

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Emilia-Romagna

BOLLETTINO UFFICIALE

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

Parte seconda - N. 177

Anno 47

11 luglio 2016

N. 205

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 GIUGNO 2016, N. 1003

Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2016

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 GIUGNO 2016, N. 1003

Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2016

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- l'Intesa rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di approvazione del nuovo Patto per la Salute 2014-2016, ed, in particolare, l'articolo 1 che definisce il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per il triennio 2014-2016;

- la Legge 23 dicembre 2014, n. 190 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)", che detta disposizioni rilevanti ai fini del concorso delle regioni agli obiettivi di finanza pubblica e della determinazione del livello di finanziamento del SSN;

- l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano repertorio n. 113/CSR del 2 luglio 2015, che individua le misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa del Servizio Sanitario Nazionale, a compensazione della riduzione del livello di finanziamento del SSN operata a decorrere dal 2015;

- il Decreto Legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2015, n. 125, che, tra l'altro, agli articoli da 9 a 9-octies detta disposizioni in tema di sanità e applica le disposizioni in attuazione delle Intese sancite dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 26 febbraio 2015 e in data 2 luglio 2015;

- il Decreto del Ministero della Salute 9 ottobre 2015 "Rimborso alle Regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi";

- la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)", che ridetermina il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale dell'anno 2016 in 111 miliardi di euro, aumentati di 2 milioni di euro per l'erogazione delle cure termali con un incremento pari all'1,086% rispetto al livello di finanziamento del 2015;

Visti:

- l'articolo 1, comma 796, lettera g) della Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) e successive disposizioni di proroga, e l'articolo 11, comma 6 del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122, che prevedono il versamento a favore delle Regioni del pay-back a carico delle aziende farmaceutiche;

- il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, che, tra l'altro, all'articolo 15 definisce l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica di cui all'articolo 5 del Decreto Legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e successive modificazioni, e definisce le modalità per l'assegnazione da parte delle aziende farmaceutiche alle Regioni delle somme dovute a titolo di ripiano dello sfondamento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera;

- il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi,

strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale in data 4 giugno 2015;

- il Decreto Legge 13 novembre 2015, n. 179 "Disposizioni urgenti in materia di contabilità all'equilibrio della finanza pubblica delle Regioni";

- la Legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";

- il Decreto 9 dicembre 2015 "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario Nazionale (pubblicato in G.U. il 20/1/2016);

- il D.P.C.M. 24 dicembre 2015 "Individuazione delle categorie merceologiche ai sensi dell'articolo 9, comma 3 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, unitamente all'elenco concernente gli oneri informativi";

- lo schema di Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante "Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria";

Richiamati inoltre:

- il Decreto Legislativo n. 68 del 6 maggio 2011 recante "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", il cui Capo IV disciplina la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario;

- il Decreto legislativo n. 118 del 23 giugno 2011 e successive modifiche ed integrazioni, recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", e, in particolare, l'articolo 25 che prevede che i Bilanci preventivi economici annuali degli Enti del Servizio Sanitario siano predisposti in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e siano corredati, tra l'altro, dal Piano triennale degli investimenti;

Preso atto delle proposte del Ministero della Salute di deliberazione CIPE, approvate in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 14 aprile 2016, concernenti:

- il riparto alle Regioni delle risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2016 (Intesa Rep. Atti n. 62/CSR) che assegna alla Regione Emilia-Romagna euro 7.857.213.559,00 per il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza,

- il riparto della quota di Fondo Sanitario Nazionale vincolata al perseguimento degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale (Intesa Rep. Atti n. 64/CSR) che assegna alla Regione Emilia-Romagna euro 76.662.703 a tale titolo;

Atteso che a tutt'oggi il quadro nazionale di riferimento per la programmazione sanitaria dell'anno 2016 mantiene ancora margini di incertezza in relazione alla effettiva quantificazione economica dell'impatto, sul SSN, dello schema di DPCM di aggiornamento dei nuovi livelli essenziali di assistenza cui la Legge di stabilità per il 2016 (commi 553-554-555 Legge 208/2015) finalizza l'importo di 800 milioni di euro a valere sulle complessive risorse finanziarie per il 2016;

Valutata comunque l'inderogabilità di completare la programmazione sanitaria regionale per l'anno 2016 formalizzando alle Direzioni aziendali le indicazioni ed i riferimenti necessari per

attuare le politiche regionali e per assicurare un efficace governo delle risorse disponibili;

Accertato che questa Giunta ha designato i Direttori Generali delle Aziende sanitarie, provvedendo contestualmente ad assegnare gli obiettivi di mandato che:

- sono stati formulati sulla base del Programma di mandato di questa Giunta Regionale per la decima legislatura, che contiene le fondamentali linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale;

- sono distinti, coerentemente con la normativa statale vigente, in obiettivi di salute ed assistenziali ed in obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi;

- costituiscono indicazioni di carattere strategico che verranno riprese ed ampliate dalla programmazione annuale delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, che ne fissa i contenuti di dettaglio;

- le misure e le modalità di attuazione sono verificati da questa Giunta regionale, nella consapevolezza che il mancato conseguimento di alcuni obiettivi prioritari comporta la risoluzione del rapporto contrattuale del Direttore Generale;

Dato atto che tra gli obiettivi prioritari che comportano la risoluzione del rapporto contrattuale del Direttore Generale figura la sostenibilità ed il governo dei servizi e l'impegno al raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari annualmente definiti dalla programmazione sanitaria regionale, al rispetto del vincolo di bilancio assegnato ed al concorso al pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale;

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

- nella predisposizione degli strumenti di programmazione aziendale dell'anno 2016 coerenti con i documenti "Finanziamento del Servizio Sanitario regionale e delle Aziende per l'anno 2016" e "Il quadro degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2016", rispettivamente Allegato A e Allegato B parti integranti della presente deliberazione, che rappresentano il quadro degli obiettivi cui sono impegnate le Direzioni aziendali nell'anno 2016, rispetto ai quali saranno operate le valutazioni e assunti i conseguenti provvedimenti a livello regionale;

- nel complessivo governo dell'Azienda sanitaria e nel raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di mandato;

Accertato che il pareggio del bilancio 2016 costituisce la condizione per garantire l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza, il consolidamento dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, un governo flessibile del personale, l'impiego di risorse correnti in conto esercizio a finanziamento degli investimenti;

Richiamata la propria deliberazione n. 705/2015, con la quale, al fine di rafforzare i principi di imparzialità, trasparenza e terzietà dei processi di valutazione dei Direttori generali delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale, sono state ampliate le competenze dell'Organismo indipendente di valutazione per gli enti e le aziende del Servizio sanitario regionale (OIV-SSR), già definite con DGR 334/2014, includendo anche "la valutazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali, ivi compresa quella relativa ai Direttori generali delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale" e specificando che l'istruttoria del processo di valutazione rimane in carico alla competente Direzione Generale;

Visto l'articolo 1, commi 567-568 della Legge 23 dicembre 2014, n. 190, che prevede, tra l'altro:

- che l'accertamento da parte della Regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il Direttore Generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso;

- che la verifica del conseguimento, da parte dei Direttori Generali, degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario ed è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;

Richiamato l'articolo 1, commi da 521 a 547 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che "disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio Sanitario Regionale" e in particolare:

- il comma 522 in tema di trasparenza dei dati di bilancio degli enti del SSN e di monitoraggio delle attività assistenziali;

- il comma 524 e segg. Relativi all'obbligo per le Regioni di individuare, entro il 30 giugno di ciascun anno, le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS che presentano pre-definiti scostamenti tra costi e ricavi o registrano il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, tali da rendere obbligatorio l'avvio di uno specifico Piano di rientro aziendale;

- i commi 538-540 in tema di rischio sanitario;

- il comma 541 che prevede in capo alle regioni l'obbligo di adottare il provvedimento generale di programmazione per la riduzione dei posti letto ospedalieri accreditati, in attuazione del DM 70/2015 e di predisporre un Piano per il fabbisogno di personale per garantire il rispetto delle disposizioni europee in tema di orario di lavoro del personale dipendente;

Richiamati inoltre, sempre con riferimento all'articolo 1 della legge 208/2015:

- i commi 548-550 in materia di acquisizione di beni e servizi, che disciplinano l'obbligo, in capo alle aziende sanitarie, di approvvigionarsi esclusivamente attraverso le centrali regionali di committenza o Consip per le categorie merceologiche individuate da apposito DPCM;

- il comma 551 che prevede che le Regioni adottino provvedimenti per garantire che le aziende sanitarie non istituiscano unità organizzative di valutazione delle tecnologie ovvero sopprimano quelle esistenti, ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale;

- il comma 574 di disciplina dell'obbligo di mantenere, a decorrere dal 2014, un volume di spesa per acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera da soggetti privati accreditati pari ad una riduzione del 2% rispetto a quella consuntivata nel 2011, ricomprendendo nel vincolo la spesa sostenuta a favore di cittadini residenti al di fuori del territorio regionale;

Viste le proprie deliberazioni:

- n. 1056 "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie" del 27 luglio 2015;

- n. 2040 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal D.M. salute 70/2015" del 10 dicembre 2015;

- n. 273 "Approvazione sistema di remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati provvisoriamente e/o definitivamente" del 29 febbraio 2016;

Richiamate:

- la Legge Regionale 7 novembre 2012, n. 13 "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario Regionale" e ss.mm., nonché il Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie;

- la propria deliberazione n. 1889 del 24 novembre 2015 con la quale la fase sperimentale regionale è stata prorogata fino al 31/12/2016 e sono state ammesse alla fase sperimentale regionale, a decorrere dal 1/12/2015 l'Azienda Usl di Piacenza, l'Azienda Usl di Parma, l'Azienda Usl di Reggio Emilia, l'Azienda Usl di Modena, l'Azienda Osp.-Univ. di Parma e l'Azienda Osp.-Univ. di Modena ed è stata confermata la partecipazione alla fase sperimentale delle Aziende già precedentemente ammesse: Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda Osp.-Univ. di Bologna, Azienda Usl della Romagna, Azienda Usl di Imola, Montecatone Rehabilitation Institute s.p.a.;

- la propria deliberazione n. 603 del 28/04/2016 con la quale l'Azienda Usl di Bologna è stata ammessa alla fase sperimentale regionale, a decorrere dal 01/05/2016;

Considerato che per le Aziende ammesse alla fase sperimentale è necessario disporre di un accantonamento al Fondo risarcimento danni da responsabilità civile di cui all'art. 48 della citata L.R. n. 28/2013, per far fronte ai sinistri oltre la soglia di 250.000 euro e che per le Aziende che non hanno ancora aderito alla sperimentazione si prevede un contributo regionale pari al costo delle relative polizze relative all'anno 2016;

Ravvisata l'opportunità di definire la programmazione ed il finanziamento del SSR per l'anno 2016, tenuto conto della normativa precedentemente richiamata, sulla base di un volume complessivo di risorse pari a **8.019,876 milioni di euro**, determinato dalle risorse di seguito elencate:

- **7.857,213 milioni** di euro che costituiscono, per la nostra Regione, la quota di finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, come deriva dalla citata Intesa del 14/4/2016 (Rep. Atti n. 62) in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

- **76,663 milioni** di euro che costituiscono la quota di competenza regionale derivante dal riparto tra le Regioni del finanziamento vincolato alla realizzazione degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, come deriva dalla citata Intesa del 14/4/2016 (Rep. Atti n. 64) in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

- **36 milioni** di euro che costituiscono la quota di competenza regionale derivante dal riparto tra le Regioni del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di medicinali innovativi istituito dalla Legge n. 190/2014, che per il 2016 è pari a 500 milioni, quantificata, in questa sede, nella stessa misura del 2015;

- **25 milioni** di euro che costituiscono il pay-back di competenza dell'anno 2016, sulla base dell'andamento degli anni precedenti e della previsione del costo 2016 della spesa farmaceutica regionale;

e non considerando, in questa sede, la stima del ripiano dell'eventuale sfondamento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera dell'anno 2016;

