

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno lunedì 25 **del mese di** febbraio
dell' anno 2013 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bianchi Patrizio	Assessore
2) Bortolazzi Donatella	Assessore
3) Freda Sabrina	Assessore
4) Gazzolo Paola	Assessore
5) Lusenti Carlo	Assessore
6) Marzocchi Teresa	Assessore
7) Melucci Maurizio	Assessore
8) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
9) Peri Alfredo	Assessore
10) Rabboni Tiberio	Assessore

Presiede l'Assessore Bianchi Patrizio
attesa l'assenza del Presidente, ai sensi dell'art. 3, comma 2 L.R. 14/89

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2013

Cod.documento GPG/2013/49

Num. Reg. Proposta: GPG/2013/49

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Preso atto che non è stato sottoscritto il Patto per la Salute 2013 - 2015, che costituisce l'accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome in merito alla programmazione sanitaria nazionale ed alla conseguente definizione sia di livelli essenziali di assistenza appropriati ed uniformi a livello nazionale che del fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Nazionale, in parte corrente ed in conto capitale;

Visto il Decreto Legislativo n. 68 del 6 maggio 2011 recante "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", il cui Capo IV è diretto a disciplinare, a decorrere dall'anno 2013, la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, al fine di assicurare un graduale e definitivo superamento dei criteri di riparto adottati ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della Legge n. 662 del 23 dicembre 1996, come integrati dagli Accordi Stato-Regioni in materia sanitaria;

Tenuto conto che il Ministero della Salute non ha ancora presentato alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, ai fini dell'acquisizione della prevista Intesa, la proposta di deliberazione CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2013 e delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013, di cui al citato articolo 1, comma 34, della Legge n. 662/1996;

Considerato che non è possibile prevedere i criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale che i Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome adotteranno per l'anno 2013, così come non è possibile prevedere le modalità

applicative del citato Decreto Legislativo n. 68/2011, nelle more dell'adozione dei previsti provvedimenti attuativi;

Visto l'articolo 15, comma 13, lettera c) del Decreto Legge n. 95/2012 recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (c.d. Spending Review), convertito con modificazioni nella Legge n. 135/2012, che prevede, entro il 31 ottobre 2012, la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera mediante l'approvazione di un Regolamento del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, previa Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome;

Preso atto che il sopracitato Regolamento non è stato adottato e pertanto le Regioni non sono nelle condizioni di predisporre i provvedimenti regionali di adeguamento dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale;

Preso altresì atto che:

- il Ministero della Salute ha proposto un provvedimento di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, che sarà adottato di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari e previa Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, non ancora acquisiti;
- il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, in data 18 ottobre 2012 ha approvato un Decreto per la determinazione delle tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica e di individuazione dei criteri generali in base ai quali le Regioni adottano il proprio sistema tariffario, che è stato registrato alla Corte dei Conti in data 19 dicembre 2012 e che è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013, S.O. n. 8;

Visto il Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni nella Legge 8 novembre 2012, n. 189, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo

del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, ed in particolare l'articolo 1 che prevede il riordino dell'assistenza territoriale e l'adeguamento degli Accordi Collettivi Nazionali che disciplinano i rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali, sulla base delle disposizioni che saranno emanate dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sentita la Conferenza delle Regioni e le organizzazioni sindacali, non ancora disponibili;

Tenuto conto del Decreto Legge n. 174 del 10 ottobre 2012 avente ad oggetto "Disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012", convertito con modificazioni nella Legge n. 213 del 7 dicembre 2012, che rafforza la partecipazione della Corte dei Conti al controllo sulla gestione finanziaria delle Regioni e che, all'articolo 1, comma 3, prevede l'esame da parte delle Sezioni regionali di controllo dei bilanci preventivi e dei rendiconti consuntivi degli Enti che compongono il Servizio Sanitario Nazionale per verificare in particolare la sostenibilità dell'indebitamento e l'assenza di irregolarità in grado di pregiudicare gli equilibri economico-finanziari;

Visto il Decreto legislativo n. 118 del 23 giugno 2011 e successive modifiche ed integrazioni, recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42" che ha avviato il processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto in attuazione del federalismo fiscale ed ha definito i principi contabili per il settore sanitario, applicabili a decorrere dall'anno 2012;

Preso atto che:

- il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, non ha ancora completato l'adozione dei preannunciati documenti afferenti la Casistica applicativa al fine di dare piena ed uniforme applicazione al Titolo II del citato Decreto legislativo n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni e, in particolare, non ha ancora reso disponibile la Casistica applicativa relativa alle procedure di redazione del bilancio consolidato del Servizio Sanitario Regionale di

cui all'articolo 32 del citato Decreto legislativo n. 118/2011;

- il citato Decreto legislativo n. 118/2011 è stato oggetto della revisione, prevista dall'articolo 34, comma 1 dello stesso Decreto, che ha portato:
 - ad un adeguamento dei principi di valutazione di cui all'articolo 29, modificati in particolare dall'articolo 1, comma 36 della Legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di stabilità 2013), che ha sostituito il comma 1, lettera b) del citato articolo 29;
 - ad una modifica degli schemi di bilancio di cui all'articolo 26, comma 3 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa), prevista nello schema di Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, rispetto al quale è stata sancita Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome in data 24 gennaio 2013;

Richiamato l'articolo 32, comma 5 del citato Decreto Legislativo n. 118/2011, che prevede che la Giunta Regionale approvi i Bilanci economici preventivi annuali delle Aziende sanitarie e della Gestione Sanitaria Accentrata, nonché il Bilancio economico preventivo annuale consolidato entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono (approvazione dei Bilanci economici preventivi dell'anno 2013 entro il 31.12.2012);

Considerato che i citati provvedimenti afferenti l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, la definizione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera ed il rinnovo degli Accordi Collettivi Nazionali che disciplinano i rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali riformano il Servizio Sanitario Nazionale e determinano rilevanti impatti programmatici, organizzativi ed economico-finanziari;

Dato atto che nel corso dell'anno 2012 è stata tempestivamente avviata la pianificazione sanitaria regionale dell'anno 2013, ma è stata valutata l'opportunità di rinviare l'adozione dei Bilanci Economici Preventivi aziendali e della Gestione Sanitaria Accentrata, nonché del consolidato regionale, in attesa della definizione dei provvedimenti

normativi sopra richiamati, indispensabili e rilevanti ai fini della programmazione sanitaria regionale;

Ravvisata l'opportunità di completare la definizione della programmazione sanitaria regionale dell'anno 2013, nonostante non siano stati ancora adottati gli importanti provvedimenti normativi precedentemente richiamati e nonostante il quadro di incertezza finanziaria determinato dall'indisponibilità del riparto tra le Regioni del Fondo Sanitario Nazionale dell'anno 2013, stante l'esigenza di fornire alle Direzioni aziendali le indicazioni ed i riferimenti necessari per assicurare un governo puntuale delle risorse disponibili, nella prospettiva di una significativa contrazione delle risorse nazionali nel triennio 2013-2015;

Ritenuto opportuno, in questa prima fase, limitare la programmazione aziendale alla predisposizione del Bilancio economico preventivo di cui all'articolo 7 della Legge Regionale n. 50 del 20 dicembre 1994 e successive modifiche ed integrazioni, in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende sanitarie ed all'articolo 4 del Regolamento Regionale di contabilità economica n. 61 del 27 dicembre 1995 e successive modifiche ed integrazioni, comprensivo del Piano degli investimenti del triennio 2013-2015 redatto secondo gli specifici schemi regionali, tenuto conto dell'indeterminatezza del futuro scenario di riferimento per il settore sanitario, con particolare riferimento agli aspetti economico-patrimoniali, che preclude la possibilità di effettuare una programmazione pluriennale attendibile;

Visto il Decreto Legge 6 luglio 2011, n. 98 recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria, convertito con modificazioni nella Legge 15 luglio 2011, n. 111, che all'articolo 17, comma 1, ha definito il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale degli anni 2013 e 2014, prevedendo:

- per l'anno 2013 un incremento dello 0,5% rispetto all'anno 2012, che corrisponde ad un livello di finanziamento pari a 109.224 milioni;
- per l'anno 2014 un incremento dell' 1,4% rispetto all'anno 2013, che corrisponde ad un livello di finanziamento pari a 110.716 milioni;

Visto il citato Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 (c.d. Spending Review), convertito con modificazioni nella Legge 7 agosto 2012, n. 135, che all'articolo 15, comma 22 ha previsto una riduzione del finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale come determinato dal citato Decreto Legge n. 98/2011, convertito con modificazioni nella Legge n. 111/2011, pari a 900 milioni nell'anno 2012, a 1.800 milioni nell'anno 2013, a 2.000 milioni nell'anno 2014, a 2.100 milioni a decorrere dall'anno 2015;

Vista la citata Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013) che, all'articolo 1, comma 132, riduce il livello del fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale e del correlato finanziamento, come rideterminato dal citato articolo 15, comma 22, del citato Decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni nella Legge n. 135/2012, di 600 milioni di euro per l'anno 2013 e di 1.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2014;

Preso atto che, alla luce dei provvedimenti legislativi sopra richiamati, il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2013 è quantificabile in 106.824 milioni, che determina, per la prima volta dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, una riduzione rispetto all'anno precedente dello 0,98% pari a circa 1.056 milioni;

Preso altresì atto che il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale atteso per il triennio 2013-2015 risulterà, per ogni singolo anno, inferiore al livello di finanziamento dell'anno 2012;

Dato atto che il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2013 sopra quantificato:

- tiene conto della Legge n. 244 del 24 dicembre 2007 (legge finanziaria 2008), articolo 2 - comma 283, nonché del D.P.C.M. 1 aprile 2008 e della Legge n. 191 del 23 dicembre 2009 (legge finanziaria 2010), articolo 2 - comma 67, che completano il riordino della medicina penitenziaria trasferendo al S.S.N. tutte le funzioni sanitarie e le relative risorse finanziarie che, per l'anno 2013, sono stimate, in continuità con gli anni precedenti, in 167,8 milioni;
- non tiene conto della Legge n. 9 del 17 febbraio 2012 di conversione del Decreto Legge n. 211 del 22 dicembre 2011 che all'articolo 3-ter, comma 7, prevede un finanziamento

a titolo di concorso agli oneri sostenuti dalle Regioni in seguito all'avvio del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, pari a 55 milioni per l'anno 2013, in quanto i criteri di riparto non sono ancora stati definiti a livello nazionale;

- non tiene conto del Decreto Legislativo n. 109 del 16 luglio 2012, articolo 5, comma 16, in materia di sanzioni e provvedimenti per l'impiego di immigrati il cui soggiorno è irregolare, che prevede un finanziamento pari a 130 milioni per l'anno 2013, il cui riparto sarà definito in relazione al numero dei lavoratori extracomunitari emersi ai sensi del citato articolo 5 del Decreto Legislativo n. 109/2012;

Richiamate:

- la Legge Regionale n. 19 del 21 dicembre 2012 avente ad oggetto la legge finanziaria regionale per l'anno 2013 adottata a norma dell'art. 40 della Legge Regionale 15 novembre 2001, n. 40 in coincidenza con l'approvazione del bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2013 e del bilancio pluriennale 2013-2015" (delibera di Giunta Regionale n. 1664 del 13 novembre 2012);
- la Legge Regionale n. 20 del 21 dicembre 2012 concernente il Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2013 e Bilancio pluriennale 2013-2015 (delibera della Giunta Regionale n. 1665 del 13 novembre 2012);

con le quali viene confermato l'intervento regionale che, con mezzi autonomi del proprio bilancio, garantisce:

- a) con complessivi 150 milioni il fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Regionale, di cui 100 milioni a valere sul Capitolo 51640 al fine di assicurare la copertura finanziaria degli oneri a carico dei bilanci dell'esercizio 2013 delle Aziende sanitarie regionali derivanti dall'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza e 50 milioni a valere sul Capitolo 51638 a garanzia del pareggio di bilancio dell'esercizio 2013 del Servizio Sanitario Regionale, salvo eventuali variazioni compensative definite da questa Giunta nell'ambito dei medesimi capitoli; l'intervento regionale trova copertura nel bilancio pluriennale 2013-2015 a carico dell'esercizio 2014 (lo stanziamento 2013 garantisce il

fabbisogno finanziario del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2012, mentre lo stanziamento 2014 garantisce il fabbisogno finanziario del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2013);

- b) con 70 milioni il finanziamento del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza al fine di garantire le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria;

Ritenuto, alla luce del quadro finanziario sopra descritto, che la programmazione sanitaria regionale dell'anno 2013, possa essere impostata sulla base di un volume complessivo di risorse pari a 7.850,360 milioni, determinato dalla stima delle seguenti disponibilità:

- 7.585,360 milioni che costituiscono, per la nostra Regione, il livello di finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, stimato ipotizzando una quota di accesso regionale alle risorse nazionali pari a quella dell'anno 2012;
- 115 milioni che costituiscono, per la nostra Regione, il finanziamento vincolato degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, stimato ipotizzando una quota di accesso regionale in linea con quella dell'anno 2012;
- 150 milioni di risorse regionali stanziati dalla citata Legge Regionale n. 20 del 21 dicembre 2012 concernente il Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2013 e Bilancio pluriennale 2013-2015, a carico dell'esercizio 2014;

così come rappresentato nella Tabella 1, allegata parte integrante del presente provvedimento;

Atteso che qualora la stima delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013 si discostasse significativamente dalle risorse effettivamente assegnate, in particolare a seguito del perfezionamento dell'Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome sul riparto del Fondo Sanitario Nazionale 2013, questa Giunta provvederà, con successivo atto deliberativo, a rivedere la programmazione del Servizio Sanitario Regionale ed a rideterminare il finanziamento delle Aziende sanitarie regionali;

Dato atto che dei 150 milioni di risorse regionali a garanzia del fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Regionale sopra richiamati, 50 milioni alimentano il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza dell'anno 2013 e, in continuità con gli anni precedenti, si sommano alla quota consolidata a carico della sanità pari a 310,600 milioni ed alle risorse direttamente attribuite dalla citata Legge Regionale n. 19/2012 (Legge finanziaria regionale per l'anno 2013) pari a 70 milioni;

Stabilito che il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza dell'anno 2013:

- ammonta a complessivi 430,6 milioni di euro, costituiti per 310,6 milioni dalle risorse consolidate, derivanti per 217,208 milioni dalla quota "storica" del Fondo sanitario regionale per l'assistenza agli anziani ed alle persone con gravissime disabilità acquisite, per 93,392 milioni dalla quota del Fondo sanitario regionale per l'assistenza ai disabili e ricompresa nel finanziamento dei livelli di assistenza, e per 120 milioni dalle risorse regionali;
- sarà integrato con la quota di competenza regionale derivante dal riparto delle risorse che l'articolo 1, comma 272 della citata Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013), destina agli interventi di pertinenza del Fondo per le non autosufficienze, inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, pari a 275 milioni a livello nazionale; lo schema di Decreto Interministeriale concernente il riparto di tali risorse ha acquisito l'Intesa in sede di Conferenza Unificata in data 24 gennaio 2013 e prevede un'assegnazione di 21,725 milioni a favore della nostra Regione,;

Dato atto che il volume complessivo delle risorse utilizzabili per il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale dell'anno 2013, stimato in misura pari a 7.850,360 milioni, determina per la prima volta, una minore disponibilità rispetto all'anno precedente pari all'1,04%, equivalente ad una riduzione di circa 81 milioni;

Considerato che a fronte della riduzione del livello di finanziamento prospettata per l'anno 2013, il sistema sanitario regionale è impegnato a garantire una situazione di pareggio di bilancio, ricomprendendo nel vincolo di bilancio i maggiori oneri determinati:

- dal trend fisiologico di aumento dei costi che, in assenza di specifiche misure di contenimento della spesa, è stimabile in circa 120 milioni, calcolati ipotizzando un incremento dei costi di produzione analogo a quello rilevato nell'anno 2012 e tenendo conto dell'incremento dell'IVA che, ai sensi dell'articolo 1, comma 480 della citata Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013), a decorrere dall'1 luglio 2013 è rideterminata dal 21 al 22 per cento;
- dalla modalità di verifica del risultato d'esercizio del bilancio sanitario consolidato definita a seguito dell'Accordo del 24 marzo 2011 fra il Tavolo di verifica degli adempimenti (ex articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) ed il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (ex articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005), che a partire dall'anno 2013 prevede, tra l'altro, la copertura finanziaria della quota annuale degli ammortamenti non sterilizzati degli anni 2001-2011 (ammortamenti delle immobilizzazioni non acquistate con contributi in conto capitale, donazioni vincolate ad investimenti, plusvalenze patrimoniali da reinvestire), per i quali è stato concordato il finanziamento nell'arco temporale di 25 anni, con un costo stimabile in circa 40 milioni annui; la quota annuale degli ammortamenti non sterilizzati pregressi sarà finanziata attraverso le risorse regionali che garantiscono il fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Regionale e sarà rilevata dalle Aziende sanitarie a riduzione delle perdite pregresse;
- dalla corresponsione degli indennizzi previsti dalla Legge n. 210 del 25 febbraio 1992 a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di trasfusioni e somministrazione di emoderivati, con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale in quanto è stato superato il finanziamento dello Stato, secondo quanto previsto dall'articolo 14, comma 2 del Decreto Legge n. 78/2010, convertito con modificazioni nella Legge n. 122/2010, con un costo stimabile in circa 20 milioni;

Constatato che la riduzione delle risorse destinate alle politiche sociali e sanitarie, in presenza di una situazione di crescita dei bisogni assistenziali dovuta all'attuale crisi economica ed alla trasformazione del tessuto sociale, caratterizzato dalla crescita dell'immigrazione,

dall'invecchiamento della popolazione, dalla frammentazione dei nuclei familiari, richiede il perseguimento di politiche tese ad assicurare un rafforzamento del sistema di welfare regionale;

Stabilito che il mantenimento di un Servizio Sanitario Regionale in grado di rispondere efficacemente ai bisogni della popolazione, di assicurare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e qualitativamente allineato ai migliori standard nazionali ed internazionali costituisce un impegno prioritario a livello regionale, unitamente al sostegno all'innovazione ed all'adeguamento strutturale e tecnologico;

Verificato che la sostenibilità economico-finanziaria del Servizio Sanitario Regionale dell'anno 2013 richiede un governo attento delle risorse disponibili e della spesa sanitaria, nonché la tempestiva attuazione di politiche di razionalizzazione della spesa e di misure di riorganizzazione del sistema, stante il contesto economico-finanziario, caratterizzato contestualmente dalla riduzione delle risorse disponibili e dalla tendenza all'aumento dei costi gestionali, precedentemente richiamati;

Dato altresì atto che nell'anno 2013, proseguirà la rilevazione dei maggiori oneri determinati:

- dall'applicazione dei principi di valutazione del settore sanitario approvati con l'articolo 29 del citato Decreto Legislativo n. 118/2011 e successivamente modificati ed integrati, con particolare riferimento alla sostituzione del comma 1, lettera b) disposta dall'articolo 1, comma 36 della citata Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013), la cui modalità applicativa è stata oggetto della nota interpretativa protocollo n. 2496 del 28 gennaio 2013 predisposta dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze;
- dalla citata modalità di verifica del risultato d'esercizio del bilancio sanitario consolidato definita a seguito del citato Accordo del 24 marzo 2011 tra il Tavolo di verifica degli adempimenti ed il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, che prevede il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio;

Ravvisata pertanto l'opportunità di impegnare le singole Aziende sanitarie ed il sistema sanitario regionale nel suo complesso, a porre in essere le azioni necessarie per il

contenimento della spesa sanitaria, compatibilmente con la salvaguardia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza che costituisce obiettivo inderogabile del sistema sanitario regionale, dando attuazione:

