

AGENDA SANITÀ

In Emilia-Romagna la sanità
è responsabilità condivisa.





FIRMATARI

Regione Emilia-Romagna

CGIL Confederazione Generale Italiana del Lavoro E-R

CISL Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori E-R

UIL Unione Italiana del Lavoro E-R

Bologna, 10/03/2026



INDICE

PREMESSA	7
CONTESTO DI RIFERIMENTO	9
VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE	13
INTEGRAZIONE FRA OSPEDALE E TERRITORIO, PRESA IN CARICO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	15
RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA	21
PREVENZIONE, INFORMAZIONE E PARTECIPAZIONE	26
POLITICHE DEL FARMACO, DEI DISPOSITIVI MEDICI E DELLE INNOVAZIONI TECNOLOGICHE	29
IL RUOLO DELLA RICERCA E LA COLLABORAZIONE CON IL MONDO ACCADEMICO	33
INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	38



RER - CGIL - CISL - UIL



PREMESSA

La salute rappresenta il bene più prezioso di ogni cittadino e il diritto alla sua tutela costituisce il più importante tra i diritti fondamentali, come sancito dall'articolo 32 della Costituzione italiana. La Costituzione riconosce la salute non solo come diritto individuale, ma anche come interesse della collettività, garantendo a tutti l'accesso alle cure. Tale principio costituzionale rappresenta il fondamento condiviso del presente percorso di confronto e impegno tra la Regione e le rappresentanze sociali, nella consapevolezza che la sua piena attuazione richiede responsabilità comuni e scelte coerenti.

La tutela della salute, in questa prospettiva, costituisce la priorità strategica del Servizio Sanitario Regionale, che è progettato e organizzato attorno alla persona e alla comunità, per garantire un'assistenza equa, completa e integrata, capace di rispondere in modo coerente ai bisogni di salute della popolazione, attraverso scelte programmatiche, organizzative e allocative coerenti con tale obiettivo e sostenute da adeguate risorse.

In coerenza con questa visione, il sistema regionale assume come riferimento la definizione di salute formulata dall'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1948)**, secondo cui *"la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattia o infermità"*. Le politiche e i programmi regionali in ambito sanitario e sociosanitario si fondano su un approccio integrato alla salute, che valorizza i determinanti sociali, ambientali e relazionali del benessere, ivi comprese le condizioni di lavoro, la qualità dell'occupazione e il contrasto alle disuguaglianze sociali e territoriali, ponendo al centro la persona nella sua globalità e promuovendo una reale integrazione tra dimensione sanitaria, sociale e comunitaria.

Tale diritto, pur essendo fondamentale, è anche fragile e dipende dalla capacità del sistema pubblico di garantire assistenza di qualità, fondata sulle migliori evidenze scientifiche e assicurata da strutture, tecnologie, modelli organizzativi e professionisti qualificati. Tale diritto si indebolisce quando il Servizio Sanitario perde la capacità di erogare prestazioni in modo equo, universale e accessibile, con particolare riguardo alle persone affette da patologie croniche, ai soggetti fragili e alle fasce più vulnerabili della popolazione.

Negli ultimi anni, la progressiva erosione dei principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale – **universalità, uguaglianza ed equità** – ha reso evidente la necessità di una politica sanitaria forte, coerente e orientata alla ricostruzione della fiducia dei cittadini nei servizi pubblici. **Una fase che richiede scelte condivise, responsabili e talvolta complesse, non più rinviabili**, da affrontare attraverso un impegno comune. La Regione Emilia-Romagna riafferma, quindi, il proprio impegno politico, istituzionale e sociale per il rafforzamento del Servizio Sanitario Regionale, inteso come pilastro della coesione e della giustizia sociale, al servizio delle persone e delle comunità.

Tale impegno si fonda anche su un **metodo di lavoro partecipato e condiviso**, basato sul confronto costante con le rappresentanze del mondo del lavoro, con le professioni sanitarie e sociali, con gli enti locali, con le comunità e l'associazionismo, ognuno con gli strumenti e le modalità proprie. **Un confronto inteso come sede strutturata, continuativa e riconosciuta nelle fasi decisionali più rilevanti**, che riconosce il valore del dialogo, della ricerca di obiettivi e soluzioni condivise e della concertazione come strumenti essenziali

per affrontare le sfide del sistema sanitario e per costruire politiche realmente efficaci, sostenibili e radicate nei bisogni reali delle persone e dei territori.

In coerenza con tale impostazione, a partire dal mese di luglio 2025 è stato avviato e sviluppato un **percorso di interlocuzione strutturata** tra la Regione Emilia-Romagna e le Confederazioni sindacali CGIL, CISL e UIL, orientato alla costruzione condivisa di un **quadro di indirizzi** volto a rafforzare il Sistema Sanitario Regionale. Il confronto, articolato in incontri politici e in momenti di approfondimento tecnico, ha consentito di analizzare congiuntamente le principali criticità, di condividere dati e scenari di sostenibilità e di individuare **priorità comuni** su cui orientare le scelte organizzative e programmatiche.

Tale percorso ha consolidato un metodo di lavoro fondato sulla continuità del dialogo, sulla responsabilità reciproca e sulla ricerca di soluzioni condivise, definendo le basi per un confronto stabile e strutturato nel tempo. Il **presente documento** e il **protocollo di relazioni sindacali** costituiscono l'esito di tale percorso e, al contempo, ne rappresentano il riferimento di cornice per lo sviluppo delle successive fasi di confronto.

Il rapporto stabile con le rappresentanze sindacali consente di connettere le politiche fondanti per lo sviluppo, l'innovazione e la sostenibilità, di valorizzare le professionalità, di migliorare i percorsi per il benessere organizzativo e di rendere più efficace la governance del sistema. In tale quadro, le relazioni sindacali rappresentano una **leva strategica di accompagnamento** dei processi di programmazione e delle scelte organizzative.

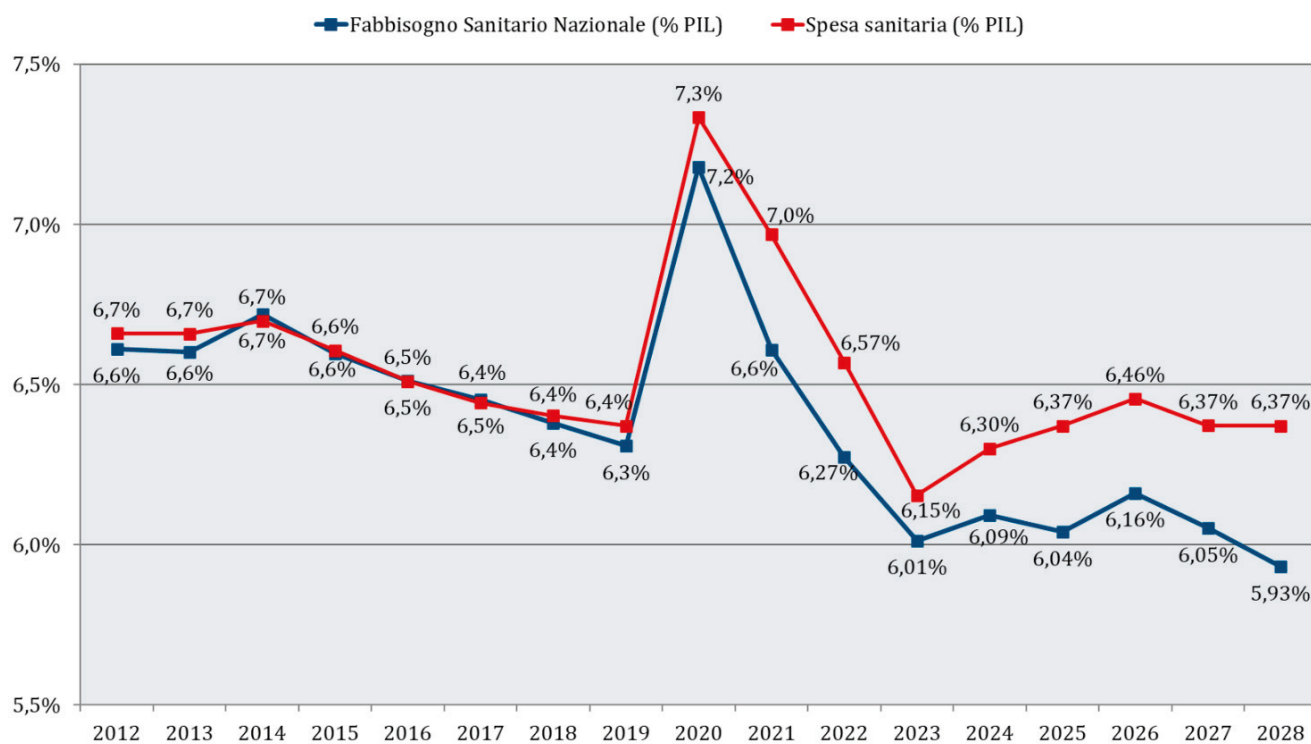
Si condividono di seguito le **linee programmatiche e i criteri** che orientano l'analisi complessiva del sistema, finalizzati all'avvio di un confronto strutturato volto alla definizione del quadro operativo di riferimento, definendo anche le modalità e gli strumenti di attuazione. Le strategie e gli obiettivi delineati saranno oggetto di confronto preventivo tra le parti, preliminarmente all'adozione degli atti di competenza della Regione. Al confronto regionale farà seguito quello a livello territoriale fra le CTSS e le organizzazioni sindacali Cgil Cisl Uil territoriali, al fine di assicurare coerenza applicativa e valutare le specificità territoriali.

In ultimo, si conviene che le linee di intervento qui delineate costituiscono la cornice di riferimento condivisa per l'elaborazione e l'attuazione del PSSR 2026/2028.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

Negli ultimi dieci anni, il **sistema sanitario pubblico italiano ha subito un progressivo e strutturale sottofinanziamento**, che ne ha compromesso la capacità di rispondere in modo adeguato ed equo ai bisogni di salute della popolazione. Tale fenomeno, sebbene non sempre evidente nei numeri assoluti, risulta chiaro quando si osservano i dati in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL), alla spesa sanitaria pro-capite e all'evoluzione dei bisogni demografici ed epidemiologici del Paese. Difatti, analizzando due indicatori chiave: **il rapporto tra finanziamento sanitario e PIL e il rapporto tra spesa sanitaria effettiva e finanziamento programmato**.

Il primo elemento riguarda la **quota di PIL destinata al finanziamento del FSN**: dopo una fase di relativa stabilità tra il 2012 e il 2019 – oscillando tra il 6,6% e il 6,7% – il valore ha registrato un picco straordinario nel 2020-2021 per l'effetto pandemia, raggiungendo rispettivamente il 7,2% e il 7,0%. Tuttavia, terminata la fase emergenziale, la percentuale ha iniziato a diminuire rapidamente, stabilizzandosi su una traiettoria discendente fino alle stime 2028, che prevedono un livello pari al **5,93% del PIL**. Questo significa che, pur aumentando nominalmente - 2,4 miliardi nel 2026, 2,65 miliardi nel 2027 e 2028 -, il FSN cresce a una velocità inferiore rispetto all'economia nazionale e ai bisogni di salute della popolazione, riducendo quindi il peso relativo della sanità nella ricchezza del Paese.



Fonte: 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale

Parallelamente, il secondo indicatore – **il rapporto tra spesa sanitaria effettiva e finanziamento pubblico disponibile** – evidenzia un fenomeno ancora più critico: la spesa

reale sostenuta dal sistema tende progressivamente a superare il livello di finanziamento programmato. Dal grafico, di seguito proposto, emerge come, a partire dal 2022, le due curve si separino in modo strutturale: la spesa sanitaria rimane su valori intorno al 6,3–6,4% del PIL, mentre il finanziamento cala progressivamente. Nel 2024 si osserva una distanza visibile, che diventa ancora più marcata nelle proiezioni al 2027–2028 sviluppate in base agli attuali strumenti di programmazione economico nazionale, dove la spesa rimane stabile attorno al **6,37%** mentre il finanziamento previsto scende sotto il **6%**.

Questa dinamica certifica che **il fabbisogno del SSN non è più coperto dalle risorse assegnate**, determinando uno scarto crescente tra ciò che costa garantire i Livelli Essenziali di Assistenza e ciò che viene effettivamente finanziato.

Il risultato complessivo è un modello sanitario sempre più **finanziariamente condizionato**, dove universalità, equità e uguaglianza – principi fondativi del SSN – rischiano di trasformarsi in diritti teorici non pienamente esigibili. La tendenza confermata dal grafico e dai dati sottolinea quindi la necessità di un rifinanziamento progressivo e stabile, accompagnato da riforme strutturali, per evitare che il divario tra spesa e risorse si traduca in un arretramento silenzioso ma inesorabile della sanità pubblica a favore di modelli privatistici non governati. In sintesi, risulta evidente come il Fondo Sanitario Nazionale **non sia già ora in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni di un sistema sanitario pubblico** come quello disegnato dall'art. 32 della costituzione e dalla L. 833/78, alimentando una tendenza che non potrà che condurre, di fatto, a una sempre maggiore privatizzazione dell'offerta sanità, in spregio ai valori costituzionali e ai principi della riforma.