Richiamate:

- la Legge Regionale 29 dicembre 2015, n. 22, "Disposizioni

collegate alla legge regionale di stabilità per il 2016";

- la Legge Regionale 29 dicembre 2015, n. 23, "Disposizioni per la formazione del Bilancio di previsione 2016-2018 (Legge di stabilità regionale 2016);

- la Legge Regionale 29 dicembre 2015, n. 24, "Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna 2016-2018";

che stanziavano complessivi 25 milioni di euro per far fronte agli emolumenti a favore dei soggetti che hanno subito danni da trasfusione (ex legge 210/1992) e a ripiano degli ammortamenti delle aziende sanitarie per il periodo 2001-2011;

Ritenuto, alla luce di quanto sopra rappresentato, che la programmazione sanitaria regionale dell'anno 2016 possa essere impostata sulla base di un volume complessivo di risorse pari a **8.019,876 milioni di euro** e che si proceda, in questa sede, al riparto delle risorse disponibili tra le diverse linee di finanziamento;

Considerato che per definire il complessivo livello delle risorse a disposizione del Servizio sanitario regionale per il 2016 è necessario tenere anche conto di:

- 333 milioni quale acconto per la remunerazione delle prestazioni rese in regime di mobilità interregionale, nonché della regolazione della mobilità internazionale;

- 410 milioni circa di entrate dirette delle Aziende sanitarie, a fronte di prestazioni rese, comprensive del gettito assicurato dalle misure regionali di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie di cui all'Accordo fra la Regione Emilia-Romagna, il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze siglato in data 28 dicembre 2011 ai sensi dell'art. 1, lettera p-bis della Legge n. 296/2006;

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

Vista la Legge Regionale n. 29 del 23 dicembre 2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale" che all'articolo 3, comma 2 stabilisce che le Aziende USL siano finanziate dalla Regione in relazione ai livelli essenziali di assistenza, secondo criteri di equità e trasparenza, in base alla popolazione residente nel proprio ambito territoriale, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi;

Dato atto dell'avvio, da parte della Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare, di un percorso di semplificazione dei criteri di finanziamento a favore delle Aziende USL che tiene conto, da un lato dell'esigenza di una maggiore aderenza dei criteri regionali ai criteri adottati a livello nazionale per il riparto del fabbisogno tra le regioni e dall'altro della effettiva consistenza della popolazione residente nei diversi ambiti aziendali, oltre che delle sue caratteristiche;

Ritenuto che il percorso di semplificazione dei criteri di finanziamento debba completarsi con una revisione e qualificazione del finanziamento alle aziende ospedaliere e IRCCS, che tenga conto della necessità di qualificare e quantificare le principali funzioni svolte, da riconoscere con remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale, ai sensi dell'articolo 8-sexies del dlgs 502/1992 e s.m. e i., all'interno del limite massimo stabilito dal DM 18 ottobre 2012;

Atteso che qualora le risorse considerate ai fini della programmazione e del finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016 si discostassero dalle risorse effettivamente disponibili, questa Giunta provvederà, con successivo atto deliberativo,

a rivedere la programmazione ed a rideterminare il finanziamento delle Aziende sanitarie regionali;

Dato atto che, alla luce del livello effettivo delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale per il 2016, questa Giunta si riserva di definire eventuali ulteriori politiche di sistema e/o ulteriori manovre di razionalizzazione e di contenimento della spesa sanitaria regionale, necessarie per garantire l'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale;

Visto il parere espresso dalla Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche sociali nella seduta del 28 giugno 2016, ai sensi dell'articolo 6, comma 2 della richiamata Legge Regionale n. 29/2004;

Visti:

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e successive modifiche ed integrazioni;

- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche ed integrazioni;

- la L.R. 30 luglio 2015, n. 13 recante "Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su Città Metropolitana di Bologna, Province, comuni e loro Unioni", che all'art. 16, comma 1, prevede che l'A.R.P.A.E dell'Emilia-Romagna sia ridenominata "Agenzia Regionale per la Prevenzione, l'Ambiente e l'Energia";

- la propria deliberazione n. 628 del 29/5/2015 recante "Riorganizzazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali";

- la propria deliberazione n. 2189 del 21/12/2015 ad oggetto "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della macchina amministrativa regionale";

- la propria deliberazione n. 270 del 29/2/2016 "Attuazione prima fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";

- la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 recante "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali fra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modifiche;

- la propria deliberazione n. 1621 dell'8 novembre 2013, "Indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33";

- la propria deliberazione n. 57 del 26 gennaio 2015 "Programma per la trasparenza e l'integrità. Approvazione aggiornamento per il triennio 2015-2017";

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi
delibera:

1. di determinare il volume complessivo di risorse a finanziamento della spesa corrente del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016, per le considerazioni in premessa esposte e qui richiamate, in **8.019,876** milioni di euro;

2. di destinare le risorse complessivamente disponibili, come di seguito riportato:

- **7.396,382** milioni di euro vengono destinati al finanziamento dei Livelli di assistenza; il riparto tra le Aziende sanitarie

avviene: a quota capitaria, per funzioni e progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento; nella cifra di cui sopra sono ricompresi 317,500 milioni di euro che costituiscono la quota a finanziamento del FRNA a carico del FSR, comprensiva di 5,400 milioni di euro a finanziamento degli interventi di cui alla deliberazione di questa Giunta n. 273/2016; sono inoltre compresi euro **51.432.350,00** a finanziamento dell'ARPAE (Agenzia per la Prevenzione, l'Ambiente e l'Energia dell'Emilia-Romagna);

- **68,750** milioni di euro sono riservati al finanziamento del Sistema integrato Servizio Sanitario Regionale - Università;

- **33,699** milioni di euro sono destinati al finanziamento delle strutture e delle funzioni regionali e dell'innovazione;

- **78,980** milioni di euro finanziano l'integrazione alla quota capitaria delle Aziende Usl e garantiscono il sostegno ai piani di riorganizzazione ed all'equilibrio economico-finanziario aziendale;

- **143,476** milioni di euro finanziano la qualificazione dell'assistenza ospedaliera delle Aziende Ospedaliere e IRCCS, e garantiscono il sostegno ai piani di riorganizzazione ed all'equilibrio economico-finanziario aziendale;

- **113,194** milioni di euro sono destinati ad una pluralità di interventi, tra i quali il finanziamento degli indennizzi agli emotrasi ai sensi della Legge n. 210/1992, il sostegno dell'attività di ricerca degli IRCCS regionali, il finanziamento dei costi per i fattori della coagulazione del sangue per il trattamento di pazienti emofilici, il sostegno all'equilibrio finanziario delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per ammortamenti non sterilizzati relativi agli anni 2001-2011, il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2016 relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31/12/2009;

- **185,395** milioni di euro comprendono:

-

- **76,000** milioni di euro che costituiscono il Fondo regionale a finanziamento dei costi per l'acquisizione dei medicinali innovativi; tali finanziamenti costituiscono budget di programmazione per le aziende sanitarie e vengono ripartiti alle aziende sanitarie in relazione ai trattamenti attesi per l'esercizio e limite di spesa a carico del Fondo sanitario regionale; le eventuali eccedenze verranno assorbite dai bilanci aziendali;

- **50,000** milioni di euro costituiscono il Fondo risarcimento danni da responsabilità civile per far fronte ai risarcimenti assicurativi di seconda fascia (sinistri oltre la soglia di 250.000 euro) per le Aziende partecipanti al "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie" e per riconoscere alle Aziende non partecipanti nel 2016 al Programma sopra citato la copertura dei costi 2016 della polizza di assicurazione (Azienda Usl di Ferrara, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, e per l'Azienda Usl di Bologna il periodo da gennaio ad aprile 2016);

- **59,395** milioni di euro (valore definito dalla Intesa Rep. Atti n. 62/CSR del 14/04/2016) accantonati a livello regionale quale quota spettante alla Regione Emilia-Romagna in relazione all'erogazione dei nuovi LEA, sull'importo di 800 milioni di euro che verranno erogati alle regioni a seguito dell'emanazione del DPCM di definizione e aggiornamento

dei LEA c. 553, 554, 555 della Legge di stabilità 2016)

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

3. di definire in questa sede un primo provvedimento di riparto delle risorse a favore delle Aziende ed Enti del SSR, con le modalità e secondo gli importi definiti nel documento Allegato A "Finanziamento del Servizio Sanitario regionale e delle Aziende per l'anno 2016" parte integrante della presente deliberazione, Tabelle A1 e A2;

4. di disporre che i documenti "Finanziamento del Servizio Sanitario regionale e delle Aziende per l'anno 2016" e "Il quadro degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2016", rispettivamente Allegato A e Allegato B, parti integranti della presente deliberazione, rappresentano il quadro degli obiettivi cui sono impegnate le Direzioni aziendali nell'anno 2016, rispetto ai quali saranno operate le valutazioni e assunti i conseguenti provvedimenti a livello regionale; a tali obiettivi è correlata la corresponsione dei compensi aggiuntivi di cui all'articolo 1, comma 5, al DPCM 15 luglio 1995, n. 502, previsti dai contratti stipulati con i singoli Direttori Generali delle Aziende sanitarie e dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli;

5. di vincolare in questa sede una quota pari al 30% dei compensi aggiuntivi al governo delle liste di attesa, una quota pari al 20% al complessivo governo aziendale ed una quota pari al 50% ai restanti obiettivi, demandando alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare la determinazione dei criteri e delle modalità operative con le quali verrà effettuata la valutazione

dei Direttori Generali, alla luce delle disposizioni contenute nella propria deliberazione n. 705/2015 di ampliamento delle funzioni attribuite all'Organismo Indipendente di Valutazione per il SSR;

6. di dare atto che il rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato costituisce obiettivo prioritario ai fini dell'accesso al sistema premiante e che il mancato conseguimento del pareggio di bilancio comporta la risoluzione del rapporto contrattuale del Direttore Generale;

7. di stabilire che le Direzioni delle Aziende sanitarie regionali predispongano il Bilancio preventivo economico dell'anno 2016, integrato dal Piano degli investimenti 2016-2018, secondo quanto previsto dall'articolo 25 del D.Lgs. n. 118/2011 e nel rispetto delle linee di indirizzo definite nei documenti richiamati al precedente punto 5;

8. di definire che la verifica dell'andamento della gestione aziendale, rispetto all'obiettivo economico finanziario assegnato, debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo le verifiche straordinarie che saranno definite dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare; ove necessario, le Aziende sanitarie dovranno predisporre azioni di rientro, da realizzarsi, entro la chiusura dell'esercizio;

9. di dare atto che per quanto concerne gli adempimenti richiesti dal D.Lgs. n. 33/2013, si rinvia a quanto espressamente indicato nella deliberazione della Giunta regionale n. 66/2016;

10. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione.

