068.712											
Quote livelli di assistenza con contributo ad FRNA	4,50	14,00	7,00	14,70	3,60	1,20	0,80	5,70	2,26	1,24	45,00	100,00

(1) I criteri adottati sono specifici per funzione: Per la funzione sicurezza e igiene del lavoro sono state considerate unità produttive e addetti; per le verifiche di sicurezza si è tenuto conto degli impianti da verificare, la funzione igiene pubblica tiene conto della popolazione residente integrata con i flussi turistici e gli studenti . I criteri specifici si applicano al 70% delle risorse del livello prevenzione ed il 30% delle risorse è assegnato sulla popolazione residente al 1.1.2024

(2) La ponderazione della popolazione è avvenuta sulla base dei consumi farmaceutici osservati (dati 1° semestre 2024) per genere e per fascia di età;

(3) il riparto è effettuato sulla base della distribuzione dei costi delle voci fisse e variabili previste nell' Accordo Collettivo Nazionale Anno 2022 (dati al 31.12.24)

(4) La ponderazione della popolazione è avvenuta sulla base dei consumi desunti dalla banca dati ASA (2024)

(5) Risorse sono ripartite sulla base della popolazione residente . Non comprende i finanziamenti per l' ex O.P. finanziato ad hoc, e l'assistenza ospedaliera (SPDC e case di cura private) ricompresa nello specifico livello

(6) Il riparto è stato fatto sulla base della popolazione residente corretta con la prevalenza dei casi di dipendenza patologica - alcol, fumo,gioco e droghe nelle aziende

(7) Questo livello di assistenza è specifico per le fasce under 74 anni; il riparto è stata fatto sulla base della popolazione residente di età 45-74; comprende anche la quota di assistenza protesica.

(8) In questo livello è confluita anche l'ADI, e Hospice per anziani, oltre all'assistenza residenziale e semiresidenziale ; l'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione ultra 75-enne al 1.1.2024 corretto con l'indice di vecchiaia.

(9))l'assegnazione è stata fatta per il 50% sulla base della distribuzione dei giovani di età 0-18 a sostegno delle politiche giovanili; l'altro 50% sulla base della popolazione residente al 1.1.2024

(10) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15-64 al 1.1.2024

(11) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2022-2024, e day hospital .

Tabella A2-Finanziamento 2025: Aziende USL

Aziende USL	Finanziamento livelli assist. (ripartito a quota capitaria)	Quota accesso 2025	di cui: FRNA disabili 2025 (=2024)	Funzione di pronto soccorso (a quota capitaria)	Fondo perequativo per garantire crescita minima 1,6 % (riproporz.)	Assegnazione DL 34/2020 per anno 2025	Finanziamento vincolato alle Aosp-Univ. (*) (**)	Totale Finanziamento 2025	2025 Integrazione sovraziendale di funzioni tecniche, amministrative e professionali (§)	Finanziamento 2025 ammortamenti non sterilizzati ante 31.12.2009
	A	B	C	D	E	F	G=A+C+D+E-F	H	I	
Piacenza	493.565.401	6,53%	5.972.954	9.492.691	4.987.388	6.460.711	1.048.258	513.457.934		1.170.000
Parma	752.696.565	9,96%	9.471.135	14.476.534	1.180.487	2.515.856	12.884.615	757.984.826		392.000
Reggio Emilia	857.588.635	11,35%	11.357.212	16.493.912	5.635.762	8.170.294	1.046.255	886.842.347		4.097.200
Modena (*)	1.168.264.634	15,46%	14.835.884	22.469.111	4.135.981	5.674.155	21.289.167	1.179.254.714		1.215.199
Bologna	1.498.273.693	19,83%	18.293.847	28.816.140	2.373.281	12.681.779	17.226.427	1.524.918.468	1.556.950	9.214.742
Imola	224.884.252	2,98%	2.772.184	4.325.175	1.573.188	2.237.015	879.640	232.139.990	-123.082	740.212
Ferrara (**)	635.063.987	8,40%	7.143.320	12.214.119	3.899.419	6.099.793	9.585.641	647.691.677		2.277.218
Romagna	1.925.811.980	25,49%	23.545.464	37.038.939	11.214.495	17.582.870	3.417.726	1.988.230.559		9.575.734
Totale Aziende USL	7.556.149.148	100,00%	93.392.000	145.326.622	35.000.000	61.422.473	67.377.729	7.730.520.514	1.433.868	28.682.305

(*) Per quanto riguarda l'AUSL di Modena il finanziamento vincolato alle AOSPU tiene conto del passaggio dell'Ospedale di Baggiovara all'AOSPU di Modena, come indicato nella DGI 830/17 (tab.A4), per un importo pari ad € 12.020.890

(**) Per quanto riguarda l'AUSL di Ferrara il finanziamento vincolato alle AOSPU tiene conto del protocollo di intesa tra l'Azienda USL e Istituto ortopedico Rizzoli per lo sviluppo e gestione in collaborazione delle attività di ortopedia e riabilitazione presso il territorio della provincia di ferrara (progetto autorizzato con DGR n. 1015/2021)

Tabella A3-Finanziamento 2025: Aziende Ospedaliero-Universitarie/IRCCS

Aziende	Finanziamento per funzioni 2025	Finanziamento per funzione di Pronto Soccorso	Fondo perequativo per garantire crescita minima 1,6%	Contributi 2025 a carico AUSL (*) (=2024)	Assegnazione DL 34/2020 per anno 2025	TOTALE FINANZIAMENTO 2025	2025 Integrazione sovraziendale di funzioni tecniche, amministrative e professionali	Finanziamento 2025 ammortamenti non sterilizzati ante 31.12.2009
	A	B	C	D	E	F=A+B+C+D+E	G	H
Aosp-Univ. Parma	44.686.088	11.271.435	1.224.536	15.978.550	4.013.247	77.173.856		705.000
Aosp-Univ. Modena (*)	38.844.080	12.829.494	1.089.784	21.853.013	5.376.019	79.992.389		4.503.306
Aosp-Univ. Bologna	72.318.629	12.548.350	7.101.941	19.772.356	7.869.153	119.610.430	-1.233.268	3.754.294
Aosp-Univ. Ferrara	30.680.970	11.581.097	4.518.410	9.168.065	1.494.779	57.443.322		53.370
Ist. Ort. Rizzoli (**)	18.106.765	2.813.974	290.559	605.745	300.169	22.117.213	-200.600	202.826
Totale Az. Osp +Rizzoli	204.636.532	51.044.350	14.225.231	67.377.729	19.053.368	356.337.210	-1.433.868	9.218.796

(*) Nei contributi a carico AUSL per quota riguarda l'AOSPU di Modena il finanziamento tiene conto del passaggio dell'Ospedale di Baggiovara all'AOSPU di Modena

(cfr. DGR 830/17 (tab.A4), per un valore pari a € 12.020.890)

(**) Nei contributi a carico AUSL, per quanto riguarda l'Istituto Ortopedico Rizzoli si tiene conto del protocollo di intesa tra l'Azienda USL di Ferrara e Istituto ortopedico Rizzoli per lo sviluppo e gestione in collaborazione delle attività di ortopedia e riabilitazione presso il territorio della provincia di ferrara (progetto autorizzato con deliberazione di giunta regionale n. 1015/2021)

ALLEGATO B

GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE 2025

Premessa	3
1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	5
1.1. Approccio innovativo del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute	5
1.2. Prevenzione	8
1.3. Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	17
2. Assistenza Territoriale.....	20
2.1. Potenziamento dell'assistenza territoriale.....	20
2.2. Rete delle Cure palliative	21
2.3. Assistenza Domiciliare Integrata - Continuità assistenziale – dimissioni protette	21
2.4. Migranti e Vulnerabilità	22
2.5. Percorso nascita.....	23
2.6. Percorso IVG	24
2.7. Attività rivolte agli adolescenti/giovani adulti	24
2.8. Contrasto alla violenza	25
2.9. Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.....	25
2.10. Salute mentale – Nuovo Sistema di Garanzia	27
2.11. Riorganizzazione residenzialità Salute mentale e dipendenze	28
2.12. Infettivologia	30
2.13. Salute nelle carceri.....	30
2.14. Servizi sociosanitari per la non autosufficienza	31
2.15. Telemedicina	34
3. Assistenza Ospedaliera	35
3.1. Emergenza-urgenza ospedaliera.....	35
3.2. Percorso chirurgico.....	37
3.3. Tempi di attesa.....	38
3.4. Piattaforme operative diagnostiche e terapeutiche (NGS e trapianti CSE).....	39
3.5. Indicatori DM 70/2015: volumi ed esiti	40
3.6. Reti cliniche di rilievo regionale	43
3.7. Attività trapiantologica.....	47
3.8. Attività trasfusionale.....	49
3.9. Controlli sanitari interni ed esterni e codifica delle schede di dimissione ospedaliera ..	52

3.10.	Accreditamento.....	52
4.	Governo dei farmaci e dei dispositivi medici.....	54
4.1.	Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna.....	54
4.2.	Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica	55
4.3.	Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie convenzionate	61
4.4.	Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali	61
4.5.	Farmacovigilanza	63
4.6.	Gestione sicura e corretta dei medicinali.....	63
4.7.	Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza	64
5.	Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa ..	69
5.1.	Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA.....	69
5.2.	Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi	80
5.3.	Il Governo delle Risorse Umane	81
5.4.	Programma regionale gestione diretta dei sinistri	86
5.5.	Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	87
5.6.	Sistema di audit interno	88
5.7.	Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali	88
5.8.	Adempimenti relativi alla normativa in materia di inclusione e accessibilità	89
5.9.	Piattaforme informatiche più forti ed investimenti in biotecnologie e strutture per il rilancio del SSR.....	90
6.	Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali	98
6.1.	Sistema ricerca e innovazione regionale	98
6.2.	Innovazione nei servizi sanitari e sociali.....	99
6.3.	Sicurezza delle cure	101
6.4.	Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento	104
6.5.	La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie	104

Premessa

Il presente quadro programmatico annuale è stato predisposto in coerenza con il Programma di mandato della Giunta Regionale per la corrente legislatura, che contiene le fondamentali linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale, e degli obiettivi di mandato dei Direttori Generali e dei Commissari Straordinari delle Aziende sanitarie che costituiscono indicazioni di carattere strategico.

La programmazione annuale 2025 declina nel dettaglio le azioni che le Aziende del Servizio Sanitario Regionale devono attivare per raggiungere gli obiettivi, in una logica che ottimizzi le risorse disponibili con il fine di garantire ai cittadini dell'Emilia-Romagna un accesso universalistico, equo e sicuro alle cure.

Il riferimento sul quale incardinare la programmazione sanitaria del 2025 resta sempre e comunque il Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR) che, in coerenza con il programma di mandato, la Giunta regionale annualmente predispone, documento che delinea, nel caso specifico, le politiche sanitarie e i macro-obiettivi sistemici da perseguire.

È necessario, in particolare, considerare che le Aziende sanitarie sono impegnate nella messa in atto di interventi per il potenziamento dell'assistenza territoriale per raggiungere progressivamente gli standard previsti dal Decreto Ministeriale n. 77/2022, attraverso l'adeguamento del modello organizzativo-assistenziale, nonché per la completa realizzazione degli interventi (Case della Comunità e Ospedali di Comunità) oggetto di finanziamento PNRR. Proseguiranno anche nel 2025 le azioni volte al contenimento dei tempi d'attesa sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri chirurgici programmati. Le aziende sono altresì impegnate a realizzare interventi volti a ridurre i tempi di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso, promuovendone l'accesso appropriato e a promuovere le attività di progressiva realizzazione delle centrali operative 116117 (Numero Europeo Armonizzato) per le cure mediche non urgenti e per tutte le esigenze sanitarie o socio-sanitarie, migliorando complessivamente il tempo risposta al bisogno di salute. Si sottolinea anche la rilevanza delle attività connesse al rafforzamento delle strategie di promozione della salute e prevenzione, anche attraverso l'approccio *One health*. Con riferimento all'assistenza farmaceutica si evidenziano altresì le attività di promozione dell'uso corretto e sicuro dei farmaci, dell'aderenza terapeutica e dell'appropriatezza prescrittiva.

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

Con riferimento alla garanzia della sostenibilità economica sarà valutata sia la capacità delle Aziende sanitarie di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato e in particolare gli obiettivi di budget specificamente assegnati con riferimento ai principali fattori produttivi che concorrono al maggior assorbimento di risorse, sia la capacità di perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato.

Per quanto riguarda, infine, la struttura degli obiettivi di programmazione annuale, visto il consolidamento del sistema di misurazione e valutazione del Servizio Sanitario Regionale, così come declinato nella DGR n. 819 del 31.05.21 recante "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR" e nella DGR n. 990 del 19 giugno 2023 recante "Linee guida per la predisposizione del PIAO - Piano integrato di attività e organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR", si conferma l'impostazione definita nel corso degli ultimi anni in base alla quale gli obiettivi della programmazione annuale sono enucleati sulla base delle principali dimensioni della performance delle Aziende Sanitarie su cui è effettuata la

valutazione delle stesse e individuando specifici indicatori e target per ogni obiettivo indicato, correlando pertanto in maniera stringente il sistema di programmazione con il sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende Sanitarie. Inoltre, sono stati indicati, laddove presenti, gli indicatori proposti dal Nuovo Sistema di Garanzia (di cui al DM 12.03.19)¹ in quanto le Aziende dovranno mettere in campo le azioni finalizzate a garantire il raggiungimento degli obiettivi a livello regionale e superare positivamente la valutazione degli adempimenti 2025 a cui verrà sottoposta la Regione Emilia-Romagna, ai sensi di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

¹ Si evidenzia al riguardo che, qualora in corso d'anno il Comitato LEA aggiorni la lista degli indicatori Core del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), tale aggiornamento sarà tempestivamente comunicato alle aziende sanitarie al fine di poter garantire alla Regione il superamento della valutazione degli adempimenti 2025

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

1.1. Approccio innovativo del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute

1.1.1. Piano Regionale della Prevenzione

Il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, approvato con D.G.R. 2144 del 20/12/2021 unitamente agli indirizzi per la sua governance approvati con D.G.R. 58 del 24/01/2022, è in corso di regolare svolgimento. Tutti i Programmi, sia liberi che predefiniti, sono in via di implementazione e coordinati da specifici gruppi di lavoro a cui contribuiscono tutte le Aziende sanitarie. La cabina di regia attraverso incontri periodici ha assicurato il coordinamento e l'integrazione dei vari programmi nonché presidiato le azioni trasversali anche in collaborazione con il tavolo multisettoriale ex-L.R. 19/2018.

Il Ministero ha certificato la regolare attuazione del PRP anche in riferimento alla finalità di cui alla verifica degli Adempimenti LEA, Area Prevenzione e sanità pubblica, Completezza e Qualità dei dati, indicatore U.1.1b) relativa all'anno 2023. La Regione Emilia-Romagna ha ottenuto il risultato netto di 98,31% (116/118) nel raggiungimento e validazione degli indicatori certificativi. Non si sono ravvisate criticità nel processo di rendicontazione e valutazione.

In particolare, per il 2025, si conferma la richiesta alle Aziende sanitarie di porre specifica attenzione alla progettazione e realizzazione delle azioni trasversali in ciascuno dei Programmi del PRP e si richiede di contribuire al raggiungimento degli indicatori a livello locale come definiti nel documento di governance di cui alla DGR 58 del 24/01/2022. Si chiede inoltre di rispondere nei tempi stabiliti dalla Cabina di Regia, di cui alla determinazione 24473/2021, alla richiesta di rendicontazione degli indicatori locali.

Indicatore	Target
IND1125 - Raggiungimento degli indicatori locali definiti nel documento di governance di cui alla D.G.R. 58/2022 come di competenza delle Aziende sanitarie	90%

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

La salute è il risultato di un processo complesso e dinamico che implica interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali. Ne consegue quindi che le politiche di prevenzione sono più efficaci se non sono rivolte solo all'individuo ma hanno anche carattere strutturale ed economico e sono il risultato di alleanze strategiche tra Assessorati, Direzioni tecniche e Istituzioni esterne alla macchina regionale, secondo un approccio che trae ispirazione da quanto realizzato per formulare il Patto per il lavoro e il Clima e per la redazione e condivisione della strategia regionale per l'Agenda 2030. Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute è necessario poi un approccio metodologico One-Health che metta in sinergia il contributo di tutte le competenze professionali necessarie, anche al di fuori dell'ambito strettamente sanitario. Questa è la visione sostenuta dalla L.R. n. 19/2018 che promuove salute in tutte le politiche.

A livello locale diventa strategica la definizione degli "Accordi operativi per la salute di comunità", previsti dalla L.R. 19/2018, allo scopo di definire obiettivi e iniziative comuni tra i soggetti del territorio che possono contribuire a progettare e attuare gli interventi del Piano della Prevenzione. Nell'ambito di tali Accordi, gli Enti Locali e le Aziende Usl possono istituire Tavoli multisettoriali locali di coordinamento delle politiche di promozione della salute e prevenzione, per l'integrazione e la

cooperazione, coinvolgendo anche i diversi soggetti del territorio che possono contribuire allo sviluppo di iniziative volte alla promozione della salute delle comunità locali.

Anche nel 2025 verranno sostenute iniziative e progettualità in relazione alla Legge alla cui attuazione le Aziende sanitarie dovranno assicurare la propria collaborazione anche in riferimento ai finanziamenti assegnati e concessi con D.G.R. 1096 dell'11 giugno 2024.

Indicatore	Target
DES0001 - Attivare in ogni AUSL un accordo operativo per il coordinamento delle attività di promozione della salute e prevenzione con il coinvolgimento dei vari soggetti del territorio (Comuni, Istituti scolastici, associazionismo ecc.)	Sì

1.1.3. Promozione della salute

La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili richiede molteplici interventi di promozione di stili di vita salutari di cui alcuni possono anche contribuire a mitigare il cambiamento climatico e ridurre l'inquinamento, attraverso la cosiddetta politica dei co-benefici.

Il SSR svilupperà alleanze con il mondo della scuola, con quello del lavoro e del volontariato per moltiplicare iniziative di informazione e formazione mirate a tutte le fasce di età della popolazione, avendo come obiettivi prioritari il contrasto e la prevenzione dei comportamenti a rischio per un rapporto cordiale e consapevole con l'alimentazione, per l'astensione dal fumo di sigaretta, per prevenire gli abusi alcolici e l'uso di sostanze psicoattive.

Va potenziata anche l'alleanza tra Dipartimento di Sanità pubblica e Case della Comunità attraverso l'avvio operativo di azioni di avviso motivazionale in contesti opportunistici con il coinvolgimento del personale appositamente formato e in grado di supportare scelte di cambiamento raccordandole con la conoscenza (e la promozione attiva) delle opportunità offerte nel territorio per contrastare i comportamenti a rischio per la salute.

Vanno sviluppate iniziative che sostengano fattivamente le scuole aderenti alla Rete regionale Scuole che promuovono salute in stretta collaborazione con il Tavolo regionale di cui all'art. 13 della L.R. 19/2018 presieduto dall'Assessore alla scuola.

1.1.4. Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)

Con DGR 183/2023 è stato istituito il Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS) e approvato il Documento contenente le proposte riguardanti la struttura, l'organizzazione e le funzioni del succitato Sistema regionale, nonché la definizione dei nodi di tale sistema a rete. Con determina dirigenziale 26597 del 18 dicembre 2023 è stato istituito il Comitato strategico di coordinamento del Sistema. Con D.G.R. 2172 del 12 dicembre 2023 sono stati assegnato, concessi e impegnati i finanziamenti di cui all'atto aggiuntivo all'Accordo operativo sottoscritto tra Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Regione Emilia-Romagna, di cui al Prot. Rep. RPI 01.12.2023.0000807.U.

Nel 2025 si completerà l'acquisizione della strumentazione e si chiede alle Aziende sanitarie identificate nodi SRPS di rispettare, le tempistiche definite nell'Allegato 3 all'Accordo operativo sottoscritto tra ISS e Regione Emilia-Romagna:

- entro 31 marzo 2025 (T1 2025): aggiudicazione interventi di ammodernamento di strutture e fabbisogni, ovvero conclusione delle procedure di appalto per la fornitura di beni o servizi
- entro 30 giugno 2025 (T2 2025): avvio degli interventi di ammodernamento attraverso la stipula dei contratti ovvero l'avvio degli stessi in regime di urgenza.

Indicatore	Target
DES0003 - PNRR/PNC - Rispetto delle tempistiche definite nell'Allegato 3 all'Accordo operativo sottoscritto tra ISS e Regione Emilia-Romagna per l'acquisizione delle attrezzature di cui all'investimento 1.1 del "Piano Nazionale Complementare PNC "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima"	Sì

1.1.5. Epidemiologia e sistemi informativi

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

È importante pensare allo sviluppo tecnologico anche nel settore della produzione, interpretazione e uso delle informazioni utili per la prevenzione. Ci si deve dare l'obiettivo di sviluppare strumenti per aiutare gli operatori nelle attività di prevenzione e per monitorare i risultati. In questo senso il progetto di profilo di salute on-line che è in fase finale di realizzazione ma anche il nuovo sistema informativo della prevenzione potranno essere strumenti utili per aiutare le comunità a mettere a fuoco i bisogni di salute e monitorare i processi attuati in risposta.

Per le attività intersettoriali si suggerisce di razionalizzare i sistemi informativi già esistenti (non solo quelli sanitari) e integrarli in una logica di rete per sfruttarne appieno il potenziale informativo. È in questa logica, ad esempio, che il sistema regionale SRPS ha approvato, nell'ambito delle risorse assegnate con l'investimento 1.1 del PNC-PNRR, la realizzazione di un sistema informativo che integri i dati analitici dei diversi enti rendendone possibile una lettura e interpretazione in un'ottica One Health definendo un nuovo rapporto con gli enti preposti alla tutela e salvaguardia della salute e dell'ambiente.

Si rammenta inoltre che, come da Determina n.24414 del 15/11/2024, è stata istituita la Cabina di Regia per la realizzazione del Progetto Regionale "Portale della Sanità Pubblica (ER-PSP)" e si invitano le Aziende USL alla massima partecipazione ai Tavoli Servizi Verticali atti a verificare il corretto funzionamento delle integrazioni con gli altri sistemi informativi sanitari di riferimento, di verificare la corretta implementazione dell'applicativo all'interno della propria Azienda USL e di raccogliere specifiche esigenze.

Inoltre, le Aziende si impegnano a garantire, con adeguata qualità nella compilazione e tempestività nella trasmissione delle informazioni, l'alimentazione dei seguenti sistemi di sorveglianza: *Sistema di Sorveglianza degli stili di vita* (PASSI, PASSI d'Argento) e il *Registro regionale di mortalità*.

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

Indicatori	Target
IND0707 - % realizzazione interviste PASSI programmate (<i>anno 2025</i>)	≥ 95% al 28 febbraio 2026
IND1030 - % realizzazione interviste PASSI d'Argento programmate (<i>anno 2025</i>)	≥ 95% al 28 febbraio 2026

Indicatori	Target
P14C - NSG - Indicatore composito sugli stili di vita: Proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari ²	Valore ottimale ≤ 25%; valore accettabile ≤ 40%
DES0002 – Assicurare la partecipazione ai Tavoli Servizi Verticali del Progetto Regionale "Portale della Sanità Pubblica (ER-PSP)"	Sì

1.2. Prevenzione

1.2.1. Vaccinazioni

Il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV 2023-25) è stato approvato dalla Conferenza Stato Regione e Province Autonome il 2 agosto 2023. L'offerta vaccinale prevista è ricompresa interamente nei LEA per le classi di età e le categorie a rischio ivi contenute inoltre sono attese indicazioni di tipo organizzativo relativamente a formazione e all'accesso alle prestazioni. La Regione continuerà a monitorare il raggiungimento dei target soprattutto delle coperture vaccinali per età e implementerà un cruscotto per la valutazione in tempo reale delle coperture per alcune categorie di pazienti o di alcune coorti di nascita (24 mesi – vaccinazioni obbligatorie ai sensi della L. 119/2017).

Continua l'offerta della vaccinazione antinfluenzale e antiCOVID-19/SARS-CoV-2 in base alle indicazioni ministeriali, all'andamento epidemiologico e alla disponibilità di vaccini di nuova generazione. Si rafforza l'offerta de-stagionalizzata per la vaccinazione antipneumococcica e contro Herpes zoster (coorti 1952-1960).

Per il 2025 le Aziende sanitarie dovranno:

- garantire quanto indicato dal Ministero della Salute e dalla Regione relativamente alle vaccinazioni previste da piani nazionali;
- recepire pienamente il Documento tecnico regionale contenente le raccomandazioni e offerte vaccinali per condizioni di rischio 2023-2025.

Dal 2021 le Aziende hanno attuato misure di recupero delle vaccinazioni non erogate a causa delle ondate pandemiche e anche per il 2025 dovranno garantire il mantenimento delle offerte vaccinali anche ai soggetti che, pur rientrando nelle categorie previste dalle offerte, non hanno usufruito della prestazione:

- garantire almeno il 95% di copertura vaccinale a 24 mesi di vita per la vaccinazione esavalente (difterite-tetano-pertosse-polio-emofilo-epatite B);
- garantire almeno il 95% di copertura vaccinale a 24 mesi di vita per la vaccinazione trivalente (morbillo-parotite-rosolia e varicella, per i nati dal 2017);
- garantire l'andamento crescente percentuale delle coperture per le vaccinazioni raccomandate per coorte e agli utenti con patologie croniche, anche prevedendo modelli organizzativi di rete atti al rafforzamento dell'offerta;
- garantire il proseguimento dell'attività prevista per la piena attuazione della L. 119/2017, in particolare relativamente alla gestione degli inadempienti e ai recuperi vaccinali;
- perseguire il miglioramento dell'offerta vaccinale (influenza e pertosse) alla donna in gravidanza;

²A livello regionale la fonte dei dati per il calcolo di questo indicatore sarà la Sorveglianza PASSI.

- perseguire il miglioramento delle coperture vaccinali per influenza negli over sessantenni, pneumococco e herpes zoster per la coorte dei sessantacinquenni (come previsto dal PNPV) agendo sulle attività ambulatoriali e le collaborazioni dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, farmacie e armonizzare i percorsi di accesso e di erogazione (ospedalieri o territoriali *ad hoc*);
- implementare i percorsi d'accesso e garantire il mantenimento delle offerte attive e gratuite relativamente alla vaccinazione HPV;
- garantire l'attuazione del Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.

Nel 2025, continuerà ad essere garantito il monitoraggio, oltre a tutte le azioni correttive necessarie, per il corretto invio delle informazioni vaccinali attraverso l'Anagrafe Vaccinale Regionale *Real Time* (AVR-RT) per alimentare l'Anagrafe Vaccinale Nazionale.

Indicatori	Target
P01C - NSG – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) - <i>coorte di nascita 2023</i>	≥ 95%
P02C - NSG – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - <i>coorte di nascita 2023</i>	≥ 95%
IND1034 - Copertura nella popolazione di età = 65 anni per il vaccino coniugato contro lo pneumococco	≥ 40% con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente
IND1035 - Copertura nella popolazione di età = 65 anni per il vaccino contro l'herpes zoster	≥ 35% con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente
IND1039 - Copertura nella popolazione di età compresa tra 65 e 73 anni (coorti 1952-1960) per il vaccino coniugato contro lo pneumococco	≥ 40% con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente
IND1060 - Copertura nella popolazione di età compresa tra 65 e 72 anni (coorti 1953-1960) per il vaccino contro l'herpes zoster	≥ 35% con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente
IND1036 - Riallineamento dei flussi informativi tra Anagrafe vaccinale aziendale e AVR-RT	< 0,2% di dati in warning rispetto all'erogato
P05C – NSG - Copertura vaccinale anti- HPV	≥ 95%

1.2.2. Sorveglianza malattie infettive

Va garantita l'attività di sorveglianza e controllo per l'emergenza COVID-19 ed in particolare la completezza e la tempestività di tutti i flussi informativi richiesti.

Per il raggiungimento degli obiettivi di sorveglianza e controllo è necessario realizzare una forte integrazione con i Servizi ospedalieri e territoriali che hanno in carico i malati.

Vanno aggiornate ove necessario le azioni necessarie all'applicazione a livello locale (Piani Operativi Locali) del Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in accordo con quanto previsto dal piano regionale e nazionale, garantendo le scorte di DPI, le dotazioni

di strumentazioni di laboratorio e di reagenti e l'operatività dei Laboratori di riferimento specificamente individuati. Vanno realizzate iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari. Qualora nel corso dell'anno sia emanato il *Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2025-2029* potranno essere richieste ulteriori azioni.

Nell'ambito delle azioni strategiche previste della fase inter-pandemica si rende necessario rafforzare la sorveglianza delle forme simil-influenzali, per valutarne l'andamento epidemiologico e intercettare precocemente la diffusione di nuovi virus respiratori, influenzali o di altra eziologia. Per l'adempimento di questi obiettivi va pertanto rafforzata la sorveglianza RespiVirNet, promuovendo la partecipazione sul territorio dei Medici Sentinella e sostenendo le attività previste dalla sorveglianza virologica, quali in particolare esecuzione e trasporto dei tamponi al laboratorio di riferimento regionale.

Oltre alle azioni e agli obiettivi contenuti nel PRP, va assicurata un'efficace *azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie*, attuando i piani regionali e nazionali specifici di controllo o di eliminazione e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale adeguate, in applicazione a quanto indicato dalla DGR n. 991 del 19 giugno 2023 e dalla Determinazione n. 15900 del 20 luglio 2023. Va particolarmente presidiata la tempestività e completezza delle segnalazioni delle malattie infettive al Dipartimento di Sanità Pubblica con conferma, ove previsto, da parte Laboratorio di Riferimento Regionale, al fine di consentire l'adozione delle necessarie misure di profilassi e controllo a tutela della collettività che in alcuni casi, come le malattie trasmesse da vettori, richiedono l'attivazione tempestiva dei Comuni per le misure di loro competenza.

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

Al fine di monitorare la qualità dei dati inseriti nell'applicativo SMI per perseguire un miglioramento costante, a partire da quest'anno è stato implementato un indicatore di monitoraggio relativo alla qualità delle informazioni riportate nelle schede SMI, con particolare riferimento alle malattie infettive oggetto delle sorveglianze speciali. Si ricorda il ruolo dei referenti aziendali SMI, nel garantire la qualità dei dati epidemiologici, anche attraverso la formazione continua degli operatori e l'interfaccia con il livello regionale.

Vanno garantiti i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST) definiti come da indicazioni regionali, tenendo conto di un approccio multidisciplinare e della rete delle competenze aziendali e/o interaziendali, assicurando inoltre la segnalazione al DSP competente da parte dei clinici attraverso l'applicativo web SMI di tutti i casi diagnosticati di malattia sessualmente trasmessa.

Nell'ambito della sorveglianza dell'infestazione da acaro della scabbia, con DGR 1183/2024, sono state fornite le indicazioni regionali per l'erogazione gratuita e diretta dei farmaci ad azione scabicide. Per la corretta attuazione della DGR va rinforzato il ruolo centrale del Servizio di Igiene e Sanità pubblica quale "case manager" dei casi nell'ambito territoriale e garantito uno stretto monitoraggio della appropriata erogazione dei farmaci e della relativa spesa sanitaria.

Vanno assicurate le attività di sorveglianza, prevenzione e promozione della salute nell'ambito della governance multilivello e nelle equipe multidisciplinari che garantiscono l'offerta di salute a migranti e soggetti vulnerabili.

Vanno aumentate le competenze in materia di prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da alimenti degli operatori sanitari di SISP e dei servizi preposti alla sicurezza alimentare (SIAN, SVET) attraverso iniziative mirate di formazione. Nelle Procedure Dipartimentali di Gestione dei focolai di Malattie a Trasmissione Alimentare (MTA), va dato rilievo al ruolo di case manager del referente MTA aziendale, al fine di ridurre le criticità legate alla gestione degli eventi e di rispondere ai debiti

informativi verso il livello nazionale ed europeo. Va inoltre migliorata la qualità della sorveglianza delle MTA avvalendosi del Centro di Riferimento Regionale per gli Enteropatogeni che integra la sorveglianza di laboratorio medica e veterinaria.

Vanno consolidate le azioni per dare piena attuazione alle indicazioni della DGR n.828/2017 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi". Nelle Aziende Sanitarie va migliorato il processo di valutazione del rischio legionella attraverso un approccio multidisciplinare, garantendo la presenza nel Gruppo di valutazione del rischio di tutti i professionisti necessari ad affrontare il problema nella sua complessità.