Con questo scenario, **le Regioni italiane, a parità qualitativa e quantitativa delle prestazioni fornite, ogni anno, registrano un andamento della spesa con un incremento di entità doppia rispetto a quello del Fondo Sanitario Nazionale**. Ne consegue, pertanto, che, anche in assenza di tagli, il semplice mantenimento dei livelli attuali di prestazioni comporta uno squilibrio strutturale tra le risorse disponibili e la spesa necessaria, imponendo, quindi, una scelta: se l'obiettivo è **garantire le stesse prestazioni sanitarie ai cittadini**, senza miglioramenti ma nemmeno riduzioni, bisogna comunque mettere in conto una spesa che **supera il tasso di crescita del finanziamento statale**.

Questo accade perché l'inflazione colpisce **anche il sistema sanitario pubblico**, non solo i cittadini, le imprese, le strutture private o le case di riposo. Anzi, il settore sanitario risente in modo particolarmente marcato dell'inflazione "di comparto", legata a voci come **il rinnovo dei contratti di lavoro, l'aumento dei costi di farmaci e dispositivi, le bollette energetiche, gli investimenti infrastrutturali e la manutenzione degli impianti**. Risulta quindi necessario **perimetrare con trasparenza l'inflazione specifica del settore sanitario**. È un dato oggettivo, e chi amministra – sia esso lo Stato o una Regione – deve essere consapevole del fatto che, ove l'incremento del Fondo Sanitario non tenga conto di questi fattori, **di fatto si stanno producendo dei tagli**, anche senza dichiararli come tali.

D'altra parte, è possibile rilevare come il definanziamento sia avvenuto sia in forma diretta – tramite una crescita stagnante del Fondo Sanitario Nazionale, spesso, come detto, inferiore all'inflazione – sia in forma indiretta, attraverso gli ormai anacronistici tetti di spesa del personale, gli insufficienti finanziamenti per il rinnovo delle strutture ospedaliere, e la riduzione degli investimenti in prevenzione, innovazione tecnologica e medicina territoriale. Le conseguenze sono ormai evidenti e diffuse:

- Allungamento delle **liste d'attesa** per visite specialistiche, esami diagnostici e interventi chirurgici;
- **Carenza di personale sanitario**, aggravata da pensionamenti non sostituibili, da abbandoni spontanei, da condizioni di lavoro sempre più complessi, gravate da sempre maggiori difficoltà nella conciliazione degli impegni di vita con quelli del lavoro;
- **Obsolescenza delle infrastrutture** ospedaliere e digitali;
- **Crescita della spesa sanitaria privata** da parte dei cittadini, con aumento delle disuguaglianze nell'accesso alle cure e l'avanzare di risposte alternative quali le assicurazioni sanitarie;
- Marcate **disuguaglianze territoriali**, in particolare tra le Regioni del Centro-Nord e quelle del Sud con l'alimentazione di una patologica mobilità tra le Regioni foriera di problemi di sostenibilità per le une e per le altre.

In questo contesto politico e tecnico, la Regione Emilia-Romagna si prepara ad avviare interventi mirati e strutturali **per tutelare e rafforzare il Servizio sanitario pubblico**, così come voluto dai costituenti e dalla riforma del 1978. La visione è chiara: migliorare quotidianamente gli **outcome di salute**, assicurando risposte efficaci ai bisogni della popolazione, in continuo mutamento per motivi demografici e socioeconomici. La manovra di bilancio 2025/2027, che muove le leve dell'entrata, è finalizzata in particolare a sostenere questo percorso, assicurando equilibrio al sistema.

La direzione strategica si fonda su un obiettivo articolato. Da un lato, **aumentare l'efficacia** delle politiche sanitarie, ovvero la capacità del sistema di generare migliori esiti di salute e valore per la popolazione; dall'altro, **migliorarne l'efficienza**, ottimizzando il rapporto tra risultati ottenuti e risorse disponibili. Questo approccio prevede una valutazione sistematica di **costo-efficacia** e **costo-beneficio** delle scelte organizzative, tecnologiche e cliniche, così da orientare gli investimenti verso interventi che producano reale valore pubblico. Per garantire il raggiungimento di questi obiettivi è necessario coniugarli con un uso efficiente delle risorse, tenendo conto dell'andamento dell'inflazione e orientando le decisioni alla sostenibilità della spesa. In questo quadro, la **sostenibilità economica** deve tornare a essere un pilastro irrinunciabile della programmazione sanitaria di tutta l'azione gestionale e dello stesso governo clinico. Negli ultimi anni se ne è progressivamente perso il senso, nonostante rappresenti una condizione essenziale non solo per l'equilibrio finanziario, ma anche per assicurare continuità, qualità e universalità dei servizi. Rimettere al centro la sostenibilità significa progettarela come principio strutturale e non come risposta emergenziale o successiva ai processi decisionali. Significa immaginare servizi, percorsi e modelli organizzativi con attenzione agli impatti nel tempo e alla loro **capacità di essere mantenuti e ampliati**, evitando interventi correttivi, tagli lineari o riduzioni non governate. Solo integrando questa prospettiva sarà possibile costruire un sistema capace di programmare nel medio-lungo periodo, orientato al valore e in grado di rispondere con stabilità alle esigenze della popolazione.

Alla luce del quadro delineato, emerge l'esigenza di **riorganizzare e armonizzare l'offerta sanitaria** alle nuove necessità emerse in questi anni, rafforzando in modo significativo la **medicina territoriale** e **valorizzando le professionalità** che operano nel servizio sanitario pubblico. Ciò implica **riorganizzare e coordinare l'offerta ospedaliera e territoriale**

nei diversi contesti, innovare costantemente i processi organizzativi e creare una rete flessibile di strutture condivise in grado di rispondere alle esigenze delle singole comunità, garantendo risposte appropriate e tempestive.

Per sostenere questa trasformazione, la Regione è chiamata a recuperare una chiara **centralità nel governo del Servizio Sanitario**, con un Assessorato e una struttura tecnica in grado di esercitare una funzione di regia strategica e condivisa con i diversi livelli deputati alla governance del sistema. Ciò significa definire priorità, programmare risorse, monitorare l'attuazione delle decisioni e coordinare coerentemente i diversi livelli del sistema, orientando le politiche verso la riduzione delle disuguaglianze e il miglioramento della salute della popolazione.

Per rendere efficace questa leadership, è necessario costruire un **assetto di governance solido**, composto da strutture tecnico-politiche competenti e strumenti permanenti di coordinamento. In questo quadro, assume un ruolo centrale il rafforzamento delle **Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie**, promuovendo un coordinamento stabile con gli Enti locali e favorendo processi di concertazione chiari e condivisi.

A supporto all'attuale modello regionale, è prevista l'introduzione di un Board dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie. Si tratta di un elemento integrato nell'architettura di governance – non sostitutivo, ma complementare– con la funzione di accompagnare e rafforzare il rapporto tra l'Assessorato, la Struttura tecnica e le Direzioni Generali. Questa nuova configurazione prevede che i Direttori Generali possano contribuire alla definizione delle priorità, attivando – quando necessario e senza costi aggiuntivi – strutture operative agili e temporanee, quali unità di lavoro o moduli tematici (**Unità di Missioni**). Questi gruppi saranno chiamati a sviluppare approfondimenti mirati e analisi di dettaglio su temi specifici, mettendo a disposizione del decisore politico elementi tecnici, proposte operative e valutazioni di impatto; quindi, sarà di supporto nell'elaborazione degli elementi necessari per assumere decisioni strategiche informate, coerenti e orientate ai bisogni emergenti del sistema.

Parallelamente, va consolidato un **sistema di relazioni continuative** con comunità locali, rappresentanze professionali, sindacati, mondo del volontariato e Terzo settore, valorizzando risorse e competenze diffuse e valutando anche l'opportunità di istituire una rete delle fondazioni a supporto del sistema sanitario pubblico.

Solo integrando **innovazione sanitaria, organizzativa e tecnologica** con una visione fondata su efficacia, efficienza e **sostenibilità** sarà possibile assicurare un Servizio sanitario regionale capace di rispondere ai bisogni delle persone oggi e domani, mantenendo saldi i principi di universalismo, equità e accessibilità che ne costituiscono le radici.

VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

Le **professioni sanitarie** in Italia stanno attraversando una **profonda crisi**, caratterizzata da un calo dell'**attrattività** delle professioni e dei **percorsi formativi**. Investire sul **capitale umano** e **professionale** del **Servizio Sanitario Regionale (SSR)** è fondamentale, perché il **personale** rappresenta un **patrimonio prezioso** da tutelare e valorizzare.

*A partire dalle **professioni infermieristiche**, i numeri parlano chiaro: per il corso di laurea in **Infermieristica**, ad esempio, i **candidati iscritti ai test** sono meno dei **posti disponibili**, con **1.229 domande per 1.680 posti**, a testimonianza della fuga dei giovani dal settore. La situazione è aggravata dall'**emigrazione**: circa **5.000 infermieri italiani** ogni anno vanno all'estero, attratti da **condizioni migliori, salari più alti e percorsi di carriera più chiari**. I tentativi di riportarli in Italia si rivelano spesso vani, e per i professionisti stranieri la **barriera linguistica** rappresenta un ulteriore ostacolo.*

Per invertire questa tendenza sono necessari stanziamenti economici significativi per la contrattazione, intervenendo complessivamente su più fronti: **retribuzioni, percorsi di carriera, formazione e percorsi di benessere organizzativo**. A livello regionale, esperienze positive dimostrano che la **formazione tecnica mirata** può favorire l'ingresso nei **corsi universitari** e aumentare l'**attrattività della professione**. Parallelamente, occorre rafforzare i **percorsi di crescita professionale**, valorizzare le **professioni sanitarie** e promuovere **incentivi territoriali**, come progetti di **edilizia residenziale sociale** o **agevolazioni sugli affitti**, per frenare la fuga dei giovani **professionisti**.

Per affrontare questa crisi è necessario un **approccio integrato**: investire sul **capitale umano** con **piani di assunzione** mirati ai nuovi **bisogni di salute**, migliorare le **condizioni lavorative e contrattuali**, garantire **formazione continua** e **percorsi di carriera strutturati**, valorizzare la **multidisciplinarietà** e l'**innovazione**, e rafforzare la **partecipazione** delle **professioni sanitarie** nei **processi decisionali**. Solo attraverso un **sostegno concreto** e una **visione strategica** sarà possibile attrarre e trattenere **personale qualificato**, assicurare la **qualità delle cure** e rendere **sostenibile** il **sistema sanitario pubblico** nel lungo periodo.

La valorizzazione delle **professioni sanitarie** sarà uno dei **temi chiave** da approfondire ulteriormente nell'ambito della **Conferenza delle Regioni** in vista del confronto con il **governo**.

Da tempo si sottolinea la necessità di intervenire, ma in passato le **politiche nazionali** non hanno sempre sostenuto adeguatamente il ruolo degli **infermieri e delle altre professioni sanitarie**. A livello regionale, nei prossimi mesi si prevede di discutere con le **organizzazioni sindacali firmatarie di questo patto** le possibili misure per incrementare i **livelli retributivi**, anche attraverso modalità di ulteriore incentivazione previste dalla normativa nazionale e dai patti per la salute (ad. Ex. Patto per la salute 2019-2021, scheda 3, punto 13, che consente di destinare il 2% del monte salari al personale per politiche incentivanti

e di valorizzazione). Parallelamente, si intende estendere su tutto il territorio regionale la **rete della formazione superiore bio-sanitaria**, in collaborazione con le **Province**, per aumentare l'**attrattività del settore** e preparare adeguatamente i **futuri professionisti**. Per frenare la fuga delle risorse umane dal sistema sanitario si intendono attivare percorsi governati e coordinati a livello regionale **volti a strutturare politiche di benessere organizzativo** in ciascun contesto aziendale, nell'ambito dei quali dovranno essere definiti e progettati interventi mirati, come progetti di edilizia residenziale sociale e agevolazioni sugli affitti, rivolti alle fasce reddituali più deboli, anche tramite strumenti innovativi, inclusa la valorizzazione del fundrasing. Tuttavia, il problema non può essere risolto con misure isolate: è necessario un incremento generalizzato degli stipendi per garantire stabilità, valorizzazione e sostenibilità delle professioni sanitarie, così da trattenere il personale qualificato e garantire la qualità delle cure. Oltre agli aspetti contrattuali tradizionali, è fondamentale **individuare e sperimentare strumenti innovativi** per valorizzare le risorse umane, favorendo crescita professionale, motivazione e riconoscimento dei risultati.