TABELLA 1

(valori/1000)

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE		PROGRAMMAZIONE 2016	
RISORSE DISPONIBILI		8.019.876	
1 FINANZIAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA		7.396.382	
<i>di cui</i>			7.004.078
Risorse ripartite a quota capitaria			51.432
ARPAE			38.000
Piano attuativo Salute mentale e Superamento ex OO.PP.			224.108
FRNA quota "storica" aggiornata ex DGR 273/2016			
Progetti e funzioni sovra-aziendali - specificità aziendali:			78.763
	<i>Emergenza 118</i>		33.100
	<i>Progetto sangue ed emoderivati</i>		8.850
	<i>Trapianti e medicina rigenerativa</i>		7.200
	<i>Altre funzioni sovra-aziendali</i>		29.613
2 FINANZIAMENTO SISTEMA INTEGRATO SSR - UNIVERSITA'		68.750	
Integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica Aosp/Univ. e IOR			47.250
Integrazione per progetti di ricerca (Programma Regione/Università)			5.000
Corsi universitari delle professioni sanitarie			16.500
3 FINANZIAMENTO STRUTTURE e FUNZIONI REGIONALI, INNOVAZIONE		33.699	
Agenzia sanitaria e sociale regionale			2.538
Obiettivi e progetti per l'innovazione...			11.661
Altro (sistemi informativi, materiali di consumo, ICT....)			19.500
4 AZIENDE USL - integrazione alla quota capitaria		78.980	78.980
5 AZIENDE OSPEDALIERE - QUALIFICAZIONE E INTEGRAZIONE FIN.		143.476	
Aziende Ospedaliere - integrazione			88.374
Qualificazione attività di eccellenza Aosp e IOR			50.308
IRCCS IOR e IRST - Integrazione alla produzione per le Ausl			4.794
6 ALTRO		113.194	
Altro (Interventi umanitari, Area dipendenze) e integraz. Sanità penit.			9.550
Ricerca IRCCS + PRIER			5.250
Fattori della coagulazione del sangue			26.330
Legge 210/1992 Indennizzi a emotrasfusi			20.000
Quota annuale ammortamenti non sterilizzati anni 2001-2011			5.000
Finanziamento ammortamenti non sterilizzati ante 31/12/2009			47.064
7 ALTRI FONDI		185.395	
Fondo regionale Gestione sinistri			50.000
Fondo Farmaci innovativi			76.000
Accantonamento DPCM LEA			59.395

ALLEGATO A**FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E DELLE AZIENDE PER L'ANNO 2016****1. Il quadro finanziario nazionale e la legge di stabilità 2016**

La legge di stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato") ha quantificato in 111 miliardi di euro il livello di fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Nazionale per il 2016, con un aumento pari all'1,08 rispetto al finanziamento del 2015.

Nel mese di febbraio la Conferenza delle Regioni ha trovato al suo interno l'accordo per la suddivisione delle risorse corrispondenti al fabbisogno standard (la cosiddetta quota indistinta), alla quota premiale e al sostegno degli obiettivi di Piano sanitario nazionale. In data 14 aprile sono state sancite le relative intese in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (rispettivamente a Repertorio nn. 62, 63 e 64). L'aver ripartito le risorse nella prima parte dell'anno dà certezza ai bilanci e spazio alla programmazione regionale.

Nella tabella seguente il confronto tra 2016 e 2015.

<i>valori in milioni di euro</i>	anno 2015	anno 2016
risorse complessive	109.715	111.002
di cui:		
fabbisogno standard	106.932	108.193
quota premiale	274	277
obiettivi prioritari	888	931

All'interno del valore complessivo di 111 miliardi:

- una quota pari a 800 milioni di euro è finalizzata a dare copertura finanziaria ai maggiori oneri connessi alla revisione del DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza del 2001, revisione che la legge di stabilità aveva previsto da adottarsi entro 60 gg dalla sua entrata in vigore (29 febbraio 2016);
- è ricompreso il Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di farmaci innovativi, istituito con la legge di stabilità 2015 (Legge 190/2014, articolo 1, comma 593) in misura pari al 2015 – 500 milioni di euro – ma dal 2016 a totale carico delle risorse vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale.

Le principali disposizioni della legge di stabilità 2016 che hanno ricaduta immediata sul SSR e cui Regione e Aziende sono chiamate ad ottemperare sono previste all'articolo 1, commi da 521 a 547 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che "disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio Sanitario Nazionale" e in particolare:

- il comma 522 in tema di trasparenza dei dati di bilancio degli enti del SSN e di monitoraggio delle attività assistenziali: entro 60 gg dalla data di approvazione, gli enti del SSN devono pubblicare integralmente sui loro siti internet il bilancio d'esercizio ed entro il 30 giugno di ciascun anno gli esiti di uno specifico sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità; il sistema di monitoraggio è già stato predisposto in maniera omogenea a livello regionale – denominato "Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale" *SIVER*, i cui riferimenti ed indicazioni sono stati trasmessi alle Direzioni aziendali con nota PG/2016/0353901 del 16/05/2016 della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare;
- il comma 524 e segg. relativi all'obbligo per le Regioni di individuare, entro il 30 giugno di ciascun anno, le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS che presentano pre-definiti scostamenti tra costi e ricavi o registrano il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, tali da rendere obbligatorio l'avvio di uno specifico Piano di rientro aziendale; il Decreto Ministeriale di fissazione della metodologia è in corso di pubblicazione; dal 2017 l'obbligo di adozione dei Piani di rientro verrà esteso anche ai Presidi ospedalieri di pertinenza delle aziende USL;
- i commi 538-540 in tema di rischio sanitario;
- il comma 541 che prevede in capo alle regioni l'obbligo di adottare il provvedimento generale di programmazione per la riduzione dei posti letto ospedalieri accreditati, in attuazione del DM 70/2015 e di predisporre un Piano per il fabbisogno di personale per garantire il rispetto delle disposizioni europee in tema di orario di lavoro del personale dipendente;

Ulteriori disposizioni da richiamare, sempre con riferimento all'articolo 1 della legge 208/2015 sono:

- i commi 548-550 in materia di acquisizione di beni e servizi, che disciplinano l'obbligo, in capo alle aziende sanitarie, di approvvigionarsi esclusivamente attraverso le centrali regionali di committenza o Consip per le categorie merceologiche individuate da apposito DPCM; l'allegato B alla delibera di Programmazione annuale fornisce le indicazioni specifiche alle Aziende sanitarie regionali;
- il comma 551 che prevede che le Regioni adottino provvedimenti per garantire che le aziende sanitarie non istituiscano unità organizzative di valutazione delle tecnologie ovvero sopprimano quelle esistenti, ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale;
- il comma 574 di disciplina dell'obbligo di mantenere, a decorrere dal 2014, un volume di spesa per acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ed ospedaliera da soggetti privati accreditati pari ad una riduzione del 2% rispetto a quella consuntivata nel 2011, ricomprendendo nel vincolo la spesa sostenuta a favore di cittadini residenti al di fuori del territorio regionale; sarà pertanto necessario integrare lo schema di accordo con la ospedalità privata con un budget specifico relativo alle prestazioni per l'attività extra-regionale.

In tema di gestione delle risorse umane si segnalano:

- il comma 224 in tema di limitazioni alle assunzioni di personale, con riferimento alla dirigenza SPTA delle Aziende sanitarie
- il comma 397 che prevede la ricollocazione, tramite trasferimento presso le Aziende e gli Enti del SSN, del personale appartenente alla Croce Rossa Italiana, inquadrato a tempo indeterminato nei ruoli di autista soccorritore e autista soccorritore senior, limitatamente a coloro che abbiano prestato servizio in attività convenzionate con gli enti medesimi per un periodo non inferiore a cinque anni.
- i commi 469 e 470 sui rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato che stabiliscono che per le amministrazioni diverse dall'amministrazione statale gli oneri per i rinnovi contrattuali per il triennio 2016-2018 sono posti a carico dei rispettivi bilanci; entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di stabilità sono fissati i criteri di determinazione dei predetti oneri

2. Le risorse a disposizione del SSR

Per il 2016 può essere previsto il livello di risorse di cui il Servizio Sanitario regionale dispone, pari a 8.019,876 milioni di euro, determinato nel modo seguente:

- 7.857,213 milioni di euro che costituiscono, per la nostra Regione, la quota di finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, come deriva dalla citata Intesa del 14/4/2016 (Rep. Atti n. 62/CSR);
- 76,663 milioni di euro che costituiscono la quota di competenza regionale derivante dal riparto tra le Regioni del finanziamento vincolato alla realizzazione degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, come deriva dalla citata Intesa del 14/4/2016 (Rep. Atti n. 64/CSR);
- 36 milioni di euro che costituiscono la quota di competenza regionale derivante dal riparto tra le Regioni del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di medicinali innovativi istituito dalla Legge n. 190/2014, quantificata, in questa sede, nella stessa misura del 2015;
- 25 milioni di euro che costituiscono il pay-back di competenza dell'anno 2016, sulla base dell'andamento degli anni precedenti e della previsione del costo 2016 della spesa farmaceutica regionale; in questa sede non viene previsto alcun ripiano dell'eventuale sfondamento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera dell'anno 2016, le cui modalità devono essere indicate dal tavolo sulla governance sulla farmaceutica, istituito tra Governo e Regioni (la quantificazione a livello nazionale – AIFA - , peraltro oggetto di contenzioso, è ferma all'anno 2014)
- 25 milioni di euro stanziati dalle Leggi regionali di approvazione del Bilancio 2016 per far fronte agli emolumenti a favore dei soggetti che hanno subito danni da fusione (ex legge 210/1992) e a ripiano ammortamenti delle aziende sanitarie periodo 2001-2011;

Di seguito il riepilogo, a confronto con l'anno 2015

	anno 2015	anno 2016	var.
FSR indistinto	7.765,841	7.857,213	91,372
FSR vincolato per Obiettivi di PSN	73,056	76,663	3,607
finanziamenti vincolati c. 561 L.190/2015	10,127	-	- 10,127
Fondo farmaci innovativi	36,054	36,000	-0,054
Totale risorse nazionali	7.885,078	7.969,876	84,798
risorse regionali	50,000	25,000	-25,000
pay-back farmaceutico	33,944	25,000	-8,944
Totale risorse disponibili	7.969,022	8.019,876	50,854

A fronte di un riparto delle risorse nazionali che segna + 95 milioni (comprensivi di 10 milioni fino allo scorso anno ripartiti a parte), l'aumento effettivo di risorse a disposizione del SSR risulta pari a 50 milioni, principalmente a causa di una riduzione del finanziamento a carico del bilancio regionale.

Inoltre, della somma complessiva di 8,019 miliardi, 60 milioni circa (quota parte regionale degli 800 milioni destinati a finanziare i nuovi LEA) debbono essere accantonati in attesa del DPCM di aggiornamento dei LEA e pertanto al momento non se ne tiene conto nel riparto del finanziamento alle aziende sanitarie

3. Il riparto a favore delle Aziende Sanitarie

Per il finanziamento 2016 la Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare ha avviato un percorso di semplificazione dei criteri di finanziamento a favore delle Aziende USL che tiene conto, da un lato dell'esigenza di una maggiore aderenza dei criteri regionali ai criteri adottati a livello nazionale per il riparto del fabbisogno tra le regioni e dall'altro della effettiva consistenza della popolazione residente nei diversi ambiti aziendali, oltre che delle sue caratteristiche.

Il percorso di semplificazione dei criteri di finanziamento deve completarsi nel 2017 con una revisione e qualificazione del finanziamento alle aziende ospedaliere e IRCCS, che tenga conto della necessità di qualificare e quantificare le principali funzioni svolte, da riconoscere con remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale, ai sensi dell'articolo 8-sexies del dlgs 502/1992 e s.m. e i., all'interno del limite massimo stabilito dal DM 18 ottobre 2012.

3.1 Il finanziamento a quota capitaria alle Aziende USL

I criteri di finanziamento 2016 sono stati definiti in un'ottica di semplificazione rispetto all'impianto utilizzato negli anni scorsi, e di coerenza con i criteri adottati a livello nazionale per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale.

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

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

Il riparto a quota capitaria ponderata è stato determinato sulla base di un volume complessivo di risorse pari a **7,002 miliardi di euro** (tab. A1): rispetto al 2015 è stato ridotto di circa il 50% il fondo di riequilibrio delle Aziende USL e ciò ha comportato un incremento pari a 70 mln di € delle risorse messe a disposizione per il riparto a quota capitaria, che passano da 6,932 miliardi nel 2015 a 7,002 miliardi nel 2016.

Per quanto riguarda la popolazione utilizzata per il riparto a quanto capitaria, dopo oltre 15 anni di costante incremento, nel 2014 si è registrata una diminuzione della popolazione residente di oltre 18.000 persone (-0,4%) con una leggera ripresa nel 2015 (+ 4.333 persone pari a +0,1%), che però posiziona

tutte le Aziende USL a valori inferiori al 2013, tranne Bologna che vede aumentare la popolazione di 1.323 persone rispetto al 2013. Si è pertanto deciso di utilizzare la popolazione residente all'1.1.2013 dando in questo modo stabilità ad uno degli elementi che maggiormente impatta nei criteri di allocazione delle risorse.