- alle misure di controllo della spesa sanitaria previste dal Decreto Legge n. 78 del 31 maggio 2010, convertito con modificazioni nella Legge n. 122 del 30 luglio 2010, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica;
- alle misure di razionalizzazione della spesa sanitaria previste dal citato articolo 17 del Decreto Legge n. 98/2011, convertito con modificazioni nella Legge n. 111/2011, recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria;
- alle misure di razionalizzazione e di riduzione della spesa sanitaria previste dall'articolo 15 del citato Decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni nella Legge n. 135/2012 (c.d. Spending review);
- alle ulteriori misure previste dalla citata Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013), con particolare riferimento all'articolo 1, comma 131;
- alle misure regionali aggiuntive in materia di revisione tariffaria delle prestazioni di degenza ospedaliera, di definizione delle azioni per assicurare la sostenibilità delle cure primarie ed il contenimento del costo del personale dipendente;

Preso atto dell'articolo 1, comma 131, lettera a) della citata Legge n. 228/2012 che prevede la possibilità per le Regioni di adottare misure di riduzione della spesa sanitaria alternative a quelle individuate dallo stesso comma 131, al fine di salvaguardare i Livelli Essenziali di Assistenza con specifico riferimento alle esigenze di inclusione sociale, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario;

Ritenuto di confermare anche per la programmazione sanitaria regionale dell'esercizio 2013 l'obiettivo inderogabile del pareggio di bilancio, che costituisce vincolo e obiettivo sia per il Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso che per le singole Aziende sanitarie, perseguibile attraverso le misure precedentemente richiamate, attraverso le azioni di qualificazione del sistema sanitario che da tempo sono state promosse a livello regionale, quali

la riorganizzazione del modello di assistenza ospedaliera per intensità di cura e per intensità assistenziale, il riordino delle cure primarie e la revisione dei modelli organizzativi, nonché attraverso il proseguimento delle azioni di sostenibilità e di razionalizzazione poste in essere a livello aziendale;

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

- nella predisposizione degli strumenti di programmazione economico-finanziaria per l'anno 2013 coerenti con il documento "Il quadro economico e la sostenibilità del sistema dei servizi sanitari e sociali integrati", Allegato B quale parte integrante della presente deliberazione, dando atto che il documento costituisce il quadro degli obiettivi dell'anno 2013 per il Servizio Sanitario Regionale;
- nel rispetto dell'obiettivo economico-finanziario definito a livello regionale, che dovrà essere perseguito anche attraverso la tempestiva individuazione di specifiche misure aziendali di razionalizzazione e di contenimento della spesa sanitaria;

Dato atto che il pareggio di bilancio costituisce la condizione per garantire il consolidamento dell'area della integrazione socio-sanitaria, l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza ed un governo flessibile del personale;

Preso atto che la verifica del risultato dell'esercizio 2013 secondo la modalità definita con il citato Accordo del 24 marzo 2011 fra il Tavolo di verifica degli adempimenti ed il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, comporta il finanziamento sia degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio che della quota annuale degli ammortamenti non sterilizzati degli anni 2001-2011, per i quali è stato concordato il finanziamento nell'arco temporale di 25 anni;

Ritenuto opportuno:

- accantonare le risorse necessarie ad assicurare il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009; tali risorse saranno assegnate

alle Aziende sanitarie sulla base delle risultanze consuntive in sede di chiusura dell'esercizio 2013;

- finanziare gli ammortamenti non sterilizzati relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione successivamente all'1.1.2010, nell'ambito del finanziamento dei livelli essenziali di assistenza per le Aziende Usl e nell'ambito del valore della produzione per le Aziende Ospedaliere e per l'Istituto Ortopedico Rizzoli;

Dato atto che per le Aziende sanitarie regionali l'obiettivo economico-finanziario dell'anno 2013 è rappresentato:

- dall'equilibrio economico-finanziario in sede di formulazione del Bilancio Economico preventivo e delle rendicontazioni trimestrali, corrispondente ad una perdita non superiore al valore degli ammortamenti non sterilizzati ante 2009; le risorse appositamente accantonate in sede di programmazione regionale consentiranno di evidenziare una situazione di pareggio in sede di consolidato regionale;
- dal pareggio del Bilancio d'esercizio, determinato secondo le regole civilistiche, in sede di consuntivazione;

Ritenuto di impostare il finanziamento dell'anno 2013 su un livello complessivo di risorse, come definito precedentemente, pari a 7.850,360 milioni, ripartendolo come segue:

- 7.259,590 milioni vengono destinati al finanziamento dei Livelli di assistenza, di cui 310,600 milioni costituiscono la quota consolidata a finanziamento del FRNA; il riparto tra le Aziende sanitarie avviene a quota capitaria, per funzioni e progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento;
- 68,257 milioni sono riservati al finanziamento del Sistema integrato Servizio Sanitario Regionale - Università;
- 38,240 milioni sono trattenuti a finanziamento delle strutture e delle funzioni regionali e dell'innovazione;
- 192,620 milioni costituiscono il finanziamento a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e per la qualificazione dell'assistenza ospedaliera;
- 50 milioni vengono confermati ad ulteriore finanziamento del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza;

- 103,550 milioni sono riservati, tra l'altro, al finanziamento di prestazioni aggiuntive rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza non ricomprese nei punti precedenti, a sostegno dell'attività di ricerca degli IRCCS regionali, a finanziamento dei costi per i fattori della coagulazione del sangue per il trattamento di pazienti emofilici, al finanziamento degli indennizzi agli emotrasfusi ai sensi della Legge n. 210/1992;
- 138,103 milioni verranno ripartiti tra le Aziende sanitarie in chiusura dell'esercizio 2013: 120 milioni sulla base degli ammortamenti non sterilizzati delle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009 di competenza dell'esercizio e 18,103 milioni ai fini del raggiungimento del pareggio di bilancio;

così come analiticamente rappresentato nella Tabella 1, allegata parte integrante del presente provvedimento;

Considerato che per definire il complessivo livello delle risorse a disposizione del Servizio sanitario regionale per il 2013 è necessario tenere anche conto di:

- 338 milioni quale acconto per la remunerazione delle prestazioni rese in regime di mobilità interregionale, nonché della regolazione della mobilità internazionale prevista ai sensi dell'articolo 1, commi 82 e 83 della citata Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013), nelle more dell'adozione del previsto Regolamento applicativo;
- 450 milioni circa di entrate dirette delle Aziende sanitarie, a fronte di prestazioni rese, comprensive del gettito assicurato dalle misure regionali di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie di cui all'Accordo fra la Regione Emilia-Romagna, il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze siglato in data 28 dicembre 2011 ai sensi dell'art. 1, lettera p-bis della Legge n. 296/2006;

risorse che, pur concorrendo alla copertura della complessiva spesa sanitaria regionale, dovranno essere contabilizzate nei bilanci aziendali in relazione alle prestazioni e servizi effettivamente resi in corso d'anno;

Ritenuto altresì che la verifica dell'andamento della gestione aziendale rispetto all'obiettivo assegnato debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo verifiche straordinarie nel mese di giugno e di settembre;

Ravvisata l'opportunità di istituire il Comitato permanente di monitoraggio, coordinato dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, con l'incarico di monitorare l'andamento delle gestioni aziendali, di verificare l'attuazione ed il rispetto delle linee di programmazione sanitaria regionale, di valutare i Piani delle assunzioni del personale, di supportare le Aziende sanitarie nell'identificazione delle azioni necessarie per assicurare il raggiungimento dell'obiettivo economico-finanziario, di valutare le modalità applicative delle misure nazionali e regionali di razionalizzazione e di riduzione della spesa sanitaria, tenuto anche conto della possibilità di adottare a livello regionale delle misure alternative purché in grado di assicurare l'equilibrio del bilancio sanitario secondo quanto previsto dal citato articolo 1, comma 131, lettera a) della Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013);

Dato atto che il Comitato permanente di monitoraggio sarà formalmente costituito con successiva Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali;

Richiamati:

- il Patto per la Salute 2010-2012, sul quale è stata sancita Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome in data 3 dicembre 2009, repertorio n. 243/CSR, che all'articolo 11 prevede che le Regioni si impegnino ad avviare le procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci sanitari; quanto previsto dall'articolo 11 costituisce per le Regioni un adempimento per l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario Nazionale;
- l'articolo 1, comma 291 della Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 (Legge finanziaria 2006) che prevede l'adozione di un Decreto Ministeriale per definire i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci sanitari;

Preso atto che nel corso del 2013 la Regione e le Aziende sanitarie sono impegnate nella definizione e nella progressiva realizzazione del Progetto regionale per la certificabilità dei bilanci sanitari, tenuto conto:

- del Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, del 17 settembre 2012 che prevede l'obbligo della certificabilità dei dati

e dei bilanci sanitari, ossia l'applicazione di una regolamentazione in materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo contabili che ponga gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale nella condizione di sottoporsi con esito positivo alle verifiche ed alle revisioni contabili; la condizione di certificabilità sarà raggiunta attraverso un Percorso Attuativo della Certificabilità;

- dello schema di Decreto proposto dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, rispetto al quale la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome ha espresso la prevista Intesa in data 24 gennaio 2013, secondo quanto previsto dall'articolo 3 del citato Decreto Ministeriale 17 settembre 2012, che definisce i termini di presentazione ed i requisiti comuni del Percorso Attuativo della Certificabilità, finalizzati al raggiungimento di standard organizzativi, contabili e procedurali omogenei a livello nazionale e propedeutici alla certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Consolidato regionale;
- del citato Decreto legislativo n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riferimento alle disposizioni contabili ed alla definizione degli schemi di bilancio e degli specifici principi di valutazione per il settore sanitario, nonché della relativa Casistica applicativa approvata con il citato Decreto Ministeriale del 17 settembre 2012 e della Casistica applicativa che sarà approvata successivamente;
- degli esiti della Valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili prevista dal Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 18 gennaio 2011, che ha fornito alle Aziende sanitarie ed alla Regione gli elementi di base per l'elaborazione di piani di adeguamento delle procedure, del sistema amministrativo-contabile e di controllo interno affidabili, funzionali al percorso di certificabilità dei bilanci;

Dato atto che nel 2013 la Regione e le Aziende sanitarie sono impegnate ad assicurare la presentazione del Percorso Attuativo della Certificabilità entro i termini e nel rispetto dei requisiti comuni che saranno definiti a livello ministeriale, nonché a verificare la puntuale attuazione del Percorso e la completa realizzazione, nei tempi previsti, delle azioni dettagliate nel crono programma, articolate per

aree omogenee e riferite ai dati ed ai bilanci delle Aziende sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Consolidato regionale;

Visto il Decreto Legislativo n. 192 del 9 novembre 2012 avente ad oggetto "Modifiche al Decreto Legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della Direttiva 2011/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della Legge 11 novembre 2011, n. 180";

Dato atto che nel 2013 prosegue l'impegno delle Direzioni aziendali e del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, per assicurare una gestione efficiente delle risorse finanziarie disponibili e per individuare, anche attraverso la sinergia tra la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e la Direzione Generale Risorse Finanziarie e Patrimonio, le misure e le iniziative in grado di determinare una riduzione dell'esposizione debitoria nei confronti dei fornitori di beni e servizi;

Viste:

- la propria deliberazione n. 1350 del 17 settembre 2012 di approvazione del Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie;
- la Legge Regionale n. 13 del 7 novembre 2012 avente ad oggetto "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario Regionale"
- la propria deliberazione n. 1905 del 10 dicembre 2012 che ha adottato le prime misure attuative per l'avvio del nuovo sistema di copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario Regionale, istituendo il Nucleo Regionale di Valutazione ed individuando nell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, nell'Azienda USL di Ravenna, nell'Azienda USL di Forlì, nell'Azienda USL di Cesena, nell'Azienda USL di Rimini, le Aziende sanitarie sperimentatrici del Programma regionale sopra richiamato;

Richiamata la Legge Regionale n. 29 del 23 dicembre 2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del

servizio sanitario regionale" che all'articolo 3, comma 2 stabilisce che le Aziende USL siano finanziate dalla Regione in relazione ai livelli essenziali di assistenza, secondo criteri di equità e trasparenza, in base alla popolazione residente nel proprio ambito territoriale, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi;

Acquisita la relazione "Criteri di Finanziamento delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna - Anno 2013", Allegato A quale parte integrante del presente provvedimento e ritenuto di evidenziare:

- l'aggiornamento della consistenza della popolazione all'1/1/2012;
- l'aggiornamento della base dati riferita all'utilizzo dei diversi servizi;
- il mantenimento per i sub-livelli di assistenza della stessa percentuale del 2012 per l'assegnazione delle risorse dedicate;
- l'evidenziazione, nel livello dell'Assistenza distrettuale (sub-livello "Contributo al FRNA disabili"), della quota riferita all'assistenza a favore di persone con disabilità, che confluisce, come per il 2012, al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (in coerenza con quanto stabilito nel programma approvato con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1487/2012);
- la modifica, per l'anno 2013, di alcuni criteri di finanziamento come dettagliato nel sopra citato Allegato A;
- il trasferimento all'Ausl di Cesena di una quota di finanziamento trattenuta alle altre Aziende Usl di Area Vasta Romagna per le attività inerenti la gestione del Magazzino unico economale e farmaceutico, collocato presso il Centro Servizi di Pievesestina e gestito dall'Ausl di Cesena;
- la costituzione del Fondo risarcimento danni da responsabilità sanitaria previsto dall'articolo 5 della citata Legge Regionale n. 13/2012 e dalla citata deliberazione della Giunta Regionale n. 1350/2012, per far fronte ai risarcimenti assicurativi di 2° fascia (da 100 mila a 1,5 milioni) e per il pagamento della polizza a copertura dei rischi catastrofali (oltre 1,5 milioni); il fondo, pari a 13,081 milioni, è costituito mediante trattenuta di quota parte delle risorse spettanti alle Aziende sperimentatrici;

Visto il parere favorevole espresso dalla Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche sociali nella seduta del 12 febbraio 2013, ai sensi dell'articolo 6, comma 2 della richiamata Legge Regionale n. 29/2004;

Viste:

- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche, ed in particolare l'art. 37, comma 4;
- la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 recante "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali fra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modifiche;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

1. di determinare il volume complessivo di risorse a finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per il 2013, per le considerazioni in premessa esposte e qui richiamate, in 7.850,360 milioni di euro, sulla base della stima delle seguenti disponibilità:
 - 7.585,360 milioni che costituiscono, per la nostra Regione, il livello di finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, stimato ipotizzando una quota di accesso regionale alle risorse nazionali pari a quella dell'anno 2012;
 - 115 milioni che costituiscono, per la nostra Regione, il finanziamento vincolato degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, stimato ipotizzando una quota di accesso regionale in linea con quella dell'anno 2012;
 - 150 milioni di risorse regionali stanziare dalla citata Legge Regionale n. 20 del 21 dicembre 2012 concernente

il Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2013 e Bilancio pluriennale 2013-2015, a carico dell'esercizio 2014; di questi, 100 milioni costituiscono garanzia della copertura finanziaria degli oneri a carico dei bilanci dell'esercizio 2013 delle Aziende sanitarie regionali derivanti dall'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza, mentre 50 milioni alimentano il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza dell'anno 2013 e, in continuità con gli anni precedenti, si sommano alla quota consolidata a carico della sanità pari a 310,600 milioni ed alle risorse direttamente attribuite dalla citata Legge Regionale n. 19/2012 (Legge finanziaria regionale per l'anno 2013) pari a 70 milioni;

2. di destinare le complessive risorse, pari a 7.850,360 milioni così come analiticamente rappresentato in Tabella 1, allegata quale parte integrante del presente provvedimento, e di seguito sintetizzata:
 - 7.259,590 milioni vengono destinati al finanziamento dei Livelli di assistenza, di cui 310,600 milioni costituiscono la quota consolidata a finanziamento del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza; il riparto tra le Aziende sanitarie avviene a quota capitaria, per funzioni e progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento;
 - 68,257 milioni sono riservati al finanziamento del Sistema integrato S.S.R. - Università;
 - 38,240 milioni sono trattenuti a finanziamento delle strutture e delle funzioni regionali e dell'innovazione;
 - 192,620 milioni costituiscono il finanziamento a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e per la qualificazione dell'assistenza ospedaliera;
 - 50 milioni vengono confermati ad ulteriore finanziamento del FRNA;
 - 103,550 milioni sono riservati, tra l'altro, al finanziamento di prestazioni extra-LEA non ricomprese nei punti precedenti, a sostegno della ricerca degli IRCCS regionali, a finanziamento dei costi per i fattori della coagulazione del sangue per il trattamento di pazienti emofilici, al finanziamento degli indennizzi agli emotrasfusi ai sensi della Legge n. 210/1992;
 - 138,103 milioni verranno ripartiti tra le Aziende sanitarie in chiusura dell'esercizio 2013: 120 milioni

sulla base degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio delle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009 e 18,103 milioni ai fini del raggiungimento del pareggio di bilancio;

3. di provvedere al finanziamento per livelli di assistenza delle Aziende USL, ripartito a quota capitaria secondo i criteri ed i contenuti illustrati nel documento "Criteri di Finanziamento delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna - Anno 2013", Allegato A quale parte integrante del presente provvedimento, per un ammontare pari a 6.883,500 milioni; il riparto alle Aziende Usl è riportato nelle Tabelle A1 e A2, allegate al presente provvedimento, parti integranti del medesimo;
4. di provvedere al trasferimento all'Ausl di Cesena di una quota di finanziamento pari a 4,261 milioni, trattenuta alle altre Aziende Usl dell'Area Vasta Romagna per le attività inerenti la gestione del Magazzino unico economale e farmaceutico, come riportato nella Tabella A3, allegata al presente provvedimento quale parte integrante del medesimo;
5. di provvedere alla costituzione del Fondo risarcimento danni da responsabilità sanitaria per l'importo di 13,081 milioni, previsto dall'articolo 5 della citata Legge Regionale n. 13/2012 e dalla citata deliberazione della Giunta Regionale n. 1350/2012, mediante trattenuta di quota parte delle risorse spettanti alle Aziende sperimentatrici, come riportato nelle Tabelle A3 ed A6, allegate al presente provvedimento quale parte integrante del medesimo;
6. di vincolare una quota del finanziamento per livelli di assistenza delle Aziende USL di cui al precedente punto 3), pari a 67,690 milioni, al finanziamento alle Aziende Ospedaliere, determinata sulla base dell'indice di dipendenza delle strutture ospedaliere dalla popolazione - calcolato sui volumi finanziari - sia delle Aziende Ospedaliere che insistono sul territorio provinciale, sia di quelle extra provincia, come da indici di dipendenza riportati nella Tabella A3, allegata al presente provvedimento quale parte integrante del medesimo; le quote di finanziamento ripartite alle Aziende USL in quota capitaria e vincolate alle Aziende Ospedaliere sono riportate nelle Tabelle A3 e A6, allegate al presente provvedimento quali parti integranti del medesimo;