INTEGRAZIONE FRA OSPEDALE E TERRITORIO, PRESA IN CARICO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La salute, intesa come **diritto fondamentale e bene pubblico**, richiede un impegno comune volto a garantire percorsi di cura equi, accessibili e umani, che accompagnino la persona in ogni fase della vita. Al centro di questo impegno si collocano la **presa in carico globale** della persona e la **continuità assistenziale**, elementi indispensabili per affrontare le sfide legate alle cronicità e ai nuovi bisogni di salute. Il modello di riferimento si fonda sulla **collaborazione strutturata per la piena integrazione tra ospedale e territorio**, valorizzando la cooperazione tra professionisti di diverse discipline e tra differenti setting assistenziali. Solo attraverso questa integrazione si rende possibile costruire percorsi di cura completi, coordinati e realmente centrati sul paziente, capaci di coniugare innovazione, umanizzazione e sostenibilità.

Tale visione si colloca nei principi della **Primary Health Care (PHC)** e orienta un modello di **cure primarie "comprehensive"**, attento non solo alla malattia ma al benessere complessivo della comunità. Questo approccio si concretizza nel lavoro integrato tra professionisti diversi – la **interprofessionalità** – e nel coordinamento tra settori sanitari, sociali e territoriali – la **intersectorialità** –, assicurando un'assistenza continua, flessibile e diffusa su tutto il territorio regionale. In questo quadro, le Case della Comunità **sono riconosciute** come pilastro fondamentale della strategia territoriale, quali luoghi di prossimità e partecipazione in cui si integrano risorse sanitarie, sociali e civiche per offrire servizi completi, accessibili e coordinati. Le cure intermedie e di prossimità sono oggetto di ulteriore potenziamento, anche attraverso nuove forme di **assistenza domiciliare**, l'utilizzo della innovazione tecnologica e iniziative di coinvolgimento attivo della cittadinanza. In questa prospettiva, l'Emilia-Romagna opera per lo sviluppo delle **cure di prossimità**, valorizzando la **casa come primo luogo di cura** e potenziando la **Medicina di Iniziativa**, la telemedicina e il **teleconsulto**, insieme alla valorizzazione di nuove figure professionali, come **l'infermiere di comunità**, fondamentali per garantire continuità e umanità nell'assistenza.

Le azioni prioritarie condivise si concentrano sullo sviluppo e sul completamento del programma regionale per la realizzazione e definizione dei **modelli organizzativi** e le dotazioni minime delle **Case della Comunità**, delle **Centrali Operative Territoriali (COT)**, degli **Ospedali di Comunità (OSCO)**, dei **Centri di Assistenza Urgenza (CAU)** – la cui configurazione è oggetto di valutazione sulla base dei dati di accesso e prestazioni – e degli **Hospice**. L'Emilia-Romagna procede all'implementazione progressiva dei requisiti previsti dal **DM 77**, con particolare riferimento alla realizzazione di 89 Case della Comunità hub e delle corrispondenti Case della Comunità spoke, cui è attribuito un ruolo strategico e centrale nella **pianificazione regionale della sanità territoriale**. Ai fini del raggiungimento

di tali obiettivi, vincolati ai fondi europei, è condivisa la necessità di una riorganizzazione della rete delle sedi di continuità assistenziale, attraverso un processo di ottimizzazione e trasferimento nelle Case della Comunità, in coerenza con quanto già indicato nell'atto di programmazione delle AFT e nel nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR) sottoscritto con i Medici di Medicina Generale, con particolare riferimento all'organizzazione delle attività dei **medici del ruolo unico di assistenza primaria** all'interno delle sedi di AFT. Tale riorganizzazione si accompagna l'attivazione progressiva delle tre sedi operative del **numero unico 116117**, finalizzate a ricevere le chiamate degli utenti per condizioni non urgenti e a orientare la domanda verso le sedi di continuità assistenziale.

In questo quadro, è condivisa la priorità del completamento del **modello regionale di IFEC (Infermiere di famiglia e comunità)**, la **definizione delle Unità Complesse di Assistenza (UCA)** e la **revisione dell'organizzazione dei Distretti**, con particolare attenzione alla definizione del modello organizzativo, al ruolo e alle funzioni del Direttore di Distretto. A tal fine, al Direttore di Distretto è attribuito un ruolo centrale sotto il profilo gestionale e programmatico dell'attività di committenza relativamente ai servizi territoriali e ospedalieri, partendo dall'analisi dei bisogni della popolazione distrettuale e dalle risorse assegnate in linea con la programmazione aziendale. In tale contesto, si procede alla definizione congiunta di un **modello regionale per Distretto, IFEC e UCA**, che specifichi dotazioni, relazioni con il **Dipartimento di Cure Primarie**, la rete ospedaliera e gli Enti Locali, oltre ai criteri di budget e agli ambiti di autonomia. Contestualmente, è definito e regolato il ruolo delle **farmacie convenzionate** come **presidi di prossimità**, con l'obiettivo di costruire una governance più chiara, coerente e funzionale delle strutture territoriali, favorendo l'integrazione dei servizi, l'appropriatezza delle prestazioni e una risposta più tempestiva ed efficace ai bisogni dei cittadini.

All'interno del modello condiviso, i **Punti Unici di Accesso (PUA)** sono configurati come elemento strutturale della riorganizzazione territoriale e come porta d'ingresso unificata ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali, con l'obiettivo di garantire un accesso semplice, equo e uniforme su tutto il territorio regionale, superando frammentazioni e percorsi disomogenei. I PUA sono collocati prioritariamente all'interno delle **Case della Comunità**, pur potendo prevedere differenti localizzazione in relazione all'organizzazione esistente dell'offerta socio sanitaria, svolgendo una funzione operativa duplice: orientamento del cittadino e attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, in particolare per fragilità, cronicità e non autosufficienza, raccordandosi anche con la rete ospedaliera per favorire **continuità assistenziale**, presa in carico post-dimissione e riduzione dell'uso improprio del Pronto Soccorso.

È pertanto riconosciuto il valore della **medicina di popolazione** come pilastro per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, in coerenza con il DM 77. L'adozione di **modelli di stratificazione della popolazione** è assunta come strumento essenziale per monitorare i fattori di rischio, orientare la programmazione sanitaria e favorire una gestione integrata e proattiva delle patologie croniche. In questa prospettiva, la Regione ha sviluppato il **modello RiskER**, già sperimentato in alcune Case della Comunità come base per la medicina di iniziativa e per la presa in carico dei pazienti più fragili. Tuttavia, a seguito dell'intervento del Garante della Privacy nel 2020, che ne ha limitato l'impiego sia nella programmazione epidemiologica sia nella personalizzazione degli interventi assistenziali, si è provveduto ad

aggiornare il regolamento cosicché da consentire l'utilizzo del modello RiskER **per finalità di programmazione senza necessità di consenso individuale**, mantenendo invece **l'obbligo di consenso informato per la presa in carico personalizzata** dei pazienti, che potrebbe essere acquisito tramite i punti di contatto con i cittadini, al fine di strutturare una stratificazione del rischio puntuale. In questo modo si conciliano innovazione e tutela dei diritti, rafforzando la capacità del sistema sanitario regionale di rispondere in modo equo ed efficace ai bisogni di salute della popolazione. Il modello RiskER si integra con il **Profilo di salute della Regione Emilia-Romagna**, strumento strategico che raccoglie e analizza dati epidemiologici, sociodemografici e sanitari a livello regionale, distrettuale e comunale, supportando la pianificazione sanitaria, l'identificazione delle aree di intervento prioritario e la promozione dell'equità nell'accesso ai servizi. La versione online del Profilo, consultabile gratuitamente, garantisce trasparenza e partecipazione, rendendo disponibili dati e report utili a cittadini, amministratori e professionisti del settore, i quali possono accedere a tali informazioni per strutturare la medicina di iniziativa, valorizzando le esperienze sperimentali presenti nella nostra regione.

In tale scenario, si condivide il potenziamento della rete dei **Consultori familiari**, con l'obiettivo di rafforzare i servizi dedicati alla **salute sessuale e riproduttiva**, al **supporto psicologico**, alla **prevenzione** e alla **presa in carico multidisciplinare**. In coerenza con il modello territoriale promosso dal DM 77, i Consultori devono diventare **presidi facilmente accessibili**, integrati con Case della Comunità, servizi distrettuali e medicina di base, garantendo standard omogenei su tutto il territorio regionale e ampliando l'offerta rivolta in particolare a giovani, donne e famiglie. Per molte sedi periferiche, la presenza oggi è limitata alla sola ostetrica, con servizi essenziali ma ancora parziali rispetto agli standard attesi. Per superare questo limite, la Regione valuta l'adozione di un atto normativo che, nel solco **dell'autonomia professionale dell'ostetricia** già prevista nel sistema regionale, possa valorizzarne pienamente le competenze.

Parallelamente, si intende investire sulla **modernizzazione dei Consultori**, rafforzando **équipe multiprofessionali**, promuovendo **collaborazioni strutturate con scuole, università e servizi sociali** e **i centri per le famiglie**, ampliando l'offerta nei campi della contraccezione, salute materno-infantile, prevenzione e counseling. Attraverso questi interventi, i Consultori potranno evolvere in **presidi territoriali** moderni, inclusivi e realmente prossimi ai bisogni: luoghi capaci non solo di erogare servizi, ma di generare conoscenza, prevenzione e diritti.

All'interno di questo quadro, assume valore strategico condiviso la piena attuazione del **nuovo schema di Accordo Integrativo Regionale (AIR) sottoscritto con le organizzazioni sindacali rappresentative dei medici di medicina generale**, strumento centrale di regolazione dell'organizzazione del lavoro e dell'erogazione dei servizi di assistenza primaria, finalizzato a garantire prossimità, continuità assistenziale, integrazione professionale e qualità delle prestazioni.

L'Accordo introduce un assetto organizzativo fondato sulle **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** e sul lavoro in équipe, superando una dimensione individuale dell'attività professionale e favorendo una **maggiore stabilità organizzativa**, la condivisione delle

responsabilità clinico-assistenziali e una più efficace integrazione con il sistema dei servizi territoriali, in particolare con le **Case della Comunità**.

Prevedendo l'**estensione dell'offerta ambulatoriale in forma organizzata fino a 12 ore giornaliere**, dal lunedì al venerdì, attraverso modelli aggregativi che mirano a garantire continuità assistenziale e maggiore accessibilità per i cittadini, evitando un aumento indiscriminato dei carichi individuali di lavoro e collocando l'impegno orario all'interno di un quadro regolato e programmato.

Sul piano delle condizioni professionali, l'AIR introduce **misure di tutela e sostegno al lavoro dei medici di medicina generale**, con particolare attenzione alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, alla genitorialità e alle situazioni di maggiore criticità territoriale, riconoscendo la necessità di rendere attrattivo e sostenibile il lavoro nella medicina territoriale.

Inoltre, valorizza l'**utilizzo strutturale degli strumenti digitali** e l'organizzazione del supporto amministrativo e informativo, con l'obiettivo di ridurre i carichi burocratici impropri e **restituire tempo alla relazione di cura**, migliorando al contempo la continuità assistenziale e l'integrazione delle informazioni cliniche.

Parallelamente, è condiviso il potenziamento dell'accesso alla **specialistica ambulatoriale** attraverso la revisione e ottimizzazione dei percorsi clinico-organizzativi, così da garantire tempi di attesa più appropriati e risposte più tempestive ai bisogni dei cittadini, sempre in relazione al tema prioritario: l'**appropriatezza prescrittiva**. In tale ottica, si afferma che la presa in carico delle prestazioni prenotate sulla base di ricette emesse dallo specialista deve essere garantita direttamente dalla struttura sanitaria competente e, se necessario, dallo specialista stesso, con la prenotazione gestita dalla struttura. Questo approccio ha l'obiettivo di **migliorare i tempi di attesa** e assicurare una gestione più efficace degli accessi, richiedendo adeguamenti organizzativi nell'offerta dei servizi. Con l'introduzione di una strategia sulle prescrizioni, definendo dei **protocolli di appropriatezza prescrittiva**, si intende governare l'accesso alle prestazioni in modo efficiente, prevenendo il ricorso inappropriato alle prestazioni specialistiche.

Coerentemente, si rende necessario predisporre un **flusso informativo dedicato agli specialisti ambulatoriali analogo a quello previsto per le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**, al fine di monitorare l'inappropriatezza in continuità con quanto già previsto per i farmaci. Questo strumento permetterà di definire **obiettivi specifici**, in conformità al vigente ACN che prevede incentivi per le AFT, estendendo analoghi obiettivi anche agli specialisti ambulatoriali.

In linea con tali indirizzi, si conviene necessario un intervento di governo anche sull'**attività libero-professionale**, al fine di evitare modalità di accesso al Servizio Sanitario Regionale improprie e garantire la piena priorità dell'attività istituzionale. Il suo incremento è determinato principalmente dai lunghi tempi di attesa per le prestazioni istituzionali: risulta pertanto strategico stabilire una correlazione diretta tra la disponibilità delle agende istituzionali e le autorizzazioni per l'attività libero-professionale, al fine di evitare possibili conflitti di interesse.

