

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Emilia-Romagna

BOLLETTINO UFFICIALE

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA REGIONE - VIALE ALDO MORO 52 - BOLOGNA

Parte seconda - N. 61

Euro 1,23

Anno 38

12 giugno 2007

N. 80

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 maggio
2007, n. 686

**Linee di programmazione e finanziamento delle
Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno
2007**

DELIBERAZIONI REGIONALI

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 maggio 2007, n. 686

Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2007

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- il nuovo Patto sulla salute, sul quale è stata sancita Intesa in sede di Conferenza Stato/Regioni in data 5 ottobre 2006 (Rep. n. 2648), che ha ridefinito lo scenario di finanziamento del Servizio sanitario nazionale per il triennio 2007-2009, e ha delineato il quadro normativo e programmatico all'interno del quale Governo e Regioni hanno assunto i rispettivi impegni;
- la Legge finanziaria 2007 (Legge 27 dicembre 2006, n. 296), che riprende e disciplina tutti i temi affrontati col Patto per la Salute;

preso atto che il livello di finanziamento del sistema sanitario per il triennio 2007-2009, è stato rispettivamente fissato in 96.040, 99.082 e 102.285 milioni di Euro, cui si aggiunge un fondo transitorio per le Regioni con gravi disavanzi, pari, rispettivamente per i tre anni, a 1.000, 850 e 700 milioni di Euro;

considerato che, rispetto al divario tra livello di finanziamento e spesa tendenziale - prevista per gli anni 2007, 2008 e 2009 rispettivamente in 103.736, 107.095 e 111.116 milioni - la Finanziaria interviene attraverso una pluralità di interventi: contenimento della spesa - in primo luogo quella farmaceutica - omogeneizzazione delle forme di compartecipazione alla spesa quantificati, per il 2007, per circa 2 miliardi:

- 840 milioni in tema di contenimento della spesa farmaceutica;
- 811 milioni per l'introduzione di una quota fissa sulle ricette di prestazioni specialistiche;
- 350 milioni restanti per misure varie (ticket Pronto soccorso, abbattimento tariffe laboratori, abbattimento spesa per dispositivi medici, contenimento uso farmaci off label);

oltre che misure di contenimento della spesa del personale, previste per la generalità delle pubbliche amministrazioni, ma specificatamente applicabili anche al sistema sanitario;

richiamati i principali punti della Legge aventi impatto finanziario sulla sanità e precisamente:

- in tema di trasferimenti di cassa, viene elevata la misura delle anticipazioni mensili al 97% del finanziamento annuale, quale risulta dall'intesa espressa in merito in sede di Conferenza Stato-Regioni; l'anticipazione viene quindi non solo elevata, ma anche svincolata dalla deliberazione CIPE di riparto delle risorse alle Regioni (il riparto 2006 è stato deliberato dal CIPE a fine novembre, a fronte dell'intesa Stato-Regioni espressa nel mese di marzo); nelle more dell'intesa sul 2007, l'anticipazione viene commisurata al livello di finanziamento 2006;
- in tema di investimenti, viene rifinanziato per 3 miliardi il programma straordinario degli investimenti in sanità ex articolo 20 della Legge 67/88;
- la spesa sanitaria 2006 viene rifinanziata, nella misura di 2 miliardi di Euro;
- rispetto ai disavanzi pregressi (anni 2005 e precedenti), vengono consentite modalità di copertura pluriennali da parte delle Regioni, per la parte che residua dopo aver agito ai massimi livelli la leva fiscale e previa sottoscrizione di specifico accordo con i Ministeri competenti per il rientro dal disavanzo;

rilevato come, a fronte del mutato quadro finanziario, siano

stati riaffermati e rafforzati gli impegni delle Regioni in tema di responsabilizzazione sugli eventuali disavanzi di gestione:

- la Legge conferma infatti tutti gli adempimenti regionali sanciti con l'Intesa 23 marzo 2005, nonché i criteri e le sedi di verifica, limitando tuttavia al 3% la quota di finanziamento annuale condizionata alla verifica degli adempimenti;
- vengono estesi agli anni successivi al 2006 gli automatismi fiscali già previsti in tema di coperture finanziarie degli eventuali disavanzi di gestione;

richiamate più puntualmente le previsioni normative in tema di spesa farmaceutica, di gestione delle risorse umane e di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino, come segue:

- 1) rispetto alla spesa farmaceutica, la finanziaria conferma per il 2007 tutte le misure adottate dall'AIFA ai fini del rispetto dei tetti fissati dall'articolo 48 della Legge 326/03; l'ulteriore risparmio stimato sul 2007 è valutato in 800 milioni di Euro.

Le risorse finanziarie vincolate alla verifica del rispetto dei tetti della farmaceutica e trattenute per gli anni 2005 e 2006 (rispettivamente 1.000 e 1.200 milioni di Euro), per le Regioni che comunque abbiano provveduto alla copertura dei propri eventuali disavanzi, vengono svincolate alle seguenti condizioni:

- introduzione dei ticket, con riferimento al superamento del tetto del 13% per la spesa farmaceutica convenzionata,
- presentazione di un piano di contenimento della spesa ospedaliera, con riferimento al superamento del tetto del 3% per la spesa farmaceutica non convenzionata entro la data del 28 febbraio 2007; questa Giunta ha già provveduto, con deliberazione n. 227 del 26 febbraio;

- 2) in merito alla gestione delle risorse umane, la Legge finanziaria per il 2007, al comma 565, in un'ottica di semplificazione rispetto agli esercizi precedenti, ha definito un percorso applicativo coerente con gli obiettivi fissati dal Patto per la salute prevedendo a carico delle Aziende del Servizio sanitario regionale i seguenti passaggi:

- l'adozione di misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP, non superino per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento. A tal fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni;
- la rilevazione e successiva revisione delle consistenze organiche aziendali, secondo un programma finalizzato al contenimento della spesa complessiva del personale nell'ambito del quale venga altresì valutata la possibilità di trasformare le posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato;
- la verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di governo della spesa, nell'ambito del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. A tal fine la Regione sarà giudicata adempiente accertato l'effettivo conseguimento dell'obiettivo di diminuzione previsto. In caso contrario la Regione sarà considerata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico.

- 3) Vengono introdotte nuove misure di compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti:

- una quota fissa di 10 Euro per ogni ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- una quota fissa di 25 Euro per le prestazioni di Pronto soccorso codificate come codice bianco e viene disciplinata la remunerazione delle prestazioni specialistiche e di laboratorio erogate dalle strutture private accreditate, prevedendo uno sconto pari al 2 e al 20% delle rispettive tariffe;

considerato il complessivo livello delle risorse a disposizione del Servizio sanitario regionale per il 2007:

- 6.757 milioni di Euro (al netto di 172 milioni di entrate dirette stimate a livello nazionale), quale quota della Regione Emilia-Romagna definita in sede di Accordo tra le Regioni, cui si aggiungono le risorse per il perseguimento degli obiettivi prioritari nazionali, stimati in 100 milioni, per un totale di 6.857 milioni di Euro; l'aumento rispetto al livello di finanziamento 2006 è del 7,75%; l'incremento percentuale rispetto alla spesa 2006 è invece pari al 2,25%;
- 289 milioni quale acconto per la remunerazione delle prestazioni rese in regime di mobilità inter-regionale;
- 400 milioni circa di entrate dirette delle Aziende sanitarie, a fronte di prestazioni rese;

cui si aggiungono i maggiori introiti derivanti dalle nuove misure di compartecipazione alla spesa introdotte dalla Finanziaria;

richiamati gli impegni sottoscritti dalle Regioni con il Patto per la salute in merito all'assunzione di autonomia nell'utilizzo delle risorse e di responsabilità di bilancio rispetto all'adozione di misure per il ripiano dei disavanzi;

richiamata la complessiva manovra tributaria, finanziaria e di bilancio varata dall'Assemblea legislativa per il 2007 e per il triennio 2007-2009 (rispettivamente Leggi regionali 20 dicembre 2006, n. 19 e 29 dicembre 2006, n. 20 e 21), con la quale la Regione ha rimodulato addizionale IRPEF e IRAP, al fine di assicurare al bilancio regionale maggiori entrate, prioritariamente destinate, per un ammontare pari a 200 milioni di Euro, a garantire l'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale e a finanziare il Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA), elevando ed ampliando il livello dei servizi dell'area della integrazione socio-sanitaria, oltre che a sostenere lo sviluppo regionale per 40 milioni;

ritenuto pertanto che l'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale costituisca una priorità per il corrente esercizio e che rappresenti anche condizione per garantire un governo flessibile del personale e assicurare lo sviluppo dell'area della integrazione socio-sanitaria;

riconosciuta l'esigenza, con le risorse stanziare dal Bilancio regionale per il 2007, di dare prioritariamente copertura finanziaria al disavanzo che si sta registrando in chiusura d'esercizio nei bilanci delle aziende del servizio sanitario regionale per il 2006, riservando agli stanziamenti del Bilancio regionale 2008, già previsti e destinati alla sanità, provenienti dalla manovra fiscale, la garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario regionale per il 2007;

ravvisata la necessità di formulare gli obiettivi di bilancio cui vincolare le Direzioni aziendali per il 2007 in coerenza con l'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale e alla luce delle complessive risorse a disposizione, derivanti dai riparti nazionali, dalle misure di compartecipazione alla spesa definite dalla Finanziaria, nonché dalla richiamata manovra regionale;

valutata l'esigenza di impegnare le direzioni delle aziende sanitarie regionali alla predisposizione degli strumenti di programmazione economico-finanziaria per il 2007 nel rigoroso rispetto delle linee di indirizzo definite in allegato al presente provvedimento;

ritenuto in questa sede di procedere alla destinazione delle risorse derivanti dai riparti nazionali, quantificati in 6.857 milioni di Euro, tenuto conto che proventi per mobilità inter-regionale ed entrate proprie aziendali, pur concorrendo alla copertura della complessiva spesa sanitaria regionale, debbano essere contabilizzati nei bilanci aziendali in relazione alle prestazioni e servizi effettivamente resi nel periodo, come segue:

- 1) quanto a 6.547,421 milioni, vengono destinati alla copertura dei livelli essenziali di assistenza, come segue:
 - 5.937,820 sono ripartiti tra le Aziende Usl sulla base dei parametri di ponderazione della popolazione residente all'1/1/2006;
 - 211,270 affluiscono al FRNA e sono oggetto di specifico atto di riparto da parte della Giunta regionale;
 - 6 vengono accantonati per far fronte all'adeguamento del

riparto a quota capitaria, sulla base della consistenza effettiva della popolazione all'1/1/2007;

- 16,5 verranno ripartiti tra le Aziende USL in relazione alle prestazioni termali rese a favore di cittadini residenti;
 - 42,700 sono destinati all'assistenza ai pazienti dimessi dagli ex Ospedali psichiatrici e a finanziamento dei progetti di innovazione afferenti l'area della salute mentale;
 - 48,381 finanziano l'Agenzia regionale prevenzione e ambiente; la somma è comprensiva del finanziamento del progetto triennale Organizzazione di un sistema di sorveglianza ambientale e valutazione epidemiologica nelle aree circostanti gli impianti di incenerimento rifiuti solidi urbani in Emilia-Romagna, per la prima annualità;
 - 200,000 milioni sono ripartiti tra le aziende, in continuità con gli anni precedenti, avendo a parametro di riferimento il personale dipendente;
 - 23 finanziano la funzione "Emergenza e 118";
 - 11 finanziano la funzione "sangue ed emoderivati";
 - 6,200 finanziano la funzione "trapianti" e medicina rigenerativa;
 - 19,150 finanziano altre funzioni hub e sovra-aziendali, quali trauma center, unità spinale, genetica, ecc.;
 - 1,550 finanziano il programma di interventi sanitari a carattere umanitario;
 - 1,800 sono destinati all'assistenza farmaceutica nelle carceri;
 - 10,000 vengono accantonati a finanziamento degli obiettivi specifici di produzione degli Ospedali privati accreditati;
 - 12,050 finanziano specificità aziendali non riflesse nei criteri di ponderazione della popolazione;
- 2) quanto a 76,660 milioni, vengono destinati a finanziamento del Sistema integrato con l'Università, di cui:
 - 53 a titolo di integrazione tariffaria per l'impatto che ricerca e didattica hanno sui costi di produzione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie; si è provveduto in tal modo ad adeguare tale contributo all'8% del fatturato delle Aziende per prestazioni di degenza infra-regionale; quota-parte di tale contributo, 10 milioni, sono vincolati a specifici progetti di eccellenza;
 - 9,660 finanziano, in continuità rispetto agli anni precedenti, l'estensione di benefici contrattuali al personale universitario e al personale dipendente dagli Istituti Ortopedici Rizzoli;
 - 14 per i Corsi universitari delle professioni sanitarie;
 - 3) quanto a 37,969 milioni di euro, finanziano strutture, funzioni e attività a valenza regionale, di cui:
 - 4 per il finanziamento dell'Agenzia sanitaria regionale;
 - 29,969 per obiettivi e progetti per l'innovazione;
 - 4,000 per altre funzioni a gestione accentrata regionale (sistemi informativi, materiale di consumo, ecc.);
 - 4) 50,950 milioni vengono ripartiti, quale fondo di riserva, a sostegno dei processi di rientro dai deficit strutturali, in continuità con gli esercizi passati;
 - 5) 10 milioni vengono accantonati per far fronte al differenziale di tariffa per le prestazioni rese dai produttori in mobilità inter-regionale (articolo 1, commi 170 e 171 della Legge 311/05);
 - 6) 50 milioni vengono destinati alla integrazione, per il 2007, del FRNA;
 - 7) 84 milioni verranno ripartiti tra le aziende sanitarie in relazione agli obiettivi economico-finanziari assegnati;

quantificando in 100 milioni di Euro il fabbisogno residuo a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale per il 2007, da finanziarsi a carico del bilancio regionale 2008, con le risorse derivanti dalla manovra fiscale sopra riportata;

richiamata la L.R. 29/04 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale" che all'articolo 3, comma 2 stabilisce che le Aziende Unità sanitarie locali siano finanziate dalla Regione in relazione ai livelli essenziali di assistenza, secondo criteri di equità e trasparenza, in base alla popolazione residente nel proprio ambito territoriale,

con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi;

