

ALLEGATO B

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

1 – Il quadro economico **PAG 2**

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

2 - Il governo delle risorse **PAG 6**

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

1. Il quadro economico

1.1 - Le ricadute delle manovre del Governo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 - La Legge Finanziaria Regionale per il 2013

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

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

1.3 - Le risorse a disposizione del SSR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4 - Il finanziamento alle Aziende

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

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

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

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

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

2. Il governo delle risorse

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

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

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

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

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

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

Spesa Farmaceutica ospedaliera

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

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

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

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

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

Farmaceutica convenzionata

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

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

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

Protesica e integrativa

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

Servizi in convenzione

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

Altri servizi sanitari

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

Costo per l'acquisto di servizi non sanitari

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

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

Godimento beni di terzi

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

Accantonamenti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Costo per Ospedali privati accreditati per residenti della provincia

Si ipotizza una riduzione dell'1% sul 2011.

Specialistica convenzionata esterna

Si ipotizza una riduzione dell'1% sul 2011.

Assistenza protesica e assistenza integrativa

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

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

Servizi in convenzione

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

Altri servizi sanitari

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

Costo per l'acquisto di servizi non sanitari

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

Misure regionali aggiuntive

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

Revisione tariffaria per le prestazioni di degenza ospedaliera

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

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

Risparmio quantificato in circa **20 milioni**.

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

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

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

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

Le modalità specifiche di contenimento sono delineate al punto 2.6.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le Direzioni aziendali per il 2013 sono impegnate:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le Aziende sanitarie sono tenute:

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

2.2 - Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio

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

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

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

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

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

In particolare dovranno essere implementate le procedure necessarie per garantire:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 - La programmazione pluriennale

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

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

la programmazione economica pluriennale sarà predisposta in un momento successivo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5 - Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

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

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

2.6 - Il governo delle risorse umane

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

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

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

1. Attenersi ad una gestione rigorosa ed oculata degli organici volta a garantire il contenimento del turnover ed a limitare nuove assunzioni fino a concorrere alla media regionale del 25%, dei posti resisi vacanti o disponibili, con l'adozione di misure idonee a ridurre gli incrementi delle proprie consistenze organiche e a limitare nuove assunzioni.

2. Diminuire tendenzialmente del 20% le spese di "sostituzione temporanea del personale" fatte salve le coperture a fronte di assenze tutelate e previste per legge e quelle di lunga durata al fine di garantire i servizi essenziali previsti.

3. Garantire – per il 2013 – invarianza della spesa iscritta nel bilancio preconsuntivo 2012, relativa all'attivazione di contratti di lavoro flessibile (lavoro interinale e collaborazioni sanitarie e non sanitarie) fatta esclusione per le collaborazioni in qualunque forma finanziate all'interno di progetti finalizzati o con risorse esterne dell'Azienda;

4. Garantire invarianza della spesa per quanto riguarda assunzioni a tempo determinato fatte salve le situazioni di lunga assenza, straordinarie o emergenza. Le assunzioni a tempo determinato dovranno essere obbligatoriamente effettuate nel limite numerico dei contingenti che verranno autorizzati a tempo indeterminato nei Piani di Assunzione e per il periodo strettamente necessario all'espletamento delle procedure concorsuali.

5. Migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi avviando un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico-logistico che non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma che possono determinare economie di scala ed economie di processo.

In particolare le integrazioni dovranno avvenire nelle seguenti aree:

- gestione e reclutamento del personale, formazione;
- gestione del sistema assicurativo, servizio legale e gestione del contenzioso;
- gestione del patrimonio immobiliare, impiantistico e tecnologico;
- gestione dell'energia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.8 - Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

PREMESSA

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

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

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

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

ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

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

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

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

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

Uso razionale e sicuro dei farmaci

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

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

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

Rete delle farmacie oncologiche

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

Centralizzazione dei magazzini farmaceutici ed economici.

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

OBIETTIVI RIGUARDANTI I FARMACI ANTIBIOTICI

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

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

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

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

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

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

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto

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

Interventi su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa

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

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

GOVERNO DEI DISPOSITIVI MEDICI (DM)

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

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

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

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

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

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

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

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

2.9 - Revisione del sistema tariffario

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

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

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

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

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

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

2.10 - Azioni per la sostenibilità nelle cure primarie

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

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

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

Assistenza Specialistica ambulatoriale

Valutazione della produzione e revisione dei contratti di fornitura

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

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

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

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

Azioni di qualificazione e promozione dell'appropriatezza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Riorientamento del sistema incentivante

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

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

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

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

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

Accordi locali

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

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

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

Piano investimenti

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

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

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

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

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

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

Gestione del Patrimonio immobiliare e tecnologico

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

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

Il personale tecnico dipendente delle Aziende dovrà assumere, per i nuovi interventi avviati nel corso del 2013, qualora siano presenti le competenze professionali il coordinamento per la sicurezza in fase di progettazione ed in fase di esecuzione, gli incarichi di Direzione Lavori, collaudo e certificazione di regolare esecuzione. Qualora le Aziende sostituiscano o acquisiscano grandi tecnologie (TAC, RSM, PET, acceleratori lineari,...) le stesse devono preliminarmente essere sottoposte all'attenzione dei competenti Servizi regionali e della Agenzia Sanitaria e Sociale regionale.

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

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

2.13 - Azioni di razionalizzazione in ambito ICT

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

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

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

2.14 - Obiettivi dell'Assistenza Ospedaliera

2.14.1 Centrali Operative – 118

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

2.14.2 Centralizzazione emergenze

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

2.14.3 Servizi intermedi

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

2.14.4 Accordo di Alta Specialità

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

2.14.5 Accordi di fornitura tra le Aziende pubbliche

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

2.14.6 Day-hospital

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

2.14.7 Punti nascita

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

2.14.8 Riconfigurazione del processo assistenziale ospedaliero

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

Tali strutture, come si evidenzia nella letteratura internazionale:

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

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

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

2.14.9 Definizione di una struttura organizzativa interaziendale dei trapianti

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

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

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

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

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

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

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

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