È altresì indirizzato condiviso introdurre strumenti omogenei di monitoraggio, anche attraverso dashboard territoriali, per garantire trasparenza sul rapporto tra attività libero-professionale e andamento delle liste di attesa pubbliche, collocando il tema all'interno di una più ampia strategia di rafforzamento dell'offerta pubblica e di tutela dell'equità di accesso al servizio sanitario regionale.

Elemento imprescindibile di questa strategia è l'**integrazione tra rete ospedaliera, servizi territoriali, sociali, educativi e iniziative del Terzo Settore**, al fine di costruire un sistema realmente unitario che educa alla **cultura della salute**, capace di rispondere in modo coordinato e globale ai bisogni complessi della popolazione. Particolare attenzione è da dedicare al tema delle **demenze**, con l'adozione di approcci preventivi sui principali fattori di rischio, la valorizzazione dei **centri di comunità** e delle **reti innovative**, l'organizzazione di gruppi multiprofessionali e il rafforzamento del sostegno ai **caregiver familiari**, riconoscendone il ruolo essenziale nel percorso di cura e nel mantenimento della qualità della vita delle persone fragili.

La **salute mentale** costituisce un elemento fondamentale del benessere complessivo e rappresenta una **priorità** per il Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna. I dati epidemiologici evidenziano un aumento significativo dei disturbi psicopatologici, psicologici e delle dipendenze patologiche, con particolare attenzione alle **fasce adolescenziali e giovanili**, determinato da fattori complessi quali la situazione economica, l'uso diffuso di tecnologie e social media e l'invecchiamento della popolazione con disagio psichico. Si dovranno, quindi, definire **interventi strutturali e culturali** capaci di rispondere alle nuove esigenze della popolazione, promuovendo **modelli di riabilitazione e assistenza** a forte impronta **comunitaria** e di **integrazione sociosanitaria**, potenziando le politiche di prevenzione primaria, secondaria e terziaria e offrendo nuove tipologie di intervento mirate ai bisogni espressi.

Nel 2025, la Regione Emilia-Romagna ha stanziato **40 milioni di euro a sostegno della salute mentale**, destinati a potenziare i servizi e finanziare interventi personalizzati per le persone più fragili. Di questi, 33,7 milioni di euro sono destinati al "**Fondo per l'autonomia possibile – Salute mentale**", che supporta percorsi riabilitativi personalizzati attraverso la metodologia del **Budget di salute**. Il Piano attuativo regionale prevede interventi specifici per disturbi del comportamento alimentare, disturbi specifici di apprendimento, esordi psicotici, disabilità intellettive e autismo, con l'obiettivo di garantire diagnosi precoci, cure personalizzate e assistenza integrata, centrata sul paziente e sulle sue esigenze. Per rafforzare l'assistenza, si intende **potenziare i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP)**, proponendo nuovi modelli organizzativi capaci di identificare precocemente le condizioni gravi e di gestirle in modo efficace. Ciò avverrà attraverso il rafforzamento dei servizi ambulatoriali, residenziali e ospedalieri, il consolidamento delle reti tra servizi sanitari delle AUSL e servizi sociali dei Comuni e la valorizzazione della presenza dello psicologo di comunità nelle Case della Comunità, rendendolo un riferimento diretto per gli utenti. L'innovazione coinvolgerà tutti gli ambiti della salute mentale, inclusi gli adulti, le dipendenze patologiche, la neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, la psicologia e la salute nelle carceri.

Si deve prendere atto che negli ultimi anni si è osservato un utilizzo non sempre appropriato delle **strutture residenziali sanitarie per la salute mentale**, sia pubbliche sia private, a causa di lunghi tempi di permanenza, ridotta erogazione di attività riabilitative e inserimenti di utenti con bisogni ad alta intensità assistenziale o sociale, che hanno limitato la funzione riabilitativa delle strutture. Per questo è necessario ricondurre le strutture residenziali alla loro funzione riabilitativa attraverso la formazione continua del personale sulle pratiche scientificamente validate, la promozione di interventi domiciliari e **il supporto all'abitare**, lo sviluppo di percorsi alternativi alla residenzialità e il **potenziamento del Budget di Salute come strumento di personalizzazione dei percorsi**.

Particolare attenzione sarà rivolta agli **adolescenti e ai giovani fino a 26 anni**, garantendo supporto psicologico adeguato, tempestivo e sostenibile, e agli **Istituti penitenziari**, dove l'assistenza sanitaria sarà ridefinita per rafforzare promozione, tutela della salute e appropriatezza delle cure. Si sottolinea infine la necessità di garantire equità di accesso ai servizi sociosanitari. Con queste azioni, si intende costruire un modello di salute mentale integrato, efficace e vicino alle persone, capace di rispondere ai bisogni emergenti e di promuovere la partecipazione attiva della comunità, rafforzando la rete territoriale, le Case della Comunità e tutti i servizi sociosanitari coinvolti.

Questo approccio integrato e di prossimità mira a creare un **sistema sanitario territoriale** più **efficace, accessibile e centrato sulla comunità**, capace di rispondere alle nuove esigenze di salute e di valorizzare il ruolo di tutti i professionisti e della comunità.

RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera è orientata a essere ottimizzata per garantire equità di accesso, appropriatezza ed efficienza, **rafforzando la centralità del Servizio Sanitario Pubblico** e la **piena integrazione con il territorio**. È condivisa la priorità di ridurre le disomogeneità nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi, rispettando le **specificità territoriali**, e riservare l'ospedale alle problematiche cliniche che non possono essere gestite in maniera altrettanto efficace sul territorio. Parallelamente, si riconosce la necessità mettere a sistema le **migliori pratiche delle singole Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL)**, **armonizzando** l'organizzazione dei servizi e l'appropriatezza delle cure secondo standard elevati di qualità.

La **revisione delle strutture della rete ospedaliera e territoriale** si fonda su **un'analisi del fabbisogno sanitario e sociosanitario della popolazione a livello distrettuale** e un approccio basato sul **percorso del paziente**, al fine di garantire equità di accesso e una risposta appropriata, sicura ed efficace ai bisogni della persona che si rivolge alla rete dei servizi sanitari. L'analisi di contesto, con la **mappatura delle strutture ospedaliere e territoriali** presenti e di futura realizzazione, è orientata alla migliore implementazione della normativa del Decreto Ministeriale **(DM) 70/2015** e della Deliberazione della Giunta Regionale **(DGR) 2040/2015** per la componente ospedaliera, coordinandola e rileggendola in modo evolutivo alla luce del **DM 77/2022** per la componente territoriale. L'analisi del fabbisogno **a livello distrettuale**, attraverso **i profili di popolazione**, i **determinanti di salute** e la **stratificazione per profili di rischio**, è assunta come base della **programmazione sanitaria**, supportando l'individuazione delle aree di intervento prioritarie, permettendo una **valutazione dell'autonomia distrettuale** nella produzione di attività e nell'inserimento all'interno della rete ospedaliera, con l'obiettivo di migliorare l'accesso e la qualità dei servizi sanitari, allocando le risorse in modo efficiente.

L'analisi è articolata su due livelli:

- **Orizzontale (intra e inter-ospedaliera):** focalizzata, da un lato, a qualificare l'assistenza altamente specialistica per problematiche complesse o rare e concentrare le piattaforme tecnologiche, al fine di ottimizzarne l'uso, e – dall'altro - ad evitare gestioni settoriali, promuovendo lo sviluppo di Reti Cliniche e dipartimenti transmurali, valorizzando le vocazioni e le risorse professionali presenti nei presidi ospedalieri;
- **Verticale (ospedale-territorio e sanitaria-sociale):** orientata a garantire che l'ospedale intervenga solo quando necessario (appropriatezza del setting assistenziale) e assicurare continuità assistenziale sia nella presa in carico e indicazione al ricovero, sia nel post-dimissione, con professionisti attivi che si spostano sia in ospedale che sul territorio o a domicilio.

Nell'ambito di ogni processo di revisione e riorganizzazione delle reti e dei percorsi, è prevista **un'analisi economica** finalizzata alla **valutazione della sostenibilità del modello**

organizzativo, all'ottimizzazione dell'allocazione delle risorse, con riduzione della variabilità di costo per residente tra distretti, in un'ottica di efficientamento del sistema. L'analisi del fabbisogno a livello distrettuale e dei percorsi dei pazienti all'interno delle **reti cliniche e della rete dell'emergenza-urgenza** conduce alla definizione di un **modello organizzativo che integri i differenti setting ospedalieri e territoriali**, con l'obiettivo di definire una risposta appropriata, sicura, efficace ed efficiente ai bisogni dei pazienti. In questo quadro, la metodologia di analisi per percorsi, che integra strutture ospedaliere e territoriali, è applicata alle **reti cliniche** ai fini dell'implementazione del DM 70/2015, alla **riorganizzazione dell'attività chirurgica** con l'implementazione delle piattaforme chirurgiche, che prevedono la concentrazione delle casistiche a maggiore complessità nelle **strutture ospedaliere HUB** e medio-bassa complessità nelle **strutture SPOKE**, con revisione anche degli accordi con il **privato accreditato**, alla riorganizzazione dei **percorsi dei pazienti con patologie croniche e fragili**, che presentano necessità di ricovero in ambiente internistico e successivamente in strutture intermedie fino al rientro a domicilio. Si riconosce pertanto come decisiva una **revisione complessiva della filiera dei servizi**, finalizzata a rafforzare l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, garantendo così il miglior accesso possibile alle cure per i cittadini, e in questo processo assumono particolare rilievo le reti cliniche.

La Regione Emilia-Romagna, nell'ambito del percorso di **riorganizzazione delle reti cliniche**, riafferma l'impegno condiviso a rafforzare il Servizio Sanitario Regionale attraverso una gestione coordinata e concertativa, incentrata sul miglioramento delle condizioni di salute della popolazione e sulla riduzione delle disuguaglianze. La **riorganizzazione delle piattaforme chirurgiche** e del **modello hub & spoke** richiede la piena disponibilità dei professionisti a adottare **modalità operative innovative**, già presenti sul territorio, rispetto alle quali si rende necessario definire in maniera puntuale il **modello regionale** sulla base delle *best practice* presenti, come la **rotazione delle équipe mediche tra diversi presidi ospedalieri**, e la coerenza tra investimenti tecnologici, attrezzature e scelte di concentrazione degli interventi. Per supportare la programmazione e il monitoraggio delle attività sanitarie, è previsto lo **sviluppo di un sistema informativo unificato**, fondamentale anche per l'organizzazione dei trasporti sanitari, al fine di garantire la mobilità dei cittadini in relazione alla specializzazione delle strutture.

Nel concentrare gli **interventi di medio-bassa complessità** presso le strutture spoke, è in valutazione l'impatto sull'offerta specialistica e sui servizi di emergenza, evitando effetti di saturazione. La **chirurgia oncologica** deve essere organizzata in centri di riferimento conformi alle soglie del DM 70, tutelando la **prossimità dei pazienti** anche per controlli e trattamenti successivi. Si promuove lo **sviluppo della rete oncologica ed emato-oncologica** per affrontare le nuove sfide dell'innovazione, coinvolgendo professionisti in gruppi multidisciplinari e multiprofessionali, con l'obiettivo di garantire un accesso equo ai pazienti e la sostenibilità del sistema. Devono essere definiti **centri di riferimento**, tra cui le Pancreas Unit (DM 4 febbraio 2025), per offrire percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali basati su epidemiologia, volumi, competenze clinico-organizzative ed esiti delle cure. Nell'ambito delle reti cliniche sono valutate e definite **microreti di prossimità**, con attività delocalizzabili e il coinvolgimento dei medici di medicina generale, per una presa

in carico condivisa dei pazienti. La **rete cardiologica e chirurgica cardio-vascolare** è da consolidare, assicurando integrazione e coordinamento tra presidi, e saranno implementati strumenti di valutazione per rendere confrontabili le performance a livello regionale, aziendale e delle unità operative, stimolando il confronto e il governo del cambiamento.