È stata prevista una quota di finanziamento aggiuntiva (pari a 2,078 milioni €) per l'unica AUSL con popolazione crescente dal 1.1.2013 al 1.1.2015 (ultimo dato disponibile), ossia AUSL Bologna (+1.323 residenti):

Tab. I - Popolazione residente nella Regione Emilia-Romagna (all'1.1.13 e 1.1.15)

AZIENDE USL	01/01/2013	01/01/2015	Differenze in v. a. 2015-2013	Differenze % 2015-2013
PIACENZA	290.966	288.620	-2.346	-0,8%
PARMA	447.251	445.451	-1.800	-0,4%
REGGIO EMILIA	535.869	534.086	-1.783	-0,3%
MODENA	706.417	703.114	-3.303	-0,5%
BOLOGNA	870.507	871.830	1.323	0,2%
IMOLA	133.408	133.302	-106	-0,1%
FERRARA	358.116	354.673	-3.443	-1,0%
ROMAGNA	1.128.570	1.126.039	-2.531	-0,2%
REGIONE E-R	4.471.104	4.457.115	-13.989	-0,3%

Ad esito del processo di concertazione con le aziende sanitarie, in cui si è verificato, per ciascuna azienda, la compatibilità di bilancio con il livello di finanziamento proposto è stato determinato in via definitiva il riparto delle risorse da assegnare alle Aziende USL, come illustrato in Tabella A2. Tali risorse sono comprensive dei fondi a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario che traggono origine sia dall'esigenza di sostenere le Aziende con difficoltà nel conseguimento dell'equilibrio, sia di garantire un passaggio graduale verso nuovi sistemi di finanziamento.

Anche per il 2016 le voci di finanziamento alle aziende USL sono comprensive di una quota, spettante anche alle Aziende Ospedaliere ed Ospedaliero-Universitarie, a copertura di costi fissi, per lo più riferiti al fattore personale, che vengono trattenute dal finanziamento per livelli delle Aziende USL in misura analoga al 2015 (Tabella A2) e vincolate alle Aziende Ospedaliere (Tabella A3). Il criterio utilizzato è l'indice di dipendenza delle strutture ospedaliere dalla popolazione residente nei diversi ambiti territoriali.

In tabella A2 sono altresì evidenziati i finanziamenti riconosciuti alle Aziende USL a copertura degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2016, relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009 (dal 2009 i bilanci aziendali devono farsi carico anche della politica degli investimenti e quindi della copertura degli ammortamenti)

Di seguito sono illustrati i criteri utilizzati per la definizione delle risorse per ciascun livello essenziale di assistenza, di cui alla Tabella A1.

1° Livello: Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (rappresenta il 4,5% dei livelli di assistenza)

Nel 2015, il lavoro di revisione dei criteri di finanziamento ha evidenziato che c'è distanza tra il livello di finanziamento (5% delle risorse) ed il livello dei costi; si sono pertanto applicati i criteri specifici del livello prevenzione al 70% delle risorse assegnate, mentre il restante 30% è stato assegnato sulla base della popolazione residente. Complessivamente, tenendo conto della quota destinata ad Arpae, il 1° livello di assistenza assorbe il 5,20% delle risorse assegnate.

Le quote di assorbimento per ciascuna delle funzioni riportate di seguito sul totale del livello prevenzione, sono state definite sulla base dei costi del personale e di seguito si esplicitano i criteri.

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

L'assegnazione tra le diverse aziende ha tenuto conto della popolazione residente all'1/1/2013, integrata con una stima dei flussi turistici e della presenza di studenti universitari fuori-sede.

- *Sicurezza e igiene del lavoro*: assorbe il 18% delle risorse del primo livello. I criteri hanno tenuto conto del numero delle unità locali da controllare e del relativo numero di addetti.
- *Verifiche di sicurezza*: assorbe il 6,5% delle risorse del livello, distribuite in base al numero degli impianti da verificare.
- *Veterinaria*: assorbe il 31,5% delle risorse del 1° livello. All'interno di questa funzione è stata distinta la Sanità Pubblica (pari al 45% della veterinaria), assegnata in base al numero di Unità Bovine Equivalenti (UBE), e l'igiene degli alimenti (55%) distribuita in base alla popolazione residente all'1/1/2013 ed integrata con le stesse modalità descritte per la funzione di igiene pubblica.

2° Livello: Assistenza Distrettuale (rappresenta il 50,5% dei livelli di assistenza)

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

- *Assistenza farmaceutica* (14% del totale complessivo). La ponderazione della popolazione è avvenuta sulla base dei consumi farmaceutici osservati (dati 1° semestre 2015) per genere e per fascia di età; le fasce di età sono state omogeneizzate a quelle utilizzate per il sub-livello specialistica ambulatoriale; la classe degli over 75 è stata ulteriormente disaggregata per apprezzare i consumi della fascia 74-84 ed over 85, dato l'aumento di consistenza dei consumi di questa fascia di età .
- *Medici di medicina generale* (7% del totale complessivo). Finanzia i costi delle convenzioni con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, nonché quelli relativi alla continuità assistenziale. Per l'assegnazione si è tenuto conto dei costi sostenuti relativamente alle sole voci fisse e variabili previste dall'accordo collettivo nazionale.
- *Assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale* (14,7% del totale complessivo). Anche per questo livello di assistenza, come per la farmaceutica, dato l'aumento di consistenza e di consumi degli anziani, i pesi sono stati calcolati con la classe degli over 75 disaggregata (74-84 ed over 85). I consumi si riferiscono all'anno 2014 – flusso regionale ASA.
- *Salute mentale* (3,6% del totale complessivo). Per il livello salute mentale si è mantenuto il livello di finanziamento degli scorsi anni (3,6%) ma distribuito sulla base della popolazione residente e non limitatamente alla popolazione target (0-18 e 18-64) anche in considerazione dell'andamento delle patologie psichiatriche tra gli anziani. Queste risorse non esauriscono il finanziamento dell'assistenza psichiatrica in quanto non comprendono quella di tipo ospedaliero ed i progetti speciali : complessivamente le risorse destinate a questo livello superano il 5%.
- *Dipendenze patologiche* (1,2% del totale complessivo). Si è utilizzata la popolazione residente corretta con la prevalenza di fumo, alcool, tossicodipendenza e ludopatia, superando anche in questo caso il concetto di popolazione target, vista l'evoluzione delle diverse forme di dipendenze; la popolazione è stata corretta con la prevalenza della tossicodipendenza e della alcol dipendenza. Per la prevalenza sono stati utilizzati i dati del sistema informativo SIDER , anno 2014.

Nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, il riparto del finanziamento indistinto dei Livelli Essenziali di Assistenza per l'anno 2016, approvato con l'Intesa Stato-Regioni per il 2016 (Rep. Atti n. 62/CSR), individua, in ossequio al comma 133 della Legge 190/2014 (legge di stabilità 2015) 50 milioni di euro da destinare alla prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo e comprende, per la Regione Emilia-Romagna una quota pari ad euro 3.712.211,00; al fine di dare evidenza alla prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo, nell'ambito dell'assegnazione sopra citata di 7.004,078 milioni di euro, si ritiene di esplicitare per ogni Azienda Usl la quota parte di finanziamento, calcolata sulla base della popolazione residente di età maggiore/uguale ai 18 anni, dando atto che non si tratta di una assegnazione aggiuntiva, ma di una esplicitazione del sub-livello "Dipendenze patologiche".

Tab. II- Risorse destinate alle dipendenze del gioco d'azzardo già comprese nel riparto a quota capitaria

Aziende	ANNO 2016
Azienda UsI Piacenza	243.620
Azienda UsI Parma	372.330
Azienda UsI Reggio Emilia	434.119
Azienda UsI Modena	579.191
Azienda UsI Bologna	729.320
Azienda UsI Imola	109.967
Azienda UsI Ferrara	306.841
Azienda UsI Romagna	936.824
TOTALE EURO	3.712.211

- *Assistenza domiciliare e hospice* (3,2% del totale complessivo). Il criterio di riparto alle aziende delle risorse per questa funzione prevede che il 25% venga assegnato sulla base della distribuzione della popolazione residente di età 45–74 anni, ed il restante 75% in base alla distribuzione degli ultra 75-enni.
- *Assistenza sanitaria residenziale e semiresidenziale* (3,3% del totale complessivo). La quota è ripartita sulla base della distribuzione della popolazione ultra 75 enne. Questo livello comprende anche l'assistenza protesica nelle strutture residenziali e semiresidenziali.
- *Altre funzioni assistenziali* (2,17% del totale complessivo) Dato il carattere "residuale" di questo livello le risorse vengono assegnate sulla base della popolazione residente.
- *Contributo al FRNA – disabili* (1,33 del totale complessivo). Si tratta di una quota di FSN che alimenta il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

3° Livello: Assistenza ospedaliera (rappresenta il 45% dei livelli di assistenza)

Per il riparto delle risorse tra le aziende si è utilizzata la popolazione residente, ponderata sulla base dei dati di consumo osservati per età e genere, in regime ordinario e day hospital - dati SDO 2014 - con la disaggregazione, come già fatto negli anni precedenti, della fascia di età over 75 in 74-84 ed over 85); all'utilizzo dei servizi è stata applicata, per la sola degenza ordinaria, una correzione con un indicatore proxy del bisogno, rappresentato dalla radice cubica del tasso standardizzato di mortalità (SMR) relativo alla popolazione di età inferiore ai 75 anni e riferito all'ultimo triennio osservato (2011-2013).

Se si tiene conto delle ulteriori risorse con le quali il FSR contribuisce ad alimentare il FRNA per l'area anziani, il livello dell'assistenza ospedaliera scende al 44%, valore previsto quale indicatore di programmazione nazionale.

3.2 Il finanziamento alle Aziende Ospedaliere e agli IRCCS

Per il riparto delle risorse alle Aziende Ospedaliere e agli IRCCS si sono confermati i criteri adottati negli anni scorsi, pur nella consapevolezza di dover procedere nel corso del 2016 ad una revisione e qualificazione del finanziamento alle aziende ospedaliere e IRCCS, che tenga conto della necessità di qualificare e quantificare le principali funzioni svolte, da riconoscere con remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale, ai sensi dell'articolo 8-sexies del dlgs 502/1992 e s.m. e i., all'interno del limite massimo stabilito dal DM 18 ottobre 2012.

In analogia a quanto effettuato per le aziende USL, ad esito del processo di concertazione con le aziende sanitarie, in cui si è verificato, per ciascuna azienda, la compatibilità di bilancio con il livello di finanziamento proposto è stato determinato in via definitiva il riparto delle risorse da assegnare alle Aziende USL, come illustrato in Tabella A3. Tali risorse sono comprensive dei fondi a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario che traggono origine sia dall'esigenza di sostenere le Aziende con difficoltà nel conseguimento dell'equilibrio, sia di garantire un passaggio graduale verso nuovi sistemi di finanziamento.

Una quota del finanziamento vincolato alle Aziende Ospedaliere e all'IRCCS Rizzoli e a carico del FSR è stata qualificata come attività di eccellenza nella stessa misura del 2015.

In analogia agli anni precedenti, inoltre, il finanziamento del sistema integrato SSR-Università assicura un sostegno finanziario in presenza di tariffe non sufficientemente commisurate al costo di produzione, laddove i progetti di ricerca e la didattica rappresentano una funzione fondamentale al pari di quella assistenziale e di formazione continua.

In tabella A3 sono altresì evidenziati i finanziamenti riconosciuti alle Aziende per gli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2016 relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009.