In applicazione al D.M. 14 maggio 2021 e successive proroghe e DGR n. 1774 del 2 novembre 2021 va garantita l'effettuazione dello screening attivo e gratuito per infezione da HCV nella popolazione generale (1969-1989), nei soggetti afferenti al SerDP e nella popolazione detenuta nelle carceri. Per target SerDP e Carcere l'offerta dovrà comunque essere coerente con le Linee guida relative agli screening infettivologici previste per le popolazioni di riferimento.

Indicatori	Target
IND1031 - N. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata (periodo di attività del vettore)	Valore ottimale = 100%; valore accettabile $\geq$ 90%
IND1032 - Screening HCV sulla popolazione generale: percentuale di popolazione target (tutta la popolazione iscritta all'anagrafe sanitaria, inclusi gli Stranieri temporaneamente presenti, e nata dal 1969 al 1989) che ha effettuato test di screening nel periodo oggetto di osservazione (01/01/2022-31/12/2025)	Valore ottimale $\geq$ 50%; valore accettabile $\geq$ 40%; valore sufficiente $\geq$ 35%
DES0006 - Redazione della relazione annuale delle attività delle reti IST utilizzando il format regionale e trasmissione della stessa entro 31 gennaio 2026	100%
IND1033 - Copertura media sistema sorveglianza RespiVirNet: Numero medio di persone assistite da MMG o PLS sentinella afferenti alla rete RespiVirNet ed attivi durante il periodo di sorveglianza/popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL	$\geq$ 4%
IND1062 - Indicatore composito sulla qualità delle schede inserite nel sistema informativo regionale "Sorveglianza Malattie Infettive (SMI)"	$\geq$ 95%
DES0005 – Utilizzo da parte dei Centri IST del sistema informativo regionale "Sorveglianza Malattie Infettive (SMI)" per la segnalazione delle Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST)	(Si/No) 100%

1.2.3. Screening oncologici e Registro regionale dei tumori

1.2.3.1 Screening oncologici

Relativamente ai tre programmi di screening oncologici è necessario raggiungere o mantenere, nelle Aziende Sanitarie regionali, i livelli di copertura raccomandati nella popolazione target, assicurando il rispetto degli specifici protocolli e garantendo il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso e degli standard di performance.

Va proseguita la collaborazione con i Dipartimenti di Sanità Pubblica per l'offerta della vaccinazione anti HPV alle donne di 25 anni non precedentemente vaccinate e a quelle con lesioni specifiche riscontrate allo screening. Deve, inoltre, proseguire l'offerta della prima valutazione del rischio eredo-familiare di tumore della mammella e ovaio in occasione dell'adesione allo screening mammografico, tramite somministrazione dell'apposito questionario anamnestico.

Nel 2025 inizia, come da DGR 2009 del 27/11/2023 e DGR 1571 del 08/07/2024, l'estensione graduale dello screening coloretale alla fascia 70-74 anni: in particolare nell'anno saranno da invitare la coorte di nati/e nel 1951 e la coorte del 1955, quest'ultima in continuità con la scadenza biennale dal precedente test del sangue occulto eseguito o dall'ultimo invito per i non aderenti.

Gli indicatori previsti riguardano la copertura ricavata dalla rilevazione puntuale regionale al 1° gennaio 2026 che può essere considerata un proxy della copertura dell'indicatore NSG, che viene calcolato dal Ministero della Salute successivamente.

I valori per lo screening della cervice uterina e del colon retto sono valore accettabile $\geq 50\%$ e valore ottimale $\geq 60\%$; per lo screening mammografico valore accettabile $\geq 60\%$ e valore ottimale $\geq 70\%$. Per l'anno 2025, come previsto nel programma libero screening oncologici (PL13) del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, per tutte le AUSL, si richiede per lo screening mammografico almeno un incremento rispetto al valore ottimale, pertanto il target è $> 70\%$; per lo screening della cervice uterina e del colon retto lo stesso obiettivo dell'anno precedente e cioè, rispettivamente, $\geq 60\%$ e $> 50\%$.

Indicatori	Target
IND0761 - Screening mammografico: % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	$> 70\%$
IND0762 - Screening cervice uterina: % di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	$\geq 60\%$
IND0763 - Screening coloretale: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	$> 50\%$
P15C - NSG - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella e colon retto. Si richiede il raggiungimento almeno del valore accettabile.	Per <i>cervice e colon retto</i> : Valore ottimale $\geq 50\%$; valore accettabile $\geq 25\%$; Per <i>mammella</i> : valore ottimale $\geq 60\%$; valore accettabile $\geq 35\%$
IND1073 - Estensione screening colon retto alla coorte dei nati/e nel 1951: % di persone invitate che hanno compiuto i 74 anni alla data della rilevazione.	$\geq 70\%$ dei 74 enni
IND1074 - Estensione screening colon retto alla coorte dei nati/e nel 1955: % di persone invitate che hanno compiuto i 70 anni alla data della rilevazione.	$\geq 70\%$ dei 70 enni

1.2.3.2 Registro Tumori regionale

Deve proseguire l'implementazione del *Registro regionale dei tumori*, secondo quanto previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento del registro stesso. In ottemperanza al D.M. 1° agosto 2023 dovrà essere garantito l'avvio del flusso informativo verso il Registro Nazionale Tumori.

Indicatori	Target
DES0004 - Implementazione dei dati di incidenza del Registro Tumori dell'Emilia-Romagna garantendo il massimo livello di accuratezza e completezza dei dati attraverso periodici controlli di qualità	Dati aggiornati al 31/12/2022 (valore ottimale); al 31/12/2021 (accettabile)

1.2.4. Strutture sanitarie, socio-assistenziali e socio sanitarie

La Legge Regionale 22/2019, recante nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, ha confermato la competenza delle Commissioni per l'autorizzazione istituite presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende USL, ha innovato le procedure prevedendone la tempistica ed ha introdotto standard di controllo/anno delle strutture sanitarie.

A partire dal 2024 è stata individuata la necessità di avviare un progetto di vigilanza avvalendosi di equipe multidisciplinari nelle strutture socio sanitarie e socio assistenziali per anziani e disabili con priorità per le strutture autorizzate non accreditate, vigilanza che dovrà essere garantita anche per l'anno 2025.

I Dipartimenti di Sanità Pubblica devono assicurare:

- il funzionamento delle Commissioni dipartimentali per l'autorizzazione all'esercizio e l'osservanza dei tempi previsti dal procedimento amministrativo;
- la vigilanza sulle strutture Sanitarie, Socio-sanitarie e Socio-assistenziali, comprese le strutture per anziani e disabili con massimo 6 posti letto;
- l'alimentazione dell'anagrafe regionale delle strutture autorizzate e la trasmissione alla Regione dei dati relativi all'attività di verifica e controllo delle strutture Sanitarie e Socio-sanitarie;
- l'avvio del percorso per svolgere attività di vigilanza sia in ambito pubblico che privato per verificare la rispondenza alle linee di indirizzo regionali nel rilascio delle certificazioni sportive.

Indicatori	Target
IND1175 - Proseguimento dell'attività di vigilanza con equipe multidisciplinari rivolto alle strutture socio-sanitarie e socio assistenziali per anziani e disabili, prioritariamente rivolta alle strutture autorizzate non accreditate	vigilanza $\geq$ 10% delle strutture esistenti (se numero di strutture < 200), vigilanza $\geq$ 7% delle strutture esistenti (se numero di strutture $\geq$ 200)

1.2.5. Antimicrobicoresistenza (PNCAR 2022-2025)

Il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR 2022-2025) ha l'obiettivo di fornire le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l'emergenza dell'Antimicrobicoresistenza (AMR) nei prossimi anni, seguendo un approccio One Health.

La Regione Emilia – Romagna ha recepito il PNCAR 2022-2025 e costituito il Gruppo di Lavoro Regionale (rispettivamente Delibera Num. 540 del 12/04/2023 e Num. 15468 del 14/07/2023) avviando i lavori a livello regionale.

Indicatore	Target
DES0022 - Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali (PRCAR) per l'ambito veterinario e ambientale	Sì

1.2.6. Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Il Piano Regionale Integrato (PRI) comprende in un unico documento la programmazione regionale dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

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

Nel 2025 le Aziende Usl si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori.

Tra tutti gli indicatori previsti è stato individuato per il 2025 un sottoinsieme di "indicatori sentinella regionali", scelti tra quelli che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali per la valutazione degli adempimenti LEA e tra quelli che riguardano attività indicate come "prioritarie" dal Ministero della Salute all'interno del Piano nazionale integrato.

Si è deciso di monitorare tre indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) istituito dal Decreto del Ministero della Salute 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". Di questi tre indicatori, due rientrano nel CORE, ossia il set di indicatori che il Ministero della Salute ha scelto per valutare le regioni, e precisamente P10Z "Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino" e P12Z "Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale".

Il terzo indicatore, P11Z "Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti", riguarda attività di controllo su requisiti degli allevamenti a cui i cittadini sono particolarmente sensibili, nonché di importanza strategica per avviare un percorso di miglioramento verso una maggiore sostenibilità della zootecnia.

Un ulteriore indicatore inoltre riguarda l'attività di supervisione in sicurezza alimentare. Tale indicatore è ricompreso fra quelli richiesti annualmente dal Ministero della Salute. Si ritiene che tale indicatore sia particolarmente importante, in quanto l'attività di supervisione è necessaria per garantire uniformità ed efficacia ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali, come riportato nel Regolamento 2017/625 e sottolineato dalle raccomandazioni effettuate in corso di Audit sui controlli ufficiali effettuati dalla Commissione e dal Ministero della Salute.

Al fine dell'attuazione di quanto previsto dal nuovo sistema nazionale di identificazione e registrazione degli animali, degli stabilimenti e degli operatori, in particolare l'implementazione del sistema informativo nazionale degli animali da compagnia (SINAC), si conferma per il 2025 l'attivazione di sportelli front-office nei confronti dei cittadini e degli operatori per gli adempimenti amministrativi previsti dalla norma sopracitata, finora in carico ai comuni e ora in carico alle AUSL.

Per quanto riguarda l'attività nel settore della nutrizione preventiva e clinica, si prevede una implementazione ulteriore dei Percorsi Preventivi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PPDTA) a favore di bambini e adulti con sovrappeso e obesità, nonché la realizzazione di un percorso formativo

regionale destinato ad operatori dei DSP (SIAN) e ai Dipartimenti di salute mentale che ha come tema: Principi e strumenti per un percorso di Prevenzione e Promozione della Salute sui Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in Regione Emilia-Romagna.

Inoltre, in coerenza con quanto disposto dal PRI, i Dipartimenti di Sanità Pubblica devono dotarsi di una organizzazione in grado di gestire le molteplici emergenze di natura epidemica e non epidemica, raccordandosi con gli altri Enti e Autorità competenti.

Indicatori	Target
IND1037 - Indicatori sentinella regionali: % indicatori "sentinella regionali" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano (<i>Fonte dati (specificata in ogni indicatore nel PRI): sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo) o regionali (SEER) e rendicontazioni dalle AUSL</i>)	100%
DES0015 - Supervisioni in sicurezza alimentare: numero di supervisioni rendicontate alla Regione entro il 31 marzo dell'anno successivo con l'invio della relativa documentazione	Trasmissione di due evidenze, riferite a due distinte strutture afferenti all'area di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria di cui all'art. 7 quater del D.Lgs 502/92 (SIAN e unità operative SVET)
P10Z - NSG - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - <i>Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo) e rendicontazioni dalle AUSL</i>	≥ 95%
P11Z - NSG - Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti - <i>Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo e Sintesis) e rendicontazioni dalle AUSL</i>	≥ 95%
P12Z - NSG - Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, riferite alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale <i>Fonte dati: sistema nazionale NSIS</i>	≥ 95%
DES0017 - Attivazione di 1 sportello front-office per ogni AUSL, finalizzato agli adempimenti amministrativi necessari per l'implementazione del SINAC	100%
DES0007- Implementazione dei Percorsi Preventivi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PPDTA) a favore di bambini e adulti con sovrappeso e obesità	100%

1.2.7. Emergenze

La Regione Emilia-Romagna, in attuazione alle specifiche normative di settore, sta definendo in maniera puntuale la Rete regionale dell'emergenza nell'ambito delle competenze in capo ai Dipartimenti di Sanità Pubblica, ovvero l'insieme delle strutture, dei mezzi, delle tecnologie e degli operatori organizzati per le attività di:

- vigilanza igienico-sanitaria;
- controlli sulle acque potabili fino al ripristino degli acquedotti;

- disinfezione e disinfestazione;
- controllo alimenti, distruzione e smaltimento avariati;
- raccolta e smaltimento animali morti;
- sorveglianza epidemiologica ed eventuali profilassi;
- sanità e benessere degli animali;
- sanità pubblica nei centri di accoglienza;
- verifica e ripristino delle attività produttive.

Si rende necessario assicurare la gestione integrata di tutte le emergenze di sanità pubblica secondo le linee di indirizzo e gli accordi regionali, con particolare riferimento agli eventi epidemici, comprese le emergenze di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza alimentare. Infatti, ogni evento calamitoso, di qualsiasi natura, prevede l'intervento della componente sanitaria e socio-sanitaria, la quale deve operare attraverso attivazioni di specifici protocolli e con modalità strettamente connesse alla tipologia di evento, all'organizzazione dei servizi locali ed al territorio di riferimento.

I Dipartimenti di Sanità pubblica hanno un ruolo chiave nella risposta alle emergenze epidemiche e non epidemiche grazie al coinvolgimento delle diverse sue componenti e delle interazioni abituali con attori esterni. Con deliberazione di Giunta n. 30 del 13/1/2021 è stata approvato il "Piano per la gestione delle emergenze di competenza dei dipartimenti di sanità pubblica", il quale definisce il sistema di gestione delle emergenze di competenza dei Dipartimenti di Sanità Pubblica. Mentre, con successiva DGR 1370 del 07/08/2023, sono stati approvati 5 modelli operativi di intervento, i quali dovranno essere integrati, nel corso dell'anno, con ulteriori documenti quali:

- Modello operativo per la gestione delle attività di ripristino delle condizioni di usabilità dei locali di vita e di lavoro post emergenza;
- Procedure operative in attuazione dell'Accordo generale per il soccorso degli animali in caso di calamità, approvato con DGR 1125 del 17/06/2024;
- Modello operativo per la gestione di emergenze chimico-ambientali.

In particolare, si rende necessario sviluppare, solo ai fini di attività di protezione civile e di pianificazione degli interventi finalizzati alla tutela e alla salvaguardia dell'incolumità pubblica, dotare tutte le Aziende Sanitarie locali di uno strumento informatico avente l'obiettivo di individuare, in tempo reale, la localizzazione delle persone "fragili" o a maggior rischio che vivono al domicilio (da intendersi quali soggetti deboli che hanno limitata capacità di autonomia). Ciò al fine di consentirne il soccorso in tempo rapidi. Le modalità di aggregazione e analisi dei dati, saranno sperimentate inizialmente dalle Aziende Usl di Modena, Bologna e della Romagna; tali informazioni dovranno essere funzionali alla pianificazione e alla puntualità dell'intervento da effettuare (locale/distrettuale – provinciale – regionale).

Indicatori	Target
DES0024 - Organizzazione di un corso aggiornamento e formazione in merito alla gestione emergenze e post emergenze, anche in riferimento ad eventi realmente vissuti, con il coinvolgimento di tutti i Servizi del DSP	Si
DES0025 - Costituzione dei Comitati tecnici locali, di cui all'art 4 dell'Accordo generale per il soccorso degli animali d'affezione in caso di calamità, approvato con DGR 1125 del 17/06/2024	Si

1.2.8. Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità

La tutela della salute degli operatori della sanità si realizza, nel rispetto del principio della total worker health, non solo attraverso l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione previste dalla norma, ma anche favorendo stili di vita sani e azioni volte al benessere. In questa ottica, oltre ad assicurare un sistema organico di prevenzione e protezione della salute e sicurezza

degli operatori sanitari, ottemperando ai dettati normativi previsti dal D. Lgs. 81/08 e dal D. Lgs. 101/2020, le Aziende Sanitarie dovranno:

- completare le attività per l'adozione della cartella sanitaria e di rischio informatizzata regionale, al fine di garantire un utilizzo sempre più completo ed omogeneo della cartella sanitaria e di rischio informatizzata, unica per tutte le Aziende sanitarie;
- rafforzare i programmi vaccinali nei confronti del personale sanitario, con particolare riferimento alla vaccinazione antinfluenzale, e garantire la piena applicazione della DGR n. 351/2018 in tema di "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario";
- realizzare azioni di promozione della salute e del benessere organizzativo degli operatori sanitari nell'ambito della rete degli Ospedali che promuovono salute (Health Promoting Hospitals - HPH), finalizzate anche alla prevenzione delle aggressioni, inserendo il tema delle molestie e violenze di genere con attuazione di azioni di sensibilizzazione anche in collaborazione con i CUG Aziendali.

Indicatori	Target
DES0018 - Utilizzo dell'applicativo Cartella sanitaria e di rischio regionale informatizzata Medico Competente per la registrazione delle vaccinazioni, in particolar modo delle vaccinazioni antinfluenzali	100%
IND1195 - Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari addetti all'assistenza	≥ 40% o evidenza di un incremento del 10% rispetto alla percentuale raggiunta l'anno precedente
DES0009 – Realizzazione di azioni di promozione della salute e del benessere organizzativo degli operatori sanitari nell'ambito della rete degli Ospedali che promuovono salute (Health Promoting Hospitals - HPH) inserendo il tema specifico della Prevenzione delle molestie e violenze di genere subite dagli operatori sanitari, con evidenza di attuazione di azioni di sensibilizzazione anche in collaborazione con i CUG Aziendali	Sì
DES0019 - Analisi delle segnalazioni di aggressione fisica ad operatori sanitari ed eventuale individuazione di misure preventive	≥ 90%

1.3. Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori si realizza attraverso le azioni di assistenza e le azioni di vigilanza e controllo svolte dai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL). Con l'obiettivo di giungere alla riduzione degli infortuni, prioritariamente quelli mortali, e delle malattie lavoro correlate, è opportuno mantenere un'attività programmata di vigilanza, controllo e ispezione (e più in generale di P.G.) condotta sia dagli SPSAL e sia dalle Unità Operative Impiantistiche e Antinfortunistiche (UOIA) dei Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP) rivolta in particolare ai comparti a maggior rischio di infortunio quali edilizia, agricoltura, logistica e ad alcuni rischi prioritari quali ad esempio il rischio cancerogeno, stress lavoro-correlato e da sovraccarico biomeccanico.

L'obiettivo di copertura della vigilanza delle unità locali esistenti, individuato al 7,5% per il 2025, va collocato in questa cornice di riferimento, valorizzando anche attività di controllo che non prevedano accessi ispettivi in azienda. Ai fini del conseguimento di tale obiettivo si mantiene l'indicazione del contributo, tendenzialmente del 10%, da parte delle UOIA.

L'attività di assistenza, condotta particolarmente nell'ambito dei Piani Mirati di Prevenzione, prosegue con le caratteristiche già introdotte nel PRP 2021–2025, rivolgendo ulteriore attenzione ai settori a maggior rischio quali edilizia, agricoltura e logistica. Per l'anno 2025 si prevedono sia azioni di formazione a livello regionale rivolte agli operatori degli SPSAL, sia iniziative a livello locale, con momenti di formazione specifica rivolte alle figure aziendali della prevenzione (incontro/seminario/convegno) delle imprese coinvolte nelle progettualità in corso.

Prosegue l'attuazione del Piano amianto regionale, approvato con DGR n. 1945 del 4/12/2017 ed in particolare vanno mantenute almeno le seguenti azioni:

- assistenza informativa e sanitaria ai lavoratori ex-esposti ad amianto attraverso gli ambulatori attivati presso i DSP;
- promozione della micro-raccolta di Materiali Contenenti Amianto (MCA);
- vigilanza e controllo nei cantieri di bonifica di MCA;
- implementazione del COR lavoratori ex-esposti ad amianto.

È stata avviata nel 2024 l'implementazione degli ambulatori di medicina del lavoro nell'ambito delle Case di comunità ed in raccordo con i Dipartimenti di Sanità pubblica delle AUSL per la valutazione di casi di sospetta malattia lavoro-correlata finalizzata alla emersione delle patologie occupazionali e la realizzazione dei relativi adempimenti medico-legali. Gli ambulatori si rivolgono ai lavoratori che accedono direttamente o inviati da medici di medicina generale o medici specialisti in altra disciplina. I motivi dell'accesso sono prevalentemente: la valutazione dei casi di sospetta origine occupazionale di una malattia, tra cui rientrano anche le problematiche di disagio sul luogo di lavoro e dubbi sulla formulazione dei giudizi di idoneità alla mansione specifica. Presso tutti i Servizi sono poi già attivi i collegi medici per l'esame dei ricorsi avverso il giudizio del medico competente, i programmi di assistenza informativa e sanitaria rivolti agli ex esposti ad amianto, nonché le attività accertative sulla sussistenza del nesso causale professionale a supporto dei Centri Operativi Regionali (COR) di sorveglianza epidemiologica sui mesoteliomi (ReNaM), sui tumori naso sinusali (ReNaTuNS) e sui tumori a bassa frazione etiologica.

Per garantire equità delle prestazioni sanitarie in materia di medicina del lavoro su tutto il territorio regionale, si prevede di completare l'implementazione della rete degli ambulatori di medicina del lavoro presenti nelle Case della comunità per la presa in carico del lavoratore con sospetta patologia professionale, definendo la costituzione di reti per il ricorso a consulenze specialistiche a supporto dell'attività dell'ambulatorio di medicina del lavoro.

Al fine di contribuire alla attuazione di programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro, gli SPSAL proseguono la realizzazione del Programma Predefinito 3 del PRP 2021-2025, favorendo nelle aziende del territorio l'adesione al progetto regionale "Luoghi di lavoro che promuovono salute". In questo ambito, particolare attenzione è riservata alle Aziende Sanitarie della Regione che, a tutela del benessere dei lavoratori della sanità, sono state invitate ad aderire alla Rete degli Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono salute (Health Promoting Hospitals – HPH), portando le loro esperienze di promozione di stili di vita sani e azioni volte al benessere dei lavoratori. Gli SPSAL partecipano al gruppo di coordinamento regionale della rete HPH e sono di supporto alla implementazione della attiva partecipazione delle Aziende Sanitarie alla rete internazionale HPH.

Indicatori	Target
IND0185 - % aziende con dipendenti ispezionate	≥ 7,5% delle PAT esistenti; ai fini del calcolo della copertura di vigilanza andranno incluse sia aziende controllate con accesso ispettivo, sia

	aziende controllate senza accesso ispettivo nel limite del 10%, nel contesto di specifici piani mirati o di specifiche azioni di monitoraggio e controllo
IND0708 - % cantieri di rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08	≥ 15%
P07Ca – NSG - Denunce d'infortunio sul lavoro: variazione del tasso di frequenza di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente	Riduzione rispetto all'anno precedente
DES0011 - Implementazione delle attività degli ambulatori di medicina del lavoro presso le Case della Comunità ed in raccordo con i Dipartimenti di Sanità pubblica delle AUSL per la valutazione di casi di sospetta malattia lavoro-correlata finalizzata alla emersione delle patologie occupazionali e relativi adempimenti medico-legali, definendo la costituzione di reti per il ricorso a consulenze specialistiche a supporto dell'attività dell'ambulatorio di medicina del lavoro	Sì

2. Assistenza Territoriale

2.1. Potenziamento dell'assistenza territoriale

Per il 2025, si definiscono i seguenti obiettivi:

- Governo e periodico resoconto del percorso di realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, in coerenza con la programmazione del Piano Operativo Regionale 2022 (DGR 811/2022) in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie e in riferimento al monitoraggio di cui all'articolo 2 del DM 23 maggio 2022, n.77;
- Completamento del percorso di attivazione delle AFT nel rispetto della programmazione regionale;
- Favorire la partecipazione delle comunità: potenziare il rapporto tra servizi territoriali e comunità di riferimento in una prospettiva di sviluppo di empowerment di comunità, in particolare in riferimento al percorso CasaCommunity#Lab;
- Implementazione del modello organizzativo-assistenziale territoriale con l'identificazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità integrato nei processi di presa in carico multidisciplinare anche con finalità di promozione di interventi proattivi nel contesto familiare e comunitario dei pazienti fragili e cronici;
- Promozione dell'utilizzo di strumenti di telemedicina (DGR 1227/2021) per garantire la più ampia accessibilità e fruibilità ai servizi e alle attività, in attesa del pieno sviluppo della nuova piattaforma regionale;
- Garantire la sistematica e tempestiva alimentazione ed aggiornamento del sistema informativo delle Case della Comunità sia nella prospettiva degli utenti sia nella prospettiva del governo dell'offerta;
- Monitoraggio degli indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia rispetto alle ospedalizzazioni potenzialmente evitabili

Indicatori	Target
DES0081 - Progressivo adeguamento della organizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, inseriti nel Monitoraggio AGENAS, agli standard previsti dal DM. 77/2022	Rispetto di tutti i requisiti previsti dal DM77/2022 per il 100% dei progetti completati al 31 dicembre 2025
DES0082 - Coprogettazione e coprogrammazione di iniziative di promozione della salute e prevenzione della cronicità in integrazione tra Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento di Sanità pubblica, EELL, terzo settore, comunità	Evidenza di almeno un progetto per ogni Casa della Comunità hub (relazione)
DES0083 - Attività da parte dell'Infermiere di Famiglia e Comunità	Almeno 1 IFoC in ogni Casa della Comunità Hub attiva; Evidenza di almeno un progetto dove risulta centrale il ruolo dell'IFoC (breve relazione e/o documento aziendale se redatto)

Indicatori	Target
DES0080 - Pieno funzionamento delle COT nella gestione delle transizioni	Evidenza del numero di transizioni gestite per tipologia di transizione (ospedale-territorio; territorio-territorio; territorio-ospedale)
D03C – NSG -Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) di diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 245 per 1000 ab.
D04C – NSG - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	≤ 56 per 100.000 ab.
DES0023 - Attivazione, con atto aziendale, delle AFT previste dall'atto di programmazione regionale	Sì

2.2. Rete delle Cure palliative

Nel 2025, le Aziende dovranno proseguire il consolidamento delle reti di cure palliative (con tutti i nodi previsti e le équipe). In particolare, dovranno essere completati gli assetti organizzativi: delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (Nodo UCPD), dei Punti Unici di governo dell'accesso alla rete di cure palliative, e degli organismi tecnici di coordinamento della rete (descritti nella DGR 1770/2016), che supporta il coordinatore a pianificare, programmare e organizzare le attività di assistenza e di funzionamento della rete.

Indicatori	Target
D30Z – NSG - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative, a domicilio o in hospice, sul numero di deceduti per causa di tumore	$\geq 60\%$

2.3. Assistenza Domiciliare Integrata - Continuità assistenziale – dimissioni protette

La garanzia della continuità delle cure ai pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità è da sempre obiettivo strategico delle politiche regionali. Uno dei principali strumenti per favorire la presa in carico integrata e continuativa tra i diversi setting assistenziali è la dimissione protetta. La presa in carico, da parte dell'assistenza territoriale, all'atto della dimissione ospedaliera ha permesso in questi anni di offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati. In linea con quanto fatto fino ad ora e con quanto stabilito dal PNRR che rivolge una particolare attenzione al potenziamento dell'assistenza territoriale, in particolare alla finalizzazione del principio di «casa come primo luogo di cura». Le Aziende, per l'anno 2025, dovranno potenziare la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti garantendo la continuità assistenziale.

Indicatori	Target
IND0289 - % di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	PIC aperte entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera/PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera ≥ 50%
D22Z – NSG - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	> 4,0 (CIA1) > 2,5 (CIA2) > 1,5 (CIA3)
IND0907 - Pazienti ≥ 65 anni presi in carico in ADI	Piacenza ≥ 8.100 Parma ≥ 11.600 Reggio Emilia ≥ 14.000 Modena ≥ 18.600 Bologna ≥ 24.300 Imola ≥ 6.000 Ferrara ≥ 13.000 Romagna ≥ 30.400

2.4. Migranti e Vulnerabilità

Per l'anno 2025, al fine di implementare in maniera sistematica quanto indicato nelle delibere regionali n. 1304/2022 "e n. 2313/2022, in ottemperanza alle nuove progettualità sulla salute dei migranti forzati (progetto PERSONE), e ottimizzare i percorsi di accesso e di presa in carico di vulnerabilità sanitarie.

Le Aziende USL dovranno:

- garantire il rafforzamento della governance multilivello, coinvolgendo nei percorsi di formazione /aggiornamento stakeholder territoriali e terzo settore coinvolti nei processi di accoglienza dei migranti;
- diffondere la cartella migranti digitale per la presa in carico a tutti gli ambulatori migranti delle AUSL e dell'associazionismo, che eroga servizi sanitari in convenzione con le AUSL, nel rispetto della normativa sulla privacy;
- garantire l'Applicazione delle procedure sulla determinazione dell'età dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA);
- garantire la certificazione medico legale alle vittime di violenza, stupro e torture Richiedenti Protezione internazionale.

Indicatori	Target
DES0084 - Partecipazione e coinvolgimento degli stakeholder territoriali alle attività di formazione e aggiornamento promossi dalla RER (progetto PERSONE, in materia di salute migranti)	Sì
Monitoraggio delle prese in carico, tramite cartella migranti, per:	
IND1077 - % Screening sanitario all'arrivo da parte delle Equipe Multidisciplinari rispetto ai primi accessi	100%
IND1136 - % Richieste evase sul numero delle richieste pervenute per procedure di Certificazione dell'Età dei minori stranieri non accompagnati	100%
IND1137 - % Richieste evase sul numero delle richieste pervenute per Certificazione Medico Legale per le vittime di violenze e/o torture	100%
DES0091 - Avvio del processo di diffusione e utilizzo della cartella migranti per le associazioni di volontariato convenzionato	Sì

2.5. Percorso nascita

Per il 2025, le Aziende sanitarie dovranno rafforzare gli interventi per il percorso nascita (appropriatezza dei percorsi assistenziali e continuità assistenziale) nell'ambito del progetto primi 1000 gg con tutti gli attori della rete e implementare azioni proattive (visite domiciliare, consulenze telefoniche), per facilitare l'accesso ai servizi nel periodo postnatale e il sostegno soprattutto per le donne, coppie, puerpere in condizioni di fragilità. In particolare, dovrà essere promossa l'assistenza in autonomia dell'ostetrica, all'interno di equipe di professionisti, nel percorso nascita (gravidanza, parto e puerperio) fisiologico e il suo coinvolgimento nell'assistenza ai percorsi di patologia. Contemporaneamente, dovrà essere rafforzato il lavoro di rete (che includa anche la pediatria di libera scelta-PLS e di comunità) a promozione e sostegno dell'allattamento materno.

Un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della assistenza del percorso nascita potrà raggiungere un valore massimo di 30 punti, ottenibili sommando i punteggi di sei componenti:

Indicatore	Target
<i>IND1140 - Indicatore composito percorso nascita</i>	<i>> 18</i>
1 IND1118 - % delle gravide prese in carico dal Consultorio Familiare che hanno ricevuto almeno una visita/consulenza da parte dell'ostetrica	≥ 40%
2 IND0996 - % travagli assistiti dall'ostetrica sul totale dei travagli	≥ 34%
3 IND0921 - % di parti con taglio cesareo nella 1° classe di Robson	≤ 6%
4 IND0526 - % std allattamento completo a 3 mesi	> 56%
5 IND0527 - % std allattamento completo a 5 mesi	> 47%
6 IND1119 - % di completamento della FAD allattamento da parte dei professionisti	≥ 3% dei nati vivi

L'indicatore composito verrà utilizzato per valutare sia le Aziende territoriali che quelle ospedaliero-universitarie dal momento che il percorso si basa sulla collaborazione delle due componenti aziendali a garanzia della continuità assistenziale.

2.6. Percorso IVG

Per il 2025 le Aziende dovranno garantire il percorso di IVG farmacologica a livello ambulatoriale nei consultori, negli ospedali e a domicilio. Inoltre, dovrà definire un'organizzazione tra ospedale e territorio che garantisca un tempo di attesa per le IVG chirurgiche tra rilascio del certificato e intervento inferiore a 15 gg, riducendo contemporaneamente i certificati urgenti.