Parallelamente, assumono valore strategico condiviso le azioni legate alla **riorganizzazione del pronto soccorso**, con una **riorganizzazione per livelli di complessità**. Negli ultimi anni si è registrato infatti un crescente sovraccarico dei pronto soccorso e dei dipartimenti di emergenza e accettazione di primo e secondo livello, a causa dell'afflusso di pazienti con patologie a bassa complessità. Questo fenomeno è aggravato da **un'insufficiente stratificazione della domanda secondo criteri di appropriatezza**, che porta a inefficienze nella gestione dei flussi e nella presa in carico dei cittadini. L'analisi della rete dell'offerta ospedaliera e territoriale, basata su dati strutturali, accessi e ricoveri, ha evidenziato la necessità di un **riorientamento complessivo del sistema**. In tale quadro, è assunto come obiettivo la **ridefinizione della rete emergenza-urgenza**, ponendo al centro criteri di **appropriatezza, sicurezza ed equità** di accesso. Garantendo, quindi, che **ogni paziente venga indirizzato verso il setting più adeguato** in base al proprio bisogno: le emergenze gravi devono essere gestite attraverso il numero unico di emergenza 112, mentre le urgenze a bassa complessità devono essere canalizzate tramite il numero unico di continuità assistenziale 116117. In questo modo, il cittadino può essere preso in carico da strutture ad accesso diretto o mediato dal 116117, con una lettura del bisogno orientata alla sua effettiva soddisfazione. Gli ambulatori a bassa complessità, come i Centri di Assistenza Urgente e le Aggregazioni Funzionali Territoriali, sono valorizzati nella gestione i casi meno complessi, lasciando alle strutture di emergenza la giusta concentrazione di casistiche più complesse.

Al contempo è condivisa l'esigenza di garantire **trasporti tempestivi e sicuri**, definendo standard organizzativi omogenei fra pubblico e privato, ottimizzando l'intera rete per garantire un'assistenza efficace e proporzionata ai bisogni dei cittadini. La revisione delle reti è focalizzata anche sulle **reti tempo-dipendenti** (infarto miocardico acuto, ictus, trauma e insufficienza respiratoria) al fine di implementare, anche attraverso l'introduzione di strumenti di sanità digitale, **tempestività, sicurezza, appropriatezza ed equità di accesso**.

Risulta, altresì, necessario valutare il fenomeno della dispersione delle attività ad alta complessità e dei trattamenti più costosi in strutture che non raggiungono volumi sufficienti, mettendo a rischio sia la qualità dei risultati clinici sia la sostenibilità economica del servizio sanitario, ma soprattutto mettendo in discussione due direttrici fondamentali: **appropriatezza e sicurezza**. In tale prospettiva, è condivisa la **concentrazione della chirurgia oncologica complessa** (polmone, pancreas, prostata) e **delle terapie ad alta tecnologia**, come le terapie **CAR-T** e i **radiofarmaci**, in **centri di riferimento** che raggiungano le soglie indicate dal DM 70. Tale organizzazione deve prevedere percorsi strutturati secondo **il modello hub & spoke**, con centri hub deputati alla gestione dei casi più complessi e strutture spoke incaricate dell'instradamento dei pazienti in modo appropriato. In questo quadro, è altresì valutata **l'istituzione di un'unica lista di attesa regionale**, al fine di garantire un accesso equo alle cure e una maggiore ottimizzazione delle risorse disponibili.

Un ulteriore ambito strategico riguarda le **grandi apparecchiature di diagnostica-terapeutica**. Dall'analisi dei dati emerge infatti un'elevata prescrizione di indagini diagnostiche, come la risonanza magnetica, accompagnata dall'utilizzo di tecnologie ad alto costo, con conseguenti tempi di attesa prolungati per diagnostica avanzata e un'allocazione inefficiente delle risorse tecnologiche tra le diverse strutture. Per affrontare tali criticità, si condivide di procedere ad **un'analisi dei tempi di utilizzo delle apparecchiature** in collaborazione con i servizi di ingegneria clinica e ICT, valutando la possibilità di **centralizzare a livello regionale la programmazione** di tomografia computerizzata e risonanza magnetica attraverso un sistema di prenotazione condiviso, estendendo gli orari di utilizzo e redistribuendo in modo intelligente la domanda sulla base della prossimità e della disponibilità delle apparecchiature. Si intende quindi sviluppare un **sistema di misurazione dell'attività diagnostica erogata**, comprendente anche i pazienti interni, al fine di considerare la totalità delle prestazioni fornite indipendentemente dal canale di accesso. Consentendo, quindi, confronti tra aziende e reti cliniche, e offrendo una visione regionale sull'impiego delle grandi apparecchiature e sull'appropriatezza della domanda. Particolare attenzione deve essere dedicata alla **medicina nucleare e alla radioterapia**, ambiti a elevato impatto sulla qualità delle cure e sugli esiti dei trattamenti oncologici, attraverso l'analisi dell'attività e la valutazione della condivisione dei macchinari tra aziende diverse, così da garantire il mantenimento dei volumi minimi e dell'expertise necessaria, nell'ambito di percorsi di rete condivisi.

A completamento dell'analisi tecnica e organizzativa si inserisce la **piattaforma di sale operatorie**, per la quale è necessaria standardizzazione e omogeneizzazione. Si rileva infatti una significativa variabilità nell'utilizzo delle sale operatorie tra le diverse strutture, con conseguente inefficienza gestionale e disparità nei tempi d'attesa chirurgici tra le aree territoriali. Per affrontare queste criticità si condivide la necessità di avviare l'implementazione di **sistemi informativi unificati che consentano, a livello organizzativo, il monitoraggio in tempo reale dell'utilizzo delle sale operatorie**, la standardizzazione dei processi di programmazione e l'introduzione di indicatori di performance di efficienza omogenei a livello regionale. L'adozione di tali misure consente un aumento dell'efficienza delle sale operatorie esistenti, paragonabile alla disponibilità di sale aggiuntive virtuali, con un conseguente risparmio derivante dalla riduzione della necessità di investimenti strutturali. Si ritiene inoltre opportuno valutare l'implementazione di linee guida regionali relative al **personale di sala operatoria**, con l'obiettivo di pervenire all'adozione di una delibera, nonché analizzare il ruolo degli ospedali distrettuali nell'ambito delle piattaforme operatorie, al fine di ottimizzare l'organizzazione complessiva delle attività chirurgiche sul territorio.

Infine, un elemento centrale nell'assetto complessivo riguarda gli **accordi con il privato accreditato**, orientati al fabbisogno regionale. Nell'attuale fase evolutiva del sistema, si è registrata una crescente incidenza dell'attività erogata dal privato accreditato a favore di pazienti non residenti, con una significativa concentrazione su prestazioni ad alta remunerazione e una sottoproduzione in ambiti come la chirurgia a bassa complessità. Questo squilibrio ha evidenziato la necessità di un ripensamento complessivo del rapporto tra sistema pubblico e privato accreditato, in linea con le politiche adottate da altre regioni e con le esigenze della popolazione emiliano-romagnola. In tale contesto, la Regione Emilia-

Romagna e l'Associazione Italiana Ospedalità Privata, sezione regionale, hanno **rinnovato il Protocollo di Intesa per l'anno 2025**, confermando una collaborazione strategica orientata a garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere nel rispetto dei principi di equità, sostenibilità e qualità. Il protocollo definisce il quadro economico e normativo che regola i rapporti tra le aziende sanitarie locali e le strutture private accreditate.

Si intende comunque procedere a una revisione completa degli accordi con il **privato accreditato**, in linea con le politiche di altri governi regionali e con le esigenze della popolazione regionale, con l'obiettivo di riequilibrare l'offerta rispetto ai bisogni della popolazione residente, ridurre la mobilità passiva e promuovere una maggiore appropriatezza ed efficienza del sistema, nel quale il privato accreditato è parte integrante della rete pubblica.

Fermo restando quanto stabilito in premessa, ove si afferma che "la salute rappresenta il bene più prezioso di ogni cittadino e il diritto alla salute costituisce il più importante tra i diritti fondamentali, come sancito dall'articolo 32 della Costituzione italiana, garantendo a tutte\i l'accesso alle cure", e considerato quanto previsto dalla legge n.833 del 1978, che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale **quale sistema pubblico, universale e unitario** preposto alla tutela della salute sull'intero territorio nazionale, si ribadisce che, pur nell'ambito di un'organizzazione e gestione su base regionale, il Servizio Sanitario mantiene natura nazionale e universalistica, fondata su principi di equità, uguaglianza e uniformità dei diritti di cittadine\i.

In tale contesto, sarà data **equilibrata applicazione alla normativa nazionale** in materia di gestione dei tetti della mobilità al fine di governare i flussi sanitari, in particolar modo sulla bassa complessità, in coerenza con i principi del Servizio Sanitario Nazionale e nel rispetto della **sostenibilità ed equità del sistema**.

PREVENZIONE, INFORMAZIONE E PARTECIPAZIONE

Garantire **informazione trasparente e coinvolgimento attivo** di cittadini, organizzazioni sindacali firmatarie del presente patto e amministrazioni locali è fondamentale per accompagnare **processi complessi**, dalla prevenzione alla riorganizzazione dei servizi e all'implementazione delle innovazioni nei diversi setting di cura. Solo in questo modo le trasformazioni del sistema sanitario possono risultare condivise, efficaci e realmente rispondenti ai **bisogni della comunità**.

La salute è il risultato di un processo complesso e dinamico che implica **interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali**. Ne discende quindi una corresponsabilità da parte di tutti i settori le cui politiche, a vario titolo, hanno impatto su tali determinanti (governi a tutti i livelli, terzo settore, associazionismo, impresa, commercio, mobilità, ricerca, sistema sociale e sanitario, istruzione, ecc.). Per agire efficacemente su tutti i **determinanti di salute** sono necessarie alleanze e sinergie tra forze diverse.

Le **politiche di prevenzione** sono più efficaci se non sono solo rivolte all'individuo ma hanno anche carattere strutturale ed economico e sono il risultato di **alleanze strategiche** tra le diverse componenti della sanità (medicina territoriale ed ospedaliera), l'area socio/sanitaria, il terzo settore, le istituzioni territoriali, primi fra tutti i comuni.

Si rafforzano quindi i **principi della partecipazione, dell'intersectorialità e della salute in tutte le politiche**, prevedendo strumenti di coordinamento delle politiche di prevenzione e promozione della salute e favorendo una **programmazione integrata delle politiche** inerenti ai seguenti ambiti settoriali: sanità, welfare, alimentazione, agricoltura e sicurezza dei prodotti e delle filiere alimentari, ambiente, protezione civile, territorio, mobilità, lavoro, istruzione, formazione, cultura, parità di genere, sicurezza e legalità, sviluppo economico, sport e politiche giovanili. Garantendo, inoltre, l'erogazione dei LEA in tutti gli ambiti della prevenzione collettiva e di sanità pubblica e un qualificato supporto agli interlocutori istituzionali su tutte le problematiche di sanità pubblica e di sanità veterinaria.

Si condivide la necessità di assicurare l'integrazione della **Prevenzione nelle Case della Comunità** per realizzare e sostenere interventi di prevenzione e promozione della salute previsti dal nuovo **Piano Regionale della Prevenzione**, rafforzando l'integrazione tra i servizi territoriali ed i servizi ospedalieri ed integrando gli interventi di prevenzione nei processi assistenziali; sviluppare, in tale contesto, processi di empowerment individuale e di comunità in coerenza anche con la **Legge 19/2018 sulla Promozione della salute**, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria, adottando un approccio che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze di salute.

Elemento essenziale è altresì la partecipazione dei cittadini: la Regione Emilia-Romagna ha sancito tale principio nella **L.R. 15/2018 ("Legge sulla partecipazione all'elaborazione delle politiche pubbliche")**, che prevede processi partecipativi, consultazioni, bandi

pubblici, piattaforme civiche, formazione per la cittadinanza attiva e coinvolgimento diretto nei processi decisionali.

In questa prospettiva, va valutata congiuntamente l'opportunità di sviluppare una **rete delle fondazioni** con l'obiettivo di sostenere il SSR attraverso azioni integrative e complementari rispetto agli strumenti ordinari. Una simile rete consentirebbe di intercettare esigenze difficili da perseguire con le modalità tradizionali, utilizzando strumenti flessibili e innovativi, rafforzando ulteriormente la capacità del sistema di rispondere ai bisogni della popolazione. In questo modo si possono coordinare e mettere a sistema iniziative virtuose di cittadini ed aziende che sentono una responsabilità sociale nei confronti del territorio dove vivono, crescono, anche generando lavoro e impresa, e nei confronti del Sistema Sanitario che si fa carico dei bisogni dei cittadini.

La **comunicazione** rappresenta infine una leva strategica per la promozione della salute, aumentando la health literacy e favorendo la partecipazione attiva della popolazione e dei professionisti, nella logica di una comunità che costruisce salute in modo consapevole e condiviso.

Richiamando la responsabilità individuale e il tema della prevenzione, tra le azioni prioritarie figurano **iniziative dedicate all'infanzia e ai primi 1000 giorni di vita**, lo sviluppo della promozione della salute nelle Case della Comunità e il **sostegno alle scuole aderenti alla Rete regionale Scuole**. Gli interventi saranno progettati in maniera diversificata, con particolare attenzione alle persone, alle famiglie e ai gruppi sociali più vulnerabili, garantendo equità e accessibilità.