3.3 Temi rilevanti nel 2016

Viene costituito anche per l'anno 2016 un **fondo per fronteggiare l'acquisto dei farmaci innovativi** (epatite c e innovativi oncologici), che viene ripartito fra le aziende sulla base dei trattamenti attesi, come di seguito evidenziato (criteri di riparto sono evidenziati nella sezione 2.7 dell'Allegato B)

Tab. III - Ripartizione Fondo 2016 Per Farmaci Innovativi (Lista 2015 + Hcv)

	<i>Ripartizione fondo per farmaci innovativi - escluso HCV</i>	<i>Ripartizione fondo per FARMACI HCV</i>	<i>Totale ripartizione fondo 2016</i>
AUSL PC	€ 530.000	€ 3.567.000	€ 4.097.000
AUSL PR	€ 630.000	€ 4.352.000	€ 4.982.000
AOSP PR	€ 1.700.000	€ 50.000	€ 1.750.000
AUSL RE	€ 1.545.000	€ 7.189.000	€ 8.734.000
AOSP RE	€ 1.035.000		€ 1.035.000
AUSL MO	€ 2.105.000	€ 9.362.000	€ 11.467.000
AOSP MO	€ 1.695.000		€ 1.695.000
AUSL BO	€ 1.405.000	€ 2.062.000	€ 3.467.000
AOSP BO	€ 3.740.000	€ 14.768.000	€ 18.508.000
IOR			€ -
Ausl Imola	€ 268.000	€ 724.000	€ 992.000
AUSL FE	€ 230.000		€ 230.000
AOSP FE	€ 1.385.000	€ 2.731.000	€ 4.116.000
AUSL ROMAGNA	€ 3.482.000	€ 9.195.000	€ 12.677.000
IRST	€ 2.250.000		€ 2.250.000
RER	€ 22.000.000	€ 54.000.000	€ 76.000.000

Con riferimento alla **gestione dei sinistri**, dal 2016 aumenta considerevolmente il numero di aziende che ha aderito al Programma sperimentale di gestione diretta dei sinistri; restano nella formula della copertura assicurativa solo le due Aziende di Ferrara (USL e Ospedaliera) e l'IRCCS Rizzoli.

Il Programma prevede che per i sinistri entro la soglia di 250 mila euro le Aziende provvedono direttamente con risorse del proprio bilancio a corrispondere i risarcimenti, mentre per i sinistri oltre la soglia di 250 mila euro le Aziende sanitarie provvedono alla liquidazione dei risarcimenti mediante l'utilizzo di un fondo regionale istituito ad hoc. Fino al 2015 il fondo regionale veniva annualmente istituito tramite una trattenuta a carico delle singole aziende partecipanti alla sperimentazione; dal 2016 il fondo viene costituito direttamente a valere sulle risorse del FSR ed è pari a 50 milioni di euro.

In considerazione del fatto che la franchigia a carico di dette aziende risulta uguale alla 1° fascia di valore dei sinistri che sono a carico delle Aziende che partecipano al programma sperimentale e che per la 2° fascia i risarcimenti sono assicurati dalla costituzione di un Fondo regionale ad hoc per il Programma, si ritiene che alle aziende ancora in copertura assicurativa vada riconosciuto un finanziamento a copertura del costo della polizza assicurativa.

Tab. IV - Riparto da fondo risarcimento danni per responsabilità civile per aziende a gestione assicurativa

Aziende sanitarie	Costo polizza 2016
Az. Usl Bologna	2.373.140,00
Az. Usl Ferrara	2.122.513,00
Az.Osp.Univ. Ferrara	2.350.000,00
Istituto Ortopedico Rizzoli	2.053.337,00
Totale	8.898.990,00

Con riferimento ai Fattori della Coagulazione della sangue, l'accantonamento per rimborso alle Aziende per fattori della coagulazione è stato integrato di 4 milioni di euro rispetto al consuntivo 2015 per includere nel finanziamento anche le Aziende Usl di Parma e di Reggio Emilia (per le quali si stima un valore pari a 2 milioni di euro ciascuna) al fine di garantire equità di accesso al fondo. Il riparto avverrà a consuntivo sulla base del costo effettivo sostenuto per il trattamento dei pazienti.

Dal 2016 si ritiene di poter iniziare, sin dalla fase di programmazione, a riconoscere in capo alle Aziende le funzioni dalle stesse esercitate in relazione ai processi di integrazione sovra-aziendale di funzioni tecniche, amministrative e professionali. Per quanto riguarda l'Area metropolitana di Bologna, viene riconosciuto un finanziamento aggiuntivo all'Azienda USL di Bologna (capofila) in relazione alla funzione "Sviluppo dei processi di integrazione dei Servizi delle Aziende metropolitane e di Area Vasta", con contestuale trattenuta di pari importo alle Aziende Ospedaliero Universitaria di Bologna e Istituto Ortopedico Rizzoli, per le funzioni che gli stessi hanno delegato all'Azienda territoriale, a valere sui finanziamenti per la qualificazione dell'attività di eccellenza. Le cifre sono state comunicate dalle Aziende medesime. Detti importi devono essere contabilizzati rispettivamente per l'azienda Usl (+1.409.810 euro) quale finanziamento a funzione, aggiuntivo rispetto alla quota capitaria (Tabella A"), per l'azienda ospedaliero universitaria di Bologna (-1.182.418) e per l'Istituto Ortopedico Rizzoli (-227.392) in diminuzione finanziamenti per la qualificazione dell'attività di eccellenza (Tabella A3).

4. Le indicazioni per la predisposizione dei bilanci economici preventivi 2016

I Bilanci preventivi economici dovranno essere predisposti in base alle disposizioni dell'art. 25 del D.lgs n. 118/2011 e in coerenza con i contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo definite, nonché degli obiettivi economici assegnati.

I finanziamenti assegnati alle Aziende sanitarie sono riportati nelle tabelle A2 e A3 parte integranti dell'Allegato A del presente provvedimento, ed in particolare:

- nella tabella A2 per le Aziende USL;
- nella tabella A3 per le Aziende Ospedaliere, le Ospedaliere-Universitarie e IRCCS.

Le tabelle tengono conto di quanto comunicato ad ogni singola Azienda attraverso specifica nota della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare riguardante gli esiti della concertazione 2016.

I Bilanci Preventivi Economici 2016 dovranno assicurare una situazione di pareggio civilistico, comprensivo anche degli ammortamenti non sterilizzati, di competenza dell'esercizio 2016, riferiti a tutti i beni ad utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva. A tal fine viene assegnato il finanziamento relativo agli ammortamenti non sterilizzati delle immobilizzazioni entrate in produzione fino al 31/12/2009, pari a complessivi 47,064 milioni, sulla base dei dati comunicati dalle Aziende sanitarie in sede di Concertazione Regione-Aziende 2016.

In relazione al finanziamento dei Farmaci Innovativi (Epatite C e oncologici innovativi), il limite aziendale all'utilizzo del fondo regionale a copertura dei costi di tali farmaci pari a 76 milioni è quello anticipato ad ogni singola azienda attraverso specifica nota della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare riguardante gli esiti della concertazione 2016 (Vedi Tab. III sez. 3.3 "*Ripartizione Fondo 2016 Per Farmaci Innovativi*"). Eventuali ulteriori costi sostenuti saranno a carico del bilancio aziendale.

Relativamente al tema degli investimenti, in fase di programmazione non è possibile prevedere alcun finanziamento dedicato da parte della Regione; le Aziende, pertanto, potranno utilizzare quota parte delle risorse correnti assegnate attraverso la rettifica di contributi in conto esercizio, solo nel caso in cui tali rettifiche non compromettano il pareggio di bilancio.

Per quanto riguarda la valorizzazione delle prestazioni in mobilità infra-regionale le Aziende dovranno prevedere:

- per la mobilità extra-provinciale relativa all'attività di degenza e di specialistica ambulatoriale i valori risultanti dalle matrici di mobilità 2014, salvo accordi consensuali fra le Aziende;
- per la mobilità prodotta dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie/IOR la valorizzazione economica dovrà fare riferimento alla DGR n. 525/2013.

Per quanto riguarda la valorizzazione delle prestazioni in mobilità extra-regionale le Aziende dovranno prevedere:

- relativamente all'attività prodotta da strutture pubbliche, i valori riportati nel bilancio d'esercizio 2015;
- relativamente all'acquisto di prestazioni da strutture private accreditate, l'applicazione di quanto previsto dalla L. 135/2012 e dall'art. 1, comma 574 della L. 208/2015 (Legge di stabilità 2016).

Con riferimento alle prestazioni acquistate da strutture private accreditate per cittadini residenti, le Aziende Usl, nelle more della definizione del nuovo accordo AIOP, dovranno prevedere importi entro il limite massimo di quanto contabilizzato nei bilanci d'esercizio 2011 decurtati del 2%.

In relazione agli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente (triennio 2016 – 2018) e agli oneri derivanti dalla corresponsione dei miglioramenti economici di cui all'art. 1, comma 469 L. 208/2015 (Legge di stabilità 2016), la Regione provvederà ad effettuare specifico accantonamento sul bilancio della GSA. Le Aziende, pertanto, non dovranno procedere, in questa sede, ad effettuare alcun accantonamento.

L'accantonamento al Fondo risarcimento danni da responsabilità civile, effettuato a livello regionale sul bilancio della GSA, dovrà far fronte alla copertura dei costi derivanti da risarcimenti assicurativi di seconda fascia (sinistri oltre la soglia di 250.000 euro) per le Aziende partecipanti al "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie".

Alle Aziende non partecipanti nel 2016 al Programma sopra citato (Azienda Usl di Ferrara, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, e per l'Azienda Usl di Bologna periodo da gennaio ad aprile 2016) viene assegnato un finanziamento a copertura del costo della polizza assicurativa (Vedi Tab. IV - *Riparto da fondo risarcimento danni per responsabilità civile per aziende a gestione*)

Le Aziende dovranno porre particolare attenzione alla corretta contabilizzazione degli scambi di prestazioni e di servizi infra aziendali indispensabile per assicurare la necessaria equivalenza delle rilevazioni contabili in sede di redazione del Bilancio preventivo economico consolidato regionale.

Le indicazioni contabili, le tempistiche di redazione dei bilanci preventivi economici e le modalità di invio verranno definite con apposita lettera della Direzione Generale.

Tabella A1 – Finanziamento 2016: assegnazione risorse per Livello di Assistenza

Aziende USL	Prevenzione collettiva	Assistenza distrettuale										Assistenza Ospedaliera	TOTALE
		Farmaceutica territoriale	MMG	Specialistica	Salute Mentale	Dipendenze patologiche	ADI e HOSPICE	Residenziale e semires.	Altro	Contributo AI FRMA disabili			
Parcenza	€ 21.336.655	€ 66.001.114	€ 31.358.653	€ 68.233.154	€ 16.404.088	€ 5.774.592	€ 15.417.023	€ 16.099.912	€ 9.870.748	€ 6.015.753	€ 213.537.188	€ 470.048.909	
Parma	€ 34.973.603	€ 97.148.565	€ 49.407.806	€ 102.188.927	€ 25.215.127	€ 8.774.313	€ 22.171.164	€ 22.900.075	€ 15.172.570	€ 9.410.537	€ 315.630.424	€ 702.993.109	
Reggio Emilia	€ 40.837.683	€ 108.546.332	€ 57.805.537	€ 117.174.933	€ 30.211.234	€ 9.009.282	€ 23.938.171	€ 24.247.548	€ 18.178.852	€ 11.348.709	€ 354.193.226	€ 795.491.509	
Modena	€ 49.639.393	€ 148.537.667	€ 80.150.281	€ 158.396.961	€ 39.826.393	€ 12.355.100	€ 33.154.876	€ 33.684.661	€ 23.964.533	€ 14.899.678	€ 479.501.660	€ 1.074.131.201	
Bologna	€ 57.166.188	€ 197.012.294	€ 95.039.059	€ 204.426.785	€ 49.077.463	€ 16.744.485	€ 45.788.007	€ 47.747.663	€ 29.531.132	€ 18.002.569	€ 630.093.855	€ 1.390.629.499	
Imola	€ 8.453.902	€ 29.371.282	€ 15.084.842	€ 30.789.190	€ 7.521.279	€ 2.614.271	€ 6.761.073	€ 6.982.443	€ 4.525.741	€ 2.765.785	€ 94.420.551	€ 209.290.359	
Ferrara	€ 23.589.614	€ 86.334.787	€ 38.776.756	€ 88.044.746	€ 20.189.872	€ 6.312.003	€ 20.352.852	€ 21.224.672	€ 12.148.749	€ 7.347.665	€ 276.888.834	€ 601.210.549	
Romagna	€ 79.092.932	€ 247.307.960	€ 122.517.066	€ 260.039.303	€ 63.626.544	€ 22.439.955	€ 56.480.834	€ 58.179.028	€ 38.285.676	€ 23.601.305	€ 786.634.261	€ 1.758.204.865	
TOTALE REGIONE	€ 315.090.000	€ 980.280.000	€ 490.140.000	€ 1.029.294.000	€ 252.072.000	€ 84.024.000	€ 224.064.000	€ 231.066.000	€ 151.678.000	€ 93.392.000	€ 3.150.900.000	€ 7.002.000.000	
Totale comprensivo di ARPA	€ 366.522.350												
Quote livelli di assistenza	4,50	14,00	7,00	14,70	3,60	1,20	3,20	3,30	2,17	1,33	45,00	100,00	
Totale comprensivo di ARPA	5,20												