7. di stabilire che una quota del finanziamento per livelli di assistenza delle Aziende USL pari a 58,5 milioni, come riportato nella Tabella A4, allegata al presente provvedimento quale parte integrante del medesimo, corrispondente all'importo del budget delle prestazioni ospedaliere di alta specialità definito nell'Accordo con l'Associazione della Ospedalità Privata AIOP per l'anno 2013, è stata ripartita con riferimento al volume delle prestazioni di alta specialità erogate dagli Ospedali privati accreditati nell'anno 2011 (ultimo anno consolidato); in fase di chiusura dell'esercizio 2013, tale quota di finanziamento sarà ridistribuita tra le Aziende sanitarie sulla base dei costi effettivamente sostenuti nell'anno 2013;
8. di provvedere al finanziamento di 47,250 milioni a favore delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli a titolo di integrazione tariffaria per l'impatto che ricerca e didattica hanno sui costi di produzione aziendali, come riportato nella Tabella A6, allegata al presente provvedimento quale parte integrante del medesimo;
9. di prevedere il livello di risorse a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario al fine di assicurare il fabbisogno finanziario per l'erogazione di prestazioni anche aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza ed il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati delle immobilizzazioni entrate in produzione a decorrere dall' 1.1.2010, a valere sull'accantonamento complessivo, come sopra definito, pari a 69,285 milioni per le Aziende Usl e 39,272 milioni per le Aziende Ospedaliere e Istituto Ortopedico Rizzoli; il riparto alle Aziende sanitarie è riportato nelle Tabelle A5 e A6 allegate al presente provvedimento, quali parti integranti del medesimo, cui si aggiungono le quote per la qualificazione dell'attività di eccellenza pari a 50,308 per le Aziende Ospedaliere e Istituto Ortopedico Rizzoli, come riportato nella Tabella A6, allegata al presente provvedimento, quale parte integrante del medesimo;
10. di impegnare le Direzioni aziendali al rispetto dell'equilibrio economico-finanziario in fase previsionale ed al rispetto del pareggio di bilancio in fase di consuntivo, così come specificato nel documento "Il quadro economico e la sostenibilità del sistema dei servizi sanitari e sociali integrati", Allegato B quale

parte integrante del presente provvedimento, dando atto che le Tabelle A5 e A6 allegate quale parte integrante del presente provvedimento definiscono per ogni singola Azienda il contributo specifico regionale a garanzia di tale equilibrio in fase previsionale, contributo che sarà integrato in fase di chiusura di esercizio dalla ripartizione delle risorse accantonate a copertura degli ammortamenti non sterilizzati fino al 2009;

11. di disporre che il documento "Il quadro economico e la sostenibilità del sistema dei servizi sanitari e sociali integrati", Allegato B quale parte integrante del presente provvedimento, costituisca il quadro degli obiettivi cui impegnare le Direzioni aziendali, obiettivi rispetto ai quali saranno operate le valutazioni e assunti i conseguenti provvedimenti a livello regionale;
12. di stabilire che le Direzioni delle Aziende sanitarie regionali predispongano il Bilancio economico preventivo dell'anno 2013, integrato dal Piano degli investimenti 2013-2015, nel rispetto delle linee di indirizzo definite nel documento "Il quadro economico e la sostenibilità del sistema dei servizi sanitari e sociali integrati", Allegato B quale parte integrante del presente provvedimento;
13. di definire che la verifica dell'andamento della gestione aziendale, rispetto all'obiettivo economico finanziario assegnato, debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo verifiche straordinarie nei mesi di giugno e settembre, e che dell'esito delle verifiche debbano essere informate le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie; ove necessario, le Aziende sanitarie dovranno predisporre azioni di rientro, da realizzarsi, entro la chiusura dell'esercizio;
14. di istituire il Comitato permanente di monitoraggio che sarà formalmente costituito con successiva Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali;
15. di limitare, in questa prima fase, per le motivazioni indicate in premessa, la programmazione aziendale alla predisposizione del Bilancio economico preventivo di cui all'articolo 7 della Legge Regionale n. 50 del 20 dicembre 1994 in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende sanitarie ed

all'articolo 4 del Regolamento Regionale di contabilità economica n. 61 del 27 dicembre 1995, integrato dal Piano degli investimenti 2013-2015 redatto secondo gli specifici schemi regionali;

16. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione.

TABELLA 1

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE - ANNO 2013	
RISORSE DISPONIBILI (compreso risorse a carico Bilancio regionale)	7.850.360
1 FINANZIAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA <i>di cui</i> Risorse ripartite a quota capitaria ARPA Piano attuativo Salute mentale e Superamento ex OO.PP. FRNA quota "storica" Progetti e funzioni sovra-aziendali - specificità aziendali: <i>Emergenza 118</i> <i>Progetto sangue ed emoderivati</i> <i>Trapianti e medicina rigenerativa</i> <i>Altre funzioni sovra-aziendali</i>	7.259.590 6.883.500 52.932 38.500 217.208 67.450 24.000 8.850 7.000 27.600
2 FINANZIAMENTO SISTEMA INTEGRATO SSR - UNIVERSITA' Integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica Aosp/Univ. e IOR Integrazione per progetti di ricerca (Programma Regione/Università) Corsi universitari delle professioni sanitarie	68.257 47.250 5.000 16.007
3 FINANZIAMENTO STRUTTURE e FUNZIONI REGIONALI, INNOVAZIONE Agenzia Sanitaria Regionale Obiettivi e progetti per l'innovazione... Altro (sistemi informativi, materiali di consumo, ICT....)	38.240 5.340 13.200 19.700
4 GARANZIA EQUILIBRIO EC-FIN. E QUALIFICAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA Aziende USL - equilibrio economico-finanziario Aziende Ospedaliere e IOR - equilibrio economico-finanziario Qualificazione attività di eccellenza Aosp e IOR Riserva da ripartire alle Aziende Usl	192.620 69.285 39.272 50.308 33.755
5 ULTERIORE CONTRIBUTO AL FRNA	50.000
6 ALTRO Altro extra-lea (Interventi umanitari, Area dipendenze) e integrazione Sanità penitenziaria Ricerca IRCCS Fattori della coagulazione del sangue Legge 210/1992 Indennizzi a emotrasfusi Quota annuale ammortamenti non sterilizzati anni 2001-2011	103.550 8.550 11.000 24.000 20.000 40.000
7 DA RIPARTIRE A CHIUSURA ESERCIZIO Accantonamento copertura ammortam.netti fino al 2009 (con impatto D.Lgs. 118/2011) Riserva (compreso accantonamento FARO)	138.103 120.000 18.103
<i>valori x 1000</i>	
di cui	
Fondo risarcimento danni da responsabilità professionale sanitaria per le Aziende sperimentatrici di cui alle tab. A3 e A6 (compreso nelle voci soprariportate)	13.081

ALLEGATO A

Criteri di Finanziamento delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna - Anno 2013

Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie rappresenta uno degli strumenti necessari alla Regione per guidare i comportamenti delle aziende verso livelli elevati di efficacia e di efficienza, nel quadro delle compatibilità economico-finanziarie del sistema.

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

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

Il riparto a quota capitaria ponderata è stato fatto con un volume di risorse pari a 6.883,500 milioni di euro.

L'allocazione delle risorse finanziarie a quota capitaria pesata alle Aziende Usl del Servizio sanitario regionale (Tabelle A1 e A2), secondo quanto ribadito anche dalla L.R. 29 del 23 dicembre 2004 (art. 3 comma 2) è stata effettuata, nel 2013, in continuità con gli anni precedenti, in base alla numerosità della loro popolazione, ponderata sulla base di criteri espliciti e predefiniti, che tengono conto delle differenze delle caratteristiche socio-demografiche e di bisogno sanitario esistenti fra le diverse aree geografiche ⁽¹⁾.

Anche nel 2013 le voci di finanziamento, che dal 2011 sono confluite in quota capitaria (Assistenza termale, Oneri vari personale dipendente, Specificità aziendali, Contributo per trascinarsi arretrati contratto, Esclusività di rapporto del personale universitario) comprendenti una quota spettante anche alle Aziende Ospedaliere, sono state trattenute dal finanziamento per livelli delle Aziende Usl (Tabella A3) in misura analoga al 2012, e vincolate alle Aziende Ospedaliere (Tabella A6). Il criterio utilizzato è l'indice di dipendenza delle strutture ospedaliere dalla popolazione - calcolato sui volumi finanziari - (Tabella A3), sia delle Aziende Ospedaliere che insistono sul territorio provinciale sia di quelle extra provincia.

Una quota del finanziamento, vincolato alle Aziende Ospedaliere e Istituto Ortopedico Rizzoli e a carico del FSR, è stata qualificata come attività di eccellenza (Tabella A6), come riconoscimento degli oneri connessi alla necessità di produrre prestazioni complesse. Per definire l'eccellenza si è fatto riferimento alle linee guida per gli accordi di fornitura 2012, che tiene conto della produzione di DRG (Diagnosis Related Groups) di alta complessità (DGR 69/2011) e delle funzione Hub così come articolate dalla DGR 1267/2002.

¹ Il riparto alle Aziende USL delle risorse a quota capitaria ponderata non esaurisce il finanziamento delle prestazioni ricomprese nei livelli di assistenza; a tale finanziamento concorrono anche le risorse attribuite con parametri non strettamente correlati alla numerosità della popolazione residente, nonché le entrate dirette delle aziende sanitarie

Tenuto conto delle attività svolte a livello di Area Vasta Romagna (AVR) inerenti il Magazzino unico economale e farmaceutico, collocato presso il Centro Servizi di Pievesestina e gestito dall'Ausl di Cesena, viene effettuato un trasferimento all'Azienda Usl di Cesena, riportato in Tabella A3, mediante corrispondente ritenuta sulla quota capitaria spettante alle altre Ausl di AVR (Ravenna, Forlì e Rimini), a seguito dell'accordo di AVR dell'8/1/2013 (prot. n. 001442 del 10/1/2013).

Dal 2013 prende avvio la fase sperimentale del Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie (DGR 1350/2012), cui partecipano le Aziende: Aosp di Reggio Emilia, Aosp/Univ. di Bologna e Aziende Usl di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini (individuate con DGR 1905/2012). Viene pertanto costituito il Fondo risarcimento danni da responsabilità sanitaria previsto dall'articolo 5 della Legge Regionale n. 13/2012 e dalla citata deliberazione della Giunta Regionale n. 1350/2012, per far fronte ai risarcimenti assicurativi di 2° fascia (da 100 mila a 1,5 milioni) e per il pagamento della polizza a copertura dei rischi catastrofali (oltre 1,5 milioni).

Il fondo, pari a 13,081 milioni, è costituito mediante trattenuta di quota parte delle risorse spettanti alle Aziende sperimentatrici (Tabella A3 e Tabella A6).

Come per il 2012, anche nel 2013 è stata individuata una linea di finanziamento per i fattori della coagulazione del sangue per il trattamento di pazienti emofilici, i cui costi vengono sostenuti ogni anno dalle aziende con un differenziale di costo fra le aziende molto disomogeneo relativamente alla presenza di tali pazienti, ed è stato creato un accantonamento (Tabella 1) che rappresenterà, a chiusura dell'esercizio, una linea di finanziamento dedicata per le Aziende Usl.

Il finanziamento diretto di funzioni di particolare rilevanza, legate anche ad una complessità organizzativa particolarmente elevata, in alcuni casi funzioni sovra-aziendali, rappresenta un fattore di parziale "compensazione" dei criteri di assegnazione su base capitaria e, soprattutto, a tariffa per prestazione.

Nel 2013 una quota del finanziamento per livelli di assistenza ed a quota capitaria delle Aziende USL pari a 58,5 milioni, come riportato nella Tabella A4, corrispondente all'importo del budget delle prestazioni ospedaliere di alta specialità definito nell'Accordo con l'Associazione della Ospedalità privata AIOP per l'anno 2013, ripartita con riferimento al volume delle prestazioni di alta specialità erogate dagli Ospedali privati accreditati nell'anno 2011, sarà ridistribuita tra le Aziende sanitarie sulla base dei costi effettivamente sostenuti nell'anno 2013.

I criteri con cui vengono definite nel 2013 le risorse a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario sono parzialmente assimilabili a quelli utilizzati negli anni precedenti. Gli importi sono stati definiti con le Aziende durante gli incontri con le Direzioni Generali avvenuti fra ottobre e dicembre 2012.

I fondi a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario traggono origine sia dall'esigenza di sostenere le aziende con difficoltà nel conseguimento dell'equilibrio, sia di garantire un passaggio graduale verso nuovi criteri di finanziamento.

L'impegno chiesto alle Aziende per mantenere il sistema in equilibrio nel 2012 diventa ancora più forte nel 2013 ed un maggiore contributo viene chiesto a quelle Aziende che

sono sottoposte a piani di rientro e che hanno beneficiato da tempo, ed in misura significativa, di un livello aggiuntivo di risorse distribuite a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario.

Il finanziamento del sistema integrato Servizio Sanitario Regionale – Università assicura un sostegno finanziario in presenza di tariffe non sufficientemente commisurate al costo di produzione, laddove i progetti di ricerca e la didattica rappresentano una funzione istituzionale fondamentale, al pari di quella assistenziale e di formazione continua.

Per l'assegnazione della quota capitaria 2013 alle Aziende Usl non sono state modificate le quote di riferimento per ciascun livello di assistenza rispetto al 2012.

Anche per il 2013 si evidenzia, nel livello dell'Assistenza distrettuale, la quota destinata all'assistenza a favore di persone con disabilità, che alimenta il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (in coerenza con quanto stabilito nel programma approvato con la DGR 1487/2012).

I criteri sono stati applicati alla popolazione residente in ciascuna Azienda USL all'1/1/2012. Nel corso del 2013 non si prevede una verifica della popolazione e l'eventuale revisione del finanziamento, sia perché negli ultimi anni si rileva un rallentamento del trend di crescita della popolazione, sia perché oramai i sistemi informativi hanno migliorato la tempestività della rilevazione.

Di seguito sono illustrati i criteri per ciascun livello essenziale di assistenza.

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

Complessivamente, tenendo conto della quota destinata all'Arpa, il 1° livello di assistenza assorbe il 5,23% delle risorse assegnate.

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

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

L'assegnazione tra le diverse aziende ha tenuto conto della popolazione residente all'1/1/2012, integrata con una stima dei flussi turistici e della presenza di studenti universitari fuori-sede. In particolare sulla base dei dati forniti dall'Assessorato al Turismo relativi all'anno 2011, sono stati considerati i flussi turistici dell'Appennino emiliano-romagnolo, della riviera e dei capoluoghi di provincia. La numerosità della presenza turistica e la sua durata è stata espressa in numero di persone-anno equivalenti. Per gli iscritti all'Università residenti fuori provincia, sono stati utilizzati i dati forniti dall'Assessorato alla Formazione ed Università relativi all'anno accademico 2010-2011, anch'essi rapportati a persone-anno equivalenti.

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

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

- § *Veterinaria*: assorbe il 31,5% delle risorse del 1° livello. All'interno di questa funzione è stata distinta la Sanità Pubblica (pari al 45% della veterinaria), assegnata in base al numero di Unità Bovine Equivalenti (UBE) che quest'anno sono state aggiornate, e l'igiene degli alimenti (55%) distribuita in base alla popolazione residente all'1/1/2012 ed integrata con le stesse modalità descritte per la funzione di igiene pubblica.

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

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

- § *Assistenza farmaceutica* (14% del totale complessivo). Le risorse sono state ripartite per quota capitaria pesata. Il sistema di pesi è stato costruito utilizzando i consumi farmaceutici specifici per sesso ed età relativi al 1° semestre 2012 di tutte le Aziende territoriali della Regione, rilevati dal flusso informativo regionale "assistenza farmaceutica territoriale".
- § *Medici di medicina generale* (7% del totale complessivo). Comprende i costi delle convenzioni con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, nonché quelli relativi alla continuità assistenziale. Per l'assegnazione si è tenuto conto dei costi sostenuti relativamente alle sole voci fisse e variabili previste dall'accordo collettivo nazionale.
- § *Assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale* (14,7% del totale complessivo). Il sistema di pesi, specifico per sesso ed età, è stato costruito sulla base dei consumi di specialistica ambulatoriale osservati nel 2011 in tutte le Aziende Sanitarie della Regione.
- § *Salute mentale* (3,6% del totale complessivo). Le risorse relative alla funzione di neuropsichiatria infantile rappresentano lo 0,6% del complesso (il 17% di questa funzione) e sono state assegnate sulla base della distribuzione della popolazione di età inferiore ai 18 anni. L'assistenza psichiatrica per adulti, che assorbe il 3% delle disponibilità, è stata invece assegnata in base alla popolazione residente di età 18-64. Queste risorse non esauriscono il finanziamento dell'assistenza psichiatrica in quanto non comprendono quella di tipo ospedaliero ed i progetti speciali. Le risorse complessivamente destinate all'assistenza psichiatrica, considerando anche quelle relative al progetto "Piano attuativo Salute mentale e superamento ex OO.PP." e quelle ricomprese nel livello "Assistenza Ospedaliera" (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), superano il 5%.
- § *Dipendenze patologiche* (1,2% del totale complessivo). Per il criterio di assegnazione è stato ampliato il target di popolazione residente da 15-54 anni a 15-64 anni, secondo le indicazioni di letteratura, ed è stata corretta con la prevalenza della tossicodipendenza e della alcol dipendenza nei diversi ambiti territoriali. Per la prevalenza sono stati utilizzati per la prima volta i dati del nuovo sistema informativo SIDER, che si basa su dati individuali e non aggregati come gli anni scorsi.
- § *Assistenza domiciliare e hospice* (3,2% del totale complessivo). Come risulta dalla rilevazione del flusso ADI, l'assistenza domiciliare copre, per gli over 80 anni, oltre 170 persone ogni 1000 abitanti; pertanto il criterio di riparto alle aziende delle risorse per questa funzione prevede che il 25% venga assegnato sulla base della distribuzione della popolazione residente di età 45-74 anni, ed il restante 75% in base alla distribuzione degli ultra 75-enni.
- § *Assistenza sanitaria residenziale e semiresidenziale* (3,3% del totale complessivo). La quota è ripartita sulla base della distribuzione della popolazione ultra 75 enne. Questo

livello comprende anche l'assistenza protesica nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

§ *Altre funzioni assistenziali* (3,5% del totale complessivo, comprensivo del contributo al FRNA disabili). All'interno di questa funzione sono stati evidenziati i programmi "salute donna" e "salute infanzia". Le risorse destinate a "salute donna" corrispondono allo 0,4% delle risorse complessivamente disponibili a livello regionale, e sono state assegnate in base alla numerosità delle donne in età feconda (da 14 a 49 anni). Al programma "salute infanzia" è assegnato lo 0,3% delle risorse complessive e distribuite in base alla frequenza dei bambini in età 0-4 anni. La restante quota residuale è stata attribuita in base alla numerosità della popolazione totale e di età inferiore ai 65 anni .

3° Livello: Assistenza ospedaliera (45%)

La ponderazione della popolazione è stata effettuata sulla base della utilizzazione dei servizi ospedalieri specifici, per sesso ed età, distinti in degenza ordinaria e day-hospital, con riferimento ai ricoveri osservati nel 2011, comprensivi della mobilità passiva extraregionale (ricoveri effettuati dai cittadini dell'Emilia-Romagna in altre Regioni). Per la degenza ordinaria, che rappresenta il 90% del livello, l'utilizzazione specifica per sesso ed età ha tenuto conto anche dei "grandi vecchi", ossia gli ultra 85-enni.

All'utilizzo dei servizi è stata applicata una correzione con un indicatore proxy del bisogno, applicato alla sola degenza ordinaria, rappresentato dalla radice cubica del tasso standardizzato di mortalità (SMR) relativo alla popolazione di età inferiore ai 75 anni e riferito al triennio 2008-2010.