Vanno inoltre **rafforzati i programmi di screening per la prevenzione** dei tumori raggiungendo o mantenendo i livelli richiesti di copertura della popolazione target in tutto il territorio, assicurando il rispetto degli specifici protocolli e garantendo il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso e degli standard di performance, dal momento che i programmi di **screening oncologici**, in corso in Emilia-Romagna dalla fine degli anni novanta (screening mammografico e della cervice uterina) e screening del colon retto dal 2005, hanno dimostrato di essere in grado di ridurre la mortalità e incidenza delle patologie specifiche

Prosegue l'implementazione del **Registro regionale dei tumori**, il portale curato dalla Regione online, secondo quanto previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento del registro stesso. L'obiettivo primario è quello di **costituire e gestire nel tempo un archivio** di tutti i nuovi casi di tumore diagnosticati e assicurare che la registrazione dei dati avvenga in modo rigoroso, continuativo e sistematico.

Particolare rilievo è dato al **contrasto dell'antimicrobico-resistenza (AMR)**, con campagne informative in chiave **One Health**, sviluppo di competenze, sistemi di governance e monitoraggio nelle strutture sociosanitarie e gestione integrata dei rischi tra settore umano e animale. Sarà istituito un sistema di sorveglianza per monitorare l'uso degli antibiotici e la diffusione delle resistenze nelle acque reflue, e verrà realizzata un'infrastruttura digitale integrata per i dati del **Sistema Regionale di Prevenzione della Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)**.

Si intende promuovere inoltre una **rete regionale dei servizi di epidemiologia**, coordinando le Aziende sanitarie, l'ARPAE e le Università/centri di ricerca per iniziative specifiche, e

rafforzare lo sviluppo tecnologico a supporto della prevenzione, anche tramite **il Profilo di Salute online e il nuovo Portale della Sanità Pubblica**, strumenti utili per identificare e monitorare i bisogni di salute delle comunità.

Muovendo dal principio della **total worker health**, saranno potenziate le azioni dei **Servizi di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro**, con attenzione a comportamenti additivi, azzardopatia e uso non controllato delle nuove tecnologie. Nell'ambito del **Patto per il Lavoro e per il Clima**, saranno rafforzate le attività di prevenzione degli infortuni gravi, mortali e delle malattie muscolo-scheletriche nei settori Edilizia, Agricoltura e Logistica, mentre gli ambulatori di **Medicina del Lavoro** nelle Case della Comunità devono andare a garantire la presa in carico dei lavoratori con sospetta patologia professionale.

Infine, si considera necessario promuovere un centro di riferimento regionale per la diagnostica di secondo livello delle patologie respiratorie di origine occupazionale, anche attraverso telemedicina, e favorirà la partecipazione alla rete internazionale degli **Health Promoting Hospitals (HPH)**, valorizzando le azioni a sostegno della salute e del benessere dei lavoratori della sanità.

POLITICHE DEL FARMACO, DEI DISPOSITIVI MEDICI E DELLE INNOVAZIONI TECNOLOGICHE

Le politiche del farmaco, dei dispositivi medici e delle innovazioni tecnologiche assumono un ruolo centrale poiché il **processo di digitalizzazione** e l'**ottimizzazione della gestione dei farmaci e dispositivi medici** rappresentano leve fondamentali per migliorare l'assistenza ai cittadini e l'efficienza del Servizio Sanitario Regionale. Il fine condiviso è di rendere i servizi più accessibili, innovativi e produttivi, rispondendo in modo efficace ai bisogni della popolazione e garantendo equità, sicurezza e appropriatezza nell'assistenza.

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche richiedono politiche mirate a **promuovere stili di vita salutari**, prevenire la sedentarietà, sostenere un'alimentazione corretta, favorire l'aderenza terapeutica e l'appropriatezza nell'uso dei farmaci in medicina generale, pediatria territoriale e specialistica ambulatoriale. **Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici è strategico per garantire efficacia, sicurezza e sostenibilità** del sistema sanitario, anche alla luce delle nuove tecnologie e dei costi crescenti delle terapie. È essenziale garantire omogeneità nell'accesso a farmaci e dispositivi su tutto il territorio, comprese le aree interne, valorizzando **farmacie convenzionate nell'ottica della nuova Farmacia dei Servizi** definita all'interno di perimetri chiari e con obiettivi predefiniti, a tutela della qualità delle prestazioni e della salute dei cittadini e **semplificando i percorsi grazie a informatizzazione e piattaforme digitali**.

Con l'introduzione della nuova governance emiliano-romagnola delle **farmacie convenzionate**, è prevista l'implementazione di un processo di riconoscimento formale che identifichi le farmacie come possibile punto di accesso al Servizio Sanitario Regionale. I requisiti di **riconoscimento** rappresentano la condizione necessaria per l'erogazione di alcuni servizi a carico del SSR, con l'obiettivo di supportare i bisogni dei cittadini e favorire un approccio basato sulla prossimità, in particolare nelle aree rurali caratterizzate da disagio territoriale e dalla distanza dalle Case della Comunità. La **farmacia convenzionata**, attraverso la norma che disciplina la Farmacia dei Servizi (D.lgs. 153/2009 e smi), rappresenta un presidio fondamentale per la sanità territoriale, assumendo un ruolo strategico soprattutto nelle zone montane e nelle aree interne, dove l'accesso ai servizi sanitari è più limitato e la popolazione è spesso anziana e fragile. In questi contesti, le farmacie non si limitano alla semplice distribuzione dei farmaci, ma diventano veri e propri punti di riferimento per la comunità. La Regione Emilia-Romagna ha sostenuto e intende continuare a sostenere queste realtà con investimenti mirati, destinando contributi economici per garantire la capillarità dei servizi anche nelle farmacie rurali o a basso volume d'affari, assicurando così la presenza di presidi sanitari (dispensari e farmacie rurali) anche nei territori più isolati. Questo intervento non solo **riduce le disuguaglianze** nell'accesso alle cure, ma rafforza anche la funzione delle farmacie come snodi della salute pubblica, integrandole nei percorsi di prevenzione e assistenza territoriali. Il rafforzamento delle farmacie aperte

al pubblico rappresenta un'opportunità per garantire alla popolazione un'assistenza più equa e prossima al cittadino, in particolare nelle aree geograficamente più fragili.

Inoltre, il farmacista ospedaliero e il farmacologo possono essere impiegati per fornire supporto al processo medico di **riconciliazione farmacologica**, con l'obiettivo di favorire l'eventuale deprescrizione, rilevare eventi avversi ed errori di terapia, generando indirettamente un contenimento dei costi per il sistema sanitario. Nella nostra Regione, si stima che circa 100.000 pazienti assumano nove o più farmaci in cronico, mentre circa 300.000 pazienti ne assumono più di sei, considerando unicamente i farmaci a carico pubblico di fascia A e H. L'integrazione del farmacista ospedaliero e del farmacologo in tali processi rappresenta un'opportunità per migliorare la sicurezza dei pazienti, l'appropriatezza prescrittiva e l'efficienza complessiva del sistema.

Si intende rafforzare inoltre la creazione di reti cliniche e gruppi di lavoro regionali per condividere le **migliori pratiche nelle aree terapeutiche** prioritarie, sia territoriali sia ospedaliere, e la **centralizzazione degli acquisti** per ottimizzare l'approvvigionamento e la gestione dei farmaci e dispositivi, basandosi sul reale valore dei prodotti e sui migliori esiti clinici, in linea anche con il nuovo regolamento europeo sull'*Health Technology Assessment* (HTA).

Si rende, quindi, necessario garantire un bilanciamento tra l'introduzione di tecnologie potenzialmente innovative, quali farmaci e dispositivi medici, e la sostenibilità economica del sistema sanitario. A tal fine, è opportuno **definire linee di indirizzo chiare, basate su valutazioni di Health Technology Assessment (HTA)**, che stabiliscano i criteri di eleggibilità dei pazienti e tengano conto dei risparmi diretti e indiretti. Al fine di promuovere un uso appropriato delle tecnologie, superare i compartimenti stagni esistenti, assicurare omogeneità nell'offerta a livello regionale e valutare i costi complessivi del percorso di cura, anziché limitarsi al costo della singola tecnologia, garantendo così un approccio integrato e sostenibile.

In questo quadro, è fondamentale rafforzare le **procedure di gara centralizzate, attraverso Intercent-ER**, per l'acquisizione di tecnologie, tra cui farmaci, vaccini, dispositivi medici e apparecchiature adottando modalità che non si concentrino esclusivamente sul criterio del minor costo, ma che tengano conto anche di aspetti qualitativi e organizzativi. Di fondamentale importanza, quindi, i protocolli esistenti tra Regione, Intercent-ER ed organizzazioni sindacali CGIL, CISL, UIL, al fine di standardizzare le procedure, ottimizzare le risorse e garantire la qualità e la tutela del lavoro oltre che la qualità delle cure tramite accordi quadro e linee guida per le aziende sanitarie. Ove possibile ed utile, si condivide la volontà di sperimentare **l'introduzione di sistemi value-based**, basati sulla condivisione del rischio con l'azienda fornitrice. In particolare, per le tecnologie ad alto impatto economico e la cui efficacia possa essere valutata e monitorata mediante gli strumenti informativi attualmente disponibili, si vuole adottare la modalità di gara **outcome-based**, nelle quali il pagamento sia correlato al successo clinico e operativo della tecnologia, incentivando così l'appropriatezza, la qualità dei risultati e l'efficienza complessiva del sistema sanitario. Per il miglior perseguimento di tali finalità si promuoverà un sempre più forte ruolo, in veste di supporto e orientamento, della componente scientifica che sarà integrata alla componente tecnica del public procurement.

A seguito dell'introduzione dei ticket sulla farmaceutica convenzionata nel maggio 2025, si ritiene necessario, in accordo con le parti sociali, valutare una **rivisitazione dei criteri di**

esenzione della quota di compartecipazione a carico dei cittadini (sulla base dell'analisi degli esiti del 2025). In modo da garantire l'esclusione dalla compartecipazione ai pazienti con elevate fragilità sociali, oltre a quelli già titolari di esenzione.

Il **Fascicolo Sanitario Elettronico**, in linea con gli obiettivi PNRR, deve essere sviluppato come **piattaforma unica regionale**, centralizzando e indicizzando tutti i documenti clinici e garantendo accesso sicuro a operatori e cittadini, integrando **l'Ecosistema Dati Sanitari (EDS)**. Parallelamente, il sistema di **prenotazione CUP** deve essere evoluto in una piattaforma unica innovativa di interfaccia con il cittadino, accessibile via sportelli, farmacie, web, MMG, Case della Comunità, numero unico 116117 e Centrali Operative Territoriali, integrata con il FSE.

In questa prospettiva, assume un ruolo centrale l'evoluzione del **sistema regionale di gestione della domanda e dell'offerta** di prestazioni sanitarie. In tale direzione, infatti, il **Centro Servizi di Regione (CSR)** è destinato a fungere da collettore centrale per la domanda e l'offerta di servizi sanitari, gestendo sia le richieste dei pazienti cronici sia quelle dei pazienti occasionali e sarà pienamente integrato con il FSE, al fine di garantire una **gestione unificata** delle agende e una programmazione ottimale della capacità produttiva del SSR. Il CSR rappresenta quindi un nodo strategico nella rete sanitaria regionale, coordinando le risorse disponibili e migliorando la distribuzione dei servizi; grazie alla prenotazione automatica, si consente una pianificazione più precisa ed efficace delle prestazioni, contribuendo alla riduzione dei tempi di attesa e alla corretta gestione delle agende, riducendo anche i mancati appuntamenti (no-show).

In questo quadro operativo, il CSR gestisce informazioni relative alle richieste di prestazioni sanitarie, quali visite specialistiche, esami diagnostici e cicli di terapie, e ai dati sui pagamenti, con integrazione per la visualizzazione e il pagamento del ticket. Uno dei requisiti più significativi del sistema è la possibilità di effettuare **ricerche dei posti liberi per una determinata prestazione a livello regionale su tutte le agende disponibili**, minimizzando l'impatto sui sistemi informatici e organizzativi esistenti e consentendo la messa in esercizio nel minor tempo possibile. Il CSR in prospettiva deve essere il **collettore della domanda** – rappresentata dalla somma delle prestazioni programmate nei Piani Assistenziali Individuali (PAI) – **e dell'offerta**, corrispondente alla capacità disponibile nel SSR, gestendo sia i pazienti cronici, per i quali è prevista una programmazione temporale delle prestazioni, sia i pazienti «occasionalisti», le cui prescrizioni alimentano il sistema, ricevendo inoltre informazioni relative ai piani di trattamento, intesi come insieme di attività programmabili in funzione delle esigenze terapeutiche dei singoli pazienti.