Tabella A2- Aziende USL

Aziende USL	Finanziamento 2016 ripartito a quota capitaria	quota di accesso al finanziamento 2016	Agg. Quota per integrazione pop (solo ad AUSL con pop crescente da 1.1.13 a 1.1.15)	Finanziamento 2016 ripartito a quota capitaria (con agg. Pop)	Integrazione alla quota capitaria 2016 a garanzia equilibrio economico-finanziario	Totale FINANZ. 2016 (inclusa integraz. Quota cap)	Indice dipendenza delle strutture dalla popolazione (invariato rispetto agli anni precedenti)	Finanziamento vincolato alle Aosp e Aosp- Univ.	Finanziamento 2016 Aziende USL al netto del finanziamento vincolato alle Aosp e Aosp- Univ. 2016	Finanziamento 2016 Ammortamenti non sterilizzati ante 31.12.2009
	A	B	C	D=A+C	E	F=D+E	G	H	I=F-H	L
Piacenza	€ 470.048.909	6,71%		€ 470.048.909	€ 10.461.976	€ 480.510.885	1,65	€ 1.115.174	€ 479.395.711	€ 1.570.000
Parma	€ 702.993.109	10,04%		€ 702.993.109		€ 702.993.109	19,46	€ 13.172.995	€ 689.820.114	€ 1.579.000
Reggio Emilia	€ 795.491.509	11,36%		€ 795.491.509		€ 795.491.509	19,10	€ 12.929.687	€ 782.561.822	€ 1.559.000
Modena	€ 1.074.131.201	15,34%		€ 1.074.131.201	€ 8.965.632	€ 1.083.096.833	14,49	€ 9.811.492	€ 1.073.285.341	€ 2.075.877
Bologna	€ 1.390.629.499	19,86%	€ 2.078.395	€ 1.392.707.894	€ 30.021.761	€ 1.422.729.655	25,56	€ 17.300.818	€ 1.405.428.837	€ 10.399.000
Imola	€ 209.290.359	2,99%		€ 209.290.359	€ 4.152.010	€ 213.442.369	1,31	€ 887.504	€ 212.554.865	€ 1.020.369
Ferrara	€ 601.210.549	8,59%		€ 601.210.549	€ 18.878.225	€ 620.088.775	13,31	€ 9.011.325	€ 611.077.450	€ 2.462.000
Romagna	€ 1.758.204.865	25,11%		€ 1.758.204.865	€ 6.500.000	€ 1.764.704.865	5,11	€ 3.461.371	€ 1.761.243.494	€ 11.430.000
Totale Aziende USL	€ 7.002.000.000	100,00%	€ 2.078.395	€ 7.004.078.395	€ 78.979.605	€ 7.083.058.000	100,00	€ 67.690.366	€ 7.015.367.634	€ 32.095.246

Tabella A3- Aziende Ospedaliere /Ospedaliere-Universitarie/IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli e IRCCS IRST Meldola

Aziende	Finanziamento a carico Aziende USL della Regione	Integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica	Qualificazione dell'attività di eccellenza	Integr. a sostegno piani di riorganizzazione e a garanzia equilibrio economico finanziario	Totale Finanziamento 2016	Finanziamento 2016 Ammortamenti non sterilizzati ante 31.12.2009
Aosp-Univ. Parma	€ 15.978.550	€ 8.967.772	€ 9.525.438	€ 10.931.600	€ 45.403.360	€ 3.499.911
Aosp Reggio Emilia	€ 12.939.272		€ 4.951.773	€ 6.570.000	€ 24.461.045	€ 2.952.000
Aosp-Univ. Modena	€ 9.832.123	€ 11.427.551	€ 4.511.903	€ 9.279.000	€ 35.050.577	€ 3.989.100
Aosp-Univ. Bologna	€ 19.772.356	€ 16.261.412	€ 16.565.661	€ 10.940.000	€ 63.539.429	€ 4.100.349
Aosp-Univ. Ferrara	€ 9.168.065	€ 7.730.471	€ 5.707.224	€ 48.000.000	€ 70.605.760	€ 140.575
Totale Aziende Ospedaliere	€ 67.690.366	€ 44.387.206	€ 41.261.999	€ 85.720.600	€ 239.060.171	€ 14.681.935
	Integrazione alla Produzione per Aziende USL					
IRCCS Ist. Ort. Rizzoli	€ 3.260.019	€ 2.862.794	€ 9.045.659	€ 2.653.000	€ 17.821.472	€ 287.098
IRCCS IRST Meldola	€ 1.533.597					
Totale IRCCS	€ 4.793.616					
Totale	€ 47.250.000	€ 50.307.658	€ 88.373.600	€ 258.415.240	€ 14.969.033	

ALLEGATO B**GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE 2016**

<i>Premessa</i>	<i>pag. 3</i>
<i>1 – Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</i>	<i>pag. 4</i>
1.1. Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018	pag. 4
1.2 Sanità Pubblica	pag. 4
1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi	pag. 5
1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni	pag. 5
1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	pag. 6
1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie	pag. 6
<i>2 – Assistenza territoriale</i>	<i>pag. 7</i>
2.1 Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	pag. 7
2.2 Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza	pag. 8
2.2.1 Ospedali di Comunità	pag. 9
2.3 Cure Primarie	pag. 9
2.3.1 Cure palliative	pag. 9
2.3.2 Continuità assistenziale – dimissioni protette	pag. 10
2.3.3 Percorso nascita	pag. 10
2.3.4 Salute riproduttiva	pag. 11
2.3.5 Promozione della salute in adolescenza	pag. 11
2.3.6 Percorso IVG	pag. 11
2.3.7 Procreazione Medicalmente Assistita	pag. 12
2.3.8 Contrasto alla violenza	pag. 12
2.3.9 Assistenza pediatrica	pag. 12
2.3.10 Formazione specifica in medicina generale	pag. 13
2.3.11 Valutazione e qualità delle cure primarie	pag. 13
2.4 Salute Mentale, Dipendenze Patologiche	pag. 14
2.4.1 Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018	pag. 14
2.4.2 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale	pag. 15
2.4.3 Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia	pag. 15

2.5 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	pag. 16
2.6 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	pag. 17
2.7 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici	pag. 18
2.7.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2016	pag. 18
2.7.2 Assistenza farmaceutica convenzionata	pag. 18
2.7.3 Acquisto ospedaliero di farmaci	pag. 19
2.7.4 Adozione di strumenti di governo clinico	pag. 20
2.7.5 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici	pag. 21
2.7.6. Attuazione della LR 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"	pag. 22
<i>3 – Assistenza ospedaliera</i>	<i>pag. 24</i>
3.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	pag. 24
3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	pag. 24
3.3 Attività trasfusionale	pag. 27
3.4 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	pag. 28
3.5 Sicurezza delle cure	pag. 29
3.6 118 e Centrali Operative	pag. 30
<i>4 – Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa</i>	<i>pag. 32</i>
4.1 Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA	pag. 32
4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	pag. 32
4.1.2 Il miglioramento del sistema informativo contabile	pag. 33
4.1.3 Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie	pag.33
4.1.4 Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	pag. 34
4.2 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	pag. 34
4.3 Il governo delle risorse umane	pag. 36
4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri	pag. 39
4.5 Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti	pag. 40
4.6 Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie biomediche ed informatiche	pag. 43
<i>5 – Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</i>	<i>pag. 45</i>

Premessa

Il Programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale, approvato il 26 gennaio 2015, contiene le fondamentali linee di indirizzo anche per il Servizio sanitario regionale, a partire dalle quali sono stati formulati dalla Giunta regionale gli obiettivi di mandato alle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie.

Il Documento di economia e finanza regionale (DEFER) 2016 ulteriormente specifica gli obiettivi che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con il Programma di mandato; il DEFER declina le principali politiche di sviluppo dell'area dell'Assistenza territoriale, i principali strumenti e modalità di attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, gli obiettivi in tema di assistenza ospedaliera connessi all'attuazione del Regolamento di riordino ospedaliero. Gli altri temi rafforzati mediante individuazione di obiettivi specifici sono il consolidamento dei servizi e delle prestazioni del Fondo regionale per la non autosufficienza, la valorizzazione del capitale umano e professionale, la gestione del patrimonio e delle attrezzature, la realizzazione di piattaforme logistiche ed informatiche più forti, l'individuazione di ambiti territoriali ottimali per il governo e la gestione dei servizi sanitari, una nuova struttura di governance e nuovi modelli organizzativi delle Aziende sanitarie, il completamento del percorso regionale della certificabilità ed una maggiore efficienza finanziaria del SSR.

Gli obiettivi di mandato costituiscono per le Direzioni aziendali indicazioni di carattere strategico, valide per l'intero arco temporale dell'incarico, di cui occorre fissarne, tramite la programmazione regionale annuale, i contenuti di dettaglio e le modalità di concreta attuazione. Gli obiettivi annuali di programmazione sono pertanto strettamente correlati agli obiettivi di mandato, di cui ne costituiscono una specificazione e maggior puntualizzazione.

Nel 2016, visto lo sviluppo del *Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale* (SIVER) e la particolare importanza assegnata al *Ciclo di gestione della performance* (come evidenziato dalla recente delibera n.3 dell'OIV-RER "Aggiornamento delle linee guida sul sistema di misurazione e valutazione della performance"), si è ritenuto opportuno enucleare gli obiettivi della programmazione annuale sulla base delle quattro principali dimensioni di analisi presenti in SIVER (vale a dire, i tre livelli essenziali di assistenza e l'area economico-finanziaria e dell'efficienza operativa) consentendo in tal modo di mettere in relazione in maniera più stringente, attraverso l'individuazione di specifici indicatori per ogni obiettivo indicato, il sistema di programmazione al successivo sistema di misurazione e valutazione della performance.

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

1.1. Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018 rappresenta il quadro di riferimento per i prossimi anni dei programmi e delle azioni da attuare per raggiungere gli obiettivi indicati nel Piano della Prevenzione Nazionale. In questa cornice strategica, le Aziende Sanitarie a partire dal 2016 sono chiamate a iniziare a dare attuazione ai Piani di Attuazione Locale (PLA) recentemente approvati, declinando a livello aziendale obiettivi e azioni, in una logica di profonda integrazione e sinergie, sia all'interno dell'intero sistema sanitario sia con gli enti e associazioni locali.

Le Aziende nel 2016 si impegnano a fornire il contributo previsto al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali Setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità -programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), ispirando la propria programmazione ai principi condivisi di equità, integrazione e partecipazione e garantendo attività programmate e cronogramma.

In questo contesto organizzativo, oltre alla realizzazione delle azioni previste nei PLA, le Aziende si impegnano a garantire il presidio e il monitoraggio di tutto il percorso dei Piani, con un coordinamento delle diverse strutture organizzative locali e regionali, consolidando e sviluppando sistemi informativi, registri e sorveglianze indicate nel PRP.

➤ *Indicatore e target:*

Il PRP individua per ogni progetto una serie di indicatori rilevanti ("indicatori sentinella"), condivisi con il livello nazionale, per monitorare le azioni che rappresentano il "core" del piano.