acquisita la relazione "Criteri di Finanziamento delle Aziende Unità sanitarie locali della Regione Emilia-Romagna - Anno 2007", allegata parte integrante del presente provvedimento;

ritenuto che si debba procedere con il presente provvedimento all'assegnazione degli obiettivi specifici in capo alle Direzioni generali delle aziende sanitarie, tali da riflettere le specifiche condizioni aziendali;

ritenuto altresì che la verifica dell'andamento della gestione aziendale rispetto all'obiettivo assegnato debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo verifica straordinaria entro il mese di settembre;

visto il parere favorevole espresso dalla Commissione Consiliare sanità e Politiche sociali nella seduta pomeridiana del 9 maggio 2007;

richiamata la propria deliberazione n. 450 del 3 aprile 2007 "Adempimenti conseguenti alle delibere 1057/06 e 1663/06. Modifiche agli indirizzi approvati con delibera 447/03 e successive modifiche";

dato atto, ai sensi dell'art. 37, comma 4 della L.R. 43/01 e della propria deliberazione 450/07 del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore generale alla Sanità e Politiche sociali dott. Leonida Grisendi;

su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute;

a voti unanimi e palesi,

delibera:

a) di dare atto che le risorse a finanziamento del Servizio Sanitario regionale per il 2007 ammontano a complessivi 6.857 milioni di Euro, di cui 6.757 milioni di Euro derivanti dal riparto per Livelli di assistenza di cui all'Intesa Stato-Regioni del 15 marzo 2007, cui si aggiungono le risorse per il perseguimento degli obiettivi prioritari nazionali, stimati in 100 milioni;

b) di quantificare in 100 milioni di Euro il fabbisogno residuo a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario regionale per il 2007, da finanziarsi a carico del bilancio regionale 2008, con le risorse derivanti dalla manovra fiscale in premessa illustrata e qui integralmente richiamata;

c) di destinare le complessive risorse così come in premessa definito e rappresentato in Tabella 1, allegata parte integrante del presente provvedimento;

d) di provvedere al finanziamento delle Aziende Unità sanitarie locali secondo i criteri e i contenuti illustrati nel documento "Criteri di Finanziamento delle Aziende Unità sanitarie locali della Regione Emilia-Romagna - Anno 2007", allegato parte integrante del presente provvedimento (Allegato A) per un ammontare pari a 5.937,820 milioni di Euro, riservando a successivi e separati provvedimenti il riparto tra le aziende delle restanti somme accantonate;

e) di allegare le "Linee di programmazione per il 2007", documento allegato e parte integrante del presente provvedimento (Allegato B), quale strumento utile alla predisposizione dei bilanci e di indirizzo rispetto alla più complessiva gestione aziendale, rinviando a specifici provvedimenti di questa Giunta e a linee di indirizzo puntuali in ordine alle tematiche non trattate nel documento;

f) di assegnare alle Direzioni delle Aziende sanitarie regionali gli obiettivi economico-finanziari per il corrente esercizio, nella misura per ciascuna azienda indicato al capitolo 1 del documento Allegato B di cui sopra; gli obiettivi riflettono le specifiche condizioni aziendali e assicurano contemporaneamente un risultato complessivo compatibile con le risorse a disposizione del Servizio sanitario regionale, rivenienti da riparti nazionali e da risorse aggiuntive regionali, così come definito ai punti a) e b) del presente atto;

g) di dare espressamente atto che gli indirizzi relativi all'area della integrazione sanitaria sono specificatamente contenuti nella deliberazione di questa Giunta n. 509 del 16/4/2007 "Fondo regionale per la Non Autosufficienza. Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009";

h) di definire che la verifica dell'andamento della gestione aziendale rispetto all'obiettivo assegnato debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo verifica straordinaria entro il mese di settembre, e che dell'esito delle verifiche debbano essere informate le Conferenze territoriali sociali e sanitarie;

i) di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione.

(segue allegato fotografato)

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE - PROGRAMMAZIONE 2007			TABELLA 1
	(importi in migliaia di euro)		Previsione 2007
1	FINANZIAMENTO DEI LIVELLI DI ASSISTENZA		6.547.421
	Risorse distribuite a quota capitaria		5.937.820
	Finanziamento integrazione socio sanitaria - Quota consolidata 2006 a finanziamento del FRNA		211.270
	Adeguamento dei finanziamenti alla popolazione all'1 gennaio		6.000
	Assistenza termale		16.500
	Assistenza ai pazienti dimessi dagli ex OO.PP e progetti di innovazione Salute Mentale		42.700
	ARPA (comprensivi i progetti)		48.381
	Oneri vari personale dipendente (esclusività,...)		200.000
	Progetti e funzioni sovra-aziendali: - Specificità aziendali		
	Emergenza 118		84.750
	Progetto sangue ed emoderivati		23.000
	Trapianti e medicina rigenerativa		11.000
	Altre funzioni sovra-aziendali		6.200
	Interventi sanitari a carattere umanitario		19.150
	Assistenza farmaceutica nelle carceri		1.550
	Obiettivi specifici Ospedali privati accreditati da utilizzare in ambito aziendale in relazione al nuovo Accordo		1.800
	Specificità aziendali		10.000
			12.050
2	FINANZIAMENTO SISTEMA INTEGRATO SSR - UNIVERSITA'		76.660
	Integrazione tariffaria per impatto di ricerca e didattica		43.000
	Integrazione tariffaria su progetti di ricerca		10.000
	Esclusività di rapporto del personale universitario (compreso personale II.OO.RR.)		9.660
	Corsi universitari delle professioni sanitarie		14.000
3	FINANZIAMENTO STRUTTURE e FUNZIONI REGIONALI, INNOVAZIONE		
	Agenzia Sanitaria Regionale		37.969
	Obiettivi e progetti per l'innovazione...		4.000
	Altro (sistemi informativi, materiali di consumo ...)		29.969
			4.000
4	FONDO DI SOSTEGNO AI PIANI DI RIENTRO (quota storica)		50.950
5	ACCANTONAMENTO		84.000
6	DIFFERENZIALE TARIFFE REGIONALI/TUC		10.000
7	Ulteriore contributo al FRNA		50.000
	TOTALE FONDO SANITARIO REGIONALE		6.857.000
	ULTERIORI RISORSE REGIONALI A GARANZIA DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO		100.000

Tabella 2
FINANZIAMENTO 2007
Coefficienti di assorbimento per livelli di assistenza

Aziende USL	Prevenzione collettiva	Rete cure							Ospedaliera		TOTALE
		Farmaceutica territoriale	MMG (2)	Specialistica (3)	Salute Mentale (4)	Dipendenze patologiche (5)	Rete cure palliative - ADI e HOSPICE (6)	Residenze ale e semi (7)	Altro (8)	(9)	
Piacenza	0,316	0,995	0,418	0,974	0,232	0,064	0,155	0,531	0,107	3,070	6,861
Parma	0,502	1,454	0,669	1,450	0,356	0,105	0,226	0,770	0,165	4,493	10,190
Reggio Emilia	0,583	1,592	0,801	1,636	0,437	0,099	0,235	0,785	0,207	4,936	11,312
Modena	0,733	2,196	1,058	2,238	0,585	0,118	0,323	1,069	0,273	6,681	15,274
Bologna	0,802	2,952	1,325	2,924	0,698	0,249	0,457	1,550	0,323	8,882	20,163
Imola	0,115	0,435	0,200	0,433	0,107	0,039	0,066	0,223	0,050	1,312	2,980
Ferrara	0,350	1,315	0,557	1,277	0,293	0,081	0,203	0,683	0,132	3,973	8,864
Ravenna	0,377	1,331	0,555	1,307	0,311	0,092	0,206	0,703	0,144	3,955	8,981
Forlì	0,208	0,637	0,284	0,629	0,152	0,036	0,099	0,340	0,070	1,921	4,376
Cesena	0,211	0,646	0,301	0,660	0,172	0,037	0,093	0,304	0,080	1,926	4,430
Rimini	0,304	0,947	0,461	0,972	0,256	0,079	0,136	0,442	0,120	2,850	6,568
TOTALE REGIONE	4,50	14,50	6,63	14,50	3,60	1,00	2,20	7,40	1,67	44,00	100,00
Totale comprensivo di ARPA	5,24										

(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 veterinaria si è utilizzata l'attività pesata. 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.

(2) L'assegnazione, fatta sulla base della distribuzione dei costi, tiene conto anche della previsione di maggiori oneri dovuti al rinnovo delle convenzioni.

(3) La popolazione è stata corretta tenendo conto degli studenti imputati al 25%.

(4) 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%.

(5) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15 - 54 anni corretta con la prevalenza della tossicodipendenza ed alcolodipendenza.

(6) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 45-74 e oltre i 75 anni.

(7) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione ultra 75-enni. La quota del livello comprende anche la parte destinata ad alimentare il FRNA (il 3%)

(8) Comprende l'attività dei consultori familiari, l'emergenza extraospedaliera, l'handicap; 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.

(9) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2003-2005, e day hospital. Per la degenza in regime ordinario sono stati considerati i consumi anche degli ultra 85 -enni.

Tabella 3 FINANZIAMENTO 2007 Assegnazione risorse per livelli di assistenza													
Aziende USL	Prevenzione collettiva	Assistenza distrettuale								Ospedaliera	TOTALE	Contributo del livello residenziale al FRNA (10)	TOTALE
		(1)	Farmacoterapia territoriale	MMG (2)	Specialistica (3)	Salute mentale (4)	Dipendenze Patologiche (5)	Rete cure palliative ADI e HOSPICE (6)	Residenziale e semi (7)				
Piacenza	19.326.678	60.915.953	25.579.943	59.635.377	14.194.057	3.919.100	9.513.892	19.359.678	6.519.129	187.889.566	406.853.375	13.124.443	419.977.819
Parma	30.689.477	89.007.210	40.967.565	88.732.757	21.806.312	6.452.326	13.810.230	28.103.349	10.091.598	275.008.838	604.679.661	19.052.011	623.731.672
Reggio Emilia	35.685.865	97.445.698	49.050.543	100.116.245	26.772.083	6.053.690	14.386.330	28.645.698	12.656.882	302.148.825	672.962.049	19.419.820	692.381.869
Modena	44.850.874	134.406.074	64.775.193	136.969.300	35.793.395	7.225.324	19.761.757	36.982.341	16.724.378	408.962.527	908.441.163	26.427.171	934.868.334
Bologna	49.089.305	180.663.752	81.103.076	178.967.683	42.744.476	15.266.713	27.989.632	56.557.726	19.769.815	543.632.851	1.195.795.028	38.341.993	1.234.137.021
Imola	7.046.287	26.628.286	12.252.716	26.516.051	6.560.295	2.397.398	4.042.581	8.118.796	3.056.937	80.305.204	176.924.552	5.503.949	182.428.501
Ferrara	21.441.114	80.499.726	34.114.637	78.181.598	17.904.428	4.930.624	12.433.066	24.896.650	8.070.134	243.207.147	525.679.125	16.878.105	542.557.230
Ravenna	23.074.446	81.462.839	33.981.472	80.021.893	19.042.250	5.614.175	12.636.385	25.650.731	8.790.950	242.063.764	532.338.906	17.369.316	549.728.222
Forlì	12.726.951	38.992.201	17.367.424	38.478.663	9.288.201	2.222.922	6.088.466	12.400.874	4.299.688	117.582.445	259.447.834	8.406.884	267.954.718
Cesena	12.886.433	39.557.367	18.393.700	40.387.117	10.544.555	2.269.302	5.694.788	11.095.669	4.906.113	117.906.199	263.641.242	7.522.050	271.163.293
Rimini	18.599.469	57.939.794	28.224.095	59.522.216	15.699.468	4.856.637	8.300.913	16.128.968	7.332.069	174.453.434	391.057.063	10.934.258	401.991.322
TOTALE REGIONE	275.436.900	887.518.900	405.810.366	887.518.900	220.349.520	61.208.200	134.658.040	269.940.680	102.217.694	2.693.160.800	5.937.820.000	183.000.000	6.120.820.000
Totale complessivo di ARPA	322.936.900												

(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 veterinaria si è utilizzata l'attività pesata. 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.

(2) L'assegnazione, fatta sulla base della distribuzione dei costi, tiene conto anche della previsione di maggiori oneri dovuti al rinnovo delle convenzioni.

(3) La popolazione è stata corretta tenendo conto degli studenti imputati al 25%

(4) 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%.

(5) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15 - 54 anni corretta con la prevalenza della tossicodipendenza ed alcolodipendenza.

(6) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 45-74 e oltre i 75 anni.

(7) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione ultra 75-enne per il 4,4%; la quota corrispondente al 3% è esclusa in quanto destinato ad alimentare il FRNA.

(8) Comprende l'attività dei consulenti familiari, l'emergenza extraospedaliera, l'handicap; 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.

(9) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2003-2005, e day hospital . Per la degenza in regime ordinario sono stati considerati i consumi anche degli ultra 85 -enni.

(10) Parte del livello residenziale- 3% - è destinato ad alimentare il FRNA e qui evidenziato ed assegnato sulla base della popolazione ultra 75-enne

(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 veterinaria si è utilizzata l'attività pesata. 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.

(2) L'assegnazione, fatta sulla base della distribuzione dei costi, tiene conto anche della previsione di maggiori oneri dovuti al rinnovo delle convenzioni.

(3) La popolazione è stata corretta tenendo conto degli studenti imputati al 25%.

(4) 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%.

(5) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 15 - 54 anni, corretta con la prevalenza della tossicodipendenza ed alcolodipendenza.

(6) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione residente di età 45-74 e oltre i 75 anni.

(7) L'assegnazione è stata fatta sulla base della popolazione ultra 75-enni per il 4,4%; la quota corrispondente al 3% è esclusa in quanto destinato ad alimentare il FRNA.

(8) Comprende l'attività dei consultori familiari, l'emergenza extraospedaliera, l'handicap, 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.

(9) Sono stati utilizzati i consumi ospedalieri, distinti fra degenza ordinaria, corretto con il tasso di mortalità standardizzato calcolato su base triennale - 2003-2005, e day hospital. Per la degenza in regime ordinario sono stati considerati i consumi anche degli ultra 85 -enni.

(10) Parte del livello residenziale - 3% - è destinato ad alimentare il FRNA e qui evidenziato ed assegnato sulla base della popolazione ultra 75-enni.