Tabella A1
FINANZIAMENTO 2013
Coefficienti di assorbimento per livelli di assistenza

Aziende USL	Prevenzione collettiva	Assistenza distrettuale									Ospedaliera	TOTALE
	(1)	Farmaceutica territoriale (2)	MMG (3)	Specialistica (4)	Salute Mentale (5)	Dipendenze patologiche (6)	ADI e HOSPICE (7)	Residenzi ale e semi (8)	Altro (9)	Contributo Al FRNA disabili (10)	(11)	
Piacenza	0,317	0,947	0,448	0,976	0,231	0,084	0,221	0,231	0,136	0,088	3,101	6,780
Parma	0,520	1,389	0,692	1,461	0,360	0,122	0,318	0,329	0,215	0,136	4,523	10,064
Reggio Emilia	0,606	1,550	0,822	1,682	0,444	0,116	0,342	0,347	0,268	0,165	5,083	11,425
Modena	0,699	2,123	1,151	2,269	0,579	0,166	0,474	0,481	0,347	0,217	6,821	15,327
Bologna	0,799	2,809	1,373	2,912	0,689	0,224	0,655	0,683	0,409	0,261	8,954	19,767
Imola	0,116	0,418	0,216	0,438	0,107	0,043	0,096	0,099	0,064	0,040	1,342	2,979
Ferrara	0,327	1,236	0,564	1,252	0,280	0,096	0,291	0,303	0,163	0,108	3,964	8,586
Ravenna	0,362	1,285	0,584	1,326	0,313	0,142	0,303	0,318	0,186	0,118	4,077	9,015
Forlì	0,216	0,608	0,305	0,630	0,150	0,047	0,142	0,149	0,089	0,057	1,935	4,328
Cesena	0,224	0,635	0,327	0,679	0,172	0,053	0,139	0,140	0,102	0,065	2,018	4,555
Rimini	0,315	1,00	0,519	1,073	0,274	0,107	0,219	0,220	0,163	0,103	3,182	7,174
TOTALE REGIONE	4,50	14,00	7,00	14,70	3,60	1,20	3,20	3,30	3,50		45,00	100,00
Totale comprensivo di ARPA	5,23											

(1) I criteri adottati sono specifici per funzione: la funzione igiene pubblica tiene conto della popolazione residente integrata con i flussi turistici e gli studenti . Per la funzione sicurezza e igiene del lavoro sono state considerate unità produttive e addetti; per le verifiche di sicurezza si è tenuto conto degli impianti da verificare.

(3) L'assegnazione è fatta sulla base della distribuzione dei costi delle voci fisse e variabili previste nell' Accordo Collettivo Nazionale.

(5) L'assegnazione è stata fatta sulla base della pop. residente di età 18 - 64 anni ; per la neuropsichiatria infantile si è tenuto conto della pop. < 18 aa. Non comprende i finanziamenti per l' ex O.P. finanziato ad hoc, e l'assistenza ospedaliera (SPDC e case di cura private) ricompresa nello specifico livello: considerando anche queste voci le quote destinate alla Salute mentale si attestano attorno al 5%.

(6) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15 - 64 anni corretta con la prevalenza della tossicodipendenza ed alcolodipendenza. Il target di popolazione è stato ampliato secondo le indicazioni di letteratura.

(7) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 45-74 e oltre i 75 anni; comprende anche la quota di assistenza protesica.

(8) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione ultra 75-enne.

(9) Comprende anche l'attività dei consultori familiari, l'emergenza extraospedaliera, l'assistenza termale ; l'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione di età < 65 anni, delle donne in età feconda e dei bambini di età 0-4, e, per la termale sull'intera popolazione.

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

(11) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2008-2010, e day hospital .

Tabella A2
FINANZIAMENTO 2013 -
Assegnazione risorse per livelli di assistenza

Aziende USL	Prevenzione collettiva	Assistenza distrettuale									Ospedaliera	TOTALE
	(1)	Farmaceutica territoriale (2)	MMG (3)	Specialistica (4)	Salute Mentale (5)	Dipendenze patologiche (6)	ADI e HOSPICE (7)	Residenziale e semi (8)	Altro (9)	Contributo AI FRNA disabili (10)	(11)	
Piacenza	21.786.947	65.216.832	30.803.769	67.191.925	15.907.728	5.762.368	15.231.897	15.913.161	9.383.607	6.032.509	213.452.045	466.682.788
Parma	35.764.111	95.614.179	47.607.981	100.589.701	24.802.606	8.378.948	21.863.680	22.620.599	14.781.929	9.376.057	311.330.919	692.730.710
Reggio Emilia	41.720.269	106.666.652	56.613.727	115.788.113	30.576.567	7.961.944	23.529.219	23.862.137	18.470.149	11.334.684	349.892.291	786.415.752
Modena	48.122.257	146.128.961	79.207.672	156.193.762	39.883.257	11.457.573	32.594.742	33.136.087	23.873.245	14.920.184	469.538.230	1.055.055.970
Bologna	54.989.476	193.375.509	94.518.852	200.460.393	47.425.937	15.444.714	45.056.527	46.986.826	28.158.382	17.953.323	616.317.264	1.360.687.203
Imola	7.975.040	28.791.929	14.843.116	30.152.358	7.361.353	2.972.520	6.627.391	6.840.413	4.382.641	2.760.589	92.383.681	205.091.031
Ferrara	22.535.337	85.101.054	38.813.961	86.199.351	19.275.024	6.616.600	20.057.122	20.876.708	11.217.091	7.427.171	272.892.404	591.011.823
Ravenna	24.900.442	88.433.550	40.190.739	91.305.953	21.572.594	9.754.116	20.865.784	21.882.281	12.823.345	8.154.759	280.661.343	620.544.906
Forlì	14.894.276	41.831.022	21.027.543	43.378.880	10.338.518	3.215.402	9.763.355	10.225.202	6.157.016	3.898.882	133.175.351	297.905.447
Cesena	15.402.376	43.740.300	22.511.093	46.766.288	11.835.185	3.663.857	9.587.032	9.641.588	7.049.260	4.454.086	138.914.360	313.565.425
Rimini	21.666.969	68.790.012	35.706.547	73.847.776	18.827.231	7.373.958	15.095.251	15.170.498	11.233.835	7.079.756	219.017.112	493.808.945
TOTALE REGIONE	309.757.500	963.690.000	481.845.000	1.011.874.500	247.806.000	82.602.000	220.272.000	227.155.500	147.530.500	93.392.000	3.097.575.000	6.883.500.000

(1) I criteri adottati sono specifici per funzione: la funzione igiene pubblica tiene conto della popolazione residente integrata con i flussi turistici e gli studenti . Per la funzione sicurezza e igiene del lavoro sono state considerate unità produttive e addetti; per le verifiche di sicurezza si è tenuto conto degli impianti da verificare.

(3) L'assegnazione è fatta sulla base della distribuzione dei costi delle voci fisse e variabili previste nell' Accordo Collettivo Nazionale

(5) L'assegnazione è stata fatta sulla base della pop. residente di età 18 - 64 anni ; per la neuropsichiatria infantile si è tenuto conto della pop. < 18 aa. Non comprende i finanziamenti per l' ex O.P. finanziato ad hoc, e l'assistenza ospedaliera (SPDC e case di cura private) ricompresa nello specifico livello; considerando anche queste voci le quote destinate alla Salute mentale si attestano attorno al 5%.

(6) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15 - 64 anni corretta con la prevalenza della tossicodipendenza ed alcolodipendenza. Il target di popolazione è stato ampliato secondo le indicazioni di letteratura

(7) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 45-74 e oltre i 75 anni; comprende anche la quota di assistenza protesica.

(8) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione ultra 75-enne.

(9) Comprende anche l'attività dei consultori familiari, l'emergenza extraospedaliera, l'assistenza termale ; l'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione di età<65 anni, delle donne in età feconda e dei bambini di età 0-4, e, per la termale sull'intera popolazione.

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

(11) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2008-2010, e day hospital .

TABELLA A3

AZIENDE USL

ASSEGNAZIONE RISORSE PER LIVELLI DI ASSISTENZA ALLE AUSL AL NETTO DELLA QUOTA VINCOLATA ALLE AZIENDE OSPEDALIERE					FONDO RISARCIMENTO DANNI DA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE SANITARIA		COMPENSAZIONE PER MAGAZZINO UNICO AREA VASTA ROMAGNA		RIDEFINIZIONE FINANZIAMENTO QUOTA CAPITARIA
Aziende USL	Finanziamento quota capitaria	Indice dipendenza delle strutture dalla popolazione	Finanziamento vincolato alle Aziende Ospedaliere	Finanziamento quota capitaria al netto del finanziamento vincolato alle Aosp	Quota trattenuta alle Ausl sperimentatrici per costituzione Fondo risarcimento danni da responsabilità professionale sanitaria	Ridefinizione finanziamento Ausl sperimentatrici	Compensazione per magazzino unico Area Vasta Romagna	Ridefinizione finanziamento Area Vasta Romagna	
Piacenza	466.682.788	1,46	990.606	465.692.182					465.692.182
Parma	692.730.710	19,96	13.508.749	679.221.961					679.221.961
Reggio Emilia	786.415.752	20,21	13.681.111	772.734.641					772.734.641
Modena	1.055.055.970	15,12	10.234.418	1.044.821.552					1.044.821.552
Bologna	1.360.687.203	23,80	16.110.624	1.344.576.579					1.344.576.579
Imola	205.091.031	1,09	734.820	204.356.211					204.356.211
Ferrara	591.011.823	15,44	10.450.181	580.561.642					580.561.642
Ravenna	620.544.906	1,25	843.108	619.701.798	-3.381.165	616.320.633	-1.836.470	614.484.163	614.484.163
Forlì	297.905.447	0,41	274.953	297.630.494	-1.360.331	296.270.163	-878.560	295.391.603	295.391.603
Cesena	313.565.425	0,55	375.567	313.189.858	-1.892.864	311.296.994	4.261.000	315.557.994	315.557.994
Rimini	493.808.945	0,72	486.229	493.322.716	-2.450.838	490.871.878	-1.545.970	489.325.908	489.325.908
Totale Aziende USL	6.883.500.000	100,00	67.690.366	6.815.809.634	-9.085.198				6.806.724.436

valori in euro

TABELLA A4

AZIENDE USL
FINANZIAMENTO ACCORDO AIOP ALTA SPECIALITA'

Aziende USL	Ridefinizione Finanziamento quota capitaria di cui alla tab. A3	Consumi Alta specialità Accordo AIOP (valori DB SDO 2011)	Risorse 2013 per finanziamento Accordo AIOP Alta specialità	2013 Finanziamento quota capitaria al netto del finanziamento Accordo AIOP Alta specialità
Piacenza	465.692.182	2,62	1.531.587	464.160.595
Parma	679.221.961	0,74	430.855	678.791.106
Reggio Emilia	772.734.641	9,76	5.712.023	767.022.618
Modena	1.044.821.552	24,39	14.267.508	1.030.554.044
Bologna	1.344.576.579	8,49	4.965.268	1.339.611.311
Imola	204.356.211	6,14	3.590.632	200.765.579
Ferrara	580.561.642	7,52	4.400.185	576.161.457
Ravenna	614.484.163	20,10	11.759.681	602.724.482
Forlì	295.391.603	6,02	3.524.241	291.867.362
Cesena	315.557.994	7,60	4.443.871	311.114.123
Rimini	489.325.908	6,62	3.874.861	485.451.047
Totale Aziende USL	6.806.724.436	100,00	58.500.712	6.748.223.724

valori in euro

da riallocare alle Ausl a fine esercizio sulla base dei costi sostenuti nel 2013

Il valore dell'accordo AIOP è stato aggiornato per il 2013 ai sensi della Spending Review (art. 15 c. 14) ossia -0,5% e -1%.

TABELLA A5

AZIENDE USL

Aziende USL	Assegnazione risorse equilibrio economico finanziario
Piacenza	6.985.775
Parma	-
Reggio Emilia	3.240.000
Modena	8.470.000
Bologna	20.367.970
Imola	3.070.056
Ferrara	8.848.052
Ravenna	9.150.000
Forlì	4.459.409
Cesena	4.693.602
Rimini	-
Totale Aziende USL	69.284.864

valori in euro

TABELLA A6

AZIENDE OSPEDALIERE E ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI

	Finanziamento a carico Aziende Usl della regione	Qualificazione dell'attività di eccellenza	Risorse a garanzia equilibrio economico finanziario	Integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica	TOTALE	Quota trattenuta alle Aosp sperimentatrici per costituzione Fondo risarcimento danni da responsabilità professionale sanitaria	TOTALE
Aosp/Univ. Parma	15.569.505	9.525.438	7.528.203	9.681.640	42.304.786		42.304.786
Aosp Reggio Emilia	9.383.285	4.951.773	2.095.545	-	16.430.603	- 611.282	15.819.321
Aosp./Univ. Modena	9.436.943	4.511.903	829.601	10.503.329	25.281.776		25.281.776
Aosp./Univ. Bologna	22.454.545	16.565.661	10.170.286	16.847.506	66.037.998	- 3.384.872	62.653.126
Aosp./Univ. Ferrara	10.846.088	5.707.224	14.253.745	7.236.165	38.043.222		38.043.222
Totale Aziende Ospedaliere	67.690.366	41.261.999	34.877.380	44.268.640	188.098.385	- 3.996.154	184.102.231
Istituto Ortopedico Rizzoli		9.045.659	4.394.414	2.981.360	16.421.433		16.421.433
TOTALE	67.690.366	50.307.658	39.271.794	47.250.000	204.519.818	- 3.996.154	200.523.664

valori in euro

ALLEGATO B

IL QUADRO ECONOMICO E LA SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA DEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI INTEGRATI

1 – Il quadro economico PAG 2

1.1 Le ricadute delle manovre del Governo	pag. 2
1.2 La Legge Finanziaria Regionale per il 2013	pag. 3
1.3 Le risorse a disposizione del SSR	pag. 3
1.4 Il finanziamento alle Aziende	pag. 5

2 - Il governo delle risorse PAG 6

2.1 Il vincolo dell'equilibrio di bilancio in capo alle Aziende Sanitarie	pag. 11
2.2 Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio	pag. 15
2.3 La programmazione pluriennale	pag. 17
2.4 Programma regionale per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile	pag. 18
2.5 Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	pag. 18
2.6 Il governo delle risorse umane	pag. 19
2.7 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	pag. 20
2.8 Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica	pag. 21
2.9 Revisione del sistema tariffario	pag. 24
2.10 Azioni per la sostenibilità nelle cure primarie	pag. 25
2.11 Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico	pag. 28
2.12 Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale	pag. 29
2.13 Azioni di razionalizzazione in ambito ICT	pag. 29
2.14 Obiettivi dell'assistenza ospedaliera	pag. 30
2.14.1 Centrali operative - 118	pag. 30
2.14.2 Centralizzazione emergenze	pag. 30
2.14.3 Servizi intermedi	pag. 30
2.14.4 Accordo di Alta Specialità	pag. 30
2.14.5. Accordi di fornitura tra le Aziende pubbliche	pag. 31
2.14.6 Day Hospital	pag. 31
2.14.7 Punti nascita	pag. 31
2.14.8 Riconfigurazione del processo assistenziale ospedaliero	pag. 31
2.14.9 Definizione di una struttura organizzativa interaziendale dei trapianti	pag. 32
2.15 Rimodulazione dell'assistenza residenziale per i Dipartimenti Salute mentale e Dipendenze patologiche	pag. 32
2.16 IRCCS Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola	pag. 32

1. Il quadro economico

1.1 - Le ricadute delle manovre del Governo

La manovra economica del luglio 2011 (D.L. n. 98/2011 convertito nella Legge n. 111/2011) ha definito il livello di finanziamento del triennio 2012-2014.

La c.d. Spending Review (D.L. n. 95/2012, convertito nella Legge n. 135/2012) ha ridotto il precedente livello di finanziamento, rideterminandolo per il triennio 2012-2014.

La Legge di stabilità 2013 (Legge n. 228 del 24 dicembre 2012) è intervenuta nuovamente sul livello di finanziamento disponendo restrizioni aggiuntive sulla spesa.

I tagli del fondo Sanitario nazionale, determinati dalle ultime manovre economiche, compresa la Legge di stabilità 2013 (Legge n. 228/2012), sono pari ad oltre 30 miliardi nel triennio 2013-2015. Il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato è stato complessivamente rideterminato in 106.824 milioni per l'anno 2013, in 107.716 milioni per l'anno 2014 ed in 107.616 milioni per l'anno 2015:

<i>Valori in milioni di euro</i>	anno 2012	anno 2013	anno 2014	anno 2015
Livello finanziamento nazionale ante Spending Review	108.780	109.224	110.716	110.716
	1,75%	0,41%	1,37%	
Tagli Spending Review	- 900	- 1.800	- 2.000	-2.100
Livello finanziamento nazionale post spending review	107.880	107.424	108.716	108.616
	0,91%	-0,42%	1,20%	
Tagli Legge di Stabilità 2013		- 600	-1.000	-1.000
Livello finanziamento nazionale post DDL di Stabilità 2013		106.824 -0,98%	107.716 + 0,84%	107.616 -0,09%

A fronte della riduzione del livello di finanziamento il Sistema Sanitario Nazionale ha beneficiato della stabilizzazione e/o riduzione di alcune importanti voci di costo, quali la farmaceutica ed il personale, ma ha dovuto e dovrà farsi carico dei maggiori oneri derivanti:

- dall'aumento dell'1% dell'aliquota IVA (dal 20 al 21%) a decorrere dal 16 settembre 2011 (Legge n. 148/2011) e di un ulteriore incremento dell'1% (dal 21% al 22%) previsto a decorrere dal 1° luglio 2013 dalla Legge di stabilità 2013 (Legge n. 228/2012);
- dalla nuova modalità di verifica dell'equilibrio e della stabilità di gestione del S.S.R. che a partire dall'anno 2012 comporta per le Regioni la necessità di finanziare gli ammortamenti non sterilizzati e di garantire una situazione di pareggio civilistico di bilancio;

- dall'applicazione del Decreto Legislativo n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni, in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio, che rappresenta l'avvio del percorso per la certificabilità dei bilanci sanitari e che comporta un significativo impatto economico sui bilanci delle Aziende sanitarie;
- dalla corresponsione degli indennizzi emotrasfusi L. 210/1992 che, a decorrere dall'anno 2012, non sono più finanziati dallo Stato (art. 14 comma 2 del D.L. n. 78/2010, convertito nella L. 122/2010).

Il livello di finanziamento sopra riportato non tiene conto del finanziamento disposto per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (38 milioni per l'anno 2012 e 55 milioni a decorrere dal 2013 a livello nazionale) ed in materia di sanzioni e provvedimenti per l'impiego di immigrati irregolari (43 milioni per l'anno 2012 e 130 milioni a decorrere dal 2013 a livello nazionale), i cui criteri di riparto devono ancora essere definiti.

1.2 - La Legge Finanziaria Regionale per il 2013

La L.R. n. 19/2012 (legge finanziaria regionale dell'anno 2013) e la L.R. n. 20/2012, nonostante i tagli che hanno interessato il livello regionale determinando una consistente riduzione delle risorse disponibili, hanno confermato anche per il 2013 l'impegno finanziario regionale per sostenere il sistema del Welfare:

- l'intervento regionale a garanzia del fabbisogno finanziario connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza ed a garanzia del pareggio di bilancio del Servizio sanitario regionale è pari a 150 milioni di euro; di questi, 50 milioni alimentano il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, aggiungendosi alle risorse direttamente stanziare a tal fine;
- il finanziamento diretto dal bilancio regionale a favore del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza è pari a 70 milioni di euro.

1.3 - Le risorse a disposizione del SSR

Le disponibilità destinate al finanziamento indistinto del F.S.N. sono ripartite tra le Regioni sulla base dell'Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni: l'Intesa sul riparto delle disponibilità del F.S.N. dell'anno 2012 è stata raggiunta in data 22 novembre 2012.

In data 29 febbraio 2012 era stato raggiunto un primo Accordo fra i Presidenti delle Regioni sul riparto del F.S.N. 2012.

Tenuto conto delle risultanze di questo Accordo, ed in particolare dell'assegnazione regionale relativa al finanziamento indistinto ed al finanziamento degli obiettivi di piano, è stata predisposta la programmazione regionale approvata con la DGR n. 653/2012 "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio sanitario regionale per il 2012".