Parallelamente a questa trasformazione organizzativa e tecnologica, si rende necessario strutturare un **ecosistema informativo coerente e governato**, in grado di supportare la programmazione, il controllo e l'evoluzione dei modelli assistenziali regionali. In questo senso, il **Data Hub Sanitario (DHS)** rappresenta una piattaforma integrata che coniuga aspetti architetturali e organizzativi finalizzata a **promuovere interoperabilità e scambio di dati** tra i diversi attori del sistema sanitario regionale, con l'obiettivo di valorizzare il patrimonio informativo dell'Emilia-Romagna a supporto delle finalità di diversi enti come la programmazione sanitaria, il monitoraggio delle attività, il supporto alla Medicina di Iniziativa (ad esempio attraverso il modello RiskER) e la ricerca delle Aziende Sanitarie. Il DHS è concepito per **garantire governance, finalità e funzionalità**: la piattaforma permette agli

attori coinvolti di pubblicare e condividere selettivamente i dati di propria competenza in modo trasparente, consentendo alla Regione, richiedendo dati ad altri attori, di definire regole di certificazione e validazione assicurando il rispetto delle normative vigenti; permette inoltre la gestione strutturata delle diverse finalità per le quali i dati vengono resi disponibili, assicurando chiarezza e tracciabilità nell'utilizzo; e consente la condivisione dei dati tra gli attori del sistema sanitario sia per l'accesso che per la consultazione e l'analisi dei dati. Tra le funzionalità principali rientrano l'accesso ai dati condivisi da altri soggetti, la condivisione di dati verso altri soggetti tramite il Data Hub e l'esecuzione di elaborazioni sui dati condivisi all'interno della piattaforma.

In questo quadro, in linea con gli obiettivi nazionali, si condivide la necessità di implementare servizi di **Telemedicina** – Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto e Telemonitoraggio – in un ambiente digitale collaborativo, anch'esso integrato con il FSE, per facilitare il lavoro dei professionisti lungo tutto il percorso di cura. La diffusione della telemedicina costituisce uno degli elementi prioritari per sostenere la riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77/2022. In particolare, la declinazione del principio della "casa come primo luogo di cura", attraverso la razionalizzazione dei processi di presa in carico e la definizione dei relativi aspetti operativi, sarà favorita dall'implementazione della nuova infrastruttura regionale di telemedicina finanziata nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Tale infrastruttura deve permettere di erogare servizi quali televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, teleassistenza e teleriabilitazione, promuovendo così un nuovo setting assistenziale e contribuendo al processo di digitalizzazione del territorio, al pari di strumenti come il Fascicolo Sanitario 2.0 e il Centro Unico di Prenotazione.

Infine, i software regionali devono essere consolidati e nuovi strumenti introdotti per le Centrali Operative Territoriali, le CURE, il Portale della Sanità Pubblica regionale e il sistema Reporter, garantendo coerenza, interoperabilità e supporto digitale efficace all'intero sistema sanitario.

IL RUOLO DELLA RICERCA E LA COLLABORAZIONE CON IL MONDO ACCADEMICO

La Legge Regionale 29 del 2004 stabilisce che le aziende sanitarie devono integrare la primaria funzione di assistenza con le funzioni di formazione e di ricerca, il cui sviluppo è indispensabile per garantire un flusso costante di innovazione al sistema.

Con la DGR 910/2019 la Regione ha definito il "Sistema ricerca e innovazione nel Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna", esplicitando chiaramente che l'attività di **ricerca - e l'innovazione** che ne consegue -, costituiscono **condizione essenziale per lo sviluppo** del SSR, consentendo di accogliere le innovazioni tempestivamente, in modo efficace ed appropriato al proprio contesto, e di orientarne l'applicazione verso i bisogni assistenziali prioritari.

Il Sistema della Ricerca prevede la definizione del **Piano triennale della Ricerca**, che traccia le **linee di indirizzo** per il potenziamento del sistema regionale della ricerca, promuovendo una **visione unitaria della ricerca, integrando le componenti del SSR e dell'Università**. La definizione del Piano – in corso di formalizzazione - ha seguito un percorso partecipato che ha coinvolto le Direzioni, i professionisti e rappresentanti dei cittadini, come le Associazioni, destinatari dei risultati della ricerca. Sono state individuate **aree di ricerca "orfane" non ancora esplorate**, di potenziale interesse per la Regione Emilia-Romagna, e **aree già sviluppate da potenziare**, partendo dai bisogni prioritari di salute della popolazione.

Di seguito una rappresentazione di quanto emerso, che evidenzia che – per promuovere le innovazioni rappresentate ai paragrafi precedenti, è necessario che queste siano supportate dalla ricerca:

Assistenza territoriale, integrazione e continuità delle cure	Equipe multiprofessionali e multidisciplinari nell'ambito dell'assistenza territoriale	Valutazione dei servizi sanitari e sociali e dei fattori che incidono sulla qualità dell'assistenza		
		PDTA	Reti Hub & Spoke	Presa in carico e continuità nella assistenza territoriale
Sofferenza e malessere degli adolescenti	Benessere operatori «prendersi cura di chi si prende cura»	Sviluppo di metodologie della ricerca sui servizi sanitari e sociali		Valuta... econo... degli interve... sanitari e sociali
		Idonee per fare ricerca su oggetti complessi e processuali	Capaci di adottare un approccio multidimensionale	
		Appropriate per i contesti territoriali	Per lo sviluppo di buone pratiche organizzative, assistenziali, di apprendimento/ formazione	

Particolarmente rilevante è la necessità, emersa dai professionisti, di sviluppare metodologie tipiche della ricerca sociale¹ (are verde e blu nel grafico sopra inserito), per promuovere il **benessere degli operatori**, anche attraverso lo sviluppo di buone pratiche organizzative. Per questo sono promossi i *Dialoghi Internazionali*, momenti di confronto con chi ha già individuato soluzioni a problematiche simili a quelle che anche le nostre strutture stanno incontrando: attraverso il confronto, i diversi sistemi sanitari, sociali e sociosanitari possono condividere approcci, metodologie e strumenti, sviluppando un apprendimento reciproco e **rafforzando la capacità dei servizi di affrontare sfide complesse in modo sostenibile e partecipato**.

Congiuntamente è definita l'importanza di promuovere **valutazioni comparative** delle innovazioni introdotte e dei modelli organizzativi attuati, al fine di **garantire equità ed accessibilità** alle stesse. I bisogni sono sempre crescenti, e per garantire accessibilità all'innovazione, è necessario valutarne la sostenibilità: è necessario, ed etico, che le risposte siano non solo efficaci ma anche appropriate nel senso più ampio del termine, ovvero **stabili nel tempo ed accessibili in modo equo** a tutti coloro che ne hanno effettivamente bisogno. La ricerca, per svilupparsi ed essere competitiva, deve essere orientata ai bisogni di salute prioritari della popolazione. Affinché ciò avvenga, deve essere guidata con una **visione unitaria**, caratterizzata da obiettivi condivisi e da un costante interscambio, facendo convergere discipline diverse, mediche e infermieristiche, economiche, sociali e attori diversi (Aziende Sanitarie, IRCCS, Università) come **nodi di un'unica rete**.

Gli IRCCS in particolare giocano un ruolo fondamentale nella Rete regionale, perché – prima di ogni altra cosa e a differenza di altri Enti di Ricerca –, nella loro natura fondante sono **Istituti di Ricovero e Cura** e quindi con vocazione Assistenziale, che traina il **Carattere Scientifico**: sono la cerniera e il punto di congiunzione tra la risposta ai bisogni assistenziali e la ricerca di soluzioni innovative a tali bisogni. Non a caso la Ricerca promossa dagli IRCCS è traslazionale e clinica: nasce quindi dai bisogni dei pazienti e ha come mission il trasferimento dei risultati in assistenza. Insieme alle Aziende Sanitarie, sebbene con ruoli diversi, sono parte integrante del nostro SSR e come tali partecipano pienamente alle Reti di Ricerca e Assistenziali della nostra Regione. Come accade a livello internazionale e nazionale, operano necessariamente in Rete tra loro e con altri soggetti del SSR e del SSN, perché la Ricerca non può essere condotta solo dentro le mura ma deve confrontarsi con tutti coloro che a vario titolo producono evidenze e le trasferiscono nella pratica clinica, in modo da rendere accessibile a tutti i risultati della stessa. E' nostro obiettivo garantirne una riconoscibilità e un potenziamento della loro integrazione nell'azione di ricerca, in modo da rendere più visibili ed accessibili le eccellenze che li caratterizzano. E in questo senso non ci riferiamo solo agli IRCCS pubblici, ma anche all'IRST, che pur avendo una forma giuridica

¹**Benessere operatori** «prendersi cura di chi si prende cura»

- **Imparare da chi ha dei buoni modelli di governo del personale fa parte della ricerca organizzativa**
«Qual è il modello per selezionare al meglio le persone giuste al posto giusto? Ci sono anche esperienze di autogoverno/empowerment organizzativo che potrebbero essere prese in considerazione»
- **Agire direttamente sul benessere attraverso processi di ricerca (empowerment/ricerca che cura)**
«Il covid ha creato un trauma collettivo (non solo del singolo, ma anche dell'organizzazione) che ancora non è risolto. È un obiettivo conoscitivo ma anche di presa in carico del trauma. La ricerca può aiutare perché dà strumenti di ascolto e di intervento».

privata, concorre a pieno titolo – come gli altri – all'eccellenza di ricerca e assistenziale regionale e partecipa alle reti e a progetti di livello nazionale ed internazionale.

Gli IRCCS, come le Aziende Ospedaliere Universitarie, servono a congiungere i diversi livelli assistenziali, contribuendo ad integrare verticalmente tutti i livelli assistenziali, ospedaliero e territoriale, per una presa in carico globale dei pazienti. E in questa connessione le Aziende, anche quelle territoriali, concorrono alla promozione e partecipazione alla realizzazione dei progetti di ricerca, sia per **coinvolgere il maggior numero di professionisti nella condivisione di nuove competenze e conoscenze**, sia per garantire a tutti i cittadini equità di accesso a terapie innovative: valorizzare la ricerca significa cercare risposta a bisogni che non hanno ancora trovato soluzioni efficaci, efficienti e sicure e rendere più tempestivo l'accesso alle innovazioni.

La partecipazione più ampia possibile del SSR ad attività di ricerca ci rende **soggetto attivo** nel proporre nuove soluzioni ai problemi di salute rilevanti, e non oggetto passivo di innovazioni proposte da altri: ampliare la possibilità di fare ricerca a tutte le Aziende del SSR permette di valorizzare gli ambiti non tradizionalmente oggetto di ricerca – anche organizzativa –, tra cui i processi gestiti dal territorio.

Per favorire lo sviluppo della ricerca e la massima apertura possibile alle sfide – anche internazionali –, è fondamentale rafforzare la **collaborazione** con il **sistema universitario**, per costruire un'**alleanza** capace di garantire la **qualità della formazione del personale sanitario e l'orientamento dell'offerta formativa al fabbisogno regionale**. Ciò comprende l'**ampliamento delle sedi formative**, affinché i futuri professionisti possano formarsi efficacemente e su tutta la "filiera" dei servizi, anche oltre ai confini degli ospedali e l'adozione di meccanismi che favoriscano la **fidelizzazione** dei professionisti al termine del percorso formativo, valorizzando così le **risorse locali** e le **competenze acquisite**. Si auspica inoltre l'introduzione della Specializzazione Universitaria anche per i Medici di Medicina Generale.

È in **sinergia con tutti gli attori del Sistema** – ivi compresi quelli che favoriscono la ricerca a tutti i livelli e in tutti gli ambiti in coerenza con le strategie S3 e grazie alla presenza del Digital Innovation Hub regionale, al fine di creare un **Ecosistema della ricerca** in grado di permettere al SSR di affrontare le **nuove sfide** e **partecipare ai Tecnopoli regionali**.

Le applicazioni di intelligenza artificiale in ambito sanitario

L'**intelligenza artificiale** sta trasformando profondamente la società, l'economia e, in modo particolare, la sanità. Le sue potenzialità, dalla diagnosi precoce alla **personalizzazione dei trattamenti**, dalla prevenzione alla gestione dei sistemi sanitari, aprono prospettive straordinarie, ma pongono anche interrogativi nuovi e complessi sul piano etico, giuridico e sociale.

L'**AI Act europeo** definisce un modello di intelligenza artificiale "**antropocentrica**", che garantisca sicurezza, trasparenza e rispetto dei diritti fondamentali, soprattutto nelle applicazioni ad alto rischio come quelle sanitarie. L'Italia ha appena approvato il Disegno di Legge che sancisce che **i sistemi di IA sono strumenti di supporto clinico**, vieta ogni

discriminazione algoritmica, garantisce il diritto all'informazione e valorizza la ricerca in IA come attività di rilevante interesse pubblico.

In questo scenario, la Regione Emilia-Romagna si colloca come possibile **laboratorio di governance pubblica per promuovere innovazione** attraverso conoscenza e consapevolezza e con strumenti etici, normativi e partecipativi.