ALLEGATO A

Criteri di Finanziamento delle Aziende USL della Regione
Emilia-Romagna Anno 2007

Premessa

L'allocazione delle risorse finanziarie alle Aziende Usl del Sistema sanitario regionale, secondo quanto ribadito anche dalla Legge Regionale n. 29 del 23 dicembre 2004, all'art. 3 comma 2, viene effettuata in base alla numerosità della loro popolazione, ponderata sulla base di criteri espliciti e predefiniti, che tengono conto delle differenze delle caratteristiche socio-demografiche e di bisogno sanitario esistenti fra le diverse aree geografiche.

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

Per l'assegnazione 2007, si evidenzia:

- 1) L'avvio della costituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) in attuazione dell'art. 51 della Legge Regionale 27/2004. Per la sua costituzione sono confluite le risorse sanitarie dell'assegno di cura per anziani, quello per le grandi disabilità acquisite, e parte delle risorse dedicate all'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani.
- 2) I criteri sono stati applicati alla popolazione residente in ciascuna Usl all'1/1/2006. Si assiste ormai da diversi anni ad un aumento della popolazione regionale complessiva, strettamente connessa all'immigrazione, non omogeneamente distribuita su tutti gli ambiti territoriali e, contemporaneamente, alla riduzione della popolazione residente in taluni ambiti. Anche quest'anno è comunque prevista la verifica della popolazione residente all'1/1/2007, con relativo congruaggio finanziario.
- 3) Come ciascun anno, sono stati aggiornati i dati relativi all'utilizzo dei diversi servizi che stanno alla base del sistema di ponderazione, ma non sono cambiati i criteri. Di seguito sono illustrate, per ciascun livello essenziale di assistenza, le modifiche introdotte per l'anno 2007.

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

La quota assegnata a questo livello non subisce, in percentuale, variazioni rispetto agli anni precedenti. Complessivamente, e tenendo conto della quota destinata all'Arpa, il 1° livello di assistenza assorbe il **5,25%** delle risorse assegnate.

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

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

L'assegnazione tra le diverse aziende ha tenuto conto della popolazione residente all'1/1/2006 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 2005, 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 2005-2006, 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'1/1/2006 ed integrata con le stesse modalità descritte per la funzione di igiene pubblica.

2° Livello: Assistenza Distrettuale (51,5%)

A questo livello sono state assegnate, come per il 2006, il 51,5% delle risorse disponibili per l'attribuzione con quota capitaria pesata. 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* (14,5% del totale complessivo). Le risorse sono state ripartite per quota capitaria pesata. Il sistema di pesi è stato costruito utilizzando i consumi farmaceutici specifici per sesso ed età relativi al 1° semestre 2006 di tutte le Aziende territoriali della Regione, rilevati dal flusso informativo regionale “assistenza farmaceutica territoriale”. Il volume delle risorse dedicate al livello è coerente con il tetto di spesa del 13% previsto dalla L. 405/2001.
- *Medici di medicina generale* (6,63% del totale complessivo, superiore al 2006 dello 0,63%). Comprende i costi delle convenzioni con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, nonché quelli relativi alla continuità assistenziale (guardia medica): il rinnovo della convenzione ha determinato l’incremento di risorse dedicate. Come per gli anni precedenti, data la scarsa flessibilità di questa voce di spesa, sono stati utilizzati come criteri di assegnazione i costi stimati relativi alle quote previste dalla convenzione, che comprendono anche gli eventuali ulteriori costi per i cittadini presenti non residenti (studenti, stranieri, ecc.).
- *Assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale* (14,5% del totale complessivo). Il sistema di pesi, specifico per sesso ed età, è stato costruito sulla base dei consumi di specialistica ambulatoriale osservati nel 2005 in tutte le Aziende Sanitarie della Regione. La popolazione residente all’1/1/2006 è stata corretta tenendo conto della presenza di studenti, imputati al 25%.
- *Salute mentale* (3,6%, come per il 2006). 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. La 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 e i progetti speciali. Le risorse complessivamente destinate all’assistenza psichiatrica, considerando anche quelle relative al progetto “Assistenza ai dimessi ex OO.PP.” e quelle ricomprese nel livello “Assistenza Ospedaliera” (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura), superano il 5%.

- *Dipendenze patologiche* (1%, nessuna variazione rispetto al 2006). Il criterio di assegnazione è stato modificato: la popolazione residente in età 15-54 anni è stata corretta con la prevalenza della tossicodipendenza nei diversi ambiti territoriali e non con l’incidenza (i casi nuovi) come avveniva precedentemente. Questa scelta è stata determinata dall’evoluzione osservata nell’uso delle sostanze stupefacenti.

- *Rete delle cure palliative - assistenza domiciliare e hospice* - (2,2%, come per il 2006). Dal momento che oltre 150 persone ogni 1000, di età oltre gli 80 anni, sono state assistite a domicilio nel corso del 2005, il criterio di riparto alle aziende delle risorse per questa funzione prevede che, il 25% viene 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* (7,4%, come per il 2006). L'avvio del FRNA ha comportato che parte della quota di questo livello – 3% - alimenti il FRNA. La restante quota del livello – 4,4% – è assegnata, come gli anni scorsi, sulla base della distribuzione della popolazione ultra 75-enne. Questo livello comprende anche l'assistenza protesica nelle strutture residenziali e semiresidenziali.
- *Altre funzioni assistenziali* (1,67%, con un leggero incremento rispetto al 2006)

All'interno di questa funzione sono stati evidenziati, in particolare, i programmi "salute donna" e "salute infanzia". Le risorse destinate a "salute donna" corrispondono allo 0,3% 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 0,2% delle risorse complessive e distribuite in base alla frequenza dei bambini in età 0-4 anni. La restante quota residuale 1,17% è stata attribuita in base alla numerosità della popolazione di età inferiore ai 65 anni ed è comprensiva anche dall'assistenza ai disabili.

3° Livello: Assistenza ospedaliera (44%)

A questo livello, sono state assegnate il 44,0% delle risorse complessive. La ponderazione della popolazione è stata effettuata sulla base della utilizzazione dei servizi ospedalieri specifici, per sesso ed età, distinti in degenza ordinaria e day-hospital, con riferimento ai ricoveri osservati nel 2005, comprensivi della mobilità passiva extraregionale (ricoveri effettuati dai cittadini dell'Emilia-Romagna in altre Regioni). Per la degenza ordinaria, l'utilizzazione specifica per sesso ed età ha tenuto conto anche dei "grandi vecchi", ossia gli ultra 85-enni.

All'utilizzo dei servizi è stato applicato 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 2003-2005.



ALLEGATO B

LINEE DI PROGRAMMAZIONE PER IL 2007

Il presente documento, allegato al provvedimento con cui viene definito il complessivo scenario finanziario, nazionale e regionale, entro il quale il Servizio sanitario regionale deve impostare la propria azione per il 2007, riprende alcuni temi specifici della programmazione regionale, certamente non esaustivi, ma funzionali ad impostare azioni di governo aziendale coerenti con la complessiva manovra economico-finanziaria definita per il 2007 dalla Giunta Regionale.

Ulteriori indicazioni regionali potranno essere emanate sia in coincidenza al monitoraggio trimestrale sulle gestioni aziendali, sia a seguito della approvazione del piano sociale e sanitario.

Vengono pertanto affrontati i seguenti temi:

1. Predisposizione dei bilanci preventivi economici, obiettivi economico-finanziari e monitoraggio infra-annuale
2. Gestione delle Risorse Umane
3. Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica
4. Politiche d'acquisto e di beni e servizi: interventi in area vasta e tramite l'Agenzia regionale Intercent-ER
5. Riorganizzazione dei laboratori per aree sovra-aziendali
6. Politiche di risparmio energetico e rispetto ambientale; politiche tariffarie e fonti energetiche
7. Innovazione tecnologica
8. Gestione del rischio - Le coperture assicurative
9. I Piani aziendali di contenimento dei tempi d'attesa
10. Accordi con i Medici di medicina generale
11. Lungodegenza
12. Sistema informativo
13. Assistenza odontoiatrica
14. Sanità pubblica
15. Sicurezza nei luoghi di lavoro

Relativamente ai temi dal n° 2 al n° 8, le aziende predispongono entro il 31 maggio uno specifico programma di intervento, da verificarsi trimestralmente.

Si richiama per il corrente anno l'obiettivo delle Direzioni aziendali a concludere l'iter di approvazione degli atti aziendali e a sostenere con il massimo impegno l'avvio del Fondo regionale per la Non Autosufficienza.

1. Predisposizione dei bilanci preventivi economici, obiettivi economico- finanziari e monitoraggio infra-annuale

Premessa

La programmazione finanziaria 2007 per il Servizio sanitario regionale viene impostata avendo a riferimento il mutato quadro nazionale, a partire dal nuovo Patto per la salute del 28 settembre 2006, con il quale Governo e Regioni hanno ridefinito impegni e prospettive per il triennio 2007-2009. Il Patto, così come la successiva Legge finanziaria, se da un lato assicurano stabilità e maggiori certezze sulle risorse a disposizione, che pure non coprono l'intero fabbisogno finanziario del servizio sanitario regionale, dall'altro confermano tutti gli obblighi posti dalla normativa precedente in capo alle Regioni, pur in una piena disponibilità a rivedere regole e contenuti degli adempimenti previsti.

Rimangono pertanto confermati i vincoli fissati dall'intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 e dalla successiva legge finanziaria 2006 (L. 266/2005), in tema di obbligo all'equilibrio economico-finanziario sia in sede previsionale che in corso d'anno, da verificarsi tramite monitoraggio trimestrale.

Col Patto le regioni, a fronte delle maggiori risorse assicurate a finanziamento della sanità e di una rinnovata autonomia circa il loro utilizzo, hanno assunto piena responsabilità di bilancio per il ripiano degli eventuali disavanzi.

La Regione Emilia Romagna ha approvato una manovra tributaria e di bilancio per il triennio 2007-2009 finalizzata ad assicurare risorse aggiuntive, per ogni anno, pari a 240 milioni: 100 a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario regionale, 100 per ampliare l'offerta pubblica di servizi per l'area socio-sanitaria, a finanziamento del Fondo Regionale per la Non autosufficienza e 40 per investire nello sviluppo regionale.

L'orientamento assunto era quello di assicurare al disavanzo maturato nel servizio sanitario regionale per il 2006 (anno di rilevante sofferenza finanziaria) una copertura pluriennale, in 2-3 esercizi, onde finalizzare le maggiori risorse, disponibili nel bilancio regionale, già dal 2007 a sostegno del FRNA e a copertura di prestazioni comunque assicurate nel 2007 dal SSR, ma non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza.

A fronte della indisponibilità, da parte del Ministero dell'economia, ad accettare coperture, ancorché certe, di carattere pluriennale, 150 milioni stanziati dal bilancio regionale sul 2007 vengono destinati a dare copertura al disavanzo 2006, al fine di evitare le procedure sanzionatorie previste in caso di mancata copertura al tavolo di verifica ex articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005.

Pertanto, per il 2007, le maggiori risorse da assicurare all'avvio del FRNA, saranno reperite, in aggiunta ai 50 milioni stanziati dal bilancio regionale, a carico del Fondo sanitario regionale per aggiuntivi 50 milioni.

A garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale per il 2007 dovranno essere utilizzate le risorse a carico del bilancio regionale provenienti dalle ricadute sul bilancio regionale della manovra tributaria varata dall'Assemblea Legislativa a fine anno, già previste per il 2008 a copertura del 2006.

Il quadro dei vincoli di bilancio assegnati alle aziende sanitarie dall'assessore alle politiche per la salute su delega della Giunta tiene pertanto conto del un complessivo quadro finanziario come sopra definito.

I preventivi aziendali 2007

La predisposizione dei Preventivi economici per il 2007 dovrà essere impostata coerentemente all'obiettivo economico finanziario assegnato a ciascuna azienda e con riferimento al quadro delle risorse definito in allegato alla delibera di finanziamento.

Dovrà essere contabilizzata la ricaduta sui bilanci aziendali delle nuove forme di compartecipazione introdotte dalla legge finanziaria; in sede preventiva la stima dei maggiori introiti dovrà essere formulata, in via prudenziale, nella misura di 50 milioni di euro, rispetto ad una piena applicazione del valore definito a livello nazionale (60 milioni teorici per l'Emilia-Romagna sugli 811 nazionali). Le misure introdotte dalla Finanziaria partecipano infatti a pieno titolo a definire il quadro delle complessive risorse a disposizione per il 2007.

Sul versante della spesa, per aggregati specifici:.

Beni e servizi: Si conferma anche per l'esercizio 2007 la necessità di contenerne l'aumento entro il limite del 2%; le particolari esigenze aziendali, che richiedano incrementi superiori, emerse anche in sede di concertazione, dovranno essere adeguatamente motivate nella relazione illustrativa;

La ricaduta delle manovre AIFA in vigore e le disposizioni contenute nella Legge finanziaria mirano a stabilizzare la spesa farmaceutica, sia ospedaliera che convenzionata. Pertanto l'incremento del 2% per l'intera categoria dei beni di consumo mira a fronteggiare anche i maggiori oneri connessi all'acquisto farmaci, sia ad impiego ospedaliero che per la distribuzione diretta.

Spesa farmaceutica convenzionata: alla luce di quanto sopra esposto, in sede di concertazione tale spesa dovrà essere confermata nei medesimi valori del 2006.

Personale: il governo delle risorse umane e gli specifici obiettivi ad esso correlati sono di seguito illustrati. Per gli Accantonamenti per rinnovi contrattuali, si definisce nel 2% del Monte salari 2005 l'onere da indicare per il 2007, coerentemente alle previsioni della Legge finanziaria.

Spesa per Accordi integrativi regionali Medici di Medicina Generale; dovrà essere contabilizzata la relativa ricaduta, vincolata agli obiettivi specifici individuati in sede regionale e aziendale.

Tariffe: per le prestazioni di degenza si prevede un incremento medio del 2%, del quale le aziende dovranno tenere conto sia per quanto riguarda le prestazioni degli ospedali privati accreditati sia per le prestazioni rese in regime di mobilità; le tariffe delle prestazioni specialistiche saranno oggetto di valutazione in corso d'anno, in coerenza con le decisioni che verranno assunte in sede di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino

Avvio del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza; Il 2007 rappresenta l'anno di avvio del FRNA di cui all'articolo 51 della LR 27/2004

Il Fondo sarà oggetto di contabilità separata e destinazione vincolata all'interno dei bilanci delle aziende USL, a far tempo dall'1/1/2007.

