

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno lunedì 24 **del mese di** febbraio
dell' anno 2014 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Saliera Simonetta	Vicepresidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Bortolazzi Donatella	Assessore
4) Gazzolo Paola	Assessore
5) Lusenti Carlo	Assessore
6) Melucci Maurizio	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
9) Peri Alfredo	Assessore
10) Rabboni Tiberio	Assessore

Presiede la Vicepresidente Saliera Simonetta
attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2014

Cod.documento GPG/2014/124

Num. Reg. Proposta: GPG/2014/124

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Preso atto che non è stato sottoscritto il nuovo Patto per la Salute, 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;

Vista l'Intesa sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN per l'anno 2013 - Accordo politico (prot. 13/132/SR15/C7 del 19/12/2013 con la quale la Conferenza delle Regioni e Province autonome ribadisce l'attuazione in via sperimentale dei costi standard ed evidenza:

- la necessità di rivedere e riqualificare i criteri di cui all'articolo 27 del D.Lgs. 68/2011 sulla "determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali" tenendo conto del trend di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità e attraverso nuove modalità di pesature, da definire entro il 1° trimestre del 2014, secondo i criteri già indicati dall'art. 1 comma 34, della Legge 662/1996;

- l'utilizzo delle risorse accantonate nei riparti per gli anni 2012 e 2013 relativi ai meccanismi premiali, tenendo anche conto dei criteri di riequilibrio nel riparto;

Vista l'Intesa Stato-Regioni concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2013 (Rep. Atti n. 181/CSR del 19/12/2013);

Vista l'Intesa Stato-Regioni concernente il riparto delle risorse di FSN accantonate per il finanziamento degli obiettivi di carattere prioritario a livello nazionale per l'anno 2013 (Rep. Atti n. 179/CSR del 19/12/2013);

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 2014 e delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2014, di cui al citato articolo 1, comma 34, della Legge n. 662/1996;

Considerato che, alla luce di quanto sopra esposto, non è possibile prevedere i criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale che saranno adottati dai Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome per l'anno 2014;

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;

Considerato che, pur non essendo stato adottato il sopracitato Regolamento e non essendo le Regioni nelle condizioni di predisporre i provvedimenti regionali di adeguamento dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario

Regionale in ottemperanza alle disposizioni nazionali, la Regione Emilia Romagna emanerà nel corso del 2014 le Linee di indirizzo che dovranno essere seguite dalle Aziende sanitarie per la predisposizione dei Piani Attuativi Locali;

Preso altresì atto che 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;

Visti:

- 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;
- il 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;
- il Decreto legge 21 giugno 2013, n. 69 "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia", convertito in legge 98/2013;
- il Decreto legge 31 agosto 2013 n. 101 "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni", convertito, con modificazioni, in legge 125/2013;

Visto in particolare:

- 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;

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 2014 entro il 31/12/2013);

Dato atto che nel corso dell'anno 2013 è stata tempestivamente avviata la pianificazione sanitaria regionale dell'anno 2014, ma per le motivazioni sopra esposte, è stata valutata l'opportunità di rinviare al 2014 l'adozione dei Bilanci Economici Preventivi aziendali e della Gestione Sanitaria Accentrata, nonché del consolidato regionale;

Ravvisata l'opportunità di definire la programmazione sanitaria regionale dell'anno 2014, 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 2014, stante l'esigenza di fornire alle Direzioni aziendali le indicazioni ed i riferimenti necessari per assicurare un governo puntuale delle risorse disponibili;

Ritenuto opportuno 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 2014-2016 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 2014 un incremento dell'1,4% rispetto all'anno 2013;

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 2014 è quantificabile in 107.901 milioni di euro, che determina un incremento rispetto all'anno precedente dello 0,83%, pari a circa 896 milioni di euro;

Viste:

- la nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza per il 2013, approvato in data 20 settembre 2013, che ha previsto un incremento della spesa sanitaria dell'1,7% per l'esercizio 2014,
- la Legge 27 dicembre 2013, n. 147, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014),
- la Legge 27 dicembre 2013, n. 148, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2014 e bilancio pluriennale per il triennio 2014-2016";

Preso atto:

- che è stata definita la questione legata alla sentenza n. 187/2012 della Corte Costituzionale che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 17, comma 1, lettera d) della L. 111/2011 che prevedeva una misura di introduzione di ticket sanitari per circa 2 miliardi con conseguente riduzione del livello di finanziamento;
- che il riferimento al finanziamento aggiuntivo di 2 miliardi a copertura della mancata attivazione dei nuovi ticket richiesto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome è stato inserito nella Legge di Bilancio di previsione dello Stato per l'anno 2014 e Bilancio pluriennale 2014-2016, allegato alla Legge n. 147 del 27 dicembre 2013 (Legge di stabilità 2014);
- che il livello di finanziamento del S.S.N. dell'anno 2014 è stato reintegrato di 2 miliardi ed è pertanto quantificabile in 109,901 miliardi.

Considerato che al momento non è disponibile la proposta ministeriale di riparto del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 2014, in attesa sia di una puntuale definizione del livello di finanziamento che dei criteri di riparto, appare opportuno attenersi, in questa fase previsionale, ad un criterio di prudenza, impostando la programmazione regionale con esclusivo riferimento al riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie pari a 107,901 miliardi, corrispondenti ad un incremento dello 0,83% rispetto all'anno 2013. L'effettiva disponibilità degli ulteriori 2 miliardi di integrazione del F.S.N. comporterà maggiori risorse stimabili per la Regione Emilia Romagna in circa 148 milioni, che saranno programmate per sostenere i processi di miglioramento e di innovazione per il miglioramento della qualità, della qualificazione e della sostenibilità del sistema sanitario regionale;

Dato atto che il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2014 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 2014, 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 di euro, autorizzazione di spesa ridotta ai sensi dell'art. 1 del D.L. 25 marzo 2013, n. 24 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 maggio 2013, n. 57, di 4,5 milioni di euro per il 2013 e di 1,5 milioni di euro per il 2014;
- 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 a decorrere dall'anno 2013;

Richiamate le Leggi Regionali 20 dicembre 2013, n. 28 e n. 29, rispettivamente Legge finanziaria regionale e Legge di approvazione del Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2014 e del Bilancio pluriennale 2014-2016, con le quali viene confermato l'intervento regionale che, con mezzi autonomi del proprio bilancio, garantisce:

- copertura nel bilancio pluriennale 2014-2016 a carico dell'esercizio 2015 al 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 per 100 milioni di euro complessivi, a cui si aggiungono 50 milioni di euro per la copertura finanziaria del rimborso degli interessi e della quota capitale delle anticipazioni di liquidità, di cui all'articolo 3 del Decreto Legge n. 35 del 2013, convertito con modificazioni

dalla Legge n. 64/2013, secondo quanto previsto dalla Legge Regionale 4 luglio 2013, n. 6 "Misure in materia di pagamenti dei debiti degli Enti del Servizio Sanitario Regionale";

- risorse pari a 70 milioni di euro, spesa autorizzata dalla citata L.R. n. 28/2013, destinate direttamente al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza al fine di garantire le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria dell'anno 2014;

Ritenuto, alla luce del quadro finanziario sopra descritto, che la programmazione sanitaria regionale dell'anno 2014, possa essere impostata sulla base di un volume complessivo di risorse pari a 7.858,677 milioni, determinato dalla stima delle seguenti disponibilità:

- 7.637,297 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 2013, con un incremento pari allo 0,83% alla luce di quanto sopra esposto;
- 121,380 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 2013;
- 100 milioni di risorse regionali stanziare dalla citata Legge Regionale n. 29/2013 concernente il Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2014 e Bilancio pluriennale 2014-2016, a carico dell'esercizio 2015;

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 2014 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 2014, 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 100 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 2014 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. 28/2013 (Legge finanziaria regionale per l'anno 2014) pari a 70 milioni;

Stabilito che il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza dell'anno 2014:

- 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 che deriverà dal riparto delle risorse che l'articolo 1, comma 199 e comma 200 della citata Legge n. 147 del 27 dicembre 2013 (Legge di stabilità 2014), destina agli interventi di pertinenza del Fondo per le non autosufficienze, inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, e per assistenza domiciliare a persone affette da gravi disabilità per un totale di 350 milioni di euro a livello nazionale;

Considerato che il sistema sanitario regionale è impegnato a garantire per il 2014 una situazione di pareggio di bilancio, ricomprendendo nel vincolo di bilancio i maggiori oneri determinati:

- dal trend fisiologico di aumento dei costi causato anche dall'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 programmato per il 2014 pari a 40 milioni; la quota annuale degli ammortamenti non sterilizzati pregressi sarà finanziata attraverso le risorse regionali che garantiscono il fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Regionale;

- 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;

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;

Richiamata la deliberazione di questa Giunta n. 284 del 18 marzo 2013 con la quale viene prorogata la validità del Piano Sociale e Sanitario regionale 2008-2010, approvato con deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 175/2008, per gli anni 2013 e 2014 e viene approvato, tra l'altro, il documento "Indicazioni attuative del Piano Sociale e Sanitario per gli anni 2013-2014", quale integrazione al Piano Sociale e Sanitario stesso;

Verificato che la sostenibilità economico-finanziaria del Servizio Sanitario Regionale dell'anno 2014 e degli anni successivi 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;

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 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 e per l'acquisizione di beni e servizi;

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 2014 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 2014 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 2014 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, un governo flessibile del personale, l'impiego di risorse correnti in conto esercizio a finanziamento degli investimenti secondo quanto previsto dall'articolo 29 del citato Decreto Legislativo n. 118/2011;

Preso atto che la verifica del risultato dell'esercizio 2014, 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 residua 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 2014;
- 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 2014 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 2014 su un livello complessivo di risorse, come definito precedentemente, pari a 7.858,677 milioni, ripartendolo come segue:

- 7.317,230 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;

- 68,540 milioni sono riservati al finanziamento del Sistema integrato Servizio Sanitario Regionale - Università;
- 44,225 milioni sono trattenuti a finanziamento delle strutture e delle funzioni regionali e dell'innovazione;
- 212,510 milioni costituiscono l'integrazione a sostegno dei piani di riorganizzazione, dei piani investimento ed 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;
- 97,550 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, dei costi sostenuti per pazienti residenti in Emilia Romagna dalle Aziende sanitarie dei Laboratori di allestimento dei farmaci antiblastici per il nuovo farmaco Ipilimumab, come previsto dalla nota della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali prot. PG/2013/144877 del 13/6/2013, al finanziamento degli indennizzi agli emotrasfusi ai sensi della Legge n. 210/1992;
- 68,622 milioni verranno ripartiti tra le Aziende sanitarie in chiusura dell'esercizio 2014, di cui 66 milioni sulla base degli ammortamenti non sterilizzati delle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009 di competenza dell'esercizio 2014;

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 2014 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,

da adottarsi, previa Intesa in Conferenza Stato-Regioni, entro il 31 dicembre 2014, ai sensi dell'art. 1, comma 222 della citata Legge n. 147/2013 (Legge di stabilità 2014);

- 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 confermare 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);

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;
- il Decreto del Ministro della Salute adottato di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 17 settembre 2012, in materia di certificabilità dei bilanci degli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- il decreto del Ministro della Salute adottato di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze dell' 1 marzo 2013, avente ad oggetto "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità" che definisce i requisiti comuni, la modalità di predisposizione e di presentazione, nonché il termine massimo di realizzazione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità;

Vista la deliberazione di questa Giunta n. 865 del 24 giugno 2013 "Approvazione del Percorso Attuativo della certificabilità ai sensi del D.M. 1 marzo 2013";

Dato atto che nel 2014 proseguirà l'impegno della Regione e delle Aziende sanitarie per assicurare:

- l'attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità entro i termini e nel rispetto dei requisiti comuni, degli obiettivi e delle azioni individuate nel Piano attuativo (c.d. "cronoprogramma") approvato con la citata DGR n. 865/2013;
- il recepimento e l'applicazione dell'ulteriore Casistica applicativa del citato D.Lgs. n. 118/2011 che sarà approvata nel corso del 2014 dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze;

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";

Visto, con riferimento alle disposizioni per il pagamento dei debiti scaduti degli enti del Servizio Sanitario Nazionale:

- il Decreto Legge n. 35 del 2013, convertito con modificazioni dalla Legge n. 64/2013 ed in particolare l'articolo 3, che autorizza lo Stato ad effettuare anticipazioni di liquidità alle Regioni per assicurare ed accelerare il pagamento dei debiti certi, liquidi ed esigibili degli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- il Decreto Legge n. 72 del 2013, decaduto per mancata conversione, i cui effetti sono stati fatti salvi dalla Legge n. 98/2013;
- il Decreto Legge n. 102 del 2013, convertito con modificazioni dalla Legge n. 124/2013;

Dato atto:

- che nel 2013, in applicazione della Legge Regionale n. 6/2013, la Regione ha utilizzato l'anticipazione di liquidità resa disponibile dal citato D.L. n. 35/2013, conseguendo una significativa riduzione dell'esposizione debitoria e dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi;
- che nel 2014 prosegue l'impegno delle Direzioni aziendali e della Regione per assicurare una gestione efficiente delle risorse finanziarie disponibili al fine di consolidare e migliorare i risultati raggiunti a fine 2013, proseguendo la progressiva riduzione dell'esposizione debitoria al fine di contenere i tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi sotto la soglia dei 90 giorni con l'obiettivo di tendere a 60 giorni;

Ravvisata l'opportunità di rivedere, a decorrere dall'anno 2014, i criteri di valutazione del raggiungimento degli obiettivi aziendali che costituiscono il quadro di riferimento cui correlare la corresponsione dei compensi aggiuntivi previsti dai contratti stipulati dai singoli Direttori Generali delle Aziende sanitarie e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli al fine di misurare non solo la capacità di complessivo governo dell'Azienda, ma anche di raggiungere specifici obiettivi della programmazione regionale;

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;
- l'art. 48 della legge regionale 20 dicembre 2013, n. 28 (Legge finanziaria regionale) e conseguente adozione del "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie", con efficacia a decorrere dall'1/1/2014, approvato con DGR n. 2079 del 23/12/2013;

Richiamate:

- 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;
- la Legge Regionale n. 22 del 21 novembre 2013 ed, in particolare, il Capo II relativo alla istituzione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna a decorrere dal 1° gennaio 2014 e alla contemporanea cessazione delle Aziende USL di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini;

Acquisita la relazione "Criteri di Finanziamento delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna - Anno 2014", Allegato A quale parte integrante del presente provvedimento e ritenuto di evidenziare:

- l'aggiornamento della consistenza della popolazione all'1/1/2013;
- l'aggiornamento della base dati riferita all'utilizzo dei diversi servizi;
- il mantenimento per i sub-livelli di assistenza della stessa percentuale del 2013 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 2013, al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (in coerenza con quanto stabilito nel programma approvato con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1655/2013);
- la modifica, per l'anno 2014, di alcuni criteri di finanziamento come dettagliato nel sopra citato Allegato A;
- il Fondo risarcimento danni da responsabilità civile di cui all'art. 48 della legge regionale 20 dicembre 2013, n. 28 (Legge finanziaria regionale) e la conseguente adozione del "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie", con efficacia a decorrere dall'1/1/2014, approvato con DGR n. 2079 del 23/12/2013 per far fronte ai risarcimenti assicurativi di seconda fascia (sinistri oltre la soglia di 250 mila euro); il fondo viene incrementato nel 2014 per circa 15,053 milioni 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 17 febbraio 2014, 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;
- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", ed in particolare l'art. 22;
- le proprie deliberazioni n. 1621 dell'8 novembre 2013, "Indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33" e n. 68 del 27 gennaio 2014 "Approvazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016";

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 2014, per le considerazioni in premessa esposte e qui richiamate, in 7.858,677 milioni di euro, sulla base della stima delle seguenti disponibilità:
 - 7.637,297 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 2013 con un incremento pari allo 0,83% rispetto al 2013;
 - 121,380 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 2013;

- 100 milioni di risorse regionali stanziare dalla citata Legge Regionale n. 29 del 20 dicembre 2013 concernente il Bilancio di Previsione della Regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2014 e Bilancio pluriennale 2014-2016, a carico dell'esercizio 2015; 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 2014 ed, 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. 28/2013 (Legge finanziaria regionale per l'anno 2014) pari a 70 milioni;
2. di destinare le complessive risorse, pari a 7.858,677 milioni così come analiticamente rappresentato in Tabella 1, allegata quale parte integrante del presente provvedimento, e di seguito sintetizzata:
- 7.317,230 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;
 - 68,540 milioni sono riservati al finanziamento del Sistema integrato S.S.R. - Università;
 - 44,225 milioni sono trattenuti a finanziamento delle strutture e delle funzioni regionali e dell'innovazione;
 - 212,510 milioni costituiscono l'integrazione a sostegno dei piani di riorganizzazione, dei piani investimento ed a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e per la qualificazione dell'assistenza ospedaliera;
 - 50 milioni vengono confermati ad ulteriore finanziamento del FRNA;
 - 97,550 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, dei costi sostenuti per pazienti residenti in Emilia Romagna dalle Aziende sanitarie dei Laboratori di allestimento dei farmaci antitumorali per il nuovo farmaco Ipilimumab, come previsto dalla nota della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali prot. PG/2013/144877 del 13/6/2013; al finanziamento degli indennizzi agli emotrasfusi ai sensi della Legge n. 210/1992;

- 68,622 milioni verranno ripartiti tra le Aziende sanitarie in chiusura dell'esercizio 2014, di cui 66 milioni sulla base degli ammortamenti non sterilizzati delle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009 di competenza dell'esercizio 2014;
- 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 2014", Allegato A quale parte integrante del presente provvedimento, per un ammontare pari a 6.932 milioni; il riparto alle Aziende Usl è riportato nelle Tabelle A1 e A2, allegate al presente provvedimento, parti integranti del medesimo;
- 4. di provvedere all'accantonamento al Fondo risarcimento danni da responsabilità civile per l'importo di circa 15,053 milioni, previsto dall'articolo 48 della legge regionale 20 dicembre 2013, n. 28 (Legge finanziaria regionale), e conseguente adozione del "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie", con efficacia a decorrere dall'1/1/2014, approvato con DGR n. 2079 del 23/12/2013 per far fronte ai risarcimenti assicurativi di seconda fascia (sinistri oltre la soglia di 250 mila euro), mediante trattenuta di quota parte delle risorse spettanti alle Aziende sperimentatrici, come riportato nelle Tabelle A3 ed A4, allegate al presente provvedimento quale parte integrante del medesimo;
- 5. 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, vincolate alle Aziende Ospedaliere, sono riportate nella Tabella A4, allegata al presente provvedimento quale parte integrante del medesimo;

6. di destinare una quota pari a 4,794 milioni di euro al finanziamento dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli e dell'IRCCS Istituto Scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori srl IRST Meldola, determinato sulla base dell'indice di dipendenza delle strutture medesime dalla popolazione riportata nell'allegata Tabella A3; il finanziamento dei due citati IRCCS è riportato nell'allegata Tabella A4; l'indice è stato calcolato comprendendo anche l'IRST di Meldola in quanto trattasi di Ente che è parte integrante del Servizio sanitario della Regione Emilia-Romagna nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività di assistenza e di ricerca;
7. di provvedere al finanziamento di 47,250 milioni a favore delle Aziende Ospedaliere-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 A4, allegata al presente provvedimento quale parte integrante del medesimo;
8. di prevedere il livello di risorse a sostegno dei piani di riorganizzazione, del piano investimenti ed 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, pari a 92,873 milioni per le Aziende Usl e 64,535 milioni per le Aziende Ospedaliere e Istituto Ortopedico Rizzoli; il riparto alle Aziende sanitarie è riportato nelle Tabelle A3 e A4 allegata al presente provvedimento, quali parti integranti del medesimo, cui si aggiungono le quote per la qualificazione dell'attività di eccellenza pari a 50,308 milioni per le Aziende Ospedaliere e Istituto Ortopedico Rizzoli, come riportato nella Tabella A4, allegata al presente provvedimento, quale parte integrante del medesimo;
9. 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 A3 e A4 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 pari a 66 milioni;

10. 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;
11. di stabilire che il rispetto del pareggio di bilancio e della realizzazione dei Piani di sostenibilità, per le Aziende sanitarie coinvolte, costituisce, per il 2014, pre-requisito per le Direzioni aziendali ai fini dell'accesso al compenso aggiuntivo annuo previsto nei rispettivi contratti;
12. di stabilire che, per il 2014, gli obiettivi aziendali che costituiscono il quadro di riferimento, cui correlare la corresponsione dei compensi aggiuntivi previsti dai relativi contratti stipulati con i singoli Direttori Generali delle Aziende sanitarie e dell'IRCCS "Istituto Ortopedico Rizzoli" sono, oltre alla capacità di governo complessivo aziendale, quelli di seguito specificati e ricompresi nel documento "Il quadro economico e la sostenibilità del sistema dei servizi sanitari e sociali integrati", Allegato B quale parte integrante del presente provvedimento:
 - Assistenza Ospedaliera (Allegato B - p. 2.17)
 - Avvio della programmazione e presentazione del piano di riordino della rete ospedaliera alle CTTS(p. 2.17.1);
 - Riduzione dei posti letto dei Day Hospital(p. 2.17.2);

- Punti nascita (p. 2.17.7);
- Assistenza Territoriale (Allegato B - p. 2.16)
 - Programmazione e avvio del riordino dell'Assistenza territoriale (Allegato B - p. 2.16.1) con particolare riferimento a:
 - Prosecuzione nella realizzazione delle Case della Salute programmate,
 - Sviluppo di ambiti (ambulatori infermieristici per la cronicità) e percorsi integrati di presa in carico proattivi per la gestione dei pazienti affetti da cronicità/multimorbilità (secondo i criteri del chronic care model),
 - Diffusione dei Profili di Cura come strumenti di monitoraggio e valutazione della qualità dell'assistenza primaria
- Governo dei processi di acquisto di beni e servizi (Allegato B - p. 2.8)
 - Centralizzazione programmazione acquisti, realizzazione della rete regionale acquisti e dematerializzazione ordini, DDT e fatture beni sanitari;
- Avvio progettazione e realizzazione dell'integrazione dei servizi generali e amministrativi (Allegato B - p. 2.7.1);
- Rispetto delle indicazioni di ordine generale a cui le Aziende sanitarie dovranno fare riferimento per la copertura di posti vacanti a tempo indeterminato e determinato, utilizzo del personale atipico e implementazione di azioni volte a razionalizzare le assegnazioni delle strutture complesse (Allegato B - p. 2.7.2);
- Gestione diretta dei sinistri (Allegato B - p. 2.5)
 - Realizzazione delle condizioni organizzative volte a garantire la gestione diretta dei sinistri;
- Appropriata farmaceutica (Allegato B - p. 2.9);

13. di demandare alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, la determinazione dei criteri e delle modalità operative con le quali verrà effettuata la valutazione dei Direttori Generali nel rispetto di quanto previsto al punto precedente;
14. di stabilire che ai Direttori Generali di nuova nomina, la corresponsione del compenso aggiuntivo previsto dall'art. 1, comma 5, del D.P.C.M. 15 luglio 1995, n. 502, di cui al punto 11), è subordinato alla conferma del contratto di cui all'art. 3 bis, comma 6, del D.Lgs. 502/92, previa verifica positiva dei risultati amministrativi e di gestione;
15. di stabilire che le Direzioni delle Aziende sanitarie regionali predispongano il Bilancio economico preventivo dell'anno 2014, integrato dal Piano degli investimenti 2014-2016, 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;
16. 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;
17. di confermare il Comitato permanente di monitoraggio con lo svolgimento delle attività riportate in premessa e dettagliate nell'Allegato B parte integrante del presente atto;
18. di limitare, 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

2014-2016 redatto secondo gli specifici schemi regionali;

19. di dare atto che per quanto concerne gli adempimenti richiesti dall'art. 22 del D.Lgs. n. 33/2013, si rinvia a quanto espressamente indicato nelle deliberazioni di G.R. n. 1621/2013 e n. 68/2014;
20. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione.