Un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della assistenza del percorso IVG, potrà raggiungere un valore massimo di 10 punti, ottenibili sommando i punteggi di due componenti:

Indicatore		Target
<i>IND1150 – Indicatore composito percorso IVG</i>		> 6
1	IND0908 - % IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche	≥ 25%
2	IND1207 - % di IVG chirurgiche con attesa inferiore a 15 gg. con certificato non urgente sul totale delle IVG chirurgiche	> 50%

2.7. Attività rivolte agli adolescenti/giovani adulti

Le Aziende dovranno rafforzare l'accesso alla contraccezione gratuita per le persone fino al compimento del 26° anno di età e attivare azioni per prevenire le malattie sessualmente trasmesse. Deve inoltre essere garantito il benessere psicologico relazionale degli adolescenti.

Un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della assistenza rivolta agli adolescenti, potrà raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi di 4 componenti:

Indicatore		Target
<i>IND1129 – Indicatore composito adolescenti/giovani adulti</i>		> 12
1	IND1126 - % di ragazzi che accedono a servizi consultoriali (Consultori Familiari, Spazi Giovani, Spazi Giovani Adulti e Spazi Donne Immigrate) per la contraccezione sulla popolazione target (14-25 anni)	≥ 7%
2	IND1127 - % di adolescenti/famiglie/coppie che hanno beneficiato di un supporto psicologico all'interno degli Spazi Giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	≥ 1,3%
3	IND1128 - % di accessi negli Spazi Giovani per supporto psicologico effettuati da adolescenti/famiglie/coppie negli Spazi Giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	≥ 4,6%
4	IND1176 - % di utenti degli Spazi Giovani consultoriali sulla popolazione target (14-19 anni)	≥ 9,3%

2.8. Contrasto alla violenza

Le Aziende USL dovranno consolidare l'attività dei Centri "Liberiamoci dalla violenza" (LDV), svolgendo anche attività di promozione della loro conoscenza con iniziative rivolte alla cittadinanza (tutte Aziende USL, esclusa Imola che non ha nel suo territorio un centro LDV).

Le Aziende USL dovranno inoltre sensibilizzare gli/le adolescenti al problema violenza di genere per potenziare le competenze relazionali e prevenire il fenomeno della violenza maschile sulle donne (tutte le Aziende USL).

Particolare attenzione deve essere rivolta al ruolo del padre nella genitorialità, con il suo coinvolgimento da parte dei servizi sanitari in ogni fase della gravidanza, del parto e del puerperio al fine di migliorare la salute psico-fisica della prole e della madre, contribuendo alla parità fra uomini e donne e al contrasto della violenza domestica (tutte le Aziende sanitarie).

Dovranno essere inoltre rafforzate le conoscenze da parte dei professionisti in merito a violenza di genere e maltrattamento e abuso in infanzia e adolescenza anche attraverso la fruizione delle FAD regionali disponibili su piattaforma "SELF" (tutte le Aziende sanitarie).

2.9. Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Le Aziende sanitarie (ciascuna Azienda USL in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS), devono garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in coerenza con la DGR 603/2019 "Piano Regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" che recepisce il PNGLA (Accordo Stato Regioni del 21/02/2019).

Per il 2025 inoltre è prioritario, al fine di garantire i tempi di attesa, assicurare la continuità assistenziale come da DGR n.620/2024 recante "*Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi d'attesa: prima fase attuativa*". Il governo dell'appropriatezza prescrittiva, organizzativa ed erogativa va potenziato in tutti gli ambiti di attività. Si conferma, pertanto, la necessità di monitorare/migliorare l'appropriatezza prescrittiva attraverso l'aderenza del medico prescrittore alle regole prescrittive (classe di priorità, tipologia di accesso, quesito diagnostico), ai profili prescrittivi e ai PDTA definiti a livello regionale. È importante anche presidiare l'applicazione dei criteri clinici di accesso definiti a livello regionale e la formazione continua dei medici.

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

Pertanto, per l'anno 2025, si definiscono i seguenti obiettivi:

Tempi di attesa

Saranno valutati i tempi di attesa EX ANTE per la classe di priorità D dal cruscotto regionale TDA-ER.

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di *priorità D EX ANTE*

Indicatori	Target
IND0319 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	≥ 90%
IND0320 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	≥ 90%

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di *priorità B EX POST*:

Indicatore	Target
D10Z* – NSG - % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	≥ 90%

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di *priorità D EX POST*:

Indicatore	Target
D11Z* – NSG - % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	≥ 90%

**Qualora nel Nuovo Sistema di Garanzia intervengano modifiche per l'anno 2025 tali indicatori saranno adeguati di conseguenza*

Appropriatezza prescrittiva

Al fine di monitorare l'aderenza delle prescrizioni alle indicazioni regionali di appropriatezza prescrittiva saranno valutate le prescrizioni che riportano l'indicazione del percorso di appropriatezza come definito a livello regionale (<https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/visite-ed-esami/accesso-appropriato/indicazioni-regionali-di-appropriatezza-prescrittiva>)

Indicatore	Target
IND1116 - % di prescrizioni dei MMG che riportano l'indicazione di appropriatezza	≥ 70%

Presa in carico

Promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente (di cui alla nota prot.0282798.U del 21-3-22). È necessario che venga garantita la continuità assistenziale dei pazienti noti con patologia cronica e/o rara, ossia con un problema già diagnosticato che necessita di controlli periodici (o di una struttura a cui accedere se insorge un sintomo correlato al problema noto). Altrettanto deve essere garantito un accesso programmato dei pazienti che per un periodo devono seguire un percorso strutturato (ad es. le gravidanze).

Indicatori	Target
IND1145 - % del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2)	Aumento rispetto all'anno precedente
IND0993 - % prescrizioni di visite di controllo con tipo accesso 0 prescritte dal medico specialista	≥ 95%
IND1146 - % prenotazioni di visite di controllo tipo accesso 0 effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo tipo accesso 0	≥ 90%
IND0994 - % prescrizioni con tipo accesso 0 prescritte dal medico specialista (escluse visite)	≥ 95%
IND1147 - % prenotazioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista/struttura sul totale prenotazioni tipo accesso 0 (escluse visite)	≥ 90%

Continuità prenotativa del Sistema CUP e agende aperte

È fondamentale perseguire l'obiettivo di garantire continuità prenotativa e superare le agende chiuse come prevede la DGR n.620/2024. L'orizzonte temporale di disponibilità prenotativa dovrà essere di almeno 24 mesi in modo dinamico rispetto alle richieste, affinché non si verifichino situazioni in cui tutta l'offerta, sia per i primi accessi sia per i controlli, sia saturata. In caso di temporanea indisponibilità per saturazione delle agende occorre attivare la Prelista ove registrare i pazienti che devono poi essere richiamati entro i tempi previsti dalla sopracitata delibera.

Indicatore	Target
IND1117 - Agende di prenotazione o prelista disponibili per la prenotazione, in qualunque momento, per ciascuna prestazione e per bacino di riferimento territoriale	Almeno 1 agenda disponibile

Libera professione

Al fine di monitorare la libera professione intramoenia e la completezza della banca dati derivante dal flusso della Specialistica Ambulatoriale, dal 1° luglio 2025 si rende obbligatoria la compilazione del campo riguardante l'importo lordo anche per i dati di libera professione intramoenia.

Indicatore	Target
DES0039 – Completezza della banca dati ASA per la parte riguardante la libera professione intramoenia	Coerenza con i dati dei conti economici delle aziende sanitarie

2.10. Salute mentale – Nuovo Sistema di Garanzia

I ricoveri ripetuti forniscono informazioni sull'efficacia e appropriatezza delle cure ricevute dagli utenti e sul collegamento tra strutture ospedaliere e territorio. Ci si aspetta che la quota di re-ricoveri sia

meno rilevante in situazioni dove vi sia stata una buona dimissione del paziente dal ricovero ospedaliero e dove il paziente sia stato correttamente preso in carico dal territorio.

Inoltre, l'indicatore proposto rappresenta una valutazione inserita nel nuovo sistema di garanzia dei LEA (NSG).

Indicatore	Target
D27C – NSG - % di ricoveri ripetuti in psichiatria tra 8 e 30 giorni sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	≤ 6,9%

2.11. Riorganizzazione residenzialità Salute mentale e dipendenze

I trattamenti in strutture residenziali rappresentano una componente essenziale dell'intervento assistenziale nei confronti delle persone che sono in cura presso i Servizi del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche, oltre a essere un importante veicolo di spesa.

Rispetto a questa rilevante e importante offerta si è posto l'esigenza di porre l'attenzione sull'*efficacia degli inserimenti residenziali*, spesso non del tutto idonei al perseguimento della recovery personale e sociale dell'assistito. Per realizzare gli obiettivi di emancipazione ed autonomizzazione, nella fase residenziale occorre pertanto porre sempre attenzione non solo ai bisogni di cura e riabilitazione, ma anche a quelli abitativi, lavorativi e di socialità all'interno della comunità di appartenenza. Le strategie e gli interventi da attuare sono state dettagliatamente indicate nel documento "Linee programmatiche sulla residenzialità dei Servizi di Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna" (DGR 1322/2024).

È necessario, quindi, innovare l'attuale approccio alla residenzialità, ripensandola complessivamente in un'ottica di salute mentale di comunità, incrementando esperienze innovative che favoriscano una sempre maggiore inclusione sociale, coinvolgendo maggiormente la comunità ed il territorio, gli Enti locali, gli Enti del Terzo settore, le persone stesse e le loro famiglie. In quest'ottica, gli istituti giuridico amministrativi della co-programmazione e co-progettazione possono rivestire un ruolo strategico nel rendere realizzabili gli obiettivi di coinvolgimento partecipato e responsabilizzazione di tutti gli attori, istituzionali e non, e di attivazione comunitaria che rappresentano l'elemento basilare e necessario a sostenere il passaggio dall'approccio prestazionale a quello fondato sulla valutazione personalizzata delle risorse e dei bisogni che caratterizza i percorsi di cura e riabilitazione orientati alla recovery.

È un percorso di rilevante impatto sui Servizi, ma che chiede gradualità nel raggiungimento degli obiettivi, a cominciare dal rispetto dei tempi di permanenza in strutture residenziali che sottendono anche all'individuazione di servizi innovativi socio-sanitari e di comunità. L'obiettivo è di rendere più efficiente ed efficace l'utilizzo del sistema di cura delle strutture residenziali per la Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e NPIA, sia dei Servizi pubblici sia dei Servizi privati.

Indicatori		Target
DES0071 - Corretta valorizzazione dei trattamenti residenziali e semiresidenziali sanitari e socio-sanitari nella cartella CURE		100% dei percorsi residenziali e semiresidenziali valorizzati in cartella CURE. Obiettivo da raggiungere in collaborazione con il Servizio Controllo di gestione (corrispondenza pagamento rette/flussi informativi)
DES0066 - Formalizzazione di una Cabina di regia residenzialità-abitare per il monitoraggio e valutazione dei programmi residenziali dei Servizi del DSM-DP		Ogni AUSL deve formalizzare, attraverso uno specifico atto, la composizione della Cabina di regia residenzialità-abitare
<i>IND1115 – Indicatore composito sui tempi di permanenza nelle strutture residenziali sanitarie</i>		<i>100 punti</i>
1	IND1106 - Residenze a trattamento intensivo (RTI): % inserimenti con durata del trattamento superiore a 90 giorni	≤ 10%
2	IND1110 - Residenze a trattamento riabilitativo (RTR-E): % inserimenti con durata del trattamento superiore a 30 mesi	≤ 15%
3	IND1107 - Residenze riabilitative pedagogiche: % inserimenti con durata del trattamento superiore a 30 mesi	≤ 10%
4	IND1108 - Residenze riabilitative terapeutiche: % inserimenti con durata del trattamento superiore a 18 mesi	≤ 15%
5	IND1114 - Residenze specialistiche dipendenze per Doppia Diagnosi: % inserimenti con durata del trattamento superiore a 18 mesi	≤ 10%

Sviluppo servizi DSM-DP nelle Case della comunità

Lo schema dei Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità (Tab. 4 del DM77) prevede che i Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza sono "raccomandati" sia per la CdC Hub sia per la CdC Spoke, rimandando a provvedimenti successivi la parte operativa.

Nella Conferenza Stato-Regioni con l'Intesa del 21 dicembre 2022 sono stati approvati gli "Standard per l'assistenza territoriale dei Servizi Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Salute nelle carceri", firmato dal Ministro della Salute il 9 gennaio 2023 e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze il 24 gennaio 2023. Considerando l'impatto della psicopatologia, sia per i servizi per minori sia per adulti, l'obiettivo del nuovo DM è di "garantire, l'integrazione di tali servizi nel modello territoriale e distrettuale così come definito dal DM 77/2022, al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza", con standard da raggiungere entro il 2026, cioè l'arco temporale di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). E' necessario che le Aziende USL sperimentino modelli di integrazione dei Servizi dei DSM-DP e della Psicologia nelle Case della comunità.

Indicatore	Target
DES0068 - Sviluppo di percorsi integrati tra DSM-DP e Cure Primarie per la definizione di interventi appropriati in termini di intensità e continuità assistenziale (stepped care ascendente e discendente) all'interno delle Case della Comunità	Evidenza della sperimentazione di almeno un percorso per ogni DSMDP che coinvolga i Servizi di Salute mentale, Dipendenze patologiche, NPIA e Psicologia

2.12. Infettivologia

Successivamente alla pandemia da Covid19, si è assistito a una riduzione degli esami infettivologici dei Servizi per le dipendenze. È necessario riattivare e potenziare l'attività di screening.

Indicatori		Target
<i>IND1123 – Indicatore composito: % di assistiti con progetto e con esami infettivologici³</i>		≥ 60%
1	IND1120 - % assistiti con esame annuale di screening HIV o rifiuto dell'esame	≥ 60%
2	IND1121 - % assistiti con esame annuale di screening HCV o rifiuto dell'esame	≥ 60%
3	IND1122 - % assistiti con esame annuale di screening HBV o rifiuto dell'esame	≥ 60%

2.13. Salute nelle carceri

Con la circolare 10/2024 ad oggetto: Approvazione delle "Raccomandazioni regionali per la prescrizione e la somministrazione dei farmaci, in particolare psicotropi e analgesici, all'interno degli Istituti Penitenziari della Regione Emilia – Romagna", sono state predisposte le raccomandazioni prescrittive per il corretto utilizzo delle classi di farmaci ad alto rischio di abuso e/o uso improprio all'interno degli istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna.

L'uso non corretto dei farmaci negli istituti penitenziari comporta rilevanti rischi per la salute e mortalità per le persone che li usano in maniera impropria. Pertanto è fondamentale che i Servizi di sanità penitenziaria adottino tutte le prescrizioni indicate nelle raccomandazioni regionali per la corretta prescrizione e somministrazione dei farmaci.

³ Realizzazione degli screening infettivologici agli utenti con Progetto di cura e uso di sostanze psicotrope come definito dalla Circolare 11/2011. Obiettivo da raggiungere in collaborazione con il Dipartimento di Sanità pubblica.

Indicatori	Target
DES0069 - Formazione Aziendale sull'appropriatezza prescrittiva negli Istituti penitenziari secondo le indicazioni della circolare 10/2024 ad oggetto: "Raccomandazioni regionali per la prescrizione e la somministrazione dei farmaci, in particolare psicotropi e analgesici, all'interno degli Istituti Penitenziari della Regione Emilia – Romagna"	Almeno un evento formativo nel corso dell'anno con coinvolgimento di almeno il 40% dei medici e infermieri
IND1134 - Riduzione del consumo di farmaci antipsicotici (in particolare quetiapina), benzodiazepine a emivita intermedia e breve, z-drugs, gabapentin, pregabalin e anticolinergici in DDD*100 detenuti/die nell'anno 2025 vs 2022	Riduzione delle DDD*100 detenuti/die di queste tipologie di farmaci rispetto al 2022

Il nuovo Piano regionale sulla prevenzione del rischio suicidario fornisce indicazioni operative che devono essere realizzate con Protocolli locali concertati con l'Amministrazione penitenziaria.

Necessario riattivare l'attività di screening infettivologico negli Istituti penitenziari, fortemente calata successivamente al periodo pandemico.

Indicatori	Target
DES0079 - Rischio suicidio	Realizzazione di protocolli locali sul rischio suicidario, coerenti con le indicazioni fornite nel "Piano di prevenzione del rischio suicidario nel sistema penitenziario per adulti"
<i>IND1133 - Indicatore composito: esami infettivologici a nuovi ingressi con almeno 14 giorni di detenzione⁴</i>	<i>≥ 70%</i>
1 IND1130 - % con un esame di screening HIV effettuato o rifiutato	≥ 70%
2 IND1131 - % con un esame di screening HCV effettuato o rifiutato	≥ 70%
3 IND1132 - % con un esame di screening HBV effettuato o rifiutato	≥ 70%

2.14. Servizi sociosanitari per la non autosufficienza

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

A livello locale la programmazione e gestione del FRNA dovrà avvenire in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze e gli altri fondi nazionali, garantendo le rendicontazioni sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi.

Per le persone con disabilità, in collaborazione con gli Enti Locali, occorre assicurare in ogni distretto la programmazione del Fondo per il Dopo di Noi di cui alla Legge 112/16 e più in generale il governo della rete dei Servizi sociosanitari dedicati alle persone con disabilità, ponendo particolare attenzione

⁴ Realizzazione degli screening infettivologici: obiettivo da raggiungere in collaborazione con il Dipartimento di Sanità pubblica.

all'analisi delle modifiche di processo di lavoro e organizzative conseguenti alla riforma sulla disabilità come da Decreto legislativo 62/2024 e conseguenti atti ministeriali.

Occorre inoltre assicurare in collaborazione con gli Enti Locali gli interventi previsti a sostegno della domiciliarità dal Piano nazionale per le non autosufficienze (PNNA), nonché la rendicontazione delle risorse attraverso il sistema SIOSS.

In riferimento ai punti unici di accesso (PUA) presso le case della comunità è necessario raggiungere la piena operatività nell'anno corrente in piena coerenza con le "Linee guida per la progettazione e l'implementazione dei punti unici di accesso (PUA) e la definizione degli accordi di programma in materia di integrazione socio-sanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità" approvate con DGR 2161/2023.

Le Aziende USL partecipano alla programmazione territoriale integrata per il riconoscimento e il sostegno al caregiver familiare di cui alla L.R. 2/2014 nel sistema dei Servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e per l'utilizzo delle risorse del "Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare", promuovendo un'omogenea applicazione delle indicazioni operative e un'attenzione particolare all'individuazione di soluzioni innovative, flessibili e personalizzate, favorendo l'utilizzo delle schede e degli strumenti diffusi con determinazione n. 15465/2020. Le Aziende USL dovranno inoltre garantire la relativa rendicontazione sull'utilizzo del fondo nazionale caregiver, in collaborazione con gli Enti locali. Con atto di Giunta, sarà programmato il nuovo fondo regionale caregiver, assegnato ai territori che dovranno definire la prima programmazione in coordinamento con il sistema programmatico consolidato.

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

Inoltre, è necessario garantire il monitoraggio dell'indicatore previsto nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia, che fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali/semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale. Nel 2025 è opportuno promuovere l'adeguamento quantitativo dell'offerta residenziale, favorendo una maggiore omogeneità del tasso di copertura tra gli ambiti distrettuali delle Ausl.

Le Aziende Usl dovranno pertanto assicurare:

Indicatori di funzionamento delle attività socio-sanitarie:

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

Indicatore	Target
DES0095 - Rendicontazione in collaborazione con gli UDP per adempimento debiti informativi regionali (monitoraggio in applicazione alla LEGGE REGIONALE 27 dicembre 2022, n.23 - articolo 25 "Monitoraggio non autosufficienza")	100%

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

Indicatori	Target
DES0097 - Rendicontazione in collaborazione con gli UDP sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi FNA: adempimento debiti informativi sistema SIOSS	100%

Indicatori	Target
DES0098 - Rendicontazione in collaborazione con gli UDP sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi fondo "Dopo di Noi": adempimento debiti informativi sistema SIOSS	100%

- Riconoscimento e sostegno al Caregiver familiare

Indicatore	Target
DES0100 - Evidenza di utilizzo della scheda "Riconoscimento del caregiver familiare" (in applicazione della procedura definita all'interno degli accordi di programma) e della "Sezione Caregiver" con valutazione dei bisogni all'interno dei progetti personalizzati che prevedono servizi/interventi finanziati dai fondi caregiver	100% dei progetti attivati/aggiornati nell'anno

- Attivazione e consolidamento del punto unico di accesso PUA nelle case della comunità

Indicatore	Target
DES0092 - Apertura del servizio con presenza sia dei professionisti sociali, sia degli operatori delle professioni sanitarie e individuazione, all'interno della struttura, spazio di uno spazio di operatività per i professionisti sanitari e sociali	100% delle case della comunità hub e spoke realizzate con finanziamenti PNRR

- Analisi dei processi di lavoro per individuare le modifiche organizzative necessarie a garantire la funzionalità delle UVM di cui al D.lgs. 62/2024

Indicatore	Target
DES0093 - Invio alla Regione dei dati che verranno richiesti secondo un format predefinito, nel rispetto dei tempi stabiliti.	(Partecipazione alla rilevazione e agli approfondimenti previsti)

- Monitoraggio indicatore da Nuovo Sistema di Garanzia

Indicatore	Target
D33Za – NSG - Numero di Anziani Non Autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/popolazione residente	> 30

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

Indicatore	Target
IND1186 - Numero di utenti con CDR 4 e 5/Numero totale di persone con demenza	>5%

- Sviluppo progetti a bassa soglia per persone con demenza e loro caregiver

Indicatore	Target
IND1187 – Numero di progetti a bassa soglia in connessione con associazioni ed enti locali	Almeno 2 per Ausl

2.15. Telemedicina

Nella seconda metà del 2025, la nuova piattaforma regionale di telemedicina prevista dalla programmazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, subintervento M6 C1 I 1.2.3 'Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici', investimento 1.2 'Casa come primo luogo di cura e telemedicina', componente 1 'Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale', verrà collaudata e verranno avviati i processi di integrazione della nuova piattaforma negli applicativi aziendali.

Le attività del gruppo regionale di telemedicina proseguiranno e la composizione del gruppo sarà aggiornata. Per garantire la più ampia accessibilità e fruibilità ai servizi e alle attività di telemedicina, in attesa del pieno sviluppo della nuova piattaforma regionale, si promuove l'incremento delle attività realizzate con gli strumenti di telemedicina già in uso (DGR 1227/2021). L'obiettivo è integrare maggiormente la telemedicina nei processi clinico assistenziali esistenti per migliorarli, ottimizzarli e renderli più appropriati, sostenibili, efficaci ed apprezzati.

In quest'ottica, sarà fondamentale anche avviare/rafforzare i percorsi di telemonitoraggio/telecontrollo di livello 1 impiegando i dispositivi medici funzionali allo scopo e acquistati nell'ambito dell'intervento PNRR COT Device (M6C1 I1.2.2.3). Tali dispositivi, organizzati in kit aventi la medesima composizione in termini di numero e tipologia di dispositivi, sono stati tutti consegnati e collaudati presso le Aziende Sanitarie territoriali.

Indicatori	Target
IND1192 - Visite (V1+V2) in telemedicina (fonte ASA)	Aumento 10% rispetto all'anno precedente per le aziende di BO usl, BO osp, FE usl, FE osp Minimo 1000 prestazioni per le aziende di PC, MO usl, MO osp, RE, PR usl, PR osp, Romagna Minimo 500 prestazioni per le aziende di IOR, Imola
DES0010 – Consegna a domicilio dei dispositivi medici acquistati con fondi PNRR COT Device (M6C1 I1.2.2.3) e attivazione del servizio di telecontrollo di livello 1 sul totale dei kit assegnati	15% solo per le Aziende territoriali

3. Assistenza Ospedaliera

3.1. Emergenza-urgenza ospedaliera

Con il DM n. 77 del 21 aprile 2022, il Ministero ha dato il via ad un nuovo modello organizzativo con una maggiore presa in carico territoriale e ha dato indicazioni sull'estensione degli orari di apertura delle case della comunità; inoltre, ha formalizzato la creazione di centrali operative 116117 per le cure mediche non urgenti e per tutte le esigenze sanitarie o socio-sanitarie, attive 24h al giorno.

In questo contesto, la Regione Emilia-Romagna con delibera 1206/2023 recante "*Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia Romagna*" ha redatto un piano di riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza, con l'intenzione di trasferire gli accessi potenzialmente inappropriati, verso strutture per la gestione di urgenze differibili e non urgenze, definendo la tipologia di casistica, i requisiti delle strutture e la tipologia di servizi erogati. Le strutture già identificate Centri di Assistenza Urgenza (CAU), di concerto con le centrali 118 e con le future centrali 116117, cooperando e comunicando a livello informativo, insieme agli altri punti di erogazione ad accesso diretto, hanno il compito di migliorare la tempestività di presa in carico dei cittadini, migliorando il tempo di attesa per la risposta alle necessità più impellenti.

Indicatori	Target
IND1041 - Riduzione degli accessi bianchi e verdi sul totale degli accessi in Pronto Soccorso	≥5%
DES0027 - Attuazione del nuovo assetto dell'emergenza territoriale tramite l'istituzione del Dipartimento "Polo delle Centrali Operative e del servizio di elisoccorso" per ogni area omogenea (Emilia Ovest, Emilia Est, Romagna) e relativa assegnazione delle strutture complesse	100%
DES0028 - % di MSA con ≥ 3 servizi/die per area omogenea (Emilia Ovest, Emilia Est, Romagna)	≥ 85%

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

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

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

Indicatori	Target
<i>Rispetto dei tempi d'attesa</i>	
IND0775 - % accessi con permanenza <6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con più di 45.000 accessi	≥ 80%

IND0776 - % accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS generali e PPI ospedalieri con meno di 45.000 accessi	≥ 90%
<i>Interoperabilità flussi</i>	
IND0920 - Link PS-118: % compilazione codice missione	≥ 80%

Centrali Operative 118 ed emergenza territoriale

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

Per garantire il mantenimento delle competenze degli operatori dei mezzi di soccorso avanzati si considera il numero medio di servizi giornalieri effettuati, avendo come riferimento la percentuale dei mezzi che superano la soglia fissata, in rapporto al numero di mezzi sanitari avanzati impiegati nell'area omogenea.

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

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

Si ritiene prioritario incentivare iniziative e progetti di "defibrillazione precoce territoriale" da parte di personale non sanitario. A tal fine, le Aziende Sanitarie assicurano l'adeguato supporto al percorso di accreditamento dei centri di formazione BLS per personale laico, verificando la qualità dei corsi erogati e la localizzazione dei defibrillatori attraverso l'APP DAE-Responder.

Numero Europeo Armonizzato 116117

Con DGR 459/2024 è stato approvato, in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016, il documento denominato "Modello organizzativo e tecnologico delle Centrali Operative NEA 116117 della Regione Emilia-Romagna". Con nota 0008083-09/04/2024-DGPROGS-MDS-P del Ministero della Salute è stata autorizzata l'attivazione del Numero Europeo Armonizzato 116117 in Emilia-Romagna, secondo quanto previsto dalla DGR succitata.

Aziende Sanitarie	Indicatori	Target
Tutte le AUSL e AOU Parma	D09Z – NSG - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata con codice di criticità presunto rosso)	≤ 18'
	DES0030 - Completamento dei dati Flusso EMUR-NSIS circa i campi destinazione del paziente, classe, tipo di patologia riscontrata e	≥ 95%

Aziende Sanitarie	Indicatori	Target
	prestazioni 118	
Tutte le AUSL	DES0029 - Censimento e localizzazione dei defibrillatori comunicati alle Aziende Sanitarie all'interno del registro informatizzato regionale	100%
AUSL Bologna AOU Parma	DES0034 - Assunzione del personale e acquisizione delle tecnologie propedeutiche all'attivazione del Numero di Emergenza Europeo 1.1.2	100%
AUSL Bologna AUSL Romagna AOU Parma	DES0035 - Individuazione e allestimento dei locali per l'attivazione del Numero Europeo Armonizzato 116117	100%

Numero di emergenza europeo 112

Con DGR 1993/2019 sono state fornite le disposizioni in ordine alla realizzazione sul territorio della Regione Emilia-Romagna del servizio "Numero Unico di Emergenza Europeo 112" individuando a tale scopo due Centrali Uniche di risposta collocate rispettivamente presso l'Azienda USL di Bologna e presso l'Azienda Ospedaliera di Parma. Con DGR 1241/2022 è stato istituito il coordinamento regionale per la realizzazione sul territorio dell'Emilia-Romagna del NUE, con compito di raccordo ed indirizzo delle azioni per l'attuazione del progetto, individuando l'Azienda Ospedaliera di Parma quale sede organizzativa regionale.

Con DGR 1206/2023 è prevista l'istituzione all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma una struttura complessa a carattere gestionale e organizzativo, con il compito di predisporre e attuare proposte in ordine allo sviluppo e gestione del 112, in relazione alle diverse articolazioni che gestiscono gli aspetti organizzativi, operativi e tecnologici del 118.

Con DGR 1468/2024 è prevista l'istituzione dei "Nuovi poli delle Centrali operative e del servizio di elisoccorso regionali" presso l'Azienda USL di Bologna, Azienda USL della Romagna e Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma con lo scopo principale di fornire alle Aziende Sanitarie gli elementi necessari affinché le attività di pianificazione dei servizi di Emergenza Territoriale, Emergenza Ospedaliera e Cure Primarie siano rispondenti all'evoluzione delle norme tecniche e organizzative e della più complessiva strategia dell'assistenza ai cittadini sia in emergenza urgenza che in condizioni di non urgenza.

3.2. Percorso chirurgico

Il percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico costituisce un tema fondamentale nell'ambito della produzione ospedaliera. A seguito dell'emergenza pandemica, sono state messe in atto misure per favorire il recupero delle liste di attesa per intervento chirurgico con una prioritizzazione sulla base dell'appropriatezza prescrittiva e organizzativa, con l'obiettivo di ridurre la variabilità di comportamento tra le diverse Aziende sanitarie.

L'utilizzo della chirurgia robotica presenta una significativa variabilità sul territorio regionale. Nonostante le evidenze fornite dall'Health Technology Assessment, spesso non utilizzate come riferimento, fino ad oggi non erano state definite linee guida di rilievo né attivato un monitoraggio strutturato. Si ritiene quindi essenziale avviare un sistema di monitoraggio che, oltre all'analisi dei costi e degli esiti, assicuri volumi minimi di attività su queste piattaforme, valorizzato in minimo 350 interventi annui per ogni attrezzatura.

In considerazione della DGR n. 639/2025, contenente le linee di indirizzo sulla chirurgia robotica, e della necessità di garantire un numero minimo di interventi per ogni apparecchiatura, si rende necessario contenere l'incremento della spesa per i dispositivi consumabili. Considerando anche gli esiti della gara regionale per l'acquisizione delle relative tecnologie, nel 2025 tale spesa non dovrà superare un aumento massimo del 6% a livello regionale. Questo obiettivo sarà modulato per ciascuna azienda sanitaria in base ai volumi di attività e agli effetti locali derivanti dall'applicazione del nuovo listino prezzi.

Indicatore	Target
IND1164 - % interventi chirurgici con tecnica robotica (RAS) autorizzati da RER (vedi elenco in Delibera dedicata) sul totale di quelli eseguiti in RAS	≥ 80%

3.3. Tempi di attesa

Durante il 2024, si è continuato il focus su una migliore gestione della chirurgia a bassa complessità ed alti volumi, con particolare riferimento all'attività erogata in committenza sul privato accreditato, prevedendo incontri di monitoraggio mensili. Si è mantenuto l'impegno con indicatore apposito di recupero dell'attività oltre tempo massimo. Il recupero di gran parte della casistica ha contribuito ad un livello di performance di erogato entro i tempi ancora sotto i livelli ottimali.

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

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

Nonostante il contesto descritto in premessa, nel 2024 le Aziende hanno raggiunto buone performance di recupero della casistica pressa.

Per il 2025 viene dato mandato alle Aziende di perseguire, all'interno della pianificazione aziendale, un miglioramento rispetto alla performance 2024, con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio.

In riferimento alla casistica oltre tempo massimo, è previsto che le Aziende recuperino l'80% della casistica, adottando specifici programmi aziendali finalizzati al pieno raggiungimento dell'obiettivo.