Nel luglio 2012 è stata approvato il Decreto Legge n. 95/2012, convertito nella Legge n. 135/2012, recante disposizione per la revisione della spesa pubblica (c.d. Spending Review) che ha decurtato il finanziamento nazionale del S.S.N. dell'anno 2012 di 900

milioni, che per la Regione Emilia Romagna equivale in una riduzione del finanziamento stimata in 67 milioni, calcolata ipotizzando una quota regionale di accesso al riparto pari al 7,44%, come definita nell'Accordo dei Presidenti del 29 febbraio 2012.

Pertanto la stima del livello di finanziamento regionale atteso per l'anno 2012, inizialmente previsto in **7.849 milioni** (7.730 milioni di finanziamento indistinto, 119 milioni di finanziamento degli obiettivi di piano), per effetto della Legge n. 135/2012 è stato rideterminato in **7.782 milioni** (7.663 milioni di finanziamento indistinto, 119 milioni di finanziamento degli obiettivi di piano), con una **riduzione di 67 milioni** rispetto alla programmazione del S.S.R. per l'anno 2012 (DGR n. 653/2012).

In data 29 ottobre 2012 le Regioni hanno trovato l'Accordo sulla proposta di riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2012, comprensiva della ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, formulata dal Ministero della Salute in data 26 ottobre 2012 a seguito della riduzione di 900 milioni del F.S.N. prevista dalla Legge n. 135/2012.

Il Ministero della Salute ha poi recepito le indicazioni della Commissione Salute delle Regioni del 7 novembre 2012, formulando una nuova proposta di riparto in data 14 novembre 2012.

Quest'ultima proposta, che è stata oggetto della prevista Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 22 novembre 2012, prevede per la Regione Emilia Romagna un livello di finanziamento pari a **7.781,418 milioni** (al netto dei ricavi e delle entrate proprie convenzionali) che, rispetto alla programmazione 2012, equivale ad una diminuzione del Fondo Sanitario Regionale pari a **67,6 milioni**.

Pur tenendo conto che non è possibile prevedere i criteri di riparto che i Presidenti adotteranno per gli anni 2013, 2014 e 2015 si stima che la quota di FSN per la Regione Emilia Romagna sia la seguente:

<i>(importi in milioni di euro)</i>	2012	2013	2014	2015
Programmazione 2012 (DGR 653/2012)	7.730			
Obiettivi di piano	119			
Finanziamento RER (DGR 653/2012)	7.849			
Stima finanziamento regionale indistinto post Spending Review (L. 135/2012)	7.663	7.630	7.721	7.721
Stima finanziamento regionale obiettivi di piano post Spending Review (L. 135/2012)	118	115	116	116
Stima finanziamento RER	7.781	7.745	7.837	7.837
Stima finanziamento regionale indistinto post Legge di Stabilità 2013 (L. 228/2012)		7.585	7.647	7.640
Stima finanziamento regionale obiettivi di piano post Legge di Stabilità 2013 (L. 228/2012)		115	116	116
Stima finanziamento RER	7.781	7.700	7.763	7.756
		-1,05%	+ 0,82%	-0,09%

La stima del livello di finanziamento regionale atteso per **l'anno 2013** alla luce della Legge n. 135/2012 (Spending Review) e della Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013) è pari a **7.700 milioni** (7.585 milioni di finanziamento indistinto, 115 milioni di finanziamento degli obiettivi di piano), con una riduzione pari a circa **81 milioni** rispetto all'anno 2012 rideterminato alla luce della Legge n. 135/2012 ed a circa **149 milioni** rispetto alla programmazione 2012 (DGR 653/2012).

Per **l'anno 2014** la stima del livello di finanziamento atteso alla luce della Legge n. 135/2012 (Spending Review) e della Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013) è pari a **7.763 milioni** (7.647 milioni di finanziamento indistinto, 116 milioni di finanziamento degli obiettivi di piano), con un incremento di 63 milioni circa rispetto all'anno 2013.

Per **l'anno 2015** la stima del livello di finanziamento atteso è pari a **7.756 milioni** di cui 7.640 milioni di finanziamento indistinto e 116 milioni di finanziamento degli obiettivi di piano.

1.4 - Il finanziamento alle Aziende

Nonostante che a livello nazionale l'Intesa Stato-Regioni sul riparto delle disponibilità per il S.S.N. dell'anno 2012 sia stata raggiunta a fine 2012 (Conferenza Stato-Regioni del 22.11.2012) e non sia ancora disponibile una proposta di riparto per l'anno 2013, si ritiene opportuno definire la programmazione sanitaria regionale per il 2013, che viene impostata sulla base della stima del F.S.R. come sopra riportata.

Pertanto le risorse a disposizione per il finanziamento del SSR ammontano a:

- 7.585,360 milioni costituiscono il livello di finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, stimato sulle risorse a disposizione a livello nazionale;
- 115 milioni costituiscono il riparto delle risorse di FSN per il finanziamento degli obiettivi di carattere prioritario a livello nazionale;
- 150 milioni di euro di risorse regionali stanziati nel Bilancio regionale 2013-2015

per un volume complessivo pari a 7.850,360 milioni di euro.

Pur tenendo conto della contrazione delle risorse a disposizione del S.S.R. (riduzione stimabile in misura pari all'1,05%, equivalente ad una **diminuzione pari a circa 81 milioni** rispetto all'anno 2012 rideterminato alla luce della Legge n. 135/2012), le Aziende sanitarie sono impegnate nell'assicurare il pareggio di bilancio, comprensivo di tutti gli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno 2013 e degli oneri derivanti dall'applicazione dei criteri di valutazione specifici per il settore sanitario approvati con il Decreto Legislativo n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni.

2. Il governo delle risorse

Il perseguimento del pareggio di bilancio nell'esercizio 2013 richiede l'adozione di misure in grado di produrre nell'esercizio economie tali da contrastare sia la riduzione del F.S.R. come sopra rappresentata, sia il tendenziale aumento dei costi di produzione a parità di condizioni.

In assenza di misure, anche per effetto dell'aumento dell'aliquota IVA dal 21% al 22% prevista dalla Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013) a partire da luglio 2013, si stima un aumento dei costi dei principali fattori produttivi, pari a **circa 120 milioni di euro**, determinato sulla base del trend del registrato nell'anno 2012. Mantenendo fisso il costo del personale, che rappresenta il fattore produttivo di maggiore rilevanza, gli incrementi più significativi sono previsti sui farmaci e sui servizi sanitari e non sanitari.

Oltre a questi incrementi, occorre considerare il maggiore onere che a partire dal 2013 graverà sul S.S.R. per un importo pari a circa **40 milioni/anno** per garantire la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati pregressi degli anni 2001-2011 nell'arco temporale di venticinque anni.

Un ulteriore aggravio dei costi di gestione dell'anno 2013 è rappresentato dal venir meno, a partire dal 2012, del finanziamento da parte dello Stato della Legge 210/1992 "Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati" che per la Regione Emilia Romagna equivale a circa **20 milioni/anno**.

Complessivamente, a livello regionale, proseguendo le azioni di razionalizzazione e di efficientamento della spesa sanitaria già poste in essere negli anni precedenti, ma senza tenere conto degli effetti delle ulteriori misure di nazionali e regionali di contenimento della spesa sanitaria richiamate ai punti successivi, è possibile ipotizzare per l'anno 2013 un **incremento medio dei costi pari a circa il 2%** sul totale costi dell'anno 2012, che inciderà con percentuali molto differenziate sui vari fattori produttivi.

Di seguito si riepiloga l'ipotetico trend dei costi calcolato sui principali fattori produttivi.

Spesa Farmaceutica ospedaliera

La spesa 2012 per l'acquisto ospedaliero di farmaci è pari a circa 640 milioni, con un incremento della spesa ospedaliera del 3% ed una diminuzione della spesa per erogazione diretta del 2,9%.

Per il 2013 a seguito dell'immissione in commercio di nuovi farmaci di costo rilevante si prevede una spesa di circa 680 milioni, pari ad un incremento di **40 milioni**.

L'obiettivo di massimo incremento medio regionale è pari al +6%.

Costo per l'acquisto di beni sanitari (escluso farmaci) e beni non sanitari

Per il costo dei beni sanitari (escluso farmaci) e beni non sanitari, si considera un incremento equivalente al t.i.p. 1,5% sul Preconsuntivo 2012, pari a **+10 milioni** annui.

Farmaceutica convenzionata

Nel 2012 la spesa farmaceutica convenzionata è di circa 600 milioni e registra un significativo decremento medio del 10% conseguente all'immissione in commercio di farmaci a brevetto scaduto.

La stima della spesa per l'anno 2013 tiene conto del mix di incremento dei consumi e degli effetti dei provvedimenti AIFA di inserimento di farmaci a brevetto scaduto nella lista di trasparenza con un' ipotesi di complessivi 605 milioni, quindi senza incrementi sostanziali (**circa 5 milioni**).

Nel 2013 verrà introdotta una nuova remunerazione alle farmacie convenzionate, ma la norma dovrebbe garantire che non vi siano costi aggiuntivi. La nuova remunerazione della filiera distributiva del farmaco prevista a decorrere dall' 1.1.2013 dall'articolo 15, comma 2, quinto periodo, del D.L. n. 95/2012, convertito nella Legge n. 135/2012, è stata prorogata al 30.6.2013 dall'articolo 1 comma 388 della Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013).

Protesica e integrativa

Si ipotizza un incremento equivalente al t.i.p. 1,5% sul Preconsuntivo 2012 pari a **1,8 milioni**.

Servizi in convenzione

Si ipotizza un incremento equivalente al t.i.p. 1,5% sul Preconsuntivo 2012, pari a **4 milioni**.

Altri servizi sanitari

Si ipotizza un incremento equivalente al t.i.p. 1,5% sul Preconsuntivo 2012, pari a **5 milioni**.

Costo per l'acquisto di servizi non sanitari

- Manutenzioni: si ipotizza un incremento del 6,5% che rappresenta l'incremento medio regionale degli ultimi quattro anni;
- Servizi tecnici (pulizie, ristorazione, smaltimento rifiuti, servizi appaltati): si ipotizza un incremento del 3,3% che rappresenta l'incremento medio regionale degli ultimi quattro anni;
- Utenze e altri servizi non sanitari: si ipotizza un incremento del 5,2% che rappresenta l'incremento medio regionale degli ultimi anni;
- Assicurazioni: si ipotizza un incremento del 6% pari all'incremento medio regionale degli ultimi anni;

per un incremento complessivo stimato in **42,4 milioni**.

Godimento beni di terzi

Si ipotizza un incremento equivalente al t.i.p. 1,5% sul Preconsuntivo 2012, pari a **1,7 milioni**.

Accantonamenti

Si ipotizza un incremento complessivo di **10 milioni**, considerando il trend e tenuto anche conto in via prudenziale dell'applicazione del D.Lgs. 118/2011 (armonizzazione dei sistemi contabili sanitari) in materia di valutazione dello stato dei rischi aziendali e di adeguatezza dei fondi rischi ed oneri aziendali.

Sommando gli effetti di quanto sopra richiamato (riduzione del finanziamento pari a 82 milioni, quota del finanziamento degli ammortamenti 2001-2011 in 25 anni pari a 40 milioni, mancato finanziamento degli indennizzi L.210/1992 pari a 20 milioni, aumento dei costi di produzione pari a circa 120 milioni, comprensivi dell'aumento IVA), e mantenendo inalterata l'integrazione da parte del Bilancio regionale, il pareggio di bilancio richiede misure capaci di **ridurre i costi per un valore pari a circa 260 milioni** già a partire dal 2013.

Sulla base delle evidenze di letteratura e delle evidenze empiriche disponibili non è sostenibile la tesi secondo la quale è possibile mantenere l'attuale livello di qualità tecnica ed organizzativa del S.S.R. anche in un contesto di un finanziamento decrescente. Perché quest'ultimo sarebbe abbondantemente contrastato dal recupero dei margini di inefficienza, pur esistenti e in alcuni casi significativi.

Tuttavia, nel contesto dato, la volontà di mantenere un Servizio Sanitario Regionale con standard qualitativi costantemente allineati alle migliori performances nazionali ed internazionali arricchisce di senso e di responsabilità gli interventi di miglioramento dell'efficienza; necessità per contrastare il contingente e per minimizzare le ripercussioni della riduzione del finanziamento sui servizi alla persona e per assicurare al sistema la migliore sostenibilità nel tempo.

Pertanto la strategia deve contemplare l'adozione di misure immediate, capaci di produrre risultati tangibili già dal 2013 per quanto riguarda l'obiettivo dell'equilibrio economico – finanziario, e misure di riorganizzazione del sistema finalizzate al miglioramento della sua qualità e della sua sostenibilità economica.

Le misure contenute nella Manovra economica del luglio 2011 (L. 111/2011 art. 17), nella Spending Review (L. 135/2012 art. 15), nella Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013), unitamente a ulteriori manovre regionali, rappresentano la portata delle azioni da mettere in campo e gli interventi in grado di incidere sul controllo dei costi.

La Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013) ha stato ulteriormente decurtato il finanziamento nazionale ed ha contestualmente introdotto delle ulteriori misure di riduzione della spesa, che prevedono l'aumento dal 5% (L. 135/2012) al 10% del taglio dei corrispettivi e dei corrispondenti volumi di acquisto di beni e servizi (con l'esclusione dei farmaci e dei dispositivi medici) ed una ulteriore riduzione del tetto previsto per i dispositivi medici.

Applicando tali riduzioni con rigore matematico alle categorie di fattori produttivi interessati, si stima un risparmio a livello regionale di **147,7 milioni**, calcolati come di seguito descritto:

Costo per l'acquisto di beni sanitari (escluso farmaci) e beni non sanitari

Per il costo dei beni sanitari (escluso farmaci) e beni non sanitari, si ipotizza una riduzione del 10%.

Costo per Ospedali privati accreditati per residenti della provincia

Si ipotizza una riduzione dell'1% sul 2011.

Specialistica convenzionata esterna

Si ipotizza una riduzione dell'1% sul 2011.

Assistenza protesica e assistenza integrativa

Per l'assistenza protesica si ipotizza una riduzione del 10% sugli Elenchi 2 e 3 allegati al D.M. 27 agosto 1999, n. 332 che rappresentano il 55% del costo totale. Sull'elenco 1, che comprende i presidi e gli ausili personalizzati, non si ipotizzano riduzioni.

Per l'assistenza integrativa si prevede una riduzione del 10%.

Servizi in convenzione

Si ipotizza un risparmio dell'1% sulle rette da privato e dell'1% sui servizi assistenziali da privato e da pubblico, rispetto ai costi del 2011.

Altri servizi sanitari

Si ipotizza un risparmio dell'1% sugli acquisti da privato.

Costo per l'acquisto di servizi non sanitari

- servizi tecnici (pulizie, ristorazione, smaltimento rifiuti, servizi appaltati): si ipotizza un risparmio del 10% sul 2012;
- utenze e altri servizi non sanitari: si ipotizza un risparmio del 10% sul 2012.

Misure regionali aggiuntive

Oltre alle misure previste dalla Legge n. 135/2012 (Spending Review) e dalla Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013), la Regione Emilia Romagna intende porre in essere misure regionali che possono comportare **una riduzione dei costi pari a circa 95 milioni**:

Revisione tariffaria per le prestazioni di degenza ospedaliera

La revisione delle tariffe per le prestazioni di degenza ospedaliera tiene conto delle tariffe massime di riferimento definite con il Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 18 ottobre 2012 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 28 gennaio 2013), e si stima possa produrre un risparmio quantificato in circa **30 milioni**.

Azioni riguardanti la Medicina Generale, Pediatria di Libera Scelta e Specialistica Ambulatoriale

Risparmio quantificato in circa **20 milioni**.

Le azioni, da sviluppare in accordo con le OOSS del settore, riguardano principalmente il riorientamento di alcuni istituti incentivanti derivanti dagli accordi regionali, per il sostegno dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e della specialistica ambulatoriale.

Limitazione del turnover e delle assunzioni del personale dipendente. Governo delle politiche assunzionali

La riorganizzazione su scala di Area Vasta o Provinciale delle funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie ad esclusivo o prevalente carattere logistico e di supporto, che attraverso la concentrazione possono perseguire sia obiettivi di qualità/specializzazione, sia obiettivi di efficienza, deve sostenere un'azione di forte governo del turnover e di limitazione delle assunzioni su posto vacante. I vincoli assunzionali dovranno rispettare una copertura media regionale del 25% dei posti vacanti al 1/1/2013 e di quelli che si renderanno vacanti nel corso dello stesso anno.

L'obiettivo medio regionale sarà perseguito non in modo uniforme, ma adeguato allo specifico contesto aziendale considerando, comparativamente, la dotazione di personale, i margini di efficientamento organizzativo, le possibilità di integrazione su scala sovraziendale, la distanza dagli standard dell'emanando regolamento governativo concernente l'assistenza ospedaliera. La copertura dei fabbisogni di personale della singola azienda, sarà condizionata all'approvazione di un piano annuale di copertura delle necessità organizzative.

Le modalità specifiche di contenimento sono delineate al punto 2.6.

A seguito dell'applicazione di tali misure di governo delle politiche assunzionali, è previsto un risparmio complessivo pari circa a **45 milioni**.

Alla luce di quanto sopra esposto si riassumono i valori nella tabella seguente:

	2013 Ipotetico trend costi	2013 Risparmi da applicazione misure nazionali	2013 Ulteriori misure regionali
<i>Valori in migliaia</i>			
Farmaci	40.000		
Beni sanitari e non sanitari	10.000	64.900	
Servizi sanitari	9.000	3.350	
Ospedali privati accreditati		3.350	
Farmaceutica convenzionata	5.000		
Specialistica convenzionata esterna		760	
Protesica e integrativa	1.800	8.770	
Servizi non sanitari	42.400	66.570	
Godimento beni di terzi	1.700		
Accantonamenti	10.000		
Revisione tariffe prestazioni degenza osp.			30.000
Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialistica Ambulatoriale			20.000
Personale dipendente			45.000
Stima maggiori costi sui principali f.p.	119.900		
Mancato finanziamento L. 210/1992	20.000		
Maggiori costi per copertura ammortamenti anni 2001-2011	40.000		
Totale	179.900	147.700	95.000

L'applicazione delle misure nazionali e regionali sopra dettagliate, dovrebbe determinare a livello regionale una complessiva riduzione dei costi di produzione dell'anno 2013 in misura pari a circa 242,7 milioni.

Combinando l'effetto del naturale trend di incremento dei costi di produzione (+ 119,9 milioni) e le ricadute delle misure di contenimento della spesa (- 242,7 milioni), a livello regionale è stimabile per l'anno 2013 una **complessiva riduzione dei costi di produzione pari a circa il 2%** rispetto all'anno precedente, sufficiente a bilanciare la riduzione del finanziamento disponibile.

A fronte delle ipotesi di contenimento dei costi di produzione precedentemente dettagliate, le Aziende sanitarie potranno individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché in grado di determinare una ricaduta economica equivalente e compatibile con l'obiettivo economico-finanziario individuato dalla programmazione regionale. Tale eventualità è peraltro coerente con la previsione dell'articolo 1, comma 131, lettera a) della Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013).

Allo stesso modo, qualora a livello aziendale il naturale trend di incremento dei costi sia inferiore alla stima effettuata a livello regionale, le Aziende sanitarie potranno individuare misure di contenimento della spesa più contenute.

2.1 - Il vincolo dell'equilibrio di bilancio in capo alle Aziende Sanitarie

La modalità di verifica del risultato di esercizio delle Aziende sanitarie e del Consolidato regionale definita dal Tavolo di verifica degli adempimenti (ex articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, istituito presso il MEF) comporta la necessità di garantire nell'esercizio 2013 una situazione di pareggio. Il sistema sanitario regionale deve quindi assicurare il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati, di competenza dell'esercizio 2013, riferiti a tutti i beni ad utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva.