TABELLA 1

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE - ANNO 2014	
RISORSE DISPONIBILI (compreso risorse a carico Bilancio regionale)	7.858.677
1 FINANZIAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	7.317.230
<i>di cui</i>	
Risorse ripartite a quota capitaria	6.932.000
ARPA	52.932
Piano attuativo Salute Mentale e superamento ex OO.PP.	38.550
FRNA quota "storica"	217.208
Progetti e funzioni sovra-aziendali - specificità aziendali:	76.540
<i>Emergenza 118</i>	33.090
<i>Progetto sangue ed emoderivati</i>	8.850
<i>Trapianti e medicina rigenerativa</i>	7.200
<i>Altre funzioni sovra-aziendali</i>	27.400
2 FINANZIAMENTO SISTEMA INTEGRATO SSR - UNIVERSITA'	68.540
Integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica Aosp/Univ. e IOR (Tab. A4)	47.250
Integrazione per progetti di ricerca (Programma Regione/Università)	5.000
Corsi universitari delle professioni sanitarie	16.290
3 FINANZIAMENTO STRUTTURE e FUNZIONI REGIONALI, INNOVAZIONE	44.225
Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	5.340
Obiettivi e progetti per l'innovazione	16.600
Altro (sistemi informativi, materiali di consumo, ICT....)	22.285
4 INTEGRAZIONE E QUALIFICAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA	212.510
Aziende USL - Integrazione alla quota capitaria (Tab. A3)	92.873
Aziende Ospedaliere/IOR - Integrazione (Tab. A4)	64.535
IRCCS IOR e IRST - Integrazione alla produzione per le Ausl (Tab. A4)	4.794
Qualificazione attività di eccellenza Aosp e IOR (Tab. A4)	50.308
5 ULTERIORE CONTRIBUTO AL FRNA	50.000
6 ALTRO	97.550
Altro extra-LEA (Interventi umanitari, Area dipendenze) e integrazione Sanità Penitenziaria	8.550
Ricerca IRCCS	5.000
Fattori della coagulazione del sangue e farmaco Iplimumab	24.000
Legge 210/1992 Indennizzi a emotrasfusi	20.000
Quota ammortamenti non sterilizzati anni 2001-2011	40.000
7 DA RIPARTIRE A CHIUSURA ESERCIZIO	68.622
Accantonamento copertura ammortam.netti fino al 2009 (con impatto D.Lgs. 118/2011)	66.000
Riserva	2.622
Fondo risarcimento danni da responsabilità civile per le Aziende sperimentatrici di cui alle Tabelle A3 e A4 (compreso nelle voci soprariportate)	15.053
Stima quota spettante alla Regione Emilia Romagna su 2 miliardi aggiuntivi FSN	148.000

valori x 1000

ALLEGATO A

Criteri di Finanziamento delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna - Anno 2014

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 integrativi a sostegno del piano investimenti, a sostegno dei piani di riorganizzazione ed 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 6.932 milioni di euro.

La legge regionale n. 22 del 19 novembre 2013 ha istituito, a partire dal 1° gennaio 2014, l'Azienda Usl Romagna che è subentrata alle Aziende Usl di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini portando a otto il numero delle Aziende Usl della Regione.

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 2014, 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 2014 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 2013, e vincolate alle Aziende Ospedaliere (Tabella A4). Il criterio utilizzato è l'indice di dipendenza delle strutture ospedaliere dalla popolazione - calcolato sulla valorizzazione dell'attività - anno 2012 - (Tabella A3), sia delle Aziende Ospedaliere che insistono sul territorio provinciale sia di quelle extra provincia.

L'indice è stato calcolato comprendendo l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli ed anche l'IRCCS Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori srl di Meldola in quanto trattasi di Ente che è parte integrante del Servizio sanitario della Regione Emilia-

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

Romagna nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività di assistenza e di ricerca.

Una quota del finanziamento vincolato alle Aziende Ospedaliere e a carico del FSR , è stata qualificata come attività di eccellenza nella stessa misura del 2013 (Tabella A4), come riconoscimento degli oneri connessi alla necessità di produrre prestazioni complesse.

Come per il 2013, anche nel 2014 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.

Una linea di finanziamento (Tabella 1) viene dedicata anche ai costi per l'acquisto del farmaco Ipilimumab nell'ambito dei laboratori di allestimento dei farmaci antitumorali nei centri autorizzati alla prescrizione.

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.

Alle Aziende sanitarie vengono assegnate ulteriori risorse a sostegno dei piani di riorganizzazione, a sostegno del piano investimenti ed a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario (Tabelle A3 e A4).

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.

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 2014 alle Aziende Usl non sono state modificate le quote di riferimento per ciascun livello di assistenza rispetto al 2013.

Anche per il 2014 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 1655/2013).

I criteri sono stati applicati alla popolazione residente in ciascuna Azienda Usl all'1/1/2013.

Anche per il 2014 non si prevede una verifica della popolazione e l'eventuale revisione del finanziamento sia perché negli ultimi anni si registra un rallentamento della velocità di crescita della popolazione, sia perché 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'1/1/2013, 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 2012, 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 2011-2012, 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 primo livello. All'interno di questa funzione è stata distinta la Sanità Pubblica (pari al 45% della veterinaria), assegnata in base al numero di Unità Bovine Equivalenti (UBE), e l'igiene degli alimenti (55%) distribuita in base alla popolazione residente all'1/1/2013 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 genere ed età relativi al 1° semestre 2013 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 genere ed età, è stato costruito sulla base

dei consumi di specialistica ambulatoriale osservati nel 2012 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 da diversi anni il target di popolazione - 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 dall'assegnazione 2013, 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 75enne. 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 genere ed età, distinti in degenza ordinaria e day-hospital, con riferimento ai ricoveri osservati nel 2012, 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 2010-2012.

TABELLA A1

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 AI FRNA disabili (10)	(11)	
Piacenza	0,310	0,944	0,454	0,973	0,230	0,085	0,220	0,230	0,137	0,087	3,057	6,727
Parma	0,522	1,388	0,696	1,461	0,362	0,129	0,317	0,327	0,216	0,136	4,522	10,076
Reggio Emilia	0,603	1,551	0,830	1,677	0,445	0,109	0,342	0,346	0,270	0,164	5,064	11,400
Modena	0,696	2,123	1,151	2,264	0,579	0,172	0,474	0,481	0,348	0,215	6,844	15,345
Bologna	0,798	2,811	1,370	2,920	0,691	0,229	0,654	0,682	0,412	0,260	8,972	19,799
Imola	0,116	0,420	0,217	0,440	0,107	0,036	0,097	0,100	0,064	0,040	1,350	2,987
Ferrara	0,326	1,232	0,561	1,252	0,277	0,097	0,291	0,303	0,162	0,106	3,948	8,556
Romagna	1,128	3,532	1,721	3,713	0,910	0,343	0,807	0,831	0,544	0,340	11,241	25,110
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											
Quote livelli di assistenza 2013	4,50	14,00	7,00	14,70	3,60	1,20	3,20	3,30	3,50		45,00	100,00

(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 corretta con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2010-2012, e day hospital.

Aziende USL	Prevenzione collettiva	Assistenza distrettuale								Contributo Al FRNA disabili (10)	Ospedaliera (11)	TOTALE
		Farmaceutica territoriale (2)	MMG (3)	Specialistica (4)	Salute Mentale (5)	Dipendenze patologiche (6)	ADI e HOSPICE (7)	Residenziale e semi (8)	Altro (9)			
Piacenza	21.484.656	65.417.752	31.452.674	67.470.694	15.967.214	5.892.230	15.262.897	15.938.958	9.465.220	6.015.753	211.941.304	466.309.351
Parma	36.202.427	96.205.591	48.250.482	101.284.561	25.060.536	8.955.861	21.949.515	22.671.139	14.999.845	9.410.537	313.483.246	698.473.740
Reggio Emilia	41.780.868	107.485.267	57.534.722	116.252.673	30.816.647	7.572.537	23.698.858	24.005.142	18.688.175	11.348.709	351.066.593	790.250.191
Modena	48.252.528	147.134.388	79.781.734	156.941.951	40.103.559	11.910.159	32.823.422	33.347.910	24.119.680	14.899.678	474.423.754	1.063.738.761
Bologna	55.343.184	194.890.978	94.944.242	202.384.705	47.894.047	15.891.909	45.330.257	47.270.323	28.565.236	18.002.569	621.948.844	1.372.466.294
Imola	8.036.325	29.101.084	15.066.851	30.467.225	7.430.507	2.519.712	6.693.482	6.912.638	4.450.165	2.765.785	93.613.649	207.057.422
Ferrara	22.621.226	85.405.224	38.906.376	86.809.681	19.221.083	6.695.920	20.149.382	21.012.486	11.226.584	7.347.665	273.679.045	593.074.671
Romagna	78.218.787	244.839.716	119.302.920	257.392.510	63.058.408	23.745.673	55.916.187	57.597.403	37.713.095	23.601.305	779.243.566	1.740.629.570
TOTALE REGIONE	311.940.000	970.480.000	485.240.000	1.019.004.000	249.552.000	83.184.000	221.824.000	228.756.000	149.228.000	93.392.000	3.119.400.000	6.932.000.000
Totale comprensivo di ARPA	364.872.000											

(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 alcoldipendenza. 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.

TABELLA A3

AZIENDE USL

Aziende USL	Finanziamento quota capitaria	Indice dipendenza delle strutture dalla popolazione	Finanziamento vincolato alle AOSP/IRCCS IOR E IRST	Finanziamento quota capitaria al netto del finanziamento vincolato alle Aosp/IRCCS IOR E IRST	Quota trattenuta all'Ausl Romagna sperimentatrice per costituzione fondo risarcimento danni da responsabilità civile	Ridefinizione finanziamento quota capitaria	Integrazione alla quota capitaria a sostegno piani di riorganizzazione, piano investimenti e garanzia equilibrio economico finanziario
Piacenza	466.309.351	1,65	1.115.174	465.194.177		465.194.177	7.484.000
Parma	698.473.740	19,46	13.172.995	685.300.745		685.300.745	0
Reggio Emilia	790.250.191	19,10	12.929.687	777.320.504		777.320.504	3.240.000
Modena	1.063.738.761	14,49	9.811.492	1.053.927.269		1.053.927.269	8.470.000
Bologna	1.372.466.294	25,56	17.300.818	1.355.165.476		1.355.165.476	33.980.000
Imola	207.057.422	1,31	887.504	206.169.918		206.169.918	3.070.000
Ferrara	593.074.671	13,31	9.011.325	584.063.346		584.063.346	23.287.000
Romagna	1.740.629.570	5,11	3.461.371	1.737.168.199	-10.445.529	1.726.722.670	13.342.000
Totale Aziende USL	6.932.000.000	100,00	67.690.366	6.864.309.634	- 10.445.529	6.853.864.105	92.873.000

Valori in euro

TABELLA A4

AZIENDE OSPEDALIERE / OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE / IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI E IRCCS IRST MELDOLA

	Finanziamento a carico Aziende Usl della regione	Qualificazione dell'attività di eccellenza	Integrazione a sostegno piani di riorganizzazione, piano investimenti e a garanzia equilibrio economico finanziario	Integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica	TOTALE	Quota trattenuta alle Aziende sperimentatrici per costituzione Fondo risarcimento danni da responsabilità civile
Aosp/Univ. Parma	15.978.550	9.525.438	7.834.000	8.967.772	42.305.760	
Aosp Reggio Emilia	12.939.272	4.951.773	-	-	17.891.045	- 1.222.564
Aosp./Univ. Modena	9.832.123	4.511.903	5.508.000	11.427.551	31.279.577	
Aosp./Univ. Bologna	19.772.356	16.565.661	10.940.000	16.261.412	63.539.429	- 3.384.872
Aosp./Univ. Ferrara	9.168.065	5.707.224	39.000.000	7.730.471	61.605.760	
Totale Aziende Ospedaliere	67.690.366	41.261.999	63.282.000	44.387.206	216.621.571	- 4.607.436

	Integrazione alla produzione per le Aziende Usl				
IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli	3.260.019	9.045.659	1.253.000	2.862.794	16.421.472
IRCCS IRST Meldola	1.533.597				
TOTALE IRCCS	4.793.616				
TOTALE		50.307.658	64.535.000	47.250.000	233.043.043

Valori in euro

ALLEGATO B

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

1 – Il quadro economico	PAG. 3
1.1 Le disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale	pag. 3
1.2 La Legge Finanziaria Regionale per il 2014	pag. 5
1.3 Le risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale	pag. 5
2 – Sostenibilità del sistema dei servizi sanitari e sociali integrati	PAG. 7
2.1 Il vincolo dell'equilibrio di bilancio in capo alle Aziende Sanitarie	pag. 9
2.2 Armonizzazione dei sistemi contabili	pag. 12
2.3 La programmazione pluriennale	pag. 14
2.4 Sicurezza delle cure	pag. 14
2.5 Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile	pag. 15
2.6 Servizi Socio-sanitari per la non autosufficienza	pag. 17
2.6.1. Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	pag. 17
2.6.2. Completa attuazione programma gravissime disabilità acquisite	pag. 18
2.6.3. Completamento accreditamento socio-sanitario	pag. 18
2.7 Il governo delle risorse umane	pag. 19
2.7.1. Integrazione servizi generali	pag. 19
2.7.2. Il governo delle risorse umane e spesa del personale	pag. 19
2.8 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	pag. 21
2.9 Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica	pag. 24
2.10 Il sistema tariffario	pag. 28
2.11 L'attività di controllo sui produttori pubblici e privati	pag. 29
2.12 Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico	pag. 29
2.13 Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale	pag. 31
2.14 Azioni in ambito ICT	pag. 32

2.15 Sistema informativo regionale	pag. 34
2.16 Azioni per la qualità e la sostenibilità nelle cure primarie	pag. 36
2.16.1. Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure	pag. 36
2.16.2. Assistenza specialistica ambulatoriale	pag. 39
2.16.3. Medicina generale, Pediatria di libera scelta, Continuità assistenziale, Specialisti ambulatoriali	pag. 40
2.16.4. Rete delle cure palliative	pag. 40
2.16.5. Percorso nascita	pag. 41
2.16.6. Salute sessuale e riproduttiva – Consultori familiari	pag. 42
2.17 Assistenza ospedaliera	pag. 43
2.17.1 Riordino ospedaliero	pag. 43
2.17.2 Day Hospital	pag. 43
2.17.3 Centrali Operative - 118	pag. 43
2.17.4 Centralizzazione emergenze	pag. 43
2.17.5. Servizi Intermedi	pag. 44
2.17.6 Dipartimento interaziendale dei trapianti	pag. 45
2.17.7 Punti nascita	pag. 45
2.17.8 U.T.I.C.	pag. 45
2.17.9 Accordo di Alta Specialità	pag. 46
2.17.10 Accordi di fornitura fra le Aziende pubbliche	pag. 46
2.18 Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	pag. 46
2.19 Promozione e tutela della salute negli Istituti penitenziari	pag. 47
2.20 Promozione della salute, prevenzione delle malattie	pag. 47
2.21 Sanità Pubblica Veterinaria, Sicurezza alimentare e nutrizione	pag. 49
2.22. Area dell'ASSR	pag. 50
2.22.1. Ricerca & Innovazione	pag. 50
2.22.2. Valutazione delle tecnologie sanitarie innovative	pag. 50
2.22.3. Laboratorio per l'ascolto ed il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti	pag. 51
2.22.4. Osservatorio su equità e rispetto delle differenze	pag. 51
2.23 Obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione di informazioni (D.Lgs. 33/2013) e disposizioni in materia di prevenzione della corruzione (L. 190/2012 e D.Lgs. 39/2013)	pag. 52

1. Il quadro economico

1.1 - Le disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale

La Nota di aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2013, presentato il 20 settembre 2013, riporta il trend previsto per la spesa sanitaria, che aumenta come valore assoluto, ma diminuisce come percentuale sul PIL nominale:

	2013	2014	2015	2016	2017
spesa sanitaria	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789
variaz.%		1,73%	2,12%	1,90%	1,85%
PIL nominale	1.557.300	1.602.900	1.660.700	1.718.400	1.779.600
% spesa sanitaria / PIL	7,1%	7,1%	7,0%	6,8%	6,7%

(importi in milioni)

La definizione del livello di finanziamento del S.S.N. per il triennio 2014-2016 non è al momento supportata da un contesto normativo nazionale definitivo e certo.

Il Governo e la Conferenza delle Regioni hanno ripreso da qualche giorno il confronto sul nuovo Patto per la Salute, strumento essenziale per dare certezza e stabilità al Fondo Sanitario Nazionale e supportare adeguatamente la fase programmatica.

Non essendo ancora stato definito il nuovo Patto per la Salute, non sono disponibili informazioni indispensabili per impostare compiutamente la programmazione sanitaria, con particolare riferimento:

- alla determinazione del fabbisogno standard del S.S.N. anche alla luce dei vincoli di finanza pubblica individuati dalle manovre economiche degli ultimi anni;
- alla revisione dei criteri di riparto del F.S.N. che nel 2013, per la prima volta, ha visto l'introduzione dei costi standard in sanità (Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome n. 181 del 19 dicembre 2013);
- alla definizione degli standard quali-quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;
- all'individuazione degli indicatori di qualità, quantità, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati per ogni macro-livello di assistenza;
- all'eventuale aggiornamento dei LEA dopo dieci anni dalla loro entrata in vigore;
- all'eventuale revisione del sistema di compartecipazione;
- alla revisione delle convenzioni della Medicina Generale e conseguentemente del modello assistenziale territoriale;
- alla definizione del livello di finanziamento degli investimenti destinati al patrimonio strutturale e tecnologico del S.S.N.;
- all'impatto delle manovre di spending review sul settore sanitario, finalizzate a ridurre e razionalizzare la spesa sanitaria.

Il livello di finanziamento del S.S.N. per l'anno 2014, tenuto conto della riduzione di 1 miliardo introdotta dall'articolo 1, comma 132 della Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità 2013), è quantificabile in **107,901 miliardi di euro**.

FSN 2013	FSN 2014	var. 2014/2013	var. %
107.005	107.901	896	0,83%

(importi in milioni)

E' stata definita la questione legata alla sentenza n. 187/2012 della Corte Costituzionale che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 17, comma 1, lettera d) della L. 111/2011 che prevedeva una misura di introduzione di ticket sanitari per circa 2 miliardi, con conseguente riduzione del livello di finanziamento.

Con riferimento al finanziamento aggiuntivo del S.S.N. per l'anno 2014, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha approvato un emendamento che definisce il fabbisogno del F.S.N. in 109,9 miliardi. Il riferimento al finanziamento aggiuntivo di 2 miliardi a copertura della mancata attivazione dei nuovi ticket richiesto dalle Regioni è stato inserito nella Legge di Bilancio di previsione dello Stato per l'anno 2014 e Bilancio pluriennale 2014-2016, allegato alla Legge n. 147 del 27 dicembre 2013 (Legge di stabilità 2014).

Il livello di finanziamento del S.S.N. dell'anno 2014 è pertanto quantificabile in 109,901 miliardi.

FSN 2013	stima FSN 2014	var. 2014/2013	var. %
107.005	109.901	2.896	2,71%

(importi in milioni)

Più incerta è la definizione del livello di finanziamento del S.S.N. per gli anni 2015 e 2016. Stante l'assenza di una puntuale quantificazione del livello di finanziamento nei documenti di finanza pubblica, il livello di finanziamento può soltanto essere simulato, ad esempio applicando al FSN 2014 un incremento commisurato all'andamento del PIL (Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome dell' 8 agosto 2001).

La Legge n. 147 del 27 dicembre 2013 (Legge di stabilità 2014), all'articolo 1, comma 481, ha disposto una riduzione del livello di finanziamento del S.S.N. di 540 milioni per l'anno 2015 e di 610 milioni a decorrere dall'anno 2016 per effetto dell'introduzione di misure di blocco delle procedure contrattuali e negoziali ricadenti negli anni 2013 e 2014 e dell'indennità di vacanza contrattuale per gli anni 2015-2017.

Tenuto conto di quanto sopra esposto, è possibile simulare il F.S.N. degli anni 2015 e 2016 rispettivamente in 113,256 miliardi ed in 117,066 miliardi, come evidenziato nella tabella seguente:

	2014	2015	2016
LIVELLO DI FINANZIAMENTO post L. 228/2012 (legge stabilità 2013)	107.901		
incremento 3,61% variaz. PIL 2015/2014		111.992	
incremento 3,47% variaz. PIL 2016/2015			116.176
integrazione FSN sentenza C.Cost.n.187/2012	2.000	2.000	2.000
riduzione FSN L. 147/2013 (legge stabilità 2014)		-540	-610
Simulazione F.S.N.	109.901	113.452	117.566

(importi in milioni)

Stante il quadro di incertezza è prudentiale stimare un incremento del livello di finanziamento per gli anni 2015 e 2016 analogo a quello realizzatosi nell'anno 2014.

1.2 - La Legge Finanziaria Regionale per il 2014

La Legge Regionale n. 28/2013 (Legge finanziaria regionale dell'anno 2014) e la Legge Regionale n. 29/2013, (Bilancio di Previsione della Regione Emilia Romagna per l'esercizio finanziario 2014 e Bilancio pluriennale 2014-2016) hanno confermato, anche per il 2014, 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 stanziati dal Bilancio pluriennale 2014 – 2016.