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

Si conferma che il raggiungimento del target sull'indicatore di completezza SIGLA/SDO concorreranno per ogni Azienda committente le posizioni inserite anche dalle strutture private accreditate.

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

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

Indicatori	Target
IND1015 - Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 90%
IND1016 - Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 85%
IND1017 - Tempi di attesa retrospettivi per interventi cardiovascolari monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 90%
IND1018 - Tempi di attesa retrospettivi per interventi di chirurgia generale monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 75%
IND0980 - Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	≥ 80%
IND0982 - Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	≥ 90%
IND0984 - Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente (<i>anno 2024</i>)	≥ 80%
IND0985 - Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso (<i>anno 2025</i>)	≤ 1%

3.4. Piattaforme operative diagnostiche e terapeutiche (NGS e trapianti CSE)

La piattaforma operativa costituisce la modalità organizzativa idonea a garantire l'accesso diffuso e omogeneo a procedure complesse e ad alta evolutività tecnologica, attraverso la concentrazione delle risorse umane e tecnologiche, la condivisione dei protocolli operativi e delle iniziative di formazione specialistica, e la sostenibilità dell'innovazione.

A completamento del percorso di riorganizzazione dei laboratori di biologia molecolare presenti sul territorio regionale avviato dal D.M. n. 73/2021, con DGR n. 2140 del 12 dicembre 2023 *"Istituzione del gruppo multidisciplinare Molecular Tumor Board nell'ambito della Rete Oncologica ed Emato-oncologica della regione Emilia-Romagna. Individuazione delle piattaforme integrate per la profilazione genomica estesa next generation sequencing (NGS), in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 30 maggio 2023"* sono state individuate quattro piattaforme diagnostiche sovrazionali, comuni a differenti ambiti patologici (oncologia e oncoematologia, genetica medica, virologia, etc):

1. Piattaforma interprovinciale integrata di diagnostica molecolare avanzata di next-generation sequencing (NGS) presso Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Azienda Usl di Piacenza;
2. Piattaforma interprovinciale presso Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda Usl di Modena (Piattaforma Interaziendale NGS) e Azienda Usl-IRCCS di Reggio Emilia;
3. Piattaforma interprovinciale presso IRCCS Azienda Ospedaliera - Universitaria di Bologna e Azienda Ospedaliera - Universitaria di Ferrara;
4. Piattaforma IRCCS "Dino Amadori" Meldola (FC) – AUSL Romagna.

Anche nell'ambito della rete dei trapianti delle cellule staminali ematopoietiche (CSE), con DGR n 1638 del 02/10/2023 *"Istituzione Programmi Trapianto di cellule staminali ematopoietiche (CSE), ai sensi dell'accordo Stato-Regioni N. 49/CSR/2021 del 05 maggio 2021"* sono state individuate le sedi dei Programmi Trapianti.

In particolare, per i Programmi Trapianti metropolitani di nuova istituzione, dovranno essere avviate le procedure di attuazione dei criteri organizzativi, strutturali e tecnologici, presenti nel suddetto accordo e recepiti con DGR 1036 del 2022.

Indicatori	Target
IND1043 - % di esami di biologia molecolare avanzata con tecnica NGS prodotta dalle 4 piattaforme regionali (identificate con un solo HPP) (Parma-Piacenza, Reggio-Modena, S. Orsola, Meldola/Pievesestina)	≥ 90%
DES0036 - Attuazione dei Programmi Trapianti metropolitani secondo i criteri previsti dell'accordo Stato-Regioni N. 49/CSR/2021 del 05 maggio 2021	≥ 80%

3.5. Indicatori DM 70/2015: volumi ed esiti

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

In particolare, le Aziende devono raggiungere l'obiettivo di erogazione degli interventi di colecistectomia laparoscopica in reparti con più di 100 interventi/anno e di frattura di femore in reparti con più di 75 interventi/anno.

Le Aziende sanitarie dovranno governare anche l'adeguata offerta delle strutture private accreditate, avviando programmi di progressiva adesione agli standard qualitativi e quantitativi individuati dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 o di superamento delle attività specifiche qualora le strutture dovessero risultare non in linea con tali parametri. Ciò anche mediante la previsione nell'ambito dei contratti di fornitura di indicazioni in merito a: ruolo delle strutture private con volumi al di sopra o prossimi alle soglie nelle reti provinciali, necessità di discussione multidisciplinare dei casi, predisposizione di PDTA integrati pubblico/privato.

Indicatori	Target
IND0379 - <i>Costituzione Focus Factory</i> - Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	≥ 95%
IND0770 - Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75)	≥ 95%

Appropriatezza delle cure: indicatori del Nuovo Sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria

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

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

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

Per quanto riguarda la colecistectomia laparoscopica le Aziende devono rispettare il valore della degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni nel 90% dei casi.

Si conferma per ogni centro che tratti casistica chirurgica oncologica il vincolo a garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito di una valutazione multidisciplinare e ad assicurare adeguati volumi di attività per singole tipologie di interventi in relazione al miglioramento degli esiti. Si raccomanda quindi a tutte le Aziende il miglioramento delle performance (in termini di adeguatezza dei volumi) per operatore e per struttura delle seguenti casistiche: tumore della mammella, PTCA, fratture di femore.

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

Indicatori	Target
H02Z – NSG - Quota interventi per TM mammella eseguiti in reparti con volume di attività >150 (con 10% tolleranza)	100%
H03C – NSG - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	≤ 2,66
H04Z - NSG – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,15
H05Z - NSG – Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 90%
IND1013 – Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	≥ 80%
H17C - NSG – % parti cesarei primari in strutture con <1.000 parti	≤ 15%
H18C – NSG – % parti cesarei primari in strutture con ≥1.000 parti	≤ 20%
D01C – NSG - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	≤ 14,55%
D02C - NSG - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	≤ 14,05%
H23C – NSG - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	≤ 7,25%

3.6. Reti cliniche di rilievo regionale

Sono obiettivi regionali per l'anno 2025:

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

È obiettivo per le Aziende Sanitarie la garanzia della partecipazione fattiva e del supporto dei propri professionisti agli organismi sopra indicati, avuto riferimento ai ruoli formalmente attribuiti e ai mandati conferiti dai provvedimenti regionali di costituzione. La Direzione Generale dovrà altresì favorire iniziative di rilevazione dell'esperienza del paziente (PREMs - Patient Reported Experience Measures) e esiti (PROMs - Patient Reported Outcome Measures) con lo scopo di riorganizzare e migliorare i processi di cura.

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

3.6.1. Rete cardiologica e chirurgica cardio-vascolare

Nel 2025 si proseguirà con la verifica dell'aderenza agli standard delle Unità operative ospedaliere per il trattamento dei pazienti con infarto miocardico acuto previsti dal DM 70/2015, dalla DGR 2040/2015 e dall'Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2018. Verranno, altresì, monitorati l'applicazione dei contenuti delle DGR 2185/2019 "Definizione della rete della Cardiologia Interventistica Strutturale dell'Emilia-Romagna - Approvazione di indicazioni regionali per il trattamento della stenosi aortica avanzata con impianto transcatetere di protesi valvolare aortica (TAVI)", DGR 877/2021 "Linee di indirizzo regionali per la costituzione della Rete per l'Emergenza-Urgenza Cardiologica e Chirurgica Cardiovascolare, ai sensi della DGR N. 2040/2015" e della DGR 198/2022 "Linee di indirizzo per la rete regionale dell'Aritmologia ed Elettrofisiologia Cardiologica nella Regione Emilia-Romagna".

Per garantire un completo ritorno di informazioni ai clinici e alle direzioni aziendali sugli esiti clinici e organizzativi delle attività svolte nei centri di elettrofisiologia, emodinamica e cardiocirurgia pubblici e privati accreditati della Regione, l'Emilia-Romagna ha istituito tre database clinici (RERAI, RERIC e REAL). Avviati inizialmente in fase sperimentale nel 2002 e resi strutturali dal 2014, questi database rappresentano un debito informativo per le aziende sanitarie e sono regolati dalla circolare regionale n.14 del 2014. Nel corso dell'anno 2025 saranno avviati gruppi di lavoro regionali, con il coinvolgimento di operatori e clinici aziendali, per l'analisi delle specifiche tecniche e delle eventuali esigenze di aggiornamento dei tre database. Si chiede alle aziende sanitarie di valutare le eventuali criticità per garantire un'accurata compilazione di tali database, sia per la registrazione delle informazioni cliniche, sia per la corretta identificazione dei dispositivi impiegati.

Indicatori	Target
IND0911 - Variazione degli interventi TAVI rispetto all'anno precedente	≤ 5%
IND0947 - % Pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in Emodinamica (fast track)	≥ 70%
IND1014 - % Pazienti con STEMI trattati con angioplastica primaria entro ≤ 90 min	≥ 65%

Appropriatezza delle cure: indicatori del Nuovo Sistema di garanzia per il monitoraggio e la valutazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA)

Il PDTA è una "sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi professionisti (oltre al paziente stesso) al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita.

Nell'ambito del NSG-PDTA per lo scompenso cardiaco, alcune prestazioni individuate secondo linee guida permettono di osservare i comportamenti professionali nella pratica clinico-assistenziale, pur nei limiti della complessità dei trattamenti e dell'aggiornamento continuo delle raccomandazioni scientifiche.

Indicatori	Target
PDTA03A – NSG – % di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani	≥ 65%
PDTA03B – NSG – % di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti	≥ 75%
PDTA04 – NSG – % di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi	≥ 25%
PDTA01 – NSG – % di pazienti con diagnosi BPCO che aderiscono al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione	≥ 45%

3.6.2. Rete oncologica ed Emato-oncologica

A seguito dell'istituzione della Rete Oncologica ed Emato-oncologica della Regione Emilia-Romagna con DGR n. 2316/2022, nel 2024 le Aziende sanitarie devono proseguire nell'attuazione delle indicazioni di cui si tratta alla DGR, in particolare dovranno dar seguito a quanto previsto dai propri atti deliberativi in materia di Rete Oncologica ed Emato-Oncologica provinciale e del Dipartimento Oncologico ed Emato-Oncologico provinciale/area metropolitana/Romagna.

In coerenza con quanto disposto da Agenas sul monitoraggio delle attività delle Reti Oncologiche Regionali, si invitano le Aziende Sanitarie alla concentrazione delle attività chirurgiche per tumore maligno del colon, dello stomaco e dell'ovaio in ospedali e reparti con adeguati volumi e competenze specifiche.

Indicatore	Target
IND1177 – Indice di bacino: percentuale di prestazioni ambulatoriali e ospedaliere di chemioterapia (CT) e radioterapia (RT) erogate ai pazienti entro i 60 min dal luogo di residenza	≥ 95%
IND1044 - Tumore maligno del colon: % di interventi in reparti sopra soglia (50)	≥ 80%
IND1206 - Tumore maligno del pancreas: % di interventi in reparti sopra soglia (30)	≥ 80%
IND1178 - Tumore maligno dello stomaco: % di interventi in reparti sopra soglia (20)	≥ 70%
IND1179 – Rispetto della rete dei Centri di II° livello del tumore maligno ovarico: interventi eseguiti fuori dalla rete	0/anno

3.6.3. Rete dei Centri di Senologia

Nel 2025 prosegue il monitoraggio dell'attività della Rete regionale dei Centri di Senologia dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (DGR 345/2018). Il volume di casi di tumore maligno della mammella trattati per anno superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi e la proporzione di re-intervento entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo fanno parte del sistema core degli indicatori di valutazione del Nuovo Sistema di Garanzia (D.M. 12 marzo 2019).

Le Aziende devono proseguire il monitoraggio dell'organizzazione e funzionamento dei Centri, garantendo che l'indicazione chirurgica sia posta a seguito di valutazione multidisciplinare e assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti, in primis l'adeguato volume di attività e la proporzione di re-interventi.

Con DGR n. 14 del 08/01/2024 "Percorso per la sorveglianza a lungo termine della donna con pregresso tumore della mammella - Indicazioni regionali" si è proceduto a definire il rientro nel percorso sistematico dello screening per le donne in età da screening dopo dieci anni dall'intervento chirurgico per tumore della mammella.

Indicatori	Target
PDTA061 – NSG – % di nuovi casi operati per tumore della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che ha effettuato una mammografia nei 60 giorni precedenti l'intervento	≥ 75%
PDTA062 – NSG – % di nuovi casi con tumore della mammella che iniziano una terapia medica entro 45 giorni successivi la data dell'intervento chirurgico	≥ 65%
PDTA063 – NSG – % di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia conservativa e terapia medica adiuvante, che avviano un trattamento di radioterapia entro 365 giorni dall'intervento	≥ 90%
PDTA064 – NSG – % di nuovi casi con tumore della mammella che effettuano almeno una mammografia nei 18 mesi successivi la data dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice	≥ 90%

3.6.4. Rete Neuroscienze

Vista la DGR n. 2060/2021 "Approvazione di linee di indirizzo per l'organizzazione della rete cerebrovascolare dell'Emilia-Romagna" che contiene indicazioni inerenti alla Rete della Patologia Cerebrovascolare (Ictus Ischemico ed Emorragico ed Emorragia Subaracnoidea), sarà verificata l'aderenza agli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus previsti dal DM 70/2015: Stroke Unit di I livello e di II livello. Inoltre, per le Aziende sanitarie sedi di Stroke Unit di II livello (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda USL di Bologna – IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Azienda USL della Romagna presso Ospedale Bufalini di Cesena) sarà verificata l'aderenza allo standard di trattamento di almeno 500 casi/anno di ictus.

Indicatori	Target
IND0717 - % di casi di ictus con centralizzazione primaria	≥ 90%
IND0718 - % casi di ictus con transito in stroke unit	≥ 75%
IND0918 - % di transiti per ictus ischemico in Stroke Unit di 2° livello sui previsti annuali (500)	≥ 100%

Viste le DGR n. 1172/2018, n. 2199/2019 e n. 2184/2109 (rispettivamente per la Chirurgia dell'Epilessia, per la Neurochirurgia Pediatrica e per la Neurochirurgia dell'Ipofisi), devono essere monitorate le suddette reti in termini di volumi di attività e contenimento della mobilità passiva.

Indicatore	Target
IND1047 - % interventi di (Chirurgia Epilessia+Neurochirurgia Pediatrica+Neurochirurgia Ipofisi) erogate in HUB su totale interventi (Chirurgia Epilessia+Neurochirurgia Pediatrica+Neurochirurgia Ipofisi) erogati	≥ 95%

3.6.5. Rete Malattie Rare

È in fase di completamento la revisione della rete regionale dei centri di riferimento per le malattie rare dopo l'ultima approvata con DGR n. 1096/22. Tutte le Aziende sanitarie sono state coinvolte nel processo di rivalutazione dei propri centri clinici, nell'ottica della maggiore centralizzazione pur nella garanzia della valorizzazione delle competenze specialistiche, e devono continuare a garantire il supporto necessario fino alla chiusura della procedura con delibera di Giunta.

Le Aziende Sanitarie sede di centro Hub delle reti H&S per le malattie rare devono garantire ai pazienti un accesso diretto per la conferma diagnostica entro tempi compatibili con la potenziale progressione della patologia, la conferma diagnostica e la presa in carico multidisciplinare favorendo la funzionalità delle reti intraziendali, rivolgendo particolare attenzione alle attività di counselling genetico e psicologico per pazienti e familiari e alla transizione fra i percorsi pediatrici e quelli dell'adulto, anche eventualmente mediante l'individuazione di referenti clinici e di percorsi integrati.

In relazione al Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026, sono state previste a livello nazionale delle linee progettuali dedicate alle malattie rare con relativo finanziamento; pertanto, nel corso del 2025 le Aziende dovranno individuare quali progetti implementare per attuare quanto previsto dal Piano Nazionale stesso.

Indicatore	Target
DES0037 - Individuazione progetti da implementare per attuare quanto previsto dal Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026	100%

3.6.6. Rete delle cure palliative pediatriche (CPP)

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

UVMP e PUAP e ogni loro modifica nel corso dell'anno, anche al fine di ricostituire il gruppo di lavoro regionale.

Indicatore	Target
DES0044 - Presenza di almeno un medico e un infermiere formati in CPP tra il personale dedicato	100%

3.6.7. Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie

Lo screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie è stato allargato ad un panel di patologie molto più ampio rispetto a quelle individuate a livello nazionale già dall'anno 2010 ed offerto a tutti i nuovi nati della Regione. La L.167/16 e il DM 13 ottobre 2016 hanno definito a livello nazionale un pannello per lo screening (incluso nei LEA). Con DGR 2260/18 è stata recepita la normativa nazionale con una ulteriore definizione del sistema di screening regionale. Il centro screening è stato incaricato di allargare ulteriormente il panel alla SMA e alle Immunodeficienze, e tale ampliamento è stato definito con DRG n. 1441/24, con inserimento operativo della SMA nel luglio del 2024. Per garantire un adeguato funzionamento del sistema e l'obiettivo di offerta dello screening a tutti i nuovi nati, il centro screening deve assicurare la formazione continua ai Punti Nascita (relativa all'informazione delle famiglie e raccolta del consenso informato, alla corretta raccolta del campione ematico e all'utilizzo del sistema di gestione del percorso screening) e i rapporti di condivisione e collaborazione fra il laboratorio di screening e il centro clinico, per permettere la massima tempestività nella diagnosi e nel successivo intervento terapeutico.

Indicatori	Target
IND1050 - % neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche	100%
DES0048 - Inserimento nel panel dello screening delle SMA e delle Immunodeficienze	100%

3.7. Attività trapiantologica

L'attività di donazione d'organi, tessuti e cellule rappresenta un'attività sanitaria di alta valenza sociale e un atto medico di primaria e assoluta importanza. Il processo di donazione e trapianto di organi rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La donazione di organi è compito ordinario delle Terapie Intensive e di tutto l'ospedale come atto medico di valore etico e terapeutico successivo all'accertamento di morte con "criteri neurologici" o "cardiaci". La donazione ha sempre rappresentato un obiettivo del SSR e deve esserlo per le singole Aziende e per il singolo operatore. La nostra regione, nel corso degli anni, ha sempre investito sulla crescita e sulla diffusione della cultura "donativa" considerando il processo di donazione d'organi, tessuti e cellule un'attività sanitaria concreta e routinaria al pari di ogni altro atto medico e chirurgico. La donazione degli organi e dei tessuti è la base imprescindibile sulla quale si regge l'attività trapiantologica regionale e di conseguenza la possibilità di cura per pazienti non altrimenti curabili. Sul tema della donazione e del trapianto si intrecciano problematiche di ordine etico, culturale, giuridico, tecnico-scientifico ed organizzativo. Tra i settori di alta specializzazione, il sistema donativo-trapiantologico è una delle reti più complesse e articolata per la molteplicità dei professionisti coinvolti e per le fitte interazioni che lo rendono un modello organizzativo d'eccellenza.

Sono obiettivi per l'anno 2025:

1. Mantenere e migliorare la piena operatività dei Coordinamenti Ospedalieri Procurement (C.O.P.) con assegnazione di personale medico e infermieristico adeguato alle potenzialità donative specifiche dell'Azienda e garantendo ad entrambe le figure ore dedicate al procurement al di fuori delle ore di assistenza (DGR 665/2017). A supporto del Coordinamento Ospedaliero Procurement, nell'ottica di ottimizzare l'attività donativa trasversale a tutto l'Ospedale, continuare sul percorso che preveda l'istituzione di un Comitato Aziendale Ospedaliero alla donazione, presieduto dal Direttore Sanitario, che includa, oltre al Coordinatore Locale, i responsabili delle diverse Unità Operative e servizi sanitari ritenuti strategici nei possibili percorsi donativi intra-aziendali.
2. Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: viene richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali) compreso tra il 15 e il 30%.
3. Per i Presidi Ospedalieri con neurochirurgia: viene richiesto un PROC-2 (Indice di Procurement determinato dal rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta) superiore al 50%.
4. Per tutti i presidi Ospedalieri: viene richiesto un livello di opposizione alla donazione degli organi inferiore al 30%.
5. Prelievo di un numero di cornee (da donatori con età compresa tra i 3 e gli 80 anni) come da obiettivo specifico assegnato dal CRT-ER e calcolato sul numero delle cornee prelevate l'anno precedente per ogni presidio ospedaliero facente parte della rete procurement.
6. Prelievo da numero di donatori multi-tessuto (con età compresa tra i 3 e i 78 anni) pari a quelli previsti dal CRT-ER. Per il 2025:
 - AUSL PC = 2 donatori multi-tessuto
 - AUSL PR = 1
 - AUSL RE = 5 (S. Maria Nuova + Guastalla)
 - AUSL MO = 2
 - AUSL BO = 5 (Maggiore + Bellaria)
 - AUSL IMOLA = 2
 - AUSL FE = 1
 - AUSL ROMAGNA = 19
 - AOU PR = 4
 - AOU MO (Policlinico + Baggiovara) = 5
 - AOU BO = 4
 - AOU FE = 4
7. Un rapporto tra segnalazioni donatori di organi a cuore fermo (DCD) e segnalazioni donatori di organi a cuore battente maggiore o uguale al 15%.

Indicatori	Target
<i>Garanzia dell'attività donativo-trapiantologica</i>	
IND1051 - Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali)	compreso tra il 15% e il 30%
IND1052 - Presidi Ospedalieri con neurochirurgia: PROC-2 (Indice di Procurement determinato dal rapporto tra il numero delle segnalazioni di morte encefalica e il numero dei decessi con lesione encefalica acuta)	≥ 50%
IND1053 - Tutti i presidi Ospedalieri: livello di opposizione alla donazione degli organi	≤ 30%
IND1054 - N. di cornee donate come da obiettivi del CRT-ER (obiettivo assegnato in base al risultato dell'anno precedente)	≥ 100%
IND1055 - N. donatori multi-tessuto come da obiettivi del CRT-ER	≥ 100%
<i>Donazione cuore fermo (DCD)</i>	
IND1056 - N. segnalazioni donatori di organi a cuore fermo/n. segnalazioni donatori di organi a cuore battente	≥ 15%
<i>Donazione organi</i>	
H09Za – NSG - Donatori di organi in morte encefalica (per milioni di abitanti)	≥ 35

3.8. Attività trasfusionale

Il sistema sangue della Regione Emilia-Romagna per l'anno 2024 ha visto una riduzione delle unità di sangue intero raccolte del -1,62%, 3.468 unità in meno rispetto al 2023. Questo è il risultato di un'importante riduzione dell'utilizzo clinico delle emazie trasfuse 185.661 nel 2024, grazie alle politiche da una parte di appropriatezza di utilizzo e dall'altra di politiche di PBM estese a tutto il territorio regionale. Il sistema di raccolta regionale ha dimostrato estrema maturità, cercando di modulare la raccolta in base alle previsioni di utilizzo, ciò attraverso una modalità di convocazione programmata per regolare gli accessi e rendere l'andamento della raccolta coerente con quello dei fabbisogni, legati ai consumi locali e alle richieste per le compensazioni nazionali. Si segnala inoltre che nella regione Emilia-Romagna la costante disponibilità di emazie non ha determinato difficoltà di approvvigionamento neppure nel periodo estivo, così come non si sono rivelate criticità nel garantire la terapia trasfusionale nei pazienti anemici cronici in particolare emoglobinopatici.

Come descritto nel "Indicazioni per il programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti anno 2025" la correlazione tra domanda di concentrati eritrocitari per 1.000 abitanti e indice di soddisfazione della domanda interna (ISDI) ha la capacità di misurare il sistema sanitario di una regione di rispondere ai bisogni di cura dei propri cittadini. L'ISDI rapporto tra le prestazioni erogate dalla regione e la domanda di prestazioni dei residenti, può assumere valori maggiori, minori o uguali a 1. L'ultimo dato disponibile (2022) assegna all'Emilia-Romagna un punteggio superiore a 1, assieme a Lombardia, Veneto, Toscana e P.A. Trento. Questo significa che anche per la nostra regione con ISDI > di 1 occorre bilanciare l'obiettivo che fino ad ora è stato nazionale di 40 unità di EC/1.000 ab e il contenimento del numero delle unità eliminate per iperdatazione. Pertanto, tenendo conto che

nel 2024 l'indice di EC trasfuso per 1.000 abitanti è stato pari a 41.7/1.000 ab, appare ipotizzabile una programmazione di raccolta sotto il trigger delle 40/1.000 ab, per la nostra regione.

L'andamento complessivo con una lieve contrazione della raccolta di sangue intero (-2%) in ragione della diminuzione dell'utilizzo clinico ha portato importanti risultati nella raccolta di plasma da aferesi, permettendo un incremento significativo del plasma totale conferito all'industria per la produzione di medicinali plasmaderivati (MPD). Nel 2024 sono stati conferiti complessivamente 105.717 kg di plasma rispetto ai 99.777 kg dell'anno 2023, con un incremento complessivo del 6.7%, a confronto di un incremento nazionale pari a +3.1%, mentre relativamente al plasma da aferesi l'incremento è stato complessivamente del 16.8%, 51.007 kg per l'anno 2023 rispetto a 43.693 dell'anno 2023.

Il dato di raccolta del plasma nella nostra regione, ancorché molto positivo, risulta insufficiente a rispondere alle richieste in particolare dei due prodotti driver, albumina e immunoglobuline.

Per l'albumina i dati degli ultimi anni disponibili 2021; 2022; 2023 evidenziano una tendenza in forte crescita dell'utilizzo clinico: 668; 732; 811 gr/1.000 ab.

Per le immunoglobuline i dati degli ultimi anni disponibili 2021; 2022; 2023 evidenziano un trend con una costante lieve crescita della domanda totale: 123; 128; 138 gr/1.000 ab. La regione agisce e si fa promotore di scambio di prodotti in conto lavorazione tra le regioni del RIPP e con le regioni appartenenti agli altri raggruppamenti con l'obiettivo di utilizzare prodotti ottenuti dalla donazione volontaria, anonima e gratuita dei donatori.

Per l'anno 2025 vanno confermati i livelli di raccolta di sangue intero, come descritti in precedenza, tali da permettere l'autosufficienza e garantire le necessarie specifiche terapie a tutte le tipologie di pazienti durante tutto l'anno.

Indicatori	Target
DES0056 – Programmazione della raccolta di sangue intero (in riduzione) e mantenimento della regione nel gruppo benchmark: ISDI ≥ 1 III gruppo	100%
DES0057 – Programmazione della raccolta di plasma da aferesi (in incremento)	100%
H08Za – NSG - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR)	compreso tra -3% e +3%
H08Zb – NSG - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	$\leq 5\%$

Plasmaderivati da conto lavorazione: immunoglobuline endovenose e albumina umana

L'analisi dell'andamento dei consumi dei plasmaderivati nell'anno 2024 ha confermato una importante variabilità interaziendale dei dati espressi in grammi/100 punti DRG, nell'uso sia di immunoglobuline endovenose sia di albumina umana normale. Nell'ottica del governo dell'autosufficienza, quale obiettivo strategico definito da norme nazionali e da accordi di Conferenza Stato-Regioni, e al fine di valorizzare il patrimonio economico ed etico derivato dalla donazione volontaria e gratuita di sangue ed emocomponenti, si indicano i seguenti obiettivi per l'anno 2025:

Indicatori	Target
IND1057 - Riduzione % dei consumi (gr/100 punti DGR) di albumina umana nell'anno corrente rispetto all'anno precedente (2025 vs 2024)	-5%
IND1058 - Riduzione % dei consumi (gr/100 punti DGR) di immunoglobulina umana endovenosa nell'anno corrente rispetto all'anno precedente (2025 vs 2024)	-3%

Gli obiettivi di riduzione sono declinati come di seguito riportato:

Aziende	Consumo 2024 Albumina GR/100 punti DRG	Obiettivo 2025	VAR %	Consumo 2024 Immunoglobuline e.v. GR/100 punti DRG	Obiettivo 2025	VAR %
AUSL PIACENZA	282	Mantenimento		57	Mantenimento	
AUSL PARMA	142	Mantenimento		32	Mantenimento	
AOU PARMA	456	428	-6.20%	102	97	-4.90%
AUSL REGGIO EMILIA IRCCS	425	396	-6.80%	98	93	-5.10%
MODENA	182	Mantenimento		26	Mantenimento	
AOU MODENA	486	454	-6.50%	114	106	-7.02%
AUSL BOLOGNA	233	Mantenimento		149	139	-6.71%
IRCCS AOU S. ORSOLA	1178	1 080	-8.30%	53	Mantenimento	
I.O.R.	36	Mantenimento		1	Mantenimento	
AUSL IMOLA	207	Mantenimento		57	Mantenimento	
AUSL FERRARA	209	Mantenimento		1	Mantenimento	
AOU FERRARA	386	Mantenimento		100	95	-5.00%
AUSL ROMAGNA	209	Mantenimento		52	Mantenimento	
IRST Meldola	127	Mantenimento		331	Mantenimento	

Potranno favorire il raggiungimento degli obiettivi azioni quali: l'adozione o la revisione di una procedura di gestione aziendale dei medicinali plasmaderivati (MPD); la condivisione dei dati di monitoraggio dei consumi in incontri periodici di confronto tra servizi di immunoematologia e medicina trasfusionale, direzioni sanitarie, dipartimenti/servizi farmaceutici e medici prescrittori; l'attivazione di gruppi aziendali multiprofessionali di condivisione dei criteri diagnostici/terapeutici; la realizzazione di audit clinici. Eventuali disponibilità aggiuntive di Immunoglobuline sottocute ottenute dal plasma inviato in conto lavorazione, saranno redistribuite ai diversi ambiti in ragione della percentuale di contribuzione all'invio di plasma per lavorazione industriale, allo scopo di riconoscere il lavoro svolto dalle aree più virtuose e in maniera proporzionale all'impegno profuso per ottenere l'incremento del plasma per industria

3.9. Controlli sanitari interni ed esterni e codifica delle schede di dimissione ospedaliera

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

Particolare attenzione dovrà essere posta agli ambiti e alle discipline che presentano le maggiori criticità (ORL, Ortopedia, Urologia, Gastroenterologia) legate ai DRG potenzialmente inappropriati indicati nell'allegato 6-A) del DPCM 12/01/2017 (LEA), mediante la definizione di percorsi e protocolli specifici per le condizioni suscettibili di trasferimento al regime diurno o ambulatoriale.

Controlli Sanitari esterni e interni

Si richiede particolare attenzione nel favorire l'attuazione di quanto contenuto nella Determina DGCPWS n. 335 del 03/01/2022 (Piano Annuale dei Controlli 2022, cosiddetto PAC), con specifico riferimento al rispetto dei criteri di campionamento e al raggiungimento delle soglie di verifica delle cartelle cliniche per ciascuna tipologia di controllo ivi indicata. Nella compilazione dei campi relativi ai controlli interni ed esterni nel flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e nella rendicontazione annuale dell'attività di controllo sanitario, si osserva una discreta variabilità interaziendale, è necessario una maggiore attenzione per raggiungere adeguati livelli di completezza.

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

I controlli sanitari andranno effettuati secondo le indicazioni fornite dalla Determina 11245 del 06/07/2020, prediligendo la modalità a distanza qualora possibile oppure, in caso debbano svolgersi necessariamente in presenza, mediante la disponibilità di sedi specificamente dedicate di pertinenza non sanitaria (biblioteche, uffici, aule, etc.).

Indicatore	Target
IND1059 - Ulteriori controlli interni ed esterni sui DRG a rischio di inappropriatezza, secondo l'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017	≥ al 2,5% della produzione annua complessiva di ricoveri per struttura

3.10. Accreditamento

Negli ultimi anni è stato attivato il progetto di revisione e aggiornamento dei requisiti specifici, previsti dalle normative regionali. Si chiede pertanto alle Aziende di facilitare la partecipazione dei professionisti alle iniziative che verranno previste ed ai lavori programmati.

Si chiede alle Aziende di valutare la rispondenza, o l'avvicinamento nei tempi di adeguamento previsti, ai nuovi requisiti specifici, effettuando attività di audit interno e/o autovalutazione e utilizzando le risultanze dell'attività di verifica interna per attivare azioni di miglioramento finalizzate al pieno raggiungimento della conformità ai requisiti deliberati.

Si chiede alle Aziende la redazione del "Piano programma aziendale per l'Accreditamento/Qualità" con la definizione delle azioni messe in campo nell'anno per il consolidamento/sviluppo/monitoraggio delle iniziative atte a sostenere l'applicazione dei requisiti di accreditamento. Produzione ed invio della relazione di fine anno.