A tal fine in corso d'anno saranno assunte le linee di indirizzo in materia.

La programmazione pluriennale deve essere impostata prevedendo un incremento del livello di finanziamento dell'ordine del 3%.

La definizione degli obiettivi economico-finanziari e il relativo monitoraggio

La fissazione degli obiettivi specifici per ciascuna Azienda viene dalla Giunta definita nel rispetto di un quadro di complessivo equilibrio economico-finanziario a livello regionale e tale da riflettere le singole situazioni aziendali.

Gli obiettivi vengono fissati al netto dei costi riferiti agli ammortamenti

Gli obiettivi sono comprensivi del Fondo di sostegno storicamente attribuito alle aziende sanitarie (50,950 milioni)

Il vincolo di bilancio complessivamente assegnato alle aziende è pari a una perdita di 197,600 milioni di euro; l'equilibrio complessivo regionale viene assicurato dalle risorse provenienti da Fondo sanitario non ancora ripartito e per 100 milioni dalle risorse già iscritte nel Bilancio regionale 2008, provenienti dalla manovra fiscale varata dall'Assemblea legislativa a fine 2006.

Vengono di seguito definiti gli obiettivi per ciascuna Azienda:

Azienda USL di Piacenza

L'Azienda deve contenere la perdita entro 13,100 milioni di euro.

Tale valore è fissato tenuto conto dell'assegnazione del fondo di riserva di 9,350 milioni, quota assegnata in continuità rispetto ai piani di rientro dal deficit.

Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Parma

Equilibrio economico-finanziario

Aziende USL e Ospedaliera di Reggio Emilia

Equilibrio economico-finanziario

Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Modena

Le aziende dovranno contenere la perdita entro 31,700 milioni di euro (rispettivamente 27 e 4,7).

Il livello di perdita assegnato risulta compatibile con un percorso di rientro dal deficit degli ultimi anni per riportare le aziende modenesi in una situazione di complessiva sostenibilità finanziaria

Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Le aziende dovranno contenere la perdita entro 75,800 milioni di euro (rispettivamente 51 e 24,8). Tale valore è fissato tenuto conto dell'assegnazione del f.do di riserva di 19 milioni all'azienda USL, quota assegnata in continuità rispetto ai piani di rientro dal deficit e di una valutazione, per l'azienda ospedaliera, di specificità assistenziali per 2,650 milioni di euro.

ISTITUTI ORTOPEDICI RIZZOLI

La perdita deve essere contenuta entro il limite di 5 milioni di euro, tenuto conto di una assegnazione per funzioni e specificità assistenziali pari a 3 milioni.

Azienda USL di Imola

La perdita deve essere contenuta entro il limite di 5,6 milioni di euro.

Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

A livello provinciale la perdita deve essere contenuta entro il limite di 40,200 milioni di euro: 23,200 per l'azienda territoriale e 17 per l'azienda ospedaliera.

Nel definire la perdita, si è già tenuto conto dei finanziamenti, ulteriori rispetto alla quota capitolà, per fondo di riserva e specificità aziendali per 16,219 milioni.

Con riferimento al trasferimento a quota capitolà, i criteri di riparto ordinari già riconoscono a Ferrara oltre 4 milioni per la presenza di un tasso di mortalità superiore ai valori medi regionali.

Azienda USL di Ravenna

Il vincolo di bilancio per Ravenna viene fissato in 13,2 milioni di perdita; Tale valore è fissato tenuto conto dell'assegnazione del f.do di riserva di 14,750 milioni, quota assegnata in continuità rispetto ai piani di rientro dal deficit.

Il percorso di rientro dal deficit strutturale sta celermente portando Ravenna verso una situazione di sostenibilità economico-finanziaria.

Azienda USL di Cesena

La perdita deve essere contenuta entro il limite di 6,5 milioni di euro

Azienda USL di Forlì

La perdita deve essere contenuta entro il limite di 6,5 milioni di euro

Azienda USL di Rimini

L'obiettivo è il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario.

L'Azienda beneficia ancora di un finanziamento per specificità aziendali, per 3,681 milioni, per la presenza straordinaria nel territorio di strutture per recupero dipendenze e per handicap.

Le Direzioni aziendali saranno pertanto impegnate:

- al rispetto dell'obiettivo economico-finanziario così come definito al punto precedente;
- ad un monitoraggio trimestrale in via ordinaria e ad una verifica straordinaria nel mese di settembre;
- alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'articolo 6 dell'Intesa Stato-regioni 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,;

Si segnala che, ai sensi del comma 173 della L. 311/2004 (Legge finanziaria 2005) e dell'articolo 6 della successiva Intesa, il mancato rispetto degli impegni di cui sopra è motivo di decadenza dei Direttori Generali.

Del monitoraggio e della verifica straordinaria dovranno essere informate le Conferenze sociali e sanitarie territoriali

In caso di variazione del complessivo quadro finanziario, la Giunta si riserva di ridefinire gli obiettivi assegnati.

2. Gestione delle risorse umane

Premessa

Anche per l'anno 2007 gli obiettivi sulla gestione delle risorse umane degli enti ed aziende del SSR, dovranno orientarsi su alcune direttrici determinate in gran parte dall'evoluzione del quadro nazionale di riferimento.

In particolare ci si riferisce a:

- la normativa finanziaria diretta a garantire il concorso del SSN alle politiche di governo della spesa del personale;
- il governo della contrattazione integrativa aziendale relativa al biennio economico 2004-2005, sulla base delle linee di indirizzo emanate a livello regionale e secondo criteri di coerenza con le politiche di razionalizzazione della spesa.

Il quadro normativo nazionale di riferimento per la definizione delle politiche delle risorse umane nell'ambito del SSR presenta per l'anno 2007, pur in un contesto generale orientato ancora decisamente all'attento governo e alla razionalizzazione delle spese per il personale, alcune significative novità rispetto al precedente esercizio 2006, volte a consentire una più fedele ed agevole traduzione degli obiettivi nazionali sul livello regionale.

In particolare le disposizioni contenute nella Finanziaria per il 2007 risultano essere il frutto e l'articolata esplicitazione degli intenti espressi nel Patto per la salute sottoscritto in data 28 settembre 2006 tra il Governo e le regioni (punto 4.8), rappresentandone una parte di rilevante importanza per la sua positiva attuazione.

A questo riguardo il Patto ha infatti consegnato alla normativa finanziaria per il 2007 tre fondamentali obiettivi:

- Mantenimento degli obiettivi finanziari connessi al contenimento della spesa per il personale del SSN di cui agli art. 1, comma 98 della legge n. 311 del 2004 e art. 1, comma 198 della legge n. 266 del 2005;
- Semplificazione delle modalità per il conseguimento dei suddetti obiettivi, tramite procedure più aderenti alle specifiche realtà operative regionali;
- Fissazione di regole per la gestione dei fondi contrattuali più coerenti con le dinamiche degli organici, al fine di consentire reali risparmi all'atto della mancata sostituzione di personale cessato dal servizio.

A sua volta l'art. 1, comma 565 della Legge Finanziaria per il 2007, nella sopra richiamata ottica di semplificazione, ha definito il percorso applicativo degli obiettivi fissati dal Patto tramite:

- Adozione di misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP, non superino per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento. A tal fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni;
- Procedure per la rilevazione e successiva revisione delle consistenze organiche aziendali, secondo un programma finalizzato al contenimento della spesa complessiva del personale nell'ambito del quale venga altresì valutata la possibilità di trasformare le posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato;
- Verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di governo della spesa, nell'ambito del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. A tal fine la Regione sarà giudicata adempiente accertato l'effettivo conseguimento dell'obiettivo di diminuzione previsto. In caso contrario la Regione sarà considerata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico.

Gli obiettivi così ridefiniti sostituiscono totalmente quanto precedentemente previsto in materia di gestione e governo della spesa per il personale del SSN dalle Leggi finanziarie per gli anni 2005 e 2006.

Politiche di gestione degli organici e governo della spesa del personale

Le disposizioni finanziarie nazionali ed i relativi obiettivi di governo della spesa del personale sopra citati, saranno tradotti in concrete politiche regionali secondo modalità volte a garantire come obiettivo prioritario l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e

l'evoluzione qualitativa dei servizi assistenziali, in un'ottica di rigore nell'utilizzo delle risorse e di effettiva agibilità delle scelte gestionali.

A tal fine la Regione assume quale obiettivo di riferimento del sistema, in stretta connessione con il mantenimento dell'equilibrio economico complessivo del SSR, garantito dal complessivo quadro finanziario illustrato, l'obiettivo di mantenere la spesa complessiva per le risorse umane nel 2007 nel limite di della spesa relativa all'esercizio 2006; ciò al netto delle spese derivanti dai rinnovi contrattuali, secondo quanto previsto dall'art. 1, comma 199, della Legge 266/2005

Per "spesa complessiva per le risorse umane" si dovrà intendere l'aggregato di spesa costituito dal costo del personale con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato ed a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile (partite IVA, lavoro interinale, ...), o con convenzioni.

Questo tipo di impostazione nella determinazione dell'aggregato di riferimento è funzionale all'adozione di scelte gestionali rivolte al complesso della forza lavoro aziendale e al perseguimento di politiche di stabilizzazione coerenti con gli obiettivi di spesa.

La fissazione dell'obiettivo per ciascuna Azienda coerentemente con l'obiettivo di sistema del mantenimento della spesa dall'esercizio 2006 all'esercizio 2007, tenendo conto dei trend di cessazione del personale e degli incrementi di spesa che si determineranno nel corso del 2007 quale esito delle deroghe autorizzate dalla Regione negli esercizi precedenti, consentirà il perseguimento delle seguenti politiche di gestione degli organici:

- a) Copertura del turn-over nel limite massimo della spesa corrispondente al cinquanta per cento del personale cessato ed in coerenza con l'obiettivo di bilancio fissato all'azienda;
- b) Potenziamento, tramite le risorse derivanti dai risparmi connessi alla parziale non copertura del turn-over, delle politiche stabilizzazione in rapporti di lavoro a tempo indeterminato delle posizioni già ricoperte da personale precario occupato in attività istituzionali. Ciò sulla base di piani pluriennali che saranno adottati sulla base di apposita direttiva regionale.

In relazione al non derogabile obiettivo di sistema di assicurare l'equilibrio economico le singole Aziende articoleranno gli obiettivi richiamati ai punti a) e b) secondo i seguenti criteri:

1. le Aziende che presentano l'obiettivo del pareggio di bilancio, opereranno nell'ambito della spesa per risorse umane, individuando autonomamente lo specifico obiettivo, anche in deroga con quanto previsto al punto a), ferma restando la stretta e necessaria coerenza con il richiamato obiettivo del pareggio e con l'attuazione di quanto previsto al punto b). In caso di verifica infrannuale negativa rispetto al perseguimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio l'azienda sarà tenuta ad adottare le misure di cui al punto 2;
2. le restanti Aziende definiranno lo specifico obiettivo nel limite massimo di quanto previsto dal punto a), secondo una modulazione nella copertura del turn-over che, ferma restando l'attuazione di quanto previsto al punto b), garantisca il raggiungimento dell'obiettivo complessivo di bilancio aziendale fissato con la presente deliberazione. In

caso di verifica infrannuale negativa rispetto al perseguimento dell'obiettivo di bilancio l'azienda sarà tenuta ad adottare ulteriori misure di contenimento della spesa per risorse umane, ivi compreso il blocco del turn-over.

Governo della contrattazione integrativa aziendale

Nell'anno 2007 si integrano le condizioni per la definizione degli accordi integrativi aziendali per tutte le aree del comparto ed in tal senso particolare importanza assume il completamento la piena attuazione delle indicazioni e degli obiettivi contenuti nelle linee di indirizzo regionali.

L'applicazione degli istituti contrattuali e l'impiego delle relative risorse economiche dovranno essere inquadrati in un sistema di generale coerenza rispetto agli obiettivi del SSR, ed aziendali. Per quanto attiene alla programmazione regionale si fa in particolare riferimento agli obiettivi strategici del PSR, alle linee di indirizzo sulla contrattazione integrativa e agli obiettivi di governo e controllo della spesa per il personale descritti nei precedenti paragrafi.

Coerentemente dovrà essere perseguito l'obiettivo della qualità della contrattazione integrativa aziendale, intesa come specifica attenzione agli effetti da essa prodotti sui sistemi professionali aziendali e sulle dinamiche di costo, al fine di garantire la compatibilità delle scelte effettuate con le risorse disponibili.

Dovrà quindi essere favorita la finalizzazione delle risorse economiche ad obiettivi di sviluppo e miglioramento oggettivamente individuati e riscontrabili nella loro realizzazione, attraverso un appropriato uso degli istituti contrattuali che tenda a superare logiche di automatismo e di distribuzione generalizzata. Gli istituti contrattuali dovranno essere finalizzati al governo e contenimento delle liste d'attesa, alla qualificazione dei servizi, all'appropriatezza prescrittiva e prestazionale. Dovranno quindi essere valorizzati i sistemi di incentivazione del personale, tramite un tendenziale incremento delle quote di risorse assegnate sulla base di obiettivi e programmi formalmente definiti, ove la corresponsione della relativa quota di retribuzione premiante sia operata solo a seguito dell'effettiva verifica del conseguimento dei risultati conseguiti, in ciò avvalendosi, con particolare riferimento alle aree dirigenziali, delle opportunità offerte dai CCNL del biennio economico 2004-2005.

I diversi strumenti di gestione delle risorse umane dovranno sempre di più fortemente essere orientati alla valorizzazione delle professionalità aziendali, assicurando una specifica focalizzazione nei confronti delle professionalità operanti nell'ambito delle attività assistenziali, al fine di garantire la piena implementazione delle nuove figure professionali quali l'operatore socio-sanitario, nonché lo sviluppo del sistema delle professioni sanitarie.

La formazione, anche con riferimento al sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM), sarà assunta come elemento strategico per lo sviluppo delle risorse professionali, del saper fare e dell'identità di ruolo all'interno dell'organizzazione, divenendo, quindi, strumento di rafforzamento dei processi di miglioramento organizzativo e di qualità dei servizi.