Nell'anno 2013 gli ammortamenti non sterilizzati rientrano nel vincolo di bilancio, unitamente agli oneri conseguenti all'applicazione del D.Lgs n. 118/2011 di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio per il settore sanitario, come definiti al punto 2.2.

L'articolo 1, comma 36 della Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013), ha sostituito l'articolo 29, comma 1, lettera b) del Decreto Legislativo n. 118/2011. La nuova formulazione della lettera b) non contiene alcun riferimento alla tabella riepilogativa dei coefficienti di ammortamento che costituisce l'allegato 3) al Decreto Legislativo n. 118/2011. Peraltro, nonostante l'articolato del Decreto Legislativo n. 118/2011 non contenga alcun riferimento alla tabella, la stessa è stata mantenuta quale allegato 3) al Decreto.

Considerato che la principale finalità Decreto Legislativo n. 118/2011 è quella di uniformare ed omogeneizzare gli strumenti contabili regionali, si ritiene opportuno applicare i coefficienti di ammortamento riportati nell'allegato 3).

Questa impostazione, peraltro, è coerente con l'interpretazione dell'articolo 29, comma 1, lettera b), come sostituito dalla Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013), fornita dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze con nota protocollo n. 2496 del 28 gennaio 2013.

A partire dall'anno 2013, la Regione deve inoltre assicurare la copertura finanziaria, nell'arco temporale di venticinque anni, degli ammortamenti non sterilizzati pregressi degli anni 2001-2011, evidenziati nei bilanci aziendali e non ancora finanziati. La copertura sarà assicurata mediante le risorse aggiuntive regionali a disposizione del Servizio Sanitario Regionale.

Le Aziende sanitarie dovranno assicurare, già in sede di predisposizione del Bilancio economico preventivo 2013, la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati delle immobilizzazioni entrate in produzione successivamente all'1/1/2010.

Il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati, riferiti alle immobilizzazioni entrate in produzione fino al 31/12/2009, sarà assicurato a tutte le Aziende sanitarie attraverso le risorse che sono state appositamente accantonate (Tab. 1) nella misura di 120 milioni di euro, e che saranno assegnate alle Aziende solo in sede di chiusura dell'esercizio 2013.

In sede di formulazione del Bilancio economico preventivo 2013, le Aziende sanitarie dovranno pertanto evidenziare una situazione di equilibrio economico-finanziario, ossia una perdita d'esercizio non superiore al valore degli ammortamenti non sterilizzati riferiti alle immobilizzazioni entrate in produzione fino al 31/12/2009.

In sede di predisposizione del Consolidato regionale, tale perdita troverà copertura finanziaria attraverso le risorse appositamente accantonate, che saranno evidenziate nella Gestione Sanitaria Accentrata regionale.

In sede di formulazione del Bilancio dell'esercizio 2013, le Aziende sanitarie dovranno evidenziare una situazione di pareggio: il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati sarà assicurato attraverso l'assegnazione delle risorse regionali accantonate in sede di programmazione in misura pari a 120 milioni.

In sede di Bilancio dell'esercizio 2013, il pareggio di bilancio costituisce vincolo ed obiettivo sia per le Aziende sanitarie che per il Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso.

Con riferimento all'esercizio 2013, nell'ambito della relazione di accompagnamento al Bilancio Preventivo 2013, le Aziende sanitarie sono tenute ad indicare dettagliatamente il valore degli ammortamenti di competenza dell'esercizio ed il valore della relativa sterilizzazione, distinguendo gli ammortamenti relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione fino al 31/12/2009 dagli ammortamenti riferiti alle immobilizzazioni entrate in produzione negli esercizi successivi.

La complessiva sostenibilità economico-finanziaria della programmazione del S.S.R. per l'anno 2013 presuppone l'attuazione dello scenario ipotizzato al punto 2), in termini di stima del trend dei costi, di stima delle ricadute economiche delle misure di riduzione della spesa previste dalla Legge n. 135/2012 (c.d. Spending Review) e dalla Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013), di stima delle ricadute economiche delle misure regionali aggiuntive.

Si ravvisa pertanto l'opportunità di costituire a livello regionale un "Comitato permanente di monitoraggio", coordinato dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali e costituito dai Dirigenti della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali che presidiano i principali

settori della spesa sanitaria, dai Direttori Generali Coordinatori di Area Vasta e da un Direttore Generale rappresentativo delle Aziende Ospedaliere.

Il "Comitato permanente di monitoraggio" svolgerà le seguenti funzioni:

- verifica a cadenza trimestrale dell'andamento della gestione aziendale, con particolare riferimento al rispetto del vincolo di bilancio;
- costante monitoraggio e verifica trimestrale dell'andamento dei costi di produzione e dei ricavi d'esercizio, in relazione alla programmazione regionale ed all'andamento medio regionale;
- individuazione di interventi mirati a livello delle singole Aziende sanitarie finalizzati a garantire il rispetto delle linee di programmazione regionale;
- supporto alle Aziende sanitarie nell'identificazione delle azioni da porre in essere per ricondurre e mantenere la gestione in linea con l'obiettivo economico-finanziario;
- valutazione dei Piani delle assunzioni di personale;
- valutazione delle modalità applicative e dell'attuazione delle misure nazionali e regionali di contenimento e di razionalizzazione della spesa, tenuto anche conto della possibilità di adottare delle misure regionali alternative purché in grado di assicurare l'equilibrio del bilancio sanitario al fine di salvaguardare i Livelli Essenziali di Assistenza (Legge n. 228/2012, articolo 1, comma 131, lettera a);
- definizione di ulteriori forme di razionalizzazione e di contenimento della spesa sanitaria.

Le Direzioni aziendali per il 2013 sono impegnate:

- al rispetto dell'obiettivo economico-finanziario precedentemente definito (equilibrio economico-finanziario in sede previsionale ed in corso d'anno, pareggio in sede di bilancio d'esercizio);
- ad un monitoraggio trimestrale in via ordinaria ed alle verifiche straordinarie nei mesi di giugno e di settembre; le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie devono essere informate degli esiti delle verifiche straordinarie;
- alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;
- in presenza di certificazione di non coerenza, alla presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo;
- all'assunzione di oneri a carico dei bilanci aziendali entro limiti compatibili con l'obiettivo assegnato, dando tempestiva e motivata comunicazione alla Regione in caso di spese eccedenti tale limite.

Le Direzioni aziendali sono altresì tenute ad adottare tutte le misure necessarie per assicurare il rispetto della programmazione sanitaria regionale dell'anno 2013 e per mantenere la gestione aziendale in linea con l'obiettivo economico-finanziario. A tal fine le Direzioni aziendali devono monitorare costantemente la gestione aziendale al fine di individuare con tempestività le azioni eventualmente necessarie per rispettare il vincolo di

bilancio, nonché per identificare e porre in essere delle misure alternative a quelle individuate a livello regionale e nazionale, anche di carattere organizzativo e strutturale, più idonee per assicurare l'equilibrio economico-finanziario.

Le Direzioni aziendali sono tenute a collaborare con il "Comitato permanente di monitoraggio" ed a tenere conto delle indicazioni dallo stesso fornite.

A livello regionale sarà valutata sia la capacità della Direzione Generale di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato, sia la capacità di perseguire tale obiettivo ponendo in essere tutte le azioni possibili a livello aziendale.

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

Il rispetto del vincolo di bilancio costituisce, per il 2013, pre-requisito per le Direzioni aziendali ai fini dell'accesso al compenso aggiuntivo annuo previsto nei rispettivi contratti.

Le Aziende sanitarie devono applicare le indicazioni contenute nelle rispettive istruttorie tecnico-contabili effettuate dal Servizio Programmazione Economico-Finanziaria sui bilanci di esercizio degli anni pregressi. La corretta e completa applicazione delle indicazioni sarà oggetto di valutazione del Direttore Generale.

Le Aziende sanitarie, in sede di redazione del Bilancio Preventivo Economico 2013 e, successivamente, in sede di predisposizione del Bilancio Pluriennale di Previsione 2013-2015, dovranno tenere conto della normativa nazionale in materia sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, con specifico riferimento all'impatto ed alle ricadute economiche delle recenti Manovre economiche nazionali, in particolare del D.L. n. 78/2010 convertito nella Legge n. 122/2010, del D.L. n. 98/2011 convertito nella Legge n. 111/2011, del D.L. n. 95/2012 convertito nella Legge n. 135/2012 (c.d. Spending Review) e della Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013).

Nel 2013 prosegue l'impegno delle Direzioni aziendali e del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, per assicurare una gestione efficiente ed appropriata delle risorse finanziarie disponibili.

Le Aziende sanitarie sono tenute:

- ad utilizzare gli strumenti disponibili e gli strumenti che saranno implementati a livello regionale per proseguire la progressiva riduzione dell'esposizione debitoria al fine di contenere i tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi;
- a dare corso alle certificazioni dei crediti richieste dai fornitori dei beni e servizi, anche in forma telematica mediante la piattaforma elettronica che è stata resa disponibile a partire dal 18 ottobre 2012 dal Ministero dell'Economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato, secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 25 giugno 2012, modificato dal Decreto Ministeriale del 19 ottobre 2012;
- a collaborare con il Servizio Programmazione Economico-Finanziaria per aggiornare e perfezionare il flusso dei dati che consente la rilevazione mensile dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi ed il monitoraggio dell'esposizione debitoria.

2.2 - Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio

Il Decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42” ha avviato il processo di armonizzazione dei procedimenti contabili del settore sanitario previsto dal Patto per la Salute 2010-2012, oggetto di Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 3 dicembre 2009, e dagli emanandi decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale.

Nel corso del 2012 la Regione ha fornito le indicazioni necessarie per consentire alle Aziende sanitarie ed alla Gestione Sanitaria Accentrata regionale di avviare la graduale applicazione ed implementazione delle disposizioni del D.Lgs n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riferimento al recepimento dei principi contabili generali ed applicati (Titolo 2) e dei principi di valutazione specifici del settore sanitario (articolo 29), nonché alla Casistica applicativa approvata con Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 17 settembre 2012.

Nel corso del 2013 è attesa l'approvazione da parte del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, dei provvedimenti necessari per:

- completare la Casistica applicativa del D.Lgs n. 118/2011, al momento approvata in minima parte rispetto a quanto previsto;
- modificare gli schemi di bilancio di cui all'articolo 26 del D.Lgs n. 118/2011; al momento il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha proposto uno schema di Decreto interministeriale, sul quale è stata sancita Intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni e Province Autonome in data 24 gennaio 2013;
- consentire una corretta ed uniforme applicazione dei principi di valutazione di cui all'articolo 29 del D.Lgs n. 118/2011.

Le Aziende sanitarie devono assicurare l'applicazione delle indicazioni regionali che saranno fornite per completare il percorso di recepimento e di attuazione del D.Lgs n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni, dell'ulteriore Casistica applicativa approvata in corso d'anno, nonché per superare eventuali problematiche riscontrate nel 2012 in sede di prima applicazione del Decreto.

In particolare dovranno essere implementate le procedure necessarie per garantire:

- la determinazione degli ammortamenti sulla base dei coefficienti riportati nell'allegato 3 al D.Lgs n. 118/2011. In attesa di ulteriori provvedimenti ministeriali, tale indicazione appare al momento coerente con la sostituzione della lettera b), comma 1 dell'articolo 29 del D.Lgs n. 118/2011 disposta dal comma 36, dell'articolo 1 della Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013), tenuto anche conto delle indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze con nota protocollo 2496 del 28 gennaio 2013;
- l'applicazione uniforme dei principi e delle regole concernenti la modalità di rilevazione degli ammortamenti e la procedura di sterilizzazione degli stessi, come definita dall'articolo 29 del D.Lgs n. 118/2011, come modificato dal comma 36, dell'articolo 1 della Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013) e dalla Casistica Applicativa n. 1 riferita ai bilanci delle Aziende sanitarie ed avente ad oggetto "La sterilizzazione degli

ammortamenti”, approvata con D.M. del 17 settembre 2012. La Regione fornirà le indicazioni necessarie per allineare le procedure di ammortamento alle indicazioni ed alle interpretazioni che fanno fornire a livello ministeriale;

- il recepimento delle indicazioni contenute nella Casistica applicativa del D.Lgs n. 118/2011 che sarà approvata nel corso dell'anno;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale 2012 (economico e patrimoniale) contenente alcune modifiche ed integrazioni funzionali ad assicurare una compilazione completa, corretta ed univoca dei nuovi modelli ministeriali CE ed SP, del nuovo schema di Nota Integrativa prevista dal Decreto e la redazione del Consolidato regionale.
- la puntuale compilazione dei modelli ministeriali CE ed SP di cui al decreto del Ministero della Salute 15 giugno 2012 che, ai sensi dell'art. 27 del D.Lgs n. 118/2011, rappresentano la base di riferimento per la redazione dei nuovi schemi di bilancio di cui all'allegato 2 al D.Lgs n. 118/2011;
- l'esatta contabilizzazione dei fatti gestionali riferiti ai rapporti di scambio di beni e di prestazioni di servizi intraaziendali e nei confronti della Gestione Sanitaria Accentrata regionale (GSA) necessaria ad assicurare le quadrature contabili propedeutiche alla redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera rigorosa, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema sanitario regionale;
- la verifica dell'adeguatezza dei fondi rischi ed oneri iscritti nei bilanci aziendali rispetto ai criteri definiti a livello regionale a seguito del completamento delle valutazioni circa la definizione dello stato dei rischi avviate nel corso del 2012 e delle ulteriori indicazioni che dovrebbero essere fornite dal livello ministeriale attraverso una specifica Casistica applicativa;
- la collaborazione e la partecipazione all'attività svolta dagli specifici Gruppi di lavoro designati dalla Regione e costituiti da esperti amministrativo-contabili proposti dalla Regione e dalle Aziende sanitarie, rappresentativi degli ambiti territoriali identificati nelle Aree Vaste, al fine di assicurare l'omogenea applicazione a livello regionale del D.Lgs n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni.

Le Aziende sanitarie, nel corso del 2013, sono impegnate nella definizione e nella progressiva realizzazione del Progetto regionale per la certificabilità dei bilanci sanitari.

A tal fine, le Aziende sanitarie, tenuto conto delle indicazioni regionali e degli esiti della Valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili, devono procedere al perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico-contabili, migliorando ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzando ed uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno, propedeutiche all'avvio del percorso verso la certificabilità dei bilanci sanitari.

A livello regionale dovrà essere predisposto il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei dati contabili e dei bilanci sanitari delle Aziende sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Consolidato regionale, secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale del 17 settembre 2012 e nel rispetto dei termini di presentazione e dei requisiti comuni a livello nazionale che saranno successivamente definiti a livello ministeriale per garantire la certificabilità dei bilanci aziendali. Attualmente il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha predisposto uno schema di Decreto

Ministeriale sul quale è stata sancita Intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni e Province Autonome in data 24 gennaio 2013.

Le Aziende sanitarie dovranno collaborare ed assicurare il loro contributo in sede di elaborazione e predisposizione del PAC, che individuerà delle aree omogenee di intervento e definirà gli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari per il raggiungimento degli obiettivi che le singole Aziende sanitarie e la Gestione Sanitaria Accentrata devono perseguire.

Il PAC individuerà degli obiettivi intermedi e, per ogni singola Azienda sanitaria e Gestione Sanitaria Accentrata, dettaglierà le specifiche azioni da intraprendere oppure già realizzate, nonché i tempi previsti per la loro implementazione.

Il complessivo percorso dovrà essere completato da ogni Azienda sanitaria ed a livello regionale nell'arco di tre anni, nel rispetto delle azioni e della tempistica definita nel PAC.

Le Aziende sanitarie facenti parte dell'Area Vasta Romagna, che sono caratterizzate da forme aggregate di acquisto e di gestione dei beni e dei servizi funzionali allo svolgimento dell'attività istituzionale che comportano rilevanti scambi di prestazioni, anche nella prospettiva dell'avvio del percorso di unificazione in un'unica Azienda sanitaria, dovranno sviluppare e definire il Bilancio aggregato di Area Vasta.

La redazione del Bilancio aggregato, rappresenta l'occasione per:

- fornire una corretta rappresentazione del complessivo volume della produzione e dei costi di produzione, nonché delle attività e delle passività di Area Vasta, in grado di evidenziare pienamente gli effetti economico-patrimoniali degli scambi di prestazioni infraziendali;
- definire un percorso metodologico per il consolidamento di Area Vasta che rappresenti un riferimento per le altre Aree Vaste ed in sede di consolidamento a livello regionale dei bilanci sanitari aziendali;
- omogeneizzare i sistemi contabili aziendali, con particolare riferimento ai principi di valutazione, alla costituzione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo, alla predisposizione dei documenti contabili aziendali.

2.3 - La programmazione pluriennale

Tenuto conto del quadro di grande incertezza sulla disponibilità delle risorse destinate al finanziamento del S.S.N. per gli anni 2014 e 2015, determinata in particolare:

- dall'attuazione del Capo IV del D.Lgs n. 658/2011, in particolare dell'articolo 27, di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario;
- dalla mancanza del Patto per la Salute 2013-2015, che definisca le prestazioni rientranti nei LEA e l'entità del finanziamento del S.S.N.,

la programmazione economica pluriennale sarà predisposta in un momento successivo.

Alla luce delle informazioni attualmente disponibili è possibile ipotizzare per il Fondo Sanitario Nazionale un incremento dello 0,8% relativamente all'anno 2014, mentre per l'anno 2015 è ipotizzabile un livello di finanziamento invariato rispetto al 2014.

La programmazione regionale dovrà essere impostata tenendo conto di una dinamica di incremento del F.S.R. coerente con quello nazionale.

Personale dipendente: l'onere relativo alla corresponsione dell'indennità di vacanza contrattuale relativo al triennio 2013 - 2015 deve essere contabilizzato tra i costi del personale dipendente, in continuità con gli esercizi precedenti

Convenzioni Nazionali – Accantonamento: per il personale convenzionato è previsto, per ciascuno degli esercizi 2013 – 2015, l'accantonamento dell'indennità di vacanza contrattuale (commisurata allo 0,75% del Monte Compensi definito dalla contrattazione nazionale), in continuità con gli esercizi precedenti.

2.4 - Programma regionale per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile

Con il “Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie”, approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 1350/2012 e la successiva Legge Regionale 7 novembre 2012, n. 13, “Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale”, sono state definite le politiche regionali relative a tali ambiti.

Con deliberazione di Giunta regionale n. 1905 del 10.12.2012 sono state individuate le seguenti Aziende sanitarie aderenti alla fase sperimentale: Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliero/Universitaria di Bologna, Azienda Usl di Ravenna, Azienda Usl di Forlì, Azienda Usl di Cesena, Azienda Usl di Rimini.

Per il 2013 viene costituito il fondo per far fronte ai risarcimenti di 2° fascia (da 100 mila euro a 1,5 milioni di euro) e per il pagamento della polizza a copertura dei rischi catastrofali (oltre 1,5 milioni). Il fondo regionale viene costituito trattenendo alle Aziende sperimentatrici le risorse quantificate in circa 13,081 milioni di euro.

Le liquidazioni fra 100 mila euro e 1,5 milioni, fatte sulla base del programma sperimentale, si configurano come anticipazioni aziendali; in chiusura di esercizio le stesse saranno regolate, previa rendicontazione da parte delle Aziende, con trasferimento dal fondo regionale appositamente costituito.

Le Aziende dovranno attivarsi per rendicontare puntualmente gli oneri sostenuti nella fase di sperimentazione del programma regionale.

2.5 - Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Anche nel 2013 prosegue l'impegno della Regione a sostegno del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, che potrà contare su un livello di finanziamento pari a complessivi 430,6 milioni.

Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza potrà inoltre contare sulle ulteriori risorse derivanti dal riparto della disponibilità di 275 milioni a livello nazionale, prevista dall'articolo 1, comma 272 della Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013) a fronte degli interventi di pertinenza del Fondo per le non autosufficienze ed a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica.

2.6 - Il governo delle risorse umane

Negli ultimi due anni è intervenuta una sostanziale congrua contrazione delle risorse finanziarie a disposizione del Servizio Sanitario Regionale (SSR), che impone l'adozione di una serie di misure di sostenibilità del sistema sanitario pubblico volte a garantire l'equilibrio economico-finanziario della Regione Emilia Romagna.

Il quadro così delineato in materia di assunzioni deve tenere conto dell'attuale contesto economico finanziario e quindi dell'insieme delle disposizioni rivolte alle pubbliche amministrazioni contenute nelle ultime manovre, che non si collocano più (o solamente) in una logica di tagli ma supportano un processo di revisione strutturale della spesa. In tale contesto di finanza pubblica prima di procedere a nuove assunzioni e a nuovi bandi, occorrerà innanzi tutto realizzare una seria e aggiornata analisi dei fabbisogni del personale e procedere ad una ineludibile redistribuzione e riqualificazione del personale.

In coerenza con quanto previsto in premessa le Aziende sono dunque tenute a :

1. Attenersi ad una gestione rigorosa ed oculata degli organici volta a garantire il contenimento del turnover ed a limitare nuove assunzioni fino a concorrere alla media regionale del 25%, dei posti resisi vacanti o disponibili, con l'adozione di misure idonee a ridurre gli incrementi delle proprie consistenze organiche e a limitare nuove assunzioni.
2. Diminuire tendenzialmente del 20% le spese di “sostituzione temporanea del personale” fatte salve le coperture a fronte di assenze tutelate e previste per legge e quelle di lunga durata al fine di garantire i servizi essenziali previsti.
3. Garantire – per il 2013 – invarianza della spesa iscritta nel bilancio preconsuntivo 2012, relativa all'attivazione di contratti di lavoro flessibile (lavoro interinale e collaborazioni sanitarie e non sanitarie) fatta esclusione per le collaborazioni in qualunque forma finanziate all'interno di progetti finalizzati o con risorse esterne dell'Azienda;
4. Garantire invarianza della spesa per quanto riguarda assunzioni a tempo determinato fatte salve le situazioni di lunga assenza, straordinarie o emergenza. Le assunzioni a tempo determinato dovranno essere obbligatoriamente effettuate nel limite numerico dei contingenti che verranno autorizzati a tempo indeterminato nei Piani di Assunzione e per il periodo strettamente necessario all'espletamento delle procedure concorsuali.
5. Migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi avviando un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico-logistico che non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma che possono determinare economie di scala ed economie di processo.
In particolare le integrazioni dovranno avvenire nelle seguenti aree:
 - gestione e reclutamento del personale, formazione;
 - gestione del sistema assicurativo, servizio legale e gestione del contenzioso;
 - gestione del patrimonio immobiliare, impiantistico e tecnologico;
 - gestione dell'energia.

Le integrazioni dovranno essere perseguite o su scala di Area Vasta o su scala provinciale; pertanto le Aziende saranno impegnate a sviluppare tali integrazioni con modalità variabile.

Le Aziende dovranno provvedere, entro il primo semestre 2013, alla riprogettazione dell'insieme dei servizi amministrativi, tecnico-professionali (servizi tecnici, servizi di ingegneria clinica, fisica sanitaria e servizi ICT) e sanitari e dovranno iniziarne la realizzazione a partire dal secondo semestre.

6. Avviare politiche di razionalizzazione e in particolare di integrazione - per attività uguali o affini - delle strutture complesse. L'Azienda nel caso si rendessero vacanti – per quiescenza – delle strutture complesse, valuterà l'ipotesi di soppressione o copertura interinale senza oneri aggiuntivi a carico dell'Ente e soprattutto previa e conseguente riduzione dei relativi Fondi; le attività di razionalizzazione e di integrazione delle strutture complesse dovranno essere esaminate nell'ambito dei Piani assunzionali che verranno approvati da parte della Regione Emilia-Romagna.

La copertura dei posti vacanti al 31/12/2012 e quelli che si renderanno vacanti nel corso del 2013 è subordinata all'approvazione regionale di un Piano annuale di assunzione.

Le Aziende provvederanno alla stesura dei Piani di assunzione e li presenteranno alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione che li valuterà ed esprimerà una "approvazione" al fine di garantire la media percentuale regionale fissata e valutare più in generale le politiche assunzionali e organizzative.

I Piani saranno valutati alla luce dei criteri specificati in premessa a garanzia dell'obiettivo del 25% sulla media regionale, così come di seguito elencato:

a) riorganizzazione su scala di Area Vasta o Provinciale delle funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie ad esclusivo o prevalente carattere logistico e di supporto, che attraverso la concentrazione possono perseguire sia obiettivi di qualità/specializzazione, sia obiettivi di efficienza, a sostenimento di un'azione di forte governo del turnover e di limitazione delle assunzioni su posto vacante;

b) dotazione del personale al 31/12 in rapporto alla popolazione, in rapporto alla dotazione di posti letto, rapporto dirigenti/comparto, rapporto personale amministrativo/personale sanitario, strutture complesse sanitarie.

Le modalità per la valutazione dei Piani saranno definiti in un tavolo regionale composto dai Coordinatori di Area vasta e da un Direttore Generale in rappresentanza delle Aziende Ospedaliere.

Fino all'approvazione del Piano le Aziende non potranno provvedere, tramite assunzioni dall'esterno, alla copertura dei posti vacanti al 31/12/2012 ed a quelli che si renderanno vacanti nel 2013.

2.7 - Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Nel 2013 è ancora più pressante l'impegno ad ottimizzare tutti gli strumenti che possono condurre a risultati vantaggiosi in termini di costo/qualità e ad un recupero di risorse, complessivamente intese, nei processi d'acquisto dei beni e servizi necessari alle Aziende Sanitarie.

Le Aziende dovranno estendere le unioni d'acquisto con l'obiettivo di raggiungere entro il 2014 una percentuale di procedure di approvvigionamento in autonomia non superiore al 15% del totale dei beni e dei servizi acquisiti mediante procedura di gara.

Nel corso del 2013 tutte le Aziende saranno impegnate nella rideterminazione dei contratti di fornitura perseguendo gli obiettivi di riduzione della spesa previsti dalla Legge 135/2012 e dalla Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità per il 2013), tramite una rinegoziazione dei prezzi e/o, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA, rivedendo in riduzione i volumi dei beni e dei servizi acquisiti o le modalità di erogazione degli stessi.

A livello regionale dovrà essere assicurata l'applicazione della disposizione contenuta nell'articolo 15, comma 13, lettera e) della Legge n. 135/2012 (c.d. Spending review), che costituisce adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario Nazionale e che prevede la redazione dei bandi di gara e dei contratti di global service e facility management in termini tali da specificare l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale sull'importo complessivo dell'appalto.

2.8 - Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

PREMESSA

Nel 2012 la spesa per assistenza farmaceutica convenzionata nella Regione Emilia-Romagna è stata di circa 600 milioni, con un decremento del 10% sull'anno precedente.

Il significativo contenimento è avvenuto soprattutto a seguito delle scadenze di brevetto intervenute nel corso dell'anno, tale circostanza si verificherà nel 2013 in modo più contenuto, pertanto per il 2013 si stima una spesa sostanzialmente sul livello del 2012.

La spesa per erogazione diretta fascia A è stata di circa 230 milioni.

La spesa farmaceutica ospedaliera 2012, comprensiva dei farmaci H erogati direttamente, è stata di circa 414 milioni con un incremento del 3%. Ancorché per il 2013 si preveda l'immissione in commercio di nuovi farmaci ad elevato costo, in considerazione dei limiti economici imposti dal finanziamento del SSR, la spesa per acquisti ospedalieri non dovrà incrementare oltre il 6%.

ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Appropriatezza d'uso di farmaci specialistici da parte di Centri autorizzati e monitoraggio

Per il 2013 persiste il vincolo per le Aziende sanitarie di adeguamento alle Linee guida terapeutiche, alle Raccomandazioni e ai monitoraggi correlati al Prontuario Terapeutico Regionale elaborati da Gruppi di lavoro nelle singole aree specialistiche: onco-ematologia, reumatologia (artrite reumatoide e artrite psoriasica), dermatologia (psoriasi a placche e artrite psoriasica), epatologia (antivirali nell'epatite B e C), pediatria/endocrinologia (ormone della crescita), cardiologia (ticagrelor), nuovi farmaci della coagulazione, diabetologia (nuovi farmaci per il diabete). Il monitoraggio dell'adesione alle Linee Guida/ Raccomandazioni regionali è vincolante per tutte le Aziende: la documentazione relativa agli audit clinici effettuati è indicatore per il raggiungimento dell'obiettivo.

Le Aziende dovranno procedere ad una razionale revisione dei propri Centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci di elevato impatto economico in una visione sovraziendale e

alla luce del ridisegno delle strutture ospedaliere. Gli specialisti nella prescrizione dovranno tener conto delle gare effettuate in ambito regionale e di area vasta e corre l'obbligo di valutare quanto di più vantaggioso per il SSR.

Uso razionale e sicuro dei farmaci

Le registrazioni riguardanti i farmaci che prevedono l'accesso a "registri AIFA" sono vincolanti per l'erogazione dei farmaci, così come il monitoraggio degli usi ed il recupero dei rimborsi dovuti dalle Aziende farmaceutiche. La Regione fornisce vari strumenti a supporto che devono essere utilizzati sistematicamente.

Le attività di farmacovigilanza vanno proseguite a livello delle Aziende sanitarie ed è necessario mantenere il trend favorevole delle segnalazioni riscontrato nel corso dell'anno 2012. Nelle realtà locali devono trovare realizzazione, ove sono stati impiantati, i progetti regionali nelle aree critiche di rischio.

Vanno rese operative la procedura regionale per la gestione clinica dei farmaci e le Raccomandazioni riguardanti la ricognizione come premessa alla prescrizione. L'applicazione della ricognizione farmacologica dovrà essere estesa, oltre che al maggior numero di strutture di ricovero, anche alle strutture territoriali delle Aziende sanitarie. Dovrà essere inoltre ampliato l'impiego del Foglio Unico di Terapia.

Rete delle farmacie oncologiche

Ai fini di una riduzione dei costi e degli scarti di produzione, nell'ambito della realizzazione dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche del progetto di rete regionale, devono essere portate a termine le centralizzazioni aziendali e sovrazionali, in particolare nelle Aziende di Parma, Reggio Emilia e Modena. Aziende di piccole dimensioni dovranno valutare l'opportunità di avvalersi della produzione di laboratori limitrofi già in attività.

Centralizzazione dei magazzini farmaceutici ed economici.

La realizzazione delle Aree Vaste, le gare di acquisizione e la riorganizzazione delle funzioni dei servizi amministrativi, tecnici e professionali favoriscono la messa in comune dei beni farmaceutici ed economici; due aree vaste devono portare a termine i processi di integrazione strutturale di centralizzazione di tali attività e la terza avviarli.

OBIETTIVI RIGUARDANTI I FARMACI ANTIBIOTICI

1) Il consumo di antibiotici sistemici in ospedale è in aumento se si considera l'intero ambito regionale mentre sono stati osservati trend in riduzione in alcune aziende. In base ai dati disponibili, l'uso degli antibiotici in ospedale risulta in molti casi inappropriato in termini di indicazione, dosaggio e modalità di somministrazione. L'uso inappropriato degli antibiotici è, a sua volta, un fattore promuovente la diffusione, tra i batteri, di resistenze agli antibiotici. L'obiettivo è quindi di migliorare l'appropriatezza prescrittiva di questa classe di farmaci nelle singole aziende; tale miglioramento avrebbe, tra gli altri, il risultato di ridurre il consumo complessivo di antibiotici sistemici.

Indicatore: Riduzione del tasso di consumo di antibiotici sistemici (classe ATC J01) in ospedale rispetto agli anni precedenti. Il tasso di consumo viene calcolato come DDD (dose definita giornaliera) per 100 giornate di degenza ordinaria.

2) Il consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale è stato in progressivo aumento fino al 2009. Nei due anni successivi si è osservata una inversione di tendenza, caratterizzata da trend variabili in base all'azienda, alla classe di antibiotici e ai gruppi di

età considerati. Cionondimeno, il consumo di antibiotici sistemici appare in Emilia-Romagna, come nella maggior parte delle regioni italiane, significativamente superiore a quello osservato in altri contesti (es. paesi nordeuropei). Ciò è dovuto ad un uso in parte inappropriato di questi farmaci in Emilia-Romagna. Tra i motivi frequenti di utilizzo inappropriato di antibiotici nell'adulto vi è il trattamento delle batteriurie asintomatiche (per le quali non è di routine necessario alcun trattamento antibiotico) o delle infezioni non complicate delle vie urinarie con fluorochinoloni. Per questo tipo di infezioni sono state messe a punto dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e pubblicate nel 2010 specifiche linee guide.

I Responsabili dei Dipartimenti delle cure primarie hanno il compito di stimolare e di contribuire alla diffusione e implementazione delle linee guida regionali sul trattamento delle infezioni delle vie urinarie favorendo un confronto con gli specialisti ospedalieri o ambulatoriali. Queste attività consentirebbero una riduzione dell'uso inappropriato degli antibiotici e, in particolare, dei fluorochinoloni.

Indicatore: Riduzione del tasso di consumo di fluorochinoloni (classe ATC J01MA) in ambito territoriale rispetto agli anni precedenti. Il tasso di consumo viene calcolato come DDD (dose definita giornaliera) per 1000 abitanti-die.

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto

La prescrizione di farmaci con brevetto scaduto come singole molecole e nel contesto delle categorie di appartenenza è un obiettivo vincolante per il 2013. La Regione Emilia Romagna indica come obiettivo l'aumento della percentuale di DDD a brevetto scaduto sul totale dei consumi di 10 punti percentuali. Tale prescrizione è una possibilità di curare i cittadini con appropriatezza, efficacia e sicurezza a costi contenuti, contribuendo alla sostenibilità del Servizio Sanitario pubblico. Ai Responsabili dei Dipartimenti, delle Cure primarie, alle Direzioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali corre l'obbligo di informare i cittadini, formare i medici, monitorare e mettere in discussione, nell'ambito di incontri con i prescrittori, usi distorti quale l'incremento e/o l'uso di analoghi di marca più recenti e costosi, contestare le mancate prescrizioni dei farmaci per principio attivo, secondo la norma vigente.

Interventi su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa

La Regione Emilia Romagna ha prodotto Raccomandazioni nelle seguenti aree: farmaci inibitori della pompa acida, statine, ACE inibitori e sartani, nuovi farmaci per il diabete.

Le Aziende dovranno definire strategie locali, formazione e interazione specialisti/genericisti, ed inoltre obiettivi specifici perché la prescrizione alla dimissione da parte dei medici ospedalieri favorisca la prescrizione da parte dei MMG di farmaci per principio attivo, equivalenti e in linea con le Raccomandazioni regionali.

GOVERNO DEI DISPOSITIVI MEDICI (DM)

La rete regionale delle Commissioni Aziendali DM, coordinata dalla Commissione Regionale DM dovrà monitorare i consumi e la spesa dei DM innovativi e di costo elevato, migliorare l'appropriatezza d'uso e sviluppare la vigilanza.

Presso le Aziende sanitarie devono essere aggiornati i Repertori locali con le anagrafiche di tutti i prodotti complete delle informazioni relative alla Classificazione nazionale

Dispositivi Medici (CND) e al codice attribuito ai dispositivi dalla Banca dati/Repertorio Nazionale del Ministero della Salute, laddove previsto. I documenti di indirizzo elaborati a livello regionale dovranno essere recepiti dalle Commissioni aziendali e implementati presso le strutture assistenziali del territorio di competenza; le attività svolte a livello periferico saranno oggetto di periodiche relazioni strutturate secondo le modalità definite ed inviate alla Commissione regionale.

Le Aziende dovranno garantire completezza e qualità agli specifici flussi relativi alla rilevazione dei consumi e dei contratti per l'acquisizione dei dispositivi medici, flussi come implementati a livello regionale.

Per prodotti di bassa complessità tecnologica e di largo consumo, nell'ambito delle singole Commissioni aziendali si dovrà procedere alla revisione dell'utilizzo, al fine di garantire un uso ottimale; dalla messa in atto degli strumenti citati per i dispositivi sotto indicati è atteso, per ogni categoria, un risparmio economico del 10-20%.

Guanti monouso non chirurgici (CND T0102): valutare le tipologie adottate e verificare l'uso di prodotti sterili rispetto a quelli non sterili; Medicazioni avanzate per il trattamento di ferite, piaghe ulcere acute e croniche (CND M0404): adottare il documento della Commissione regionale; Terapia a pressione negativa di ulcere e ferite: procedere ad acquisti almeno di Area Vasta, applicare le linee di indirizzo della Commissione regionale e procedere ad audit locali per la verifica degli esiti dei trattamenti; Suture meccaniche (CND H02) sia per la chirurgia aperta che per video chirurgia: stilare procedure per la razionalizzazione dell'uso.

Per i raggruppamenti di cui sopra si dovrà procedere a definire criteri condivisi, nell'ambito delle Aree vaste, per le fasi di acquisizione e per l'uso.

Le Aziende dovranno attivare un registro dei dispositivi medici ricevuti come campioni gratuiti.

2.9 - Revisione del sistema tariffario

La legge 135/2012 (c.d. Spending Review) prevede che il Ministero della Salute determini le tariffe massime per la remunerazione dell'attività di assistenza ospedaliera; tali tariffe costituiscono il riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio Sanitario Nazionale; la legge prevede, inoltre, che gli importi tariffari fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime, restino a carico dei bilanci regionali. Il 28 gennaio 2013 nella Gazzetta Ufficiale n. 23 è stato pubblicato il decreto tariffe approvato il 18 ottobre 2012 ai sensi della citata L.135/2012, e che costituisce base di riferimento delle tariffe regionali.

Le tariffe ospedaliere sono attualmente articolate su due fasce, A e B. Nella seconda vengono fatte confluire strutture con complessità organizzativa e casistica fortemente eterogenea, variabili che influenzano in modo significativo il costo di produzione, in particolare si osserva come la presenza della rete dell'emergenza-urgenza sia un driver determinante dei maggiori costi. Così è per la maggior parte delle Regioni, che articolano su tre o più fasce la remunerazione dell'attività ospedaliera.

È prevista pertanto l'adozione di una delibera che reintroduce una terza fascia tariffaria nella quale sono ricompresi gli stabilimenti, pubblici e privati, privi di servizi afferenti all'emergenza urgenza e di servizi di terapia intensiva (sono 69 stabilimenti, di cui 31

pubblici e 28 privati accreditati). Le strutture monospecialistiche non sono ricomprese all'interno delle fasce – si tratta delle case di cura psichiatriche e di strutture riabilitative.

Inoltre, la remunerazione del ricovero riabilitativo per patologie muscolo scheletriche, in soggetti che non presentano specifiche concomitanti patologie cronico degenerative, viene ricondotta dal codice 56 (intensiva) al codice 60 (estensiva).

Il nuovo sistema tariffario implica delle modifiche nella valorizzazione degli scambi tra le Aziende sanitarie; la nuova matrice di mobilità infraregionale sarà oggetto di valutazione al fine di evitare che si generino squilibri di bilancio per il solo effetto del nuovo di regime tariffario.