Ai sensi del D.Lgs 261/2007, le Regioni e le Province Autonome, in attuazione della normativa vigente in materia, organizzano, presso i servizi trasfusionali e le unità di raccolta sangue, attività di verifica finalizzate all'accertamento della rispondenza ai requisiti previsti a distanza non superiore a due anni.

Nel corso dell'anno le Aziende per le cui strutture è prevista la scadenza del termine, dovranno superare le verifiche relative al Sistema Trasfusionale effettuate dall'OTA su mandato della DG Cura della Persona, Salute e Welfare.

Indicatore	Target
DES0060 - Predisposizione del piano programma aziendale annuale per l'Accreditamento/Qualità	100%

4. Governo dei farmaci e dei dispositivi medici

4.1. Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna

Nel 2025 è atteso un incremento della *spesa convenzionata* dovuto all'applicazione di previsioni contenute nella Legge di Bilancio 2024 (L. 213/2023) che hanno avuto impatto solo su alcuni mesi del precedente anno, quali la transizione dal PHT al canale distributivo della farmaceutica convenzionata delle gliptine (GU n.108 del 10 maggio 2024) e l'applicazione del nuovo sistema di remunerazione delle farmacie a partire da marzo 2024, oltre all'aumento a 0,115 euro, con decorrenza 1° gennaio 2025, della quota fissa aggiuntiva per i farmaci in lista di trasparenza. Inoltre, è previsto un aumento dei consumi soprattutto per i farmaci destinati alla cura delle patologie croniche, in particolare cardiovascolari, del sistema nervoso e dell'apparato respiratorio. Pertanto, è stato stimato un impatto complessivo sulla spesa netta convenzionata pari al + 3,8% rispetto al 2024, con scostamenti differenziati a livello aziendale, anche in relazione alla spesa netta pro-capite pesata. Al raggiungimento dell'obiettivo dovranno concorrere i risparmi derivanti dal contenimento delle categorie terapeutiche a maggior rischio di inappropriatazza e dal ricorso ai farmaci non coperti da brevetto.

Per l'*acquisto ospedaliero di farmaci*, si prevede a livello regionale una spesa di 1,438 mld di euro corrispondente a +7,6% verso il 2024, con scostamenti differenziati fra le Aziende sanitarie. Tale previsione considera sia l'incremento dovuto alla ricaduta dei farmaci con innovatività scaduta nell'anno precedente o in scadenza nell'anno in corso che l'aumento legato al numero di casi trattati e ai costi delle terapie a maggior impatto, in particolare nell'ambito delle malattie onco-ematologiche, malattie rare, su base immunologica, neurodegenerative, calcolati su base storica; inoltre, sono considerati i fattori di potenziale risparmio derivanti dall'adesione alle gare d'acquisto regionali, inclusi prodotti biosimilari, nonché agli obiettivi regionali di appropriatezza e sostenibilità orientati in particolar modo a favorire, quando possibile, criteri di scelta dei farmaci basati sul miglior rapporto costo/opportunità. L'obiettivo esclude invece l'ossigenoterapia, i vaccini, i farmaci con innovatività piena nonché i farmaci con innovatività condizionata e gli antibiotici *reserve* che, secondo quanto stabilito dalla Legge n.207/2024, a partire dal 1° gennaio 2025 hanno accesso al fondo nazionale di cui all'art. 1, comma 401 della Legge 232/2016, seppur entro i limiti di risorse previsti. Il rispetto dell'obiettivo è monitorato in corso d'anno tramite verifiche a cadenza bimestrale. Non sono considerati i nuovi farmaci sia in campo oncologico che non oncologico per cui è tuttavia attesa la disponibilità in rimborsabilità SSN nel 2025. Pertanto, sulla base di quanto verrà concordato nell'ambito dei Gruppi di Lavoro regionali di afferenza potranno essere definiti in corso d'anno nuovi obiettivi relativamente al loro ambito di utilizzo.

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

Aziende sanitarie	Obiettivi di spesa farmaceutica				
	spesa netta convenzionata 2025		spesa per acquisto ospedaliero* 2025		
	Importo (€)	var. vs 2024	Importo (€)	var. vs 2024	monitoraggio per area (Ausl+Aou+IRCSS)
AUSL Piacenza	34.127.413	3,3%	80.061.409	7,3%	7,3%
AUSL Parma	52.398.262	4,1%	75.115.893	6,1%	5,5%
AOU Parma			79.536.733	4,9%	
AUSL Reggio E.	59.147.916	4,7%	159.843.911	7,9%	7,9%
AUSL Modena	85.006.786	3,5%	162.739.543	8,3%	7,6%

AOU Modena			51.320.418	5,3%	
AUSL Bologna	116.213.107	3,6%	152.707.663	7,2%	7,0%
AOU Bologna			186.903.618	6,9%	
IOR			3.388.821	5,5%	
AUSL Imola	17.746.089	3,4%	32.809.545	9,9%	9,9%
AUSL Ferrara	49.403.674	3,9%	55.846.254	7,4%	7,7%
AOU Ferrara			55.358.975	7,9%	
AUSL Romagna	145.865.638	3,8%	307.281.925	9,2%	9,2%
IRST			35.531.368	6,2%	6,2%
Emilia-Romagna	559.908.885	3,8%	1.438.446.075	7,6%	7,6%

* esclusi farmaci innovativi (pieni e condizionati), antibiotici "reserve", ossigeno, vaccini. Include anche i farmaci oncologici ad alto costo per le indicazioni terapeutiche prive del requisito di innovatività (piena e condizionata). I dati di AUSL Modena e AUSL Imola sono comprensivi di Sassuolo e Montecatone. *Fonte dati: flussi amministrativi della farmaceutica.*

Indicatori	Target
IND0352 - Variazione della spesa per farmaci ad acquisto ospedaliero rispetto all'anno precedente	Specifico per ogni Azienda Sanitaria (vd. tabella "Obiettivi di spesa farmaceutica")
IND0696 - Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite	Media regionale
IND0732 - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)	Media regionale

4.2. Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica

Per il 2025 le Aziende proseguono nel promuovere il ricorso ai farmaci privi di copertura brevettuale, generici e biosimilari.

Per quanto riguarda le classi di farmaci ad uso prevalentemente territoriale, è richiesto uno specifico impegno nell'uso corretto delle molecole a maggior rischio di inappropriatezza. In particolare:

- Antibiotici: contenimento del consumo degli antibiotici sistemici, attraverso la promozione dell'uso appropriato al fine di contrastare l'antimicrobico-resistenza, in linea con gli obiettivi del PrCAR (Piano regionale di contrasto alla antibiotico-resistenza). Viene pertanto confermato, anche per il 2025, l'indicatore combinato che valuta diversi aspetti della prescrizione di antibiotici in ambito territoriale. Tale indicatore potrà raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi (da un minimo di 1 a un massimo di 5) di ciascuna delle quattro dimensioni che lo compongono.

Indicatore		Target
IND1012 - Indicatore composito sui consumi di antibiotici in ambito territoriale		≥ 15 punti
1	IND0340 - Consumo giornaliero antibiotici sistemici (DDD*1000 ab. die)	< 12,5
2	IND1011 - % consumo antibiotici Access in base alla classificazione AWARE sul consumo territoriale totale di antibiotici per uso sistemico (% DDD)	≥ 60%
3	IND0793 - Consumo giornaliero fluorochinoloni negli over 75 (DDD*1000 ab. die)	< 2
4	IND0343 - Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti (prescrizioni*1000 bambini/anno)	< 800

L'indicatore combinato viene considerato in aggiunta a quello del Nuovo Sistema di Garanzia; si riporta il nuovo valore target.

Indicatore	Target
D14C - NSG - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti: antibiotici	< 4.762,74

Gli ulteriori indicatori con i relativi target presenti nel pannello in uso a livello regionale costituiscono un importante patrimonio informativo a integrazione dell'attività di monitoraggio del consumo degli antibiotici sistemici.

Indicatori	Target
IND0341 - Consumo giornaliero di fluorochinoloni x 1.000 residenti	< 1,5 DDD per 1.000 ab.
IND0342 - Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti	< 1,2 DDD per 1.000 ab.
IND0344 - Rapporto fra prescrizioni di amoxicillina non associata e prescrizioni di amoxicillina associata a inibitori enzimatici in età pediatrica	> 1,5

- Vitamina D: tenuto conto della variabilità di utilizzo territoriale della vitamina D, si conferma anche per il 2025 un obiettivo di contenimento modulato sulla base dei livelli di consumo osservati per ciascuna Azienda sanitaria, al fine di raggiungere il seguente target medio regionale

Indicatore	Target
IND0922 - Consumo giornaliero di Vitamina D per 1.000 residenti - ATC A11CC05	≤ 107 DDD/1000 ab die

Si riconferma, inoltre, l'obiettivo mirato all'uso prevalente delle formulazioni multidose in gocce e quelle in compresse/capsule a minor costo rispetto alla soluzione monodose

Indicatore	Target
IND1082 - Consumo in DDD formulazioni a minor costo (GTT/CPR/CPS) sul totale del consumo in DDD di vitamina D -ATC A11CC05	≥ 80%

- Formazione sulla vitamina D

Anche per l'anno 2025 è reso disponibile un corso FAD gratuito rivolto ai professionisti sanitari della regione Emilia-Romagna, fruibile in modalità asincrona sulla piattaforma SELF, a cui è auspicabile acceda almeno il 30% dei medici di medicina generale e il 30% dei farmacisti convenzionati/ospedalieri (calcolato complessivamente nel biennio 2024-2025).

- PPI e Omega 3: tenuto conto delle azioni realizzate da parte delle Aziende sanitarie che hanno consentito un contenimento dei consumi, si chiede per il 2025 di mantenere l'attenzione su tale classe di farmaci al fine di consolidare i risultati raggiunti localmente.

Indicatore	Target
IND0695 - Consumo giornaliero di farmaci Inibitori di pompa protonica (PPI) x 1.000 residenti - ATC A02BC	mantenimento valori raggiunti nel 2024
IND0794 - Consumo giornaliero di farmaci Omega 3 per 1.000 residenti - ATC C10AX06	mantenimento valori raggiunti nel 2024

Si chiede, inoltre, ai fini di individuare interventi volti a migliorarne l'appropriatezza prescrittiva, di monitorare gli psicoanalettici, in particolare le molecole di più recente inserimento in PTR per le quali si è osservato un incremento rilevante di prescrizione e spesa, e l'uso dei farmaci respiratori nelle terapie a breve termine delle patologie acute delle prime vie aeree.

- Farmaci per la cronicità nell'ottica della territorializzazione delle cure

Tenuto conto della necessità di adempiere a quanto previsto dal Tavolo Adempimenti MEF in tema di dematerializzazione delle prescrizioni e dei piani terapeutici, e considerato che nell'anno 2024 il 70% delle Schede relative alla nota 97 è stato elaborato in modalità digitale, con ampia variabilità tra le Aziende sanitarie, si ritiene di indicare come obiettivo per l'anno 2025 il raggiungimento del seguente target:

Indicatore	Target
IND1061 - % assistiti con prescrizione nota 97 e piano terapeutico elettronico sul totale assistiti con prescrizione nota 97 e piano terapeutico – Fonte dati: Portale TS	≥ 80%

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

- **Antibiotici:** monitoraggio periodico dei consumi in ambito ospedaliero, condivisione e valutazione degli esiti con i prescrittori;
- monitoraggio semestrale dell'uso dei farmaci con indicazione nel trattamento di infezioni nosocomiali da germi difficili multiresistenti, che sono compresi nella lista di farmaci "watch" e "reserve" della classificazione AWARe dell'OMS, per i quali AIFA ha definito schede di prescrizione ⁵.
- **Antidiabetici:** tenuto conto della disponibilità in nota AIFA 100 della nuova classe degli agonisti recettoriali del GIP e del GLP-1, il Gruppo di lavoro regionale multidisciplinare sui farmaci per il diabete conferma l'uso raccomandato per gli SGLT2 inibitori in almeno il 70% dei nuovi pazienti che associano a metformina un secondo ipoglicemizzante fra SGLT2 inibitore, GLP1 RA, GIP/GLP1 RA.

Indicatore	Target
IND1206 - % di pazienti che associano a metformina una gliflozina rispetto al totale dei pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1° o un'agonista recettoriale del GIP e del GLP-1	≥ 70%

- **Farmaci cardiovascolari:**

Nuovi anticoagulanti orali (DOAC): si raccomanda di privilegiare la scelta dei farmaci con il miglior rapporto costo/opportunità, sia per quanto riguarda il trattamento della FANV che della TVP/EP.

Viene definito rispetto ai pazienti incidenti alla terapia con un DOAC il seguente indicatore:

Indicatore	Target
IND1180 - % di pazienti incidenti che utilizzano i DOAC con il miglior rapporto costo/opportunità*	≥ 70%
* secondo semestre dell'anno	

Infine, per quanto riguarda il trattamento della TVP/EP si sottolinea l'importanza dell'ottimizzazione della terapia – con particolare riferimento alla durata del trattamento.

Farmaci ipolipemizzanti (acido bempedoico, iPCSK9 – anticorpi monoclonali e inclisiran -, ezetimibe e statine, icosapent etile): si chiede il rispetto delle considerazioni contenute nel Documento PTR n. 352 "Considerazioni sulla prescrivibilità dei farmaci per il trattamento delle dislipidemie. Documento di commento all'attuale Nota AIFA n. 13", con particolare riferimento al ruolo delle statine. Verrà effettuato un monitoraggio specifico al fine di verificare l'aderenza alle indicazioni contenute nel Documento.

⁵ Antibiotici "watch" con Scheda di prescrizione AIFA: delafloxacina.

Antibiotici "reserve" con Scheda di prescrizione AIFA ed eventuali aggiornamenti in corso di anno: cefiderocol, ceftazidima/avibactam, ceftolozano/tazobactam, dalbavancina, imipenem/cilastatina/relebactam, meropenem/vaborbactam, oritavancina

- *Farmaci intravitreali anti VEGF:* nel rispetto della Nota AIFA 98, si raccomanda per l'uso prevalente di privilegiare la scelta della somministrazione economicamente più vantaggiosa. Inoltre, nei pazienti incidenti, che rientrano nelle indicazioni oggetto della Nota AIFA, è atteso che la percentuale di somministrazioni economicamente più vantaggiose raggiunga almeno l'85% del totale.
- *Farmaci oncologici e oncoematologici:* è richiesta l'adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici formulate dal gruppo GReFO e approvate dalla Commissione regionale del farmaco. Sono definiti i seguenti indicatori relativi alle raccomandazioni di pari direzione e forza, sulla scelta del farmaco, per l'uso prevalente, che considerano anche il rapporto costo/opportunità.

Indicatori	
Area clinica	Relativamente ai farmaci per i quali le raccomandazioni GReFO prevedono un costo/opportunità vengono definiti i seguenti obiettivi:*
Polmone	IND1063 - Immunoterapia a minor costo nel trattamento del NSCLC wt, 1° linea, PD-L1 $\geq 50\%$: <i>Tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC) avanzato, 1° linea di terapia, con valori di PD-L1 $\geq 50\%$ --> immunoterapia a minor costo fra atezolizumab, pembrolizumab, cemiplimab per l'uso prevalente (esclusi i pazienti con NSCLC localmente avanzato e non candidati per la chemio-radioterapia definitiva, stadio III, indicazione esclusiva di cemiplimab) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 23028 del 22/11/2022)</i>
	IND1181 - Immunoterapia + chemio a minor costo nel trattamento del NSCLC wt, 1° linea, PD-L1 $< 50\%$: <i>Tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC) avanzato, 1° linea di terapia, con valori di PD-L1 $< 50\%$ --> immunoterapia + chemio a minor costo fra pembrolizumab e cemiplimab per l'uso prevalente (esclusi i pazienti con NSCLC localmente avanzato che non sono candidati per la chemio-radioterapia definitiva e i pazienti con PD-L1 $< 1\%$) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 22672 del 29/10/2024)</i>
	IND1064 – Immunoterapia + chemio a minor costo nel trattamento SCLC, 1° linea: <i>Tumore del polmone a piccole cellule (SCLC) avanzato, 1° linea di terapia immunoterapia a minor costo atezolizumab + chemio vs durvalumab + chemio (escluso pazienti con metastasi cerebrali) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 3146 del 15/02/2023)</i>
Melanoma	IND1065 - Melanoma adiuvante, immunoterapia a minor costo (nivolumab vs pembrolizumab) Ref. Determina aggiornamento PTR n 3966 del 09/03/2020
	IND1066 - Melanoma metastatico AntiBRAF+antiMEK a minor costo fra (encorafenib+binimetinib vs dabrafenib+trametinib) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 7621 del 06/05/2020)
	IND1067 - Melanoma metastatico immunoterapia a minor costo (nivolumab vs pembrolizumab) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 9658 del 20/06/2016)
Tratto urologico	IND1068 - Tumore della prostata, metastatico, 1° linea castrazione resistente Inibitore del recettore androgenico a minor costo (abiraterone vs enzalutamide) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 6822 del 10/05/2018)
	IND1069 - Uso di abiraterone generico (quando indicato: seguendo costo-opportunità abiraterone vs enzalutamide)
Linfomi	IND1197 - Linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivante/refrattario, dopo due o più linee di terapia – Utilizzo dell'anticorpo bispecifico (CD20/CD3) a minor costo (glofitamab vs epcoritamab) (Ref. Determina di aggiornamento PTR In fase di pubblicazione - CRF del 15/05/2025)

* il monitoraggio potrà avvenire solo se disponibili le informazioni sull'indicazione e linea terapeutica; gli indicatori potranno essere di valutazione o di osservazione in funzione dell'impatto economico dei vari trattamenti. A tal proposito dovrà essere sempre compilato il flusso DBO per le terapie infusionali e orali.

Al fine di favorire il raggiungimento dell'obiettivo, si richiede un monitoraggio costante della spesa per i farmaci a maggior costo da analizzare mediante incontri periodici di confronto tra direzioni sanitarie, dipartimenti/servizi farmaceutici, unità operative di governo clinico e medici prescrittori.

- **Nuove formulazioni di farmaci oncologici:** l'impiego di nuove formulazioni sottocute disponibili per principi attivi oncologici già inseriti in Prontuario nelle formulazioni endovenose, per le medesime indicazioni terapeutiche, dovrà tenere conto delle indicazioni della CRF in considerazione di un ottimale uso delle risorse e della necessità di preservare le situazioni in cui sussistono specifiche esigenze assistenziali.

Indicatore	Target
<i>Impiego atteso della nuova formulazione sottocute</i>	
IND1009 - % pazienti Pertuzumab+trastuzumab sottocute sul totale dei pazienti trattati con pertuzumab +trastuzumab (tutte le formulazioni: s.c.+e.v.) che non sono sottoposti a chemioterapia concomitante	≤ 20%

L'indicatore sarà misurato in considerazione dei costi del trattamento con le due formulazioni (sottocutanea ed endovenosa) disponibili.

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

Indicatori	Target
<i>Impiego atteso del/dei biosimilare/i sul totale del consumo</i>	
IND0370 - % di consumo di eritropoietine biosimilari	≥ 95%
IND0657 - % di consumo di infliximab biosimilare	≥ 95%
IND0658 - % di consumo di etanercept biosimilare	≥ 95%
IND0659 - % di consumo di follitropina alfa biosimilare	≥ 90%
IND0777 - % di consumo di adalimumab biosimilare	≥ 95%
IND0778 - % di pazienti trattati con trastuzumab sottocute	≤ 20%
IND0779 - % di pazienti trattati con rituximab sottocute	≤ 20%
IND0780 - % di consumo di enoxaparina biosimilare	≥ 95%
IND0887 - % di consumo di bevacizumab biosimilare	≥ 95%
IND1182 - % di consumo di ustekinumab biosimilare	≥ 50%

Inoltre, per quanto riguarda il farmaco eculizumab, si richiede il rispetto dell'esito della gara.

- **Terapia immunosoppressiva con i farmaci biologici:** in assenza di specifiche condizioni cliniche, in linea con le indicazioni contenute nelle raccomandazioni regionali, sono definiti i seguenti indicatori:

Indicatori	Target
IND1183 - Nei pazienti incidenti affetti da malattia reumatologica (artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti) impiego prevalente di farmaci anti-TNF alfa economicamente più vantaggiosi come biologici di prima scelta rispetto al totale dei biologici	≥ 80%
IND1184 - Nei pazienti incidenti affetti da psoriasi impiego prevalente di farmaci anti-TNF alfa economicamente più vantaggiosi come biologici di prima scelta rispetto al totale dei biologici	≥ 80%
IND1071 - Nei pazienti prevalenti affetti da malattia reumatologica (artrite psoriasica, artrite reumatoide, spondiloartriti) già in trattamento con biologico che effettuano per la prima volta un cambio di terapia ad altro biologico, impiego prevalente di anti-TNF alfa	≥ 60%
IND1072 - Nei pazienti prevalenti affetti da malattia cutanea (psoriasi) già in trattamento con biologico che effettuano per la prima volta un cambio di terapia ad altro biologico, nei casi in cui è clinicamente indicato, impiego prevalente di anti-TNF alfa e, nei casi in cui non è clinicamente appropriato l'uso di anti-TNF alfa, impiego di inibitori dell'interleuchina economicamente più vantaggiosi	≥ 60%

- Anticorpi monoclonali per il trattamento della dermatite atopica grave

In linea con le considerazioni contenute nel Documento PTR n. 340 "I nuovi farmaci per il trattamento della Dermatite atopica grave nella popolazione adulta e pediatrica. Anticorpi monoclonali e JAK inibitori. Documento di indirizzo regionale", si richiede di privilegiare l'uso dei farmaci con il miglior rapporto costo/opportunità, in assenza di specifiche motivazioni cliniche.

Per gli obiettivi 2025 sui medicinali plasmaderivati, si rinvia alla specifica sezione avente ad oggetto 'Attività trasfusionale' (paragrafo 3.8).

4.3. Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie convenzionate

Le Aziende sanitarie dovranno dare piena attuazione alle progettualità definite attraverso le Intese sottoscritte tra Regione e Associazioni di categoria delle farmacie convenzionate, di cui alle DGR n. 2365/2024 (Intesa farmacie e relativi ambiti di attività), n. 1609/2024 (telerefertazione ambito cardiologico) e n. 1335/2024 (allestimento personalizzato antibiotici), nonché alle successive disposizioni adottate in relazione al nuovo Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private.

Con particolare riferimento alla DGR 1609/2024, dovrà essere sostenuto l'avvio della fase 2 del progetto "governo del percorso", tramite il coinvolgimento dell'ingegneria clinica, delle strutture cardiologiche e dei medici del territorio.

Infine, in relazione alla citata DGR n. 2365/2024, è fondamentale che le farmacie convenzionate aderiscano al sistema di farmacovigilanza e partecipino alle iniziative formative proposte dal livello aziendale e dal livello regionale.

4.4. Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali

È in capo alle Aziende sanitarie e in particolare ai medici prescrittori e ai farmacisti:

Registri di monitoraggio AIFA

- la corretta compilazione dei Piani Terapeutici AIFA, con particolare attenzione a quelli relativi ai farmaci innovativi e i farmaci con innovatività condizionata - oncologici e non oncologici - che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back;
- la corretta registrazione delle schede di dispensazione;
- la tempestiva chiusura delle schede al termine dei trattamenti;
- la gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...), misurata attraverso il calcolo della percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso (obiettivo $\geq 95\%$);

Data base oncologico regionale (DBO)

È richiesta l'informatizzazione di tutto il percorso di gestione dei farmaci oncologici, al fine di un miglioramento del tasso di copertura del DBO per tutti i campi previsti dal tracciato.

Centralizzazione delle terapie oncologiche

Con riferimento alla DGR n. 1563 del 08/07/2024, è in corso la predisposizione del percorso di ipercentralizzazione dei laboratori di allestimento di farmaci oncologici (Unità Farmaci Antiblastici) della Regione, al fine di assicurare standard elevati di sicurezza per pazienti e operatori sanitari nelle diverse fasi di prescrizione, allestimento e somministrazione e di ottimizzare la spesa per la produzione.

È in fase di attuazione per l'area romagnola l'ipercentralizzazione della produzione dotata di elevata automazione in grado di servire l'intero territorio e di ottimizzare i costi di produzione, in forte integrazione tra l'AUSL Romagna e l'IRST di Meldola, l'unificazione della produzione in un'unica Unità Farmaci Antiblastici nell'area modenese e l'unificazione della gestione della produzione presso l'area bolognese.

Inoltre, le farmacie oncologiche devono partecipare attivamente ai percorsi di appropriatezza, in raccordo con i livelli regionali e aziendali, promuovendo la condivisione di buone pratiche e percorsi assistenziali.

Governo dei farmaci oncologici nel fine vita

A fronte di analisi regionali condotte su pazienti oncologici deceduti che hanno ricevuto una terapia oncologica negli ultimi 30 giorni di vita, emerge un forte impatto in un setting in cui sia la letteratura internazionale sia le analisi condotte in RER sottolineano l'inappropriatezza di tali trattamenti nonostante sia ormai un dato consolidato che il trattamento in pazienti con tumori in stadio avanzato con cure ad alta intensità in regime di ricovero non determino differenze né in termini di sopravvivenza né di qualità della vita (Belkeman et al., 2016; Brook et al., 2014). È opportuno considerare che trattamenti medici e chirurgici ad alta intensità di cura, non solo si dimostrano scarsamente efficaci ma richiedono l'allocazione di risorse consistenti (Davis MP et al., 2022; Iglesias-Santamaría A et al. 2022) la cui ottimizzazione potrebbe portare a un maggiore beneficio da parte dei pazienti. Inoltre, tali trattamenti rallentano l'accesso alle cure palliative che potrebbero migliorare la qualità di vita dei pazienti. Alla luce dell'analisi dei dati di monitoraggio dello scorso anno e della letteratura consolidata sul tema, si chiede di non superare il 14% dei pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni).

Indicatori	Target
IND0372 - % di trattamenti chiusi e già inseriti in una richiesta di rimborso (RdR) <i>Fonte: registro AIFA</i>	$\geq 95\%$
IND1002 - % compilazione DB oncologico per le terapie infusionali	$> 95\%$
IND1003 - % compilazione DB oncologico per le terapie orali	$> 75\%$
IND1004 - % pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni) per Azienda di residenza	$< 14\%$

Attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta

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

4.5. Farmacovigilanza

Nel 2025 le Aziende sanitarie, in continuità con l'anno 2024 dovranno proseguire le attività di farmacovigilanza promuovendo:

- la segnalazione spontanea di sospette *Adverse Drug Reaction* (ADR) on line attraverso la Piattaforma AIFA;
- l'aumento della qualità e completezza delle segnalazioni;
- l'utilizzo della Scheda di *Segnaler "A05"* per la rilevazione degli errori di terapia;
- la formazione degli operatori sanitari e delle farmacie convenzionate, anche utilizzando i kit formativi messi a disposizione del Centro Regionale di FarmacoVigilanza e lo strumento Videopillola FV (https://www.youtube.com/watch?v=4Rx8x_YFUt0&t=5s);
- l'adesione al progetto di informazione indipendente CoSiSiFA nelle sue due componenti
 - WP7B, relativo a corsi di formazione specifici per formatori;
 - WP9, relativo all'implementazione del progetto "*Informed Health Choices*" per la promozione del pensiero critico su temi di salute nelle scuole primarie e secondarie di primo grado.

Indicatori	Target
IND0374 - N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AUSL per 100.000 abitanti <i>Fonte: rete nazionale di Farmacovigilanza</i>	≥ 85
IND0375 - N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AOSP e IRCCS per 1.000 ricoveri <i>Fonte: rete nazionale di Farmacovigilanza</i>	≥ 5

4.6. Gestione sicura e corretta dei medicinali

Dovranno essere intraprese azioni mirate a sostenere, anche attraverso adeguata formazione, la sicurezza nell'uso dei farmaci, implementando le linee guida/raccomandazioni regionali e nazionali in materia, e in particolare i documenti: "Manuale per gestire in sicurezza la terapia farmacologica. Ottobre 2022"; "Gestione dei farmaci al domicilio. Maggio 2024" - DGR n. 1472/2024.

È altresì fondamentale la promozione di attività atte a favorire il raggiungimento di una maggiore consapevolezza da parte dei pazienti e/o caregiver sull'importanza e sul ruolo delle terapie farmacologiche prescritte, promuovendo *l'empowerment* e *l'ability to cope* della cittadinanza.

Dovrà essere ulteriormente estesa l'applicazione del processo di ricognizione/riconciliazione farmacologica, a supporto anche della revisione delle terapie nei soggetti politrattati, nonché l'adozione della Lista delle mie medicine.

Indicatore	Target
IND1075 - % di grandi anziani (≥ 75 anni) trattati con 9 o più farmaci in cronico, evitando contemporaneamente eventuali undertreatment, sul totale di grandi anziani	< 2024

4.7. Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Nel 2025, la Regione Emilia-Romagna rafforza il proprio impegno per garantire l'accesso equo e sostenibile ai dispositivi medici, conciliando qualità delle cure, innovazione tecnologica e compatibilità economica. I dispositivi medici, rilevanti per l'impatto sulla spesa sanitaria, sono soggetti al vincolo del tetto del 4,4% del Fondo Sanitario Regionale, come da normativa nazionale (d.l. 95/2012, art. 15 comma 13 lett. f).

Al fine di sostenere i processi di governo della spesa, per l'anno 2025, sono individuati come prioritari i seguenti obiettivi organizzativi:

- *L'introduzione dell'innovazione nel rispetto del percorso istituzionale stabilito per la valutazione.* Le aziende sono tenute a supportare i professionisti nell'utilizzo dell'applicativo web regionale per la valutazione dei nuovi dispositivi medici. L'applicativo rappresenta un canale fondamentale anche per segnalare alla Commissione regionale le tecnologie potenzialmente candidabili al percorso HTA. È cruciale formare il personale sull'uso corretto dei campioni gratuiti per evitare errori e garantire la sicurezza dei pazienti.
- *Implementazione delle linee di indirizzo/protocolli regionali sull'uso appropriato dei DM.* Le direzioni aziendali devono garantire il recepimento e la diffusione dei documenti regionali, come quelli sull'ERCP e sull'autogestione del diabete, l'adozione uniforme garantisce un'equa distribuzione e un miglior rapporto costo-beneficio.
- *Gestione degli acquisti e criteri di selezione dei dispositivi medici.* Gli acquisti devono basarsi su criteri di qualità, sostenibilità e innovazione. È essenziale prevedere la piena adesione alle gare regionali sia in termini qualitativi che quantitativi. Eventuali acquisti fuori contratto dovranno essere rigorosamente giustificati da contingenze di mercato, come interruzioni produttive o indisponibilità temporanee. Per garantire un utilizzo appropriato delle risorse, dovranno essere applicati criteri stringenti per la definizione dell'esclusività e dell'infungibilità dei dispositivi.
- *Tracciabilità dei dispositivi medici e implementazione del sistema UDI.* Le aziende sanitarie devono garantire la completa tracciabilità dei dispositivi, implementando l'UDI, per assicurare la corretta associazione tra dispositivo e intervento, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Indicatore	Target
IND1185 - valutazioni duplicate su applicativo web	0

Obiettivi di spesa dispositivi medici Regione Emilia-Romagna

Nel 2025 la spesa prevista per dispositivi medici è di 720,3 milioni di euro, con un aumento di circa 13,4 milioni rispetto al dato trasmesso nel quarto trimestre CE 2024 regionale (+1,9%), in linea con l'aumento del FSR. Le aziende devono rispettare i budget assegnati, sottoposti a monitoraggio bimestrale.

Obiettivi di appropriatezza dispositivi medici Regione Emilia-Romagna

In considerazione dell'impegno di risorse stimato per il 2025 per i dispositivi medici è richiesto alle Aziende uno specifico impegno nell'uso appropriato di dispositivi medici sia di largo utilizzo che specialistici. In particolare:

- *Guanti non chirurgici per uso sanitario o da esplorazione:* l'uso dei guanti per attività assistenziale è da tempo oggetto di governo a livello regionale, con la pubblicazione del documento di appropriatezza e mediante convenzioni regionali.

Le azioni richieste alle Aziende sono:

- Adesione al documento regionale di appropriatezza «Indicazioni operative sui guanti monouso per uso sanitario»;
- Consolidamento della collaborazione tra Referenti SPP, Farmacista, Professionisti dell'area Igiene Ospedaliera, anche in ambito di Area vasta/Ausl Romagna;
- Mantenimento rispetto al 2024 dei quantitativi consumati in rapporto all'attività ospedaliera.