Al fine del positivo perseguimento degli obiettivi sin qui indicati le Aziende dovranno sviluppare adeguate modalità di tenuta ed elaborazione dei dati e delle informazioni inerenti la gestione delle risorse umane garantendo i necessari raccordi e la piena collaborazione per il migliore funzionamento del sistema informativo regionale.

Libera professione intramuraria

Nel corso dell'esercizio 2007 e nel rispetto delle scadenze previste dalla vigente normativa in materia e dagli accordi intercorsi a livello regionale fra le Regioni ed il Ministero della Salute, le Aziende hanno già provveduto alla predisposizione dei piani aziendali volti a garantire che si realizzino le condizioni previste dell'art. 22 bis della Legge 248/2006 sulla libera professione intramoenia allargata. Tali piani dovranno tradursi nei prossimi mesi in azioni concrete e nella adozione di misure stringenti che rendano certo il rispetto degli obblighi normativi nazionali e delle disposizioni regionali inerenti la materia, con particolare riferimento alla Legge Regionale 29/2004 e alla D.G.R. 54/2002.

3. Politica del farmaco e il governo della spesa farmaceutica

Assistenza farmaceutica ospedaliera

Dai dati rilevati dal Sistema Informativo dedicato all'assistenza farmaceutica ospedaliera, (Flusso AFO) alimentato dalle Aziende sanitarie della regione, emerge che nell'anno 2006 l'incremento percentuale della spesa è stato pari al 7,7% rispetto all'anno 2005. Nello stesso periodo i consumi espressi in DDD sono aumentati del 11,1%, mentre il costo medio per DDD è diminuito del 3%. Tale andamento è dovuto ai provvedimenti AIFA entrati in vigore nel corso dell'anno ma evidenzia anche le azioni di contenimento della spesa operate con le strategie di gara poste in essere dalle Unioni di acquisto delle aree vaste.

L'incremento della spesa è essenzialmente attribuibile a terapie innovative di nuova immissione in commercio. La spesa per farmaci oncologici (atc L01 e L02) occupa il 21% della spesa ospedaliera 2006, ed è incrementata rispetto l'anno 2005 del 14%. Nell'ambito di tale gruppo di farmaci, per un sottogruppo ristretto di farmaci innovativi l'incremento di spesa osservato è pari al 44%.

Altro gruppo di farmaci, il cui uso è stato esteso in progetti di carattere nazionale, sono farmaci immunosoppressivi ed anticorpi monoclonali (atc L04): la spesa per questo gruppo occupa il 6,7% della spesa ospedaliera totale e registra un aumento rispetto al 2005 del 26,8%.

Le strategie di acquisto condotte dalle Aree vaste hanno contrastato l'aumento della spesa per i farmaci posti a gara bilanciando l'aumento dei consumi con un minor costo per DDD: per le eparine le DDD sono cresciute del +22%, mentre la spesa è rimasta invariata; per ace inibitori e sartani le DDD sono incrementate del +21%, mentre la spesa è diminuita del 44%; per gli antibiotici i consumi sono incrementati del +5% e la spesa a loro riferita è diminuita del 6%.

L'incremento elevato nei consumi di alcuni di questi principi attivi deve essere monitorato verificandone la prescrizione rispetto alla reale necessità assistenziale ed alla quota di farmaci direttamente erogata. Per alcuni farmaci si riscontra un incremento di consumi ospedalieri principalmente riconducibile ad un incremento dell'erogazione diretta alla quale tuttavia non corrisponde una flessione dei consumi territoriali, ma anzi un parallelo analogo incremento dei consumi della farmaceutica convenzionata (flusso AFT) . Ne sono

esempi i sartani +15% nel flusso AFT e +46% dei consumi in ambito ospedaliero (flusso AFO); inibitori di pompa +20,5% dei consumi in AFT e +17% dei consumi in AFO. Occorre pertanto valutare attentamente l'effetto induttivo delle diverse espressioni di assistenza farmaceutica.

Al fine di garantire tutti gli strumenti per la promozione dell'appropriatezza e dell'efficienza dell'assistenza farmaceutica, la Regione Emilia-Romagna ha definito l'organizzazione del sistema preposto alla scelta dei farmaci da utilizzare nelle strutture delle Aziende sanitarie e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico della regione Emilia-Romagna nonché nella continuità ospedale-territorio.

Il sistema è composto dai seguenti strumenti:

- il Prontuario terapeutico regionale (PTR), adottato con Delibera di Giunta Regionale e di natura giuridica vincolante per la costruzione dei Prontuari terapeutici provinciali nella parte relativa ai farmaci, in quanto i Prontuari Terapeutici Provinciali possono contenere solo farmaci che siano già inseriti all'interno del PTR;
- i Prontuari terapeutici provinciali (PTP) adottati dalle Aziende sanitarie coesistenti nel medesimo territorio provinciale, vincolanti per la prescrizione nelle strutture delle Aziende USL stesse, delle Aziende ospedaliere, delle Aziende ospedaliere – universitarie e degli Istituti di ricovero e cura, in regime di degenza, nella continuità assistenziale ospedale-territorio e in tutte le articolazioni dell'erogazione diretta previste dalla legge 405/2001;
- la Commissione regionale del farmaco (CRF) avente, fra gli altri, il compito di elaborare ed aggiornare periodicamente il PTR, caratterizzata da una composizione tale da assicurare la presenza di tutte le professionalità necessarie per addivenire all'ottimale elaborazione del PTR
- le Commissioni provinciali del farmaco (CPF) aventi un ambito territoriale di estensione provinciale, composizione multidisciplinare rappresentativa delle principali realtà prescrittive locali, organizzate ed operanti nel rispetto di criteri ed indirizzi omogenei stabiliti dal livello regionale, con il compito, fra gli altri, di provvedere alla formulazione e all'aggiornamento dei PTP, espressione delle esigenze e delle scelte aziendali effettuate all'interno e nei limiti dei farmaci contenuti nel PTR.

L'azione conseguente a tale organizzazione è la definizione delle responsabilità assegnate in ambito aziendale per la verifica di adesione al prontuario e, in generale, per il governo clinico dei farmaci. Tale azione si esplicita in particolare con interventi mirati al controllo dell'uso appropriato dei farmaci innovativi, di recente introduzione in prontuario, per i quali la CRF ha definito documenti di limitazione all'impiego.

Nel percorso prescrittivo dei farmaci in ambito ospedaliero si inseriscono azioni in tema di gestione del rischio con l'obiettivo di garantire al cittadino la sicurezza d'uso derivata da scelte condivise da più professionisti e definite in protocolli di comportamento.

La gestione del rischio clinico nell'assistenza farmaceutica si esprime soprattutto con

- la prescrizione informatizzata intraospedaliera e alla dimissione;
- l'utilizzo del flusso di rilevazione dell'erogazione diretta FED per valutazioni di appropriatezza, impatto sull'induzione territoriale e continuità terapeutica fra prescrizione ospedaliera e prescrizione legata alla medicina convenzionata;

- la definizione regionale di lettera di dimissione, con particolare spazio dedicato alla terapia farmacologica, contenente tutte le informazioni atte a favorire la comunicazione fra lo specialista ed il curante e la comunicazione col paziente che ha subito eventi cardiovascolari acuti;
- la partnership del farmacista con il medico ospedaliero per la diminuzione del rischio clinico legato al farmaco in un'ottica di appropriatezza, ma soprattutto di sicurezza d'uso
- la formazione specifica dei farmacisti ospedalieri e territoriali sui temi legati alla gestione del rischio clinico farmacologico.

Assistenza farmaceutica convenzionata

Nel 2006 la spesa farmaceutica convenzionata netta è aumentata dell'1,9% rispetto al 2005, parallelamente si stima dai dati su 11 mesi che l'aumento dei consumi su base annuale sia del 5,8%. Le manovre di ripiano introdotte dall'AIFA nel 2° semestre 2006 hanno permesso di contenere lo sfondamento previsto ad inizio anno per controbilanciare l'aumento dei consumi. Come sempre la categoria di farmaci più prescritta è quella legata all'apparato cardiovascolare che rappresenta il 43,5% della spesa farmaceutica complessiva, seguono i farmaci dell'apparato digerente che impegnano il 13,6% della spesa, poi gli antimicrobici (9,2%) e i farmaci del sistema nervoso (9,8%).

Nell'anno 2007 le azioni da intraprendere sono essenzialmente legate:

- al contenimento della spesa facendo ricorso alla promozione del farmaco generico ed all'uso del generico nella stessa categoria terapeutica promuovendo l'adozione dei lavori sulle equivalenze terapeutiche e i principi attivi a minore costo medio per DDD all'interno del gruppo di medicinali aventi lo stesso obiettivo terapeutico, anche negli accordi con i Medici di Medicina Generale (MMG);
- al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con azioni orientate alla promozione dell'informazione e formazione ai MMG e Pediatri di Libera Scelta sugli shift prescrittivi promossi dall'industria verso false novità introdotte sul mercato allo scopo di vanificare l'effetto della perdita del brevetto;
- all'informazione sui costi delle molecole di nuova introduzione rispetto ai trattamenti di riferimento e di uso consolidato (es. antidepressivi e dolore neuropatico);
- alla valutazione dell'inappropriatezza prescrittiva in un'ottica di promozione della sicurezza in popolazioni definite ad alto rischio (es. anziani, bambini, donne in gravidanza);
- alla sperimentazione della prescrizione per principio attivo da parte dei pediatri di libera scelta.

L'obiettivo del perseguimento della qualificazione e del miglioramento dell'assistenza farmaceutica convenzionata, dati i punti sopra descritti, deve essere assegnato a più soggetti sanitari che in gruppi multiprofessionali definiscano gli obiettivi da comunicare e affrontare con le diverse categorie professionali: MMG, PLS, Medici specialisti ed ospedalieri, farmacisti dipendenti SSR e convenzionati, infermieri ecc.

A tal fine gli istituti contrattuali riferiti alla parte variabile delle competenze del personale, dipendente e convenzionato, dovranno essere correlati al raggiungimento di tali obiettivi.

Nell'anno 2007 sono attivi i progetti legati alla prevenzione cardiovascolare primaria, tramite la diffusione delle carte del rischio, della prevenzione delle recidive in pazienti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari. I farmaci legati a tali patologie rappresentano quasi la metà della spesa farmaceutica convenzionata come già descritto e sono destinati a crescere per molti fattori anche legati alla mancata adozione di corretti stili di vita. E' ritenuta imprescindibile la lettura congiunta ed integrata di dati provenienti dalle diverse forme di assistenza sanitaria al fine di intervenire a più livelli sia nella comunicazione del rischio cardiovascolare sia nella promozione di comportamenti positivi nella popolazione.

Continuità ospedale-territorio

Nel 2006 la spesa per farmaci di fascia A direttamente erogati dal Servizio Sanitario Regionale è aumentata del 10,3% rispetto al 2005. Questo ha contribuito al contenimento dello sfondamento della spesa farmaceutica complessiva rispetto al tetto del 16% indicato dalla normativa vigente. Tali misure organizzative hanno raggiunto una situazione di equilibrio per la presa in carico del paziente complesso a cui viene fornita una forma di assistenza e consulenza farmaceutica che si affianca e sostiene l'assistenza medica. Si ritiene pertanto che l'assistenza farmaceutica che si esercita tramite l'erogazione diretta sia oggetto di evoluzione e monitoraggio con l'adozione di forme di collaborazione con le farmacie convenzionate che si è concretizzata con la stipula di un accordo di distribuzione per conto sulle molecole del prontuario ospedale territorio (PHT).

Si ritiene opportuno stabilizzare l'erogazione diretta alla quota di farmaci dell'elenco del PHT, fatto salvo il mantenimento in carico del paziente complesso politrattato e polipatologico.

E' importante approfondire il governo e la verifica della quota di assistenza farmaceutica direttamente erogata in case protette, RSA per la promozione di progetti di farmacovigilanza e sicurezza nell'uso dei farmaci.

Sempre più sentita è la definizione di un patto fra cittadino ed i soggetti responsabili dell'assistenza operanti all'interno e in convenzione con il SSR, per il miglioramento dell'adesione alla terapia e per il corretto uso dei farmaci (pluriprescrizione, politerapia, interazioni fra farmaci, terapie croniche che vengono assunte in modo discontinuo).

Tutte le azioni sopra descritte richiedono la definizione di un set di indicatori per il monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici in accordo con gli obiettivi nazionali legati al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS Mattone prescrizioni farmaceutiche) e legati alle tre forme di assistenza farmaceutica: convenzionata, ospedaliera e direttamente erogata e connessi con il progetto nazionale sulla tracciabilità dei farmaci. Tale sistema strettamente legato all'utilizzo dei flussi informativi regionali AFT, AFO e FED deve essere la base per le valutazioni di appropriatezza d'uso, la verifica dell'efficacia degli interventi adottati e l'impostazione del sistema dei controlli.

La spesa farmaceutica territoriale regionale pro capite pesata dell'anno 2006 al netto della mobilità infra ed interregionale (stimata sulla base dei valori 2005), tenuto conto della farmaceutica convenzionata e dell'erogazione diretta è stata di 236,5€. Il calcolo considera anche l'erogazione diretta di farmaci di qualsiasi fascia di rimborsabilità fornita dalle aziende ospedaliere, il cui impegno è stato valutato nell'ambito territoriale dell'Azienda UsI della provincia corrispondente. Si scostano da questo valore di spesa 5 Aziende USL che hanno una spesa farmaceutica territoriale il cui valore è posizionato al di sopra della media regionale (Parma, Modena, Bologna, Ferrara, Cesena). Risulta necessario che esse

tendano nel corso del 2007 verso il valore di spesa regionale sopra riportato. Data la diversa complessità ed il diverso livello organizzativo delle Aziende citate si precisa che le strategie da adottare sono da ricercare nella combinazione delle indicazioni che sono state descritte. In particolare l'AUSL di Parma ha mostrato un trend di abbattimento della spesa convenzionata verificabile anche nei primi mesi del 2007, che va mantenuto e consolidato; l'AUSL di Ferrara ha mostrato un innalzamento della spesa territoriale solo nell'anno 2006 che si ritiene possa essere governato con azioni di collaborazione con la medicina generale, considerando la forte presa in carico dei pazienti complessi che è stata posta in atto negli anni precedenti; le AUSL di Modena, Cesena e Bologna hanno valori di spesa che richiedono azioni a lungo termine e strategie di collaborazione con le professioni convenzionate al fine di strutturare un contenimento della spesa che faccia leva anche sulla comunicazione col cittadino.