Nel 2016 le Aziende si impegnano a contribuire al raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella, secondo quanto indicato nei rispettivi PLA aziendali; per ogni singolo indicatore lo standard si considera raggiunto, se il valore osservato non si discosta di più del 5% rispetto al valore atteso.

1.2 Sanità Pubblica

I Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP), oltre ad assicurare il coordinamento dell'attuazione del PRP e l'apporto alla sua attuazione, per quanto di specifica competenza, e le attività istituzionalmente dovute in coerenza con le indicazioni regionali fornite nei vari ambiti, dovranno garantire:

- il proseguimento e l'implementazione, in materia di vigilanza e controllo, del percorso di attuazione della DGR 200/2013 e degli altri atti regionali di indirizzo emanati in materia (Circolare Regionale n. 10/2014, recenti indicazioni per attività delle UOIA ecc.) mantenendo i livelli di copertura di vigilanza consolidati. Va assicurata inoltre un'omogenea e trasparente programmazione dell'attività di vigilanza secondo criteri di rischio, la socializzazione dei risultati, l'utilizzo degli strumenti definiti a livello regionale al fine di perseguire modalità omogenee di intervento sul territorio regionale, l'integrazione professionale e tra Servizi come indicato nella DGR 200/2013;
- lo sviluppo, l'integrazione e la gestione, in ogni Azienda USL, dei sistemi informativi aziendali e regionali relativi alla rilevazione delle attività di prevenzione, vigilanza e controllo, realizzate negli ambienti di vita e di lavoro e in tutti gli ambiti di competenza del DSP, a supporto della pianificazione delle attività del sistema regionale della prevenzione e quale strumento per la valutazione della qualità dell'azione e dei risultati conseguiti;
- la gestione efficace delle emergenze di specifica competenza e il contributo di sanità pubblica in tutte le emergenze che lo richiedano cooperando con altri Servizi sanitari o altri Enti.

➤ *Indicatore e target:*

- % aziende con dipendenti ispezionate; obiettivo: $\geq 9\%$

- evidenza sul sito dei documenti di programmazione e rendicontazione dell'attività di vigilanza e controllo e degli strumenti utilizzati

1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi

Il PRP riconosce l'importanza fondamentale, nel monitoraggio e nella valutazione dei risultati, dell'uso dei sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli e valorizzandoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment). A livello regionale sono presenti numerosi sistemi informativi e sono disponibili numerose banche dati complete e costantemente aggiornate. E' essenziale che questo patrimonio informativo sia mantenuto e ulteriormente sviluppato con una visione unitaria, anche a supporto dei programmi di sanità pubblica oltre che ai fini della descrizione e valutazione dell'assistenza.

In particolare le Aziende si impegnano a garantire, con l'adeguata qualità della compilazione e tempestività della trasmissione delle informazioni, *l'alimentazione dei sistemi informativi elencati nel PRP*. Tra le sorveglianze da consolidare si richiamano il *Sistema di Sorveglianza degli stili di vita (PASSI, OKkio alla salute)* e il *Registro regionale di mortalità*; tra le sorveglianze di cui migliorare la gestione e uniformare l'informatizzazione si citano gli *screening oncologici* e le *vaccinazioni* mentre sono da sviluppare e potenziare il *Registro regionale dei tumori* e il *Sistema PASSI d'Argento*.

Nell'ottica di perseguire una maggiore efficienza si pone l'obiettivo di riorganizzare su base regionale una rete di epidemiologia che consenta di ottimizzare le competenze epidemiologiche specializzate su ambiti definiti che nel tempo si sono sviluppate in alcune strutture e che possono fungere da riferimento regionale. I DSP sono tenuti a partecipare al lavoro di progettazione di questa riorganizzazione, contribuendo alla definizione delle attività epidemiologiche di base, da assicurare in tutte le AUSL, e di quelle specialistiche a valenza regionale con funzioni di supporto tecnico e coordinamento.

➤ *Indicatore e target:*

- Completezza dell'archivio registro mortalità (dati 2016) nei tempi previsti dalla Circolare regionale n. 7 del 2003; obiettivo: >= 95% al marzo 2017

1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, vaccinazioni

Il PRP comprende già obiettivi e azioni relative a tali ambiti. Si sottolinea la necessità di assicurare un'efficace *azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive*, attuando i piani regionali specifici di controllo, con particolare riferimento alle malattie trasmesse da vettori, e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale adeguate.

Si evidenzia la necessità di rafforzare le azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale regionale per l'infanzia e l'adolescenza, garantendo l'attività di supporto operativo agli interventi di promozione dell'adesione agli obblighi vaccinali, nonché l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e alle vaccinazioni proposte ai soggetti con patologie croniche.

Inoltre dovrà essere completata l'attuazione dei *piani aziendali di razionalizzazione della rete ambulatoriale vaccinale*, secondo le indicazioni già fornite, dando altresì continuità ai percorsi finalizzati all'autonomia professionale delle assistenti sanitarie e infermieri professionali, adeguatamente formati come previsto dalla DGR 1600/2013.

➤ *Indicatori e target:*

- n° ambulatori che erogano meno di 500 dosi vaccinali/anno ancora attivi; obiettivo: nessun ambulatorio o significativa riduzione del n° rispetto al 2015
- copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e adolescenza: obiettivo >95%

- copertura vaccinale per le vaccinazioni raccomandate nell'infanzia e adolescenza: obiettivo >95%
- copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età \geq 65 anni: obiettivo \geq 75%

1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

Oltre a realizzare, registrare e rendicontare tutte le attività comprese nelle normative specifiche e nei piani nazionali e regionali in vigore, nonché attuare quanto previsto nel PRP come indicato in premessa, nel corso del 2016 occorrerà perseguire i seguenti obiettivi:

- Attivazione, in via sperimentale, del *Piano Regionale Integrato delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale*, anche attraverso l'adeguamento del piano delle attività 2016 dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione e Veterinario.
- Adeguamento ai criteri definiti al Capitolo 1, colonna ACL (Autorità Competente Locale) dell'Accordo Stato Regioni di recepimento delle "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle regioni e province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria" del 7.2.2013, recepito con DGR 1510/2013 per l'anno 2016.
- Realizzazione delle azioni finalizzate al mantenimento della qualifica di *ufficialmente indenne del territorio* della Regione Emilia-Romagna per quanto riguarda tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina e leucosi bovina enzootica.
- Attività di controllo sul benessere animale e farmacovigilanza in allevamento secondo gli standards definiti a livello regionale.
 - *Indicatori e target:*
 - % allevamenti controllati per malattie infettive (indicatore LEA); obiettivo: \geq 98%
 - PRI - Piano Regionale Alimenti; obiettivo: \geq 95% del programmato
 - % allevamenti controllati per benessere animale sul totale allevamenti; obiettivo: \geq 10 o 15% secondo le specie
 - % allevamenti controllati per farmacovigilanza sul totale degli allevamenti; obiettivo: \geq 33%

1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

Oltre a realizzare i progetti di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP le aziende sanitarie dovranno:

- Assicurare, perseguendo modalità uniformi attraverso il *coordinamento dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendale e dei medici competenti*, l'attuazione ed il puntuale aggiornamento delle misure individuate per garantire i livelli di tutela della salute e della sicurezza in relazione alle trasformazioni aziendali e all'evoluzione normativa;
- Aggiornare le *procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori*, individuare modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi;
- Promuovere la *cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive*, anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi rivolti agli operatori, privilegiando, in tal caso, modalità di formazione interattiva come audit, addestramento, formazione sul campo.
- *Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino* attraverso una puntuale valutazione del rischio, che tenga conto anche del rischio verso terzi, e l'offerta attiva delle vaccinazioni.
 - *Indicatore e target:*
 - copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari; obiettivo: \geq 34%

2. Assistenza Territoriale

2.1 Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

La Regione Emilia-Romagna, nel perseguire gli obiettivi indicati nella X legislatura, ha raggiunto risultati significativi per il contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso. Le azioni principali messe in campo hanno riguardato una diversa organizzazione dell'accesso alle visite e agli esami diagnostici, un aumento dell'offerta, anche attraverso ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato, una maggiore appropriatezza nella gestione delle prime visite, più personale per affrontare le criticità, un'estensione degli orari di attività nelle giornate feriali e l'apertura di sabato e domenica degli ambulatori per le prestazioni più critiche (di cui alla DGR 1056/15)

La delibera "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" (DGR 377/2016) ha disciplinato le modalità operative per la corretta applicazione delle modalità dell'obbligo di disdetta. In collaborazione con l'Osservatorio regionale dei tempi di attesa e con il CCRQ, sono state definite specifiche indicazioni operative per rendere uniformi l'applicazione in tutto il territorio regionale (Circolare 4 - 20 aprile 2016).

Per l'anno 2016 assumeranno carattere prioritario:

- Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro gli obiettivi ed individuazione di nuove prestazioni da monitorare in caso di criticità
 - *Indicatore e target:*
 - Indice di performance per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili, nelle rilevazioni regionali ex ante (fonte MAPS); obiettivo: $\geq 90\%$
- Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative
 - *Indicatori e target:*
 - numero di disdette; obiettivo: incremento rispetto al 2015
 - numero di abbandoni; obiettivo: riduzione rispetto al 2015
- Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa mediante attività di formazione/informazione rivolta a medici prescrittori (MMG/PLS e specialisti). Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni sottoposte a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza (decreto 9/12/15 ed eventuali nuovi LEA) e delle prestazioni di diagnostica pesante, RM muscoloscheletriche e TC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità (DGR 704/2013).
 - *Indicatori:*
 - Prescrizioni delle prestazioni soggette a condizioni di erogabilità nel 2016: riduzione $\geq 10\%$ rispetto al 2015
 - Analisi delle prescrizioni (RM muscolo scheletriche e TC osteoarticolari e nuovi LEA se definitivi) distinte per tipologia di prescrittore e azioni per la riduzione dell'inappropriatezza per almeno il 50% delle prescrizioni effettuate
 - Indice di consumo di TC e RM osteoarticolari nell'anno 2015 rispetto al 2012 (analisi dati ASA): riduzione $\geq 20\%$
- Prescrizioni e Prenotazione dei controlli: spetta allo specialista, che ha in carico il paziente, prescrivere le prestazioni senza rinviare il paziente al medico di medicina generale. Anche le prenotazioni dei controlli devono essere effettuate da parte dello specialista o struttura (UO/Ambulatoriale) che ha in carico il cittadino.

- *Indicatore e target:*
 - numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (verifiche a livello regionale sulla banca dati del prescritto SOLE/DEMATERIALIZZATA); obiettivo: incremento rispetto al 2015;
- Presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute attraverso il monitoraggio delle modalità organizzative e di accesso dei percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica.
 - *Indicatore e target:*
 - % prenotazioni per pazienti affetti da patologie croniche, effettuate direttamente all'interno delle Case della Salute rispetto al totale prenotazioni per le stesse patologie croniche; obiettivo: incremento rispetto al 2015;
- Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità (DM 9 dicembre 2015)
 - *Indicatori e target:*
 - Evidenza della capacità del sistema informativo aziendale di rendicontare distintamente le prestazioni senza condizioni di erogabilità da quelle con condizioni di erogabilità (obiettivo = si)

2.2 Le Case della Salute e la continuità dell'assistenza

Le Aziende USL dovranno proseguire nello sviluppo delle Case della Salute ed in particolare garantire l'implementazione di interventi di medicina di iniziativa, anche in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.

Rispetto alla **prevenzione primaria**, e con riferimento al progetto regionale "Lettura integrata del rischio cardiovascolare":

- le Ausl di Imola e della Romagna (ambiti di Cesena, Ravenna e Rimini) dovranno garantire, nelle Case della Salute in cui è già attivo il progetto, la fase di rivalutazione ad un anno delle persone target (m. 45 anni e f. 55 anni);
- le Ausl di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara, Romagna (ambito di Forlì), dovranno assicurare il completamento della chiamata attiva da parte dell'Infermiere delle persone target nell'ambito delle Case della Salute già individuate.
 - *Indicatori e target:*
 - Rispetto degli indicatori concordati per il 2016 nel Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.