Indicatore	Target
IND1076 - Guanti non chirurgici (cnd T0102) impiegati in ambito di ricovero per giornata di degenza (Ord. e DH)	INDRER ≤ 43

- *Ambito cardiologico, cardiovascolare e cardiocirurgico:* la spesa per prodotti impiantabili e dispositivi per procedure specialistiche in queste branche è in forte incremento negli ultimi anni, sia per l'aumento della casistica che per il ricorso a nuovi prodotti con importante impatto sul bilancio aziendale e regionale.
 - Per l'anno 2025 è prevedibile un aumento massimo del 5% degli interventi con Valvole aortiche transcateretere (TAVI), alle condizioni economiche attuali e fattori di crescita ad oggi noti. Le aziende sanitarie devono garantire un utilizzo appropriato dei device acquisiti attraverso le procedure centralizzate, favorendo soluzioni che consentano di ampliare l'accesso a questa tecnologia al maggior numero di pazienti, contenendo al contempo l'incremento della spesa.
 - La spesa per dispositivi per ablazione di foci aritmogeni nell'anno 2024 è stata pari a 6,4 milioni in incremento del 43,7% rispetto al 2023, a fronte di un incremento del numero di pazienti trattati del 31%. Si invitano le aziende sanitarie a garantire un utilizzo appropriato dei dispositivi ricompresi in questa categoria, favorendo l'approccio economicamente più favorevole a parità di esiti clinici attesi.
- *Medicazioni avanzate:* Il gruppo regionale Medic-RER guida l'uso appropriato delle medicazioni avanzate e promuove gare centralizzate per l'acquisto. La spesa è in calo, con un -0,8% nel 2024. Si conferma la richiesta d'impegno per un uso sostenibile e conveniente, rinnovando per il 2025 l'obiettivo di partecipazione alle gare regionali.
- *Diabete:* A seguito dell'emanazione delle Linee di indirizzo regionali sull'uso appropriato dei dispositivi per l'automonitoraggio del diabete, si chiede alle aziende sanitarie di garantirne un'adozione corretta. Sono disponibili tre gare IntercentER aggiudicate che coprono tutte le tipologie di dispositivi:
 - Dispositivi per la gestione del diabete Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero) 3;
 - Sistemi di monitoraggio in continuo, sistemi HCL e microinfusori per Aziende Sanitarie;
 - Acquisto di sistemi di monitoraggio del glucosio (disponibile nei primi mesi 2025).

Nel 2024, la spesa ha raggiunto 42,6 milioni di euro (+1,7% rispetto al 2023), con un incremento del 9,7% per i dispositivi ad alta tecnologia (77% della spesa). Si raccomanda

un'introduzione graduale di tali tecnologie, promuovendo un uso appropriato e monitorato per evitare spese ingiustificate e garantire equità di accesso.

- **Robotica:** Le aziende sanitarie devono garantire l'uso sostenibile dei robot chirurgici, massimizzando gli interventi per ciascun dispositivo pluriuso secondo le schede tecniche. L'obiettivo di volumi minimi non deve prevalere sulla sostenibilità economica. Si raccomanda inoltre il monitoraggio dell'evoluzione della chirurgia robotica specialistica, dato il mercato in crescita e le implicazioni di spesa.

Strategie di approvvigionamento e monitoraggio consumi di dispositivi medici Regione Emilia-Romagna

- **Adesione alle gare regionali**

Per l'anno 2025 sono individuate le seguenti convenzioni Intercenter oggetto di monitoraggio, per la valutazione di una puntuale adesione alle strategie di gara:

- Medicazioni per ferite, piaghe e ulcere (M0404);
- Dispositivi da elettrochirurgia (K02) – il disegno di gara, che sarà aggiudicata nel corso del 2025, ha la medesima distribuzione percentuale tra i lotti;
- Protesi d'anca (P0908);
- Dispositivi per la gestione del diabete Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero) 3;
- Guanti monouso sterili e non, per attività assistenziale, somministrazione farmaci antitumorali, emergenza/urgenza/laboratorio.

Indicatori	Target
IND0991 - Impiego di medicazioni avanzate per ferite, piaghe e ulcere afferenti alla gara regionale	> 80%
IND0973 - % di utilizzo di prodotti a radiofrequenza (lotto 1) sul totale dei consumi dei prodotti in gara «Dispositivi a ultrasuoni e a radiofrequenza per la coagulazione vasale e la dissezione tissutale 2» ed edizioni successive della gara con il medesimo disegno di gara	>= 40%
IND0992 - Impiego di protesi d'anca afferenti alla gara regionale	> 80%
IND1079 - Impiego di prodotti per la gestione del diabete afferenti alla gara "Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero)" sul totale dei consumi	> 70%
IND1080 - Impiego di guanti afferenti alla gara "Guanti monouso sterili e non, per attività assistenziale, somministrazione farmaci antitumorali, emergenza/urgenza/laboratorio" sul totale dei consumi dei guanti non chirurgici	> 80%

Rendicontazione nel flusso DiMe e obiettivi di tracciabilità

Per il 2025, si conferma l'obiettivo di copertura del flusso degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, al fine di valutare l'allineamento tra l'alimentazione del flusso e i costi rendicontati, tenendo conto delle modalità di acquisto e delle regole di tracciabilità dei dispositivi medici. Si stabilisce il target del 90% per i dispositivi medici. Per i diagnostici in vitro si conferma il

target del 60%, apportando una correzione al calcolo che contempli la spesa sostenuta per i prodotti codificati in anagrafica GAAC come *Kit IVD per prest.refertata/analisi.refertata* privi di codice di repertorio, conformemente alle indicazioni della Linea Guida "Anagrafiche centralizzate GAAC" v.1.1/2024.

Indicatori	Target
IND0363 - Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico	>= 90%
IND0713 - Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico	>= 60%

Dispositivo Vigilanza

Nell'ambito delle attività della Rete Regionale della dispositivo-vigilanza, definite dal Decreto Ministeriale 31 marzo 2022, la formazione costituisce un obbligo. Come condiviso con la Rete Regionale è disponibile un corso FAD regionale sulla dispositivo-vigilanza fruibile sulla piattaforma E-laber. Il corso è disponibile per tutti gli operatori sanitari e ha l'obiettivo di fornire una conoscenza della normativa correlata alla Dispositivo-vigilanza e favorire l'acquisizione di competenze specifiche utili per la segnalazione per gli eventi della dispositivo-vigilanza.

Indicatore	Target
IND1188 - Percentuale di operatori che hanno partecipato al corso FAD regionale sulla Dispositivo-vigilanza per le discipline individuare con codici: 006, 007, 050, 054, 100, 101 [Per ogni disciplina indicata (numero di operatori che hanno frequentato il corso/numero di operatori totali) *100]	≥ 30% per ogni disciplina 2024

Indicatori LEA dedicati al monitoraggio dell'attività di Dispositivo Vigilanza - Monitoraggio sulla piattaforma Dispovigilance

Gli adempimenti LEA previsti per l'attività di Dispositivo Vigilanza sono adempimenti obbligatori, monitorabili attraverso la piattaforma ministeriale Dispovigilance ed hanno l'obiettivo di promuovere un atteggiamento responsabile e migliorare il sistema di vigilanza, armonizzando i comportamenti nel territorio nazionale

Obiettivo:

Monitorare la trasmissione della segnalazione di incidente grave entro i tre giorni lavorativi dalla data di ricezione del messaggio automatico generato al momento dell'inserimento delle informazioni da parte dell'operatore sanitario.

Indicatore:	Target
IND1190 - percentuale di segnalazioni di incidente gravi validate entro i 3 giorni su segnalazioni di incidente grave ricevute (Numero di segnalazioni di incidente grave validate entro i 3 giorni / numero di segnalazione di incidente grave inserite)	100%

Registro Protesi Mammarie

È presente nel territorio Nazionale il registro protesi mammarie, costituito dai singoli registri regionali.

I due registri sono stati istituiti, rispettivamente, con il Decreto del Ministero della Salute del 19 ottobre 2022 (G.U. n. 14 del 18/01/2023) e con la Legge Regionale del 28 luglio 2023, n. 10 articolo 26.

Il decreto che regola il registro protesi è obbligatorio e correlato a sanzione amministrativa per i seguenti soggetti:

- per tutti gli operatori sanitari che impiantano o rimuovono protesi mammarie sul territorio nazionale, registrare ogni singola procedura chirurgica effettuata, entro 3 giorni dalla data di esecuzione della stessa.
- per i distributori di protesi mammarie, registrare, con cadenza mensile, ogni singolo dispositivo commercializzato sul territorio italiano.

Obiettivo:

Favorire l'inserimento nel Registro protesi mammarie dei dati relativi agli interventi di impianto ed espanto di protesi mammarie da parte degli operatori sanitari operanti nelle strutture pubbliche. Il monitoraggio sarà effettuato a livello regionale.

Indicatore	Target
IND1191 – Copertura percentuale Registro protesi mammarie sul totale degli interventi registrati in SDO. [Numero di interventi di impianto ed espanto di protesi mammarie caricati nel Registro/Numero di interventi di impianto ed espanto tracciati nelle SDO con i seguenti codici: • Intervento monolaterale: 8533 – 8553 • Intervento bilaterale 8535 – 8554 *100]	≥ 80%

5. Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

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

Gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali impegnano le stesse a raggiungere gli obiettivi economico-finanziari annualmente definiti dalla programmazione regionale ed il mancato conseguimento comporta la risoluzione del rapporto contrattuale.

Per l'anno 2025 le Direzioni aziendali dovranno garantire:

- Il rispetto del vincolo di bilancio assegnato, concorrendo al raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale;
- Il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario.
- La partecipazione al sistema di monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali e in particolare alle verifiche sul rispetto degli obiettivi di budget definiti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare; sistema di monitoraggio attivato fin dall'anno 2022 con DGR 407/22;
- La presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato; in presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.

A livello regionale sarà valutata sia la capacità della Direzione Generale di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato e in particolare gli obiettivi di budget specificamente assegnati con riferimento ai principali fattori produttivi che concorrono al maggior assorbimento di risorse, sia la capacità di perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato.

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

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

Indicatori	Target
IND1151 – Accuratezza di predisposizione delle stime per il monitoraggio economico bimestrale delle gestioni aziendali e rispetto delle tempistiche di trasmissione	100%

5.1.1. Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2025 proseguirà l'impegno per consolidare il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR in conformità alle disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).

La Circolare n. 1, MEF-RGS-prot. 2449 del 03/01/2024, fornisce indicazioni in merito all'applicazione dell'art.4 bis del D.L. 24 febbraio 2023, n. 13, convertito con modificazioni dalla L. 21 aprile 2023, n. 41 recante "Disposizioni in materia di riduzione dei tempi di pagamento delle Pubbliche Amministrazioni".

Tra le riforme abilitanti del PNRR che l'Italia si è impegnata a realizzare, in linea con le indicazioni della Commissione Europea, è prevista la Riforma n. 1.11 relativa alla "Riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni e delle autorità sanitarie".

Tale riforma, anche a seguito delle ultime modifiche apportate al PNRR ed approvate dal Consiglio Ecofin in data 8/12/2023 prevede che entro il primo trimestre 2025 (Q1 2025), con conferma al primo trimestre 2026 (Q1 2026), siano conseguiti specifici obiettivi quantitativi (target) in termini di tempo medio di pagamento e di tempo medio di ritardo.

La Circolare prevede che le indicazioni valgono anche per gli Enti del SSN.

I target da raggiungere sono fissati in 60 giorni, per l'indicatore del tempo medio di pagamento degli Enti del Servizio sanitario nazionale e pari a zero per l'indicatore del tempo medio di ritardo.

È evidente, pertanto, l'importanza di una puntuale e corretta alimentazione dei dati in PCC da parte delle Aziende sanitarie, presidiando in modo costante i seguenti processi:

- la corretta gestione dei pagamenti effettuati, avendo cura di verificare che detti pagamenti siano stati correttamente registrati nel sistema PCC. Ciò, anche in considerazione che gli indicatori del tempo medio ponderato di pagamento e di ritardo devono essere calcolati su un volume di pagamenti almeno pari alle percentuali sopra indicate per le fatture ricevute negli anni 2024 e 2025;
- la corretta gestione delle sospensioni. È bene rammentare che tali importi non rilevano ai fini del calcolo dei tempi di pagamento e dello stock di debito (così ad es. i periodi in cui una fattura risulta sospesa saranno esclusi dal calcolo dei tempi medi di pagamento e di ritardo). Pertanto, è opportuno che le Aziende verifichino l'eventuale esistenza di condizioni di sospensione e/o non liquidabilità non ancora comunicate alla PCC, aggiornando quanto prima le informazioni mancanti;
- la corretta implementazione della data di scadenza delle fatture. In proposito, si segnala che la Commissione europea avrà a disposizione la base dati di tutte le fatture (con evidenza anche della data di scadenza) ricevute dalle Aziende e registrate in piattaforma.

La Direzione aziendale dovrà pertanto garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente anche ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, in conformità a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019), misura di garanzia che resta confermata, per gli Enti del SSN, di cui si riporta un estratto:

Per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento. La predetta quota dell'indennità di risultato:

- a) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo;
- b) è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni;
- c) è riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;

d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.

Si invitano le Aziende a introdurre tutte le azioni possibili volte a garantire il raggiungimento dei target.

La trasparenza dei risultati deve essere garantita attraverso la pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016.

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

- Agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016;
- All'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014;
- Nella circolare n.1 MEF-RGS-prot. 2449 del 03/01/2024;
- Nella circolare n.36 MEF-RGS-prot. 232998 del 08/11/2024.

Indicatori	Target
IND0220 – Indice di tempestività dei pagamenti	≤ 0
IND1153 – Tempo medio di pagamento	≤ 60
IND1154 – Tempo medio di ritardo	≤ 0

Le Aziende sanitarie sono tenute al rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2025. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.

Indicatore	Target
DES0063 – Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali	100%

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

Si ricorda che il dato dello stock di debito residuo, oltre ad essere oggetto di valutazioni comparative con le registrazioni comunicate in PCC, è la base di riferimento per l'applicazione delle analisi metodologiche condotte sui debiti commerciali e necessarie anche a rispondere alle richieste che pervengono da parte della Commissione europea nell'ambito della procedura d'infrazione UE per i ritardi dei pagamenti nei debiti commerciali delle PA.

Nel 2025 le Aziende sono invitate a garantire l'allineamento dei dati contabili ai dati presenti nella PCC con particolare riferimento alla corretta gestione delle sospensioni finalizzate alla corretta rilevazione dello stock del debito calcolato dalla PCC, che per l'anno 2025 resta l'unico riferimento.

Indicatore	Target
IND1155 – Stock del debito risultante all'Ente dai propri sistemi contabili/stock del debito calcolato dalla PCC	1

Per rafforzare ulteriormente le misure già previste per la riduzione dei tempi di pagamento, nell'ambito della riforma PNRR, milestone M1C-M1C1-72bis del PNRR, con decreto-legge 155/2024 art. 6 comma 1 è stato pubblicato il modello del **Piano annuale dei flussi di cassa** che è stato successivamente deliberato dalle singole Aziende sanitarie entro il 28 febbraio e che dovranno aggiornare trimestralmente.

Nel 2025 le Aziende dovranno garantire il rispetto dell'adempimento.

Indicatore	Target
DES0040 – Piano dei flussi di cassa: annuale e trimestrali	5

5.1.2. Le buone pratiche amministrativo-contabili

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

Con determina n. 24526 del 23/12/2021 (ultima modifica n.20186 del 30/09/2024) avente ad oggetto "Costituzione della "Cabina di Regia PAC" per l'aggiornamento delle Linee Guida Regionali del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) di cui alle deliberazioni di giunta regionale n. 1562/2017 e n.2119/2017" è stata istituita la Cabina di Regia PAC con i seguenti compiti:

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

Nel corso del 2025 le Aziende sanitarie sono tenute:

- all'applicazione delle Linee Guida regionali; nonché al conseguente aggiornamento dei regolamenti aziendali con particolare riferimento per il 2025 al recupero crediti derivanti da ticket e da sanzioni per mancata disdetta di cui alla L.R. n. 2/2016;
- a partecipare alla Cabina di Regia PAC;
- a partecipare ai gruppi di lavoro operativi necessari per l'aggiornamento delle Linee Guida regionali;

- nel rafforzamento dei controlli operativi connessi alle fasi di predisposizione del bilancio di esercizio e dei documenti a corredo.

Con riferimento al miglioramento del sistema informativo contabile, nel corso del 2025 le Aziende sanitarie, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, sono impegnate nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP, LA e CP (così come definiti dal decreto 24 maggio 2019). Con riferimento in particolare al modello CP, di rilevazione dei costi dei presidi ospedalieri articolato in ricavi e costi in analogia con il modello CE, le Aziende dovranno porre particolare attenzione alla corretta alimentazione del modello al fine di garantire l'equilibrio della gestione dei presidi ospedalieri.

Indicatori	Target
IND1156 – Coerenza nella compilazione degli schemi di bilancio	≥ 95%
DES0105 – Partecipazione ai gruppi di lavoro per l'aggiornamento delle "Linee Guida Regionali del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)"	Sì

Con riferimento alle partite vetuste anni 2022 e precedenti, nel corso del 2025 le Aziende sanitarie devono procedere ad un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali partite, tenuto anche conto che le partite pregresse (crediti, debiti, quote inutilizzate di contributi, ecc..) sono attentamente analizzate dal MEF, in sede di verifica degli adempimenti e dalla Corte dei Conti in sede di controllo sui bilanci aziendali.

Le Aziende dovranno pertanto verificare:

- la sussistenza del presupposto giuridico per il mantenimento a bilancio di tali partite e, in mancanza di esso, provvedere a rilevare un'insussistenza dell'attivo, valutando l'impatto sul proprio bilancio;
- fornire puntuali motivazioni sulla necessità di mantenere tali partite nel bilancio d'esercizio 2025.

Indicatore	Target
IND1157 – Coerenza con la sussistenza a bilancio delle partite vetuste anni 2022 e precedenti	100% delle partite vetuste verificate

Con riferimento alle fatture e note di credito da ricevere 2024 e precedenti, nel corso del 2025 le Aziende sanitarie devono procedere ad un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali

debiti, tenuto anche conto delle risultanze di magazzino (ordini emessi e bolle caricate nei relativi esercizi di competenza e non fatturati).

Indicatore	Target
IND1158 – Coerenza con la sussistenza a bilancio delle fatture e note di credito da ricevere anno corrente e precedenti (anno corrente 2025)	100% delle fatture da ricevere verificate

Con riferimento ai *ticket*, si raccomanda l'iscrizione a bilancio per competenza, in applicazione delle linee guida regionali in materia di crediti e ricavi (vedi paragrafo 6 Compartecipazioni alla spesa sanitaria dell'allegato 5 della DGR 1562/2017), un'attenta valutazione dei crediti in essere al 31 dicembre e l'alimentazione dell'apposito fondo.

In particolare, con riferimento ai ticket non riscossi al 31/12/2024, nel corso del 2025 le Aziende sanitarie devono procedere all'invio del primo sollecito e del secondo sollecito con PEC o raccomandata A/R e, almeno per i crediti sorti nel 2022 e antecedenti, all'iscrizione a ruolo secondo le procedure individuate nei regolamenti aziendali aggiornati secondo i contenuti minimi previsti nelle linee guida PAC regionali approvate. Saranno attivate verifiche infrannuali sullo stato dei ticket non riscossi (sollecitato, iscritto a ruolo) anche con riferimento ai ticket di competenza 2025.

Indicatore	Target
IND1196 - Attivazione della procedura di recupero sui ticket non riscossi di competenza 2024 e antecedenti	>=80%
DES0041 - Attivazione del monitoraggio dell'andamento dell'invio dei solleciti e iscrizione a ruolo per i ticket non riscossi 2024 e antecedenti (al 30 settembre 2025, 31 dicembre 2025 e 31 marzo 2026)	2 nel 2025
DES0042 - Attivazione del monitoraggio dell'andamento dell'invio dei solleciti per i ticket non riscossi su prestazioni erogate nel 2025 (al 30 settembre 2025, 31 dicembre 2025 e 31 marzo 2026)	2 nel 2025
IND1198 - Iscrizione al ruolo dei ticket relativi a prestazioni erogate del 2022 e antecedenti	>=50%

Con riferimento alle *sanzioni per mancata disdetta* (di cui alla Legge regionale 2 /2016 e successive indicazioni) si raccomanda l'elevazione delle sanzioni relative a tutte le mancate disdette fino al 30-06-2025 entro il 31/12/2025. Si invitano le aziende a sollecitare tempestivamente le sanzioni elevate e non rimosse.

Indicatore	Target
DES0043 - Elevazione sanzioni per mancata disdetta delle prenotazioni fino al 30/06/2025 entro il 31/12/2025	90%

Il percorso delle procedure di recupero per i ticket sorti entro il 31/12/2024 dovrà concludersi entro l'esercizio 2026.

Con riferimento ai *contratti di service*, nel corso del 2025 le Aziende sanitarie devono garantire una corretta modalità di contabilizzazione, funzionale a monitorare ed analizzare la spesa sanitaria nelle diverse componenti di spesa, a valutare l'andamento economico aziendale nei diversi esercizi, a consentire la comparazione economica delle Aziende sanitarie. A tal fine si richiede una

disaggregazione dei costi e una loro separata imputazione contabile a seconda della natura delle prestazioni acquisite.

Si ricorda che con riferimento particolare alla *spesa di Dispositivi Medici* questo obbligo è ancora più stringente e richiesto da norme specifiche. La circolare ministeriale 7435 del 17 marzo 2020 avente ad oggetto "Fatture elettroniche riguardanti Dispositivi Medici - Individuazione delle fatture di interesse per l'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 9 ter del Decreto Legge 19 giugno 2015 n.78, come modificato dalla Legge 30 dicembre 2018, n. 145, art. 1, comma 557" fa specifico riferimento alla norma che prevede che il superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale per l'acquisto di dispositivi medici, rilevato sulla base del fatturato di ciascuna azienda a lordo dell'IVA, sia dichiarato con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, e che la rilevazione, per l'anno 2019 e successivi, sia effettuata sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica relativi all'anno solare di riferimento. La circolare richiamata fa inoltre presente che il legislatore ha esplicitato che, nell'esecuzione dei contratti anche in essere, è fatto obbligo di indicare nella predetta fatturazione "in modo separato il costo del bene e il costo del servizio".

Il Decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34 convertito con legge 26 maggio 2023, n. 56 recante: «Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali», all'art. 8 "Contributo statale per il ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici" al comma 4 ribadisce l'obbligo di indicare nella fattura elettronica riguardante i dispositivi medici in modo separato il costo del bene e il costo del servizio;

Indicatore	Target
IND1159 – Riduzione della contabilizzazione dei conti di bilancio inerenti i service sanitari	100% attinenza delle indicazioni Regionali

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

Il progetto GAAC ha visto la realizzazione di un Sistema unitario per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC) in tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna e continua a rappresenta uno degli obiettivi strategici di questa Regione. A tutt'oggi il GAAC è stato implementato in tutte le Aziende Sanitarie: la GSA, l'Area Vasta Emilia Centro, l'Area Vasta Emilia Nord e nel 2025 è stato esteso all'Azienda Usl della Romagna, limitatamente al ciclo attivo.

Per quanto riguarda la Regione è stata implementata l'Anagrafica Centralizzata e la Gestione Regionale dei dati. Sin dall'avvio la piattaforma per la gestione delle anagrafiche centralizzate è utilizzata da tutte le Aziende in produzione GAAC.

Si ricorda alcuni elementi caratterizzanti il progetto GAAC:

L'organizzazione del progetto prevede una Cabina di Regia la cui composizione è stata rivista con determina regionale n. 20352 del 01 Ottobre 2024 agli atti del Settore Gestione finanziaria ed economica del SSR della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare. Per lo svolgimento della propria attività la Cabina di Regia si è dotata di un proprio regolamento interno parte integrante della determina di cui al punto precedente. Alla Cabina di Regia partecipano tutte le Aziende Sanitarie al fine di ricoprire tutte le competenze necessarie finalizzate alla realizzazione del progetto. Nel 2025 con determina n. 8834 del 12/05/2025 è stata istituita la Cabina di Regia GAAC strategica finalizzata a potenziare il ruolo di committenza regionale nei confronti del fornitore e a definire le linee di sviluppo strategiche del sistema informativo GAAC.

Si ricorda che per l'Anagrafica Centralizzata è stata redatta la Linea guida regionale "Anagrafiche Centralizzate GAAC", il cui ultimo aggiornamento della Linea guida è stato trasmesso con nota Prot. 11.02.2025.0134419.U.

Anche per l'esercizio 2025 si confermano le attività di governo dell'anagrafica centralizzata degli articoli di beni e servizi in capo ai 3 Poli di Governo, confermati nella Linea Guida "Anagrafiche centralizzate GAAC" citata, i cui referenti risultano comunicati con l'ultimo aggiornamento nella nota Prot. 0347448.U del 02 aprile 2024:

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

Nel 2025 le attività di progetto dovranno essere orientate al consolidamento e alla messa a pieno regime del sistema informativo sviluppato. In continuità con gli esercizi precedenti, particolare attenzione sarà rivolta al governo delle Anagrafiche Centralizzate e alla bonifica e manutenzione delle anagrafiche centralizzate del GAAC da parte di tutte le Aziende, con particolare riferimento alle anagrafiche importate durante le migrazioni eseguite negli scorsi esercizi.

Nel 2025, le Aziende sanitarie sono impegnate:

- a garantire la partecipazione dei referenti aziendali alla Cabina di Regia;
- ad assicurare alla Cabina di Regia, al Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) e al fornitore aggiudicatario (RTI) la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del sistema informativo;
- ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività della Cabina di Regia, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC;
- assicurare le attività necessarie al consolidamento delle funzionalità del nuovo sistema informativo;
- assicurare le attività necessarie all'invio dei flussi per assolvere ai debiti informativi regionali e ministeriali;

L'Azienda USL della Romagna il cui avvio, limitatamente al Ciclo Attivo è previsto nel 2025 dovrà:

- assicurare le attività necessarie all'implementazione del nuovo sistema informativo sino alla piena messa a regime;
- assicurare il rispetto delle tempistiche definite nel piano di avvio;
- assicurare le attività necessarie all'acquisizione dei dati dai sistemi esterni quali a titolo esemplificativo le casse di riscossione, secondo le tempistiche programmate in fase di Stati Avanzamento Lavori con il Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) e il fornitore aggiudicatario (RTI);
- assicurare le attività che saranno richieste dalla Regione, dalla Cabina di Regia, dal fornitore aggiudicatario (RTI), dal Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) per garantire l'avvio del ciclo passivo secondo le tempistiche che saranno programmate.

Anche per l'anno 2025, le Aziende Usl di Bologna, Usl di Reggio Emilia e Usl della Romagna in qualità di Poli di Governo dell'anagrafica centralizzata dei beni/cespiti e dei servizi dovranno garantire l'attività di governo dell'anagrafica centralizzata con particolare riferimento:

- all'applicazione della Linea Guida PAC "Anagrafiche Centralizzate GAAC" di cui alla nota Prot. 11.02.2025.0134419.U;
- all'applicazione di quanto previsto nella nota Regionale Prot. 0220090_U del 01 marzo 2024 avente ad oggetto "Anagrafica Centralizzata GAAC – codifica articoli Gare Regionali e nomina Referente Tecnico" e alla nota Prot. 0134419.U del 11 febbraio 2025 relativamente all'aggiornamento delle Linee Guida dell'anagrafica centralizzata e precisamente alle specifiche sulla gestione della codifica degli articoli inerenti le procedure d'acquisto effettuate sulla Piattaforma SATER e il ruolo del Referente Tecnico.
- all'aggiornamento della linea guida sul processo di candidatura e governo dell'anagrafica di propria competenza, anche alla luce dell'aggiornamento delle linee guida regionali sul Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC).

Ulteriori obiettivi specifici per le Aziende in GAAC:

- partecipazione e collaborazione alle attività di Bonifica delle anagrafiche soggetti coordinate dal livello regionale;
- partecipazione e collaborazione alle attività di Bonifica degli anagrafici beni (Farmaci e Dispositivi Medici) coordinate dal livello regionale;
- partecipazione e collaborazione alle attività volte all'aggiornamento delle anagrafiche centralizzate del dato identificativo unico UDI DI per i Dispositivi Medici così come previsto dai Regolamenti (UE) 2017/745 e 2017/746, usato per identificare e tracciare i dispositivi medici lungo la supply chain sanitaria nell'Unione europea e all'implementazione delle funzionalità GAAC necessarie alla gestione del codice UDI completo a seguito del dettato normativo;
- partecipazione e collaborazione nelle attività finalizzate all'efficientamento degli SPOC coordinate dal livello regionale di cui alla nota Prot. 0255647.U del 11 marzo 2024;
- partecipazione e collaborazione nelle attività finalizzate al miglioramento della gestione dei rilasci coordinate dal livello regionale di cui alla nota Prot. 0255647.U del 11 marzo 2024.

Indicatori	Target
IND1163 - Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati – Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della regione e Flussi regionali e ministeriali	100%
IND1166 - Allineamento alla BDR degli articoli Farmaci e Dispositivi Medici attivi, escluso articoli migrati dall'Azienda Usl della Romagna	90%
IND1168 - Risccontro alle verifiche richieste dalla regione a seguito dei rilasci	50%

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

Legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Finanziaria 2018)

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

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

Nel 2025, le Aziende sono invitate

- a garantire l'emissione degli ordini per l'acquisto di beni e servizi, utilizzando la piattaforma NoTI-ER, quale intermediario per l'invio a NSO;
- all'applicazione della Linea Guida regionale NSO (ultima versione: NSO_LG_RER v.0.5 del 25/10/2021);
- alla verifica dei dati risultanti dal monitoraggio periodico sullo stato di avanzamento di NSO finalizzata alla corretta emissione dell'ordine NSO;

Indicatore	Target
IND1199 - Emissione ordine NSO sui beni comprese le Aziende intercompany	100%
IND1189 - Emissione ordine NSO sui servizi comprese le Aziende intercompany	100%

Documenti di Trasporto elettronico

Al fine di pre-acquisire i dati dal DDT elettronico, inerenti le informazioni di lotto, scadenza, seriale e UDI (in caso di Dispositivi Medici), si invitano le Aziende, per tutti i contratti stipulati inerenti beni di consumo ad effettuare il carico di magazzino attraverso il recupero di suddette informazioni dal documento di trasporto elettronico scaricato da Noti-ER e in seconda istanza (solo laddove i dati non siano disponibili) tramite strumenti alternativi (lettore barcode, ddt cartaceo)

Indicatore	Target
IND1200 - Acquisizione automatica dei documenti di trasporto elettronici ricevuti tramite NoTIER	30%

Fatturazione Elettronica

Anche per l'anno 2025 proseguono le attività di controllo dei dati che il fornitore è obbligato ad inserire in Fatturazione Elettronica:

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

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

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

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

In continuità con gli esercizi precedenti anche nel 2025 le Aziende devono assicurare l'istituzione di idonei strumenti di controllo finalizzati all'applicazione del dettato normativo.

3. Controllo sui Dispositivi Medici: si richiamano:
 - a. i contenuti dell'art. 1, comma 557 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021;
 - b. le indicazioni operative da parte del Ministero della salute (nota DGSISS 0002051-P-del 08/02/2019) avente ad oggetto "*Fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici – Indicazioni operative per l'applicazione delle disposizioni previste dall'articolo 9-ter, comma 8, del Decreto Legge 19 giugno 2015 n.78, come modificato dall'articolo 1, comma 557 della legge 30 dicembre 2018, n. 145*", trasmesse alle Aziende Sanitarie della Regione con nota regionale PG/2019/0241311, avente medesimo oggetto, con preghiera di darne applicazione;
 - c. la circolare Ministeriale n.7435 del 17 marzo 2020 trasmessa alle Aziende Sanitarie della Regione con nota prot. PG/2020/0279525 del 08/04/2020;
 - d. il Decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34 convertito con legge 26 maggio 2023, n. 56 recante: «Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali», all'art. 8 "Contributo statale per il ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici" al comma 4 ribadisce l'obbligo di indicare nella fattura elettronica riguardante i dispositivi medici in modo separato il costo del bene e il costo del servizio e i dati identificativi dei DM.