Di questi 150 milioni, 50 milioni vengono destinati alla copertura finanziaria del rimborso degli interessi e della quota capitale delle anticipazioni di liquidità, di cui all'articolo 3 del Decreto Legge n. 35 del 2013, convertito con modificazioni dalla Legge n. 64/2013, secondo quanto previsto dalla Legge Regionale 4 luglio 2013, n. 6 "Misure in materia di pagamenti dei debiti degli Enti del Servizio Sanitario Regionale".

Le restanti risorse, pari a 100 milioni, sono destinate per 50 milioni al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, aggiungendosi alle risorse direttamente stanziato a tal fine in continuità con gli esercizi precedenti;

- il finanziamento diretto dal bilancio regionale a favore del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza è pari a 70 milioni di euro, stanziato dal Bilancio di Previsione 2014 della Regione Emilia Romagna.

1.3 – Le risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale

Come evidenziato al punto 1.1, la definizione del livello di finanziamento del S.S.N. per l'anno 2014 e per il triennio 2014-2016 non è al momento supportata da un contesto normativo nazionale definitivo e certo.

In attesa di una puntuale definizione del livello di finanziamento del S.S.N., appare opportuno avvalersi, in questa fase previsionale, di un atteggiamento di prudenza civilistica, impostando la programmazione regionale con esclusivo riferimento al riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie certe che, al momento, sono pari a **107,901 miliardi**, corrispondente ad **un incremento dello 0,83%** rispetto all'anno 2013.

L'effettiva disponibilità dei 2 miliardi di integrazione del F.S.N. per effetto della sopra citata sentenza n. 187/2012 della Corte Costituzionale comporterà una maggiore disponibilità di risorse stimabili per la Regione in circa 148 milioni.

In attesa di verificare questa maggiore disponibilità e di escludere un'eventuale riduzione del livello di finanziamento in conseguenza dell'introduzione di ulteriori misure di spending review, analogamente a quanto disposto dalle ultime manovre economiche, in questa prima fase di programmazione si ritiene prudente non tenere conto di tali risorse.

Qualora tali risorse siano effettivamente a disposizione del S.S.R., saranno programmate per sostenere i processi di miglioramento e di innovazione per il miglioramento della qualità, della qualificazione e della sostenibilità del sistema sanitario regionale.

Con riferimento alle risorse nazionali, la programmazione annuale del S.S.R., in continuità con gli esercizi precedenti, è impostata sulla base dell'assegnazione di competenza regionale relativa al finanziamento indistinto ed al finanziamento vincolato degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale. Tutti gli altri finanziamenti vincolati non sono considerati in sede di programmazione sanitaria regionale, ma soltanto al momento dell'assegnazione in corso d'anno.

Tenuto conto che non è possibile prevedere:

- i criteri di riparto che saranno adottati a partire dall'anno 2014, in particolare con riferimento alla revisione della metodologia di applicazione dei costi standard;
- l'andamento della popolazione residente;

la quota di FSR 2014 viene stimata ipotizzando una quota di accesso al riparto delle disponibilità finanziarie nazionali indistinte del 7,44%, pari a quella definita per l'anno 2013. Prudenzialmente viene ipotizzata una conferma dell'assegnazione 2013 delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del P.S.N.

Il F.S.R. dell'anno 2014 viene pertanto stimato in **7.758,677 milioni di euro**, con un incremento dello **0,82%** rispetto all'anno precedente:

	anno 2013	stima 2014	variazione valore assol.	variazione %
FSR indistinto	7.574,429	7.637,297	62,868	0,83%
FSR vincolato (Obiettivi di Piano)	121,381	121,380	- 0,001	0,00%
Totale FSR	7.695,810	7.758,677	62,867	0,82%

(importi in milioni)

Oltre alle risorse nazionali la programmazione sanitaria regionale è impostata anche sulle risorse regionali che, come evidenziato nel precedente punto 1.2, sono pari a **100 milioni di euro**.

Pertanto le risorse a disposizione per il finanziamento del S.S.R. dell'anno 2014 ammontano complessivamente a **7.858,677 milioni di euro**:

- 7.637,297 milioni costituiscono il livello di finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, stimato sulle risorse a disposizione a livello nazionale;
- 121,380 milioni costituiscono il riparto stimato delle risorse di FSN per il finanziamento degli obiettivi di carattere prioritario a livello nazionale;
- 100 milioni di risorse regionali stanziati nel Bilancio regionale 2014-2016.

Le Aziende sanitarie sono impegnate nell'assicurare il pareggio di bilancio, comprensivo di tutti gli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno 2014 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 e dalla Casistica applicativa già approvata o che sarà approvata nel corso del 2014.

2. Sostenibilità del sistema dei servizi sanitari e sociali integrati

Per l'anno 2014 viene confermato l'obiettivo inderogabile del pareggio di bilancio, sia per le Aziende sanitarie che per il S.S.R. nel suo complesso.

Come evidenziato al punto 1.3, le risorse derivanti dal riparto del F.S.N. 2014 sono stimate in **7.758,677 milioni di euro**, con un incremento di 62,867 milioni rispetto al consuntivo del 2013.

Le risorse regionali per l'anno 2014, confermate in 150 milioni di euro, sono destinate per l'importo di 50 milioni al finanziamento del rimborso degli interessi e della quota capitale delle anticipazioni di liquidità, di cui al citato D.L. n. 35/2013, convertito con modificazioni dalla Legge n. 64/2013. Pertanto le risorse regionali disponibili per finanziare l'erogazione di prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza ed a garanzia del pareggio di bilancio del Servizio sanitario regionale sono pari a 100 milioni, con un decremento di 50 milioni rispetto all'anno precedente.

Il perseguimento del pareggio di bilancio nell'esercizio 2014 richiede l'adozione di misure in grado di produrre nell'esercizio economie tali da contrastare il tendenziale aumento dei costi di produzione a parità di condizioni, compreso l'aumento dell'aliquota IVA dal 21% al 22% prevista dalla Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013) a partire da luglio 2013.

Occorre considerare inoltre il maggior onere che a partire dal 2013 grava sul S.S.R. per un importo che in programmazione 2014 è fissato in 40 milioni, da definire per gli anni successivi tenuto conto degli esiti delle verifiche al Tavolo adempimenti del MEF, per garantire la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati pregressi degli anni 2001-2011 nell'arco temporale di venticinque anni.

Anche per il 2014, come per il 2013, un ulteriore aggravio dei costi di gestione 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.

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

Spesa Farmaceutica

Nel 2013 la spesa farmaceutica convenzionata è stata di 560 milioni ed ha registrato un decremento del 5% rispetto al 2012 per effetto principalmente dei risparmi per le scadenze di brevetto.

Si stima che la spesa per l'anno 2014, tenuto conto dell'attuale andamento dei consumi e di un invariato sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco, sia sovrapponibile alla spesa del 2013.

La spesa per erogazione diretta di farmaci di fascia A, inclusa l'attività di "distribuzione per conto" nel 2013 è stata di circa 227 milioni, rimanendo sostanzialmente stabile rispetto al precedente anno: tale risultato è legato ad un minor costo di acquisto dei farmaci e ad un modesto incremento di questa modalità distributiva. Per l'anno 2014 occorre prevedere un

crescente impiego di alcuni nuovi farmaci costosi e per la cura di patologie croniche, con un' ipotesi di spesa complessiva di 238 milioni ed un incremento almeno del 4,4%.

La spesa farmaceutica ospedaliera 2013, comprensiva dei farmaci utilizzati in regime di ricovero ed ambulatoriale nonché dei farmaci di fascia H erogati direttamente, è stata di circa 434 milioni con un incremento del 5% rispetto al 2012. Nel 2014 è prevedibile una ulteriore estensione di terapie ad elevato costo che già nel corso del 2013 hanno causato un maggiore assorbimento di risorse. Tale incremento potrebbe essere dell'ordine del 5% ed oltre, ma efficaci attività rivolte all'appropriatezza prescrittiva supportata anche dai documenti regionali prodotti sull'argomento, potrebbero contenere l'aumento di spesa complessivo entro il 4%.

Costo per l'acquisto di beni

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 2013.

Protesica e integrativa

Si ipotizza un incremento equivalente al t.i.p. 1,5% sul preconsuntivo 2013.

Servizi in convenzione

Si ipotizza un incremento equivalente al t.i.p. 1,5% sul preconsuntivo 2013.

Altri servizi sanitari

Si ipotizza un incremento equivalente al t.i.p. 1,5% sul preconsuntivo 2013.

Manutenzioni: si ipotizza un incremento del 4%. L'aumento previsto è inferiore di 2,5 punti percentuali rispetto all'aumento preventivato per il 2013 in quanto, salvo che per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, a differenza degli anni precedenti, non sono previste attivazioni di importanti strutture sanitarie;

Servizi tecnici (pulizie, ristorazione, smaltimento rifiuti, servizi appaltati): si ipotizza un incremento del 3,3% in linea con quello medio regionale degli ultimi quattro anni.

Utenze e altri servizi non sanitari: tenuto conto che non sono previsti incrementi significativi di volumi delle strutture sanitarie, si ipotizza per il 2014 un aumento dei costi energetici complessivi del 5% rispetto al 2013; il risparmio legato alla cogenerazione dovrebbe inoltre compensare gli eventuali maggiori consumi in caso di andamento climatico sfavorevole.

Godimento beni di terzi

Si ipotizza un incremento equivalente al t.i.p. 1,5% sul preconsuntivo 2013.

Le indicazioni sopra fornite in merito alle principali voci di costo, dovranno in ogni caso essere in linea con l'applicazione delle disposizioni in materia di razionalizzazione della spesa sanitaria contenute nella normativa vigente nazionale, nonché in eventuali manovre di spending review che potranno essere adottate nel corso del 2014.

Rettifica dei contributi in conto esercizio per investimenti

Nell'esercizio 2014 gli investimenti finanziati con contributi in conto esercizio ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. 118/2011 (s.m.i.) devono essere stornati con le seguenti percentuali:

- 20% del valore delle acquisizioni fatte nel 2012;
- 40% del valore delle acquisizioni fatte nel 2013;
- 60% del valore delle acquisizioni che saranno fatte nel 2014.

Accantonamenti personale dipendente e convenzionato

Dovranno essere disposti accantonamenti coerentemente con la normativa vigente.

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 2014 una situazione di pareggio. Il sistema sanitario regionale deve quindi assicurare il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati, di competenza dell'esercizio 2014, riferiti a tutti i beni ad utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva.

Nell'anno 2014 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.

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 66 milioni di euro, e che saranno assegnate alle Aziende solo in sede di chiusura dell'esercizio 2014.

In sede di formulazione del Bilancio economico preventivo 2014, 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 nel bilancio preventivo della Gestione Sanitaria Accentrata regionale.

In sede di formulazione del Bilancio dell'esercizio 2014, 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 sede di Bilancio dell'esercizio 2014, 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 2014, nell'ambito della relazione di accompagnamento al Bilancio Preventivo 2014, 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.

Anche nel 2014 è attivo il "Comitato permanente di monitoraggio" a livello regionale, previsto dalla DGR 199/2013 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 di un'Azienda Ospedaliera.

Il "Comitato permanente di monitoraggio" ha 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 proposti all'approvazione regionale, di supportare le Aziende sanitarie nell'identificazione delle azioni necessarie per 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.

Le Direzioni aziendali per il 2014 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 2014 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 Aziende che sono destinatarie di una integrazione al finanziamento della quota capitaria a supporto dei piani di riorganizzazione, del piano investimenti ed a garanzia dell'equilibrio economico finanziario dovranno attivare delle azioni strutturali in misura tale da ricondurre, nel medio periodo, i costi alla media regionale e la gestione ad un livello di sostenibilità economico-patrimoniale.

Per quanto riguarda l'Azienda Usl Romagna, la recente istituzione, avvenuta con Legge Regionale 21 novembre 2013, n. 22, non consente una quantificazione precisa del fabbisogno e pertanto ci si limita ad assicurare lo stesso finanziamento del 2013, all'interno del quale viene garantita l'integrale copertura del sostegno economico finanziario già previsto per le Aziende cessate ed assoggettate a piano di rientro.

Nel corso del 2014, alla luce del consolidamento dei bilanci, di una revisione e valutazione unitaria ed organica dello stato dei rischi delle preesistenti Aziende sanitarie ed alla luce delle risultanze della gestione monitorata periodicamente, verranno considerate le eventuali necessità di risorse integrative.

La valutazione dell'andamento economico-finanziario dell'Azienda, anche in relazione all'andamento medio regionale, consentirà di determinare correttamente l'entità dell'integrazione regionale per l'anno in corso.

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 2014, pre-requisito per le Direzioni aziendali ai fini dell'accesso al compenso aggiuntivo annuo previsto nei rispettivi contratti.

Le Aziende sanitarie, in sede di redazione del Bilancio Preventivo Economico 2014 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 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), della Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013), della Legge n. 147/2013 (Legge di Stabilità 2014), fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA. Al fine di salvaguardare il pareggio di bilancio le Aziende possono individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria.

Nel corso del 2014 le Aziende sanitarie dovranno applicare le disposizioni contenute 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.

Nel 2014 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.

Nel 2013 l'utilizzo dell'anticipazione di liquidità, di cui di cui articolo 3 del Decreto Legge n. 35 del 2013, convertito con modificazioni dalla Legge n. 64/2013, ha consentito di conseguire una significativa riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi.

Nel corso del 2014 le Aziende sanitarie sono tenute:

- ad utilizzare efficientemente la liquidità disponibile e gli strumenti che saranno implementati a livello regionale per proseguire la progressiva riduzione dell'esposizione debitoria al fine di contenere i tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi sotto la soglia dei 90 giorni con l'obiettivo di tendere ai 60 giorni;
- ad utilizzare tempestivamente la liquidità disponibile per effetto dell'eventuale accesso alla tranche di prestito 2014 dell'anticipazione di cui al citato articolo 3 del Decreto

Legge n. 35 del 2013, per la quale la Regione ha presentato istanza con nota prot. n. 311156 del 13/12/2013;

- ad adempiere, nel rispetto della qualità e della tempistica, ai debiti informativi finanziari verso il Servizio Programmazione Economico-Finanziaria aggiornando 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;
- a collaborare alla progettazione di una Piattaforma web regionale finalizzata a favorire il governo ed il coordinamento delle politiche aziendali dei pagamenti dei fornitori di beni e servizi; tale modalità, attraverso la condivisione delle posizioni debitorie e creditorie aziendali, consentirà di ottimizzare l'impiego delle risorse finanziarie disponibili e di uniformare i tempi aziendali di pagamento a livello regionale, di attuare gli indirizzi regionali di pagamento di determinate categorie di debitori.

2.2 - Armonizzazione dei sistemi contabili

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" e successive modifiche ed integrazioni, ha avviato il processo di armonizzazione dei procedimenti contabili del settore sanitario previsto dal nuovo Patto per la Salute.

Nel corso del 2013 la Regione ha fornito le indicazioni necessarie per consentire alle Aziende sanitarie ed alla Gestione Sanitaria Accentrata regionale:

- di completare l'applicazione e l'implementazione delle disposizioni del D.Lgs n. 118/2011, con particolare riferimento alla Casistica applicativa approvata con Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 17 settembre 2012;
- di alimentare correttamente gli schemi di Stato Patrimoniale, Conto Economico e Nota Integrativa, modificati con il Decreto 20 marzo 2013 del Ministero della Salute.

Con riferimento alla Gestione Sanitaria Accentrata, nel corso del 2013 è stato individuato l'organo incaricato della funzione di certificatore (DGR n. 352/2013), approvato il Bilancio dell'esercizio 2012 (DGR n. 804/2013), adottato il Bilancio Preventivo Economico 2013 (Determina DGSPS n. 16549/2013).

Nel corso del 2014 è attesa l'approvazione da parte del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, dei provvedimenti necessari per approvare la restante Casistica applicativa del D.Lgs n. 118/2011 e s.m.i., finora approvata in minima parte.

Le Aziende sanitarie devono assicurare l'applicazione delle indicazioni regionali che saranno fornite al fine:

- di completare il percorso di recepimento e di attuazione del D.Lgs n. 118/2011 e s.m.i.;
- di superare eventuali problematiche riscontrate in sede di prima applicazione del D.Lgs n. 118/2011 e s.m.i.;
- di recepire e di applicare l'ulteriore Casistica applicativa che sarà approvata nel corso del 2014 e di dare attuazione alle indicazioni che saranno fornite a livello regionale;
- di implementare e di utilizzare correttamente il Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;

- di compilare puntualmente i modelli ministeriali CE ed SP di cui al decreto del Ministero della Salute 15 giugno 2012.

Nel 2013 la Giunta Regionale, con la deliberazione n. 865/2013, ha approvato il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) ai sensi del Decreto Ministeriale 1° marzo 2013, finalizzato al raggiungimento di standard organizzativi, procedurali e contabili minimi, adeguati per assicurare il miglioramento degli strumenti tecnico-contabili e della qualità dei dati contabili sanitari, anche in funzione del percorso di certificabilità.

Il Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali ha adottato la determina n. 8854/2013 di costituzione del Gruppo di progetto per l'attuazione del PAC, incaricato di pianificare ed organizzare le attività propedeutiche alla conduzione ed al completamento del PAC regionale. Il Gruppo di progetto ha deciso di avvalersi del supporto specialistico di alcuni Gruppi di lavoro tematici. Alcuni di questi gruppi hanno concluso la loro attività nel corso del 2013 con la predisposizione di linee Guida regionali; altri Gruppi saranno attivati nel corso del 2014.

Le Aziende sanitarie, nel corso del 2014, sono impegnate nella progressiva realizzazione del Percorso regionale Attuativo della Certificabilità, coerentemente con le azioni e la tempistica previste nel Piano attuativo (c.d. "cronoprogramma"), che costituisce parte integrante del PAC approvato con la citata DGR n. 865/2013.

A tal fine, le Aziende sanitarie, sono tenute:

- ad assicurare la partecipazione ai Gruppi di lavoro PAC che saranno attivati nel corso del 2014;
- a recepire e ad applicare le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali, tempo per tempo disponibili;
- ad aderire alle attività formative che saranno organizzate nel corso dell'anno;
- ad adeguare ed a formalizzare le procedure amministrativo-contabili minime e comuni a livello regionale, che costituiranno il Manuale delle procedure amministrativo-contabili aziendali;
- a 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.

Con riferimento alla gestione aziendale, le Direzioni Generali sono impegnate nell'assicurare la complessiva attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità che costituisce un adempimento regionale, valutato dal Tavolo di verifica degli adempimenti presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Le Direzioni sono inoltre tenute ad individuare un Referente aziendale incaricato di realizzare le azioni necessarie per il raggiungimento dei requisiti minimi organizzativi, procedurali e contabili previsti nel Piano Attuativo della Certificabilità, di rispettare la tempistica indicata, di applicare le Linee Guida e le indicazioni regionali.

Nel corso del 2014 le Aziende sanitarie sono impegnate ad assicurare nei bilanci aziendali e nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche l'esatta contabilizzazione dei fatti gestionali riferiti ai rapporti di scambio di beni e di prestazioni di servizi infraziendali e nei confronti della Gestione Sanitaria Accentrata regionale (GSA) necessaria per assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che

deve rappresentare, in maniera rigorosa, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema sanitario regionale.

Le Aziende sanitarie sono pertanto tenute ad assicurare il perfetto pieno allineamento dei ricavi-rimborsi/costi e dei crediti/debiti infragruppo, sia in sede di chiusura dell'esercizio 2013 che a partire dalla gestione dell'anno 2014, avvalendosi:

- delle indicazioni e delle Linee guida predisposte dallo specifico Gruppo di lavoro regionale attivato nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità;
- dei documenti predisposti nell'ambito del Progetto per la formazione del bilancio sanitario aggregato regionale, attualmente in fase di aggiornamento;
- della Piattaforma web in corso di implementazione a livello regionale, per circolarizzare, verificare e quadrare le informazioni contabili.

2.3 - La programmazione pluriennale

Tenuto conto del quadro di incertezza sulla disponibilità delle risorse destinate al finanziamento del S.S.N. per gli anni 2015 e 2016 e tenuto conto che il citato Decreto Legislativo n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni, prevede che la programmazione sanitaria sia formulata esclusivamente con riferimento al Bilancio Preventivo Economico annuale, la programmazione economica pluriennale viene sospesa.

Le Aziende sanitarie sono tenute a corredare il Bilancio Preventivo Economico annuale del Piano triennale degli investimenti che definisca gli investimenti programmati nel triennio 2014-2016 e delle relative modalità di finanziamento, secondo quanto previsto dall'art. 25 del D.Lgs n. 118/2011.

2.4 - Sicurezza delle cure

Nel 2013 sono state portate avanti a livello regionale molteplici attività per promuovere ulteriormente la capillare ed efficace applicazione delle direttive regionali in materia di sicurezza delle cure e risarcimento dei danni. In particolare, è stata completata la revisione e integrazione della Banca Dati Contenzioso Regionale e sono state definite le informazioni necessarie ad alimentare l'Osservatorio Regionale per la sicurezza delle cure, in modo da individuare le criticità e poter definire e implementare interventi mirati.

Sono state anche definite le Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per il governo del rischio infettivo correlato all'assistenza (DGR 318/2013).

Nel 2014, le Aziende sono tenute ad **adottare o aggiornare il piano programma per la sicurezza delle cure, che dovrà garantire i seguenti impegni:**

- a) proseguire nel percorso di costruzione dell'organizzazione aziendale per la gestione diretta dei sinistri, assicurando l'utilizzo esaustivo, tempestivo ed accurato della Banca Dati Contenzioso Regionale;
- b) completare il processo di riorganizzazione aziendale in ottemperanza della DGR 318/2013, assicurando l'integrazione del governo del rischio infettivo in ambito assistenziale con le attività aziendali di gestione del rischio clinico;
- c) articolare le attività aziendali di gestione del rischio clinico secondo le priorità individuate dall'Osservatorio Regionale per la sicurezza delle cure.

Implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure

Implementazione delle raccomandazioni del Ministero della Salute e della Regione Emilia – Romagna, con particolare riferimento a:

- Indicazioni relative ad allontanamento di paziente da strutture sanitarie
- Linee di indirizzo sulla gestione clinica del farmaco, ricognizione e riconciliazione farmacologica
- Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
- Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0
- Prevenzione della violenza su operatore sanitario.

2.5 - Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri 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 DGR 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 DGR n. 1905 del 10/12/2012 sono state individuate le 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.

Nel corso del 2013, in cui ha trovato applicazione il Programma regionale approvato con delibera di Giunta regionale n. 1350/2012, si è riscontrata una forte sinergia tra le Aziende sanitarie sperimentatrici e il Nucleo regionale di valutazione, a fronte della quale si è ritenuto di dover proseguire il percorso che il Programma regionale aveva tracciato.