4. Politiche d'acquisto di beni e servizi: interventi in area vasta e tramite l'Agenzia regionale Intercent-ER

Le politiche delle Direzioni aziendali in materia di acquisto di beni e servizi per il 2007 vengono definite in continuità con gli anni precedenti:

- contenimento dell'incremento dei costi in misura complessivamente compatibile con il complessivo obiettivo di bilancio fissato per le diverse aziende;
- sviluppo delle Aree Vaste quale dimensione territoriale funzionale alla messa in rete dei diversi gradi di specializzazione maturati a livello di singola azienda;
- stretto collegamento con l'Agenzia regionale INTERCENT-ER quale strumento a sostegno delle strategie di acquisto del servizio sanitario regionale.

Le prospettive di sviluppo delle Aree Vaste come luogo della integrazione tra le aziende sanitarie per l'esercizio congiunto della funzione specifica di approvvigionamento di beni e servizi dovranno essere orientate ad elevare il grado di aggregazione della domanda fino ad ora registrato; dovranno pertanto essere promosse procedure di gara che coinvolgano intere categorie merceologiche.

Nel 2007 in particolare

- dovranno essere valutati tra gli ambiti di acquisto comune anche i dispositivi medici e le forniture in service,
- e introdotti comuni sistemi di monitoraggio circa i risultati conseguiti.

Le relazioni con Intercent-ER dovranno essere sviluppate in coerenza con il Piano di attività definito per l'agenzia per il 2007, ampliando le iniziative in aggregazione a livello regionale della domanda.

Obiettivo specifico per il 2007 è l'ulteriore sviluppo dell'utilizzo dell'e-procurement da parte delle Aziende sanitarie, con una forte spinta all'adozione di nuovi strumenti quali mercato

elettronico e gare telematiche. La piena operatività del mercato elettronico e l'utilizzo del portale regionale quale supporto per l'esperimento di gare telematiche aziendali devono essere introdotti quale ulteriore mezzo di snellimento delle procedure amministrative.

Si prevede pertanto l'avvio e la conclusione entro il 2007 di almeno una procedura telematica con il supporto di Intercent-ER e di almeno dieci acquisti mediante mercato elettronico quale obiettivo specifico per ogni Area.

5. Riorganizzazione dei laboratori per aree sovra-aziendali

Si ribadiscono gli obiettivi di concentrazione della produzione analitica, già presenti nella programmazione regionale, con gli obiettivi di:

- consolidamento e miglioramento della qualità del servizio reso;
- miglioramento dell'efficienza di produzione;
- miglioramento dell'efficienza allocativa.

Inoltre rispetto a tali obiettivi le aziende renderanno l'avanzamento per l'anno in corso.

Poiché nel corso di questi anni l'implementazione della concentrazione è avvenuta secondo diversi criteri e con diversi orizzonti, le aziende sono tenute a:

- esplicitare il livello di concentrazione che sarà raggiunto al compimento delle azioni in corso e le opportunità di maggiori centralizzazioni nell'ambito dell'Area Vasta;
- esplicitare le efficienze attese secondo l'attuale piano e quelle raggiungibili con l'allargamento dell'ambito di centralizzazione;
- indicare gli investimenti iniziali che permettono il miglioramento delle efficienze ipotizzabili di cui al punto precedente.

6. Politiche di risparmio energetico e rispetto ambientale; politiche tariffarie e fonti energetiche

Considerata la rilevanza sociale ed anche sanitaria, in termini di prevenzione primaria, delle politiche ambientali ed energetiche, visti i mutamenti intervenuti nel quadro legislativo di riferimento, preso atto del nuovo Piano Energetico Regionale (deliberazione di Giunta n. 6 del 10/01/2007), viene attivato il programma regionale "Il sistema sanitario regionale per uno sviluppo sostenibile". Il programma prevede, per l'anno 2007, essenzialmente lo sviluppo di due progetti :

- Qualificazione dei consumi energetici ed innovazione tecnologica nelle Aziende sanitarie;

- Miglioramento continuo del processo di gestione ambientale in particolare in materia di trattamento dei rifiuti sanitari con riduzione delle quantità prodotte;

le cui finalità si richiamano esplicitamente al "Protocollo di Kyoto" ed alla "Dichiarazione di Johannesburg".

Fermo restando la necessaria coerenza complessiva del progetto "Qualificazione dei consumi energetici ed innovazione tecnologica nelle Aziende sanitarie" con il sopra richiamato Piano Energetico Regionale, i principali obiettivi dello stesso progetto sono sinteticamente declinabili in:

- a) individuazione delle migliori strategie per l'approvvigionamento energetico allo scopo di ottimizzare, a parità di garanzia di continuità nella fornitura di energia, il risparmio economico;
- b) applicazione della normativa nazionale e regionale in materia di rendimento energetico del patrimonio immobiliare delle Aziende sanitarie con l'obiettivo di minimizzare l'impatto tecnico-economico e di massimizzare il risparmio energetico;
- c) supporto nell'accesso agli incentivi previsti dalla normativa regionale, nazionale ed europea per il contenimento dei consumi e l'uso delle fonti rinnovabili;
- d) predisposizione di linee guida per l'informazione, l'orientamento e la sensibilizzazione all'uso razionale dell'energia nelle Aziende sanitarie
- e) promozione della partnership tra Aziende sanitarie, Università ed imprese per il trasferimento delle innovazioni tecnologiche riguardanti l'uso razionale dell'energia in Sanità.

Il progetto "Rifiuti sanitari: miglioramento continuo del processo di gestione e riduzione delle quantità prodotte" si qualifica attraverso il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- a) governo del processo di gestione dei rifiuti;
- b) adeguamento dei comportamenti delle Aziende sanitarie verso gli standards più elevati;
- c) riduzione della quantità e della pericolosità dei rifiuti prodotti;
- d) accrescimento della quota di rifiuti avviati a recupero;
- e) miglioramento degli standard di igiene ospedaliera, in relazione alla riduzione del rischio infettivo associato alla produzione e manipolazione dei rifiuti;
- f) riduzione dei costi di gestione.

Gli obiettivi sono più immediatamente raggiungibili con una logica di "Sistema Regione", ossia attraverso una strategia condivisa tra i competenti Servizi regionali facenti capo alle Direzioni Generali Sanità e politiche sociali, Attività produttive, commercio e turismo, Ambiente, difesa del suolo e della costa, l'ARPA, Intercenter e le Aziende sanitarie.

Nella fattispecie le azioni che le Aziende sanitarie devono intraprendere per il perseguimento degli obiettivi in campo energetico ed ambientale sono:

- a) privilegiare soluzioni progettuali, costruttive, organizzative e gestionali che siano allineate con quanto richiamato dal "Protocollo di Kyoto" e dalla "Dichiarazione di Johannesburg";
- b) avviare percorsi per la diagnosi e la certificazione energetica degli edifici;
- c) avviare un Sistema di Gestione Ambientale (SGA) nell'ottica della certificazione ambientale delle Aziende;
- d) rendere disponibili, a livello regionale, i dati informativi relativi alla gestione ambientale, con particolare riferimento agli aspetti riguardanti energia elettrica e termica e rifiuti, allo scopo di individuare la "best performance";
- e) rendere disponibili immobili ed impianti per eventuali e condivise sperimentazioni di innovazione tecnologica, per la qualificazione dell'uso dell'energia e/o la riduzione dell'impatto ambientale; ovviamente restando ferma l'assoluta e prioritaria garanzia della sicurezza e continuità delle prestazioni sanitarie;
- f) riconoscere e valorizzare il ruolo degli Energy Manager e dei Referenti aziendali per la gestione dei rifiuti;
- g) rendere disponibili risorse professionali allo scopo di istituire Gruppi Tecnici Regionali con specifiche competenze tecnico amministrative in materia di energia ed ambiente ;
- h) informare, orientare e sensibilizzare gli operatori sanitari in materia di energia d ambiente per uno sviluppo sostenibile;
- i) affermare nel bilancio di missione l'impegno aziendale per uno sviluppo sostenibile.

7. Innovazione tecnologica

L'Osservatorio Regionale dell'Innovazione

La costante e tempestiva innovazione tecnologica ed organizzativa nei contesti clinico-assistenziali è elemento indispensabile per la sostenibilità del Servizio sanitario regionale.

In attuazione delle indicazioni del Piano Sociale e Sanitario 2007-2009 riguardo alla ricerca e l'innovazione nel SSR, l'Agenzia Sanitaria Regionale congiuntamente alle Direzioni Generali ed ai Collegi di Direzione delle Aziende sanitarie ed avvalendosi della collaborazione delle Università, costituirà un Osservatorio regionale dell'Innovazione (ORI) come parte integrante del PRI-ER.

Questa iniziativa ha lo scopo di consentire una precoce individuazione delle tecnologie emergenti e di valutarne le possibili implicazioni sia riguardo ad efficacia, accessibilità, ed appropriatezza clinica, sia riguardo al loro atteso impatto organizzativo ed economico, inclusa l'analisi delle economie di scala e di scopo, della distribuzione sul territorio e della loro collocazione ottimale, tenendo conto delle condizioni di accessibilità geografica e delle eventuali sinergie con servizi ed attività preesistenti.

Questi obiettivi verranno prioritariamente considerati per le proposte di adozione da parte delle Aziende sanitarie delle cosiddette alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche, che presentano alti costi di investimento e di gestione, oltre ad un elevato impatto sugli aspetti sopra menzionati e sui profili di cura dei pazienti.

L'ORI comprenderà quindi anche la valutazione a livello regionale di piani di innovazione tecnologica ed organizzativa elaborati dalle Aziende sanitarie a livello di area vasta, ai fini di una complessiva verifica del fabbisogno, delle implicazioni sul versante clinico, organizzativo, economico, oltre che delle ricadute per il Servizio sanitario regionale sul piano della ricerca e della formazione professionale.

Le aziende concorreranno pertanto, nel 2007, con le proprie Direzioni e i Collegi di Direzione Aziendali, alle attività che il costituendo Osservatorio sull'Innovazione avvierà nel corso del 2007, in modo da costruire un sistema regionale di horizon scanning per l'individuazione di tecnologie emergenti e la valutazione preliminare del loro impatto sul Servizio Sanitario Regionale.

I piani di innovazione tecnologica e organizzativa concernenti l'adozione di alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche utilizzeranno le valutazioni di cui sopra, evidenziando:

- la coerenza con la programmazione dello sviluppo dei servizi in area vasta.
- gli strumenti organizzativi e di monitoraggio dell'attività che assicuri la definizione corrente di appropriatezza,
- la fattibilità e sostenibilità economica e il livello di efficienza giudicato accettabile.

Le aziende inoltre sosterranno attivamente le iniziative di monitoraggio dell'uso di tecnologie diagnostiche o terapeutiche già operative o in fase di avvio a livello regionale, con particolare riferimento ai registri finalizzati a rilevare le indicazioni di utilizzo di specifici device (defibrillatori impiantabili, pacemaker, stent, protesi d'anca), farmaci oncologici, procedure diagnostiche di particolare rilievo (TAC multistrato per la diagnostica coronarica e PET), promuovendo la coerenza degli obiettivi di budget con i livelli assistenziali che abbiano evidenza di efficacia

Percorsi assistenziali per i pazienti con infarto miocardico acuto

Nel corso degli ultimi anni, su stimolo della Commissione Cardiologica e Cardiochirurgica Regionale, sono state avviate significative iniziative a livello aziendale che hanno affrontato il tema dei percorsi assistenziali per i pazienti con infarto miocardico acuto. Queste iniziative hanno promosso una generale ridefinizione delle relazioni organizzative e funzionali tra servizi territoriali ed ospedalieri coinvolti nella assistenza di questi pazienti, con una specifica attenzione al favorire l'erogazione tempestiva degli interventi di riconosciuta efficacia clinica, in particolare della angioplastica primaria, o attraverso l'invio immediato dei pazienti presso i centri di emodinamica di riferimento nelle reti provinciali, o mediante il loro trasferimento tempestivo presso i medesimi centri quando assistiti in prima istanza da ospedali senza la disponibilità in sede di questi servizi.

I dati disponibili sembrano indicare, almeno per alcune delle realtà regionali, come questi sforzi stiano ottenendo significativi risultati in termini di riduzione della mortalità per i pazienti con infarto miocardico acuto.

Obiettivi per le aziende per il 2007

E' importante che le aziende mantengano una vigile attenzione su questo specifico ambito assistenziale, consolidando i processi di riorganizzazione dei servizi già avviati e sorvegliandone gli effetti sui pazienti e sulla stessa funzionalità dei servizi. In particolare appare opportuna una valutazione del ruolo nella rete assistenziale delle unità di terapia intensiva coronarica collocate presso centri privi di emodinamica che, in ragione delle caratteristiche dei percorsi assistenziali implementati, possono vedere sostanzialmente modificata la tipologia dei pazienti ricoverati.

8. Gestione del rischio - Le coperture assicurative

Lo stato dell'arte

La nostra Regione ha affrontato già da tempo il tema della gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie proponendo metodi e strumenti per affrontare il problema e attivando sperimentazioni cui tutte le Aziende Sanitarie della Regione hanno variamente partecipato.

Cultura

In particolare gli operatori sono stati esposti a paradigmi culturali innovativi che valorizzano, oltre alla competenza dei singoli, la gestione e il monitoraggio continuo degli assetti organizzativi, la pratica delle scelte di opportunità e appropriatezza delle cure e la valorizzazione della valutazione continua delle performance tecnico professionali a scopo di miglioramento.

Gli elementi teorici ed operativi di riferimento sono rappresentati dagli approcci e strumenti del 'governo clinico', dell'accreditamento e della formazione continua in medicina.

Metodi e strumenti

Sono stati proposti e sperimentati nei sistemi aziendali strumenti specifici che mirano a facilitare la individuazione e la valutazione dei rischi (incident reporting, analisi delle modalità di errore e guasto, analisi delle cause profonde degli incidenti) , il suo trattamento (valutazione e introduzione di buone pratiche cliniche, tecniche di audit clinico e del miglioramento continuo) e la loro prevenzione, con particolare attenzione al campo specifico del rischio biologico, farmacologico -che hanno fruttato specifiche iniziative di prevenzione delle infezioni ospedaliere e dell'errore nella prescrizione/somministrazione della terapia- e legato al buon uso del sangue .