Nel 2025 le Aziende Sanitarie della Regione devono assicurare l'applicazione del dettato normativo attraverso l'utilizzo di idonei strumenti di controllo finalizzati a consentire la verifica della correttezza dei dati riportati nella fattura elettronica con riferimento ai dati identificativi dell'ordine NSO, dei farmaci e dei Dispositivi Medici, così come previsto dalla normativa di riferimento.

Al fine di favorire la liquidazione delle fatture e conseguentemente ridurre i tempi di pagamenti, si invitano le Aziende ad implementare il DDT elettronico con l'obiettivo di incrementare i livelli di quadratura ordine elettronico, DDT elettronico e fattura elettronica.

Le Aziende nel 2025 dovranno garantire partecipazione e collaborazione nelle attività finalizzate all'implementazione degli sviluppi volti a migliorare la registrazione delle fatture elettroniche e la liquidazione delle fatture a esercizio chiuso.

Sistemi informativi per il reporting – Area Amministrativa e Controllo (AMC)

Nell'ambito del progetto GAAC, essendo lo stesso in una fase avanzata e matura, si ravvisa la necessità di focalizzare l'attenzione in modo sistematico sullo sviluppo dei sistemi informativi di questa area, revisionando coerentemente l'organizzazione attuale di gestione e sviluppo dei dati esposti e della loro rappresentazione.

A tal fine, nel 2025 verrà dato avvio all'implementazione di un sistema informativo per il reporting dell'area amministrativa contabile integrato nel sistema di Business intelligence regionale per rispondere ai bisogni informativi della Regione ER e delle Aziende Sanitarie della RER da parte di un gruppo di lavoro regionale dedicato e alla costruzione/revisione di una rete efficiente ed efficace di referenti aziendali con cui mettere a fattor comune i bisogni informativi.

L'obiettivo è di garantire alla Regione e alle Aziende la possibilità di beneficiare di uno stesso sistema informativo standardizzato e normalizzato da implementare a livello regionale finalizzato a rispondere ai bisogni informativi attuali e futuri, che faccia tesoro dell'esperienza maturata dalle Aziende, rendendola patrimonio comune in un'ottica di successiva evoluzione.

Alla luce di questo è necessario costituire un gruppo tecnico Business Intelligence (BI) dell'Area Amministrativa Contabile (AMC) dedicato, che coordini le attività, che conosca e rilevi i bisogni informativi e li declini in risposte concrete all'interno di un sistema informativo dedicato.

Nel 2025, le Aziende sanitarie saranno impegnate:

- a condividere con la Regione l'individuazione dei referenti aziendali al Gruppo di lavoro dedicato denominato "gruppo tecnico BI-AMC";
- a garantire la partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico BI-AMC;
- ad assicurare le attività che saranno richieste dalla Regione e dal gruppo tecnico BI-AMC per garantire l'avvio secondo le tempistiche che saranno programmate.

Indicatore	Target
DES0045 - Partecipazione al gruppo di lavoro ("gruppo tecnico BI-AMC")	80%

5.2. Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

La problematica della sostenibilità del sistema sanitario regionale impone un'ulteriore ottimizzazione delle modalità di acquisizione di beni e servizi necessari alla produzione dei servizi sanitari ai cittadini. A tal fine, il governo delle acquisizioni di beni, servizi e lavori dovrà essere garantito attraverso:

1. Rafforzamento della centralizzazione delle procedure di gara: si prevede un ruolo sempre più centrale dell'Agenzia Intercent-ER, la centrale acquisti della Regione Emilia-Romagna, individuata quale Soggetto Aggregatore ai sensi dell'articolo 9 del DL 66/2014, convertito con modificazioni dalla L 89/2014, con un ampliamento del perimetro di attività a categorie merceologiche particolarmente impattanti sui costi della sanità regionale;
2. Sperimentazione di strategie innovative di acquisto: si prevede l'implementazione di strategie di acquisto che si concentrino sul "valore complessivo" che un prodotto o servizio può offrire (value based procurement), e non sul solo sul prezzo di acquisto. In particolare, occorrerà definire, attraverso una stretta collaborazione fra la Direzione

generale cura della persona, Salute e Welfare, la comunità dei clinici e l'Agenzia Intercent-ER, forme di acquisizione di farmaci e dispositivi medici ad alto costo, che prevedano la "compartecipazione" delle imprese ai rischi legati all'utilizzo (risk sharing), premiando soluzioni che portino a risultati clinici apprezzabili;

3. Implementazione di strumenti di governo più efficaci; l'obiettivo è il rafforzamento della collaborazione fra i diversi attori coinvolti nel ciclo degli approvvigionamenti del sistema sanitario regionale, al fine di creare efficienze e sinergie per interpretare al meglio le esigenze delle strutture che erogano i servizi sanitari. A tal fine verrà istituito un Tavolo di coordinamento degli acquisti che vedrà coinvolte le competenti strutture della Direzione generale cura della persona, salute e welfare, l'Agenzia Intercent-ER e rappresentanti delle aree vaste nei diversi profili professionali interessati, (Coordinatori acquisti, farmacisti, ingegneri clinici) con il compito di:
 - governare la programmazione degli acquisti dell'intero sistema sanitario regionale garantendo l'integrazione dei tre livelli (regionale, di Area Vasta e aziendale);
 - definire le priorità in linea con gli indirizzi e le strategie dell'assessorato;
 - razionalizzare i fabbisogni di acquisto legandoli sempre di più ai servizi erogati;
 - coinvolgere nelle fasi di progettazione e aggiudicazione delle iniziative le migliori professionalità presenti nel territorio.
4. Una maggiore integrazione dei sistemi informativi di e procurement: nel 2024 sono entrati in vigore le norme del nuovo codice degli appalti che rafforzano il tema della digitalizzazione degli appalti; si tratta di un cambio sostanziale di paradigma nella gestione degli appalti e, a tutt'oggi, il sistema è ancora interessato da pesanti criticità dovute alla transizione alla nuova architettura. La messa a regime di quest'ultima, consentirà tuttavia di mettere in campo attività di ulteriore integrazione dei sistemi che da un lato ridurranno il carico di lavoro per il personale coinvolto a vario titolo nel processo di acquisto e dall'altro contribuiranno al miglioramento di strumenti di governo della spesa.

In tale contesto è quindi necessario consolidare la collaborazione fra Intercent-ER, e le Aziende Sanitarie al fine di razionalizzare i processi di approvvigionamento nell'ambito del sistema sanitario regionale, cogliere al meglio le opportunità legate alla digitalizzazione dei contratti e all'utilizzo degli strumenti di acquisto messi a disposizione dalla centrale di acquisto regionale, con l'obiettivo di contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario regionale.

Indicatore	Target
IND0818 - Percentuale di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi (per iniziative centralizzate si intendono le convenzioni/accordi quadro messi a disposizione da Intercent-ER o, in caso di assenza di iniziative regionali, da Consip S.p.A. e gli acquisti di beni legati all'emergenza Covid-19 effettuati tramite le Aziende Sanitarie Capofila delegate dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare)	60% per ASL 58% per Aziende Ospedaliere 35% per IOR

5.3. Il Governo delle Risorse Umane

In analogia agli anni precedenti, gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2025 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con

le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la XII legislatura regionale.

In applicazione della disciplina e delle linee guida regionali relative alla predisposizione del Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO), le Aziende ed enti del SSR dovranno procedere a predisporre la specifica sottosezione relativa al Piano dei fabbisogni.

Come noto, per effetto delle modifiche introdotte dal D.lgs. 75/2017 alla disciplina dettata dall'art. 6 del D.lgs. 165/2001, è stata modificata la logica e la metodologia per la programmazione e determinazione dei fabbisogni di personale da parte delle pubbliche amministrazioni. In particolare, le scelte relative alla determinazione degli assetti organizzativi non sono più collegati ad uno strumento di tipo statico come la dotazione organica, ma ad uno strumento di programmazione prettamente gestionale, di natura dinamica, come il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP), che consente una maggiore responsabilizzazione di ciascuna amministrazione, nell'ambito del budget di spesa assegnato, nel distribuire il personale, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, in modo flessibile, in base alle effettive esigenze e non ad aprioristici limiti di organico.

Rispetto a questo specifico strumento di programmazione vanno considerati anche alcuni aspetti che scaturiscono dalla disciplina statale di riferimento. Va evidenziata, in particolare, la previsione dell'approvazione annuale del PTFP, che quindi tende a configurarlo come piano triennale, con aggiornamento annuale, a scorrimento (si veda l'art. 6, comma 4, del D.lgs. 165/2001). Inoltre, le linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni adottate, ai sensi dell'art. 6-ter del D.lgs. 165/2001, con il D.M. 8 maggio 2018, nel § 7 rivolto nello specifico alle aziende ed enti del SSN, prevedono, sotto il profilo procedurale, che i PTFP siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza, secondo quanto eventualmente previsto dalla disciplina regionale in materia.

Tenuto conto del contesto normativo di riferimento, come appena descritto, nonché della natura del PIAO quale documento di programmazione strategica, il quale può operare un rinvio ad altri atti di programmazione per gli aspetti attuativi delle scelte strategiche, la disciplina regionale definisce nei termini seguenti l'articolazione della sottosezione del PIAO relativa al Piano dei fabbisogni.

La sottosezione "Piano dei fabbisogni" del PIAO indica le scelte strategiche relative all'organizzazione degli uffici e dei servizi, in coerenza con la programmazione pluriennale della performance, relative al triennio di riferimento, per la programmazione dei fabbisogni.

Il "Piano attuativo del PIAO relativo alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale", indica, annualmente, la programmazione dei fabbisogni, in coerenza con le scelte strategiche aziendali e della programmazione regionale, ed è soggetto all'approvazione regionale. Esso fa quindi riferimento ad un arco temporale pluriennale non necessariamente coincidente con quello proprio del PIAO (essendo, in base alla normativa prima richiamata, un Piano triennale a scorrimento). Esso viene quindi predisposto anno per anno secondo le indicazioni e le tempistiche definite dalla Regione, al fine di assicurare la coerenza della programmazione aziendale con la cornice finanziaria complessiva del SSR e con gli obiettivi finalizzati a promuovere la crescita e la valorizzazione professionale del personale dipendente delle aziende sanitarie.

Con specifico riguardo agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), tenuto conto delle previsioni dettate dall'art. 10 del D.lgs. 200/2022, il Piano attuativo del PIAO relativo al PTFP contiene una specifica sezione dedicata al personale della ricerca sanitaria degli IRCCS assunto contratto di lavoro subordinato a tempo determinato. Sono inoltre specificati, annualmente, i posti destinati alle attività di ricerca per l'inquadramento a tempo indeterminato del personale della ricerca.

Per quanto attiene al percorso procedurale relativo alla predisposizione della proposta di PTFP e alla successiva approvazione regionale, si rinvia a quanto previsto dalla specifica disciplina regionale.

La proposta di PTFP per il triennio 2025-2027 dovrà essere impostata in coerenza con le linee di programmazione regionali e con l'obiettivo economico-finanziario assegnato, nonché con quanto indicato nel bilancio preventivo 2025, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali.

Gli obiettivi di governo della spesa del personale, al fine di assicurare la sostenibilità finanziaria del SSR, dovranno essere mantenuti anche per gli anni 2026 e 2027 e potranno essere rivisti in sede di definizione dei successivi PTFP.

Con riguardo al ricorso alle tipologie *contrattuali flessibili c.d. atipiche*, diverse da quelle relative al lavoro subordinato, non dovrà essere superato il livello di spesa sostenuto nell'esercizio 2024.

Al fine di garantire, sul livello regionale, il *rispetto del vincolo previsto dall'art. 9, comma 28, del D.L. 78/2010 (convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 122/2010), così come modificato dall'art. 44-ter del D.L. 19/2024 (convertito con Legge n. 56/2024)*, si conferma anche per l'anno 2025 l'obiettivo di riduzione del 30% della spesa, rispetto a quella sostenuta nell'esercizio 2023, per avvalersi di personale con tipologie contrattuali diverse da quelle del contratto di lavoro a tempo indeterminato, con specifico riferimento al personale della dirigenza non medica (dirigenti del ruolo professionale, tecnico e amministrativo, nonché dirigenti non medici del ruolo sanitario) e al personale del comparto del ruolo amministrativo e tecnico.

Le aziende dovranno contenere il ricorso contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato e comunque dovranno garantire il rispetto delle condizioni richieste dalla vigente disciplina legislativa e contrattuale. Pertanto, questa tipologia contrattuale non potrà essere utilizzata per fronteggiare stabilmente le carenze di organico, ma solo per soddisfare esigenze temporanee o eccezionali. Si ricorda inoltre che, ai sensi della vigente disciplina contrattuale, il ricorso al contratto di somministrazione non è consentito per i profili professionali dell'area del personale di supporto ovvero per i profili professionali anche dell'area degli assistenti e dell'area dei professionisti della salute e dei funzionari addetti alla vigilanza e ai compiti ispettivi.

Con riferimento alla programmazione della *committenza di prestazione aggiuntive*, si confermano anche per l'esercizio 2025 le indicazioni regionali formalizzate lo scorso anno in merito alle tariffe, con particolare riferimento a quelle contenute, per il personale dell'area dirigenziale sanità, nella deliberazione di Giunta n. 1190/2024 e nella determinazione del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare numero 11172 del 31/05/2024, e, per il personale del comparto, nella deliberazione di Giunta n. 620/2024.

In riferimento al *Piano attuativo del PIAO relativo al PTFP*, le Aziende dovranno garantire che le eventuali richieste di copertura, o istituzione di nuove Strutture Complesse, siano coerenti con le linee guida emanate con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel D.M. 70/2015.

Le Aziende del SSR dovranno altresì completare l'implementazione delle procedure dirette a dare applicazione agli indirizzi regionali in materia di superamento del precariato e di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile, contenuti nei diversi protocolli sottoscritti con le Organizzazioni sindacali regionali, sia per il personale del comparto che per quello delle aree dirigenziali. Dovranno essere programmate ed implementate anche nel corso del 2025, in coerenza con la programmazione triennale dei fabbisogni di personale e le linee di indirizzo adottate in materia dalla Conferenza delle Regioni, le procedure di stabilizzazione previste dall'articolo 1, comma 268, lett. b) della L. 234/2021, tenuto conto delle modifiche ed integrazioni introdotte dall'articolo 4, commi 9-quinquiesdecies e seguenti del D.L. 198/2022, convertito con modifiche dalla Legge 14/2023, in materia di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza COVID-19 nelle aziende ed enti del SSN. La norma di legge appena richiamata prevede che l'assunzione a seguito delle procedure di stabilizzazione avvenga secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione. A questo fine, si conferma l'indicazione già espressa per le stabilizzazioni ai sensi dell'art. 20 del D.lgs. 75/2017, diretta a prevedere particolari forme di valorizzazione del servizio maturato presso il SSR e presso l'azienda che effettua l'assunzione. Si evidenzia che le risorse destinabili dalle aziende sanitarie per le stabilizzazioni di cui trattasi non potranno superare il 50% delle risorse complessivamente programmate per l'assunzione di personale in conformità al piano triennale dei fabbisogni. Questo al fine di dare adeguata garanzia al principio, sancito dall'art. 97 della Costituzione, secondo il quale l'accesso nella pubblica amministrazione avviene mediante concorsi pubblici.

L'implementazione delle politiche di stabilizzazione del personale precario dovrà conseguentemente limitare il ricorso al lavoro atipico, non correlato alla gestione della carenza di particolari professionalità e agire favorevolmente sulla spesa ad esso collegata. In ogni caso, il ricorso alle tipologie contrattuali flessibili ed atipiche dovrà avvenire in coerenza con la vigente disciplina legislativa e contrattuale.

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

Per quanto attiene alla gestione operativa, il "*Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane*" (GRU), software unico regionale già in uso presso ciascun Ente del Servizio Sanitario regionale dal 2018, è in grado di favorire il governo delle risorse umane attraverso il confronto costante tra le Aziende Sanitarie e Regione Emilia-Romagna, unificando i comportamenti e le tempistiche nell'applicazione degli istituti previsti dalle norme e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, onde evitare disparità di trattamento tra lavoratori del medesimo comparto contrattuale. Poter disporre delle funzionalità di una banca dati unica, permette inoltre di razionalizzare tutti i dati rappresentati in una logica di sistema condiviso e integrato, perseguendo in tal modo l'obiettivo di garantire il governo del sistema centralizzato e di uniformare la struttura e il contenuto di tutte le informazioni inerenti al rapporto di lavoro di ciascuna unità di personale.

Gestione del sistema sanitario regionale e del personale:

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

In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, anche per l'anno 2025 si ritiene necessario proseguire nell'impegno collettivo al fine di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale. Attraverso incontri periodici ai Tavoli di confronto attivati a livello regionale, provinciale o di Area Vasta, per le materie la cui specificità lo consenta, si cercherà di stabilire, criteri omogenei di interpretazione normativa, analisi e definizione di politiche del personale, anche di livello sindacale, gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale, sistemi di valutazione del merito e dello sviluppo delle competenze professionali e qualsiasi altro argomento che interessi e coinvolga il Sistema sanitario regionale nel suo complesso.

Le Direzioni aziendali saranno, inoltre, chiamate a collaborare per garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di governo del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU). L'elevato grado di complessità del progetto richiede un alto livello di attenzione e la puntuale collaborazione da parte delle Aziende durante tutte le fasi di sviluppo del Sistema sulla base delle decisioni della Cabina di regia GRU.

Al fine di poter fruire di tutti i vantaggi forniti dal software unico, anche in termini di efficientamento e di miglioramento della qualità del lavoro svolto dagli operatori, le Aziende sanitarie continueranno ad avere come obiettivo il pieno ed esclusivo utilizzo dei moduli presenti nel sistema, al fine di assicurare il concreto efficientamento dei processi di programmazione e controllo gestionale beneficiando della sinergia del sistema. Si evidenzia l'importanza di dare progressivamente applicazione, in particolare, anche alla gestione della turnistica, tramite l'apposito Modulo Gestione Turni, considerata la rilevanza che questo tema riveste anche nell'ultimo contratto nazionale della Dirigenza sanitaria. L'eventuale utilizzo di software alternativi per la gestione di applicazioni già esistenti nel sistema GRU non sarà considerato all'interno dei finanziamenti regionali.

Rispetto alle potenzialità offerte dallo sviluppo del suddetto Sistema GRU, obiettivo prioritario per l'anno 2025 sarà la prosecuzione dell'implementazione della Business Intelligence del personale sul

sistema di reportistica e indicatori ReportER, già avviato sui contesti giuridico ed economico e analizzato per le presenze-assenze, secondo il cronoprogramma definito dalla cabina di regia. A tal fine, gli incontri periodici della Cabina di regia GRU e dei sottogruppi per area tematica saranno la sede entro cui definire gli ambiti di sviluppo, nonché il riferimento per il tempestivo feedback da parte delle Aziende sanitarie su quanto realizzato.

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

Nel corso del 2025 le Aziende dovranno attuare il percorso di sviluppo dei propri sistemi di valutazione e valorizzazione del personale in coerenza con quanto indicato nel proprio "Piano 2023-2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione", redatto nel 2023 secondo le indicazioni dell'OIV-SSR, nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali di lavoro e della normativa di riferimento, partecipando al Tavolo OIV-SSR per lo sviluppo del sistema integrato di valutazione del personale. Deve essere assicurato un pieno utilizzo del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), anche al fine di supportare l'elaborazione di indicatori e di report a livello regionale e aziendale all'interno dei datawarehouse regionali.

Nell'ambito dell'attività di sviluppo di sistemi di valutazione integrata dei dipendenti delle Aziende ed Enti del SSR, anche alla luce dei contratti nazionali siglati, si conferma l'importanza di definire e attuare i percorsi aziendali d'attuazione in applicazione delle Linee guida 1/2022 dell'OIV-SSR Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende sanitarie al fine di garantire la sistematicità e la correttezza metodologica delle procedure di misurazione e valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze.

Indicatore	Target
DES0109 - Rispetto delle tempistiche su verifiche e controlli condivisi con la Cabina di regia GRU, da effettuare da parte delle Aziende sanitarie sulle implementazioni relative ai Moduli GRU e alla BI ReportER del personale.	Feedback restituito entro i termini

Indicatore	Target
DES0108- Avvio delle procedure di stabilizzazione entro il termine di legge, in coerenza con la programmazione triennale dei fabbisogni di personale e nel rispetto delle indicazioni regionali	Pubblicazione avvisi

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

Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali restano improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. A tal fine occorre proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti "precari" e la tutela della genitorialità, con l'obiettivo di orientare le risorse alla

promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi.

In tale contesto, anche per quanto riguarda il triennio 2025-2027, assumono particolare rilievo gli Accordi siglati tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. Confederali e di Categoria in merito alle politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario, di riduzione e controllo del lavoro precario della Dirigenza medica e non medica e di applicazione delle disposizioni in tema di stabilizzazione del personale "flessibile", presso le Aziende e gli Enti del SSR della Regione Emilia-Romagna.

Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, le Aziende dovranno garantire, in coerenza con le normative vigenti, l'applicazione delle linee generali di indirizzo sulla contrattazione integrativa aziendale (c.d. confronto regionale), nonché degli eventuali nuovi rinnovi del CCNL per il personale del Comparto e delle nuove indicazioni contenute nel CCNL della Dirigenza.

Costi del personale:

Anche nel corso dell'anno 2025 le Aziende sanitarie dovranno impegnarsi al fine di garantire il giusto equilibrio tra un'efficiente e accessibile erogazione dei livelli essenziali di assistenza e un attento governo della spesa, la cui sostenibilità dovrà essere costantemente assicurata attraverso puntuali monitoraggi e le periodiche rendicontazioni economico-finanziarie previste sia dalla Direzione Generale regionale sia dalle normative vigenti.

Indicatore	Target
DES0113 - Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione dei PTFP e degli Accordi sottoscritti	Pieno rispetto indicazioni regionali e normative

5.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Il Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile, approvato con delibera di Giunta regionale n. 2079/2013, per sviluppare tutta la sua incisività ha necessità di continue azioni di consolidamento e implementazione, indirizzate alla piena realizzazione del Programma regionale, in coerenza con il contesto normativo, regolatorio e amministrativo di riferimento.

Conseguentemente, la concreta operatività e riuscita del Programma è strettamente connessa a diverse attività e azioni poste in essere dalle Aziende sanitarie, in particolare:

- la tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di Valutazione, così come le corrette modalità di relazione tra Aziende ed il NRV sinistri. Pertanto è indispensabile che le Aziende sanitarie si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014, come precisato nella nota PG/2020/0462697 del 24.6.2020 in cui è stabilito che: "la richiesta di parere senza il contestuale caricamento – entro due giorni lavorativi - di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria e amministrativa) è da ritenersi istanza nulla, non produttiva di alcun effetto e improcedibile d'ufficio, senza necessità di ulteriori comunicazioni da parte della segreteria del NRV";
"per i sinistri di fascia regionale è necessario che il Responsabile aziendale dell'attuazione del programma regionale dichiari nell'istanza di parere che il sinistro oggetto di intervento del NRV è stato trattato e istruito conformemente alle indicazioni di cui Circolare regionale

12/2019, pena anche in tal caso l'improcedibilità della domanda", ed a tal fine, per ragioni di uniformità e facilitazione, si è reso disponibile apposito fac-simile di istanza di parere che deve essere utilizzato dalle Aziende sanitarie.

Attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche-fornite, nonché alle modalità di relazione tra Aziende e NRV sinistri che costituiranno elementi di valutazione.

Indicatore	Target
IND1169 - Rispetto dei tempi di processo: % di istanze di parere al NRV con contestuale caricamento (ossia entro massimo 2 giorni lavorativi) di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria, amministrativa, ivi inclusa quella richiesta dalla Circolare 12/2019)	100%

Nell'ottica di promuovere la massima sinergia fra il livello regionale e quello aziendale, nonché per garantire un'efficace e tempestiva cogestione dei sinistri è necessario che le Aziende si attengano strettamente alle indicazioni fornite con nota Prot. 20.07.2022.0647322.U: "Programma regionale gestione diretta dei sinistri in sanità. Nuove direttive per la cogestione dei sinistri sopra soglia. Verbale del Comitato di Valutazione sinistri". Tali indicazioni si sono rese necessarie al fine di prevenire e/o ridurre asimmetrie e disallineamenti nelle procedure di gestione dei sinistri di seconda fascia, in ragione delle riscontrate disomogeneità, tutt'ora presenti, nella redazione dei verbali dei Comitati di valutazione sinistri aziendali.

In particolare, al fine della presa in carico delle richieste di parere da parte del Nucleo è necessario che i Comitati di Valutazione Sinistri aziendali si conformino al modello di riferimento proposto, così da consentire adeguata cogestione dei sinistri di seconda fascia e favorire l'allineamento operativo nonché lo sviluppo omogeneo delle migliori prassi su tutto il territorio regionale.

Indicatore	Target
DES0157 - Totale conformità al modello di CVS aziendale trasmesso con nota prot. 20.07.2022.0647322.U e conforme redazione dello stesso	100%

5.5. Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

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

Le Aziende dovranno seguire le indicazioni condivise nel Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione istituito con Determina del Direttore Generale n. 19717 del 5.12.2017 e attualmente aggiornato nella sua composizione con determinazione dirigenziale n. 21042 del 3.11.2022.

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

Le Aziende sono tenute ad assicurare tempestivamente la conformità alle norme ed alle indicazioni regionali.

Le procedure aziendali devono assicurare in materia altresì la puntuale implementazione del Codice di comportamento di cui allo schema tipo approvato con la già citata DGR n.1956 del 13.11.2023.

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

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

Indicatore	Target
IND1173 - % di dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d'anno	≥ 90%

5.6. Sistema di audit interno

La Legge regionale 16 luglio 2018, n. 9, con l'introduzione dell'art. 3 ter - "Sistema di audit interno" - nella legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29, ha, da un lato, implementato l'architettura dell'organizzazione delle Aziende del SSR, prevedendo l'istituzione della funzione aziendale di Audit interno, e, dall'altro, ha previsto l'attivazione di una cabina di regia regionale, con l'istituzione, avvenuta con DGR n. 1972/2019, del Nucleo Audit regionale. Con Determinazione del Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare, n. 18471 del 10 settembre 2024, sono state adottate le Linee Guida in materia di Sistema di Controllo Interno con l'obiettivo di rappresentare sinteticamente e in modo organico, il Sistema di Controllo Interno delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e di proporre di definirne i requisiti minimi, nonché le caratteristiche organizzative e di funzionamento a cui ogni Azienda sanitaria è tenuta ad uniformarsi, seppur nella propria autonomia.

Entro l'anno 2024, le Aziende hanno adottato apposito atto nel quale risultano descritte le caratteristiche e le modalità di funzionamento a livello aziendale del Sistema di Controllo Interno. Si evidenzia che la funzione di Audit Interno potrà agire anche in un'ottica interaziendale al fine di garantire un giudizio indipendente e un potenziamento del presidio dei rischi nelle Aziende Sanitarie della Regione.

Per il 2025, in ambito interventi PNRR/PNC, le funzioni/strutture aziendali di Audit interno dovranno svolgere attività di controllo in relazione all'effettivo svolgimento dei controlli operativi (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo/contabili. L'attività di verifica in capo alle Funzioni di Audit Interno è meramente formale e pertanto attiene alla corretta compilazione delle checklist oggetto di interesse e corretta archiviazione documentale.

Indicatore	Target
DES0094 - Entro il 31/12/2025, proseguimento delle attività di controllo in ambito PNRR/PNC, sia in relazione alle checklist di gara (allegati 5.1 e 5.2) sia in relazione alle checklist di parte contabile	100% di quanto indicato dal Nucleo Audit regionale

5.7. Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

In attuazione di quanto disposto dal Regolamento UE 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, le Aziende Sanitarie e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) provvedono a garantire la piena applicazione di tutti gli obblighi ed adempimenti a carico dei soggetti che trattano dati personali. In tale contesto, le disposizioni nazionali contenute nel D.lgs.30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché i Provvedimenti di carattere generale emanati dal Garante per la protezione dei dati personali, continuano a trovare applicazione nella misura in cui non siano in contrasto con la normativa succitata.

Al fine di trovare il giusto equilibrio tra diritto alla privacy e diritto alle cure in una sanità sempre più digitale, attraverso il confronto tra la pluralità di esperienze, conoscenze e competenze disponibili, e di coordinare le misure in materia di protezione dei dati personali della Regione Emilia-Romagna, delle Aziende Sanitarie e degli Enti del SSR, è stato costituito presso la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare il "Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle Aziende sanitarie e degli Enti del SSR" (determinazione dirigenziale n. 27842 del 19 dicembre 2024), a cui partecipano i DPO e i referenti privacy delle Aziende sanitarie e degli Enti del SSR, il DPO della Regione Emilia-Romagna e gli esperti privacy e informatici della Direzione Generale in questione.

Pertanto, le Aziende dovranno considerare le indicazioni condivise nel suddetto Tavolo Regionale.

Indicatore	Target
DES0158 - Aggiornamento policy aziendali per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche (teleconsulto, telemedicina, app sanitarie,...)	100%

5.8. Adempimenti relativi alla normativa in materia di inclusione e accessibilità

Il d.lgs. 222/2023 introduce disposizioni finalizzate a garantire l'accessibilità alle pubbliche amministrazioni da parte delle persone con disabilità e l'uniformità della tutela dei lavoratori con disabilità presso le pubbliche amministrazioni sul territorio nazionale al fine della loro piena inclusione, nel rispetto del diritto europeo e internazionale in materia; il decreto si applica alle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e da esso derivano alcune importanti riflessi riguardanti la programmazione.

Nello specifico, l'art. 3 del dlgs 222/23 modifica la disciplina del PIAO, introducendo le seguenti disposizioni: Le pubbliche amministrazioni, nell'ambito del personale in servizio, individuano un dirigente amministrativo ovvero un altro dipendente ad esso equiparato, che abbia esperienza sui temi dell'inclusione sociale e dell'accessibilità delle persone con disabilità anche comprovata da specifica formazione. Al Dirigente è assegnato il compito di definire la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità. Si tratta quindi di un dipendente appartenente ai vertici organizzativi, chiamato a programmare gli strumenti per consentire concretamente ai cittadini affetti da disabilità la piena fruizione dei servizi, sia pianificando quanto occorre per consentire un agevole e sicuro accesso ai locali, sia per rendere semplice il dialogo online. È chiamato a definire nel PIAO gli obiettivi di performance finalizzati alla corretta gestione del rapporto di lavoro con i lavoratori disabili, in base ad obiettivi formativi annuali e pluriennali.

Inoltre, l'art.4 del Dlgs 222/23 modifica il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 per i seguenti aspetti:

- Nel valutare la performance individuale e organizzativa si tiene conto del raggiungimento o meno degli obiettivi per l'effettiva inclusione sociale e la possibilità di accesso alle persone con disabilità.
- Gli obiettivi, anche nell'ottica di una corretta allocazione delle risorse, assicurano l'effettiva inclusione sociale e le possibilità di accesso delle persone con disabilità.

Si invitano pertanto le Aziende sanitarie ad adempiere a quanto previsto dal dl.gs 222/23.

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

5.9.1. Fascicolo sanitario elettronico/Portale SOLE

Per il 2025 gli obiettivi a livello nazionale sono sempre più sfidanti per quanto riguarda il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE 2.0). Nel corso del 2025, nel rispetto della programmazione prevista per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, secondo quanto previsto dal subintervento M6 C2 I1.3.1 *Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)*, le Aziende Sanitarie devono completare le attività necessarie affinché tutti i documenti clinici nel FSE 2.0 siano digitalmente nativi e firmati digitalmente, di cui sono disponibili le specifiche tecniche nazionali.

Le Aziende dovranno procedere con i percorsi di formazione e comunicazione verso i professionisti sanitari sull'utilizzo del FSE e degli strumenti necessari alla consultazione della documentazione sanitaria del paziente.

Indicatori	Target
<i>Alimentazione di documenti sanitari</i>	
IND1083 – PNRR - % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti (FSE 1.0 e 2.0 - si considerano i documenti secondo le Linee guida del FSE 2.0. Gruppo A: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione; Gruppo B: Referto di specialistica)	≥ 85%
<i>Firma digitale</i>	
IND1084 - % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0	≥ 90%
IND1085 – PNRR - % di lettere di dimissioni ospedaliere prodotte secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale delle lettere di dimissioni ospedaliere prodotte secondo lo standard FSE 2.0	≥ 90%
IND1086 - PNRR - % di verbali di pronto soccorso prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale dei verbali di pronto soccorso prodotti secondo lo standard FSE 2.0	≥ 90%
IND1087 - PNRR - % di referti di specialistica prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale dei referti di specialistica prodotti secondo lo standard FSE 2.0	≥ 90%

5.9.2. Finanziamenti PNRR

Il biennio 2025-2026 sarà particolarmente impegnativo per le aziende sanitarie regionali, soprattutto per le aziende territoriali, che dovranno portare a compimento il programma di interventi strutturali finanziati con il PNRR.