Si condivide la volontà quindi a costruire percorsi facilitanti – ma sicuri e trasparenti – per l'introduzione di strumenti che possono veramente innovare il servizio alle persone. Affinché ciò avvenga, è responsabilità del SSR orientarne l'introduzione in coerenza con i bisogni espressi dal SSR, e valutarne l'efficacia e la sostenibilità. Governare l'IA significa governare il futuro della salute, coniugando innovazione, equità e fiducia. L'IA deve essere uno **strumento al servizio delle persone**, per garantire diritti e orientare l'innovazione verso il bene comune: deve essere uno strumento di giustizia sociale, e non un fattore di disuguaglianza.

A tal fine risulta necessario fornire ai professionisti percorsi formativi per approcciare a questi nuovi sistemi, che permettano di valutarne l'effettiva utilità e garantire che vengano impiegati in modo sicuro anche dal punto di vista del quadro normativo che si sta delineando.

Finanziamenti europei e nazionali per la ricerca, partecipazione a reti di ricerca internazionali e nazionali e appalti pubblici innovativi

Si intende promuovere **processi di internazionalizzazione**, facilitando l'accesso a **programmi europei**, trasferendo **buone pratiche** e diffondendo le **politiche comunitarie** in ambito **salute, ricerca e innovazione**. Difatti, si vogliono inoltre adottare **procedure di acquisto innovative** per sostenere la **ricerca** e lo sviluppo di **prodotti e servizi avanzati** non ancora presenti sul mercato.

Le fonti di finanziamento disponibili per i ricercatori sono molteplici e provenienti da diverse istituzioni, sia a livello nazionale che europeo. Per aumentare le possibilità di successo nella partecipazione a bandi competitivi, è necessario identificare chiaramente gli **ambiti prioritari** di interesse, costruire **reti collaborative** solide e attivare strumenti e iniziative che favoriscano la partecipazione a tali bandi.

Parallelamente, si rende necessario promuovere **modalità innovative di procurement**, in grado di rispondere a strategie di efficientamento e di generare una domanda pubblica qualificata e sfidante. Questo approccio consente di stimolare la ricerca e lo sviluppo di prodotti e servizi all'avanguardia, orientando le risorse pubbliche verso soluzioni ad alto impatto.

La costruzione di reti collaborative e l'attivazione di strumenti di accompagnamento facilitano la partecipazione a bandi competitivi, mentre l'adozione di modelli di procurement innovativo favorisce la ricerca applicata e lo sviluppo industriale, stimolando una sinergia tra pubblico e privato.

Queste azioni prevedono una forte sinergia con tutti gli attori del Sistema regionale, ivi compresa la DG Europa e Art-ER, che insieme alla DG Sanità e alle Aziende del SSR partecipano allo sviluppo della Ricerca sui temi della Salute.

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

In Emilia-Romagna si è costruito nel tempo un **sistema di welfare integrato** che rappresenta un modello di riferimento nazionale. Oggi, di fronte ai cambiamenti demografici e sociali, è necessario un ulteriore salto di qualità per garantire equità, prossimità e sostenibilità in tutto il territorio regionale. Il Piano Sociale e Sanitario 2025-2027 individuerà in questo senso una direzione chiara: **potenziare la rete dei servizi** residenziali, semiresidenziali e domiciliari, riducendo le disuguaglianze territoriali e assicurando risposte uniformi, di qualità e realmente accessibili.

L'accreditamento dei servizi sociosanitari è una storica scelta politica assunta dalla Regione Emilia-Romagna che ha voluto e vuole continuare a perseguire, a garanzia della qualità dei processi e degli interventi dei servizi sociosanitari.

Stante l'attuale evoluzione demografica legata all'invecchiamento della popolazione affrontare i problemi connessi alla cronicità, alla non autosufficienza e alla disabilità assume una valenza strategica.

Pertanto, la qualificazione del sistema di accreditamento dei servizi collegati a questi temi diventa prioritaria per perseguire i seguenti obiettivi:

- **Rafforzare le politiche di governo distrettuale:** il comitato di distretto in quanto responsabile delle politiche legate alla non autosufficienza e alla disabilità deve assumere un forte ruolo di governo rispetto alle scelte legate alla composizione demografica, alla definizione assetti organizzativi e al monitoraggio degli esiti
- **Superare l'eccessiva frammentazione** delle politiche nella direzione della costruzione di filiere di intervento integrate: un sistema in grado di fornire una diversificazione dei servizi e in grado di accompagnare le persone nei setting più appropriati. Un sistema che sulla base delle indicazioni del governo distrettuale si presta ad agire collaborazioni e sinergie fra i vari soggetti della rete. La prospettiva è quella di un **continuum assistenziale** che consenta di passare, a seconda dei bisogni, dal sostegno domiciliare ai servizi semiresidenziali o residenziali, garantendo continuità e integrazione.
- **Rendere la programmazione distrettuale uno strumento di equità territoriale** tra le diverse aree: ogni comunità deve poter contare su un numero adeguato di strutture accreditate, in linea con la composizione demografica, la presenza di persone non autosufficienti e disabili e le loro caratteristiche. A questo proposito la distribuzione e quantificazione dei **posti letto accreditati** rappresenta uno snodo strategico di questo sistema al fine di evitare che il diritto di assistenza non dipenda dal luogo di residenza.
- **Potenziare la "domiciliarità",** quale leva per sostenere la permanenza delle persone fragili al proprio domicilio e per alleggerire la pressione sul sistema residenziale: i servizi domiciliari integrati dovranno garantire assetti organizzativi e forme di coordinamento in grado di integrare e ricomporre gli interventi sociali e sanitari, mettendo al centro la persona. L'obiettivo condiviso è quello di **rafforzare la dimensione di prossimità**, favorendo modelli di assistenza personalizzata che valorizzino la partecipazione degli

utenti e delle famiglie, la collaborazione con il Terzo Settore e il coinvolgimento dei caregiver. A questo scopo è necessario definire tempi e modalità per recuperare gli elementi di qualificazione e di miglioramento organizzativo previsti dalla DGR 1638/2024, sospesa con la DGR 1110/2025.

Il **riconoscimento del ruolo dei caregiver familiari** è parte integrante del nuovo patto di welfare. La Regione Emilia-Romagna, in attuazione della Legge Regionale 2/2014 e attraverso il nuovo **Fondo Regionale Caregiver**, rafforza gli interventi di sollievo, sostegno, formazione e supporto psicologico. La nuova programmazione per l'utilizzo del Fondo regionale dedicato promuove un'omogenea strutturazione della rete di sostegno ai caregiver favorendo la partecipazione del Terzo Settore e il confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie del presente patto per garantire ai caregiver diritti, tutele e servizi dedicati, favorendo la conciliazione tra cura e lavoro e la partecipazione attiva dei caregiver nei processi di programmazione.

In questo quadro, **anche gli interventi a favore dell'invecchiamento attivo** non sono solo una sfida demografica, ma un'opportunità per rafforzare la coesione sociale e la partecipazione. Il nuovo Piano Sociale e Sanitario regionale potrà promuovere politiche che favoriscano la salute, l'autonomia e il protagonismo delle persone anziane, anche attraverso interventi di prevenzione, attività culturali e sportive, percorsi di formazione digitale e volontariato. L'obiettivo è **contrastare l'isolamento** e valorizzare il ruolo delle persone anziane come risorsa per la comunità, in coerenza con la Strategia europea sull'invecchiamento attivo e con le linee nazionali di promozione della salute e partecipazione sociale.

Un'attenzione particolare è riservata al tema dell'**equilibrio territoriale**. Laddove persistono aree con minore dotazione di posti accreditati o con maggiori difficoltà di accesso ai servizi – in particolare nelle zone montane, rurali o periferiche – il Piano deve prevedere azioni compensative e priorità di investimento.

Questo modello di welfare si fonda sulla **collaborazione** tra Aziende sanitarie, Enti locali, Terzo Settore, Organizzazioni sindacali, firmatarie del presente patto, e comunità. La **governance multilivello**, saldamente in mano pubblica, sostenuta da strumenti di pianificazione e di monitoraggio condivisi, deve assicurare coerenza tra le scelte regionali e la programmazione distrettuale, favorendo trasparenza, partecipazione e responsabilità diffusa. In definitiva, **il rafforzamento e la qualificazione della rete dei servizi accreditati, l'estensione dell'assistenza domiciliare e la valorizzazione del FRNA** rappresentano le direttrici di un nuovo patto di equità territoriale. Un patto che mira a costruire un welfare sempre più vicino alle persone, capace di integrare cura e prevenzione, sanità e sociale, garanzia di servizi essenziali e innovazione.

In questa direzione, la riforma nazionale per la popolazione anziana (L. 33/2023; Dlgs 29/2024) segna un passaggio storico verso un sistema integrato di assistenza, fondato sul principio della **domiciliarità** e sulla **continuità delle cure**, anche se la mancata previsione dei necessari finanziamenti rappresenta un elemento di grande criticità. In Emilia-Romagna la

sua attuazione si intreccia con il DM 77/2022 e con gli investimenti del PNRR, per potenziare le Case della Comunità, i servizi domiciliari e le soluzioni tecnologiche di telemedicina. La sfida è garantire **uniformità di accesso e qualità delle prestazioni**, superando le frammentazioni e costruendo un modello che metta al centro la persona, la famiglia e la comunità. In questo contesto il PUA rappresenta uno snodo fondamentale nelle politiche di integrazione sociosanitaria ed uno strumento operativo di coesione territoriale. Il PUA deve diventare l'infrastruttura fondamentale in grado di orientare e sorreggere le famiglie nelle scelte da compiere, offrendo gli strumenti e le conoscenze necessarie rispetto ai vantaggi normativi previsti, ai servizi offerti dal Distretto ed alle varie opportunità territoriali.

Nell'ambito dello sviluppo e della qualificazione dei servizi sociosanitari si colloca la recente **riforma nazionale in materia di disabilità** di cui al D.lgs. 3 maggio 2024, n. 62, ad oggi applicata sperimentalmente solo in alcune province italiane (per l'Emilia-Romagna quella di Forlì-Cesena, ma è previsto l'allargamento della sperimentazione ad altre 4 province), con previsione di applicazione a regime su tutto il territorio nazionale a decorrere dal 1° gennaio 2027. La riforma, anch'essa sotto-finanziata, ha il suo fulcro nel **progetto di vita**, diretto a realizzare gli obiettivi della persona con disabilità per migliorare le condizioni personali e di salute nei diversi ambiti di vita, facilitandone l'**inclusione sociale** e la partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri, e che deve tendere a favorire la libertà della persona con disabilità di scegliere dove vivere e con chi vivere, garantendo il diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni. Nell'ambito del progetto di vita riveste un ruolo centrale il tema dell'integrazione sociosanitaria, da conseguire in sede di valutazione multidimensionale con la partecipazione e l'apporto dei diversi professionisti che partecipano, insieme alla persona con disabilità, alle Unità di valutazione multidimensionale (UVM).

Nella nostra Regione sono presenti da tempo le **Unità di valutazione multidimensionale**; al fine della predisposizione del progetto di vita verranno definite le modalità di riordino e unificazione, all'interno delle unità di valutazione multidimensionale previste dalla riforma, delle attività e dei compiti svolti dalle diverse unità di valutazione multidimensionale operanti a livello distrettuale nell'ambito della disabilità, per garantire l'unitarietà della presa in carico e degli interventi di sostegno; verranno inoltre definite le modalità con le quali le UVM previste dalla riforma si coordinano o si riunificano con le Unità di valutazione multidimensionali di cui all'articolo 21 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 e con quelle operanti presso le Case della Comunità.

Il motore di questo sistema integrato è il **Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA)**, uno strumento politico e finanziario fondamentale per la tenuta del welfare locale. Attraverso il FRNA vengono finanziati servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per le persone con disabilità e anziane non autosufficienti. La programmazione regionale per il triennio 2025-2027 prevede un incremento delle risorse del FRNA e a partire dal 2025 il finanziamento del Fondo regionale caregiver in attuazione della legge Regionale n. 5/2024 per sostenere non solo i servizi classici, ma anche **forme innovative di assistenza**, come progetti di sollievo e sostegno ai caregiver che si prendono cura delle persone non autosufficienti e sperimentazioni di welfare di comunità. In questo modo, il FRNA diventa non solo un meccanismo di finanziamento, ma anche un fattore di innovazione sociale, capace di orientare le politiche verso modelli più flessibili, personalizzati e sostenibili.

L'incremento del Fondo regionale per la non autosufficienza è destinato oltre che alla **sostenibilità del sistema**, come l'adeguamento tariffario dei servizi sociosanitari accreditati per garantire la copertura dei rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro applicati agli operatori che operano nei servizi, anche alla qualificazione ed aggiornamento del sistema dell'accreditamento e all'ampliamento dell'offerta di servizi residenziali (soprattutto case residenza anziani), ma anche diurni e domiciliari sia per persone anziane che con disabilità.



Regione Emilia-Romagna
Presidenza della Giunta
Viale Aldo Moro, 52 - 40127 Bologna
Tel. 051.5275800 - 051.5275629
www.regione.emilia-romagna.it