2.10 - Azioni per la sostenibilità nelle cure primarie

In un contesto di riduzione del finanziamento del FSN e di riorganizzazione della rete ospedaliera le azioni di razionalizzazione e di miglioramento dell'efficienza dell'offerta dei servizi sanitari, pur nella prospettiva di un potenziamento della capacità dell'assistenza primaria di intercettare la domanda di assistenza, in particolare per quanto riguarda la cronicità, devono coinvolgere anche l'ambito territoriale.

Per tale motivo è opportuno rivedere il finanziamento dei due settori che, in aggiunta a quello della spesa farmaceutica, assorbono la maggior quantità di risorse sul territorio: l'assistenza di base e l'assistenza specialistica ambulatoriale, che rappresentano infatti circa il 23% della spesa sanitaria regionale.

Le azioni che andranno previste dovranno essere orientate ad un significativo miglioramento dell'appropriatezza clinico-organizzativa.

Assistenza Specialistica ambulatoriale

Valutazione della produzione e revisione dei contratti di fornitura

Dal 2011, in corrispondenza con la revisione delle modalità di compartecipazione alla spesa, si assiste ad un decremento dei consumi di prestazioni specialistiche ambulatoriali per tutte le tipologie di attività.

In particolare, a fronte di un decremento nel 2011 rispetto al 2010 pari a circa il 3% si ipotizza un calo più significativo, pari a circa il 18% nel 2012 rispetto al 2011 delle prestazioni erogate ai cittadini non esenti e del 6% per i cittadini esenti. Tale contrazione di attività riguarda principalmente le strutture pubbliche, mentre per quelle private accreditate la riduzione è molto più limitata.

Le Aziende sanitarie, pertanto, anche alla luce dei dati che saranno trasmessi dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali relativamente ai consumi di assistenza

specialistica, dovranno rivedere i contratti di fornitura per l'acquisto delle prestazioni da soggetti privati accreditati.

Azioni di qualificazione e promozione dell'appropriatezza

Altro aspetto saliente sul quale le Aziende sanitarie dovranno porre l'attenzione è l'attivazione di un sistema di controlli per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva, organizzativa ed erogativa. Tale sistema dei controlli verrà validato dal Tavolo di coordinamento regionale in sinergia con il Nucleo regionale controlli previsto dalla DGR 354/2012 e monitorato dai Servizi regionali competenti con cadenza trimestrale.

La verifica dell'appropriatezza prescrittiva, per l'anno 2013 interesserà principalmente :

- § la diagnostica per immagini, con particolare riferimento alle RM e TAC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità che saranno oggetto di una delibera di Giunta regionale
- § gli esami di laboratorio, ad esempio, PSA Reflex e TSH Reflex per il quale sono state definite indicazioni (di cui alla DGR 1779/2010)
- § percorsi senologici per i quali sono state definite indicazioni (DGR 1035/2009, DGR 220/2011, DGR 1414/2012)
- § prestazioni trasferite dal regime di ricovero al regime ambulatoriale (DGR 1108/2011) al fine di disincentivare i ricoveri di day surgery ad alto rischio di in appropriatezza.

Al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni secondo condizioni già normate a livello regionale le Aziende sanitarie dovranno prevedere interventi di formazione rivolti ai Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera scelta, Specialisti Ambulatoriali.

Medicina generale, Pediatria di libera scelta, Continuità assistenziale, Specialisti ambulatoriali

Negli ultimi anni, principalmente a seguito degli accordi integrativi regionali del 2006 (MMG e Specialistica Ambulatoriale) e 2008 (PLS), la Regione Emilia-Romagna ha investito rilevanti risorse economiche, di personale e di strutture, per lo sviluppo ed il potenziamento del modello organizzativo dell'assistenza di base.

Nel corso del 2011 i compensi aggiuntivi, rispetto a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale a carico del bilancio regionale sono stati pari a **circa 80 milioni di euro**.

Il sistema di remunerazione della medicina generale e della pediatria di libera scelta previsto dagli ultimi accordi regionali era sostanzialmente mirato a finanziare e sostenere l'evoluzione del modello organizzativo e l'assetto strutturale delle cure primarie, con particolare riferimento alla strutturazione di una rete informatica ed alla promozione dei Nuclei di Cure Primarie.

Questa organizzazione delle cure primarie è oramai consolidata ed occorre pertanto rivolgere l'attenzione al potenziamento della capacità di presa in carico delle patologie croniche destinando le risorse alla promozione della qualità assistenziale. I compensi aggiuntivi a carico del bilancio regionale andranno riorientati per il miglioramento

dell'assistenza erogata dalla medicina convenzionata, nell'ambito della riorganizzazione complessiva del sistema delle cure primarie.

Riorientamento del sistema incentivante

Gli accordi collettivi nazionali e regionali per i MMG ed i PLS, prevedono alcune voci di compenso che hanno perso la loro finalità, avendo contribuito alla realizzazione di una struttura organizzativa delle cure primarie oramai consolidata. Nel corso del 2013 il sistema di incentivazione per i medici convenzionati dovrà quindi sostenere azioni per il sostegno dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e della specialistica ambulatoriale.

Nel corso dell'anno inoltre, in collaborazione con i rappresentanti delle associazioni professionali della medicina convenzionata, in previsione del rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale e del futuro Accordo Integrativo Regionale, dovrà essere rivisto il sistema di incentivazione per orientarlo ad obiettivi di qualità assistenziale, finalizzati al rafforzamento di percorsi assistenziali in grado di supportare la revisione organizzativa della rete ospedaliera.

A tal fine è prevista la costituzione di un Fondo Regionale per l'incentivazione della presa in carico delle malattie croniche e la promozione dell'appropriatezza e della qualità assistenziale. Il Fondo verrà ripartito, mediante un sistema a punti, applicato al NCP, ma corrisposto al singolo medico attraverso la strutturazione di un sistema di valutazione e incentivazione basato sulla valutazione di indicatori applicati alla gestione integrata della cronicità.

Revisione organizzativa dei punti di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)

Da un'analisi dei dati di attività della continuità assistenziale si osserva una significativa variabilità della distribuzione dei punti di CA tra le AUSL della nostra regione. I dati di attività mostrano livelli di attività, rapportati alla popolazione residente, fortemente differenziati. Tutto ciò comporta livelli di spesa, in alcuni casi, significativamente superiori alla media regionale. Nel corso del 2013, le aziende sono tenute a rivedere la propria rete di Continuità Assistenziale secondo criteri di efficienza e di economicità.

Accordi locali

Anche per gli accordi locali l'ACN vigente stabilisce che la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione (nazionale, regionale e aziendale) per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale, è definita a livello di negoziazione nazionale (Articolo 4).

L'investimento attuale è conseguentemente e interamente a carico del bilancio regionale. Nel corso del 2013 le Aziende USL sono tenute a rivedere gli accordi aziendali in collaborazione con la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali per renderli coerenti con le indicazioni operative del Fondo Regionale per la Presa in carico delle Malattie croniche.

2.11 - Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico

Piano investimenti

L'attuale contesto economico-finanziario si caratterizza per l'indisponibilità di risorse, in termini di contributi in conto capitale, da destinare agli interventi in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico.

Il Piano degli investimenti 2013-2015, in quanto parte integrante degli Strumenti di Programmazione pluriennale, dovrà essere redatto secondo gli specifici schemi predisposti a livello regionale.

Le fonti di finanziamento dedicate sono costituite da contributi in conto capitale, mutui, alienazioni, donazioni vincolate ad investimenti e da forme partenariato pubblico privato (PPP).

La lettera b), comma 1 dell'articolo 29 del D.Lgs. n. 118/2011, come sostituita dall'articolo 1, comma 36 della Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013), prevede la possibilità di acquisire delle immobilizzazioni mediante l'utilizzo di contributi in conto esercizio. La procedura di ammortamento di queste immobilizzazioni è stata definita attraverso la Casistica Applicativa per le Aziende sanitarie - Documento n. 1.

Rispetto alle forme di finanziamento degli investimenti sopra individuate, le Aziende dovranno valutare alcuni aspetti:

- alienazioni patrimoniali: le alienazioni possono essere poste a copertura finanziaria degli investimenti solo a seguito di analisi che attesti l'effettiva alienabilità e la contestualità tra l'impiego e la disponibilità delle risorse finanziarie. Le alienazioni patrimoniali devono essere riepilogate nello specifico Piano delle alienazioni, che costituisce parte integrante del Piano degli investimenti 2013-2015, con separata indicazione per quelle vincolate a ripiano perdite;
- forme di Partenariato Pubblico Privato: l'utilizzo di tale modalità deve essere preceduta da una puntuale valutazione economica costi/benefici e da una valutazione circa la sostenibilità finanziaria e patrimoniale dell'investimento, con riferimento agli anni di durata del Partenariato, opportunamente condivise con i competenti Servizi regionali;
- contributi in conto esercizio: l'utilizzo di risorse correnti deve essere preceduta da una puntuale valutazione economica costi/benefici e da una valutazione circa la sostenibilità finanziaria e patrimoniale dell'investimento. Il ricorso a tale forma di finanziamento è subordinata all'erogazione delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza in condizioni di pareggio di bilancio.

Gestione del Patrimonio immobiliare e tecnologico

Gli obiettivi nella gestione del patrimonio immobiliare prevedono, per le Aziende che sostengono costi superiori al costo medio regionale per la manutenzione ordinaria al mq, senza che ciò sia tecnicamente giustificato, l'allineamento al suddetto costo medio regionale dei costi di manutenzione ordinaria delle strutture e degli impianti e la razionalizzazione, nella logica di una massimizzazione dei risparmi economici, dell'utilizzo degli immobili che le Aziende hanno in locazione.

Riguardo l'eventuale realizzazione di nuovi interventi la progettazione, almeno fino a livello di progetto preliminare, dovrà essere predisposta con personale dipendente, ricorrendo se necessario a risorse professionali comunque presenti nelle Aziende del Servizio sanitario regionale.

Il personale tecnico dipendente delle Aziende dovrà assumere, per i nuovi interventi avviati nel corso del 2013, qualora siano presenti le competenze professionali il coordinamento per la sicurezza in fase di progettazione ed in fase di esecuzione, gli incarichi di Direzione Lavori, collaudo e certificazione di regolare esecuzione.

Qualora le Aziende sostituiscano o acquisiscano grandi tecnologie (TAC, RSM, PET, acceleratori lineari,...) le stesse devono preliminarmente essere sottoposte all'attenzione dei competenti Servizi regionali e della Agenzia Sanitaria e Sociale regionale.

2.12 - Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale

Le Aziende sanitarie dovranno attivare tutte le azioni possibili (comprese quelle di natura finanziaria e fiscale, quali ad esempio detrazioni e titoli di efficienza energetica) e comunque in modo cogente quelle indicate dal competente Servizio regionale, per un uso più razionale dell'energia e corretta gestione delle politiche ambientali anche in una logica di soluzioni efficienti ed economiche omogeneamente applicate a livello regionale.

2.13 - Azioni di razionalizzazione in ambito ICT

Le azioni di razionalizzazione individuate in ambito ICT, che si prevede possano determinare risparmi diretti e/o indiretti, sono le seguenti.

- 1) Unificazione cartella clinica MMG, nel corso del 2013 si procederà, con la collaborazione delle aziende e dei rappresentanti dei Medici di medicina generale alle procedure amministrative e tecniche necessarie alla realizzazione ed adozione di una cartella unica per i MMG. A regime la nuova soluzione potrà portare ad un risparmio diretto annuo valutabile in circa 2 milioni di euro.
- 2) Promozione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - Nel corso del 2013 il FSE ovvero il portale online per l'accesso ai servizi sanitari dovrà affermarsi come punto di comunicazione tra le aziende sanitarie ed i cittadini mediante la promozione della prenotazione, riscossione e consegna referti online, con il fine di ridurre il fabbisogno di personale di front office ed i costi di remunerazione delle farmacie per le funzioni di prenotazione; risparmio diretto annuo valutabile in circa 4 milioni di euro.
- 3) Dematerializzazione ricetta, le aziende avranno il compito di collaborare al fine di garantire le scadenze attuative definite dal piano di diffusione che sarà sottoscritto con il Ministero dell'Economia, il risparmio derivato è valutato dell'ordine di circa 3,5 milioni di euro a decorrere dalla messa a regime ovvero non prima del 2014.
- 4) Centralizzazione gestione informatizzata delle risorse umane, le aziende saranno coinvolte nella individuazione della soluzione e saranno impegnate nell'adozione del nuovo software al fine di creare la precondizione per la razionalizzazione delle attività di gestione delle risorse umane a livello sovra aziendale.

- 5) Studio preliminare per la omogeneizzazione e centralizzazione della gestione informatizzata della contabilità generale (D. Lgs. n. 118/2011). Lo studio sarà condotto congiuntamente a cura delle aziende con il supporto dei servizi regionali competenti.
- 6) Adozione di un sistema di monitoraggio e governo dell'appropriatezza in ambito di Analisi di Laboratorio, in fase prescrittiva in ambito ospedaliero ed in ambito territoriale, secondo modalità e strumenti omogenei a livello regionale, il percorso di adozione degli strumenti sarà condiviso tra le aziende ed i servizi regionali competenti.

2.14 - Obiettivi dell'Assistenza Ospedaliera

2.14.1 Centrali Operative – 118

Le Aziende sono tenute a partecipare al gruppo di progetto delineato nel documento sulla concentrazione delle centrali 118 a Parma per Piacenza Parma e Reggio, e a Bologna per Bologna, Modena e Ferrara, e nella realizzazione della centralizzazione effettiva entro la fine del 2013.

2.14.2 Centralizzazione emergenze

Le Aziende sono tenute a rivedere i criteri di centralizzazione dell'emergenza territoriale relativamente all'emergenza chirurgica ed ortopedica (non politrauma per il quale si ribadiscono i criteri di centralizzazione già richiamati negli obiettivi delle passate programmazioni) centralizzandola il più possibile a livello delle attuali province, e sfruttando le conseguenti opportunità di revisione degli assetti di guardia delle relative discipline.

2.14.3 Servizi intermedi

Le Aziende devono rivedere l'assetto strutturale e organizzativo dei servizi intermedi, sfruttando il potenziale di miglioramento della qualità offerto dalle possibilità di concentrazione delle fasi di processo assistenziale che non hanno bisogno della presenza del paziente per essere eseguite. In particolare devono procedere all'unificazione delle officine trasfusionali dell'area vasta centro (Bologna, Ferrara e Modena) e dell'area vasta Nord (Piacenza, Parma e Reggio), secondo quanto previsto nel Piano Sangue e Plasma in via di approvazione.

2.14.4 Accordo di Alta Specialità

Le Aziende Sanitarie sono tenute ad esercitare attivamente la committenza nei confronti delle strutture private aderenti all'accordo di Alta Specialità in via di stipula, secondo le linee definite nel corso della trattativa e che prevedono che una quota del valore economico complessivo stimato sia sottoposta a contrattazione locale e di area vasta in relazione all'effettivo fabbisogno di prestazioni localmente determinato.

2.14.5 Accordi di fornitura tra le Aziende pubbliche

Il sistema degli accordi di fornitura, previsto dal D.Lgs. 502/1992 e segg. costituisce lo strumento normativamente previsto per orientare la produzione dei fornitori alle esigenze sanitarie la cui determinazione in forma di committenza è responsabilità delle Aziende Sanitarie. Per tali accordi possono essere utilizzate le linee guida proposte lo scorso anno dalle Aziende ospedaliere, ovvero convenire di adottare altre modalità di regolazione, controllo e compensazione derivanti dalla negoziazione. In caso di mancato accordo, il riconoscimento della produzione non potrà superare il valore economico dell'anno 2011, ad eccezione delle prestazioni di alta specialità e di bassa diffusione, per le quali non c'è evidentemente tetto economico.

2.14.6 Day-hospital

Le Aziende devono rivedere la dotazione dei posti letto di day hospital medico procedendo alla loro disattivazione qualora in essi non si svolgano processi assistenziali che richiedano irrinunciabilmente la condizione di ricovero (cosa che si assume per i day-hospital oncologici e di riabilitazione).

2.14.7 Punti nascita

Le Aziende devono provvedere alla declinazione locale dei criteri per il ridisegno della rete dei servizi ospedalieri dedicati alla nascita secondo le risultanze dell'audit in via di finalizzazione a cura della Commissione Nascita esplicitando le modalità alternative di fornitura dei servizi relativi alla nascita a fronte della chiusura dei punti nascita con un numero di parti/anno < 500.

2.14.8 Riconfigurazione del processo assistenziale ospedaliero

In continuità con gli obiettivi posti negli ultimi anni, sulla base dell'analisi della funzione di lungodegenza, dei dati disponibili sull'uso dei posti letto per acuti da parte di pazienti cronici polipatologici, le aziende possono procedere alla riconversione in strutture intermedie di stabilimenti ospedalieri con service mix non complesso, qualora tale riconversione sia coerente con la programmazione.

Tali strutture, come si evidenzia nella letteratura internazionale:

- sono destinate a persone che, altrimenti, sarebbero state ospedalizzate in modo inappropriato e prolungato in un setting per acuti, nell'assistenza residenziale a lungo termine o in assistenza continua fornita dal SSR;
- la decisione di ammissione è assunta sulla base di una valutazione individuale che dà luogo a un piano assistenziale che integra terapia e riabilitazione;
- la permanenza è fornita per una durata limitata, di sei settimane al più, e frequentemente da una a due settimane.

In queste strutture l'assistenza è prevalentemente infermieristica, sono integrate dal punto di vista del disegno organizzativo nel dipartimento delle Cure Primarie, e hanno uno stretto collegamento con i Nuclei delle Cure Primarie e vie facilitate di accesso alla diagnostica per immagini e di laboratorio, potendo anche costituire,

qualora opportuno, la sede di Casa della Salute ospitando anche specialistica autonomamente organizzata ovvero utilizzando risorse professionali ospedaliere.

2.14.9 Definizione di una struttura organizzativa interaziendale dei trapianti

Al fine di potenziare l'efficacia e l'efficienza dell'insieme dei servizi che concorrono a garantire i buoni risultati ottenuti in campo trapianto logico, le aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna, secondo le rispettive articolazioni che concorrono a garantire questa linea di servizio, sono tenute a partecipare alla definizione e all'implementazione di un'organizzazione che, riconducendo ad unità le citate articolazioni, minimizzi il rischio di competizione tra i centri, consentendo all'intero sistema di migliorare i risultati ottenuti.

2.15 - Rimodulazione dell'assistenza residenziale per i Dipartimenti Salute mentale e Dipendenze patologiche

Per l'anno 2013 è in programma una riprogettazione complessiva dell'utilizzo delle residenze sanitarie e sociosanitarie da parte dei Centri di Salute Mentale e dei Sert.

L'obiettivo è quello di identificare e ridurre gli inserimenti residenziali a rischio di inappropriately (alcuni inserimenti in strutture sociosanitarie o in residenze sanitarie a lungo termine), favorendo l'assistenza domiciliare e l'abitare supportato.

Allo scopo si è proceduto ad una rimodulazione del Fondo ex OP da destinare ad attività di tipo sociosanitario per la popolazione afferente ai CSM, con una specifica per le persone soggette a misure alternative alla detenzione, da utilizzare da parte delle AUSL secondo regole che verranno definite con successivi atti.

2.16 - IRCCS Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola.

Il Ministero della Salute, d'intesa con il Presidente della Regione Emilia-Romagna, con Decreto Ministeriale dell' 8 marzo 2012, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 13 aprile 2012 ha riconosciuto l'IRCCS Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola.

Nel corso del 2013 la Regione completerà le indicazioni necessarie per definire la governance ed il ruolo dell'Istituto nelle attività sanitarie e di ricerca disciplinandone in particolare le relazioni economico-finanziarie e patrimoniali nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Tiziano Carradori, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2013/49

data 14/01/2013

IN FEDE

Tiziano Carradori

omissis

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

Il Responsabile del Servizio

Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'