Indicatori	Target
DES0031 – (M6C1-I.1.1) Case della Comunità – Rispetto di milestones e target	100%

DES0032 – (M6C1-I.1.3) Ospedale della Comunità – Rispetto di milestones e target	100%
DES0033 – (M6C2-I.1.2) Ospedale Sicuro – Rispetto di milestones e target	100%

Le aziende dovranno inoltre procedere alla rendicontazione degli interventi conclusi, a partire da quelli relativi alle COT e alle Grandi Apparecchiature.

5.9.3. Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88

Accordo di Programma VI fase

L'Accordo di Programma (AdP) VI fase è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna in data 08/01/2025. L'Accordo prevede la realizzazione di 22 interventi con le condizionalità procedurali e temporali di cui all'art. 20 L.67/88.

A seguito della sottoscrizione dell'Accordo di Programma VI fase Aziende dovranno dare seguito a quanto previsto dalle procedure che regolano l'accesso ai finanziamenti ex art. 20, ovvero procedere alla progettazione degli interventi o alla definizione dei piani di fornitura entro un massimo di 30 mesi dalla data di sottoscrizione, previa approvazione in Gruppo tecnico. Detta tempistica deve necessariamente essere correlata alla consistenza finanziaria dell'intervento, prevedendo ove possibile una definizione più tempestiva della progettazione rispetto ai 30 mesi, come richiesto anche dal Ministero della Salute.

Accordo di Programma V fase, 1° stralcio

L'Accordo di Programma (AdP) V fase 1° stralcio è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna in data 29 luglio 2021. L'Accordo prevede la realizzazione di 37 interventi con le condizionalità procedurali e temporali di cui all'art. 20 L.67/88.

Le Aziende hanno provveduto all'aggiudicazione di 22 dei 37 interventi entro il 31 dicembre 2024. Per questi interventi, obiettivo del 2025 è l'avvio dei lavori o delle installazioni. Per gli altri il completamento delle procedure di aggiudicazione.

Indicatori	Target
DES0061 – Avvio dei lavori/installazioni delle tecnologie aggiudicate nel 2024	100%
DES0062 – Completamento aggiudicazioni residue	100%

5.9.4. Fondi INAIL

Il 19/12/2024 è stato pubblicato il nuovo decreto INAIL, che integra le risorse assegnate a due interventi ricompresi nel precedente DPCM del 2022 e ne inserisce tre nuovi.

Le Aziende interessate (AUSL Piacenza, AUSL Modena, AOU Bologna, AUSL Romagna) dovranno rispettare le tempistiche indicate dall'Istituto per la redazione dei progetti.

Indicatore	Target
DES0013 – Rispetto tempistiche definite da INAIL	100%

5.9.5. Finanziamenti Fondi per lo sviluppo e la ripresa dello Stato

Nuovo Ospedale di Cesena (Ausl Romagna)

Nel corso del 2025 l'Azienda USL Romagna dovrà procedere alla validazione del progetto definitivo.

Indicatore	Target
DES0117 - Validazione del progetto definitivo del Nuovo Ospedale di Cesena	100%

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

Nel corso del 2025 l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna IRCCS dovrà completare il progetto esecutivo, in coerenza con quanto indicato nel cronoprogramma complessivo riportato nello studio di fattibilità tecnica ed economica approvato con determinazione del Direttore Generale della Direzione Cura della persona, salute e welfare N. 24860 del 20/12/2022.

Indicatore	Target
DES0016 – Predisposizione del progetto esecutivo	100%

Interventi art. 1 C14 L. 160/2019

Le Aziende dovranno procedere con le diverse fasi della progettazione prima e della realizzazione poi degli interventi di cui alla DGR 223/23, secondo quanto previsto dall'accordo sottoscritto col Ministero nel 2024 e dal relativo disciplinare.

Indicatore	Target
DES0021 – Prosecuzione delle varie fasi degli interventi secondo i cronoprogrammi definiti	100%

5.9.6. Interventi già ammessi al finanziamento

Le Aziende dovranno procedere con la massima celerità, e ove possibile, al completamento di tutti gli interventi riconducibili ad Accordi di Programma (ex art. 20 L. 67/88), nonché gli altri interventi finanziati con fondi statali e regionali precedentemente al 2019.

Le Aziende dovranno presentare le richieste di liquidazione a saldo degli interventi conclusi e attivati che risultano ancora a residuo. Per gli interventi ancora in corso di esecuzione le Aziende dovranno presentare le opportune richieste di liquidazione in acconto.

Indicatore	Target
DES0120 – Richieste di liquidazione, ove possibile a saldo, degli interventi/piani di fornitura riconducibili ad Accordi di Programma (ex art. 20 L. 67/88), nonché degli altri interventi finanziati precedentemente al 2019 con fondi statali e regionali	Presentazione di almeno una richiesta di liquidazione per ciascun intervento

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

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

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

Il piano, predisposto dalla Regione Emilia-Romagna sulla base delle "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera" inviate dal Ministero della salute con la Circolare n. 0011254 del 29/05/2020, è stato approvato dalla Regione con la DGR 677/2020 e dal Ministero della salute con Decreto Direttoriale prot. 0014319 del 13/07/2020 e successivamente aggiornato e rimodulato.

Dal 2022 il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera è parte integrante del PNRR e ne deve rispettare i requisiti temporali.

Indicatori	Target
<i>Programmazione interventi</i>	
DES0122 - Rispetto delle date previste dalla programmazione condivisa con la Regione e le strutture centrali	100%
<i>Monitoraggio avanzamento e rendicontazione</i>	
DES0123 - Riscontro tempestivo ed esauriente ai monitoraggi richiesti e predisposizione della documentazione necessaria per rimodulazioni e rendicontazioni accurate e precise	100%

5.9.8. Programma nazionale di adeguamento antincendio delle strutture sanitarie – Monitoraggio dello stato di attuazione del programma di adeguamento antincendio

Il Decreto del Ministro dell'interno di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze del 19 marzo 2015 "Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto

18 settembre 2002", ha delineato un percorso di miglioramento progressivo della sicurezza delle strutture sanitarie, con l'obiettivo di adeguarle alla normativa antincendio entro il 2025, attraverso scadenze differenziate in relazione alla tipologia di struttura da adeguare e all'attività svolta.

Al fine di conoscere lo stato di avanzamento aggiornato delle attività connesse agli adempimenti temporali previsti dalla norma sopra richiamata la Direzione Cura della Persona, Salute e Welfare cura il monitoraggio relativo allo stato di attuazione del programma di adeguamento antincendio suddiviso per scadenze temporali.

Indicatori	Target
DES0124 - Partecipazione attiva al monitoraggio relativo allo stato di attuazione del programma di adeguamento antincendio suddiviso per scadenze temporali, compreso il riscontro tempestivo alle informazioni richieste	100%

5.9.9. Tecnologie Biomediche

Nel 2025 si dovranno completare gli interventi di potenziamento e riorganizzazione delle strutture sanitarie previsti dal Decreto Rilancio n.34 del 19 Maggio 2020 (vedi par. 4.9.7) con il potenziamento delle terapie intensive e semintensive, nonché di adeguamento delle strutture di pronto soccorso con una spesa prevista per tecnologie biomediche di oltre 31 Milioni di Euro.

Durante il 2025 si completeranno inoltre le attività previste per gli interventi inerenti all'ammodernamento tecnologico previsti dal PNRR (Grandi Apparecchiature) e verranno messi in uso i kit di telemonitoraggio di 1 livello funzionali allo sviluppo della telemedicina.

Durante il 2025 si prevede l'ammissione al finanziamento per tutti gli interventi dedicati al rinnovo del parco delle tecnologie biomediche previsti nell'Accordo di Programma VI fase di cui all'art. 20 L.67/88 (vedi par. 4.9.3). Gli interventi dedicati al rinnovo delle tecnologie, prioritariamente in ambito chirurgico e specialistica ambulatoriale, sono 13, coinvolgono tutte le Aziende Sanitarie regionali, per una quota di finanziamento pari a 10 Milioni di euro. Le Aziende dovranno predisporre la documentazione per le istruttorie da presentare al Gruppo Tecnico Regionale per l'ammissione al finanziamento degli interventi.

A supporto del sistema informativo unico regionale per la Gestione informatizzata dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC), preposto al mantenimento e sviluppo della anagrafica centralizzata delle tecnologie biomediche, proseguirà la gestione della codifica unica regionale denominata CIVAB-RER, per la quale è attivo dal 2018 un gruppo di candidatori al quale partecipano tutte le Aziende del SSR, e un gruppo di validatori distribuiti in maniera uniforme tra AVEN, AVEC e AUSL Romagna.

Nel 2025 proseguiranno le attività di installazione e collaudo del software per il monitoraggio della dose da radiazioni ionizzanti (Dose Management System – DMS) al fine di poter assolvere agli adempimenti previsti dal d.lgs 101 del 31 luglio 2020 attuazione della 2013/59/Euratom e i flussi informativi. Le Aziende Sanitarie che beneficeranno di tale applicativo saranno coinvolte, secondo un cronoprogramma condiviso, dal Gruppo di Lavoro che coordina le fasi operative e le successive valutazioni per lo sviluppo del software.

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

Il Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB), proseguirà nelle funzioni di valutazione delle acquisizioni di tecnologie ad elevato impatto tecnologico ed economico in ambito regionale, sia in sostituzione per obsolescenza funzionale che per potenziamento e innovazione tecnologica.

Indicatori	Target
<i>PNRR – Rinnovo tecnologico</i>	
DES0129 – PNRR - Monitoraggio sostituzioni tecnologie obsolete e messa in uso nuove tecnologie	Completamento delle installazioni entro T4/2025
<i>Altri programmi di investimento</i>	
DES0116 – Ammissione a finanziamento tecnologie finanziate con AdP VI fase	100%
<i>Sostenibilità economica</i>	
DES0130 - Predisposizione e presentazione delle istruttorie tecnico-scientifiche del GRTB per tecnologie ad elevato impatto tecnologico, economico e innovativo	100%

5.9.10. Sistema Informativo

Il sistema informativo sanitario regionale si sta ampliando sempre di più per rispondere alle 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 regionale e mantenere gli standard qualitativi finora raggiunti.

Nel 2025 si prevede l'introduzione di nuovi controlli scartanti per il flusso SDO legati alle scale riabilitative al fine di migliorare la qualità dei dati.

Nel 2025 i flussi informativi previsti dalle iniziative PNRR, in particolare il flusso SIAR (Sistema Informativo socio-Assistenziale e Riabilitativo) e il SICO (Sistema Informativo per il monitoraggio delle attività erogate dai consultori familiari), dovranno essere messi a regime e il conferimento a NSIS sarà ricompreso fra gli adempimenti LEA mentre per gli altri si rimane in attesa dei decreti ministeriali.

A partire dal 2025 è, inoltre, stata aggiornata la rilevazione delle prenotazioni avvenute presso i sistemi CUP aziendali in regime SSN e ALPI.

Nel corso del 2025, il sistema di reportistica e indicatori (ReportER), strumento che permette di contribuire al miglioramento del livello di qualità e di completezza dei flussi informativi, continuerà ad evolvere per allargare ulteriormente il proprio perimetro di monitoraggio anche ad altre aree di interesse.

Sarà inoltre introdotto un nuovo modulo applicativo in ReportER che permetterà alle Aziende Sanitarie di trasmettere i dati del nuovo Flusso SIRER. Infine, già nei primi mesi dell'anno, verrà implementata una nuova modalità di accesso basata su autenticazione federata. Ciò consentirà agli utenti di accedere al sistema anche attraverso i servizi Federa (SPID, CIE, CNS) e, nel caso degli utenti delle Aziende Sanitarie, mediante le proprie credenziali aziendali, grazie all'integrazione di ReportER con gli Identity Provider (IdP) delle singole Aziende. Continuano le attività di riorganizzazione dei contenuti del modulo SIVER, per rendere più fruibile la navigazione tra i vari ambiti di valutazione del SSR e garantire una facile lettura degli indicatori pubblicati.

Nel corso del 2025 il nuovo modulo di Location Analytics sarà ulteriormente arricchito per consentire l'implementazione di analisi territoriali georeferenziate e finalizzate ad una migliore pianificazione

dell'offerta sanitaria sul territorio, all'analisi della mobilità dei pazienti e del consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale e, più in generale, alla valutazione dell'impatto delle politiche sanitarie regionali sul territorio.

Infine, dovranno essere mantenute le rilevazioni giornaliere legate al monitoraggio della pandemia Covid-19 e all'alimentazione della piattaforma di biosorveglianza Dafne, nel rispetto delle indicazioni nazionali.

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

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

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

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

Per quanto riguarda il monitoraggio della tempestività nella trasmissione dei dati verso la Regione, è stato definito un indicatore composito che permetterà di valutare, in maniera combinata, le performance ottenute per i diversi flussi informativi. L'indicatore composito potrà raggiungere un valore massimo di 10 punti e sarà calcolato, per ciascuna Azienda Sanitaria, come media ponderata dei punteggi ottenuti nei singoli indicatori che lo compongono.

Tempestività

Indicatore		Target
<i>IND1124 - Indicatore composito di tempestività nell'invio dei dati</i>		≥ 9
1	IND0530 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SDO	$\geq 90\%$
2	IND0534 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso PS	$\geq 98\%$
3	IND0531 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA, esclusi i DSA	$\geq 95\%$
4	IND0895 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA modalità di accesso DSA	$\geq 70\%$
5	IND0532 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, esclusa la DPC	$\geq 85\%$
6	IND0892 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, focus DPC	$\geq 95\%$
7	IND0893 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso AFO	$\geq 85\%$
8	IND0533 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DiMe	$\geq 90\%$

Un secondo set di indicatori valuterà la qualità dei dati inviati dalle Aziende Sanitarie alla Regione in termini di congruità e completezza delle informazioni trasmesse.

Qualità dei dati

Indicatori	Target
IND0792 - Flusso SDO - % ricoveri programmati con data di prenotazione uguale a data di ammissione	$\leq 5\%$
IND0936 - Numero di prestazioni specialistiche erogate e prescritte dematerializzate con stato "chiuso" riscontrato sul SAC sul numero di prestazione specialistiche dematerializzate erogate e rendicontate nel flusso ASA	$\geq 95\%$
IND0940 - Flusso DBO - Completezza della corrispondenza delle informazioni relative ai test genomici per il tumore della mammella nei flussi ASA E DBO	$\geq 95\%$
IND0944 - Flusso CEDAP - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO (Adempimento LEA)	$\geq 98,5\%$
IND1005 - Copertura effettiva flusso DBO su ASA (protocollo anno 2022 condiviso con le Aziende)	$\geq 85\%$

6. Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali

Gli ambiti prioritari di attività che richiedono un impegno specifico da parte delle Aziende nel 2024 sono:

- il sistema della ricerca e innovazione nel Servizio Sanitario Regionale
- la partecipazione ai progetti di promozione dell'innovazione nei servizi sanitari e sociali
- la partecipazione alle attività previste per la definizione del modello organizzativo e lo sviluppo dei servizi di telemedicina sul territorio regionale
- il contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza
- la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario
- lo sviluppo e miglioramento della qualità delle cure
- il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento
- il supporto alla formazione continua nelle organizzazioni sanitarie
- consolidamento di strategie volte all'equità, all'empowerment, e alla progettazione partecipata.

Gli obiettivi da raggiungere nel 2025 vengono indicati di seguito.

6.1. Sistema ricerca e innovazione regionale

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

- implementazione del flusso informativo regionale relativo alla ricerca clinica attraverso il coordinamento e l'attività delle segreterie centrali e locali dei Comitati Etici Territoriali (CET), delle Infrastrutture della Ricerca e degli ICT aziendali;
- coordinamento delle segreterie centrali e locali dei CET per l'armonizzazione degli approcci e degli strumenti;
- collaborazione e supporto alla progettazione e messa in opera di un percorso formativo regionale sulla ricerca clinica;
- capacità di attrarre risorse e di operare in rete, da parte degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Indicatori	Target
IND1095 - Invio trimestrale, dalla data di avvio, del flusso informativo regionale relativo alla ricerca clinica	100%
DES0134 - Capacità di attrarre risorse da parte degli IRCCS (finanziamenti da bandi competitivi da MinSal, MUR, RER, altri enti pubblici e privati)	Finanziamento ≥ media triennio precedente
DES0135 - Capacità di operare in rete (adesione Reti IRCCS e/o ERN)	≥ 2

6.1.1. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): Missione 6 Componente 2 Investimento 2.1 Valorizzazione e Potenziamento della Ricerca Biomedica del SSN.

Nel corso dell'anno 2025 le Aziende sanitarie regionali di afferenza dei *Principal Investigator*(PI) dei progetti di ricerca finanziati, quali enti attuatori, dovranno realizzare le attività necessarie per

rispettare gli impegni assunti con la sottoscrizione delle convenzioni stipulate per la realizzazione dei progetti di ricerca finanziati nell'ambito dei due avvisi pubblici PNRR 2022 e 2023 per consentire alla Regione Emilia-Romagna, quale soggetto beneficiario, la validazione e l'invio al Ministero della Salute delle rendicontazioni richieste attraverso le piattaforme di dialogo dedicate.

Indicatore	Target
DES0159 – PNRR - Rispetto delle tempistiche definite nella convenzione operativa tra Regione Emilia-Romagna, in veste di Destinatario Istituzionale, il Principal Investigator e l'Ente attuatore/Ente capofila del progetto finanziato di cui all'investimento PNRR 2.1. "Rafforzamento e potenziamento della ricerca biomedica del SSN", Missione 6, Componente 2 e invio a RER delle relazioni/rendicontazioni periodiche previste	100%

6.2. Innovazione nei servizi sanitari e sociali

Equità in tutte le politiche e medicina di genere

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sollecita il sistema dei servizi sanitari, sociali, sociosanitari a garantire equità, qualità, efficacia e accessibilità delle cure e a contrastare le disuguaglianze in salute, intervenendo sulle determinazioni sociali e sulla distribuzione di risorse.

La promozione dell'equità rappresenta dunque una leva fondante il servizio sanitario e sociale nazionale e regionale per favorire azioni di contrasto alle disuguaglianze economiche, sociali, culturali, di genere, generazionali o di altra natura. Si tratta di un approccio strutturale alla salute e al benessere delle persone e delle comunità, intese sia come comunità professionali che di utenti e cittadini di un territorio, da declinarsi attraverso la promozione di politiche di integrazione, prossimità e partecipazione nel sistema dei servizi.

In questa prospettiva, l'area Innovazione sociale coordina e supporta le aziende sanitarie del territorio regionale nella definizione locale delle proprie politiche di equità, utilizzando gli strumenti metodologici della ricerca-formazione-azione; inoltre, l'area prosegue il supporto alla diffusione dell'approccio della medicina di genere come un significativo ambito della pratica assistenziale, in quanto concretizzazione di un'appropriatezza della cura rispettosa del diritto di equità di trattamento, sia per uomini che per donne.

Andrà pertanto proseguito il consolidamento di un approccio strutturale di equità in tutte le politiche e del relativo sistema di governance nelle aziende sanitarie, con la prospettiva di collegare tali azioni ai lavori preparatori del prossimo Piano Sociale e Sanitario Regionale e di allargare l'approccio ad altri soggetti significativi del sistema.

Indicatori	Target
DES0132 - Partecipazione delle referenti equità agli incontri del Coordinamento regionale di cui alla det. 28136/2024	≥ 70%
DES0133 - Stesura del nuovo piano aziendale triennale a supporto dell'equità e per il contrasto delle disuguaglianze in salute, anche quale esito del percorso regionale di accompagnamento	≥ 1
DES0137 - Partecipazione alle attività e agli incontri previsti nell'ambito della ricerca-azione regionale sul diversity management nelle aziende sanitarie	100%

Contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza

La DGR 318/2013 ha definito le linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo in Emilia-Romagna; tali linee di indirizzo sono state poi riprese da progetti specifici del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 e nell'ambito del recepimento a livello regionale del Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobicoresistenza 2017-2020 (DGR 1021/2018) e della sua proroga. Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 individua le "Misure per il contrasto dell'Antimicrobicoresistenza" come uno dei 10 Programmi Predefiniti che vengono monitorati per tutte le Regioni attraverso indicatori e relativi valori attesi. È stato inoltre recepito a livello regionale il nuovo "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025" (DGR 540/2023).

Gli elementi a cui dare priorità sono:

- sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER);
- sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani mediante il monitoraggio dei consumi dei prodotti idroalcolici in ambito sanitario e socio-sanitario e dell'adesione a questa pratica, utilizzando l'applicativo web MAppER;
- sostegno all'implementazione delle Linee guida sulle componenti essenziali dei programmi di prevenzione e controllo (Guidelines on core components of IPC programmes) attraverso l'utilizzo di IPCAF (Infection Prevention and Control Assessment Framework) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Al fine di facilitare il monitoraggio delle attività svolte nelle aziende sanitarie, è stato definito un indicatore combinato che consente di valutare contestualmente i diversi livelli di prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti. Tale indicatore combinato, che può raggiungere un valore massimo di 20 punti, viene calcolato sommando i punteggi delle seguenti componenti:

Ospedali per acuti

Indicatore		Target
<i>IND1026 - Indicatore composito su prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti</i>		≥ 15 punti
1	IND0742 - Copertura SiChER - % Procedure chirurgiche sorvegliate sul totale delle procedure sottoposte a sorveglianza	$\geq 75\%$
2	DES0143 - Partecipazione da parte dell'Azienda alla revisione dei casi di infezioni probabili (SiChER)	Sì
3	IND1025 - Igiene delle mani: numero di opportunità osservate per 10.000 giornate degenza	≥ 150
4	IND0737 - Consumo di prodotti idroalcolici per 1.000 giornate di degenza	≥ 30
5	IND1024 - Punteggio framework IPCAF	≥ 601

Strutture socio-sanitarie

Indicatore	Target
IND1097 - % di strutture che hanno risposto alla rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici sul totale delle strutture socio-sanitarie accreditate invitate	$\geq 90\%$

6.3. Sicurezza delle cure

Nel 2023 sono state elaborate le nuove "Linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano-Programma annuale per la Sicurezza delle Cure e della rendicontazione annuale nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia-Romagna", diffuse con nota regionale (Prot. 18/04/2023. 0376598.U).

Nel 2024 l'Osservatorio Regionale per la Sicurezza delle Cure (rinnovato con Determina Dirigenziale Num. 16396 del 08/08/2024) ha elaborato e trasmesso il Piano Strategico Regionale per la Sicurezza delle Cure e Gestione del rischio sanitario che fornisce indicazioni alle Aziende sanitarie, agli IRCCS e agli Ospedali privati accreditati per il raggiungimento degli obiettivi e la realizzazione delle attività negli specifici ambiti di attività per il biennio 2025-2026 (Prot. 13/01/2025.0026394.U).

Alle tematiche e agli obiettivi del Piano Strategico Regionale per la Sicurezza delle Cure e Gestione del rischio sanitario le Aziende sanitarie dovranno fare riferimento, per quanto applicabili nel proprio contesto organizzativo, per la elaborazione e attuazione del Piano-Programma annuale per la Sicurezza delle cure e Gestione del rischio sanitario, con particolare riguardo alle tematiche relative al miglioramento della qualità assistenziale.

Nel 2023 è stato diffuso, con nota Prot. 05/12/2023.1215590.U, il documento "VISITARE: promozione della rete della sicurezza e implementazione delle raccomandazioni per la continuità delle cure tra ospedale e territorio", alle cui indicazioni le aziende sanitarie dovranno fare riferimento, per l'effettuazione di "visite per la sicurezza" nei setting ospedalieri e territoriali sanitari e socio-sanitari, al fine di individuare i pericoli presenti e adottare le relative misure di contenimento e prevenzione. Per quanto riguarda la sicurezza in chirurgia, proseguono le attività per migliorare la sicurezza in chirurgia mediante l'applicazione della check-list SSCL (progetto SOS-Net) per tutte le procedure

chirurgiche e di taglio cesareo, e l'esecuzione di osservazioni dirette in sala operatoria effettuate mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare".

Per quanto riguarda il miglioramento della qualità assistenziale, nel 2025 dovrà proseguire l'impegno delle Aziende sanitarie nel garantire le attività per l'implementazione delle linee di indirizzo e delle buone pratiche regionali diffuse negli anni precedenti, con particolare riferimento a: "Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale" (circolare PG 786754/2016); "Linee indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" (determinazione n. 17558/2018); "Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari" (determinazione n. 801/2021); "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" (determinazione n. 4125/2021).

Si richiede alle Aziende di promuovere la diffusione delle buone pratiche anche tramite la conduzione di Audit nonché attraverso la formazione da parte dei professionisti sanitari, stimolando la fruizione delle iniziative formative, disponibili per tutte le aziende sanitarie sulla piattaforma regionale "Self PA" e la realizzazione di programmi formativi a livello locale che permettano di trasferire nella pratica assistenziale le indicazioni fornite nei documenti di indirizzo.

Indicatori	Target
DES0144 - Elaborazione e formalizzazione del Piano Programma annuale per la Sicurezza delle cure e Gestione del rischio sanitario elaborato secondo le indicazioni delle nuove Linee di indirizzo regionali ⁶	100%
IND1202 - Applicazione strumenti progetto "Visitare" in: ambito territoriale sanitarie e socio-sanitarie, cure intermedie, transizioni di cura e/o cambiamenti di setting assistenziale	≥ 2 nuove visite/anno per tutte le Aziende sanitarie e IRCCS (di cui per le AUSL territoriali almeno 1 nuova visita nelle strutture socio-sanitarie)
<i>Sicurezza in Chirurgia</i>	
IND1203 - Osservazioni dirette in sala operatoria effettuate mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare" su procedure chirurgiche e taglio cesareo	≥ 30 osservazioni dirette/anno
<i>Miglioramento qualità assistenziale</i>	
IND1204 - Svolgimento di seminari di approfondimento sulle Lesioni da pressione, a cura dei referenti aziendali per le lesioni cutanee (RALC)	≥ 2
DES0128 - Implementazione di un audit clinico-assistenziale concomitante, (come indicato dal documento regionale "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" con determinazione n. 4125/2021), sull'adesione alle buone pratiche per la prevenzione della contenzione che coinvolga unità operative nelle quali la tematica è rilevante e redazione di un report.	1
<i>Flusso SSCL</i>	
IND0722 – Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO per le procedure classificate AHRQ4	≥ 90%
IND0910 - Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO per procedure con taglio cesareo	≥ 85%

⁶ Anno 2005 elaborato secondo le indicazioni delle nuove Linee di indirizzo regionali ed in coerenza alle tematiche ed agli obiettivi previsti dal Piano Strategico Regionale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio Sanitario 2025-2026

6.4. Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna svolgono dal 2018 attività di verifica rispetto al nuovo modello di Accreditamento Istituzionale delineato dalla DGR 1943/2017.

Obiettivi per il 2025 sono:

- effettuare attività di audit interno e/o autovalutazione a livello direzionale e/o delle articolazioni organizzative per valutare la sussistenza dei requisiti generali e/o la loro ricaduta a livello delle Unità Operative e dei Dipartimenti e dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali e l'aderenza ai requisiti specifici applicabili e utilizzare le risultanze di questa attività di sorveglianza interna per attivare azioni di miglioramento di livello aziendale;
- sostenere l'attività istituzionale di verifica di Accreditamento svolta dall'Area Coordinamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) della RER, garantendo l'adesione dei Valutatori regionali afferenti alle Aziende, a seguito di convocazione formale, e la loro partecipazione alle iniziative di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze specifiche;
- garantire la partecipazione dei Valutatori di Accreditamento, dei Responsabili Qualità e dei professionisti dell'Azienda al processo di revisione dei requisiti generali e specifici di Accreditamento.

Indicatori	Target
DES0152 - Produzione e invio di una relazione delle attività di audit/autovalutazione effettuate, con evidenza delle azioni di livello aziendale attivate	100%
IND1101 - % di valutatori partecipanti alle attività di verifica sul numero di valutatori convocati	≥ 80%
IND1102 - % di valutatori partecipanti alle attività di verifica sul numero di valutatori afferenti all'Azienda	≥ 80%
IND1103 - % di valutatori partecipanti alle iniziative di formazione-aggiornamento sul tema dell'accREDITamento sul numero di valutatori convocati alla formazione	≥ 80%

6.5. La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

La formazione del personale del Servizio Sanitario Regionale è determinante per valorizzare il capitale umano e le competenze professionali, adeguandole ai nuovi bisogni assistenziali e alle innovazioni organizzative. Per realizzare programmi formativi in grado di rispondere agli obiettivi regionali di cambiamento, è necessaria innovazione continua nelle modalità e strumenti formativi utilizzati, il lavoro in rete e la valutazione della trasferibilità degli apprendimenti e dell'impatto della formazione nelle organizzazioni. La formazione diventa quindi una leva strategica delle organizzazioni e le azioni formative blended, che prevedono l'alternanza di diverse tipologie di formazione (FAD sincrona asincrona, formazione sul campo, residenziale), sono quelle più in grado potenziare e modificare i comportamenti professionali e di impattare nei contesti organizzativi, in coerenza con quanto richiesto dall'Osservatorio della formazione continua in sanità.

Pertanto, deve essere assicurato:

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

Indicatore	Target
DES0154 - Formazione erogata blended	N° eventi: ≥ 3 con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo

Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: corso di formazione manageriale.

Al fine di procedere alla realizzazione dell'investimento - PNRR - M6C2 – Sub intervento 2.2 (c) "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" sarà realizzato nel corso del 2024 un percorso, della durata complessiva di 200 ore, rivolto a manager e middle manager delle Aziende e degli Enti del SSR, per consentire loro di acquisire le competenze e abilità manageriali e digitali necessarie per affrontare le sfide attuali e future in un'ottica sostenibile, innovativa, flessibile e orientata al risultato.

Indicatore	Target
DES0155 – PNRR/PNC - Partecipazione dei professionisti delle aziende selezionati per il corso regionale	100%

CasaCommunityLab (CCLaB)– Percorso formativo e di sperimentazione nelle Case della Comunità

Il CCLaB è un percorso formativo che, in applicazione del DM77/2022, degli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6, persegue la finalità di accompagnare la ricomposizione di un modello innovativo di sanità a partire dalla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e in stretta sinergia con i servizi sociali territoriali e gli stakeholder locali.

Per l'anno 2024, si prevede pertanto di continuare il supporto alle aziende interessate alla sperimentazione verso un modello organizzativo di approccio integrato, multidisciplinare e di comunità.

Tale azione è in linea con gli obiettivi strategici previsti dal Piano regionale della formazione 2022-2024 per lo sviluppo delle competenze in ambito sanitario e sociale e con la DGR 2221 del 2022 "Primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale".

In particolare, la progettazione formativa rappresenta una leva strategica nel promuovere:

- percorsi locali volti a realizzare una formazione a cascata di governance la cui finalità è creare *pool* di facilitatori di reti e processi locali;
- strumenti di riflessività/monitoraggio sulle azioni intraprese;
- processi di programmazione partecipata (definizione condivisa degli obiettivi, in sinergia con la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria) e di progettazione partecipata (definizione condivisa e messa in pratica di progetti e interventi);
- cambiamento culturale che accompagni il nuovo modello delle Case della Comunità rendendo i professionisti attivatori di processo attraverso percorsi di co-progettazione.

Indicatore	Target
IND1201 - Progettazione e attuazione di progetti distrettuali di CasaCommunityLab di partecipazione, innovazione e cambiamento organizzativo e relazionale	≥ 1

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Monica Fiorini, Responsabile di SETTORE GESTIONE FINANZIARIA ED ECONOMICA DEL SSR esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2376/2024 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2025/423

IN FEDE

Monica Fiorini

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Lorenzo Broccoli, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2376/2024 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2025/423

IN FEDE

Lorenzo Broccoli

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 972 del 23/06/2025

Seduta Num. 28

OMISSIS

Il Segretario

Colla Vincenzo

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Dirigente Incaricato Andrea Orlando