Anche un evento inatteso, quale il recesso della Compagnia di Assicurazioni QBE, che dal 1° gennaio 2014, non copre più il risarcimento dei sinistri sopra la soglia di 1,5 milioni di euro, ha costituito l’occasione per una valutazione ed un ripensamento degli assetti costituitisi durante il primo anno di sperimentazione e non ha fatto altro che anticipare un percorso implicito nella scelta strategica regionale, volta ad un sistema di ritenzione totale del rischio.

A seguito della scelta di provvedere alla gestione diretta dei sinistri, senza la partecipazione di Compagnie assicurative, si è reso necessario un intervento modificativo della L.R. 13/2012, fatto con l’art. 48 della legge regionale 20 dicembre 2013, n. 28 (Legge finanziaria regionale), e conseguente adozione del “Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie”, con efficacia a decorrere dall’1/1/2014, approvato con DGR n. 2079 del 23/12/2013.

Con tale provvedimento sono fissate due fasce economiche:

- a) prima fascia: sinistri entro la soglia di 250 mila euro; nell’ambito della prima fascia, gli enti provvedono direttamente con risorse del proprio bilancio a corrispondere i risarcimenti;

- b) seconda fascia: sinistri oltre la soglia di 250 mila euro; nell'ambito della seconda fascia la Regione e gli enti collaborano nella gestione dei sinistri con le modalità descritte nel programma; le Aziende sanitarie provvedono alla liquidazione dei risarcimenti mediante il fondo regionale istituito ad hoc, fatto salvo l'importo definito per la prima fascia, che resta a carico delle stesse.

Con la L.R. 21 novembre 2013, n. 22, Misure di adeguamento degli assetti istituzionali in materia sanitaria. Istituzione dell'Azienda Unità sanitaria locale della Romagna. Partecipazione della Regione Emilia-Romagna all'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori" S.r.l. è stata istituita la nuova Azienda Usl della Romagna, che è subentrata dall'1/1/2014 alle quattro Aziende Usl della Romagna.

Per il 2014 viene costituito il fondo per far fronte ai risarcimenti di 2° fascia (oltre 250 mila euro) trattenendo alle Aziende sperimentatrici le risorse quantificate in circa 15,053 milioni di euro.

Le liquidazioni oltre 250 mila euro, 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.

Nel 2013 è stato messo a punto il database regionale per la rendicontazione della sinistrosità, sia a livello aziendale che regionale; il sistema fornisce inoltre un adeguato ausilio alla gestione degli stessi sinistri. Le Aziende sono tenute a rafforzare il processo di registrazione delle varie fasi di gestione dei sinistri in modo tempestivo

Un aspetto rilevante del Programma regionale per la sicurezza delle cure ed il risarcimento dei danni è costituito dalla gestione diretta di tutti i sinistri da parte del Servizio sanitario regionale, nella logica di una collaborazione tra le Aziende sanitarie e la Regione Emilia Romagna. Si sottolinea, infatti, come la gestione diretta dei sinistri, affidata a ciascuna Azienda sanitaria, nei limiti economici stabiliti, consenta innanzitutto di responsabilizzare strutture ed operatori, innescando un processo virtuoso idoneo a far crescere la consapevolezza degli eventi di danno, l'analisi dei fattori di rischio e, conseguentemente, nel tempo, le azioni più efficaci a prevenire i sinistri medesimi

La gestione consapevole e diretta dei sinistri, la loro conseguente mappatura in ambito aziendale appare idonea a ridurre le probabilità di reiterazione di accadimenti pregiudizievoli dei diritti dei terzi in occasione dello svolgimento delle diverse attività sanitarie aziendali, comportando presumibilmente anche un alleggerimento dell'esposizione debitoria complessiva del Sistema sanitario regionale.

Per quanto attiene, invece, agli assetti organizzativi, anche in previsione di una progressiva adesione delle Aziende sanitarie al Programma regionale, occorre soffermarsi sulle condizioni organizzative e sostanziali, che, in quanto idonee a garantire la gestione diretta dei sinistri, devono necessariamente essere presenti.

Pertanto, si reputa essenziale che le figure e gli organismi sotto elencati siano obbligatoriamente presenti nell'organizzazione aziendale:

- **Medico Legale Interno:** si ritiene non più procrastinabile tale scelta che diventa imprescindibile ai fini dell'attuazione del Programma regionale. Il Medico Legale Interno, in quanto dipendente dell'Azienda, è in grado di gestire i casi con maggior cura e consapevolezza, rispetto ai consulenti esterni, in quanto possiede un'approfondita conoscenza dei meccanismi organizzativi interni. Tali fattori contribuiscono ad una più

intensa e produttiva collaborazione con i professionisti, con l'intento di chiarire la sussistenza o meno di eventuali profili di responsabilità, senza scopi punitivi. E' evidente che la collaborazione dei colleghi è fondamentale nel chiarire la concatenazione dei fatti che hanno dato luogo all'evento avverso, nel valutarne le conseguenze e nel migliorare i percorsi assistenziali. Le azioni di miglioramento richiedono una stretta integrazione con i clinici, come del resto l'analisi e la gestione dei sinistri, soprattutto in fase contenziosa.

- **Struttura Legale e Assicurativa:** agisce direttamente nella fase di negoziazione, subito dopo la valutazione medico-legale, la quantificazione del danno e la discussione in Comitato di Valutazione Sinistri (CVS), avanzando al reclamante una proposta economica quale risarcimento onnicomprensivo tacitante la pretesa. Si ritiene necessario che le Aziende si dotino anche di figure in possesso delle abilitazioni di legge per seguire più appropriatamente quei sinistri che abbiano dato luogo a contenzioso. La presenza di avvocati interni, tra l'altro, consente una migliore gestione del sinistro sia in termini di completezza dell'istruttoria, sia in termini di gestione della causa giudiziale. A quest'ultimo riguardo il conferimento al legale interno di un mandato congiunto e disgiunto di rappresentanza e difesa dell'Azienda ad un eventuale legale esterno consente alla struttura di gestire direttamente e senza intermediari il sinistro anche nella fase avanti l'Autorità giudiziaria e di essere costantemente informata sull'andamento della vertenza anche in prospettiva di una eventuale transazione al termine dell'istruzione probatoria.

Si ribadisce che, affinché la funzione di gestione diretta possa produrre effetti positivi, occorre che si instauri un rapporto di fattiva e reciproca stretta collaborazione fra il Servizio Legale e l'U.O. di Medicina Legale aziendale e che il processo di negoziazione si svolga in tempi brevi, semplificando il più possibile i passaggi procedurali.

- **Comitato di Valutazione Sinistri (CVS):** presente in ogni Azienda sanitaria è organismo tecnico di primaria importanza, deputato alla valutazione dei sinistri in cui le diverse componenti e competenze aziendali devono trovare la loro naturale sintesi. Il CVS potrà avere una composizione variabile, a seconda delle questioni da trattare. Potranno essere presenti diverse professionalità come il Risk Manager, il medico di Direzione Sanitaria e il Dirigente del Servizio Infermieristico, ma devono inderogabilmente farne parte componenti dell'Ufficio Legale, preferibilmente in possesso dell'abilitazione di legge e il Medico Legale Interno; queste due componenti devono interagire e collaborare in stretta sinergia.

Responsabilità primaria del CVS è la raccolta di informazioni inerenti il sinistro, l'analisi del caso e la valutazione delle criticità emerse, per uno svolgimento più agile delle relative pratiche e per favorire la transazione extragiudiziale.

Dovrà, comunque, essere assicurata l'integrazione con la funzione aziendale di gestione del rischio.

2.6 – Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

2.6.1. Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA)

Anche nel 2014 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 su ulteriori risorse derivanti dalla disponibilità di 350 milioni a livello nazionale, prevista dalla Legge di Stabilità per il 2014 (Legge n. 147/2013 commi 199 e 200) a fronte degli interventi di pertinenza del Fondo per le non autosufficienze, a sostegno delle persone non autosufficienti con una quota di risorse vincolata agli interventi di assistenza domiciliare

per le persone affette da disabilità gravi e gravissime, ivi incluse quelle affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica.

Le Aziende USL devono assicurare:

- un adeguato livello di governo e di monitoraggio dell'uso delle stesse su base distrettuale, garantendo la tempestività e la completezza dell'inserimento dei dati nel sistema di monitoraggio FRNA e una verifica almeno trimestrale;
- la verifica della sostenibilità nel tempo delle scelte della programmazione locale di ambito distrettuale del FRNA, in particolare di quegli interventi che comportano maggiore impegno finanziario e scarsa flessibilità, e nel caso richiedere una revisione della stessa, segnalando la situazione al competente servizio regionale;
- il corretto utilizzo delle risorse del FRNA nel rispetto delle indicazioni regionali; in particolare per i servizi socio-sanitari accreditati transitoriamente o provvisoriamente:
- non sarà più possibile erogare alcuna somma se all'atto di accreditamento non ha fatto seguito la stipula del contratto di servizio;
- dovrà essere assicurata una corretta imputazione al Fondo sanitario delle spese relative alle prestazioni sanitarie (sia per i servizi per anziani che per disabili).

2.6.2. Completa attuazione programma gravissime disabilità acquisite

L'utilizzo delle opportunità per le persone con gravissima disabilità acquisita presenta ancora alcune differenze territoriali significative, benché il programma regionale sia ormai attuato da diversi anni.

Nel corso del 2014 le Aziende UsI devono garantire l'applicazione corretta e completa delle indicazioni regionali in ordine ai criteri di accesso/eleggibilità, servizi ed interventi previsti, livelli di qualità degli stessi, coinvolgimento dei familiari ed orientamento al benessere complessivo delle persone, partecipazione degli utenti al costo dei servizi residenziali.

Inoltre le Aziende UsI devono assicurare completa attuazione del Programma regionale per le persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica di cui alla DGR 1762/2011 e successive modifiche e integrazioni, garantendo tutte le opportunità e gli interventi previsti sia a livello domiciliare che residenziale per i soggetti colpiti da SLA che si trovano nelle condizioni indicate nel programma regionale.

Le Aziende UsI devono assicurare inoltre:

- il più ampio e tempestivo utilizzo delle risorse disponibili attuando rapidamente eventuali indicazioni regionali tese ad allargare i criteri di eleggibilità;
- la disponibilità dei dati necessari per valutare il livello di interventi assicurati e la capacità di copertura della presa in carico delle persone colpite da SLA.

2.6.3. Completamento Accreditamento socio-sanitario

Nel 2014 si concluderà il percorso di passaggio dall'accreditamento transitorio a quello definitivo dei servizi socio-sanitari.

Al fine di facilitare tale percorso la Regione ha da tempo attivato un progetto di accompagnamento articolato a livello territoriale.

Le Aziende UsI dovranno assicurare la partecipazione attiva ed il sostegno al percorso di accompagnamento ed alla fase di passaggio dall'accreditamento transitorio e provvisorio a quello definitivo, in particolare garantendo un approccio unitario ed integrato con i Comuni nella fase di elaborazione dei contratti di servizio e condivisione degli stessi con i soggetti gestori.

2.7 - Il governo delle risorse umane

2.7.1. Integrazione dei servizi generali

Da alcuni anni la Regione ha incentivato lo sviluppo di forme di integrazione a livello provinciale e di Area Vasta relativamente sia agli aspetti sanitari/produttivi, sia ai cosiddetti "Servizi di supporto" nell'esigenza di migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi; è stato avviato così un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, risorse umane e finanziarie.

A tale proposito si conferma quanto già previsto al punto 2.6 comma 5 dell'Allegato B della DGR n. 199/2013.

Nel corso del 2014 i processi di integrazione strutturale dovranno essere completati nelle realtà che hanno già attivato i percorsi (Bologna e Ferrara).

Nelle altre realtà dovranno essere predisposti, entro il 1° semestre, i progetti operativi di integrazione, in modo tale che la loro attivazione possa essere realizzata entro il 2014 per poi andare a regime nell'anno successivo.

La nuova Azienda Usl della Romagna, istituita con la citata L.R. 22/2013, e subentrata dall'1/1/2014 alle quattro ex Aziende USL della Romagna, dovrà procedere con l'integrazione strutturale dei servizi amministrativi e tecnici elaborando un progetto e la relativa implementazione e avvio entro il 31/12/2014.

2.7.2 Il governo delle risorse umane e spesa del personale

Parallelamente, gli interventi di cui al punto precedente, si integrano con quelli già operanti sull'altro grande fattore produttivo delle Aziende sanitarie, ovvero il personale. In questo comparto già operano, da anni, meccanismi di contenimento della spesa molto rilevanti (vedi il blocco della contrattazione) previsti e confermati dalle recenti manovre come strumenti fondamentali per contenere i costi.

E' opportuno proseguire l'azione di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria per la gestione del personale intrapresa con i Piani di Assunzione 2013. Gli obiettivi per il 2014, pertanto, intendono dare continuità e rafforzare il ruolo di coordinamento della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali continuando a garantire la qualità dei servizi, la loro sostenibilità e l'equità di accesso agli stessi.

E' pertanto necessario che ogni Azienda adotti le sotto elencate azioni.

Per l'intero anno 2014 proseguimento del blocco totale del turnover per il personale dipendente di profilo amministrativo, tecnico e professionale (dirigenza e comparto) fatte salve eventuali autorizzazioni in deroga che potranno essere concesse con autorizzazione espressa della Direzione Generale regionale su richiesta delle singole Aziende che documentino inderogabili esigenze di servizio ed attestino, altresì, il rispetto dei vincoli di bilancio congiuntamente all'aver adempiuto a quanto previsto sull'integrazione dei servizi generali di cui al punto 2.7.1.

Sono quindi soggette, per l'anno 2014, ad apposita preventiva autorizzazione regionale:

- le assunzioni a tempo indeterminato, ivi compresi i conferimenti di incarichi di strutture complesse che dovranno rispettare i criteri già previsti con note della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali n. 81308/2013 e 168758/2013 ed in particolare l'invarianza della spesa rispetto al 2013 dando priorità al personale a tempo determinato, da stabilizzare, che attualmente ricopre posti vacanti nella dotazione organica.
Si rammenta che le Aziende sanitarie dovranno garantire, nella presentazione dei rispettivi Piani, la previsione di n. 16 dirigenti medici, da reperire all'interno dei rispettivi enti o, in alternativa, tramite procedure concorsuali, per favorire l'implementazione del nuovo modello di assistenza nelle carceri come da indicazioni regionali, in accordo con i servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali di riferimento (Salute Mentale e Assistenza Distrettuale).
La Regione Emilia Romagna, inoltre, ha presentato al Ministero della Salute un programma concernente il completamento del processo di superamento degli OPG. Sono state considerate le indicazioni sui fabbisogni del personale fornite dalle Aziende sanitarie. Una volta approvato il decreto di finanziamento di cui alla Legge n. 9/2012, le Aziende potranno procedere alle assunzioni di personale qualificato da dedicare ai percorsi terapeutico-riabilitativi finalizzati al recupero ed al reinserimento sociale dei pazienti provenienti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in deroga alla normativa nazionale in materia di contenimento della spesa del personale (comma 5 art. 3 ter Decreto legge n. 211/2011);
- le assunzioni di personale a tempo determinato – al netto delle sostituzioni per lunghe assenze, straordinarie o emergenza – devono prevedere l'invarianza della spesa 2012.

Le autorizzazioni ai piani di assunzione saranno rilasciate considerando il contesto aziendale di riferimento, la dotazione di personale, le ridondanze organizzative ed i margini di miglioramento, le possibilità di integrazione su scala sovraziendale, anche alla luce degli effetti delle politiche del personale dell'anno 2013.

In considerazione di quanto previsto dalle manovre economiche statali ed in stretta coerenza con le indicazioni costantemente impartite dalla normativa e dalla programmazione regionale negli ultimi anni, dirette a favorire il ricorso agli istituti propri del lavoro subordinato per il reperimento e l'impiego di professionalità necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali, con il conseguente contenimento del ricorso a contratti di collaborazione professionale, ad altre forme di impiego flessibile, le Aziende sanitarie ed Enti del SSR dovranno – per il lavoro atipico - prevedere l'invarianza della spesa 2013 ed in modo particolare il rispetto della normativa nazionale e delle disposizioni regionali in merito (note n. 249237/2013 e n. 293928/2013) tenuto conto che sono escluse da tale prescrizione le collaborazioni in qualunque forma finanziate all'interno di progetti finalizzati o con risorse esterne all'Azienda.

Le Aziende Sanitarie, inoltre, dovranno attuare le linee guida regionali in materia di attività libero professionale intramuraria, ai sensi della DGR n. 1331/2013 e dovranno, conseguentemente, assicurare un monitoraggio periodico delle misure attuative delle stesse linee guida.

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

L'evoluzione del contesto normativo nazionale obbliga a rafforzare l'incremento degli acquisti effettuati attraverso procedure centralizzate ed introduce forme di controllo sempre più stringenti sugli acquisti effettuati a livello aziendale.

Nella Regione Emilia Romagna il processo di razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi del Sistema sanitario regionale ha prodotto risultati importanti negli ultimi anni, con una crescita sostanziale del livello di acquisti centralizzati, ma nel 2012 circa il 44% degli acquisti di beni e servizi sono avvenuti a livello di singola Azienda sanitaria per una percentuale che è rimasta sostanzialmente invariata rispetto al 2011.

Se la delibera di programmazione per il 2013 prevedeva per il 2014 il ricorso alle gare aziendali come residuale e comunque non superiore al 15% del totale dei beni e dei servizi acquisiti mediante procedura di gara, l'obiettivo di centralizzazione degli acquisti sembra essere ancora lontano.

A ciò si devono aggiungere altri due fattori determinanti:

- i tagli e i vincoli posti dal processo di spending review al Sistema sanitario nazionale, i quali, per essere realizzati, necessitano di una forte governance a livello regionale in grado di definire strumenti di razionalizzazione della spesa e monitorarne l'effettivo impatto;
- le risorse umane a disposizione del Sistema sanitario regionale sono sempre più limitate ed è quindi necessario massimizzare le efficienze organizzative e procedurali, soprattutto sui processi di back office, evitando duplicazioni di lavoro e sovrapposizione di competenze tra differenti livelli di acquisto.

Nel contesto delineato, un impulso alla capacità regionale di accrescere il livello degli acquisti centralizzati può e deve essere dato, in linea con le indicazioni fornite dal legislatore nazionale negli ultimi interventi normativi, accrescendo le capacità di governance regionale del sistema degli acquisti in ambito sanitario.

A tal fine va migliorato il livello di coordinamento tra i principali soggetti che a livello regionale concorrono a delineare il cosiddetto sistema acquisti, nei suoi aspetti programmatori e gestionali.

Per questo si ritiene necessario dotarsi di una modalità di governo del sistema degli acquisti in sanità che assicuri da un lato, la sinergia tra l'Agenzia Intercent-ER e la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, in modo da garantire la coerenza del sistema di approvvigionamento con le linee di politica e sviluppo del sistema sanitario regionale e, dall'altro il coordinamento e l'integrazione tra l'Agenzia ed i centri di acquisto e di logistica di Area Vasta, nella programmazione e nella gestione dei beni e dei servizi da acquisire.

Un governo degli acquisti dei beni e servizi che individua nell'Agenzia Intercent-ER il soggetto che ha la responsabilità di guidare la pianificazione e il monitoraggio dell'insieme delle iniziative di acquisto in cui è coinvolto il SSR (su scala nazionale, regionale, di Area Vasta o aziendale), avvalendosi del contributo strutturato dei diversi centri di acquisto e logistica del SSR che consenta la possibilità di delocalizzare su di loro l'espletamento di iniziative di acquisto o fasi procedurali (indagini di mercato, raccolta fabbisogni, elaborazione bozze di capitolato, ecc.) in nome e per conto dell'Agenzia. Nell'ambito dei farmaci e dei dispositivi a medio-alta tecnologia, tali funzioni sono svolte dall'Agenzia

Intercent-ER con il supporto tecnico-scientifico dell'Agencia Sanitaria e Sociale Regionale e del Servizio Politica del Farmaco.

Pianificazione e monitoraggio degli acquisti regionali in ambito sanitario

Il nuovo contesto organizzativo che si propone prevede una pianificazione unica degli acquisti in ambito sanitario che si esplica nella realizzazione di un Masterplan triennale che conterrà tutte le iniziative di acquisto che verranno realizzate nel triennio di riferimento, le tempistiche di realizzazione, le responsabilità (livello centralizzato regionale, livello di Area Vasta, livello aziendale) anche in funzione delle risorse disponibili e delle priorità definite in accordo con la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.

La definizione di un Masterplan triennale unico a livello regionale per gli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario persegue i seguenti obiettivi:

- il controllo dell'evoluzione del livello di centralizzazione degli acquisti regionali nel medio termine;
- il coinvolgimento responsabile di tutti i livelli di acquisto regionali alla fase di pianificazione delle iniziative;
- il monitoraggio complessivo del sistema e del raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- l'identificazione degli scostamenti dalla pianificazione e la definizione di strategie di riallineamento;
- la gestione congiunta degli eventuali ritardi e delle problematiche emerse;
- lo scambio continuo di know-how, di esperienze e di risultati ottenuti ai vari livelli coinvolti.

La definizione del Masterplan si svilupperà secondo le seguenti fasi:

- ogni anno, entro il mese di ottobre, l'Agencia Intercent-ER, con il supporto delle strutture di acquisto di Area Vasta o Dipartimenti Interaziendali Acquisti (DIA) ed in collaborazione con le Aree Vaste, effettua una programmazione triennale delle iniziative di gara da realizzare nei vari livelli di acquisto – regionale, di Area Vasta ed a livello di singola Azienda sanitaria. Tale pianificazione terrà conto delle necessità delle strutture del SSR - individuate tramite le strutture di acquisto di Area Vasta o i DIA - delle scadenze contrattuali, delle strategie regionali in tema di sanità e delle politiche delle Aree Vaste in tema di dispositivi di carattere specialistico. Per quanto riguarda l'acquisto di farmaci innovativi o per dispositivi medici ad alta specializzazione o per tecnologie sanitarie ad elevato impatto strategico, alla realizzazione del Masterplan potranno partecipare le competenti strutture dell'Assessorato Politiche per la Salute (Servizio Politica del Farmaco, Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie, Agencia Sanitaria e Sociale Regionale) che, attraverso il ricorso a specifici strumenti (documenti di sintesi delle evidenze disponibili e di indirizzo per l'uso appropriato e sicuro, gruppi di lavoro multi disciplinari/professionali) potenzino l'efficienza del sistema, valorizzando la fase di valutazione delle tecnologie e di coinvolgimento/responsabilizzazione dei professionisti. La programmazione terrà inoltre conto delle iniziative svolte da Consip S.p.A. al fine di evitare, laddove non necessario, duplicazioni con gli strumenti di acquisto nazionali;
- l'approvazione del Masterplan sarà responsabilità del Gruppo Strategico, organo composto presso la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali di cui allo schema di Convenzione Operativa, deliberato con DGR n. 535/2011, cui partecipano rappresentanti delle Aziende sanitarie e degli altri enti del Servizio Sanitario Regionale.