Sono stati sviluppati e dati in dotazione alle aziende sistemi informatizzati per la rilevazione di alcuni dei fenomeni di interesse sopra descritti, quali le segnalazioni dei cittadini (reclami – elogi), gli incidenti e near miss, la valutazione delle performance attraverso tecniche di analisi delle banche dati amministrative, l'occorrenza di sinistri.

L'attività di costruzione del consenso e comunicazione con i pazienti hanno avuto attenzione e sviluppo e l'attività di mediazione dei conflitti ha oggi la possibilità di realizzarsi in ogni azienda.

Anche l'attività effettuata per la sicurezza nei luoghi di lavoro, in particolare le azioni di prevenzione del rischio biologico sugli operatori; i confronti in merito di destinazione d'uso dei locali e sicurezza elettrica; gestione dei dispositivi medici e dispositivi di protezione individuale, ha ricevuto vantaggi dalla messa in rete con attività rivolte ai pazienti.

Aspetti organizzativi

Hanno già avuto attenzione, nelle linee di indirizzo all'atto aziendale, le problematiche relative al cambiamento della missione dei servizi di medicina legale; sono state effettuate riflessioni e proposte in merito ai rapporti con gli assicuratori e i broker; tutte le aziende sanitarie hanno attivato modalità sperimentali di avvio della funzione di gestione del rischio e alcune hanno prodotto piani specifici.

Gli obiettivi

Le aziende sanitarie e gli operatori, per diventare protagonisti di una autonoma capacità di gestione del rischio e di promozione della sicurezza, debbono ora far sì che le attività di promozione e sperimentazione si trasformino in modalità sistemiche di gestione e organizzazione capaci di affrontare i numerosi problemi che il miglioramento della sicurezza delle cure comporta.

Obiettivo prioritario per tutte le aziende sanitarie, coerentemente a quanto rappresentato nelle linee di indirizzo sul tema della gestione del rischio già da tempo in possesso delle aziende medesime è di pervenire allo sviluppo della funzione aziendale di gestione del rischio, in termini organizzativo e funzionali.

Ogni azienda dovrà predisporre un piano- programma espressivo della situazione di partenza, di obiettivi di breve e medio periodo e relativi indicatori, al fine di connettere la valutazione dei rischi con azioni risultato opportune, sostenibili e documentabili. Tale piano, coerente con i percorsi di sviluppo/ adeguamento organizzativo tecnologico e strutturale per l'autorizzazione e l'accreditamento, nonché con l'approccio al governo clinico in riferimento alla verifica della performance clinica, dovrà contenere indicazioni:

- per una gestione reattiva del caso in circostanza di incidente e la analisi delle cause di quelli più significativi, con i metodi e gli strumenti allo scopo già forniti alle aziende (indicatori, audit, root cause analysis, ascolto e comunicazione con il paziente i famigliari e i cittadini....)
- per l'implementazione di approcci proattivi al rischio, quali le modalità di coinvolgimento del Collegio di Direzione, la segnalazione volontaria degli incidenti a livello aziendale, la partecipazione al Monitoraggio Nazionale degli eventi sentinella, l'utilizzo di altre tecniche di individuazione- analisi dei rischi...
- per la realizzazione del sistema di gestione del contenzioso; definizione del processo e delle strutture coinvolte (medicina legale,uffici legali, direzioni sanitarie comitati di analisi dei sinistri...), utilizzo del data base per le registrazioni dei casi, rapporti con i broker e le assicurazioni....

Annualmente dovrà poi essere realizzato un report di sintesi che integri i contributi dei vari attori organizzativi e realizzi una valutazione complessiva dei passi realizzati , in termini di processo e risultati. I contenuti di tale reportistica costituiscono elementi utili alla integrazione del Bilancio di Missione aziendale.

Dovrà essere inoltre facilitata la partecipazione degli operatori ai gruppi di progetto regionali e la sperimentazione in contesto locale delle iniziative e proposte che produrranno. Oltre al mantenimento degli strumenti adottati e dei risultati acquisiti negli ambiti già descritti, ora sono oggetto di particolare attenzione:

- l'allargamento della funzione della mediazione nelle aziende sanitarie per l'ascolto 'profondo' dei pazienti, particolarmente in caso di recriminazioni, anche a sostegno della attività dei professionisti;
- l'attenzione alla corretta tenuta dei documenti sanitari e allo sviluppo di una effettiva partnership col paziente nella valutazione di rischi e vantaggi dei trattamenti proposti.
- l'acquisizione di capacità di valutazione dei sinistri e conciliazione da esercitarsi dalla azienda in autonomia o in collaborazione con gli assicuratori.

Nel processo di accreditamento verrà, con cadenza annuale, integrata una apposita intervista che tenderà a cogliere il grado di realizzazione del sistema di gestione del rischio e la sua evoluzione del tempo, con riferimento all'insieme delle aziende sanitarie regionali. Tale intervista è già stata effettuata in via sperimentale.

Le coperture assicurative

Quale corollario delle considerazioni sin qui esposte, e quale diretta conseguenza del nuovo approccio assunto rispetto al tema del governo del rischio clinico, sta la nuova architettura - prevista su scala regionale – a cui il sistema delle coperture assicurative dovrà tendere nelle Aziende del SSR. A tal fine, entro 30 gg dall'approvazione del presente provvedimento la Giunta regionale provvederà ad emanare specifiche linee di indirizzo a cui le aziende dovranno attenersi.

9. I piani aziendali di contenimento dei tempi di attesa

La produzione dei piani di contenimento dei tempi di attesa definisce gli obiettivi di processo delle aziende in questo campo, essendo gli obiettivi di risultato costituiti dal mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni monitorate entro i limiti definiti.

Fermi restando gli obiettivi già definiti con la deliberazione della Giunta Regionale, entro i primi 6 mesi del 2007 le aziende produrranno evidenze di:

- distinzione delle prime visite e dei controlli secondo la definizione operativa contenuta nella 1532;
- le economie realizzate ovvero gli incrementi di produzione derivanti dall'implementazione di quella distinzione;
- pianificazione annuale della produzione fissa e delle variazioni stagionali e delle modalità previste per la flessibilizzazione quantitativa della produzione anche ai fini della garanzia delle prestazioni prioritarie;

- piano dell'informatizzazione della refertazione ambulatoriale e del collegamento alla funzione di prenotazione della gestione delle liste di attesa per ricovero e del collegamento con la refertazione di cui al precedente punto e di quella di sala operatoria.

Relativamente ai tempi di attesa per i ricoveri programmati, le azioni aziendali per l'anno 2007 dovranno mirare in primo luogo al raggiungimento, o al consolidamento, degli obiettivi concordati a livello nazionale secondo le specifiche della D.G.R. 1532/2006: in particolare dovrà essere posta particolare attenzione alla definizione della data di prenotazione come data alla quale il paziente, in particolare il paziente oncologico, abbia completato i trattamenti chemioterapici o radioterapici preintervento o le indagini diagnostiche necessarie per porre la indicazione definitiva all'intervento stesso. Sempre in ambito oncologico, nello specifico dell'intervento di asportazione radicale della prostata nei carcinomi prostatico, sono in corso di definizione le indicazioni specifiche, come preannunciato dalla D.G.R. 1532/2006, sulla base delle quali provvedere alla definizione dei piani aziendali.

Al fine di permettere una rendicontazione sempre più affidabile a livello nazionale circa l'andamento dei tempi di attesa nella nostra regione e per disporre dei dati relativi alla gestione delle liste a livello aziendale, perseguendo un ulteriore innalzamento del livello di equità e trasparenza del sistema e la ottimizzazione nella organizzazione delle risorse chirurgiche, si rende sempre più evidente la necessità di consolidare nelle diverse Aziende regionali un sistema di gestione informatizzata delle liste, così come indicato dal livello regionale già con D.G.R. 557/2000.

I risultati delle analisi condotte nell'ambito del progetto SIGLA (Sistema Integrato Gestione Liste di Attesa), progetto che rappresenta la componente relativa alle liste di attesa per i ricoveri del Progetto Sole, relativamente a 7 Aziende regionali hanno mostrato come, allo stato attuale, il livello di informatizzazione della gestione delle liste dei ricoveri si presenti fortemente disomogeneo, con realtà ancora gestite unicamente su base cartacea. Il progetto SIGLA ha mirato prevalentemente a definire condizioni di fattibilità, limitandosi a prendere in considerazione la gestione delle liste di attesa in ortopedia, che da ragione di oltre il 30% delle giornate di attesa rilevante retrospettivamente da SDO, nelle strutture pubbliche di 7 Aziende: nel corso del 2007 è previsto l'allargamento a tutto l'ambito regionale e l'avvio della progettazione per un'ulteriore disciplina. Il progetto regionale, che mira a mettere a disposizione informazioni per una gamma di soggetti secondo una logica che privilegia trasparenza, equità ed efficienza, non potrà realizzarsi se non a seguito della introduzione di modalità di gestione informatizzata delle informazioni sulla gestione delle liste.

E' pertanto indispensabile che tutte le Aziende provvedano a programmare gli interventi necessari a raggiungere un obiettivo di gestione informatizzata delle liste di attesa dei ricoveri per l'anno 2007, finalizzata anche alla fattiva collaborazione ai progetti regionali.

10. Accordi con i medici di medicina generale

Gli strumenti messi a disposizione dall'accordo regionale con i medici di medicina generale, opportunamente declinati per le specificità locali attraverso la trattativa aziendale, sono finalizzati alla modificazione organizzativa dell'assistenza primaria e delle relazioni che questa intrattiene con gli altri livelli di assistenza sanitaria e sociale così

come vengono delineati dalla proposta di piano sanitario e sociale e dai documenti attuativi del piano e della riorganizzazione del SSR prevista dalla LR 29/2004

Le aziende pertanto avvieranno il processo di ridisegno organizzativo e funzionale in modo da raggiungere entro l'anno 2007 i seguenti obiettivi:

- definizione dei nuclei delle cure primarie dai punti di vista:
 - strutturale: definizione, in accordo con i criteri localmente individuati in sede di trattativa, delle sedi di riferimento dei NCP in modo flessibile e congruente con le caratteristiche dei diversi ambiti territoriali
 - funzionale: indicazione dei contenuti dell'attività organizzativa pertinente ai NCP, declinata localmente secondo gli specifici livelli di sviluppo dell'assistenza primaria, e comunque attinenti almeno alle linee del miglioramento dell'assistenza farmaceutica, dell'accesso all'assistenza specialistica e della programmazione dell'assistenza alla cronicità
- indicazione delle modalità di funzionamento dei NCP, con gli strumenti aziendali messi a disposizione relativamente a:
 - relazioni organizzative specificamente previste per il sostegno dell'attività organizzativa dei NCP (servizi aziendali e dipartimentali che contribuiscono alla definizione delle politiche dei nuclei, di coordinamento dei comportamenti professionali – ivi inclusa la formazione funzionale alla riorganizzazione – servizi di monitoraggio per la verifica delle linee adottate, ecc.)
 - relazioni organizzative previste per l'erogazione dei servizi degli NCP (definizione dei livelli di integrazione tra gli NCP e i servizi delle Cure Primarie e degli altri dipartimenti territoriali)
- entro i primi sei mesi del 2007 sarà definito il piano di implementazione del collegamento al progetto SOLE unitamente al piano di superamento delle eventuali carenze dei sistemi informativi che rendano il collegamento non sufficientemente operativo
- coerentemente a dette definizioni saranno anche indicate, entro il corrente anno, le modalità di verifica del funzionamento degli NCP

11. Lungodegenza

La attività afferente all'area della lungodegenza nasce, nella nostra regione (D.G.R. 1455/97), con l'esplicito obiettivo di diversificare l'offerta assistenziale all'interno degli ospedali pubblici e privati secondo un principio di appropriatezza correlato alla stratificazione dei bisogni assistenziali avendo a riferimento tre tipologie prevalenti di pazienti: pazienti in fase post-acuzie non stabilizzati che, a seguito della fase acuta di definizione diagnostica e trattamento della patologia responsabile del ricovero, presentano pluripatologie e/o instabilità clinica(PA); pazienti in fase post-acuzie stabilizzati che richiedono assistenza continuativa di tipo prevalentemente infermieristico (L); pazienti che hanno recuperato un buon compenso clinico, ma nei quali persistono limitazioni nelle condizioni di autosufficienza che richiedono un periodo di riabilitazione (RE). Già la D.G.R.

1455/97 sottolineava inoltre l'obiettivo di consolidare e qualificare il sistema organizzato a rete fra i vari servizi sanitari e socio-sanitari avviato con la LR 5/94.

Dalle diverse verifiche cui tale area è stata sottoposta da parte del livello regionale sono emerse criticità che hanno portato alla definizione di precisazioni attuative oltre che alla miglior individuazione degli elementi con i maggiori caratteri di criticità.

La ulteriore verifica attualmente in corso, promossa dal livello regionale anche per rispondere alle istanze delle Aziende, si incentra prevalentemente sulla necessità di portare a sistema, in una logica di risposta più appropriata, elementi innovativi emersi dalla pratica organizzativa aziendale e tendenti a promuovere i migliori livelli di integrazione del sistema socio-sanitario in un'ottica, di nuovo, di stratificazione dei bisogni assistenziali, con un'enfasi molto marcata sulla necessità di individuare modelli assistenziali omogenei per rispondere a bisogni omogenei e sulla continuità delle cure da realizzare tenendo conto della complessità dei bisogni socio-familiari oltre che di quelli sanitari, prioritariamente attraverso la dimissione protetta. Ciò mantenendo un elevato livello di attenzione agli aspetti di valorizzazione della responsabilità organizzativa e gestionale del personale infermieristico, ferme restando le attribuzioni in tema di responsabilità clinica.

Poiché dalle attività di verifica succitate deriveranno indicazioni di sistema e specifiche, le Aziende Sanitarie saranno chiamate, già a partire dal 2007, alla loro applicazione.

12. Il Sistema informativo

Per il 2007 sono confermati gli obiettivi 2006.