Rispetto alla **gestione integrata delle patologie croniche**, tutte le Ausl dovranno garantire all'interno delle Case della Salute:

- l'attivazione degli ambulatori infermieristici per la presa in carico integrata delle patologie croniche, in particolare diabete mellito tipo 2, BPCO e scompenso cardiaco, rafforzando l'integrazione tra ospedale e territorio
- l'impiego degli strumenti regionali per la valutazione dei percorsi di gestione integrata sia dal punto di vista del paziente (Questionario PACIC) che dell'equipe (Questionario ACIC).
 - *Indicatori e target:*
 - evidenza dell'attivazione degli ambulatori infermieristici di gestione integrata della cronicità e dei percorsi attivati attraverso sistema informativo delle Cure Primarie – (obiettivo: attivazione di almeno un percorso in tutte le Case della Salute medie e grandi dell'Azienda)
 - impiego degli strumenti PACIC e ACIC ; obiettivo: utilizzo in ≥ 2 Case della Salute.

Rispetto alla **presa in carico della fragilità**, e con riferimento al progetto regionale "Profili di rischio di Fragilità\Rischio di Ospedalizzazione":

- le Ausl di Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna e Romagna (ambiti di Ravenna, Forlì e Rimini) dovranno proseguire il progetto già avviato, con rivalutazione ad un anno degli interventi realizzati;
- le Ausl di Piacenza, Imola, Ferrara e Romagna (ambito di Cesena) dovranno avviare il progetto in almeno 1 Casa della Salute, con il supporto del Servizio Assistenza Territoriale.
 - *Indicatori e target:*
 - Garantire il rispetto degli indicatori concordati per il 2016 nel Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.

2.2.1 Ospedali di Comunità

Le Aziende US,L in accordo con le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali, dovranno proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, valorizzando i percorsi di riconversione. Tali strutture che rappresentano un valido strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure, devono rispettare i principi contenuti nel DM 2.4.2015 n. 70 e della DGR 2040\2015.

- *Indicatori e target:*
 - Evidenza di una analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come ospedali di comunità. In particolare per le Aziende USL di Bologna, Piacenza e della Romagna, che presentano una numerosità sopra la media di stabilimenti con tali caratteristiche
 - Degenza media in Ospedale di Comunità (media regionale 20.48) : target: 20 giorni
 - Corretta alimentazione del Flusso Informativo SIRCO (N° di schede scartate sul totale delle schede inviate): assenza di scarti per target 100% completezza corretta alimentazione

2.3 Cure Primarie

2.3.1 Cure palliative

La DGR 560/2015 «Riorganizzazione della rete locale di cure palliative» individua le modalità di riorganizzazione della rete locale delle cure palliative, armonizzando e integrando i modelli già in atto nelle aziende del territorio regionale con le modalità organizzative individuate nell'Intesa Stato-Regioni del luglio 2012. Tra i principali obiettivi della Delibera vi è quello di omogeneizzare sul territorio il modello organizzativo della rete locale di cure palliative. L'organizzazione a rete ha una valenza funzionale in riferimento all'operare di diverse strutture ed equipe, che perseguono interessi comuni attraverso l'adozione di modalità operative per rispondere al bisogno del malato e della famiglia. La rete è garante dell'equità all'accesso alle cure palliative, dell'integrazione tra i nodi e le loro equipe, della presa in carico integrata in relazione alle necessità del malato, della sua famiglia e del percorso di continuità di cura.

Le aziende, nel corso del 2015, hanno avuto come obiettivo quello di avviare la riorganizzazione delle reti locali di cure palliative così come descritto dalla D.G.R. 560/2015 e di attivare percorsi formativi per i professionisti non dedicati alle cure palliative così da garantire un approccio palliativo.

Per proseguire il lavoro avviato nelle aziende, nel 2016 dovranno essere definite nella loro struttura organizzativa le reti (con i nodi e le équipe) e il loro coordinamento, i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure. Dovranno essere anche definiti percorsi formativi rivolti ai professionisti della rete.

Inoltre, al fine di poter dare una lettura sempre più precisa del funzionamento delle strutture e delle reti di cure palliative e per rispondere al meglio agli adempimenti LEA, dovrà essere posta particolare attenzione alla qualità dei dati che confluiscono nei flussi informativi ADI e Hospice e agli indicatori del DM n. 43/07 e dovranno essere messe in atto le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi individuati nello stesso DM, rappresentativi della capacità di presa in carico della rete di cure palliative e oggetto di verifica LEA.

➤ *Indicatori e target*

- Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa – Obiettivo: $\geq 80\%$
- Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale ai 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica – Obiettivo: $\leq 20\%$
- Numero deceduti per tumore assistiti dalla Rete Cure Palliative/numero deceduti per tumore (standard di riferimento $\geq 65\%$)

2.3.2 Continuità assistenziale – dimissioni protette

Allo scopo di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati è necessario migliorare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera. La continuità ospedale-territorio, in particolare la dimissione protetta, è ormai da diversi anni obiettivo delle politiche sanitarie di questa Regione e in collaborazione con i professionisti delle Aziende sanitarie sono stati individuati modelli organizzativi che hanno dimostrato la loro efficacia, non solo attraverso i dati di letteratura, ma anche attraverso le sperimentazioni avviate in alcune realtà del territorio regionale. Tali modelli organizzativi andranno implementati nelle aziende prevedendo in particolare: la definizione di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali, l'individuazione del responsabile (case manager) del percorso di dimissione protetta sulla base della prevalenza nell'intervento assistenziale, l'individuazione tempestiva, all'ammissione in ospedale, dei pazienti che presentano caratteristiche tali da richiedere, alla dimissione, percorsi e risorse a livello territoriale e la conseguente attivazione del percorso di dimissione protetta. L'individuazione del case manager appare fondamentale in quanto diventa il garante della continuità del percorso assistenziale e di tutte le procedure utili a prendere in carico il paziente sul territorio assumendo un ruolo centrale già durante il ricovero ospedaliero.

➤ *Indicatore e target:*

- Numero di dimissioni con attivazione ADI entro 3 giorni dalla dimissione/Totale dimissioni – obiettivo: $\geq 50\%$

2.3.3 Percorso nascita

Nel corso del 2016 andranno rivalutate le caratteristiche e le prassi della rete assistenziale (hub & spoke, servizi ospedalieri e territoriali, area sociale) monitorando in particolare le connessioni fra i distinti nodi della rete.

Dovrà inoltre essere garantita un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica alla fisiologica e percorsi integrati sulla patologia. A tal proposito si richiede la partecipazione attiva ai percorsi di formazione regionale e ai lavori dei gruppi della commissione nascita. Andrà confermata o aumentata la percentuale di gravide in carico ai consultori famigliari.

Particolare attenzione dovrà essere inoltre posta nel promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità.

Andrà garantita un'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA), riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2015 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, IIB e IVb, V di Robson (questionario LEA 2016).

➤ *Indicatori e target:*

- Percentuale di ricoveri per parto in punti nascita >500 parti/anno (per Azienda): obiettivo 100%
- Indice di dispersione della casistica in stabilimenti < 500 parti/anno (per Azienda): obiettivo 0%
- Percentuale di tagli cesarei primari: obiettivo per Hub <25%; per Spoke < 15%
- Numero gravide assistite dai consultori familiari/totale parti >= 46% (media regionale 2015)
- % di donne nullipare che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/tot. parti di nullipare >= 55%. (media regionale 2015)
- % di donne straniere nullipare che hanno partecipato ai corsi/totale dei parti di donne straniere nullipare >= 22,5% (media regionale 2015)
- Percentuale di parti cesarei nella classe I di Robson – obiettivo:
 - Hub: <= 9% (valore medio del 2015)
 - Spoke: <= 6,5% (valore medio gli spoke con numero parti >1.000)
- Percentuale di parti elettivi (IIB e IVb) – obiettivo: per Spoke con numero parti < 1.000 = 0 parti in classe IIB e IVb di Robson

2.3.4 Salute riproduttiva

Favorire l'accesso ai consultori familiari degli adolescenti (età 14-19 anni), ed in particolare di quelli di origine straniera, e garantire l'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (età 20-35 anni) per la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale, family planning).

➤ *Indicatori e target:*

- Percentuale degli utenti 14-19 anni degli Spazi giovani/pop - obiettivo: incremento >= 5% rispetto al 2015
- Progettazione di uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti

2.3.5 Promozione della salute in adolescenza

Aumentare gli interventi di promozione alla salute e alla sessualità rivolti agli adolescenti per incrementare del 5% i ragazzi coinvolti sulla popolazione target rispetto al 2015.

➤ *Indicatori e target:*

- Percentuale di adolescenti raggiunti dagli interventi di promozione alla salute e sessualità su popolazione target (14-19 anni) - obiettivo: incremento >= 5% rispetto al 2015

2.3.6 Percorso IVG

Nel 2016 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento, principalmente per le IVG chirurgiche.

➤ *Indicatori e target:*

- Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche - obiettivo <= 25%

2.3.7 Procreazione Medicalmente Assistita

Nel 2016 andrà garantita la applicazione delle DD.GG.RR. n. 927/2013 e n. 1487/2014 e la partecipazione ai lavori regionali di implementazione della direttiva, in particolare:

- aderendo al percorso per la conferma dell'autorizzazione regionale alle attività di PMA di II/III livello, in collaborazione con il Centro nazionale trapianti;
- implementando il sistema informativo della donazione, con l'inserimento dei dati relativi ai gameti ricevuti da donatori (donazione oblativa, da egg-sharing o da banche estere) e a quelli utilizzati per cicli di PMA eterologa;
- partecipando al gruppo di lavoro per la realizzazione della lista di attesa unica regionale;
- avviando una attività di promozione della donazione, coordinando gli interventi aziendali con le campagne regionali;
 - *Indicatori e target:*
 - Visita di verifica dei requisiti delle DGR 927/13 e 1487/14 nei Centri di PMA di II/III livello
 - Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati – obiettivo: $\geq 90\%$

2.3.8 Contrasto alla violenza

Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti (DGR 1677/2013) e dei quaderni correlati attraverso la compilazione della check-list predisposta dal gruppo di coordinamento regionale. Accompagnare e sostenere l'implementazione delle linee d'indirizzo con un programma formativo locale specifico e garantendo la partecipazione dei professionisti ad eventi formativi regionali. Individuare le buone pratiche locali per la prevenzione del maltrattamento e abuso a bambini e adolescenti e collaborare con il gruppo di coordinamento regionale alla realizzazione di nuovi quaderni per implementare interventi di prevenzione e cura.

Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio allontanamento (DGR 1102/2014).

- *Indicatori e target:*
 - compilazione della check-list regionale
 - numero eventi formativi realizzati - obiettivo: ≥ 1 per Azienda sanitaria
 - raccolta buone prassi locali sulla prevenzione del maltrattamento/abuso sui minori - obiettivo: ≥ 1 per Azienda sanitaria

2.3.9 Assistenza pediatrica

Lotta all'antibioticoresistenza

Distribuzione ai pediatri di libera scelta dei test rapidi (RAD) per la conferma diagnostica della faringotonsillite streptococcica (100 RAD per PLS/anno in media, da modulare sulla base del numero di assistiti per PLS) coprendo nel 2016 almeno il 10% degli assistiti; promuovere l'utilizzo dell'applicativo web ProBA inserito nel sistema SOLE per la gestione ambulatoriale della faringotonsillite, vincolando l'erogazione dell'incentivo previsto, al raggiungimento dello obiettivo minimo di compilazione (> 50 cartelle anno/PLS). Pianificare interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di antibiotici in età pediatrica con due obiettivi:

- Ridurre il tasso di prescrizioni di antibiotici
- Ridurre il tasso di prescrizione di amoxicillina clavulanato rispetto a quella di amoxicillina
 - *Indicatori e target:*
 - Tasso di prescrizioni di antibiotici