Per quanto attiene la fase di monitoraggio della realizzazione delle iniziative previste dal Masterplan, l'Agencia produrrà ad intervalli regolari (si propone ogni sei mesi), sempre con

il supporto delle strutture di acquisto di Area Vasta o dei DIA, report di consuntivo dove saranno evidenziati:

- il raggiungimento degli obiettivi del Masterplan;
- gli eventuali scostamenti dalla pianificazione;
- le iniziative di supporto per il riallineamento dei tempi;
- le modifiche necessarie per la definizione del Masterplan del triennio successivo.

Relazioni organizzative tra l'Agenzia Intercent-ER e le strutture di acquisto o i DIA di Area Vasta

Il rafforzamento delle capacità di governance regionale degli acquisti deve necessariamente passare attraverso la creazione di modifiche organizzative che, anche grazie all'implementazione di strumenti informatici, consentano di gestire in maniera più efficiente il sistema degli acquisti.

Si propone, in particolare, di definire una dipendenza funzionale delle strutture di Area Vasta deputate agli acquisti – i Dipartimenti Interaziendali – nei confronti dell'Agenzia Intercent-ER. Certamente tale dipendenza non può riguardare tutte le attività - dovendo le strutture deputate agli acquisti e i DIA provvedere alle funzioni a servizio delle Aziende sanitarie per cui sono stati creati (non può essere quindi considerata "gerarchica") – ma potrà riguardare, da un lato le funzioni di pianificazione e monitoraggio degli acquisti di beni e servizi e dall'altro lo sviluppo e la gestione delle gare regionali.

Alla luce anche delle nuove attività e dei nuovi oneri posti in capo all'Agenzia Intercent-ER, tale dipendenza funzionale può quindi essere esplicitata nel coordinamento diretto delle seguenti funzioni:

- a. Pianificazione: supporto alla raccolta dei fabbisogni delle Aziende Sanitarie ed alla programmazione delle iniziative di gara;
- b. Monitoraggio: raccolta dei dati relativamente all'avanzamento delle iniziative di gara realizzate ai vari livelli regionali, evidenziando eventuali ritardi, criticità, ecc. Dovrà inoltre essere fornito il supporto al monitoraggio dei consumi;
- c. Centralizzazione acquisti: supporto alla realizzazione di iniziative di gara ed alla gestione dei relativi contratti, anche di valenza regionale, sotto il coordinamento della stessa Agenzia.

La dipendenza funzionale delle strutture di Area Vasta deputate agli acquisti e dei DIA nei confronti dell'Agenzia persegue:

- Accrescimento della capacità dell'Agenzia di sviluppare iniziative di gara centralizzate; grazie ad un più semplice e diretto utilizzo di risorse presenti nelle Aziende sanitarie si potrà infatti aumentare il numero di gare regionali svolte annualmente senza che questo comporti un aumento del personale dell'Agenzia e quindi maggiori costi per il Servizio sanitario regionale;
- Rafforzamento della capacità del sistema di rispondere in maniera puntuale e tempestiva alle esigenze delle Aziende sanitarie; la diretta dipendenza funzionale di alcune risorse nelle Aziende dall'Agenzia Intercent-ER consente di avere una migliore capacità dell'Agenzia di interpretare al meglio le esigenze ed i fabbisogni delle Aziende sanitarie e, di conseguenza, di sviluppare iniziative di gara più efficaci;
- Maggiore efficienza nella fase di gestione delle convenzioni quadro e dei relativi contratti, in accordo con il principio di non duplicazione delle attività già previsto dalla delibera di costituzione delle Aree Vaste.

L'abilitazione del nuovo modello organizzativo sarà facilitata dall'implementazione dei sistemi informativi gestiti da Intercent-ER. In linea con le previsioni della legge regionale n. 17/2013 e grazie all'acquisizione di una nuova piattaforma sarà infatti possibile:

- Informatizzare tutte le procedure di gara sia centralizzate che a livello di singola Azienda sanitaria. Oltre agli indubbi vantaggi procedurali e di riduzione di costi vivi, ciò consentirà di monitorare in maniera semplice ed in tempo reale lo stato delle procedure di gara;
- De-materializzare l'intero ciclo degli acquisti anche nelle fasi post gara. La legge regionale n. 17/2013 ha infatti previsto l'istituzione del Sistema regionale per la dematerializzazione del ciclo passivo (SiCiPa-ER) - il cui sviluppo è stato affidato all'Agenzia Intercent-ER – attraverso il quale dovranno transitare tutti i documenti del procurement (ordine, documento di trasporto, fattura). Anche in questo caso l'entrata a regime del sistema consentirà di conseguire importanti riduzioni delle risorse impiegate in attività amministrative a basso valore aggiunto e darà la possibilità di monitorare in tempo reale l'andamento della spesa dei consumi intermedi.

In tale ultimo ambito, l'obiettivo per il 2014 è che tutte le Aziende del Sistema sanitario regionale siano integrate con i sistemi informativi dell'Agenzia Intercent-ER in modo da consentire la piena operatività del sistema a partire dal 2015.

2.9 - Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

Appropriatezza e revisione delle attività farmaceutiche

Gli obiettivi della farmaceutica per il 2014 riguardano sia i farmaci sia i dispositivi medici dei quali è già disponibile un soddisfacente flusso di dati. Nelle Aziende sanitarie dovranno prevedersi due ambiti di intervento: il consolidamento del governo e dell'appropriatezza d'uso dei farmaci, dei dispositivi medici e delle risorse ad essi correlate e l'avvio di una riorganizzazione complessiva delle attività farmaceutiche, che disporrà anche del supporto di linee di indirizzo regionali, per favorire le riorganizzazioni previste per gli ambiti territoriali.

Obiettivi di appropriatezza

La commissione regionale del farmaco, le commissioni locali e le commissioni dispositivi medici

La Commissione regionale del Farmaco (CRF), rinnovata nell'aprile del 2013, svolge ora le proprie attività con il coordinamento ed il supporto metodologico ai gruppi di lavoro realizzato dall'area valutazione del farmaco dell'ASSR. Il lavoro svolto riguarda sia i processi di valutazione dei nuovi farmaci e di selezione nell'ambito di categorie omogenee, per queste ultime anche in relazione alla strategia degli acquisti da parte di Intercent-ER. La CRF realizza il coordinamento delle linee guida e raccomandazioni delle principali categorie di farmaci sottoposte al governo dell'innovazione e dell'introduzione guidata nella pratica clinica attraverso vari gruppi di lavoro stabili coordinati dall'ASSR.

Per alcune delle principali categorie di farmaci ad alto costo sono stati dati specifici obiettivi di appropriatezza legati a raccomandazioni *evidence-based* elaborate da gruppi di lavoro regionali e recepiti dalla Commissione Regionale: in particolare i farmaci soggetti a monitoraggio secondo obiettivi predefiniti di appropriatezza sono: i nuovi farmaci oncologici ed ematologici, i nuovi farmaci per epatite C, i nuovi farmaci anticoagulanti, i nuovi farmaci biologici antinfiammatori.

Le commissioni di Area vasta per i farmaci e le commissioni provinciali per i dispositivi medici, sulla base di indirizzi regionali, devono coordinarsi per la condivisione delle scelte su gruppi selezionati di farmaci e dispositivi medici per raggiungere, a regime, livelli di integrazione indispensabili a garantire solidità al nuovo impianto organizzativo.

Proseguono gli obiettivi di **appropriatezza d'uso di farmaci specialistici** da parte dei Centri autorizzati ed il vincolo per le Aziende sanitarie di adeguamento alle Linee guida terapeutiche ed alle Raccomandazioni correlate al Prontuario Terapeutico Regionale: la documentazione relativa ai monitoraggi ed agli *audit clinici* effettuati costituiscono gli indicatori per il raggiungimento degli obiettivi. Persiste la necessità che le Aziende procedano ad una **revisione dei Centri autorizzati** alla prescrizione dei farmaci di elevato impatto economico, coerentemente alla casistica clinica di riferimento, in una visione sovraziendale ed alla luce del disegno riorganizzativo richiesto dalla Regione. La prescrizione e l'utilizzo dei farmaci e dei dispositivi risultanti dalle gare effettuate in ambito regionale e di Area Vasta sono da considerare prassi da perseguire in quanto vantaggiosa per il Servizio Sanitario Regionale.

La Regione, in presenza e/o in carenza di specifiche procedure di AIFA, rende disponibili strumenti utili a supportare le Aziende nella gestione di **farmaci che richiedono registro e monitoraggio dei Piani Terapeutici**, mediante soluzioni informatiche di raccordo con gli applicativi locali, che dovranno essere utilizzate sistematicamente per la prescrizione, per l'erogazione dei farmaci, per il monitoraggio degli usi, anche ai fini del recupero dei rimborsi dovuti dalle Aziende farmaceutiche.

Prosegue l'obiettivo della **prescrizione di farmaci con brevetto scaduto (sia generici sia biosimilari)**. Per quanto riguarda i farmaci generici nell'ambito della singola molecola e nel contesto delle categorie di appartenenza, anche per il 2014 la Regione Emilia Romagna indica come obiettivo l'aumento della percentuale di DDD a brevetto scaduto sul totale dei consumi di 10 punti percentuali. Ai Responsabili dei Dipartimenti delle Cure Primarie, alle Direzioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali l'obbligo di informare i cittadini, formare i medici, monitorare e mettere in discussione, nell'ambito di incontri con i prescrittori, usi non in linea con questo indirizzo quale la prescrizione prevalente di analoghi di marca più recenti e costosi; contestare le mancate prescrizioni dei farmaci per principio attivo, secondo la norma vigente. Per quanto riguarda i biosimilari la Regione Emilia Romagna indica come obiettivo per il 2014 l'inserimento nelle gare regionali di tutti i biosimilari disponibili e la verifica del loro progressivo utilizzo nella pratica clinica.

Le attività di **vigilanza** sull'uso dei farmaci e dei dispositivi medici vanno proseguite dalle Aziende sanitarie per mantenere il trend favorevole delle segnalazioni di eventi avversi riscontrato nel corso dell'anno 2013; riguardo alla farmacovigilanza viene riproposta anche per il 2014 la realizzazione dei progetti regionali nelle aree critiche di rischio secondo una modulazione favorente l'organizzazione per Area Vasta.

Prosegue, nell'ambito della riduzione del **rischio clinico da farmaci**, la necessità di applicare le procedure e le raccomandazioni regionali: LA PROCEDURA REGIONALE PER LA GESTIONE CLINICA DEI FARMACI, LA RICOGNIZIONE, LA RICONCILIAZIONE E LA RACCOMANDAZIONE REGIONALE SULLA GESTIONE SICURA DEI FARMACI ANTINEOPLASTICI. Dovranno essere implementate azioni per la sicurezza nella gestione dei farmaci ad alto livello di attenzione e farmaci look alike/sound alike ed essere avviati progetti di audit clinico su tematiche quali la prescrizione farmacologica in dimissione, la prescrizione *off-label* e la prescrizione farmacologica "al bisogno".

Riguardo al **governo dei Dispositivi Medici (D.M.)** i documenti regionali di indirizzo già prodotti dalla Commissione Regionale D.M., dai Gruppi tecnici ad essa afferenti e dalle Commissioni professionali coordinate dal Governo clinico dell'ASSR, dovranno essere recepiti dalle Commissioni locali ed implementati presso le strutture assistenziali del territorio di competenza (D.M. TAGLIENTI CON MECCANISMO DI PROTEZIONE, CATETERI TRATTAMENTO FIBRILLAZIONE ATRIALE, CRITERI PER TPN, LINEE INDIRIZZO GAS MEDICINALI, EMOSTATICI, ecc...). Per i DISPOSITIVI PER ELETTROCHIRURGIA e per PACE MAKER E DEFIBRILLATORI saranno disponibili, nel corso del 2014, documenti regionali di indirizzo per l'uso appropriato a cui le Aziende sanitarie dovranno dare seguito.

Le Aziende dovranno monitorare i consumi e la spesa dei dispositivi medici innovativi e di costo elevato, migliorarne l'appropriatezza d'uso e sviluppare la vigilanza sull'impiego; garantire completezza e qualità agli specifici flussi di rilevazione dei consumi e dei contratti per l'acquisizione. Per prodotti di bassa complessità tecnologica e di largo consumo, nell'ambito delle singole Commissioni aziendali si dovrà procedere alla revisione dell'utilizzo. Le categorie da monitorare per gli interventi di razionalizzazione della spesa per il 2014: suturatrici meccaniche; medicazioni avanzate per il trattamento di ferite, piaghe ulcere acute e croniche, guanti non chirurgici.

Le commissioni dispositivi medici dovranno avere competenza di ambito provinciale; nell'Azienda UsI Romagna la commissione unica dovrà consolidare il proprio assetto ed il governo dell'intero ambito territoriale.

Obiettivi di revisione delle attività farmaceutiche

Recenti importanti realizzazioni in ambito regionale sono presupposto alla revisione delle attività dei Servizi farmaceutici: l'unificazione delle aziende dell'Area Vasta Romagna, la definizione dei criteri per l'accreditamento delle farmacie ospedaliere, l'esperienza delle centralizzazioni logistiche di distribuzione dei beni farmaceutici, il consolidamento della rete dei laboratori di allestimento delle terapie antitumorali.

Riguardo al progetto nazionale/regionale di dematerializzazione i Servizi farmaceutici dovranno garantire collaborazione alla realizzazione del progetto di dematerializzazione della ricetta.

Azienda UsI della Romagna

La costituzione dell'Azienda UsI della Romagna impegna i Servizi farmaceutici di questo territorio ad un riassetto organizzativo e gestionale che favorisca l'integrazione, potenzi omogeneità ed appropriatezza nell'erogazione dei servizi, razionalizzi la spesa per beni sanitari. I responsabili dei Servizi, attraverso interventi ricognitivi che evidenzino peculiarità e difformità locali, procederanno a definire e a realizzare forme di integrazione funzionali e strutturali idonee a garantire una razionalizzazione delle attività e dell'allocazione delle risorse. Dovranno essere omogeneizzate e snellite le procedure di assistenza farmaceutica sia nell'ambito territoriale sia nell'ambito ospedaliero, assicurandone la trasparenza nel nuovo contesto aziendale.

In particolare, i Servizi farmaceutici territoriali dovranno predisporre modalità uniformi ed efficaci di reportistica della farmaceutica convenzionata, condividere la programmazione di incontri informativi e formativi per i MMG, progettare insieme gli interventi di vigilanza, standardizzare le modalità inerenti i provvedimenti amministrativi di competenza e la corretta applicazione della convenzione. I Servizi di farmacia ospedaliera dovranno sviluppare appieno le molteplici competenze di farmacia clinica a supporto delle attività

assistenziali dei presidi ospedalieri: nei dipartimenti, in oncologia, nelle commissioni, nel governo delle risorse farmaceutiche, ecc.

Le indicazioni di cui sopra possono rappresentare un utile riferimento anche per i Servizi Farmaceutici dell'AVEN e dell'AVEC.

Accreditamento delle farmacie ospedaliere

L'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, in collaborazione con il Servizio Politico del Farmaco e con alcuni Direttori di Farmacie ospedaliere della Regione Emilia-Romagna, ha elaborato i criteri per l'accREDITAMENTO delle Farmacie ospedaliere che dovrà essere acquisito nelle singole Aziende sanitarie. Tale procedura consentirà a questi Servizi di accertare il reale possesso dei requisiti di qualità e di sicurezza necessari a garantire l'assistenza farmaceutica ospedaliera.

Nelle singole realtà aziendali devono essere avviate da parte dei Servizi tecnici e di Prevenzione, ove non ancora previste, le valutazioni atte a formalizzare le autorizzazioni delle farmacie riguardanti gli aspetti logistici, strutturali e tecnologici preliminari all'avvio dell'accREDITAMENTO. Particolare rilievo assume l'accREDITAMENTO dei laboratori di allestimento delle terapie antitumorali quali strutture tecnologiche di recente istituzione.

Per quanto riguarda il governo clinico le farmacie ospedaliere dovranno confrontarsi con i parametri di qualità previsti nel documento regionale, nelle diverse aree di attività: galenica clinica, valutazione/informazione/appropriatezza sui farmaci e sui dispositivi medici, didattica, sperimentazioni cliniche, farmaco-vigilanza, dispositivo-vigilanza, ecc... Parte integrante dell'accREDITAMENTO sono i requisiti organizzativi che il responsabile della Farmacia deve garantire costantemente in linea con l'evoluzione del contesto clinico nel quale il Servizio opera.

Centralizzazione della distribuzione dei beni farmaceutici

La realizzazione delle Aree Vaste, la riorganizzazione delle funzioni dei servizi amministrativi, tecnici e professionali, la garanzia ed il supporto alle gare di acquisizione centralizzate favoriscono la messa in comune dei beni farmaceutici tra Aziende. La centralizzazione dei magazzini farmaceutici, favorite dalle scelte effettuate dalle Commissioni tecniche dei farmaci e dei dispositivi medici, deve rappresentare la coerente realizzazione delle politiche di standardizzazione e d'acquisto regionali e di Area Vasta dei presidi terapeutici e chirurgici da utilizzare nei medesimi ambiti territoriali.

L'Area Vasta Emilia Nord e l'Azienda Usl della Romagna proseguiranno nell'impegnativo processo di integrazione strutturale di centralizzazione delle attività che hanno avviato a diverso livello; nell'Area Vasta Emilia Centro dovrà essere conclusa la fase progettuale e dovranno essere avviate le prime esperienze concrete.

Rete delle farmacie oncologiche

Nell'ambito della realizzazione del progetto di rete regionale dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche, al fine di avere una riduzione dei costi e degli scarti di produzione, devono essere portate a termine le centralizzazioni sovrazionali e aziendali nelle Aziende di Parma, di Reggio Emilia e di Modena. Aziende con produzione contenuta come l'Azienda Usl di Imola e l'Istituto Ortopedico Rizzoli dovranno valutare l'opportunità e l'economicità complessiva di avvalersi dei laboratori limitrofi già in attività.

Nell'Azienda Usl della Romagna il modello *hub & spoke* potrà essere preso a riferimento dai laboratori delle province di Rimini e di Ravenna, come centro *hub*, la Farmacia oncologica dell'IRST di Meldola, per la creazione di una relazione stabile ed efficace di produzione e di supporto professionale agli specialisti. In tale contesto vanno previsti protocolli di trattamento omogenei, strutturate procedure standard di lavoro e di sicurezza

nei laboratori, definiti percorsi economici di allestimenti centralizzati per terapie di elevato costo.

Dovranno inoltre essere realizzati processi di integrazione delle procedure di allestimento delle terapie oncologiche con gli applicativi aziendali per rendere correlabili i dati clinici e i dati di utilizzo dei farmaci antitumorali.

2.10 - Il sistema tariffario

La DGR 525/2013, successiva all'intesa tra Regione Emilia-Romagna e AIOP (DGR 517/2013), aveva recepito il Decreto nazionale del 18 ottobre 2012 quale base tariffaria di riferimento e rimodulato le tariffe in tre fasce di erogatori. Per la psichiatria si era mantenuto l'impianto tariffario della DGR 69/2011 e DGR 1920/2011; lo stesso è stato fatto per la riabilitazione, prevedendo l'attivazione di due tavoli di lavoro per definire modalità di accesso e rimodulazione delle tariffe.

Dato il contesto economico-finanziario di riferimento, l'obiettivo, per il 2014, è l'adeguamento al Decreto nazionale delle tariffe DM 18/10/2012 anche per questi ambiti - molte regioni italiane hanno recepito il decreto già dal 2013 e non solo quelle vincolate dai piani di rientro.

Per quanto riguarda la riabilitazione, i lavori del sottogruppo di lavoro hanno definito appropriato per l'MDC 8 il ricovero ordinario in riabilitazione estensiva (codice 60), tranne che per i casi di :

- intervento chirurgico elettivo in pazienti con quadri preesistenti di disabilità legata ad una funzionalità ridotta,
 - pazienti con paralisi post operatorie o con altre patologie che presentino un'elevata complessità o "comorbidità"
 - politrauma, amputazione di arto inferiore, esiti di ustioni generalizzate ed esiti di chirurgia funzionale,
- per i quali è appropriato il ricovero in riabilitazione intensiva (codice 56).

Per quanto riguarda la remunerazione del ricovero in SPOI e SPDC (assistenza Salute Mentale) si passa alla remunerazione a DRG con revisione del valore soglia oltre il quale si integra il valore DRG con una quota pro die.

Per quanto riguarda le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale, riviste nel corso del 2011 in seguito alle disposizioni della L. 111 del luglio 2011 (manovra tickets), è necessaria una revisione del nomenclatore tariffario: dalle analisi tra i nomenclatori delle diverse regioni emerge un'estrema variabilità tariffaria, a parità di prestazione, non spiegabile da livelli qualitativi differenti.

Nel corso del 2013 la regione ha definito le condizioni di erogabilità di alcune prestazioni di TAC e RM, al fine di perseguire l'appropriatezza (DGR 704/2013); ne ha condiviso i contenuti anche negli accordi di mobilità interregionale (Veneto, Umbria, Marche Toscana). Questo ambito sarà oggetto di approfondimento per la revisione tariffaria.

Per quanto riguarda le tariffe per la mobilità sanitaria interregionale, la TUC per l'anno 2013, in corso di approvazione, ha come base di riferimento le tariffe del DM 18 ottobre 2012 integrato con il +7% per le Aziende Ospedaliere/Universitarie e le protesi già previste in TUC.

2.11 - L'attività di controllo sui produttori pubblici e privati

Con la DGR 354/2012 si è definita la nuova rete dei controlli sui produttori della Regione Emilia-Romagna, a fronte dell'esigenza di stabilire ruoli chiari, compiti e assegnazioni precise in termini di ambiti e livelli di responsabilità, al fine di dare al sistema dei controlli quella uniformità e specificità che la funzione richiede.

Il Nucleo Regionale di Controllo (NRC) è l'organo regionale che definisce e aggiorna le regole operative sull'attività di controllo ed i criteri di valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, in coerenza con gli obiettivi di politica sanitaria regionale ed in conformità all'evoluzione scientifica e tecnologica; lo strumento con cui perseguire questi obiettivi è il Piano Annuale dei Controlli (PAC) che declina le modalità organizzative, le metodologie e le tipologie dei controlli da effettuare obbligatoriamente e in modo uniforme. L'Azienda sanitaria è al centro del sistema dei controlli: ne è il soggetto operativo, ma anche il primo regolatore.