Si richiamano in modo specifico gli obiettivi che riguardano gli adempimenti nazionali al cui rispetto è vincolato l'accesso a quote di Fondo Sanitario Nazionale

1) monitoraggio della spesa sanitaria (art. 50 legge 326/2003)

Terminata la distribuzione della nuova Tessera Sanitaria è iniziata la fase di rilevazione della spesa farmaceutica e della spesa per le prestazioni ambulatoriali. Il 19 dicembre 2006 il Ministero dell'Economia e Finanze ha approvato la richiesta di adesione al comma 11 della Regione Emilia-Romagna per il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale il che comporta che la trasmissione mensile dei dati sia a carico della regione per tutte le Aziende. Il monitoraggio della spesa ai sensi dell'art.50 rientra tra gli adempimenti previsti ai fini dell'accesso a quote del Fondo Sanitario nazionale. Pertanto rispetto alle criticità riscontrate si esplicitano i seguenti **obiettivi 2007**:

- completezza della rilevazione mensile;
- trascrizione del codice a barre della ricetta

Il raggiungimento di questi obiettivi è condizionato da una gestione completamente informatizzata della prenotazione ed erogazione dell'attività specialistica ambulatoriale. Contestualmente al monitoraggio della spesa è necessario garantire la qualità e l'aggiornamento delle anagrafiche di supporto:

- anagrafe assistiti
- anagrafe esenzioni
- anagrafe medici prescrittori
- attribuzione ricettari

2) obiettivi intesa del 23 marzo 2005 – Patto per la Salute

Il D.M. 12/12/2001 “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria” ha individuato il set di indicatori per il monitoraggio dei Livelli Essenziali d’Assistenza: per il calcolo di tali indicatori il Ministero della Salute si avvale dei dati dei Flussi Ministeriali (D.M. 23/12/1996). Si richiama l’attenzione sulla necessità di garantire la qualità di tali rilevazioni con particolare riferimento anche ai dati prodotti dalle strutture private, essendo tale rilevazione oggetto del monitoraggio nazionale.

Il Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, d’altro canto, garantisce la compilazione dei dati con le rilevazioni regionali, ed una revisione con le Aziende delle modalità di gestione dei rapporti con il Ministero della Salute.

13. Assistenza odontoiatrica

Ferma restando la necessità di una valutazione più complessiva del primo biennio di attuazione del programma regionale di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 2678/2004, è in corso di emanazione la direttiva che estende l’accesso alle cure ai portatori di disabilità psico-fisica e sociale, ampliando il numero di aventi diritto; per i quali dovranno essere attivati specifici percorsi per la certificazione e per l’avvio alle cure.

Le azioni di miglioramento sul programma di assistenza odontoiatrica devono portare ad un incremento di almeno il 20% rispetto alla copertura rilevata dei vulnerabili attesi per ciascuna Azienda al 31/12/2006 e all’attivazione della protesica fissa nelle aziende nelle quali non è erogata.

Resta inteso che lo sforzo aziendale deve essere diretto a raggiungere i soggetti vulnerabili senza disperdere risorse per altre tipologie di utenza non previste dal programma. Solo nel momento in cui le Aziende avranno raggiunto l’obiettivo di copertura sopra indicato sarà infatti possibile estendere le cure a soggetti attualmente non contemplati nel programma, anche attraverso apposite negoziazioni con i fornitori.

È ribadita l’importanza di una puntuale e corretta trasmissione dei dati richiesti nell’ambito del flusso informativo dell’assistenza specialistica (ASA), dal quale verrà rilevato anche il numero di persone trattate nel corso dell’anno, quale conferma del raggiungimento degli obiettivi fissati.

Per dare uniformità alle modalità di partecipazione al costo dei manufatti ortesici e protesici il programma prevedeva la possibilità di dilazionare il pagamento secondo modalità definite dalle Aziende.

Diventa obiettivo per il 2007 prevedere che, analogamente a quanto contemplato per l'ortodonzia, anche per la protesica il pagamento possa essere effettuato con rate mensili e comunque secondo modalità di rateizzazione più rispondenti alle esigenze dell'utente.

14. La sanità pubblica

Si richiamano di seguito i principali obiettivi che le Direzioni aziendali sono chiamate a perseguire nel corso del 2007, raggruppati per area tematica.

Screening oncologici e registri tumori

- dovrà essere garantito il rispetto della progressione delle chiamate dei tre programmi di screening oncologici attivi, curando il mantenimento dei livelli di adesione raggiunti e favorendo la partecipazione dei gruppi di popolazione più svantaggiata e, per quanto riguarda i tumori colorettali, dovranno essere garantiti gli interventi sulla familiarità;
- dovrà essere garantita la partecipazione alle iniziative di controllo di qualità, adottando le eventuali misure correttive necessarie.
- dovranno essere messe in atto le misure idonee a consentire la progressiva estensione dei registri tumori di popolazione a tutti gli ambiti territoriali della regione, e la loro messa in rete per creare un sistema integrato regionale. A tale scopo la gestione dei registri tumori di popolazione dovrà essere inserita nell'ambito delle attività epidemiologiche delle Aziende sanitarie, secondo indicazioni che verranno emanate a livello regionale.

Sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie

Sistemi di sorveglianza

- occorre assicurare la sorveglianza delle malattie infettive e gli interventi di controllo conseguenti, partecipando anche al sistema regionale di segnalazione rapida di eventi epidemici e di eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale e ai sistemi di sorveglianza regionali basati sui dati di laboratorio (antibioticoresistenza, meningiti batteriche) e ai programmi regionali di sorveglianza delle zoonosi e delle malattie trasmesse da insetti.

Vaccinazioni

- garantire il mantenimento dei livelli già raggiunti di copertura vaccinale per l'infanzia, migliorare le coperture vaccinali nei gruppi a rischio, compresi gli operatori di assistenza e attuare il piano morbillo-rosolia congenita.

Emergenze infettive

- garantire la realizzazione delle attività di competenza aziendale nell'ambito dei piani di risposta ad emergenze infettive, con riferimento particolare alla pandemia influenzale.

Sicurezza

Alimentare

- Predisporre piani di lavoro basati su una motivata valutazione del rischio.
- Assicurare la puntuale realizzazione dei piani di campionamento nazionali e regionali in termini di rispetto dei tempi, delle matrici da campionare.
- Registrare e rendicontare l'attività di controllo ufficiale conformemente alle indicazioni e alla modulistica regionale.
- Registrare le imprese della filiera produttiva degli alimenti conformemente alle procedure fornite dalla Regione Emilia-Romagna.
- Adottare procedure operative sui controlli ufficiali secondo le linee guida regionali e istituire sistemi di audit interni sull'attività di esecuzione del controllo ufficiale sugli operatori della filiera alimentare.

Strutture sanitarie

- assicurare un programma sistematico di controlli presso le strutture ospedaliere, finalizzato in particolare agli aspetti di igiene, gestione delle attività di pulizia/sanificazione dei locali e raccolta/smaltimento rifiuti e ristorazione ospedaliera, secondo le linee-guida regionali in corso di predisposizione.

Sanità Pubblica Veterinaria

- Verificare la corretta predisposizione e la funzionalità dei piani aziendali per fronteggiare le emergenze epidemiche veterinarie.
- Predisporre piani di lavoro tesi ad assicurare la verifica del rispetto delle condizioni di benessere degli animali d'affezione.

Piano regionale della Prevenzione

- a) collaborare al raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano regionale della Prevenzione, in particolare
 - prevenzione dell'obesità e promozione di stili di vita sani;
 - prevenzione delle complicanze del diabete;
 - prevenzione delle recidive a seguito di eventi ischemici coronarici e diffusione dell'uso della carta del rischio cardiovascolare;
 - incidenti stradali, domestici e infortuni sul lavoro;
- b) Avviare il sistema di sorveglianza "PASSI", sui fattori di rischio comportamentali riferiti;

- c) Supportare il proseguimento dei Piani per la Salute (PPS), aggiornando il profilo di salute della popolazione, e focalizzando l'attenzione all'analisi epidemiologica dei problemi di salute delle fasce deboli della popolazione.

15. Sicurezza nei luoghi di lavoro

Dovranno essere garantite le attività di vigilanza ed assistenza finalizzate alla riduzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, con particolare riferimento al comparto edilizio e delle grandi opere, al comparto sanitario e ad altri comparti di particolare rilevanza locale.

Le aziende dovranno, in particolare:

1. Migliorare a livello locale l'efficacia degli strumenti di integrazione tra le Pubbliche Amministrazioni competenti in materia, da svilupparsi prevalentemente nell'ambito dei Comitati provinciali ex art. 27 D.Lgs 626/94;
 2. Assicurare la realizzazione di quanto previsto dal Piano regionale della prevenzione 2006-2008, relativamente alla prevenzione degli incidenti nei luoghi di lavoro (Delibera di Giunta Regionale n. 246 del 27/3/2006);
 3. Garantire il mantenimento dei livelli di vigilanza già assicurati nei comparti grandi opere e metalmeccanica ed rafforzarne il livello nei comparti edilizia e agricoltura;
 4. Garantire il mantenimento dei livelli attuali di verifica e di controllo della regolarità e sicurezza delle macchine ed impianti marcati CE, nonché degli apparecchi a pressione, degli impianti di riscaldamento, ascensori, impianti elettrici, apparecchi di sollevamento ed idroestrattori;
 5. Garantire la prosecuzione delle attività volte alla promozione della salute dei lavoratori, svolgendo azioni specifiche di prevenzione dei rischi da agenti fisici e da rischi legati all'uso di sostanze chimiche e cancerogene;
 6. Incrementare la sorveglianza sulle malattie professionali, implementare il relativo sistema informativo regionale; sviluppare specifici interventi volti alla riduzione delle malattie professionali, coinvolgendo attivamente tutti i soggetti interessati;
 7. Assicurare attività di informazione e formazione strutturata, nonché di assistenza diretta ai lavoratori, alle imprese (in particolare alle Piccole Medie Imprese) e alle Organizzazioni sindacali e datoriali.
-
-

LIBRERIE CONVENZIONATE PER LA VENDITA AL PUBBLICO

Edicola del Comunale S.n.c. – Via Zamboni n. 26 – 40127 Bologna

Libreria di Palazzo Monsignani S.r.l. – Via Emilia n. 71/3 – 40026 Imola (BO)

Libreria del professionista – Via XXII Giugno n. 3 – 47900 Rimini

Nuova Tipografia Delmaino S.n.c. – Via IV Novembre n. 160 – 29100 Piacenza

Libreria Bettini S.n.c. – Via Vescovado n. 5 – 47023 Cesena

Libreria Incontri – Piazza Libertà n. 29 – 41049 Sassuolo (MO)

Libreria Feltrinelli – Via Repubblica n. 2 – 43100 Parma

Edicola Libreria Cavalieri – Piazza Mazzini n. 1/A – 44011 Argenta (FE)

A partire dall'1 gennaio 1996 tutti i Bollettini Ufficiali sono consultabili gratuitamente collegandosi al sito Internet della Regione Emilia-Romagna <http://www.regione.emilia-romagna.it/>

MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI PUBBLICAZIONE DI ATTI

Le modalità per la pubblicazione degli atti per i quali è previsto il pagamento sono:

– Euro 2,07 per ogni riga di titolo in grassetto o in maiuscolo

– Euro 0,77 per ogni riga o frazione di riga (intendendo per riga la somma di n. 65 battute dattiloscritte)

gli Enti e le Amministrazioni interessati dovranno effettuare il versamento sul **c/c postale n. 239400** intestato al Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna – Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna e unire la ricevuta dell'avvenuto pagamento al testo del quale viene richiesta la pubblicazione.

Avvertenza – L'avviso di rettifica dà notizia dell'avvenuta correzione di errori materiali contenuti nel provvedimento inviato per la pubblicazione al Bollettino Ufficiale. L'errata-corrige rimedia, invece, ad errori verificatisi nella stampa del provvedimento nel Bollettino Ufficiale.

Il Bollettino Ufficiale si divide in 3 parti:

– Nella parte prima sono pubblicate: leggi e regolamenti della Regione Emilia-Romagna; circolari esplicative delle leggi regionali, nonché atti di organi della Regione contenenti indirizzi interessanti, con carattere di generalità, amministrazioni pubbliche, privati, categorie e soggetti; richieste di referendum regionali e proclamazione dei relativi risultati; dispositivi delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relativi a leggi della Regione Emilia-Romagna, a conflitti di attribuzione aventi come parte la Regione stessa, nonché ordinanze con cui organi giurisdizionali abbiano sollevato questioni di legittimità costituzionale di leggi regionali. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 18,08.**

– Nella parte seconda sono pubblicati: deliberazioni del Consiglio e della Giunta regionale (ove espressamente previsto da legge o da regolamento regionale); decreti del Presidente della Giunta regionale, atti di Enti locali, di enti pubblici e di altri enti o organi; su specifica determinazione del Presidente della Giunta regionale ovvero su deliberazione del Consiglio regionale, atti di organi statali che abbiano rilevanza per la Regione Emilia-Romagna, nonché comunicati o informazioni sull'attività degli organi regionali od ogni altro atto di cui sia prescritta in generale la pubblicazione. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 33,57.**

– Nella parte terza sono pubblicati: annunci legali; avvisi di pubblici concorsi; atti che possono essere pubblicati su determinazione del Presidente della Giunta regionale, a richiesta di enti o amministrazioni interessate; altri atti di particolare rilievo la cui pubblicazione non sia prescritta da legge o regolamento regionale. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 20,66.**

L'abbonamento annuale cumulativo al Bollettino Ufficiale è fissato in Euro 72,30 - Il prezzo di ogni singolo Bollettino è fissato in Euro 0,41) per 16 pagine o frazione di sedicesimo.

L'abbonamento si effettua esclusivamente a mezzo di versamento sul c/c postale n. 239400 intestato a Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna (Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna) – Si declina ogni responsabilità derivante da disguidi e ritardi postali. Copie del Bollettino Ufficiale potranno comunque essere richieste avvalendosi del citato c/c postale.

La data di scadenza dell'abbonamento è riportata nel talloncino dell'indirizzo di spedizione. Al fine di evitare interruzioni nell'invio delle copie del Bollettino Ufficiale si consiglia di provvedere al rinnovo dell'abbonamento, effettuando il versamento del relativo importo, un mese prima della sua scadenza.

In caso di mancata consegna inviare a Ufficio BO-CMP per la restituzione al mittente che si impegna a versare la dovuta tassa.