Dall'analisi delle risultanze dell'attività di controllo, esperita nel 2012 e nel 2013, sono emersi fenomeni assistenziali che necessitano di maggiori o nuove verifiche, mentre alcuni indicatori consentono di proporre modulazioni tariffarie.

La prossima uscita delle linee-guida di codifica SDO consente di sottoporre a controllo alcune nuove regole indicate per la compilazione della scheda nosologica; taluni percorsi assistenziali sorvegliati richiedono un monitoraggio attento e la progettazione di attività di audit clinico, intese a migliorare le pratiche assistenziali rispetto all'appropriatezza clinica.

Il Piano Annuale dei Controlli (PAC) 2014 si articolerà dettagliatamente su questi elementi e terrà conto delle indicazioni fornite al NRC dai Nuclei Aziendali di Controllo (NAC) nel corso degli incontri tenutisi nella sede regionale; le Aziende sono tenute a verificare la puntuale applicazione di ciò che è contenuto nel PAC e a controllarne la coerenza. Dal 2014 il NRC ha ampliato l'ambito dei controlli, inserendo nel PAC l'attività ambulatoriale, introducendo segnalazioni alle Aziende relative ad alcune tipologie di prestazioni di diagnostica per immagini; queste segnalazioni dovranno essere valutate con attenzione e le Aziende dovranno integrare i NAC con figure professionali idonee all'espletamento dei controlli sulla specialistica ambulatoriale. Successivamente saranno definite ulteriori tipologie di controllo relative al laboratorio, ai percorsi senologici e a prestazioni chirurgiche trasferibili in ambulatoriale, così come stabilito dalle delibere indicate al punto 2.16.2.

Le Aziende dovranno garantire il rispetto di quanto disposto dalla normativa nazionale, che costituisce adempimento LEA per la Regione, e regionale riguardo ai volumi delle prestazioni da controllare ed alla loro tipologia.

Le Aziende dovranno inoltre rendicontare semestralmente l'attività di controllo utilizzando la scheda di rilevazione su web.

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

Piano investimenti

Il Piano degli investimenti 2014-2016 dovrà essere redatto secondo gli specifici schemi predisposti a livello regionale.

In termini di investimenti in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico è prioritario per le Aziende sanitarie predisporre e trasmettere al competente Servizio regionale entro il

1° luglio 2014 i progetti/piani di fornitura da porre a base di gara ai fini dell'ammissione a finanziamento degli interventi ex art. 20, L.67/88, previsti dall'Accordo di Programma sottoscritto il 1° marzo 2013.

Le fonti di finanziamento, oltre al citato art. 20, sono costituite da contributi in conto capitale derivanti dal Programma Regionale Investimenti, mutui, alienazioni, donazioni vincolate ad investimenti e da forme di Partenariato Pubblico Privato (PPP).

L'articolo 29 del Decreto Legislativo n. 118/2011, che definisce i principi di valutazione specifici del settore sanitario, prevede la possibilità di acquisire delle immobilizzazioni mediante l'utilizzo di contributi in conto esercizio (comma 1, lettera b). La procedura di ammortamento di queste immobilizzazioni è stata esemplificata dalla Casistica Applicativa per le Aziende sanitarie approvata con D.M. 17/9/2012 "Documento n. 1 – La sterilizzazione degli ammortamenti" ed in corso di aggiornamento a livello ministeriale.

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 attestino 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 2014-2016, 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 da parte dei competenti servizi regionali. 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 relativi alla gestione del patrimonio immobiliare prevedono:

- l'allineamento del costo/mq della manutenzione ordinaria al costo medio regionale nella logica del mantenimento di standard qualitativi e di sicurezza e della razionalizzazione dell'uso delle risorse umane e finanziarie;
- la valutazione della vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali e la conseguente predisposizione delle misure di sicurezza per il contenimento del rischio sismico nonché, qualora non presente, l'elaborazione del piano di emergenza a seguito di eventi sismici.

Riguardo la realizzazione di nuovi interventi, la progettazione dovrà essere predisposta con personale dipendente qualora presenti nelle dotazioni organiche dei Servizi tecnici le professionalità ed esperienze necessarie per il buon fine del progetto. A questo scopo per l'Azienda sanitaria committente assume comunque valenza prioritaria l'estensione della verifica della presenza e della disponibilità di risorse professionali nelle altre Aziende del Servizio sanitario regionale

Inoltre il personale tecnico dipendente delle Aziende, qualora presenti le competenze professionali, dovrà assumere, per i nuovi interventi avviati nel corso del 2014, 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.

Gestione, sostituzione ed acquisizione delle tecnologie biomediche

Le Aziende sanitarie devono garantire il flusso informativo relativo alle tecnologie biomediche esistenti e di nuova acquisizione al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche istituito con determina del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n.16047 del 4 dicembre 2013.

Nella sostituzione ed acquisizione di tecnologie biomediche dovrà essere seguito il criterio di standardizzazione delle tecnologie in funzione degli specifici processi/procedure diagnostiche e terapeutiche.

Tale criterio sarà adottato nelle procedure di acquisto delle tecnologie biomediche che individua nell'Agenzia Intercent-ER il soggetto che ha la responsabilità di guidare la pianificazione ed il monitoraggio dell'insieme delle iniziative di acquisto in cui è coinvolto il SSR (vedasi capitolo 2.8).

In particolare, qualora le Aziende sanitarie o gli IRCCS sostituiscano o acquisiscano grandi tecnologie (TAC, RM, PET, acceleratori lineari,...) o tecnologie per la ricerca di rilevante impatto economico anche sotto il profilo gestionale, le stesse devono essere sottoposte, prima dell'attivazione di ogni procedura di acquisto, all'attenzione dei competenti Servizi regionali e dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale che si avvarranno, per l'istruttoria tecnico scientifica, del Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche rimandando per quanto concerne le tecnologie innovative, alle attività di HTA dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.

2.13 - 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 richiesta, ove applicabile, del rimborso IVA sulla Tariffa Igiene Ambientale) 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.

In particolare le azioni dovranno essere rivolte a:

- completare, e dove possibile implementare, gli impianti per l'uso razionale dell'energia (cogenerazione, fotovoltaico, ecc.) anche attraverso il partenariato pubblico privato nel rispetto dei vincoli previsti per la realizzazione degli investimenti in conto capitale;
- ottimizzare la gestione dei rifiuti sanitari ed, in particolare, ridurre la produzione di rifiuti sanitari a rischio infettivo per giornata di degenza;
- ottimizzare la gestione dei reflui provenienti dalle apparecchiature di analisi attraverso la loro separazione in scarichi idrici, rifiuti non pericolosi e rifiuti pericolosi;
- attivare iniziative di mobilità sostenibile attraverso la predisposizione o l'aggiornamento del Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro (PSCL) e la razionalizzazione nell'uso degli automezzi aziendali;
- realizzare iniziative di informazione, sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale;

- garantire il flusso delle informazioni sull'applicazione delle politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale nel Servizio Sanitario Regionale, utilizzando l'apposito programma informatico AEM-CUP 2000 e assicurando la trasmissione di informazioni validate e complete nei tempi previsti;
- rendicontare l'attività relativa alle politiche energetiche ed ambientali nel Bilancio di Missione.

2.14 - Azioni in ambito ICT

L'ICT è uno strumento necessario e strategico per l'innovazione dei processi organizzativi a livello ospedaliero, nell'ambito delle Cure Primarie e dei Servizi di supporto ed è funzionale al miglioramento della sicurezza e della qualità dei processi assistenziali e diagnostici; è confermata l'esigenza di impiegare l'ICT nella dematerializzazione dei processi al fine di migliorare la qualità dei servizi resi al cittadino – non esclusivamente nei processi assistenziali e diagnostici - ma in tutti i possibili contatti con la struttura sanitaria. Per tutto ciò occorre adottare un approccio al tema dell'ICT secondo una pianificazione di sistema, organica alle azioni di riorganizzazione delle aziende sanitarie, condivisa e sostenuta dalle Direzioni generali regionali ed aziendali, che possa essere tale da permettere una relazione efficace tra i diversi attori istituzionali e con il mercato, che sia maggiormente proficua sia sul piano economico che sul piano della qualità delle soluzioni adottabili sul piano dei tempi di messa in produzione.

Fino ad oggi l'ICT è stato chiamato in gioco, con sempre maggiore frequenza, ma secondo logiche frammentarie e contingenti, dal 2014 il tema dello sviluppo ICT in sanità dovrà essere affrontato in anticipo rispetto al presentarsi delle singole necessità, secondo un approccio strategicamente definito, organico e pianificato.

Entro il 30 maggio 2014 dovrà essere rilasciato un piano pluriennale di modernizzazione, innovazione e sviluppo ICT; le Aziende saranno chiamate a partecipare alla determinazione dei contenuti del piano che dovrà individuare gli ambiti di intervento, le priorità, le dimensioni di impegno economico ed i tempi di realizzazione; tale pianificazione pluriennale sarà definita congiuntamente con il supporto dei referenti ICT di Area Vasta, della società CUP2000 nell'ambito di un contesto di coordinamento regionale. Inoltre la programmazione aziendale dovrà individuare entro marzo 2014 le eventuali attività da affidare alla società CUP2000 per l'anno corrente.

In via preliminare è confermata l'indicazione regionale in merito all'adozione di soluzioni applicative progressivamente uniformi a livello di Area Vasta ed a livello regionale per quanto riguarda i seguenti ambiti:

- Gestione Risorse Umane
- Area Amministrativa sistemi contabili
- Area Amministrativa logistica
- Sistemi gestionali di laboratorio
- Sistemi gestionali di laboratorio e officine trasfusionali
- Sistemi gestionali di anatomia patologica

e pertanto nell'attesa della definizione del piano pluriennale è opportuno evitare l'adozione di nuove soluzioni a meno di verifica con le strutture regionali competenti.

L'ICT è chiamato quindi a svolgere un ruolo strategico, funzionale al cambiamento delle organizzazioni sanitarie in tempi estremamente contingentati, non subordinabili ai tempi degli adeguamenti tecnologici, e pertanto l'assetto ed i ruoli dovranno essere

assolutamente chiari, omogenei e coerenti. L'azione di cambiamento intrapresa, che porta alla ottimizzazione delle soluzioni a livello regionale, è talmente complessa ed impegnativa da richiedere un forte rafforzamento dell'ICT aziendale, non necessariamente in termini di risorse dedicate, che potranno trovare il supporto operativo da parte delle società in house Cup2000 e Lepida per le azioni di rispettiva competenza, ma piuttosto in termini di rafforzamento del ruolo dell'ICT verso l'organizzazione aziendale che troverà in tale competenza professionale il riferimento prioritario per i processi di cambiamento.

In relazione a ciò le Direzioni aziendali sono tenute a far sì che i servizi ICT aziendali siano in grado di supportare tale percorso di rilevante impegno, gli interlocutori dovranno quindi essere chiaramente ed univocamente individuati e dotati di adeguate deleghe ed autonomie funzionali. L'ambito di competenza riguardante i sistemi ICT comprende il governo delle tecnologie hw e sw che supportano tutti i processi aziendali amministrativi e sanitari (ADT, cartella clinica ospedaliera, sistemi LIS, RIS/PACS, e sw di integrazione verso i sistemi elettromedicali, infrastrutture di connettività LAN, MAN, WAN); tali sistemi dovranno evolvere in prospettiva di omogeneizzazione ed integrazione regionale.

La programmazione per quanto riguarda i progetti regionali per l'anno 2014 prosegue in continuità con quanto definito nel 2013.

Il 2014 sarà l'anno di messa a regime della prescrizione dematerializzata, secondo i vincoli temporali definiti dall'art. 13 del D.Lgs. 179/2013 e, pertanto, dovranno essere adeguati con le necessarie integrazioni i software applicativi delle Aziende che gestiscono le fasi prescrittive, prenotative ed erogative secondo le specifiche di integrazione rilasciate dalla società CUP2000. Le prescrizioni dematerializzate dovranno rappresentare nel mese di dicembre 2014 l'80% del prescritto degli specialisti ospedalieri sia per la specialistica che per la farmaceutica. Nel corso del 2014 si dovrà consolidare il Fascicolo Sanitario Elettronico quale punto di comunicazione online con i cittadini per la consegna dei referti, per il pagamento e la prenotazione online. L'obiettivo di attivazione dei Fascicoli Sanitari rappresenta quindi un obiettivo prioritario da raggiungere nella dimensione del 10% della popolazione assistita nel territorio dell'Azienda. Le Aziende dovranno garantire, in tale contesto, l'adeguamento dei sistemi aziendali di produzione dei referti secondo le indicazioni del D.P.C.M. 8/8/2013. Al 30/6/2014 i referti di laboratorio pubblicati sul FSE di tutte le aziende sanitarie dovranno avere valore legale ai fini della consegna online. Al 30/12/2014 i referti di radiologia pubblicati sul FSE di tutte le Aziende sanitarie dovranno avere valore legale ai fini della consegna online. L'offerta di prestazioni prenotabili online dovrà corrispondere per tipologia a quanto stabilito dal Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari. Le agende di prenotazione online dovranno essere le medesime disponibili agli sportelli tradizionali.

In collaborazione con il Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali sarà avviato il percorso di unificazione dei sistemi di gestione delle Anagrafi Assistite delle Aziende sanitarie con il sistema di Anagrafe Assistite regionale con progressiva adesione di tutte le Aziende sanitarie secondo priorità condivise e che vedranno in prima adesione l'Azienda Usl della Romagna e l'Azienda Usl di Bologna, tale sviluppo si coordinerà con l'attuazione dell'anagrafe nazionale degli assistiti (Legge n. 147/2013 – Legge di stabilità 2014).

2.15 - Sistema informativo regionale

L'attuale quadro socio-economico impone una sempre più stretta contingentazione delle risorse disponibili, specialmente in ambito sanitario e socio-sanitario, e ciò implica che queste siano impiegate in modo da massimizzarne l'efficienza, secondo criteri di appropriatezza e mantenendo adeguati standard qualitativi per quanto riguarda gli outcomes.

È evidente, allora, come la tempestiva disponibilità di dati aggiornati e caratterizzati da un alto livello qualitativo costituisca al tempo stesso obiettivo e strumento per perseguire finalità di programmazione e monitoraggio delle attività e dell'utilizzo delle risorse a tutti i livelli e, talvolta, anche mezzo indispensabile per accedere a maggiori quote del Fondo Sanitario Nazionale.

A tali fini, in questi anni, il Servizio Sistema Informativo della Sanità e Politiche Sociali (Siseps) ha realizzato e messo a disposizione, con la collaborazione delle Aziende Sanitarie, un ricco patrimonio informativo seguendo sia le priorità indicate dalla programmazione regionale sia gli obblighi derivanti dal livello nazionale - Ministero dell'Economia e Finanze, Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali. Tra gli adempimenti per il mantenimento dei LEA, gli obblighi informativi, base per la costruzione degli *indicatori* della griglia LEA, sono diventati stringenti e come tali vanno condivisi come obiettivi delle Aziende.

Nel 2014, in continuità con quanto definito nel 2013, l'obiettivo principale per le Aziende sanitarie sarà, dunque, il mantenimento e l'alimentazione tempestiva di tale patrimonio, ponendo una particolare attenzione nei riguardi delle seguenti linee di attività:

Griglia per il monitoraggio dei LEA

A partire dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e successive Intese, sono previsti una serie di adempimenti ai quali sono tenute le Regioni per accedere ad una quota del finanziamento del SSN. Tra gli adempimenti rientra il "mantenimento nell'erogazione dei LEA", la cui verifica avviene anche attraverso l'utilizzo della "griglia LEA" che prevede un set di indicatori, ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera erogati dalle Regioni, e consente di attuare una verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse. Gli indicatori della griglia LEA sono calcolati sulle banche dati NSIS alimentate periodicamente dal livello regionale (Siseps). E' obiettivo migliorare i livelli, già elevati, di qualità e completezza delle informazioni.

Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Nel 2014 si dovrà migliorare la qualità della rilevazione a seguito delle modifiche introdotte dal DM 135 dell'8/7/2010, anche nell'ottica dei nuovi contenuti in discussione a livello nazionale.

Progetto Tessera Sanitaria e monitoraggio della spesa sanitaria (art. 50 legge 326/2003 e DPCM 26/3/2008)

L'art.50 della legge 24 Novembre 2003 n. 326 detta disposizioni in materia di monitoraggio della spesa del settore sanitario (farmaceutica e specialistica) e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie, nonché per l'attribuzione e la verifica del budget di distretto, di farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica. Tra i principali obblighi informativi si evidenziano:

Sistema Informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)

DPCM 26/3/2008: il decreto del 21 febbraio 2011 stabilisce che dal 1° maggio 2011 la Regione Emilia-Romagna è a regime sul tema della trasmissione telematica del prescritto a carico del SSN al MEF. Lo stesso decreto prevede che si trasmetta al MEF almeno l'80% del prescritto sul totale dell'erogato. Il monitoraggio della spesa e la trasmissione del prescritto costituiscono adempimento della Regione Emilia-Romagna verso il MEF.

Alimentazioni anagrafiche (Assistiti, strutture, Medici e ricettari, etc.)

TS CNS e Sistema CMS: nel corso del 2014 prenderà avvio la distribuzione da parte del Ministero dell'Economia e Finanze delle nuove tessere sanitarie in sostituzione di quelle in scadenza nel corso del 2014, così come previsto dall'art. 11, comma 15 D.L. 78/2010 che, oltre a valere come Tessera Sanitaria, Tessera Europea di Assicurazione e Malattia e Codice Fiscale, contengono anche il certificato elettronico per l'autenticazione in rete del cittadino, permettendo l'accesso via internet a pubblici servizi, sia nazionali che regionali (funzione CNS).

Anagrafe delle strutture autorizzate ed accreditate

Le Aziende sanitarie devono provvedere all'inserimento nell'anagrafe regionale delle strutture - costituita in attuazione dell'art. 6 della L.R. 34/98 e confermato dalla L.R. 4/2008 - delle informazioni relative alle strutture sanitarie autorizzate ed al loro aggiornamento. E' obiettivo delle Aziende Usl garantire l'alimentazione continua e la qualità di tali informazioni sull'autorizzazione e sulle anagrafiche delle strutture che alimentano la validazione dei dati di attività e costituiscono debito informativo e adempimento verso il Ministero della Salute. Nel corso del 2014 il Siseps metterà in essere tutte le iniziative necessarie al fine di unificare le due componenti, sanitaria e sociale. Nell'ambito delle iniziative sul progetto regionale "Piano degli interventi per la semplificazione (DGR 2013 del 17 dicembre 2012) è l'obiettivo 2014 definire l'Anagrafe delle Strutture come "anagrafe certificante" - nel rispetto delle linee guida per la decertificazione.

Anagrafe degli assistiti

In collaborazione con il Servizio ICT sarà avviato il percorso di unificazione dei sistemi di gestione delle Anagrafi Assistiti delle aziende sanitarie con il sistema di Anagrafe Assistiti regionale con progressiva adesione di tutte le aziende sanitarie secondo priorità condivise e che vedranno in prima adesione l'Azienda Usl della Romagna e l'Azienda Usl di Bologna, tale sviluppo si coordinerà con l'attuazione dell'anagrafe nazionale degli assistiti (Legge di stabilità 27/12/2013, n. 147).

Adesione a sistemi nazionali per la valutazione delle performance in sanità

Misurare l'efficienza delle strutture sanitarie è una delle strade per fornire servizi sanitari di alto livello e per meglio tutelare e potenziare la salute di tutti i cittadini. È quindi importante trovare una piattaforma comune che permetta al Servizio sanitario regionale ed alle singole strutture ospedaliere di valutare l'efficacia del proprio lavoro. A tal fine il Siseps alimenta diverse iniziative tra le quali il Programma Nazionale Esiti.

Assistenza farmaceutica

Il Ministero della Salute, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ha previsto la rilevazione della targatura delle confezioni di medicinali in distribuzione diretta, per conto e dei consumi ospedalieri già dall'istituzione delle rilevazioni ministeriali (DM 31

luglio 2007 e successive modifiche, DM 4 febbraio 2009). Con DM 2 novembre 2011 “Dematerializzazione della ricetta cartacea” è diventato indispensabile acquisire con i flussi dell’assistenza farmaceutica le informazioni relative alla targatura, finalizzata anche ad impedire le frodi. E’ obiettivo delle Aziende attivare strumenti e procedure necessarie per la rilevazione di tale informazione, che costituisce adempimento LEA.

Integrazione socio-sanitaria

Il livello nazionale sta sviluppando progetti finalizzati alla costruzione di indicatori per l’area socio-sanitaria, utilizzando i dati NSIS dei flussi ADI e FAR. Occorre migliorare la qualità e la completezza di questi flussi.

Privacy – Legge 196/2003

Nel 2014 verrà aggiornato il regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. E’ obiettivo delle aziende porre la necessaria attenzione a tali tematiche.

2.16 - Azioni per la qualità e la sostenibilità nelle Cure Primarie

Gli ultimi anni sono stati caratterizzati da una crescente riduzione del finanziamento, in termini reali, del Servizio Sanitario nazionale. La minore disponibilità di risorse per l’assistenza sanitaria ha determinato la necessità di migliorare l’efficienza nell’offerta dei servizi sanitari per garantire la sostenibilità del sistema sanitario pubblico. Nell’ambito specifico dell’assistenza primaria, questa esigenza, in linea con le indicazioni della letteratura internazionale e con quanto sta succedendo anche in altri paesi, comporta il potenziamento della capacità del livello territoriale di intercettare la domanda di assistenza, in particolare per quanto riguarda la cronicità.

Negli anni passati, le Aziende Usl hanno investito risorse umane ed economiche nel rafforzamento dei modelli assistenziali in ambito territoriale; in Regione Emilia-Romagna la riorganizzazione dei servizi ha portato ad un sistema dei servizi territoriali mirato a garantire la presa in carico complessiva delle persone, anche attraverso la prossimità delle cure, la continuità assistenziale, la facilitazione dell’accesso ai servizi sanitari e socio- Anche per il 2014 le Aziende sono chiamate a proseguire i percorsi di riorganizzazione, rafforzamento, potenziamento delle cure primarie finalizzati a garantire la medicina d’iniziativa, il case management e la presa in carico globale del paziente affetto da patologie croniche e del paziente fragile.

2.16.1. Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure

Le Case della Salute

Nel 2014 tutte le Aziende devono proseguire nel percorso di realizzazione delle Case della Salute già programmate, promuovendo tra gli operatori che afferiscono alle Case della Salute una “cultura professionale” che riconosca il valore dell’integrazione nella presa in carico dei pazienti e delle loro famiglie, focalizzandosi sul processo assistenziale di presa in carico e sull’empowerment dei pazienti. In tale ottica le Direzioni aziendali dovranno promuovere:

- § la gestione della cronicità, con un approccio proattivo ed il monitoraggio attivo dei pazienti, attraverso il lavoro in equipe che coinvolga infermieri, Medici di Medicina Generale, medici specialisti, professionisti del sociale, associazioni e rappresentanti dei cittadini;

- § l'adozione di strumenti di case management per i casi più complessi;
- § l'utilizzo di care manager per il governo dei percorsi integrati di presa in carico dei pazienti cronici;
- § la collaborazione tra professionisti attivando, all'interno delle Case della Salute, progetti di salute integrati per la popolazione di riferimento territoriale e progetti di promozione e prevenzione della salute, tra i quali, per esempio, il Programma G. Leggieri, programmi di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare.

Parallelamente alla realizzazione delle Case della Salute già programmate nel territorio regionale, le Aziende sanitarie, ai fini della trasformazione degli stabilimenti ospedalieri a minore complessità, dovranno programmare la realizzazione degli Ospedali di Comunità, compatibilmente con le linee di indirizzo regionali già definite nella DGR 199/2013.

I Nuclei di Cure Primarie

È importante che le Aziende UsI consolidino ulteriormente il ruolo dei Nuclei di Cure Primarie favorendo iniziative di confronto (audit) sia tra professionisti delle cure primarie (MMG, PLS, infermieri, specialisti ambulatoriali, ecc.) che tra tali professionisti e i professionisti ospedalieri.

In particolare le Aziende UsI dovranno rafforzare la presa in carico della multimorbilità e dei soggetti fragili anche attraverso:

- § attivazione, all'interno degli ambulatori infermieristici di Nucleo, della gestione della cronicità mediante strumenti innovativi come i registri di patologia e modelli predittivi di fragilità;
- § diffusione dei Profili di Cura come strumenti di monitoraggio e valutazione della qualità dell'assistenza primaria, realizzando di incontri di audit clinico a livello di NCP su tematiche condivise (per esempio appropriatezza prescrittiva, profili di NCP, percorsi assistenziali);
- § partecipazione allo sviluppo ed alla diffusione dei profili di Cura dell'Unità Pediatrica di Cure Primarie, con organizzazione di incontri di presentazione a livello distrettuale.

Formazione multiprofessionale e interdisciplinare

La formazione rappresenta uno dei punti di forza del processo di riorganizzazione del sistema delle cure territoriali ed elemento essenziale per il sostegno alle strategie di cambiamento. Le Aziende USL devono organizzare percorsi di formazione integrata multi-professionale sia per approfondire e/o consolidare le conoscenze mutualmente utili che per promuovere lo scambio di conoscenze. Il modello di formazione proposto deve fornire competenze (skill) per ottenere:

- § sviluppo partnership nel lavoro di gruppo/team;
- § una visione integrata multi-professionale degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento;
- § sicurezza, qualità e continuità nelle azioni professionali.

La Regione Emilia Romagna ha intrapreso esperienze di formazione integrata tra tutti i professionisti che operano o opereranno nelle Case della Salute, utilizzando il metodo Problem Based Learning (PBL) come uno dei possibili metodi per creare o sostenere l'integrazione e la condivisione delle scelte sui pazienti.

Ogni Azienda UsI dovrà inoltre promuovere e realizzare, in ogni Distretto, percorsi formativi su tematiche relative all'assistenza integrata e multi-professionale delle patologie croniche ed all'*empowerment* dei pazienti e della comunità.

Sviluppo dei percorsi per la presa in carico delle patologie croniche

Per supportare l'assistenza degli utenti con patologia cronica occorre assicurare, in tutte le Aziende, sia l'attivazione dei percorsi di presa in carico territoriale che dei servizi di supporto alla domiciliarità più appropriati in base alle condizioni del paziente, del contesto familiare e del tipo di risposte e risorse disponibili sulla base delle segnalazioni ricevute (MMG, PLS, famiglie, Servizi Sociali, strutture di ricovero, altri servizi).

Nel 2014, le Aziende Usl, oltre ai percorsi già attivi a livello aziendale, devono dedicare particolare attenzione alle seguenti patologie/aree assistenziali:

Diabete mellito in età adulta

Le Aziende Usl devono diffondere ulteriormente il percorso di gestione integrata del diabete ed attivare ambulatori infermieristici per la cronicità, garantendo la raccolta sistematica delle informazioni attraverso i registri di patologia aziendali. A questo proposito è necessario prevedere la trasmissione a livello regionale dei dati del registro aziendale per il diabete in età adulta, garantendo almeno un ritorno informativo all'anno.

Diabete di tipo 1 nell'infanzia e adolescenza

Le Aziende Usl dovranno garantire il percorso diagnostico assistenziale del diabete di tipo 1 nell'infanzia e adolescenza, con attenzione a prevenire gli episodi di chetoacidosi grave, ridurre le diseguaglianze nell'accesso a tutte le opportunità diagnostico-terapeutiche ed educative ed assicurare l'invio regolare dei dati del database clinico regionale, mediante l'installazione del software per il registro del diabete in età pediatrica in tutte le U.O. di Pediatria.

Somministrazione farmaci in età pediatrica

Le Aziende Usl sono chiamate ad attuare le *“Linee di indirizzo per la definizione di intese provinciali inerenti la somministrazione di farmaci a minori in contesti extra-familiari, educativi o scolastici, in Emilia-Romagna”* (D.G.R. 166/2012). In particolare è opportuno stipulare, nell'ambito delle intese tra Istituzioni scolastiche provinciali ed Enti locali, protocolli d'intesa per definire il percorso uniforme per la somministrazione dei farmaci in contesti extra-familiari, educativi o scolastici, sia in caso di necessità programmata e quotidiana sia al bisogno e/o in situazione di emergenza–urgenza.

Occorre inoltre individuare, nell'ambito delle intese provinciali per la parte di competenza, i professionisti coinvolti nel percorso integrato per la somministrazione (prescrizione del curante, rilascio della certificazione e trasmissione dell'informazione alla scuola, semplificazione delle procedure).

Scompenso cardiaco

Le Aziende Usl sono tenute a proseguire la diffusione delle linee guida regionali per la gestione del paziente affetto da scompenso cardiaco (DGR 1598/2011).

Per il 2014 è richiesta l'attivazione del percorso in tutte le Aziende.

Promozione della salute

Nel 2014 le Aziende Usl dovranno proseguire nell'implementazione del Protocollo operativo regionale per la lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare.

Il Progetto pone forte attenzione ai nuovi bisogni di salute della popolazione, intervenendo non solo sul trattamento e sulla cura delle malattie croniche, ma anche sulla promozione della salute. Tenuto conto dell'epidemiologia delle patologie cardiovascolari si è ritenuto di individuare nei soggetti maschi di 45 anni di età e femmine di 55 il target dell'intervento.

Prevenzione secondaria delle recidive cardiovascolari post IMA/SCA

Alle Aziende UsI viene chiesto di favorire il percorso di prevenzione delle recidive cardiovascolari nei pazienti post-IMA/SCA, promuovendo incontri di audit tra MMG e specialisti cardiologi, sul sistema di indicatori di qualità (Profili di NCP) relativi al monitoraggio dei pazienti dimessi da un ricovero post-IMA: trattamento farmacologico e controlli periodici. Le Direzioni aziendali dovranno, inoltre, individuare un punto aziendale di offerta attiva di counselling, nei contesti organizzativi più favorevoli (NCP/Case della Salute).

2.16.2. Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Governo dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale

Le politiche e gli interventi in materia di contenimento dei tempi di attesa avviati fin dagli inizi degli anni 2000 nella nostra Regione, da parte delle Aziende sanitarie in collaborazione con la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, anche grazie alle indicazioni contenute negli atti normativi regionali (DGR 2142/2000, DGR 1532/2006, DGR 1035/2009, DGR 1803/2009, DGR 925/2011, DGR 704/2013) hanno portato, soprattutto negli ultimi tre anni, un miglioramento nel governo delle liste di attesa nella quasi totalità delle Aziende sanitarie. Rimangono comunque spazi di miglioramento da perseguire in ogni Azienda tramite un puntuale utilizzo degli strumenti normativi/organizzativi indicati a livello regionale: agende di garanzia; sospensione attività di libera professione in caso di forti discrepanze dei tempi di attesa in istituzionale e in libera professione; attenzione alla definizione agli ambiti di garanzia; assicurazione dei percorsi di presa in carico e attivazione del percorso di Day Service da parte dello specialista.

Nel corso del 2014 verrà istituito, con la collaborazione delle Aree Vaste, un Osservatorio Regionale per l'accesso alla specialistica ambulatoriale che avrà il compito di monitorare i risultati di ogni singola azienda e suggerire azioni correttive; sia sui consumi/produzione che sull'appropriatezza prescrittiva, organizzativa ed erogativa.

Valutazione della produzione e revisione dei contratti di fornitura

Nel anno 2012 si è verificato un decremento, rispetto al 2011, dell'attività specialistica ambulatoriale, pari a circa il 12% (- 16% per i non esenti e -1% per gli esenti): tra le cause principali l'introduzione nel 2011 dei nuovi ticket previsti dal Governo e la crisi economica.

La contrazione di attività ha coinvolto maggiormente le strutture pubbliche (riduzione del 12%), mentre per quelle private accreditate la riduzione è più limitata (-10%).

Le Aziende UsI, anche alla luce dei dati di consumo trasmessi dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, dovranno rivedere i contratti di fornitura per l'acquisto delle prestazioni da soggetti privati accreditati.

Azioni di qualificazione e promozione dell'appropriatezza

Il sistema di verifica dell'appropriatezza prescrittiva organizzativa ed erogativa e relativo monitoraggio dei risultati deve essere mantenuto anche per il 2014.

I risultati di tali verifiche dovranno essere presidiati dal Tavolo di coordinamento regionale in collaborazione con il Nucleo Regionale Controlli secondo le indicazioni del Piano annuale Controlli per l'anno 2014.

La verifica dell'appropriatezza prescrittiva, organizzativa ed erogativa interesserà principalmente:

- § la diagnostica per immagini, con particolare riferimento alle RM e TAC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità (DGR 704/2013);
- § gli esami di laboratorio, ad esempio, PSA Reflex e TSH Reflex per il quale sono state definite indicazioni (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 inappropriatazza.

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

2.16.3. 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.

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 eventuali risorse aggiuntive alla promozione della qualità assistenziale.

Di seguito le principali azioni che le Aziende Usl sono tenute a perseguire, unitamente ad un'attenta e puntuale verifica dell'andamento della spesa per la medicina convenzionata:

- § *revisione del sistema incentivante*: nel corso del 2013 il sistema di incentivazione per i medici convenzionati ha previsto azioni per il sostegno dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e della specialistica ambulatoriale. Tali azioni dovranno essere perseguite anche per l'anno 2014;
- § *revisione organizzativa dei punti di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)*: l'analisi dei dati di attività della continuità assistenziale evidenzia il permanere di significative variabilità della distribuzione dei punti di CA tra le Aziende Usl della nostra regione. Questo comporta livelli di spesa, in alcuni casi, significativamente superiori alla media regionale. Nel corso del 2014, le Aziende sono tenute a proseguire l'azione di revisione della rete di Continuità Assistenziale secondo criteri di efficienza e di economicità;
- § *Accordi locali*: nel corso del 2014 le Aziende Usl sono tenute, ove necessario, a rivedere gli accordi aziendali oppure a garantirne il monitoraggio, in collaborazione con la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, per renderli coerenti con le linee di programmazione regionali.

2.16.4. Rete delle cure palliative

Nella rete locale di cure palliative va garantito l'accesso e la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero). Il Punto Unico di Accesso (PUA) diventa quindi uno degli strumenti fondamentali per raggiungere sia l'obiettivo dell'accesso equo sia l'obiettivo della continuità. L'accesso e la continuità vengono garantiti anche attraverso un approccio

palliativo che prende il via all'interno delle strutture ospedaliere attraverso la consulenza fornita da medici e infermieri con specifica competenza ed esperienza.

Vanno perciò sviluppate le strutture dell'accesso e della consulenza ospedaliera (così come indicato nell'intesa Stato-Regioni del 25/7/2012 "Requisiti minimi e modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore").

2.16.5. Percorso nascita

Per promuovere attivamente modalità assistenziali integrate ponendo attenzione all'uso appropriato delle risorse, alla continuità delle cure, alla qualità delle prestazioni, alla riduzione delle diseguaglianze di salute, per il percorso nascita le Aziende sono chiamate a:

- § *dare attuazione alle indicazioni della DGR n. 533/2008 per l'assistenza ostetrica della gravidanza, promuovendo il DSA2 a gestione dell'ostetrica all'interno dei consultori familiari, come da DGR 1097/2011 e implementando la Linea Guida "Gravidanza fisiologica" adottata con DGR n. 1704/2012, in attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, ed in particolare l'offerta della diagnostica prenatale (test combinato ed ecografia morfologica), dello screening del diabete gestazionale, delle emoglobinopatie e delle MST, rilevandone le attività attraverso i flussi regionali ASA e SICO.*
- § *garantire alle gravidanze multiproblematiche, percorsi assistenziali integrati tra consultori familiari, centri per le famiglie e servizi sociali, in collaborazione anche con idonee formazioni sociali di base e di associazioni di volontariato. Evidenza dei percorsi distrettuali/aziendali attivati e indicatori di qualità degli stessi.*
- § *garantire l'attivazione dell'ambulatorio della gravidanza a termine secondo le modalità stabilite dalla circolare n. 13/2013 e dalla DGR n.1377/2013, mettendo in atto tutte le azioni necessarie ad assicurare la continuità nel passaggio dal territorio all'ospedale.*
- § *mettere in atto azioni costanti per garantire un'assistenza appropriata al parto, attraverso l'offerta nei punti nascita di metodiche farmacologiche e non farmacologiche di provata efficacia per il controllo del dolore nel travaglio di parto, finalizzata al raggiungimento dello standard stabilito dalla DGR n. 1921/2007 e degli obiettivi previsti dalla DGR n. 533/2008.*
- § *proseguire nelle azioni per introdurre interventi di provata efficacia nella pratica clinica in sottogruppi selezionati di popolazione (donne con precedente taglio cesareo, classe V° di Robson; donne con induzione del travaglio, classi II° e IV° di Robson), per ridurre la frequenza dell'intervento di taglio cesareo in donne con precedente taglio cesareo e in donne con induzione del travaglio.*
- § *mettere in atto azioni costanti per garantire un'assistenza appropriata al nato morto, attraverso l'applicazione nei punti nascita del protocollo diagnostico assistenziale e della cartella clinica approvati dalla Commissione nascita e la partecipazione alla formazione a distanza da parte di tutti i professionisti dell'area perinatale sulle conoscenze specifiche necessarie all'applicazione del protocollo diagnostico e all'utilizzo della cartella clinica.*
- § *attivare e sostenere le reti distrettuali integrate di promozione e sostegno dell'allattamento al seno, garantendo la formazione continua dei professionisti coinvolti, valutando i risultati ottenuti a livello locale anche tramite il monitoraggio triennale della prevalenza dell'allattamento al seno.*

Promuovere momenti integrati nelle comunità per discutere e condividere gli obiettivi di salute perseguiti nell'ambito del percorso nascita, individuare i nuovi bisogni e nuove

risorse da inserire nei percorsi assistenziali (programmazione integrata, welfare di comunità).

2.16.6. Salute sessuale e riproduttiva – Consulteri familiari

Gli obiettivi fanno riferimento alla necessità di mettere in atto azioni proattive e di comunità efficaci per ridurre le disuguaglianze di salute sessuale e riproduttiva.

Promuovere scelte contraccettive efficaci, garantendo l'offerta di tutte le metodiche contraccettive disponibili e mettendo in atto azioni atte a ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai metodi contraccettivi ed alla loro continuità d'uso, in integrazione con i Medici di Medicina Generale, il Dipartimento di Salute Mentale, i Servizi sociali, i centri stranieri degli Enti locali e le comunità di riferimento.

Per le aziende di Modena e Bologna che hanno partecipato al progetto nazionale CCM di prevenzione delle IVG nelle donne straniere: condividere i risultati delle esperienze effettuate e la definizione di buone pratiche da promuovere a livello regionale con la progettazione di una formazione a cascata dei professionisti coinvolti .

Migliorare la qualità del percorso per l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG), individuando modalità che facilitino la visita di controllo post-IVG nel consultorio familiare, come previsto dai protocolli assistenziali.

Promuovere l'integrazione delle attività consultoriale nel setting delle Case della Salute, focalizzandosi sulla riduzione delle disuguaglianze d'accesso, sulla definizione e gestione delle reti integrate assistenziali di riferimento dell'attività consultoriale (nascita, IVG, sterilità, malattie sessualmente trasmesse, pianificazione familiare , sessualità ...).

Individuare modalità innovative di integrazione delle attività della pediatria di comunità all'interno delle Case della Salute

Adolescenti

Promuovere e sostenere azioni integrate tra i servizi sanitari che si occupano di adolescenza (Spazi giovani consultoriali, SerT, ecc.), in collaborazione con i Servizi sociali, i centri giovanili, i servizi educativi e la scuola per garantire stabilità ed omogeneità di risposta a questa fascia di popolazione.

Sostenere interventi integrati di peer education nelle scuole, adattando gli interventi preventivi alla realtà multietnica e non creando progetti ad hoc per ragazzi stranieri, introducendo la visione dell'alterità all'interno di progetti rivolti a tutti gli adolescenti, scegliendo prioritariamente quei contesti dove è alta la presenza di giovani migranti e di adolescenti con maggiori vulnerabilità sociali-economiche e familiari. Promuovere l'applicazione delle linee d'indirizzo condivise dal coordinamento regionale degli spazi giovani consultoriali negli interventi svolti nelle scuole superiori di secondo grado.

Contrasto alla violenza

Ridelineare la rete territoriale integrata per il contrasto alla violenza di genere e contro i minori e per l'accoglienza e la presa in carico delle vittime ed il trattamento degli autori di violenza, anche attraverso l'applicazione delle linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere, e linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso approvate con DGR 1677/2013.

2.17 - Assistenza Ospedaliera

Il riordino ospedaliero costituisce il tema principale degli obiettivi non solo dell'assistenza ospedaliera, ma di un'evoluzione possibile del Servizio Sanitario Regionale che garantisca qualità dell'assistenza e aderenza dei percorsi diagnostico-terapeutici alle evidenze disponibili. In quanto tale è l'occasione di una riflessione che deve trovare la più ampia partecipazione possibile secondo un metodo che assegni responsabilità adeguate al ruolo dei diversi attori.

Pertanto, a seguito della bozza presentata dalla DGSPS, le Aziende sono tenute a partecipare attivamente alla stesura definitiva del documento, da realizzarsi entro giugno 2014.

Successivamente sarà necessario individuare le forme di coordinamento che assicurino l'implementazione del riordino ed il suo monitoraggio. Le Aziende parteciperanno agli organismi di concerto definiti, secondo le appropriate responsabilità: adozione dei provvedimenti programmatori locali e facilitazione delle concentrazioni di servizio sovraziendali.

2.17.1. Riordino ospedaliero

Le aziende devono predisporre i piani attuativi locali per la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, proponendoli alle CTSS entro i primi nove mesi del corrente anno ai fini dell'approvazione.

2.17.2 Day-hospital

Le Aziende devono proseguire nella revisione della dotazione dei posti letto di day hospital medico procedendo alla loro disattivazione entro e non oltre il 30/6/2014 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).

2.17.3 Centrali Operative – 118

Rispetto alla programmazione del 2013, le Aziende dell'Area Vasta Emilia Centrale hanno sostanzialmente assolto ai compiti a suo tempo definiti, formalizzando il progetto e approvandolo nelle sedi istituzionali deputate, mentre le Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord hanno concluso la fase progettuale ed hanno avviato la fase di approvazione istituzionale del progetto nelle sedi deputate.

Pertanto le prime sono tenute a rispettare la programmazione approvata che prevede l'estensione della gestione delle chiamate al territorio di Ferrara entro fine gennaio e a quello di Modena entro fine maggio, mentre le seconde, una volta approvato il progetto in sede di CTSS, sono tenute a implementarlo nella seconda parte del 2014.

2.17.4 Centralizzazione emergenze

La revisione dei percorsi di centralizzazione delle emergenze, pur essendo stata avviata nel 2013, necessita di un impianto coerente con la riorganizzazione dei servizi ospedalieri prevista dal documento più sopra citato. Si tratta perciò di utilizzare le risultanze del lavoro svolto per:

- in ambito cardiologico incrementare le percentuali di trasferimento diretto al laboratorio di emodinamica dei pazienti con IMA. Ci si aspetta un superamento del livello minimo del 50% nelle aziende che hanno un valore inferiore;
- in ambito chirurgico prevedere una sede aziendale o provinciale (a seconda del volume di prestazioni urgenti da soddisfare) in grado di intervenire in urgenza h24;

- in ambito ortopedico (come sopra) dislocando i servizi e la loro dotazione sulla base delle indicazioni del documento;
- in ambito traumatologico è necessario formalizzare i criteri di centralizzazione generalmente indicati nel sistema di monitoraggio dei percorsi dei pazienti con trauma grave, apportando le opportune modifiche ai protocolli esistenti.

2.17.5 Servizi intermedi

Mentre la Romagna ha da tempo consolidato la produzione laboratoristica presso Pievesestina, il processo di concentrazione delle attività laboratoristiche nelle altre due aree vaste è avviato in AVEC e necessita di un piano organico in AVEN. La realizzazione del Laboratorio Unico infatti appare essere limitata alle aziende cittadine. Si chiede pertanto alle Aziende dell'Area Vasta Centro di valutare le opportunità dell'inclusione di Imola e Ferrara, in modo da costituire un Laboratorio Unico di Area Vasta (LUAV), nonché delle possibili sinergie sfruttabili tra le fasi laboratoristiche dell'anatomia patologica, del trasfusionale e di laboratorio.

Nell'AVEN d'altra parte non appaiono sfruttate in alcun modo dette sinergie, neanche a livello provinciale. Si ritiene che il riordino ospedaliero costituisca una opportunità da cogliere per riflettere sui possibili miglioramenti qualitativi e di sostenibilità dati dalla concentrazione. In alternativa vanno esplicitate le ragioni tecniche che rendono controproducente il consolidamento della produzione.

Obiettivi connessi al Piano Sanguie:

- **Poli Trasfusionali di Lavorazione e Qualificazione Biologica di Area Vasta:**
Per l'Area Vasta Emilia Centrale e per l'Area Vasta Emilia Nord deve essere realizzata la concentrazione delle attività produttive degli emocomponenti presso un'unica Struttura Trasfusionale per ciascuna Area Vasta.

AVEC:

- nel 2013 si è già realizzata presso il **SIMT dell'Azienda Usl di Bologna** la concentrazione per l'esecuzione delle procedure di validazione biologica degli emocomponenti provenienti dalla raccolta dei SIMT delle Aziende USL di Bologna, di Imola, di Ferrara e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna;
- per il primo semestre del 2014 le Aziende coinvolte dovranno predisporre il progetto esecutivo per la concentrazione della lavorazione, presso il **SIMT dell'Azienda Usl di Bologna**, degli emocomponenti provenienti dalla raccolta dei SIMT di tutte le Aziende dell'AVEC ed inoltre degli emocomponenti provenienti dalla raccolta dell'area di Modena (afferenza all'AVEC per le attività di qualificazione biologica, lavorazione e gestione delle scorte, e afferenza all'AVEN per tutte le altre attività);
- per il secondo semestre del 2014 si dovrà avviare la realizzazione del progetto fino al suo completamento.

AVEN:

- entro la fine del 2014 dovrà essere realizzato il progetto esecutivo che prevede la concentrazione della lavorazione, presso il **SIMT dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma**, degli emocomponenti provenienti dalla

raccolta dei SIMT delle Aziende di Parma, di Piacenza e di Reggio Emilia ad eccezione di Modena (l'attuazione del progetto si prevede nel 2015).

- **Istituzione del sistema informativo regionale dei Servizi Trasfusionali**

Nel 2014 si dovrà avviare il processo per l'istituzione e l'avvio del Sistema informativo regionale delle attività trasfusionali in unica rete dedicata che garantisca il collegamento delle strutture di programmazione e di coordinamento e delle Strutture Trasfusionali tra loro, compreso il collegamento con il sistema nazionale SISTRA. Il sistema informativo regionale prevede anche la messa in rete, oltre che delle Strutture Trasfusionali, anche delle sedi operative delle Associazioni e delle Federazioni dei donatori di sangue per la gestione della chiamata e l'elaborazione dei dati statistici necessari.

Lo sviluppo del sistema informativo dovrà essere funzionale al raggiungimento degli obiettivi previsti nel piano sangue.

- **Istituzione di un unico centro regionale di Immunoematologia avanzata**

La gestione di casi complessi di tipizzazione eritrocitaria ed identificazione anticorpale necessita dell'istituzione di un laboratorio di Immunoematologia avanzata (per l'esecuzione di indagini immunoematologiche molecolari) presso un'unica sede regionale, il SIMT dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna.

La gestione di tale attività e la condivisione del patrimonio di informazioni sarà possibile attraverso l'utilizzo sistema informatico regionale accessibile a tutte le Strutture Trasfusionali dell'Emilia-Romagna.

2.17.6 Dipartimento interaziendale dei trapianti

Poiché la riorganizzazione dell'attività trapiantologica è stata inserita nell'ambito del riordino ospedaliero, si ripropone l'obiettivo della passata gestione: al fine di potenziare l'efficacia e l'efficienza dell'insieme dei servizi che concorrono a garantire i buoni risultati ottenuti in campo trapiantologico, 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.

2.17.7 Punti nascita

All'interno del documento di riordino ospedaliero, sono contenute sinteticamente le risultanze dell'audit dei servizi per la nascita a cura della Commissione Nascita. Poiché dette risultanze sono compatibili con diversi assetti organizzativi dei punti di erogazione dei servizi relativi, le Aziende devono completare il processo decisionale che realizzi quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.

2.17.8. UTIC

La riorganizzazione dell'assistenza cardiologica prevede che le terapie intensive cardiologiche prive di laboratori di emodinamica (UTIC Spoke) provvedano a soddisfare non solo richieste assistenziali di pazienti portatori di sindrome coronarica acuta (infartuale e non) e di affezioni cardiache, ma quella di pazienti instabili ad eziologia non cardiaca allargando il case-mix. Le Aziende devono articolare i punti di erogazione nell'ambito di piattaforme intensive o utilizzando queste strutture come sub-intensive.

Le Aziende al cui interno sono presenti servizi di emodinamica o di elettrofisiologia a volumi di attività non rispondenti ai criteri di programmazione, devono provvedere a

formulare piani di riorganizzazione che prevedano l'affluenza dei pazienti alle sedi idonee prossimali.

2.17.9 Accordo di Alta Specialità

Le Aziende Sanitarie sono tenute ad esercitare attivamente la committenza nei confronti delle strutture private aderenti agli accordi di Alta Specialità (DGR 633/2013), secondo le linee ivi definite 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. Inoltre le Aziende, proprio in virtù della responsabilità nella funzione di committenza, devono monitorare strettamente il ricorso delle proprie strutture a prestazioni fornite dal privato, partecipando attivamente, con modalità rappresentative, al gruppo regionale di monitoraggio.

2.17.10 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.

Detti accordi vanno stipulati ogni qual volta il committente lo richieda. È infatti facoltà del committente orientare la produzione e non un obbligo del produttore. I contenuti di detti accordi devono essere coerenti con i piani di produzione più generali delle aziende committenti e l'eventuale trattativa deve essere improntata alle esigenze di garanzia dei LEA e non ad esigenze di bilancio.

Le Aziende possono naturalmente fare riferimento alle linee guida proposte due anni fa dalle Aziende ospedaliere, qualora non si ritenga di valorizzare i contenuti dell'accordo con le valutazioni specifiche sopra richiamate che ci si attenderebbe costituiscano la base di trattativa.

Gli accordi devono essere formalizzati entro il 1° semestre 2014 e trasmessi all'Assessorato alle Politiche per la Salute.

2.18 – Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Rimodulazione dell'assistenza residenziale per i Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Nell'anno 2013 il Fondo ex-OP è stato rimodulato verso attività di tipo sanitario e sociosanitario per la popolazione afferente ai CSM, con una specifica per le persone dimesse dagli OPG, con l'obiettivo di identificare e ridurre gli inserimenti residenziali a rischio di inappropriately e favorire l'assistenza domiciliare e l'abitare supportato. Nel 2013 sono stati adottati i criteri e gli strumenti per orientare la riprogettazione complessiva dell'offerta residenziale sanitaria per i pazienti dei Centri di Salute Mentale e dei Sert. Con le deliberazioni n. 1830/2013 e n. 1831/2013 sono stati approvati i nuovi requisiti di accreditamento delle residenze sanitarie psichiatriche territoriali e l'accordo tra la Regione Emilia-Romagna e le associazioni che raggruppano gli Enti gestori non profit delle residenze. Con DGR n. 1718/2013 è stato approvato il nuovo accordo tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari che gestiscono le residenze sanitarie accreditate per le dipendenze patologiche; con la stessa deliberazione sono stati approvati i requisiti di accreditamento del percorso residenziale nel trattamento delle dipendenze, definendo criteri di qualità nell'interfaccia tra SerT e strutture residenziali.

L'obiettivo del 2014 per le Aziende Usl è quello di effettuare una valutazione del fabbisogno finalizzata alla stesura di un piano per la programmazione ed il monitoraggio dell'assistenza residenziale sanitaria per la popolazione afferente ai CSM ed ai SerT, coerentemente ai criteri indicati negli accordi regionali (DGR 1718/2013 e DGR 1831/2013).

Ridefinizione delle modalità di regolazione degli SPOI

Nel novembre 2013 il Sottogruppo Psichiatria del Tavolo paritetico RER-AIOP, previsto dalla DGR 517/2013, ha avviato un confronto per rivedere la disciplina di accesso alle strutture ospedaliere e residenziali gestite dal privato imprenditoriale e la revisione del sistema di tariffazione dei ricoveri ospedalieri (SPDC e SPOI). Gli indirizzi prodotti dal Sottogruppo dovranno essere recepiti da tutte le Aziende Usl negli accordi sottoscritti a livello locale con i gestori privati.

2.19 - Promozione e tutela della salute negli Istituti penitenziari

Le Aziende Usl dovranno dare completa attuazione alle linee guida regionali in materia di sanità penitenziaria, previste in particolare nella Circolare della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali n.15/2012 "Il percorso clinico-assistenziale per le persone detenute", che definisce nel dettaglio le attività e prestazioni che le Aziende Usl devono offrire alle persone detenute presenti in Regione.

Il percorso clinico-assistenziale è svolto dai servizi sanitari negli Istituti penitenziari, all'interno dei quali ciascuna Azienda Usl realizzerà la "Casa di promozione e tutela della salute" che, al pari dell'organizzazione territoriale, rappresenta all'interno del carcere un presidio dell'Azienda Usl strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone detenute fin dal momento dell'accesso, basato sulla interdisciplinarietà e la condivisione dei percorsi assistenziali.

A supporto di queste azioni verrà data priorità, nel piano delle assunzioni, alle figure mediche da destinare agli Istituti penitenziari.

Le Aziende Usl dovranno inoltre dare corso alle azioni previste dal Programma regionale per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Per questa specifica azione la Legge 9/2012 prevede la deroga al blocco delle assunzioni, previa presentazione al Ministero della Salute di uno specifico programma di assunzioni. La Regione, sulla base delle indicazioni delle Aziende Usl, ha presentato il programma che è ora in corso di approvazione.

2.20 - Promozione della salute, prevenzione delle malattie

Occorre sempre più rafforzare programmi di prevenzione e promozione della salute nei confronti dell'intera popolazione e delle persone più fragili, per contribuire a favorire la sostenibilità del sistema sanitario e per contrastare le disuguaglianze di salute.

Va aumentato il ruolo, anche gestionale, delle Aree Vaste, promuovendo ulteriori forme di integrazione e di gestione comune tra Servizi afferenti ad Aziende diverse; si tratterà

quindi di integrare non solo programmi di formazione, ma anche di gestire in modo unitario tematiche specialistiche di prevenzione e di promozione della salute.

Gli obiettivi 2014 e le relative attività, pur continuando a far riferimento anzitutto agli obiettivi prioritari indicati nel Piano regionale della Prevenzione 2010-2013, dovranno, nel corso del 2014, vedere una nuova definizione con il contributo del profilo di salute realizzato in occasione del precedente piano.

Di seguito si elencano gli obiettivi riguardanti le principali aree di lavoro in campo di promozione della salute e prevenzione:

- realizzare i programmi di promozione della salute per favorire stili di vita salutari, favorendo il coordinamento delle diverse azioni e intervenendo nei progetti di comunità e in quelli realizzati in contesti scolastici e sanitari;
- organizzare, in un contesto assai favorevole quale quello delle Case della Salute, programmi di prevenzione e di promozione della salute che riguardino gruppi specifici di popolazione a rischio, le persone affette da determinate patologie o con patologie croniche, ma anche l'intera popolazione, puntando a favorire e sostenere stili di vita salutari. In ogni Casa della Salute, secondo quanto indicato nelle Linee guida regionali, si richiede di realizzare almeno un intervento strutturato di prevenzione e, se la Casa della Salute è in un'area interessata dalla realizzazione di progetti di comunità, garantirne il coinvolgimento;
- sviluppare l'attività di promozione della salute nei luoghi di lavoro con riguardo alle diseguaglianze, in particolare in rapporto all'età, alle differenze di genere, alle provenienze da altri Paesi ed alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro;
- garantire l'organizzazione di tutte le azioni necessarie per rispondere alle eventuali emergenze infettive anche sulla base degli specifici piani regionali;
- implementare il calendario vaccinale regionale prevedendo nuovi modelli organizzativi con il coinvolgimento dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e delle Cure Primarie e azioni che favoriscano l'adesione delle persone con fattori/condizioni di rischio, offrendo loro le vaccinazioni previste;
- attuare i progetti sostenuti con il concorso dei finanziamenti regionali sport-sanità, dare continuità al programma formativo per dirigenti e tecnici dello sport a livello locale, realizzare progetti in contesti sanitari (es. con utenti del Dipartimento Salute Mentale);
- in ogni Azienda Usl organizzare Servizi di Medicina dello Sport in grado di realizzare e sostenere i programmi di prescrizione dell'attività fisica (AFA e EFA);
- proseguire l'attività riguardante i programmi di prescrizione dell'attività fisica (AFA e EFA) nelle Aziende Usl dove è già stato attuato il progetto ministeriale; attivare i Centri di secondo livello di Medicina dello Sport per realizzare questi programmi nell'ambito territoriale di Rimini dell'Ausl Romagna e nell'Ausl di Reggio Emilia e programmare la loro attuazione a partire dal 2015 nell'ambito territoriale di Forlì-Cesena e nell'Azienda Usl di Piacenza;
- mettere in atto le azioni per garantire la trasformazione dello screening per la prevenzione della cervice uterina adottando come test di screening l'HPV test: prevedere l'organizzazione e la rete per supportare il cambiamento, realizzare le iniziative formative, adeguare il sistema informativo;

- implementare i sistemi informativi e sistemi di sorveglianza (anagrafe vaccinale, SMI, DIP, Passi, HBSC, Okkio, ProSa, registri tumori) e partecipare alla valutazione di performance con gli indicatori definiti a livello interregionale;
- partecipare alle attività riguardanti l'epidemiologia ambientale, con particolare riferimento al progetto Supersito e a promuovere la partecipazione degli operatori dei Dipartimenti al percorso di formazione sulle tematiche di ambiente e salute e in materia di urbanistica;
- continuare lo sviluppo del sistema informativo aziendale e regionale, per le attività di vigilanza e controllo degli ambienti di vita e di lavoro, secondo le indicazioni già fornite ai Direttori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica;
- avviare in ogni Azienda Usl il percorso di attuazione di quanto previsto nella DGR 200/2013 in materia di esercizio della funzione di vigilanza e controllo nei Dipartimenti di Sanità Pubblica assicurando una omogenea e trasparente programmazione dell'attività tra i diversi settori secondo i criteri indicati nella delibera suddetta, e una coerente attività formativa di supporto;
- privilegiare nell'attività di vigilanza nei luoghi di lavoro l'esecuzione di controlli nei comparti a maggior rischio infortunistico ed assicurare procedure uniformi nel territorio regionale, mantenendo il controllo annuale del 9% delle Posizioni Assicurative Territoriali;
- assicurare la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori delle Aziende sanitarie pubbliche, attraverso la congruenza della valutazione dei rischi e delle misure correttive a quanto previsto dalla normativa, nonché mediante interventi tempestivi rispetto alle modifiche organizzative e strutturali dell'Azienda sanitaria. Garantire la qualità dei protocolli di sorveglianza sanitaria e la realizzazione di appropriati interventi di promozione della salute.

2.21 – Sanità Pubblica Veterinaria, Sicurezza alimentare e nutrizione

Occorre premettere che vanno realizzate, registrate e rendicontate tutte le attività comprese nelle normative specifiche e nei piani nazionali e regionali in vigore.

Nello specifico devono essere perseguiti i seguenti obiettivi.

- 1) Monitoraggio e miglioramento della qualità del controllo ufficiale al fine di fornire adeguate garanzie di professionalità e omogeneità delle prestazioni rese, così come previsto anche dalle normative europee. L'obiettivo deve prevedere nello specifico:
 - a. realizzazione di programmi di supervisione formalizzati sull'attività di controllo ufficiale, comprensivi della definizione di obiettivi e relativi indicatori qualitativi;
 - b. miglioramento dell'attività di campionamento per quanto riguarda la corretta esecuzione del campione, la compilazione del verbale e la coerenza con i piani regionali, in particolare, per quello alimenti.

- 2) Adeguamento e implementazione dei sistemi informatici per rendere più trasparenti i dati sull'attività svolta e i relativi risultati oltre a consentire elaborazioni finalizzate alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi generali, il confronto delle performances e la rivisitazione delle attività programmate. Nello specifico devono essere previste azioni finalizzate a:
 - a. adeguare i sistemi informatici locali alle codifiche del "Thesaurus", dizionari "Tipologia di impianto" e "Specie";
 - b. implementare il portale regionale acque potabili.

- 3) Revisione dei piani di gestione delle emergenze epidemiche sulla base delle indicazioni regionali.
- 4) Promozione della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare scolastica attraverso la verifica e la valutazione dell'applicazione degli standard nutrizionali nella ristorazione scolastica e nei distributori automatici delle scuole come previsto dalla DGR 418/2012.

2.22 – Area dell' ASSR

2.22.1. Ricerca & Innovazione

Le politiche regionali a supporto ed indirizzo delle attività di ricerca hanno sempre più acutamente la necessità di essere alimentate anche da informazioni sulla quantità e qualità di tutte le ricerche effettivamente condotte nelle Aziende sanitarie. Non solo, dal punto di vista dei pazienti, le attività di ricerca rappresentano spesso di fatto delle potenziali opportunità di accesso a trattamenti innovativi. In questo senso, è anche importante essere in grado di documentare in che misura tali opportunità siano effettivamente offerte ed a quali condizioni nelle Aziende sanitarie regionali.

Per queste ragioni diventa essenziale, da molteplici punti di vista, che nel corso del 2014 le Aziende sanitarie siano chiamate, a partire dai loro Uffici Ricerca & Innovazione, ad un impegno coordinato dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale finalizzato a definire le basi di un sistema di rilevazione degli studi clinici (sperimentali e non) avviati nelle Aziende territoriali, nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie e negli IRCCS della Regione, sfruttando in questa direzione le potenzialità dell'anagrafe della ricerca e delle altre fonti informative disponibili a livello aziendale ed avendo l'obiettivo di minima di essere in grado di documentare numero e tipologia degli studi clinici avviati, l'area specialistica/disciplinare in cui sono condotti, il numero di pazienti inclusi in tali studi e le fonti del loro finanziamento.

Quest'ultimo approccio sarà inoltre importante per tracciare le reti di ricerca e le collaborazioni in essere nella nostra Regione a seconda delle diverse tematiche di ricerca emergenti al fine di facilitare la produzione di proposte di ricerca da spendere nel panorama regionale (Programma di Ricerca Regione Università), nazionale (Bandi finalizzata Ministero della Salute, CCM e AIFA), internazionale (bandi Europei Horizon 2020).

2.22.2 Valutazione delle tecnologie sanitarie innovative

Per quanto riguarda i dispositivi medici innovativi di significativa rilevanza clinica e/o economica, la loro adozione deve essere preceduta da una valutazione, a cura dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, del loro profilo di sicurezza, efficacia e costo-efficacia, orientata all'individuazione delle aree di incertezza eventualmente presenti in merito a questi aspetti ed alla verifica dell'opportunità della loro acquisizione, anche in relazione alle specifiche caratteristiche dei contesti assistenziali. Laddove necessario, vale a dire ove sia riscontrato l'effettivo potenziale innovativo della tecnologia in questione, la valutazione tecnico-scientifica citata dovrà essere preliminare alla elaborazione di un programma aziendale di adozione, approvato dal Collegio di Direzione aziendale e recante la specificazione delle indicazioni cliniche di impiego, del conseguente fabbisogno e delle

attività di monitoraggio o ricerca eventualmente necessarie alla verifica dell'impatto clinico, organizzativo ed economico della tecnologia.

Allo stesso modo, l'acquisizione di alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche, quelle cioè caratterizzate da elevati costi di investimento e/o manutenzione, dovrà essere preceduta da una valutazione a livello regionale di piani di adozione elaborati dalle Aziende sanitarie a livello di Area Vasta, ai fini di una verifica complessiva del fabbisogno, delle implicazioni cliniche, organizzative ed economiche, oltre che delle possibili ricadute sul versante della ricerca e della formazione professionale.

2.22.3 Laboratorio per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti

A chiusura delle attività ricomprese nel "*Laboratorio regionale per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti*", così come programmato nel Piano programma ASSR 2011-2013, è stato redatto il documento "Programma per l'ascolto e il coinvolgimento del cittadino – LINEE GUIDA". Tale documento costituisce punto di riferimento per garantire uniformità e sistematicità alle attività aziendali di ascolto e coinvolgimento derivanti dalle normative nazionali e regionali. Il documento è stato condiviso con il Comitato Consultivo regionale per la qualità dal punto di vista del cittadino (CCRQ), con i Referenti Aziendali degli Uffici Qualità, Relazioni con il Pubblico e Comunicazione.

Pertanto, secondo le indicazioni fornite dalla Regione, le Aziende sanitarie nel 2014 dovranno adottare:

- il questionario regionale sulla rilevazione della qualità dal lato dell'utente per il servizio di degenza (responsiveness)
- gli strumenti regionali per la rilevazione della qualità dal lato dell'utente del percorso nascita.

2.22.4 Osservatorio su equità e rispetto delle differenze

La Regione da alcuni anni sta lavorando sul tema dell'equità in riferimento a normative europee, nazionali e regionali attraverso l' "*Osservatorio regionale su equità e rispetto delle differenze*" quale punto di riferimento regionale per le Aziende del SSR dell'Emilia-Romagna in tema di garanzie di equità, rispetto delle differenze, contrasto delle disuguaglianze di salute e non discriminazione, sia verso i cittadini/utenti del SSR che nei confronti degli operatori/dipendenti (Piano-programma 2011-2013 dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale - DGR 1038/2011).

Nel recente documento di indirizzo regionale "Indicazioni attuative del Piano Sociale e Sanitario per gli anni 2013/2014", viene rafforzata la direzione intrapresa che trova ulteriori elementi di evidenza anche nel lavoro dell'OMS "Governance for health equity" in the WHO European Region (2013). I principali elementi da considerare nella governance delle azioni per contrastare le iniquità, figura l'importanza di azioni intersettoriali, la costituzione di partnership tra diversi interlocutori con attenzione all'inclusività e coinvolgimento dei cittadini e la creazione di team stabili che lavorino insieme.

E' attivo il coordinamento regionale dei referenti equità aziendali e in ogni Azienda sanitaria è stato istituito un board/coordinamento aziendale che può oggi costituire il gruppo stabile richiamato nel documento dell'OMS per una fruttuosa governance "for health equity". Pertanto nel corso del 2014 le Aziende sanitarie dovranno:

- adottare il programma aziendale su equità come strumento di coerenza e sostenibilità delle strategie messe in atto per contrastare le iniquità e come indicato nel Toolkit 3 Programmazione e valutazione in termini di equità (http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita/osservatorio-equita/toolkit/toolkit-3);
- applicare lo strumento dell'health equity audit, come indicato nel Toolkit 5 Percorso di valutazione dell'equità: l'Health Equity Audit (HEA), almeno in uno dei livelli organizzativi qui di seguito indicati e riconducibili agli ambiti prioritari contenuti negli indirizzi regionali "Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario per gli anni 2013/2014": distretto (accesso); percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita/osservatorio-equita/toolkit/toolkit-5/intro-toolkit-5).

2.23 – Obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione di informazioni (D.Lgs. 33/2013) e disposizioni in materia di prevenzione della corruzione (L. 190/2012 e D.Lgs. 39/2013)

Le Aziende sanitarie restano impegnate agli adempimenti in materia di trasparenza, prevenzione corruzione, misurazione della performance e codici di comportamento secondo quanto previsto dalla normativa statale vigente, dalle indicazioni regionali e nell'ambito delle politiche di coordinamento mantenute dalle Direzioni Generali competenti.

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/2014/124

data 06/02/2014

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'